



Endringsledelse i helse og omsorgssektoren – Hvordan få
virksomheten til å gå i takt?

En litteraturstudie av ulike aspekter av endringsprosesser
knyttet opp mot helse og omsorgssektoren.

Bernhard Torbjørnsen

VID vitenskapelige høyskole

Oslo

Masteroppgave

Master i verdibasert ledelse

Antall ord: 22999

03.05.2021

Forord

En spennende reise med kombinasjonen av fulltidsjobb og deltidsstudier er nå ved veis ende. Jeg ønsker å rette en takk til følgende: Min kjære kone Mari; Takk for støtte selv på mitt mest pessimistiske, min søster Oda for god korrekturlesing på slutten. Takk til min veileder Benedicte Kvile, du har loset meg inn på stien hver gang jeg har gått meg litt vill. Tusen takk til min endringsleder-mamma for gode innspill og interessante perspektiver- og til Leo som har måtte lide av prioriteringene på kveldstid. Du skal få noen ekstra godbiter fremover og det blir flere turer ut i skogen.

Sammendrag

Dette er en litteraturstudie av både nasjonal og internasjonal litteratur som omhandler endringsprosesser i ulike segmenter av helse og omsorgssektoren. I Oppgaven stilles følgende forskningsspørsmål: Hvilke ledertrekk og hvilke lederadferd er rapportert som mest ettertraktet hos ledere i endringsprosesser? Hvilke strategier rapporteres å være mest hensiktsmessige i endringsprosesser og hva rapporteres å være mellomlederens rolle i endringsprosesser? For å kunne besvare disse spørsmålene har jeg inkludert et utvalg på totalt 15 forskningsartikler og analysert disse med hjelp av annen relevant litteratur. Jeg har benyttet noen teoretiske perspektiver på endringsledelse, det instrumentelle og verdibeviste perspektivet. De to perspektivene er gjenstand for drøftingen med bakgrunn i litteraturutvalget. Ved gjennomgang av disse perspektivene fant jeg enkelte spenninger i verdier mellom praksis hos profesjonsutøver og verdier som generes av måloppnåelse og effektivisering hos andre ledere. I både det instrumentelle og det verdibeviste perspektivet på endringsledelse, deles likevel en tankegang om at økt kvalitet er et av de, om det viktigste parametere som skal springe ut av en endringsprosess.

Avslutningsvis konkluderer jeg og besvarer forskningsspørsmålene. Jeg finner at enkelte ledertrekk eller lederadferd er gjennomgående representert i litteraturen i endringsprosesser. Støttende og inkluderende lederadferd går igjen i samtlige av litteraturbidragene som skriver om tematikken, samtidig dukker det opp et relativt nytt ledertrekk som defineres hos flere av artikkelforfatterne som *pasientsentrert*. Når det kommer til strategier er det mer variasjon. Det kan virke som kontekst og størrelse på endringen har stor innvirkning på hvilken strategi man bør legge omstillingen i. I store fusjoner kan det virke som det mest hensiktsmessige er å bruke en såkalt *Strategi E*, for styring og kontroll, mens funn hentet fra mindre skala-studier peker på viktigheten av *verdiarbeidet*. Her var det mulig å trekke paralleller til den pasientsentrert lederadferden i avsnittet over.

Litteraturen viser også hvordan mellomlederens rolle i endringsprosesser i hovedsak er å fungere som *bindeleddet* mellom ledelsen over og ansatte under. Mellomlederens rolle i endringsprosesser rapporteres å være først og fremst svært sentral, men til gjengjeld også svært krevende. Flere mellomledere i helse og omsorg opplever tilsynelatende *manglende støtte, begrenset økonomisk handlingsrom, mangelfull opplæring og mangel på tid*, for å nevne noen - som de største utfordringene når det kommer til endringsprosesser.

Abstract

This text is a literary study of both national and international literature that discusses processes in change management in different segments of healthcare. The study addresses the following research questions: Which leader traits and what leader behavior is reported as most sought after in leaders working with change management? What strategies are reported to be the most favorable in change-processes, and what is the first line manager's role in change management? In order to answer these questions I've included a selection of 15 research articles, and analysed these in addition to including other relevant literature. I've used two theoretical perspectives on change management – the instrumental and value-based perspectives. The two perspectives are subject for the discussion together with the literature selection. By reviewing these perspectives I've found some variations in the values between the practice of clinical professionals and values that are generated by goal achievement and efficacy with other leaders. Both the instrumental and the value-based perspective on change management share the mentality that higher quality is one of the most important goals of a changing process.

In the end, I'll conclude and answer the research questions. I've found that some leader traits and leader behaviors are widely represented in the literature involving change-processes. Supportive and including manager behavior is often included in the literature on the subject, as well as a somewhat new leader trait defined as patient-centered management. On the subject of strategies there is more variation in the research articles and literature. It may seem as the context and the scope of the change has a significant impact on what kind of strategy that should be used to achieve the change.

In larger scale changes, it may be most appropriate to use a strategy E for tighter management and control, while findings in smaller scale studies focus on the importance of value-based strategies. The literature also shows how first line manager's role in change management is mainly to function as a connector between the leaders above and the employees underneath. First line managers role in is reported to be a very central part, as well as very demanding. Several first line managers in healthcare experience a lack of support, economical limitations, lack of training and lack of time, to mention a few – as the biggest challenges when it comes to change processes.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	7
1.1 Innledning.....	7
1.2 Problemstilling, forskningsspørsmål og avgrensninger	9
1.3 Oppgavens oppbygning.....	10
2. Teori	12
2.1 Innledning.....	12
2.1.1 Introduksjon	12
2.2 Endringsledelse i helse og omsorg	14
2.3 Teoretiske perspektiv	15
2.3.1 Instrumentelt perspektiv på endringsledelse	16
2.3.2 Verdibasert perspektiv på endringsledelse	16
2.3.3 Forventninger til funn.....	17
2.4 Ledertrekk og lederadferd	18
2.5 Strategier og endringsledelse	23
2.6 Oppsummering	26
3. Metode.....	27
3.1 Innledning.....	27
3.1.1 Begrunnelse for valg av metode.....	27
3.2 Fremgangsmåte	28
3.3 Begrensninger med metoden	28
3.3.1 utfordringer forbundet med validitet og reliabilitet.....	29
3.4 Kvalitetssikring	29
3.5 Utvalgsriterier og eventuelle avgrensninger	30
3.5.1 Søkeord og utvalgsstrategi	31
3.6 Oppsummering	31
4. Artikkeloversikt, funn og analyse	33
4.1 Innledning.....	33
4.1.1 Grunnlag for litteraturutvalg	33
4.2 Litteraturutvalg.....	34
4.2.1 Presentasjon av litteraturutvalg	34
4.3. Litteraturutvalg og besvarelse av forskningsspørsmål	41
4.4 Presentasjon og stadfesting av litteraturutvalget.....	45
4.4.1 Tidsrom	45

4.4.2 Metodologi	45
4.4.3 Sektor og bransjetilhørighet	46
4.4.4 Geografisk tilhørighet	46
4.4.5 Størrelse på organisasjoner.....	46
4.6 Oppsummering	47
5. Drøfting	48
5.1 Innledning.....	48
5.2 Hvilke ledertrekk har sammenheng med rapportert vellykkede endringsprosesser innen helse- og omsorgstjenester	48
5.3 Hvilke endringsstrategier kjennetegner vellykkede endringsprosesser innenfor helse og omsorg?	55
5.4 Hvilke utfordringer rapporteres inn i utøvelsen av endringsledelse hos mellomledere i helse og omsorgs tjenester?	65
5.5 Motstand mot endring i helse- og omsorgsektoren	75
5.6 Endringsledelse gjennom det instrumentelle og verdibevisste perspektivet	77
5.7 Oppsummering	79
6. Avslutning og sammenfatning	82
6.1 Innledning.....	82
6.2 Besvarelse av forskningsspørsmål	82
6.2.1 Lederadferd	82
6.2.2 Strategi	82
6.2.3 Mellomlederens utfordring.....	83
6.3 Veien videre	84
7. Litteraturliste	85

1. Introduksjon

1.1 Innledning

«Hvis du virkelig vil forstå noe, prøv å endre det» Kurt Lewin.

Globalisering er en samlebetegnelse for endring. For virksomheter betyr det at man må tilpasse seg for å kunne henge med i konkurransen om være den beste tilbyderen av tjenester eller varer. Jacobsen (2004) skriver at det finnes endringer i alle sektorer og bransjer. Det betyr at en leder i dag og i går må være endringsorientert til enhver tid. Det er tross alt lederen sitt ansvar å drive virksomheten fremover. Innføring av nye rutiner, endring av arbeidsmåter utbedring av varer og produkter, implementering av nye systemer er bare noen eksempler på innovasjon som preger arbeidsplasser anno 2021. Dermed blir endringsledelse noe som er en naturlig del av den dagligdagse arbeidshverdagen til leder.

Hvis man søker opp «Leading change» på internett i dag får man et overveldende resultat i form av 7.5 millioner treff, og inkluderer man med + fail har du fortsatt godt over 3.5 millioner treff. Dermed er det nærliggende å anta at mye av forskningslitteraturen foreslår at det er sammenheng mellom ledelse av endring og at dette ofte mislykkes. Samtidig får man 6 millioner treff om man erstatter fail med suksess. Dermed er det ikke helt enkelt å vite hvordan man skal tolke disse kvantitative dataene. Betyr det at endringsledelse oftere enn ikke er suksessfulle, eller innebærer dette at man er mer opptatt av suksessfull endringsledelse, enn å drøfte hvorfor og hvordan endringsledelse mislykkes? Det store omfanget av forskninger viser at feltet endringsledelse er i aller høyeste grad dagsaktuelt, men hva med helse-sektoren? Det har vært store endringer i offentlig sektor siden 1990-tallet med blant annet pasientrettighetsloven, fritt sykehusvalg, helseforetaksloven og i senere tid privatisering av helsetjenester og store sykehussammenslåinger. Med dette tegner problemstillingen for denne oppgaven seg opp. Det store omfanget av litteratur om endring kombinert med de mange endringer i nettopp helse og omsorgssektoren gjør at det vil være et viktig bidrag til tematikken.

«Kartet skal stemme med terrenget»

Det er en ofte benyttet talemåte ledere refererer til når vedkommende skal forklare ulike endringsprosesser, nye implementeringer og innovasjon. Men hva betyr egentlig det? Det er sjeldent at stier endrer seg nevneverdig og det har tatt lang tid for dem å utvikle seg, de bruker

ganske lang tid på å bli tråkket opp av dyr og andre som ferdes. Tid er heller ikke det elementet man har mest av når prosesser er igangsatt og planer og milepæler skal nås. Både Yukl (2012) og Martinsen (2009) er samstemte i at ledelse har en kritisk rolle i gjennomføring av prosesser. Busch (2007) poengterer at når det oppstår variasjoner fra omgivelsene som krever aktivitetsendring, må det tas beslutninger om hvilke tiltak som skal iverksettes og at dette må adresseres av personer som har myndighet til å iverksette disse tiltakene, i dette tilfelle er lederen kartleser og navigatør. «*At det foreligger nøyaktighet mellom hvert punkt på kartet i forhold til det terrenget man ser*» defineres forøvrig ordboken som *Isomorfi*.

Dermed stilles det krav til initiativtagere av endring for å skape endringsevne og endringsvillighet blant de ansatte. En ting er å tilpasse seg de tekniske omgivelsene som i dag preger organisasjonene. I tillegg til dette må de institusjonelle omgivelsene ivaretas. Det er ikke tilstrekkelig å kun kjøpe et nytt system for å få det satt opp av en tekniker. De ansatte som skal bruke systemet må få opplæring i selve systemet samtidig som det skal implementeres i den pågående driften. Om det foreligger læringsvilje blant de ansatte vil man kunne se at det landskapet som enten sakte eller raskt utvikler seg er i tråd med det kartet man har fått utdelt.

Jacobsen (2004) beskriver endring gjennom flere ulike perspektiver, bl.a gjennom ulike modeller. Du kan ha alt fra planlagt endring, som handler om at enkelte har identifisert et problem eller en mulighet, analysert og kommet frem til at noen kan endres, for så å iverksette tiltak for å gjennomføre dette. Videre finner du endring som livssyklus som beskrevet av Henry Mintzberg. Perspektivet her handler om naturlige endringer i en organisasjon. Fra en organisasjons oppstart, blir det etablert en form for struktur og i forbindelse med vekst og utvikling, utvikles også strukturene, både formelt og uformelt.

Endringsledelse defineres av Moran & Britgthman (2001) som «*Prosessen med å kontinuerlig fornye en organisasjons retning, struktur og evner for å kunne være i stand til å møte den evige endringen i behov fra interne og eksterne kunder*»

Busch (2007) definerer endringsledelse som *ledelsesmessig grep som gjøres for å sikre organisasjoners eksistensberettigelse gjennom nødvendig tilpasning og ønsket utvikling*. Det være seg endring i rammebetingelser for ansatte eller å skape bedre produkter for forbrukerne.

Begrepet «sikre eksistens» fremstår som noe dramatisk, men faktum er at å sikre bedrifters eksistens krever at endring finner sted. Enten er det endringer i markedet og dets konjunkturer, det kan være teknologiske endringer som gjør at forandring kreves eller så kan det handle om politiske endringer, både globale, så vel som lokale. For om bedriften skal kunne være en del av fremtidens informasjonsteknologiske samfunn er man regelrett nødt til å følge utviklingen, det må eksistere et samspill mellom bedrifter og omgivelsene.

Oppsummert ser vi at enkelte snakker om prosesser, mens noen benytter ord som ledelsesmessige grep, mens andre henviser til ulike modeller for enten å forklare hva endringsledelse er, og i neste omgang hvordan det skal foregå.

På bakgrunn av nettopp denne kompleksiteten og det store omfanget av teorier, definisjoner og modeller ønsker jeg å få en bedre forståelse av hvordan ulike elementer henger sammen i endringsprosesser. En ting er planen som presenteres på PowerPoint, på personalmøte eller gjennom et rundskriv. En helt annen ting er det omfanget og tilsynelatende store kompleksiteten om hvordan slik informasjon blir mottatt av de som berøres av den, hvordan de som skal implementere endringene blir berørt og ikke minst hvordan lede prosessene med å gjennomføre endringene. Ettersom det er skrevet tilstrekkelig nok om emnet endringsledelse generelt velger jeg dermed å begrense meg til helse og omsorgssektoren.

1.2 Problemstilling, forskningsspørsmål og avgrensninger

I denne oppgaven har jeg valgt å rette fokuset på prosesser som er knyttet til endringer i helse og omsorgssektoren. Jeg har sett spesifikt etter elementer som handler om hva som foretrekkes som lederadferd i endringsprosesser. I tillegg til dette har jeg forsøkt å komme frem til hvilke strategier som oftest rapporteres som mest hensiktsmessige under omstillinger i denne sektoren. I tillegg til dette har jeg sett etter hvilke utfordringer som mellomlederen opplever i prosesser med endring og om det kan ha sammenheng med de to øvrige temaene. Jeg har valgt helse og omsorgssektoren først og fremst på grunn av at det er en bransje jeg selv har jobbet i de siste 10 årene og selv figurert som leder. Siden 2010 har jeg blitt mer og mer interessert i hvordan endringer påvirker de som blir berørt av den og når muligheten for å utforske elementer rundt det bød seg, så var valget naturlig. Min problemstilling er som følger:

Hvordan får virksomheten innenfor helse og omsorgssektoren til å gå i takt?

Problemstillingen favner ganske bredt, men med forskningsspørsmålene jeg har formulert vil avgrense dette og vil spesifisere konkret hva jeg har sett etter i litteraturanalsen. For å avgrense dette tilsynelatende brede temaet, vil jeg som poengtert ovenfor gå mer i dybden på følgende områder: Lederadferd, Endringsstrategier og mellomleders rolle i endringsprosessen. Mine Forskningsspørsmål blir dermed som følger

1. Hvilke ledertrekk har sammenheng med rapportert vellykkede endringsprosessene innen helse og omsorgstjenester?

2. Hvilke endringsstrategier på kjennetegner vellykkede endringsprosesser innenfor helse og omsorg?

3. Hvilke utfordringer rapporteres inn i utøvelsen av endringsledelse hos mellomledere i helse og omsorgs tjenester?

Oppgaven har ingen ambisjon om å konkludere med en gitt strategi, til det er det for mange virksomheter og alt for mange ulike komplekse situasjoner, ei heller å definere en adferd som er mest hensiktsmessig. Min ambisjon for denne litteraturstudien har vært å undersøke kompleksiteten i endringer som forskningslitteraturen beskriver og eventuelt komme med forslag til hvilke muligheter som finnes til å håndtere nevnte endring på en god måte.

I oppgaven vil jeg fokusere mest på ledelse og lederskap. Jeg vil primært drøfte og analysere mellomledernivået ettersom det er en del av forskningsspørsmålet, men også toppledelse, linjeledere, kliniske ledere og virksomhetsledere vil trekkes frem. I følge Beer (1990) vil det uten betydelig innsats av toppledelsen være svære krevende for øvrig ledelse ha de rette forutsetningene for å i det hele tatt iverksette en endringsprosess.

1.3 Oppgavens oppbygning

For å gi en oversiktlig fremstilling av oppgaven vil den presenteres med kapitler og underkapitler. I kapittel 1 tar jeg for meg tematikken endringsledelse i helse- og omsorgssektoren. Her vil også problemstillingen bli introdusert, og det blir gjennomgang av de forskningsspørsmålene oppgaven tar utgangspunkt i. I kapittel 2 vil jeg gå nærmere inn på det teoretiske grunnlaget og noe historikk rundt ledelse og endring. I tillegg kommer jeg til å introdusere to teoretiske perspektiver som kommer til uttrykk i senere del av oppgaven.

Dernest kommer kapitlet om den metodiske tilnærmingen som vil bli anvendt i denne masteroppgaven. Hvorfor valget om litteraturstudie ble gjort og muligheter og begrensinger ved bruk av tilnærmingen.

I kapittel 4 vil jeg presentere min artikkeloversikt og en nærmere introduksjon av litteraturutvalget som er foretatt. En samlet oversikt over bidragene vil bli skjematisk fremstilt og vurdert opp mot i hvilken grad de besvarer de ulike forskningsspørsmålene. Teori og litteraturutvalg vil bli drøftet oppgavens kapittel 5 der med en grundig analyse og drøfting av forskningsspørsmålene som jeg presenterte i kapittel 1. Jeg vil komme med mitt forslag til en konklusjon oppgavens kapittel 6 med en besvarelse av forskningsspørsmål og forslag til videre studier.

2. Teori

2.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg gå gjennom en introduksjon av tematikken rundt endringer i samfunnet og endringsledelse. Deretter vil jeg trekke frem litt historikk om endring i den norske helse- og omsorgssektoren. Jeg vil så presentere to teoretiske perspektiver som skal være med som støtte gjennom denne oppgaven. Ut ifra de teoretiske perspektivene har jeg utledet en modell med forventninger til funn i litteraturen. Videre følger teori om trekkteori og lederadferd, i tillegg kommer jeg til å se på ulike modeller og teori rundt endringsstrategier.

2.1.1 Introduksjon

Organisasjoner er i endring. Tidligere var virksomheter noe som ble oppfattet som stabile og veldig forutsigbare. Man hadde en forretning, virksomhet eller butikk som tilbydde ulike tjenester etter behov, og tjenesten ble levert mot et vederlag som var avtalt på forhånd. En enkel transaksjon som forgreiner seg tilbake til en form for naturalhusholdning, hvor man var mest mulig selvforsynt og ved enkelte tilfeller byttet en vare mot en tjeneste. Et slikt samfunn hvor lederen enten var kongen, jarl, høvding eller greve og demokrati fortsatt ikke var funnet opp, står i ganske stor kontrast til nåtiden. Nå har til og med slakteren på hjørnet startet med digitalt kø-system og levering på døren, skreddersydde pakker til enhver anledning og en liten novelle med fortelling om hva dyret heter, hvor det har vokst opp, hvem som er stamfedrene og hvilken bonde som har foret dyret.

Når kalenderen viser 2020/2021 er situasjonen en helt annet. Det eksisterer mange små ustabile og uforutsigbare organisasjoner og bytteøkonomi er erstattet med plattformer for gjenbruk og bruktmarkedene er mange. Globalisering er et begrep som stadig dukker opp i forbindelse med denne utviklingen. Selve konseptet er ikke nytt, og det ble blant annet drevet tilsvarende eller mer handel på tvers av landegrenser i 1913 enn i 2003 (målt opp mot daværende BNP for enkelte land) (Busch, Johnsen, Vanebo, 2003, s. 21). Men selv om handel i 1913 gikk radig for seg, er det lite fra tiden før 1. verdenskrig som er aktuelt den dag i dag.

Globalisering er et samlebegrep for de endringer som preger samfunnet, organisasjoner inkludert og innebærer at man enkelt forklart må endre seg for å kunne henge med i utvikling. Enten om du tilbyr en butikkjeneste som selger sko eller om du er slakter. Det er ikke lenger nok å bare kunne tilby de beste skoene eller den møreste biffen, det skal gjerne komme fra

økologiske oppdrettere eller være produsert av tarifflønnede fagutdannede som har et bredt spekter av kulturelle og religiøse bakgrunner, gjerne med innslag av forskjellige funksjonsnedsettelse. Det skal kunne leveres til kunden hvilket som helst tidspunkt på døgnet, og det skal helst foregå klimanøytralt. Kravene til en helhetlig gjennomføring er så absolutt tilstede, samtidig som forbrukeren ønsker at det skal være så rimelig som mulig. Samtidig vil ikke en organisasjon utelukkende styres av endringskrefter i omgivelsene, interne forhold vil følge (Busch, 2017) utgjøre en betydelig endringskraft, bare se på eksempelet i neste avsnitt.

Det finnes mange eksempler på mislykkede firmaer som ikke erkjente at virksomheten burde fornyet seg. 1 av de mest brukte og kanskje mest ekstrem eksempelet på dette er Kodak.

I 1996 kontrollerte fotoimperiet Kodak 2/3 av alle fotofilmer som ble produsert, og hadde omtrent 145000 ansatte på verdensbasis. På midten av 70-tallet utviklet en ingeniør som jobbet for Kodak et tidlig forsøk på et digitalkamera. Firmaet hadde stor forskningsavdeling og var allerede kjent for å være innovative, og hadde revolusjonert fotobransjen i mange år allerede med å tilby billige fotokameraer og dyr film og fremkalling. De mente at produktet Kodak tilbydde var så bra at en digital løsning ville ødelegge monopolet og inntektsgrunnlaget. Samtidig mente ledelsen at ingen hadde lyst til å se på bilder inne i fjernsynet sitt, og det digitale kameraet ble ikke videre implementert i driften. I 2012 begjærte de selskapet konkurs. I dag driver de i en brøkdel av skala sammenlignet med et marked de tidligere hadde monopol på i flere ti-talls år. Busch (2007) omtaler slike tilfeller som *seleksjonsproblem*. Dette er fenomener i virksomheter hvor man har oppnådd stor suksess hvor man har rett og slett ikke kan se verdien i å endre noe som fungerer tilsynelatende optimalt.

Grunnen til at jeg velger å nevne dette eksempelet er to-delt. Først og fremst på grunn av at det åpenbart var manglende evne til omstilling, er det også interessant å se på hvordan det åpenbart ble ignorert orientering mot det nye, og hele tiden sett tilbake på det gamle og stabile som nevnt helt innledningsvis. Eksempelet er mye brukt som et «Worst case» scenario, og det er lett å se på tilbake på avgjørelser som ble tatt den gangen og konkludere med at det var lite hensiktsmessig. Firmaet var verdensledende innovatører på markedet når det gjaldt fotofilm og bildefremkalling, men det blir kun stående som en historisk parentes. Hvis vi ser det fra et endringsledelsesperspektiv, så virker det som at ideen om endring som oppstod ikke var godt

nok forankret i ledelsen, men lå i ekspertavdelingen i virksomheten. Ideen ble værende i en mindre del av firmaet, med mindre gjennomslagskraft, som ikke nådde frem til beslutningstakere på konsernnivå. Forslaget engasjerte ikke ledelsen tilstrekkelige, hvilket resulterte i motstand mot endringen.

Alle endringer i samfunnet speiles tilbake til hvordan organisasjoner må opptre. Faktum er at om en organisasjoner holder fast ved gammel struktur vil de med overveldende sannsynlighet ikke vedvare over tid. Endring er ironisk nok et varig og stabilt fenomen som man er nødt til å tilpasse seg, ellers vil det være nærmest umulig å overleve. Hennestad & Revang (2017) skriver at virksomheter i dag utsettes for *turbulens*.

Man kan si at det meste av ledelse i dag er en form for endringsledelse. Når jeg tar utgangspunkt i egen organisasjonen, ser den til eksempel helt annerledes ut enn hva den gjorde for bare 3 år siden. Ledelsesstrukturen, organisasjonsverdiene - ikke minst samhandling i møtestrukturen er helt eller delvis endret. Mange av endringene er automatiske, i den forstand av at nye regler innføres, ny teknologi gjøres tilgjengelig og forenkler arbeidshverdagen eller det blir ansatt nye medarbeidere med ny kompetanse. Dette er typiske små individuelle, men parallelle endringer som de fleste virksomheter kan kjenne seg igjen i, men som ikke er gjennomgripende tiltak i en virksomhets struktur. Dette er de fleste i dag vant med, ledelse foregår som regel i en form for endring.

2.2 Endringsledelse i helse og omsorg

I 2003 ble alle norske sykehus omorganisert da de ble flyttet ut fra ledelsen i fylkene til å bli liggende under helsedepartementet, organisert som egne foretak. Dette har over tid medført store omorganiseringer av tjenestene i de ulike regionene. Noen ble flyttet, noen ble slått sammen, noe ble lagt ned.

Helsepersonell utsettes for store endringer hvert år. I 2009 ble det rapportert at 23% av sykepleiere ved norske sykehus at de hadde opplevd en større endring de siste 3 årene, den høyeste andelen av de spurte ansattgruppene. Til sammenligning svarte 73% av helsepersonalet at de hadde måtte lære seg ny teknologi eller administrative prosedyrer siste året. Snittet i utvalget lå på rundt 50% Aagestad et al. (2011). Historisk sett har sykehus vært

styrt av en overlege som har fungert både som administrator og øverste behandler, og har med dette hatt ganske store fullmakter til behandling. Et eksempel som fremstår litte flatterende er av psykiateren Ørnulv Ødegård som var direktør for Gaustad sykehus i perioden 1938-1972 (snl.no, 2021). Han var en av de ledende på feltet biologisk psykiatri i Norge, og hadde nærmest fritt spillerom som innebar at han var den som innførte lobotomering som behandlingsform ved sykehuset og selv med meget begrensede resultater var dette legitimert som nybrottsarbeid frem til starten av 50-tallet.

Etter hvert som den medisinske utviklingen skjøt fart ble det større fokus på å skille administrasjon og behandling, og gjennom reformer ble det på 80-tallet mer fokus på «New public management» hvor tanken var at byråkratiet skulle nedjusteres og sykehusene skulle driftes etter private aktørers effektiviseringsprinsipper. Mål og resultatstyring ble nye begreper, og det ble utformet tankeganger om at det var viktig med ledelse på sykehuset som faktisk hadde utdanning, ikke nødvendigvis innenfor det medisinske.

I USA er det i enda større grad krav om effektiv behandling. Her foregår som regel sykehusinnleggelse som et pakkebånd, hvor pasienten blir sluset inn til resepsjonen, via helsekretær, til en lege, som henviser til videre til en annen lege som gjør et lite inngrep, så kobles du til en sykepleier som steller såret og til slutt blir du sendt ut i rullestol av en portør. Alle disse kulepunktene noteres ned spesifikt og utgjør en totalsum på «kassalappen», hvor kvaliteten på pleien du mottar på et sykehus er avhengig av om du har den beste forsikringen. Ergo; Om du kan betale for det vil du mest sannsynlig bli frisk igjen.

2.3 Teoretiske perspektiv

Når det kommer til å velge litteratur til en studie hvor det primært vil bli gjort analyser av andres forskningsarbeid eller annet empirisk arbeid som utgangspunkt for en oppgave, er det en fordel å tilføre noen teoretiske perspektiver parallelt mens man forsøker å svare på forskningsspørsmålene og problemstillingen. Fordelene med slike teoretiske perspektiver ved litteraturgjennomgang kan vise seg gjeldende når det kommer til analysedelen av oppgaven.

Å ha flere innfallsvinkler rettet mot en eller flere problemstillinger, temaer eller antakelser, vil kunne tilføre oppgaven en bredere og mindre ensidig dimensjon, som vil være til fordel for leseren. I tillegg til flere ulike perspektiver, vil jeg samtidig gi plass til relevante historiske

perspektiver, som vil bidra til oversikt og mer forståelse av de ulike prosessene Det er et såpass omfattende at det ikke kan forklares gjennom en teori eller en innfallsvinkel. Jeg har valgt å ta for meg instrumentelt perspektiv på endringsledelse, i tillegg til det verdibaserte perspektivet. Årsaken til at jeg velger kombinasjonen er basert på at jeg ønsker å se på om det finnes sammenhenger mellom det mer styrende elementet av ledelse opp mot en filosofi som blir mer og mer aktuell i tiden. Samtidig ønsker jeg å se hvordan de ulike retningene må forholde seg til hverandre i endring gjennom å se strategier, leders rolle og adferden til leder i endringsprosesser opp mot teorien verdibasert/verdibevisst ledelse. Da dette er et studie som har formet mitt lederskap, og er en form for lederskap som blir mer og mer introdusert i samfunnet. Kompleksiteten endringer tilbyr forskningen fører til at det vil være vanskelig å bare kunne se endringsledelse gjennom ett perspektiv, det blir for lite nyansert.

2.3.1 Instrumentelt perspektiv på endringsledelse

Innenfor det instrumentelle perspektivet er det en grunnleggende tankegang at ledelse er avgjørende for at resultater oppnås og at mål blir nådd. Hvordan? Gjennom lederen. I dette perspektivet legges nøkkelen til suksess ene og alene hos lederen eller hos ledelsen. Det innebærer at det er viktig hvordan leders adferd er, og i hvilken grad lederen kan påvirke sine ansatte til å yte for å gjennomføre endringer. Lederadferd, lederegenskaper i samhandling med ansatte virker å være nøkkelen (Yukl, 2013).

2.3.2 Verdibasert perspektiv på endringsledelse

Konseptet om verdibasert/bevisst ledelse dukker opp tidlig på 1980-tallet. Teorien har røtter til andre nyere ledelsesteorier som; transformasjons-, transaksjons- og karismatisk-lederteori. Internasjonalt referert til som «value-based leadership», som forsøker å beskrive verdier som to vidt forskjellige aspekt vedrørende verdier. En økonomisk og verdiskapende, en annen verdi og holdningsskapende. De ansatte er grunnlaget for å skape verdier gjennom organisasjonen. Kultur og verdiarbeid er lederens viktigste funksjon.

Max Weber referer tidlig til verdirasjonalitet, det samme med Chester Barnard og Selznick. De to sistnevnte med sine teorier om *verdi-infusering*. Barnard er referert i Aadland & Askeland (2017, s 54). Videre omtalte Barnard organisasjoner som både formelle og uformelle, hvor lederne i organisasjonene ble ansett som 1: rasjonelle aktører og 2: moralske

forbilder. Det var altså ikke kun det rasjonelle aspektet ved ledelse som var gjeldende lenger. Barnard var opptatt av at ansatte frivillig valgte å knytte seg til en organisasjon, og at det faktum måtte ha en sammenheng eller i en eller annen sammenheng ha tilknytning til.

2.3.3 Forventninger til funn

Ovenfor presenterte jeg tilleggs perspektivene jeg har som intensjon å benytte som et ekstra verktøy for å gi et bredere blikk på problemstillingene, men også for å se det fra to vinkler som tilsynelatende er ganske ulike. De to perspektivene baserer seg på forskjellig orientering av ledelse har ulike fokusområder, også når det kommer til lederen. Det vil dermed være nærliggende å anta at resultatene av forskningslitteraturen vil vise seg forskjellig basert på de forskjellige tilnærmingene, og på bakgrunn av det ønsker jeg å komme med noen foreløpige forventninger knyttet opp mot mine forskningsspørsmål.

Fra det verdibevisste perspektivet forventer jeg at den litteraturen som blir valgt ut har fokus på roller, relasjoner og ikke minst verdier i endringsprosesser. En rimelig antakelse vil være at det er mer fokus på lederen og han eller hennes funksjon, enn det er fokus på hva lederens oppgaver vil være. Jeg forventer i tillegg at det i stor grad vil bli vektlagt hvilken adferd lederen har i prosessene.

Ut ifra det instrumentelle perspektivet forventer jeg at artikkelforfatterne har hatt fokus på terminologi som resultat, implementeringseffektivitet, mål og prosess. System og styring vil være i fokus i tillegg til området effektivitet. Jeg forventer også at det vil være mye fokus på rutiner og prosedyrer, top-down management.

Forskningsspørsmål	Instrumentelt perspektiv	Verdibevisst perspektiv
Hvilke lederadferd foretrekkes ved endringsprosesser.	Foretrukken lederadferd innenfor dette perspektivet dreier seg om mål og resultatorientert lederadferd. Planmessighet orden og struktur vil være viktige egenskaper.	Foretrukken lederadferd dreier seg mot inkluderende lederstil. Viktig å motivere og mobilisere til organisatoriske handlinger basert på verdier som medmenneskelighet

Hvilke strategier benyttes oftest i endringsprosesser	Sterk lederstyrt strategi. Toppleidelse organiserer prosessene og ansatte styres gjennom rutiner og regler som endres og implementeres.	Kommuniserende og delegerende strategi. Mer fokus på autonomi i prosessene og mindre sentralisering og styring.
Mellomlederens utfordringer i endringsprosesser	Mangel på rutiner, formelle strukturer og opplæring som gir dårligere vilkår for å innføre systemer som skal bidra til økt kontroll	Opplevelse av motstand og likegyldighet på grunn av kulturelle normer og verdikonflikter.

2.4 Ledertrekk og lederadferd

«En av de tidligste studiene av lederskap, utført av Galton (1869), *Hereditary Genius* - understreker et standard grunnlag som dannet en ide om ledelse. Ideen gikk ut på at lederskap er en ferdighet som innehas av ekstraordinære individer» McCleskey (2014).

Det har uten tvil vært mange ekstraordinære individer som har stått frem som ledere eller forbilder for sine følgere gjennom menneskehetens historie som vi kjenner til. Alt fra Faraoer, til vikingjarler, stammehøvdinge, konger og generaler. Felles for disse er at de nok passet inn til beskrivelsen som Galton skisserte. Når begynte forskere egentlig å se på sammenheng mellom personlighet og ledelse?

På 1940-tallet kom det et fokusskifte og det ble mer snakk om atferdsteori i lederskapsstudier. Fra perspektivet om det «the great man» og eksepsjonelt disponerte individer som gikk ut på antakelsen om at enkelte som kanskje var fysisk store, og kunne snakke i en større forsamling naturlig nok var ledemateriale. Kritikken som utviklet seg rundt denne karakteristikken var at den mest sannsynlig var egnet bra for ledelse på slagmarken, ikke like effektivt i andre settinger. Men hvordan har teorien om personlighetstrekk utviklet seg?

«Personlighet defineres som individets karakteristiske måter å reagere på, tankemessig, følelsesmessig og ved ytre atferd», Nielsen, 1997. En måte å forklare personlighet på blir ofte

referert til i Femfaktormodellen. Den hevder at menneskets personlighet kan beskrives gjennom fem overordnede trekk, og underordnet er en rekke mer spesifikke trekk eller fasetter tilhørende hver faktor. I følge Costa & McCrae (1992) synes personlighet å være stabilt gjennom livet.

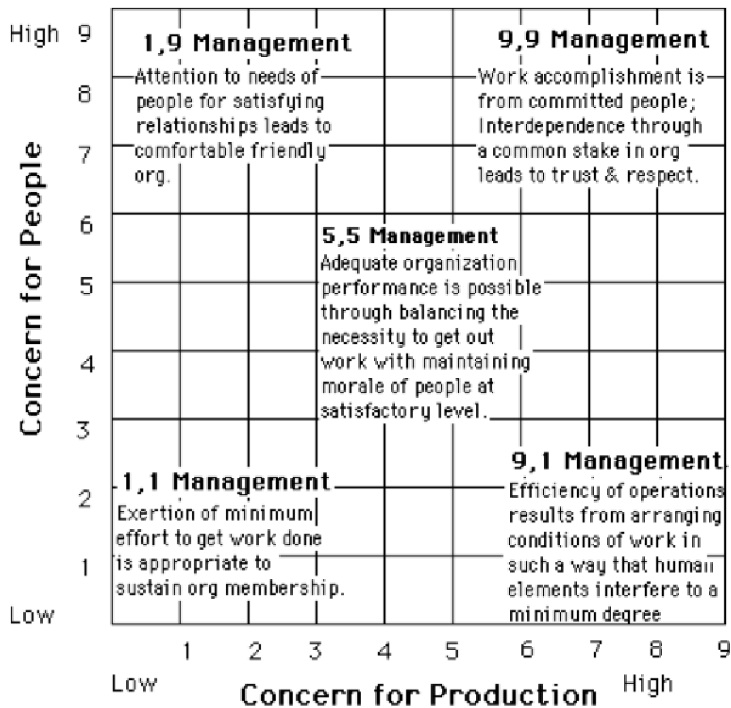
Tabell 1: Femfaktormodellen. Faktorer og fasetter fra personlighetstesten NEO PI-R (Costa og McCrae, 1992).

Hoveddimensjoner	Fasetter
Nevrotisisme	Angst, fiendtlighet, depresjon, selvbevissthet, impulsivitet, sårbarhet
Ekstroversjon	Varme, sosiabilitet, selvmarkering, aktivitet, spenningssøking, positive følelser
Åpenhet for erfaringer	Fantasi, estetikk, følelser, handlinger, ideer, verdier
Omgjengelighet	Tillit, rettfremhet, altruisme, føyelighet, beskjedenhet, følsomhet
Samvittighetsfullhet	Kompetanse, orden, pliktroskap, prestasjonsstreben, selvdisiplin, betenksomhet

Trekkteori er sentral innen forskning på personlighetspsykologi, og er tuftet på ideen om at det finnes stabile egenskaper ved folk som kan bidra til å forklare deres typiske tenkesett, følelsesmessige reaksjoner og atferd. Dermed blir det interessant å bruke som rammeverk for deler av denne oppgaven. Som tidligere nevnt dukket det opp noen teorier om hvem eller hva som innebar å være en god leder. Blant annet medfødt «*greatness*» av Galton, eller «*great-man*» teorien av Carlye, på midten av 1800-tallet. Tilnærminger som stod godt til regenter som Aleksander den store, eller Karl den store. Det var ikke før midten av 1900-tallet at det ble forsket på sammenhenger mellom personlighetstrekk og lederadferd, og med femfaktormodellens inntog ble det starten på en eksplosjon i studier på sammenhengen mellom de dem. I noen historiske eksempler finner vi blant annet: Winston Churchill kan sies å score lavt innenfor samvittighetsfullhet og hadde en streng disiplin og besluttsomhet for å få

gjennomslag. I motsatt ende finner du for eksempel Walt Disney. Han beskrives som en meget inkluderende leder, og treffer nok best innenfor omgjengelighet i trekk-teorien. To svært forskjellige individer med ulike tilnærminger som ledet på sin egen måte.

Blake & Mouton (1962) innførte allerede tidlig på 60-tallet en oversiktlig kombinasjon over lederadferder kalt «ledergitteret» Denne modellen tar for seg lederadferden oppgaveorientering og relasjonsorientering hvor man scorer på aksene fra 1-9 (se figur).



«Managerial Grid 1962»

En kan grovt si at ytterpunktene med modellen som beskrevet i figuren er delt inn i:

1-9 lederstilen som scorer høyt på relasjonsorientering, men lavt på oppgaveorientering

1-1 lederstilen har lav score på begge orienteringene

5-5 er av mange omtalt som en middelorientering der man i størst mulig grad prøver å balansere alle aspekter ved organisasjonen

9-9 lederstilen kan ses på som en form for forståelse for at oppgavene og relasjonene i virksomheten er ens forent rundt samme mål og alt harmonerer perfekt sammen

9-1 lederstilen er veldig oppgaveorientert og dreier seg i hovedsak om å få best mulig resultat

En av de tidligste forslagene til å definere lederadferd og sammenhenger med handlinger er House (1971). Han fremstilte følgende modell, som refereres til som «Path-Goal» modellen.

Når denne først kom, ble den ansett som en god måte å dele opp adferd, men modellen fikk etter hvert kritikk for ikke å forklare leders handlinger ut i fra de ulike adferdskategoriene. I 1996 presenterte han en modifisert modell (se under) som også tok for seg handlinger.

EXHIBIT 9.2
House's Path-Goal Leader Behaviors

Leader's Behaviors	Leader's Actions
Path-goal clarifying	Communicates what is expected, sets performance standards, schedules activities, rewards positively or negatively on the basis of performance
Achievement oriented	Sets challenging goals, drives improvement and excellence, demonstrates confidence in employees' abilities, encourages pride in work
Work facilitation	Mentors and coaches to improve employees' skills, removes barriers, facilitates and empowers employees' work
Supportive	Acts friendly, shows concern for employees, treats them as equals
Interaction facilitation	Communicates and encourages teamwork, resolves conflict, promotes positive relationships among employees
Group-oriented decision making	Invites decision-making participation, obtains and shares needed information for decisions
Representation and networking	Acts as a representative for the organization, fills ceremonial roles, develops and maintains relationships with influential parties
Values based	Creates and shares a vision, demonstrates confidence to achieve the vision, provides feedback

Source: Adapted from House (1996).

Innen den tid hadde flere andre teoretikere på feltet rukket å komme med sine bidrag. Blant annet Bass (1985) som er en av de store innenfor endringsledelsesfeltet har definert et utvalg av lederstiler i sin artikkel «*Leadership and performance beyond expectations*». Her finner vi blant annet: *Autocratic, democratic, directive, participative, task-oriented, relationship-oriented, transactional and transformational*. Der kan man se at han er tidlig ute og gir transformasjonsledelse et uttrykk. Yukl (2012) er av flere som lot seg inspirere av blant annet House og Bass, og introduserer sitt forslag til en form for leder-taksonomi der blant annet ferdigheten «change-oriented» er definert som en utvikling av å være transformasjonell.

Task-oriented	Clarifying
	Planning
	Monitoring operations
	Problem solving
Relations-oriented	Supporting
	Developing

	Recognizing
	Empowering
Change-oriented	Advocating change
	Envisioning change
	Encouraging innovation
	Facilitating collective learning
External	Networking
	External monitoring
	Representing

Et personlighetstrekk beskriver ikke atferd i seg selv, men kan heller ses på som en preferanse eller et naturlig anlegg for visse måter å reagere og handle på. Basert på slike resultater synes det å foreligge en rekke meningsfulle sammenhenger mellom personlighet og ledelse.

Martinsen & Glasø (2013) presenterer at en gitt profil av personlighetstrekk kan synes å ha betydning for både det å bli leder og det å være effektiv i lederrollen. Perspektiver på hva som definerer termen lederskap har utviklet seg de siste tiårene. Grunnleggende forståelse for dette faktum gir oss mulighet til å se evolusjonen i hva faktisk lederskap er blitt og hva som definerer det, de siste 20 årene har det vært mest snakk om transaksjonsledelse med bonuser og ytre belønning eller transformasjonsledelse med sin fellesskapsfølelesetankegang og utvikling som kanskje er det som har tydeligst røtter inn mot verdibasert ledelse.

Det er mange definisjoner på ledelse. Men det er tydelig at det handler om en form for adferd. Yukl (2012) hevder at «Ledelse er en spesiell adferd i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning holdninger og b.la annet adferd». I følge Jacobsen & Torsvik (2013, s.433) er det identifisert to helt grunnleggende lederstiler. Først finner vi den demokratiske og relasjonsorientert. Denne stilen benyttes av ledere som aktivt forsøker å utvikle eller forbedre sine relasjoner med ansatte. Involvering og støtte er viktige pilarer for denne tilnærmingen. I senere tid har man utviklet flere lederadferder som bla. emosjonell intelligens og endringsorientert. Den andre lederstilen som trekkes frem er *Autoritær og oppgaveorientert*.

Kjennetegn ved denne tilnærmelsen baserer seg på produksjon, effektivitet og struktur. Mål og resultatoppnåelse er kjennetegn ved denne tilnærmingen.

De grunnleggende lederstilene finner vi igjen Jacobsen (2004) *Organisasjonsendringer og endringsprosesser*. Her snakker han om lederstil E og O¹. Lederstil E «economic» kan best oppsummeres som strategi eller taktikk for å skape mest mulig vekst. I følge Jacobsen baserer denne formen for endringsledelse seg på makt knyttet til kontroll over ressurser. Ansatte vil da orientere seg mot ledelsen som har kontroll over ressursene i håp om eller ved lovnad om et utbytte som resultat av å gjøre som man blir fortalt. I nyere tid kan vi kalle dette for transaksjonsledelse. Hvor det er mer fokus på ytre belønning, bonus og hvor effektivitet belønnes.

Vi har også Lederstil O «organization». Hvor man har et litt annet perspektiv på endringsledelse, nemlig hvordan man kan skape en mer felleshetsfølelse inn mot verdier, normer og kultur. Tilnærmingen vektlegger at virksomheten består av mer enn det materielle og strukturelle og at for å endre dette må man gradvis tilpasse seg og kartlegger de ulike kulturene som eksisterer på arbeidsplassen. Inkludering og delegering er viktige aspekter ved denne lederstilen. Mindre fokus på insentiver, mer fokus på kulturutvikling og verdiskapning.

2.5 Strategier og endringsledelse

En strategi kan være så mangt, men en relativt presis og ofte brukt definisjon som stammer fra ganske ny litteratur følger: «Fastlegging av de grunnleggende langsiktige målene til et foretak og allokering av ressurser som er nødvendige for nå de målene», Vanebo et.al. (2017, s.62).

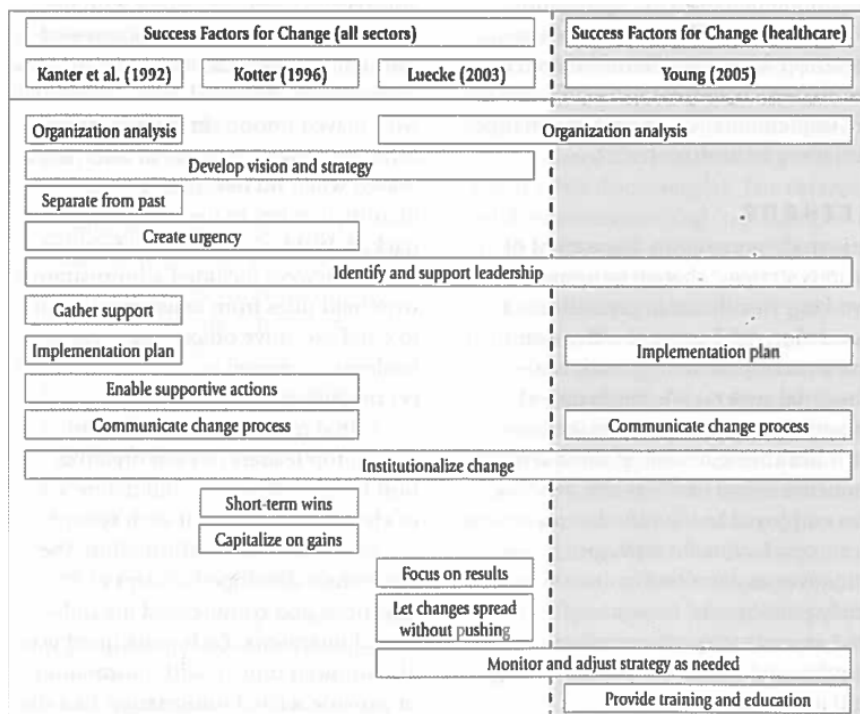
Det finnes en rekke teoretikere som har gitt sitt bidrag til forskningslitteraturen når det kommer til strategier på endringsledelse. Det virker som det å foreslå den mest effektive, eller mest hensiktsmessige modellen har vært gjort i mang et tilfelle. Kotter er av dem som har gitt sitt bidrag i form av en åtte trinns modell som beskriver hvordan en endringsprosess bør gjennomføres.

¹ Et viktig skille er nødvendig å påpeke her; Jacobsen referer til lederstiler E og O, mens jeg presenterte Steinke Et.al. (2013) et.al. (2013) sine lederstrategier som E og O. Jeg kommer aktivt til å bruke begge definisjonene ulik i forskjellige deler av drøftnings kapitlet..



Prosesen består ifølge Kotter av åtte steg med tre ulike faser som må følges som en trapp i kronologisk rekkefølge for å åpne målet som suksessfull endring. I hans modell beskriver han blant annet viktigheten av å skape forståelse for endringen og preisserer også hvorfor han mener det å skape visjon er viktig.

I tabellen under har Kash (2014) samlet en rekke forfattere som har kommet med sine bidrag til modeller som skal beskrive strategier for suksessfull endring. Påfallende for de fire utvalgte modellene her er at faktumet at de er omforent rundt strategien om støttende lederskap og at endringer må institusjonaliseres. Basert på disse modellene vil det være interessant å om forskningslitteraturen innenfor helse- og omsorgsektoren støtter opp om disse funnene.



For å gjøre tematikken enklere har flere forsøkt å definere lederstrategier så smalt som mulig. Enten er det det strategi E eller så er det strategi O. Steinke et.al. (2013) bruker en modell som først ble presentert av Beer (2000) men samtidig så ønsket de å få inn en noe mer nyansert modell. Dermed integrerte de aspektene fra E og O. Resultatet ble strategi EO

Theories E and O of Change		
Organizational Aspects	Theory E	Theory O
GOALS	Maximize economic value	Develop capabilities
LEADERSHIP	Top-down	Participative
FOCUS	Structure and systems	Culture
PROCESS	Planned and programmatic	Unplanned and emergent
MOTIVATION	Incentives lead	Incentives lag
CONSULTANTS	Large / knowledge driven	Small / process driven

Theory EO
Embrace the paradox of the two
Initiate from top & engage
Focus simultaneously on both
Plan for spontaneity
Incentive to reinforce vs. drive
Use as empowering experts

2.6 Oppsummering

I teoridelen av denne oppgaven har introdusert teorien om endringsledelse i en historisk setting med eksempel et kjent eksempel på motstand mot endringsledelse, i tillegg til endringer i helsesektoren. Jeg har videre presentert to teoretiske perspektiver som skal være med som «støttefunksjoner» i oppgaven, instrumentelt perspektiv på endringsledelse og verdibasert perspektiv på endringsledelse. Jeg har i oppgaven også sett på ulike teorier om lederstiler og lederadferd. Deretter har jeg introdusert forskjellige strategier til endringsledelse og til slutt har jeg introdusert ulike definisjoner av ledelse og leder(e).

3. Metode

3.1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg presentere den metodiske tilnærmingen som er valgt for til å besvare oppgavens problemstilling og hvordan den skal besvare mine forskningsspørsmål. Deretter skal jeg se på fremgangsmåten og kriterier for hva som må ligge til rette for at det skal bli en god litteraturstudie. Videre vil jeg se etter hva som gjør at metoden kan være begrenset eller uegnet og følgelig, hvilke kvalitetssikringer som må gjøres rundt det empiriske grunnmaterialet for at studien skal bli best mulig samt en diskusjon rundt validitet og reliabilitet. Jeg trekker så frem utvalgsriterier og hvilke avgrensninger jeg har valgt å ta i forbindelse med hva som er mest relevant for tematikken. Jeg kommer også til å kort presentere mine søkeord og utvalgsstrategi.

3.1.1 Begrunnelse for valg av metode

Årsaken til valg av kvalitativ metode kan begrunnes av flere årsaker. Først og fremst for å best mulig kunne besvare mine forskningsspørsmål, virket det etter gjennomgang av metoder mest hensiktsmessig å gjennomføre en litteraturstudie av det empiriske materialet som eksisterer rundt endringsledelse. Ved å kunne anvende et så stort utvalg av datamateriale vil det manifestere seg mangfoldige perspektiver til drøfting og analyse, men på en annen side også virke overveldende i empirisk omfang. Det også vært mulig å gjennomføre intervjuer av ansatte/mellomledere for å få frem deres synpunkter på endringsledelse og ledertrekk, men det hadde enten vært aktuelt å forske gjennom egen virksomhet, noe som kan gi dårligere kvalitet på grunn av at man f.eks. kjenner intervjuobjektene eller er har en relasjon som gjør at man blir inhabil i vurderingen av svarene. Det er også utfordringer i dagens samfunnssituasjon å gjennomføre fysiske intervjuer i andre virksomheter på grunn av pågående pandemi, og det å gjennomføre intervjuer med ukjente objekter over digitale løsninger vil ikke gi den troverdigheten jeg er på utkikk etter her.

En litteraturstudie vil være et godt utgangspunkt for en oppgave, hvor det legges opp til at forfatteren av oppgaven selv er den som avgjør hvilket råmateriale som skal anvendes. Det faktum at datamaterialet er såpass stort er ofte en god kvalitetsindikator. En litteraturstudie beskrives som «*systematisk og kritisk gjennomgang av eksisterende litteratur og kunnskap rundt et valgt tema og en problemstilling*». Hart siteres ofte når litteraturstudier skal defineres.

Han peker på det faktum at det man som forsker får mulighet til å studere hva tidligere forskning har bidratt med.

3.2 Fremgangsmåte

«Litteraturgjennomgang har som hensikt å oppsummere den viten som allerede finnes om det problemet du er opptatt av» (Hart, 2008). I denne litteraturstudien kommer vi til å gå gjennom primærstudiene (litteraturutvalget) via en annenordensanalyse (Johannessen et.al. 2016). Ettersom jeg har utformet en problemstilling og definert tre ulike forskningsspørsmål, er utfordringen nå å besvare disse. Jeg har valgt litteraturstudie som metode. Jeg kommer til å søke etter litteratur og empiri, hente ut de viktigste funnen og teoriene som presenteres og sammenligner dem mot hverandre. Samtidig vil jeg forsøke å se etter mulige tendenser, paralleller og koblinger. Innen helseforskning er det vanlig å gjøre systematiske litteraturstudier basert på data fra primærkilder i form av vitenskapelige publiserte artikler eller rapporter. Ifølge Forsberg & Wenstrøm (2008) er det en rekke kriterier som må være til stede før man kan kalle det en *litteraturstudie*. Jeg har valgt å ikke lage et eget analyseskjema av alle studiene ettersom samtlige av mine bidrag er hentet fra fagfellevurderte publiseringsmedium.

Når jeg har funnet mitt utvalg vil jeg presentere dem i en tabelloversikt som kategoriserer artiklene, samtidig som de presenterer metodisk tilnærming og formålet med studien. I drøftingskapittelet kommer jeg til å trekke frem de mest relevante funnene fra artiklene, samt komme med egne betraktninger rundt sammenhenger i litteraturen. Avslutningsvis skal jeg forsøke å konkludere det som er gjennomgått og se etter noen mulige tendenser.

3.3 Begrensninger med metoden

En utfordring man kan støte på i utformingen av en litteraturstudie, er det å finne tilstrekkelig konkret empiri som skal forsøke å bygge opp om forskningsspørsmål eller problemstilling. Om problemstillingen er for bred eller forskningsspørsmålene ikke er gode nok, at forskningslitteraturen man søker etter ikke gir noen relevante treff, eller at det ikke er forsket noe på området fra tidligere av, vil man kunne ende opp med et tynt grunnlag for å vurdere og analysere de tekstene man eventuelt måtte finne. Dette vil medføre at jeg ikke vil få den dybden eller bredden som er et viktig premiss for denne metoden. Det er også viktig å

understreke at min egen oppfatning av hva som er relevant kan være preget av flere forhold, og det er ikke nødvendigvis min fortolkningsevne av ulike fenomener som er riktige. Det innebærer at jeg må være nøye i prosessen med å selektere mine bidrag.

3.3.1 utfordringer forbundet med validitet og reliabilitet

I en litteraturstudie er ikke begrepene validitet og reliabilitet like relevante som i for eksempel kvalitative intervjuer. Likevel kan høy reliabilitet på noen måter si noe om hvorvidt mine kilder eller utvalg er pålitelige. Det som har blitt gjort i forbindelse med dette er å vise til søkeord som er benyttet, hvilken søkemotor som er benyttet og datostadfesting for at det skal være etterprøvbart for andre personer. En annen faktor som kan sikre høy reliabilitet er at studien er en gjennomgang av fagfelleverderte artikler som er en indikator på at datamaterialet er vurdert som god empirisk forskning på feltet. Jeg slipper også å forholde meg til intervjuer eller observasjoner av andre der man i større grad må benytte hermeneutisk tilnærming og egen fenomenologisk tankegang for å vurdere de svarene eller fenomenene man eksponeres for. Jeg kan derimot ikke garantere at min gjengivelse av primærkildene er akkurat lik som det opprinnelig er publisert som, og min egen bakgrunn, erfaring og preferanse kan bidra til å tolke min forståelse av materialet.

3.4 Kvalitetssikring

Dersom oppgaven skal oppnå den kvaliteten som er ønsket er det behov for en viss bredde og dybde på det empiriske utvalget. Det er fort gjort å kun ramse opp allerede eksisterende litteratur. Ved å bruke et relativt stort utvalg av artikler som beskrevet i avsnittet ovenfor sikrer vi at det er en viss bredde i utvalget, og at man ikke blir for bundet av et par artikler eller pensum. Jeg vil utelukkende velge ut artikler som er fagfelleverderte, dette er ansett som det høyeste kvalitetsstempel i forskningsmiljøene. Andre faktorer som vil være viktige å se etter er gjengangere i litteraturen, og antall siteringer av artikler. Det finnes også sider som opererer med «*impact factor*». Dette fungerer som et mål for gjennomsnittlig antall siteringer av artikler som er publisert i ulike vitenskapelige tidsskrifter. Jo høyere *impact factor* en artikkel har, desto mer anvendt er den brukt i andre forskningssammenhenger. (Saha, S., 2003).

En ulempe med *impact factor* kan være at den kan være veldig snever og ha en lav score, selv om det empiriske materialet er svært godt. En studie i svensk asfalt vil ikke vekke like mye

internasjonalt preg som forskning på vaksiner mot pandemi. Generelt er det vanskeligere å få internasjonal anerkjennelse på forskning som ikke er engelskspråklig. Det er også en forutsetning at publisert materiale har vært tilgjengelig i minimum 2 år for å få en valid vurdering da scoren baserer seg på gjennomsnittet av minst to år. Til slutt skal man også være observant på at siteringer ikke utelukkende indikerer positiv omtale, det kan være artikler som er gjenstand for kritikk. Dermed blir den viktigste kvalitetssikringen jeg først og fremst vil gjøre i denne oppgaven, være å benytte fagfelleverderte artikler, og være kritisk til forskningslitteratur som ikke er «peer-reviewed».

3.5 Utvalgskriterier og eventuelle avgrensninger

Det å søke på begrep som «endringsledelse» eller «change management» gir millioner av treff. Følgelig vil omfanget av empiri begrenses, og utvalget må spisses. Jeg har valgt å søke på engelsk litteratur da mange av kombinasjonene jeg presenterer under ga et ganske begrenset søkeutvalg da jeg søkte på norsk. Det var heller ikke tilstrekkelig bredde i materialet. Jeg ønsker også å begrense søkehistorikken til å gjelde for de seneste 15 årene, dette fordi det er behov av en tidsmessig begrensnig, først og fremst for å sikre at den mest relevante og tidsaktuelle empiriene inkluderes med tanke på utviklingen i samfunnet, og spesielt da helse- og omsorgssektoren, men også for å avgrense det et omfattende datamateriale.

Jeg velger å søke spesifikt innenfor helse- og omsorgssektoren, da det er en bransje jeg selv representerer og har interesse av å studere innenfor, samtidig som jeg mener det er en fornuftig avgrensning med tanke på mengde litteratur man vil finne. Det er gjort betraktelige flere studier av lignende tematikk innenfor bank, finans, forsikring. Det samme kan ikke sies om helsesektoren, især i Norge. Mye av litteraturen vil ha et internasjonalt stempel over seg, spesielt fra Nord-Amerika da det brukes mye penger på forskning av dette feltet. Bare det offentlige helsevesenet bruker årlige rundt 41.7 milliarder dollar på forskning (Nih.gov), samtidig er det store private aktører i USA og totalen som brukes på forskning for det amerikanske helsevesenet var i 2018 174 milliarder dollar. Til sammenligning brukte det private i Norge rundt 1.4 mrd kroner på forskning i 2017(forskning.no).

3.5.1 Søkord og utvalgsstrategi

Det å finne riktig og god litteratur har vært krevende. Det eksisterer en god del publikasjoner og teori rundt feltet endringsledelse. Enkelte søk gir millionvis av treff og det ville vært for omfattende å velge seg ut noe fra et så stort utvalg. Derfor valgte jeg å se på endringsledelse innenfor helse- og omsorgssektoren. Dette gjorde blant annet at f.eks. et søk på «*change management + leadership*» som opprinnelig ga et resultat på over 1.6 millioner treff, ble redusert til 18.200 treff ved å legge til søkebegrepet «*healthcare*» (Søkt 15.11.2020). Søkene ble gjennomført gjennom Google Scholar. Jeg har i tillegg brukt journal of change management, og samtidig brukte jeg også PubMed da jeg skriver oppgaven innenfor helse- og omsorgsspekteret. Eksempel på søk i PubMed: «*Change management*» ga meg rundt 67,000 treff (28.11.2020).

- 1: Change management + healthcare + leadership
- 2: Change management+ leadership skills+ healthcare
- 3: Change management strategies in healthcare
- 4: Change management middle manager healthcare

Etter avgrensninger og en rekke søkestrategier har jeg kommet frem til et utvalg på totalt 15 artikler som jeg kommer til å presentere i neste kapittel. En viktig presisjon er at enkelte bidrag ikke er et direkte resultat av presenterte søkeord. Noen av artiklene er også funnet i referanselister i ulike publikasjoner. Eksempelvis fant jeg artikkelen til Birken (2013) i artikkelen til Steinke (2013). Dette anser jeg som en styrke da tematikken er den samme. Jeg har også søkt opp ulike masteroppgaver som omhandler temaet og kryssjekket etter sammenheng mellom forfattere i oppgavene og sett at det finnes en del likheter der, foreksemael Kotter, Yukl Karp & Helgø, Martinsen, Jacobsen, Bass og Beer. Ved å bruke gjengangere og søke på utgitte verk av dem har jeg funnet frem til andre som skriver mye om endringsledelse innenfor helse-sektoren, for eksempel: Campbell og Caldwell. Enkelte av artiklene gikk igjen ved bruk av de ulike søkekombinasjonene og det anså jeg som en fordel og som et tegn på at artikkelen var relevant for min oppgave.

3.6 Oppsummering

I denne delen av oppgaven har jeg vist til hvorfor jeg har valgt litteraturanalyse som metode for gjennomføring av oppgaven. Videre har jeg sett hvordan man kan utforme en slik studie med oppsett og layout. Jeg har kommet med forslag til hvordan man kan kvalitetssikre

materialet med blant annet bruken av fagfellevurdering av studier. Oppgaven har deretter sett på begrensninger og svakheter ved bruk av kvalitativ analyse, samt trukket frem vurderinger rundt validitet og reliabilitet. Videre har jeg redegjort kort for hvordan kvalitetssikringen av det empiriske materialet skal gjennomføres og oppgaven har deretter redegjort for utvalgs-kriterier og avgrensninger. Til slutt viste jeg til mine søkeord og min utvalgsstrategi.

4. Artikkelloversikt, funn og analyse

4.1 Innledning

I denne delen av oppgaven skal jeg presentere litteraturutvalget mitt. Først kommer jeg med noen korte redegjørelser om prosessen og presentasjon av noen forfattere som har vært relevante på sine måter. Deretter vil jeg fremstille litteraturutvalget i en tabell. Artikkelen er systematisert med bakgrunn i forfatter, tittel på artikkel, årstall for publisering, hvilket medium som har publisert studien(e) og en kort sammendrag av artikkelen. Deretter vil de samme artiklene settes opp i en tabell hvor min vurdering av i hvilken grad de besvarer forskningsspørsmålene kommer frem. Videre tar jeg for meg ulike aspekter ved artiklene som blant annet: Størrelse på studie og virksomheter som er studert, metodebruk, sektortilhørighet. Jeg vil også presentere nasjonalitet, tidsrommet de er utført i og geografisk tilhørighet.

4.1.1 Grunnlag for litteraturutvalg

Som presentert i metodekapittelet har jeg brukt engelsk i søkestrategien min. Det er skrevet mer om endringsledelse i den internasjonale forskningslitteraturen, dette gjelder også innenfor helse og omsorg. Relevante norske bidrag er også publisert på engelsk slik at det skal være lettere å søke opp. Dermed har søkeordene mine vært i hovedsak vært «change management» istedenfor «endringsledelse». Alle bidragene er hentet fra fag-felleverderte publiseringskanaler.

Google Scholar er mitt primære utgangspunkt som søkemotor, men jeg har funnet de fleste av artiklene gjennom databaser som researchgate, PubMed og sagepub. Noen av artiklene har jeg funnet i referanselister eller utvidede søk etter artikkelforfattere som har gått igjen i litteraturen. Jeg viste i kapittelet over til en rekke forfattere som viser seg å være gjengangere i den internasjonale forskningslitteraturen: *Gill, Beer, Yukl, Campbell, Kotter og Appelbaum*, I tillegg har jeg forsøkt å finne pionerer innenfor feltet her i Norge. Det er en del som skriver om endringsledelse. De skriver i hovedsak om generell endringsledelse. Likevel finnes det tydelig noen pionerer innenfor feltet helse- og omsorg i Norge, som *Kjekshus, Bernstrøm og Byrkjeflot*. Disse skriver primært om endringer i det norske helsevesenet, Kjekshus & Bernstrøm omtaler dog endring, ledelse og adferd på tvers innad i helse- og omsorgssektoren og blir dermed en del av det norsk-skandinaviske bidraget. Det har ikke vært nok å kun inkludere norske bidrag. Dermed har det vært nødvendig å søke bredt for å treffe et representativt utvalg. Hoveddelen av artiklene er derfor fra internasjonal forskning.

4.2 Litteraturutvalg

Mitt litteraturutvalg består av 15 artikler og publikasjoner. Jeg kommer til å drøfte de forskjellige forskningsspørsmålene med utgangspunkt i disse 15 bidragene. I kombinasjonen med relevant litteratur både fra fagbøker og andre studier, skal disse bidra til å best mulig kaste lys over det jeg søker å få svar på. I tabellen under viser jeg til en presentasjon av artiklene med forfattere og et kort fremstilling av artikkelen sin utforming, og trekker frem funn og problemstillinger. Hovedfunnene fra artiklene vil jeg presentere i de respektive underkapitlene i drøftingsdelen.

4.2.1 Presentasjon av litteraturutvalg

Forfatter	Tittel	Publiseringsmedium	Hovedfunn
Bernstrøm, Vilde & Kjekshus, Lars Erik (2012)	<i>Leading during change, the effects of leader Behaviour on sickness absence in a norwegian health trust.</i>	BMC Public Health 12(1):799	Artikkelen tar for seg et spørreskjema der mellomleder/linjeleders adferd ble evaluert. Artikkelen er spesifikt rettet mot sykefravær, men hovedtematikken handler om mellomlederens rolle i endringen i et norsk helseforetak
Bernstrøm (2014)	<i>Implementering av organisasjonsendringer i helsesektoren- hvorfor det ofte går galt</i>	Scandinavian journal of organizational psychology	Artikkelen tar for seg endringsstrategi på norske sykehu. Tematikken i artikkelen tar for seg motstand mot endringsinitiativ og hvorfor endring og motstand oppstår på i helse- og omsorgssektoren

<p>Birken, Sarah A. Lee, Shoou-Yih Daniel Weiner, Bryan J. Chin, Marshall H. Schaefer, Cynthia T.(2013)</p>	<p>Improving the effectiveness of health care innovation implementation: Middle managers as change agents</p>	<p>Medical Care Research & Review. 2013 Feb;70(1)</p>	<p>Artikkelen ser på effektiviteten hos mellomledere som endringsagenter i implementeringen av innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Studier ble gjennomført ved intervjuer av mellomledere rundt deres proaktive rolle i endringer og om rollen påvirker effektiviteten.</p>
<p>Caldwell, D. F. , Chatman, J. , O'Reilly, C. A. , Ormiston, M. & Lapiz, M. (2008).</p>	<p>Implementing strategic change in a health care system.</p>	<p>Health Care Management Review, 33(2), 124-133.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske hvordan 3 ulike variabler innenfor strategisk endringsledelse kan påvirke helse- og omsorgsarbeidere til å støtte opp om pågående endringsprosesser for å forbedre kvaliteten på pleien hos pasienten. 37 behandlere i spesialavdelinger hos en stor helse organisasjon deltok i kartleggingen av bl.a nye rutiner for kundeservice, vurderinger av toppledelsen og deres deltakelse, samt generelt om normer og holdninger til endring.</p>
<p>Campbell, Robert James (2008)</p>	<p>Change management in healthcare</p>	<p>The health care manager, volume 27, Number 1</p>	<p>Artikkelen tar for seg endringsstrategi på et sykehus sett gjennom bl.a Kotters 8 stegs modell og Bridges. 3</p>

			stegs modell. Spesielt 8-stegsmodellen blir nøye analysert og sett i kontekst av implementeringen av elektronisk journalsystem på flere sykehus.
Dalmantoff, John. & Lazaruz, Ian (2014)	<i>The Most Effective Leadership Style for the New Landscape of Healthcare</i>	Journal of Healthcare Management 59:4 July/August	Artikkelen ser på behovene for trening og opplæring av ledere som står i eller gjennomfører ulike endringsprosesser. Artikkelen er fokusert på tematikken rundt emosjonell intelligens og adferdsintelligens.
Gutberg, Jennifer & Berta, Whitney. (2017)	<i>Understanding middle managers' influence in implementing patient safety culture</i>	BMC Health Services Research volume 17, Article number: 582 (2017)	Artikkelen fokuserer på faktorer som påvirker forsøk på innføre endring i helsesektoren, først og fremst på pasientsikkerhets-kultur som hovedfokus og implementering av denne i ulike helseforetak. Samtidig henvender studien seg også til mellomledere og deres evne til å påvirke endring av nevnte segment av pasientsikkerhet.
Hargett, C. W. Et.al (2017)	<i>Developing a modell for effective leadership in healthcare: A concept mapping approach</i>	Journal of healthcare and leadership 2017; 9: 69–78	Artikkelen har gjennom litteraturgjennomgang og fokusgruppe-intervjuer presentert et stort utvalg av lederegenskaper for en gruppe med ledere med klinisk

			<p>bakgrunn. De ble bedt om å rangere et utvalg på 39 lederattributter og rangere dem i hvilken grad de fant dem relevante. Dernest ble et utvalg på over 200 ansatte/studenter ikke ledende roller tilhørende fakultetet bedt om rangere de 39 attributtene og forskeren skal se etter sammenhenger gjennom de to studiene.</p>
<p>Kash, Bitá & Spaulding, Aaron & Johnson, Christopher & Gamm, Larry. (2014)</p>	<p><i>Success Factors for Strategic Change Initiatives: A Qualitative Study of Healthcare Administrators' Perspectives</i></p>	<p>Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives. 59. 65-81.</p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere nøkkelfaktorer relatert til implementering basert på et stort utvalg av kvalitative data samlet fra helseledere. Det ble gjennomført intervjuer på to store sykehus som var i pågående endringsprosesser. Dybdeintervjuer med 61 ledere ble gjennomført og det ble foretatt induktive analyser for å kartlegge suksessfaktorer i forbindelse med hele 13 endringsprosesser som sykehusene var en del av. Resultatene fra studien ble så sammenlignet med tidligere identifiserte suksessfaktorer i endringsledelse litteraturen for å generalisere et forslag til spesielt helse sektoren hva</p>

			hensiktsmessige strategier angår.
Kotter, J.P. (2012)	<i>Leading Change, Why transformations efforts fail</i>	Harvard business review press	Kotter sin artikkel fra 1995 tar for seg en åtte trinnsmodell steg for steg når det kommer til hvilke prosesser som må til for å lykkes med ledelsesendring. 8-trinns modellen er av relevans og danner et bredt og generelt grunnlag for å forstå endringsledelse, den e
Kumah, Emmanuel & Ankomah, Samuel & Antwi, Francis. (2016).	<i>The Role of First-Line Managers in Healthcare Change Management: A Ghanaian Context.</i>	International Journal of BioSciences, Healthcare Technology and Management. 6. 20-33.	Studien har kartlagt 54 førstelinjeledere fordelt på 2 sykehus i Ghana for å forstå den faktiske rollen som mellomledere tar under eller mellom implementering av endring. I tillegg var hensikten å identifisere ferdigheter og kompetanse de nevnte lederne behøvde for å lykkes, hvilke hovedutfordringer de ble stilt ovenfor og hvilken støtte de mottok fra toppledelsen i utøvelsen av sine endringsleder roller
Sfantou, Danae, F.Laliotis, Aggelos, Patelarou, Athina E. Sifaki- Pistolla, Dimitra.	<i>Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare</i>	<i>Healthcare</i> 2017 , 5(4)	En stor systematisk litteraturstudie i medisinske databaser med bidrag mellom 2004 og 2015 som ser etter forhold og sammenhenger i

Matalliotakis, Michail Patelarou, Evridiki (2017)	<i>Settings: A Systematic Review</i>		forbindelse med lederstiler i helse- og omsorgssektoren i mange forskjellige land og setter dette i sammenheng med kvaliteten på pleie og helsetilbudet. Totalt 18 bidrag ble analysert
Steinke, Claudia, Dastmalchian, Ali. Blyton, Paul & Hasselback, Paul (2013)	<i>Organizational change strategies within healthcare</i>	Healthcare management forum.	Studien utforsker mulige retninger innad i helse- og omsorgssektoren og hvorvidt de kan utvikle sine endringsferdigheter i lys av modeller som handler om Strategiene E eller O. Data er hentet fra ledere av syke eller helse-tjenester i en region i Canada med omtrent 5 millioner innbyggere.
Viitala, Riita (2014)	<i>Leadership in transformation: a longitudinal study in a nursing organization</i>	Journal of health organization and management, vol 9/2014	Artikkelen undersøker endringsprosesser på et sykehus i 2 perioder. Den tar for seg hvordan mellomledere på en sengepost erfarer endringsprosesser knyttet opp mot sin rolle som ledere og hvordan det påvirker arbeidet deres som kliniske ledere og personalledere. Studien er longitudinell og spenner over 9 år.

Yukl, Gary (2012)	<i>Effective leadership behavior: What we know and what questions needs more attention</i>	Academy of management perspectives	Yukls omfattende forskningsprosjekt forsøker å gi et bidrag til teori på lederadferdfeltet. Han deler lederadferd inn i 4 meta-kategorier og 15 ulike ferdigheter som ble brukt til å tolke resultat i ulik forskning for å avgjøre hva som kan anses som mest effektiv. Deler av studien er sett i sammenheng med endringsledelse, og denne delen av artikkelen danner et sammenligningsgrunnlag opp mot empiri funnet innenfor forskning på feltet helse- og omsorg.
-------------------	--	------------------------------------	--

4.3. Litteraturutvalg og besvarelse av forskningsspørsmål

For å gi leseren en samlet oversikt over valgt forskningslitteratur vil samme litteraturutvalg presenteres i en tabell hvor min vurdering om de besvarer mine forskningsspørsmål fremkommer. Dette vil kunne gi en indikasjon på om flere av artiklene kan være med å besvare de ulike forskningsspørsmålene. Noen artikler vil dekke bredt, mens andre artikler vil ha et smalere nedslagsfelt. Det var f.eks. kun to av de 15 artiklene som belyste samtlige tre forskningsspørsmål på en god måte. Birken et.al (2013) & Viitala (2014). De resterende besvarte dermed enten et eller to av forskningsspørsmålene.

Tittel	1. Hvilke ledertrekk har sammenheng med rapportert vellykkede endringsprosessene innen helse og omsorgstjenester?	2. Hvilke endringsstrategier på kjennetegner vellykkede endringsprosesser innenfor helse og omsorg?	3. Hvilke utfordringer rapporteres inn i utøvelsen av endringsledelse hos mellomledere i helse og omsorgs tjenester?
« <i>Leading during change, the effects of leader Behaviour on sickness absence in a norwegian health trust.</i> » Bernstrøm, Vilde & Kjekshus, Lars Erik (2012)	x		x
« <i>Implementering av organisasjonsendring er i helsesektoren- hvorfor det ofte går galt</i> » Bernstrøm (2014)		x	
« <i>Improving the effectiveness of health</i>	x	x	x

<p><i>care innovation implementation: Middle managers as change agents»</i></p> <p>Birken, Sarah A. Lee, Shoou-Yih Daniel Weiner, Bryan J. Chin, Marshall H. Schaefer, Cynthia T.(2013)</p>			
<p><i>Implementing strategic change in a health care system.</i></p> <p>Caldwell, D. F. ,Chatman, J. , O'Reilly, C. A. , Ormiston, M. & Lapiz, M. (2008).</p>	x	x	
<p><i>Change management in healthcare</i></p> <p>Campbell, Robert James (2008)</p>		x	
<p><i>The Most Effective Leadership Style for the New Landscape of Healthcare</i></p> <p>Dalmantoff, John & Lazaruz, Ian. (2014)</p>	x		
<p><i>Understanding middle managers' influence in implementing patient safety culture</i></p>	x		x

Gutberg, Jennifer & Berta, Whitney. (2017)			
<i>Developing a modell for effective leadership in healthcare: A concept mapping approach</i> Hargett, C. W. Et.al (2017)	x		x
<i>Success Factors for Strategic Change Initiatives: A Qualitative Study of Healthcare Administrators' Perspectives</i> Kash, Bitu & Spaulding, Aaron & Johnson, Christopher & Gamm, Larry. (2014)		x	
<i>Leading Change, Why transformations efforts fail</i> Kotter, J.P. (2012)		x	
<i>The Role of First-Line Managers in Healthcare Change Management: A Ghanaian Context</i> Kumah, Emmanuel &	.x		x

Ankomah, Samuel & Antwi, Francis. (2016).			
<i>Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review</i> Sfantou, Danae, et.al. (2017)	x		
<i>Organizational change strategies within healthcare.</i> Claudia, Dastmalchian, Ali. Blyton, Paul & Hasselback, Paul (2013)		x	
<i>Leadership in transformation: a longitudinal study in a nursing organization.</i> Viitala, Riita (2014)	x	x	x
<i>Effective leadership behaviour: What we know and what questions need more attention</i> Yukl, Gary (2014)	x		x

Oppsummering av artikler og vurdering av om de besvarer forskningsspørsmål:	9	8	7
---	---	---	---

4.4 Presentasjon og stadfesting av litteraturutvalget

Som vist i tabellen over har jeg ni artikler som kan bistå meg i mitt første forskningsspørsmål, åtte i det andre og syv artikler er innom tematikken mellomleder. Studiene tar i hovedsak utgangspunkt i endringsprosesser i bransjen innenfor helse og omsorg. Unntakene er Kotter (2012) og Yukl (2013). I tillegg er annen bakgrunnsinformasjon relevant for utvalget; bransjen er som nevnt veldig lik. Det er ulike størrelse på organisasjonene. Land/region og tilhørighet vil være nyttig å se på. Samtidig er også metodevalgene ulike. Jeg presenterer også hvor de ulike bidragene er hentet fra.

4.4.1 Tidsrom

En annen fellesnevner med de utvalgte bidragene er at samtlige forskningsartikler er publisert etter 2010 foruten to av bidragene; Caldwell (2008) & Campbell (2008). Årsaken til denne avgrensningen er for å ha et mest mulig relevant utvalg. Samtidig er de eldre artiklene valgt på grunn av deres relevans for oppgaven. Forskning innenfor endringsledelse i helse- og omsorgssektoren har utviklet seg betraktelig siden 2010, og dette aspektet ved sektoren er det jeg har hatt et ønske om å fokusere spesielt med det teknologiske inntoget i bransjen.

4.4.2 Metodologi

Litteraturutvalget er variert og inkluderer flere ulike tilnærminger. Størstedelen (6) av studiene er gjennomført på ett eller to like sykehus eller behandlingsinstitusjoner. Samtidig er fire av bidragene studier som omhandler store helseforetak og regioner, som for eksempel studien til Steinke et.al. (2013), som tar for seg en region med over 5 millioner innbyggere. Fire av bidragene er litteraturstudier som ser på andre forskeres bidrag. Studien til Viitala (2014) skiller seg nevneverdig ut da hun gjennomfører en longitudinell studie som spenner over nærmere 10 år. Noen av studiene baserer seg på innsamlede data kombinert dem med intervjuer, blant annet Birken (2013) & Hargett (2017).

4.4.3 Sektor og bransjetilhørighet

Utgangspunktet for denne oppgaven er i hovedsak helse- og omsorgssektoren. Bidragene til studien er både norske, finske, nord-amerikanske. Det finnes et stort utvalgt av amerikansk forskning innenfor healthcare. I hovedsak har jeg funnet data fra sykehussektoren, som nesten alle litteraturbidragene tar utgangspunkt i. Samtidig har jeg funnet flere forskjellige avdelinger innenfor sykehuset, både i psykiatrien og innenfor medisinske spesialavdelinger. Bidragene til Yukl og Kotter er sektoruavhengige men kan generaliseres over til tematikken. Det var lite studier å finne på områder som psykisk helse, utviklingshemning. Dermed er bransjen ikke fullstendig representert.

4.4.4 Geografisk tilhørighet

Av studiene er tre av dem gjennomført i Norge; Bernstrøm, Kjekshus og Byrkjeflot. En av studiene er fra et finsk psykiatrisk sykehus Viitala. En studie er gjennomført i Ghana, mens det er en forskningsartikkel fra det britiske helsevesenet (Caldwell, 2008). De resterende artiklene er av nord-amerikansk opprinnelse hvor også forskningen innen helse-sektoren er betydelig størst. Et lite skille er studien til Steinke et.al. (2013) som dreier seg om det kanadiske helsevesenet. Det innebærer at forskningslitteraturen er ganske godt representert geografisk, men hovedvekten av litteraturen er «amerikansk».

4.4.5 Størrelse på organisasjoner

Flere av studiene er gjennomført på ulike sykehus eller andre behandlingstilstander. Studien til Caldwell (2008) hevder at det er undersøkt i en stor virksomhet, men den sier ikke noe om hvor stor. Til sammenligning er studien til Steinke et.al. (2013) gjennomført i en region med over 5 millioner innbyggere som omfatter alle mulige sjangere innenfor helse og omsorg. En av artiklene stammet fra et finsk psykiatrisk behandlingstilstand, og det er gjort sammenligningsstudier av to mellomstore sykehus i Ghana. (Kumah, Et.al., 2016). Oppgaven har plukket ut bidrag av alle ulike størrelser og kategorier for å styrke validiteten i oppgaven. Det er ikke noe signifikant skille mellom privat eller offentlig ut i fra forskningsartiklene sine opprinnelser. Mange av artiklene adresserer førstelinjeledere og andre mellomledere ettersom oppgaven blant annet ser etter sammenhenger rundt denne rollen. Dermed er enkelte av studiene relativt små; som studien til Kumah, Et.al. (2016) og Viitala (2014) hvor de sammenligner to ulike behandlingstilstander. Antallet respondenter er ikke veldig stort og det kan være at resultatene i så måte ikke er generaliserbare. Samtidig ser man likhetstegn i forskningen mellom de to studiene fra to vidt forskjellige regioner, som for

øvrigt også Hargett (2017) identifiserer. Det tar jeg som et tegn på at det er validitet i funnene deres og en styrke for oppgaven.

4.6 Oppsummering

Først trakk jeg frem litteraturutvalget mitt med et lite sammendrag av artiklenes innhold og hvilke forum de er utgitt fra. Deretter har de samme artiklene blitt vurdert i hvilken grad de besvarer de ulike forskningsspørsmålene. Jeg har også trukket frem aspekter ved artiklene, som blant annet hvilket tidsrom de befinner seg i, hva slags metode som er anvendt, oppgaven har også sett på geografisk tilhørighet, størrelse på de ulike organisasjonene og om det er noen vesentlig forskjell på privat og offentlig sektor. Flesteparten av studiene er britiske eller nord-amerikanske, men det er også bidrag fra både Norge og Ghana.

5. Drøfting

5.1 Innledning

Kapittel fem vil dreie seg om drøfting og analyse av de forskningsartikler som litteraturutvalget presenterte i det forrige kapittelet, samt trekke veksler på annen litteratur og sekundærkilder som kan være av interesse for oppgaven. Jeg skal forsøke å se om det finnes sammenhenger i forskningslitteraturen som forsøker å finne ut hvordan organisasjoner innenfor helse og omsorgstjenester berøres av endringsledelse. For å finne ut av dette formulerte jeg innledningsvis tre forskningsspørsmål som verktøy for å svare på dette. Spørsmålene jeg formulerte var: *Hvilke ledertrekk har sammenheng med rapportert vellykkede endringsprosesser innen helse og omsorgstjenester? Hvilke endringsstrategier kjennetegner vellykkede endringsprosesser innenfor helse og omsorg? Hvilke utfordringer rapporteres inn i utøvelsen av endringsledelse hos mellomledere i helse og omsorgs tjenester?* I dette kapittelet vil jeg drøfte sentrale funn fra litteraturstudien opp mot det teoretiske rammeverket som beskrevet i kapittel to.

5.2 Hvilke ledertrekk har sammenheng med rapportert vellykkede endringsprosesser innen helse- og omsorgstjenester

Gjennom dette forskningsspørsmålet har jeg som hensikt å oppsummere hvilke egenskaper og ferdigheter ved ledere i helse- og omsorgssektoren som har vist seg å være de mest hensiktsmessige i endringsprosesser. Av mitt litteraturutvalg vil jeg benytte fem av de 15 studiene som grunnlag for å forsøke å se etter foretrukken lederadferd. Det var enkelte av de andre bidragene som kort nevnte tematikken, men ikke i tilstrekkelig grad til å inkluderes til utvalget i denne delen av drøfting. Av funnene i de respektive studiene kan det virke som kontekst og spesielt størrelse eller omfanget av endringen, er viktige parametere for å avgjøre adferden en leder eller ledelsen bør inneha. De studiene som tok for seg store omstillinger lente seg i stor grad mot oppgaveorientert adferd, mens i mindre endringsprosesser ble det rapportert at mer støttende og emosjonell tilnærming var foretrukket. Det er dermed ingen entydige resultater i dette kapittelet.

Jeg presenterte mine forventninger til utfallet av lederadferd i endring gjennom det instrumentelle og verdibevisste perspektivet i kapittel to (kopi av tabellen under).

Forventningen som jeg formulerte i forkant av funnene stemmer ganske godt overens med hverandre, spesielt innenfor det verdibevisste perspektivet «*mobilisere til organisatoriske*

handler basert på verdier som; medmenneskelighet». Jeg forventet samtidig at behovet for inkluderende lederstil ble høyere rangert i de studiene jeg har valgt.

	Instrumentelt perspektiv	Verdibevisst perspektiv
Hvilke lederadferd foretrekkes ved endringsprosesser.	Foretrukken lederadferd innenfor dette perspektivet dreier seg om mål og resultatorientert lederadferd. Planmessighet orden og struktur vil være viktige egenskaper.	Foretrukken lederadferd dreier seg mot inkluderende lederstil. Viktig å motivere og mobilisere til organisatoriske handlinger basert på verdier som medmenneskelighet

Det finnes et bredt spekter av adferd i endringsprosesser. Samtidig, ifølge Yukl (2012), er det for lite sammenheng mellom hvordan man definerer adferden i forskningslitteraturen. Det blir dermed enda mer interessant å se om det finnes noen tendenser i det utvalget jeg har valgt. I teoridelen introduserte jeg noen teoretikere på feltet som alle hadde formulerte modeller eller begreper knyttet til hva lederadferd er og kan være. Vil vi kunne se dette igjen i forskningslitteraturen? Det er noen benevnelser som går igjen gjennom de artiklene jeg valgte meg ut. De fleste av artiklene pensler innom temaet *leader behavior*, eller *leadership style*, *change-manager eller change agents*, hvor temaet er endringsprosesser, implementering av nye systemer, eller innovasjon av tjenestetilbudet. Det har ikke vært like lett å finne konkret litteratur som besvarer spørsmålene om ønskede ledertrekk kombinert med pågående eller gjennomførte endringsprosesser. Flere av artiklene fremhever «leadership» som en egenskap, men det å utvise lederskap vil i denne sammenhengen være en samlebetegnelse for flere lederferdigheter.

For å enklere sammenfatte hva utvalget har vektlagt har jeg laget en skjematisk fremstilling og oppsummert hvilke typer lederadferd de ulike forskningsartiklene har kommet frem til. Som leseren kan se av de utvalgte bidragene er det beskrevet adferd på «begge sider av skalaen»- både emosjonelt støttende adferd og den mer oppgaveorienterte adferden. Uavhengig av kontekst for endring det forskes på, hevder den delen av forskningen som jeg

har analysert at hvilken lederadferd man benytter seg av, henger sammen med situasjonen for endring.

Artikkel	Situasjon	Lederadferd
<i>Delmatoff</i>	<i>Implementering av reform i sykehussektoren</i>	<i>Emosjonelt orientert.</i>
Bernstrøm	<i>Fusjoner mellom sykehus i Norge</i>	<i>Oppgaveorientert</i>
Hargett	<i>Endringsprosesser på sykehus</i>	<i>Pasientsentrert</i>
<i>Yukl</i>	<i>Den meste effektive lederadferden i endringsprosesser</i>	<i>Kombinasjon av oppgaveorientert og endringsorientert</i>
<i>Sfantou, D et.al.,</i>	<i>For å sikre best mulig kvalitet i pasientarbeidet.</i>	<i>Oppgaveorientert.</i>

En av lederens hovedoppgaver er å overbevise de ansatte om behovet for endring, men hvilken måte eller tilnærming man skal velge for å kunne få til dette er ikke like selvsagt. I en internasjonal litteraturstudie av Sfantou et.al. (2017) trekker de frem oppgaveorientert lederadferd og formell lederstil som den mest hensiktsmessige ledertilnærmingen ovenfor både pårørende, pasienter og ansatte. En interessant sammenligning til den store studien utført av Sfantou finner jeg hos en norsk forsker, Bernstrøm (2013). Her går flere av de samme trekkene igjen som ettertraktede i hennes studie av fusjoner mellom sykehus i norsk helsesektor. Der var også den oppgaveorienterte tilnærmingen fra ledelsen, den adferden som var mest ettertraktet når de ansatte ble spurt.

Vil det være et annet fokus på omstilling hvor skalaen på det som skal endres er vesentlig mindre? I en studie fra 2017 som ble gjennomført på et amerikansk sykehus ble det til sammen foreslått 33 lederegenskaper. Disse ble vurdert som viktige i en større pågående omstilling som sykehuset var en del av. Forfatterne utledet et sett med seks av de viktigste formene for adferd av de 33. Funnene de gjorde presenteres i modellen under.



Figure 1 The Duke Healthcare Leadership Model.
Note: ©2017 Dean C. Taylor, MD. All rights reserved.

Vi kan tydelig se fra modellen som foreslås at det er et annet fokus på lederens adferd, enn hva som var funnene i studien til Bernstrøm (2013) og Sfantou (2017). Sistnevntes studie kunne i stor grad relatere god kvalitet på pleietilbudet i forbindelse med den oppgaveorienterte lederstilen, mens Hargett sin modell handler mer om pasient og emosjonell intelligens.

En annen forsker på området har også gitt sitt bidrag til ferdigheter i omstilling. Kotter (2012) er en av dem som har pekt på følgende ferdigheter i omstilling: relevant kunnskap om endringer som forekommer; evnen til å etablere tillit blant de som berøres av endringen; utvikle den kunnskapen som er essensiell for endringene; formell kompetanse; både evner og ferdigheter til å planlegge, organisere og gjennomføre prosesser, og til slutt evnen til å lede og motivere de ansatte til å oppnå de målene som er fastsatt. Noen av disse ferdighetene fant jeg i studien til Hargett (2017) gjorde de samme øvelse og definerte fem ferdigheter som deltakerne i studien har rapportert inn som essensielle for ledere i endringsprosesser: kritisk tenkning; emosjonell intelligens; teamwork; integritet og uselviskhet. En interessant parallell mellom Hargett sin studie og Kotter sine endringsleder-ferdigheter er at Kotter (2012) definerer hva en leder bør ha som kunnskap, mens Hargetts respondenter trekker frem adferd

hos lederen. Det er tydelig at Kotter fremhever viktigheten av teoretisk kunnskap om endring, samtidig er Hargrett blant dem som poengterer hva som er den foretrukne formen for praktisk lederskap. Det sier også noe om at det sammenheng mellom generell teori på feltet endringsledelse og i helse-sektoren. Noe litteraturen innen helse- og omsorgssektoren problematiserer at det er manglende kunnskap og opplæring om, blant annet endringsledelse og dens prosesser (Kumah et.al., 2014, Yukl, 2012). Kan det være at det må fokuseres mer på pensum om endringsledelse hos ledere i denne sektoren?

I teori-kapittelet viste jeg til enkelte modeller som forsøker å forklare lederadferd. Slike modeller kan virke bra når en skal kategorisere adferd, men hvilken hensikt tjener de når man skal forklare adferd og handling? Jeg introduserte House (1977) i teorikapittelet. House forsøkte i sin tid å definere leder-adferd og sprang ut i det som ble til «*Path-Goal*» modellen. Dette er en modell innenfor transaksjonsledelse der det er fire nøkkelkomponenter som foreslås som mest effektive. Vi finner ledertrekk som deltakende, støttende, direkte, oppgave og målorientert. House, som har kategorisert ledertrekk, forsøker her nærmere å beskrive lederadferden *directive*; «*A directive leader lets subordinates know what is expected of them, gives guidance and direction, and schedules work according to the expectation*». Dette kan minne om den oppgaveorienterte lederen vi har sett i beskrivelsene i litteraturen, blant annet hos Sfantou (2017). Likevel er denne definisjonen såpass gammel at det vil være vanskelig å si noe om den er relevant for dagens ledere.

Yukl (2012) formulerer en taksonomi som har fire hovedkategorier innenfor lederadferd, hvor blant annet han fremmer forslaget om at en av kategoriene er å være «endringsorientert». Han påpeker «*change oriented*» som en egenskap hvor det å fasilitere, visjonalisere og oppmuntre er viktige egenskaper. Vi ser også de tradisjonelle beskrivelsene oppgaveorienterte eller relasjonsbyggende adferden. Det som er interessant med Yukl sin taksonomi er at han har uttalt at han bygger sine definisjoner med grunnmur fra f.eks House (1977). Her kan vi blant annet gjenkjenne adferd som støttende og oppgaveorientering gå igjen, men i tillegg kommer adferd som verdibasert og gruppeorienterende. Det er omtrent 20 år mellom de to modellene. Hovedforskjellen er at modellen som Yukl presenterer i større grad vektlegger sammenhengene mellom lederadferd og leders handlinger. Modellene som introduseres av

både Kotter, Yukl og House er gode forslag til verktøy for å kunne generalisere en tilnærming til spørsmålet om foretrukket lederadferd i endring.

I dagens endringsorienterte helse- og omsorgssektor er det viktig at ledere er bevisst på sin adferd. Delmantoft & Lazaruz (2017) hevder at emosjonell kompetanse nok passer best inn under relasjonsorientert ledelse. I Hargett (2017) sin studie fant jeg også at emosjonell intelligens var et av de fem mest ettertraktede lederadferdene i endringsprosesser. I tillegg trekker de frem et begrep de kaller for *adferdsintelligens*. En stor spørreundersøkelse blant 35000 helsearbeidere fra 2010 trakk fram nettopp det forskerne har valgt å sette søkelys på: behovet for å utvikle ferdigheten å lede ansatte var høyt ettertraktet når man intervjuet lederne, men de rapporterte samtidig at evnen til å lede med de ferdighetene ikke var gode nok. Hvordan få til å utvikle denne ferdighetene? Gjennom det de kaller for «*Self-awareness*». «*In today's change-oriented healthcare environment, it is critical that healthcare leaders understand (be socially aware of) the behavioral makeup of their organization's employees*» Delmantoft & Lazaruz (2017) .

Golman (2002) var en av de første som presiserte adferdsintelligens som lederstil: han hevdet at mange helseledere i for stor grad utstrålte et kroppsspråk som igjen ble tolket i ulike retninger av de ansatte, noe som skapte en uhensiktsmessig dominoeffekt nedover i organisasjonens emosjonelle klima. Ansatte vil se opp til lederen og hans eller hennes adferd, som igjen vil påvirke deres emosjonelle og adferdsmessige innstilling. Det er dermed viktig for en leder å fremstå som en god rollemodell. Dette er adferd som kan knyttes opp til funn gjort av Hargett (2017) hvor personlig integritet var en av hovedkategoriene.

I bunn og grunn handler denne delen av endringsledelse mye om å respektere de ansatte og inkludere dem. Ifølge Lazaruz vil lederen som forsøker å implementere endringer uten å ta hensyn til de adferdsbehov de ansatte har, risikere å møte motstand, forvirring og demotiverte ansatte, og prosjektet vil sannsynligvis mislykkes. Endringslitteraturen indikerer at en stor andel av disse endringene ikke lykkes (Hennestad, 2017). Dersom vi ser på fusjonene i sykehussektoren siden år 2000, har mer enn 90 % av alle offentlig sykehus vært involvert i minst én fusjon. En stor og kompleks organisasjon som Helse Sør-Øst spenner over mange mil fra Sørlandet sykehus til sykehuset i Innlandet. Her vil det være utfordrende for en i

toppledelsen eller styret å foreslå organisatoriske endringer som påvirker en del av helseforetaket negativt. Her vil et vedtak om endring fattes på høyest mulig nivå, men hoveddelen av lederne som skal være ansvarlige for implementeringen av endringene har selv ikke vært med på å vedta den i likhet med øvrige ansatte som berøres. Synlig og aktiv støtte av endringsprosessen fra toppledelsen er en kritisk suksess-faktor ifølge Francis et al., (2003); Fryer et al., (2007), fordi de ansatte som berøres av endringen vil ha stort behov for støtte og forståelse for å kunne akseptere omstilling.

«De fleste helsepersonell som utsettes for en framtidig endring, har alt opplevd flere potensielt lignende endringer, der et relativt stort antall av dem gikk ikke optimalt»

Bernstrøm (2013). Bernstrøm (2013) fant også at sykefravær i et stort helseforetak som gjennomgikk en gjennomgripende endringsprosess i mer eller mindre grad kunne relateres til en rekke av lederens adferd. Funnene hun gjorde var ulike fra det som blant annet Delmantoft og Hargett fant, og ligner mer på funn gjort av Sfantou (2017) sin studie om kvalitet i pleie og omsorg. I Bernstrøm sin studie var blant annet «*social support*» knyttet til høyere sykefravær, mens for lederadferden oppgaveorientert var det motsatte. Noe av forklaringen kan ligge i at behovet for å få bekreftelse på at jobben man gjorde var riktig, var større enn det å få sosial støtte fra lederen. De ansatte fant støtte i det faktum at de fikk gode tilbakemeldinger i på ett jobbmessig plan. Dette er til sammenligning det motsatte av det emosjonelle perspektivet som Hargett (2017) og Delmantoft & Lazarus (2017) identifiserte som nøkkelkomponenten i omstilling.

Gir ledere med klinisk kompetanse bedre kvalitet på tilbudet? I McKinsey & Company (2010) sin undersøkelse av ledelse av sykehus i forskjellige land, har spesifikke ledelsespraksiser sterk innvirkning på behandlingskvalitet. Sykehusene der lederne hadde klinisk kompetanse scoret høyest på behandlingskvalitet. McKinsey fant at årsaken ikke bare kunne være at de kliniske lederne har bedre grunnleggende forståelse for hva kjernen i virksomheten består av, men funn fra artikkelen kunne slå fast at kliniske ledere bedre kommuniserte med sine ansatte som igjen ga høy legitimitet i gruppen. Studien fant også at de som kom best ut var ledere med høy score på autonomi og punktet myndighet. I studien til Delmantoft & Lazarus (2017) fant jeg også punktet om integritet og adferdsbevisst som en av de viktigste egenskapene til en endringsleder.

Så hva er egentlig bra lederskap i en endringsprosess? Er det effektivt lederadferd som er det mest hensiktsmessige? Yukl (2012) tematiserer og problematiserer nettopp dette i sin studie, men hans fagfelt er ikke spesifikt rettet inn mot helse og omsorg og vi ser at han blant annet tar opp at det er for stor variasjon i hvordan lederadferd blir definert. Han kritiserer at «enkelte studier kun inkluderer de adferdene som er identifisert ut i fra en enkelt teori». Ellers påpeker han også at det foreligger for lite konsistent terminologi når det kommer til kategorisering av ulik lederadferd. Dette kan medføre at forskjellig terminologi i utgangspunktet referer til den samme adferden og i neste omgang skape forvirring. Jeg viste til at House var en av de som Yukl (2012) tok utgangspunkt i. House (1977) formulerte sin modell rundt til det å beskrive effektiv ledelse, men det var lite fokus på endring og for lite fokus på sammenheng mellom leders handlinger og den beskrevne adferden ifølge Yukl.

Det kan virke som at forskningslitteraturen er noe delt i spørsmålet om hva som er den rette adferden under omstilling. Bernstrøm (2013) og Sfantou (2017) holder seg til den oppgaveorienterte lederadferden, mens Delmantofoff & Lazarus (2014) og Hargett (2017) fant funn som tyder på at emosjonell intelligens og pasientsentrert lederadferd var de viktigste egenskapene i endringer i helsesektoren. Funnene gjort i denne delen av studien kan tyde på at forskningslitteraturen er mer splittet hva jeg først antok i forkant av oppgaven, samtidig ser vi at funn i litteraturen peker på det faktum at endring og omfang henger sammen. I større endringer er det fokus på mål og resultatstyring og å sikre at budsjettene og planene overholdes, mens i de mindre prosessene er fokuset hos ledelsen sterkt knyttet opp mot hvordan endringen påvirker pasientene/brukerne.

5.3 Hvilke endringsstrategier kjennetegner vellykkede endringsprosesser innenfor helse og omsorg?

Successful change, particularly in health care organizations, requires shifts in resources or policies; however, successful change also requires a commitment on the part of employees to behave in ways to implement the new strategy (Caldwell, et. al., 2008). Hva er en vellykket endringsstrategi? Det kan virke som funnene i min studie er noe uenige med hverandre. I enkelte av studiene kommer det helt tydelig frem at man må ha en ha strukturelle prosesser for å i det hele tatt lykkes med annen endring. Andre studier peker på at det må jobbes strategisk med å endre kulturen innad i organisasjonen, mens andre igjen peker på at

kommunikasjon er det viktigste grepet ledelsen bør legge seg på. En endringsprosess i et privat sykehjem som er gjennomført og vellykket gjennom en gitt strategi, kan vise seg å være mindre hensiktsmessig å anvende på et dagtilbud for psykisk utviklingshemmede. Helse- og omsorgssektoren er bred og omfavner mange bransjer. Det er helt klare distinkte forskjeller, men det er også noen fellestrekk som er av interesse.

I teorikapittelet formulerte jeg ett sett med forventninger over hva jeg ville finne i de ulike studiene basert på de teoretiske perspektivene når det kommer til endringsstrategier. Som forventet er det studier som har elementer der de ser på instrumentelle perspektivet. Dette gjaldt i hovedsak når det var studier som omhandlet store reformer og fusjoner i sykehussektoren. I de studiene der endringen omfavnet store sektorer ble det rapportert at det var viktig med god rapportering og kontroll på prosessene. Noe lignende som vi fant i samme kontekst når det var snakk om lederadferd i kapittelet over. Når det kommer til det verdibeviste perspektivet var det spesielt en studie som trakk frem viktigheten av verdi- og kulturarbeid. Samtidig virker det å være en viss uenighet om den viktigste strategien er kultur, organisasjon eller individ-fokusert. Det er tydelig at kontekst og omfang av endringsprosessen er avgjørende- på lik linje som med lederadferd når ledelsen skal planlegge strategisk tilnærming.

	Instrumentelt perspektiv	Verdibevist perspektiv
Hvilke strategier benyttes oftest i endringsprosesser?	Sterk lederstyrt strategi. Toppleidelse organiserer prosessene og ansatte styres gjennom rutiner og regler som endres og implementeres.	Kommuniserende og delegerende strategi. Mer fokus på autonomi i prosessene og mindre sentralisering og styring.

På lik linje som i forrige del av drøftingen vil jeg også her presentere de mest relevante artiklene som er en del av litteraturutvalget mitt i tabellen under. Den trekker frem hvilke funn deres respektive studier har vektlagt når det kommer til strategier i endringsprosesser og spesifikt rettet innenfor helse- og omsorgssektoren.

Forfatter	Visjon	Strategisk tilnærming
Campbell	For å lykkes med endring må man adressere både situasjonen som endringen befinner seg i og de psykologiske prosessene som en leder er involvert i	Individ-strategi
Steinke et.al. (2013)	I store omstruktureringer innenfor helse og omsorg må det være et stort fokus på de formelle og strukturelle prosesser, ellers vil ikke annen endring være mulig	Strategi E (økonomisk)
Bernstrøm	Inkluderende og støttende lederskap for å minimere de ansattes motstand mot endring	Kommunikasjon
Caldwell	Endre organisasjonsadferd gjennom å påvirke generelle normer som omhandler endringsledelse og sørge for at de utvikler seg i en ønsket retning	Strategi O Organisasjonen. Institusjonell
Kotter	En endringsprosess kan forklares og tolkes gjennom	Visjon og reflekterende ledelse.

	ikke lineær en 8 trinns modell	
Kash	Viktigheten av å funksjonelle HR-Støtte i endringsprosesser	Kultur og verdiarbeid

I følge Kash et.al. (2014) har tidligere forskning innen helse og omsorg sine endringsprosesser vært fokusert på for få utfall som kun har tatt for seg enkeltdimensjoner av endringer, og for ofte kun i ett segment av organisasjonen. Her får de støtte av både Vest & Gamm (2009) samt Begun, Zimmerman & Doyle (2003) som foreslår at litteraturen innen helse- og omsorgssektoren har godt av et fokusskifte når det kommer til kategorisering og identifisering av nøkkelfaktorer i endringsprosesser. I Kash sin studie så de etter ulike suksessfaktorer. Studien identifiserte de 10 spesifikke suksessfaktorer for implementeringen av endringsinitiativ. De tre øverste er som følger: kultur og verdier. business prosesser og mennesker og engasjement. Campbell (2008) fant også at individ-strategi i endringskonteksten var elementært.

Det som er oppsiktsvekkende og unikt med studien til Kash er at to av de identifiserte funnene er unike for helse- og omsorgssektoren ettersom de ikke ble funnet i eksisterende litteratur, nemlig *pasienttilfredshet* og *tilgang på informasjon*. Spesielt interessant og relevant er funnet med pasienttilfredshet. Her beskriver Kash (2014) pasienttilfredshet som en lederstrategi, men det er ikke beskrevet i forskningslitteraturen tidligere. Pasienttilfredshet var noe jeg også fant i studien til Hargett (2017) og Delmantoft (2014), men da i form av *lederadferd*. I den studien var det rangert som en av de viktigste lederadferdene i omstilling. Caldwell (2008) poengterer også at kriteriene for en vellykket implementering har direkte sammenheng med pasienttilfredshet og grupper. Disse funnene indikerer at det finnes en sammenheng i litteraturen mellom strategisk endringsledelse og lederadferd i endringsprosesser i helse- og omsorgssektoren.

Kash (2014) fant også ut at flertallet av suksessfulle endringsinitiativ avhenger av i hvilken grad lederen kunne tilby funksjoner som er HR-relaterte. Dette er et interessant perspektiv til

den øvrige delen av deres studie. Først og fremst er deres hovedfunn viktigheten av kultur og verdiarbeid. Samtidig tydeliggjør denne studien mål og resultatbaserte tilnærminger ved at systemfunksjoner som fremmer effektiv kommunikasjon, og ikke minst tilgangen på denne er av viktighet. Dette var den artikkelen av utvalget på seks studier som hadde problematisert og drøftet kombinasjonen av individ og systemfokus når det kom til endring. Disse funnene kan i tillegg sies å underbygge påstanden om at HR-funksjoner samstemt rundt kultur og verdier ved endring er av stor viktighet.

Kash (2014) mener i tillegg at sykehus, sykehjem, og lignende må betraktes som åpne systemer slik at de enklere kan være gjenstand for evaluering. For de er det viktig å understreke at endring ikke er lineær eller sekvensielt planlagt over tid, men heller en åpen prosess som krever tilpasning. Artikkelen til Kash tar også for seg fire ulike modeller for endring hvor de analyserer kriterier for suksess ut fra, blant annet Kotter (1996) sin 8-trinnsmodell. De øvrige er Kanter, *Ti bud for å utøve endring* (1992) Luecke (2003) *Syv steg og Young* (2005). I de fire modellene finnes det noen paralleller til funn i litteraturen i helse-sektoren Det er tydelig at blant annet støttende lederskap er noe som både går igjen generelt i ledelse, men også da i endringsledelse. Bernstrøm (2013) og Viitala (2014) trekker frem viktighetene av støtte og potensielle konsekvenser av manglende støtte.

Modellene som er formulert er av noe eldre karakter. Når jeg så over modellene hadde de noen sentrale poeng som det finnes støtte for i litteraturen, blant annet viktigheten av kommunikasjon og elementer med støttende lederskap. De hadde tilsvarende lite fokus på endringsledelse, og det var heller ikke noe som tilsa at modellen til, f.eks. Young (2003) var spesielt godt egnet til endringsarbeid i helse- og omsorg, selv om den sprang ut ifra en studie innenfor denne sektoren. Noe av årsaken til dette kan være at den er 16 år gammel, noe den forøvrig har til felles med flere av de andre modellene, og er lite oppdatert på endringsledelse innenfor dagens adferds og relasjonsledelse, samt de endrede systemene som er iverksatt i så og si alle sektorer. Jeg har valgt å forholde meg til forskning som er datert etter 2010, for å ha det mest dagsaktuelle empiriske grunnlaget.

Etter hvert som endringsprosessen skrider fremover vil man som regel møte på ulike hinder som hemmer fremdriften til prosjektet eller innovasjonen som pågår, både mentale sprekker, kommunikasjonsvikt, utstyr som svikter eller fravær av kjernepersonal. En annen barriere beskrives av Campbell (2008) som en av de største truslene mot fremgangen, nemlig at de ansvarlige for implementeringen gir et inntrykk av at man er kommet i mål før man faktisk har det. Ved å utstråle likegyldighet ovenfor ansatte står man i fare for at de «adoptere» denne holdningen, og dette ender opp som propper eller sperrer for fremdriften; de blir en form for barriere. I kapittelet om lederadferd fant jeg dette understreket av Delmanto & Lazarus (2017) der de henviser til adferdsintelligens.

Hvordan kan man unngå eller håndtere slike barrierer? Ifølge Kjekshus & Bernstrøm (2012) hender det ofte at fokuset på vellykket implementering overgår fokuset på ivaretagelsen av medarbeidere og ansatte. Dette kan igjen føre til høyere sykefravær som er en stor barriere for fremdrift i en hvilken som helst virksomhet, også de i en endringsprosess.

Busch et.al. (2017) påpeker at forandring synes å virke forskjellig fra gruppen som regisserer endringsprosessen og for de som enten blir utsatt for den. Det vil i en pandemi være enklere for en leder å permittere ansatte enn å selv være lederen som blir permittert. Samtidig vil det kanskje være større forståelse om at endringen må finne sted om de ansatte ser at også personer i ledelsen blir permittert og at det må en endrings og omstillingsevne til for å bli kalt tilbake fra permisjon?

«When employees trust individuals in a leadership role, they are more likely to believe what is being communicated and are more likely to be motivated to take action» Campbell (2008). De ansatte får tillit av eksisterende ledelse og til organisasjonens evne til å ivareta deres interesser og dermed være villige til å f.eks. påta seg flere eller endrede oppgaver, ifølge Campbell. Kotter (2012) poengterer samtidig at alle medlemmene av et team eller prosjektgruppe må ha relevant kunnskap om endringen som implementeres. Campbell (2008) henviser til dette som «Guiding team». Busch et.al. (2017, s. 50) definerer dette som «En koalisjon med makt som ser behovet for forandring og som er i stand til å skaffe støtte fra andre». Hvem skal drive implementeringen fremover? Man må erkjenne viktigheten av å forstå det som skal implementeres, og hvordan denne kan etableres. Denne gruppen må også

fremstå som troverdige ovenfor sine team. Det er dermed nærliggende å anta at når det er enighet i gruppa om veien som skal tråkkes opp, da er det også større sannsynlighet for at det vil bli en vellykket implementering.

Når man først har funnet hvilket veivalg som er mest hensiktsmessig er det viktig at endring forankres hos ledelsen som skal implementere den. Dette presiseres av både Gut & Macmillan (1986) samt Woolridge & Floyd (1990) at lederens forpliktelse til strategien har mye å si for om den lykkes eller ei. Caldwell (2008) hevder at det finnes grunnleggende antakelser for det faktum at støtte av lederen bidrar til økt effektivitet av implementering. Dette blir blant annet drøftet av Markoczy (2001) i Caldwell (2008). Der utforskes sammenhenger av konsensus for ledere og retning på endring. De fant at når det er oppnådd enighet om retning for strategien rundt innoveringen ender det ofte opp mer vellykket enn hvis enighet ikke oppnås. Dermed kan det virke som at når toppledelsen har bestemt seg for hvordan prosessen skal være, er det viktig at de følger opp endringsagentene underveis. En større studie om omorganisering blant sykehus i USA viste at administrerendedirektørs aktive involvering i omstruktureringer var viktig for sykehusenes evne til å oppnå kostnads reduksjon, eller mindre økning i kostnader, som en konsekvens av endringen (Bernstrøm, 2013). Støtten fra toppledelsen er spesielt utsatt når organisasjoner endrer ledelse, og påbegynte endringsprosesser stoppes opp i bytte mot nye idéer fra en ny ledelse (Skogan, 2008 i Bernstrøm, 2013).

«Not surprisingly, the positive effects of strategic change are greatest when groups support the new direction» (Caldwell 2008). Et interessant perspektiv på en måte ledere kan være forpliktet til strategien på ble fremhevet i studien til Caldwell (2008). Der var organisasjonsstrukturen organisert på en slik måte at 4000 deleiere eide en lik andel av helseforetaket. Det interessante var at de var ansatte som leger og behandlere i foretaket. Dermed vil de ha både en økonomisk personlig så vel som faglig kvalitetsagenda til arbeidet og de har en form for dobbeltrolle. Her vil også kvaliteten på tjenestene ha ulike økonomisk konsekvenser. Det kunne sikkert vært drøftet mer rundt denne dobbeltrollen og hvordan helsetjenester leveres men det blir ikke gjort her. Denne delene av endringsledelse, og kanskje spesielt innenfor helsesektoren har en klar tydelig draging inn mot strategi E hvor målstyringen er knyttet opp mot maksimering av økonomisk profitt og at ledelselsfokus må være sterkt toppstyrt. Interessekonflikten som oppstår er selvfølgelig når en ansvarlig lege skal forsvare bruken av medisinsk utstyr i millionklassen når det skal løftes opp i

budsjettforhandlinger i styret som igjen skal se på utbytte til eierne, som igjen er de som driver foretaket.

I endringsprosesser er det ofte fokus på kostnad i forbindelse med endringen, men det er sjeldent fokus på alternativ kostnad som handler om faktorer som b.la stress, utbrenthet, og ikke minst sykefravær. Bernstrøm (2014) fant at i sin studie at sykefraværet i 57 sykehus som var involvert i 23 sammenslåinger over ni år doblet seg fra starten av endringsprosessen om den var pågående i fire år eller mer.

Hvordan man skal avgjøre hvilken strategi som er mest hensiktsmessig kan være utfordrende. Man kan henvise til modeller som er utformet, som for eksempel Kotter (1996) og Kanter (1992). Samtidig ser man også at samtlige modeller innenfor generell endringsledelse fremhever utvikling og fremhever viktigheten av å ha en visjon, mens Young (2003) sin modell ikke vektlegger dette. Det finnes i tillegg til støttende lederskap som jeg nevnte tidligere, enda en fellesnevner som jeg fant i teorien og i modeller som dreide seg om effektiv endringsstrategi. De fire modellene trekker frem viktigheten av institusjonalisert endring. Dette er i tråd med hva Steinke et.al. (2013) trekker frem som en av lederstrategien i strategi O. Hvordan en kan utvikle organisasjonen når det kommer til det kulturelle, men også verdiene, normene og inkluderingen av de øvrige ansatte. Dette er i tråd med hvorfor Kash (2014) anser det viktig å vurdere helse- og omsorgssektoren som åpne systemer i istedenfor individuelle enheter. Caldwell (2008) understreker at denne strategien bygger på sammenhenger mellom leders tilnærming og i hvilken grad det er aksept for å feile underveis. Han fant man korrelasjoner mellom ansvarlig leders handlinger i forbindelse med hvordan han eller hun håndterte feilskjær underveis. Ble de brukt som straff til ansatte eller som læring til utvikling i senere fremtid? «O-driven change strategies is the focus on learning, values, behaviour, and the commitment to a shared purpose» (Caldwell, 2008).

I forskningslitteraturen presenterte jeg Jacobsen (2004) som omtalte teori om strategi E og O. Steinke et.al. (2013) så på teori E og O som rammeverk for å vurdere hensiktsmessige endringer i en tilsvarende studie i Canada. De to strategiene trakk jeg frem i kapittel to. De forsøker å se på hvordan en kan vurdere hva som er den beste strategien for å endre det de omtaler som barrierer, endringspotensiale, kapasitet og kultur. De to tilnærmingen ulike på sin måte og fokuserer på hvert sitt felt når det kommer til endringsledelse. Hensikten til forskerne

var å foreslå en modell som tar utgangspunkt i begge strategiene og kalte denne for strategi EO. I følge Steinke et.al. (2013) er virksomheter innenfor helse som klarer å integrere de to strategiene på en balanserende og integrert måte – være i en god posisjon for å lykkes med implementeringen.

Denne strategien er et forslag som en hybridmodell. Den poengterer først og fremst at styringen skal være lik som i strategi E, nemlig top-down, men samtidig legger den større vekt på at det ressurser må engasjeres ved å ledes. Paradoksalt nok er linje fire som handler om selve endringsprosessen som vi så i strategi E, planlagt og lite fleksibel. I motsatt tilfelle i Strategi O, er det ikke planlagt samtidig som den skal være organisk. Det er også utarbeidet en alternativ modell i strategi EO, som planlegger for spontanitet. Her hevder Steinke et.al. (2013) at å tilrettelegge på systemnivå at det vil være uplanlagte hendelser som skal hensyntas og kan være med å drive endringsprosessene fremover, vil være lurt. Etter hvert som endringsprosessen skrider fremover vil man som regel møte på ulike hinder som hemmer fremdriften til prosjektet eller innovasjonen som pågår, både mentale sprekker, kommunikasjonsvikt, utstyr som svikter eller fravær av kjernepersonal.

I en rekke studier innenfor utfordringer for ledelsen i endringsprosesser blir utdanning og opplæring som et særlig fokusområde innenfor endringsprosesser. Det blir av Beer & Eisenstat (2000) listet opp som en potensiell veisperre. Av de mulige barrierer for å oppnå vellykket endringsprosess kan utilstrekkelig opplæring og utvikling av ferdigheter være en potensiell årsak. Andre øvrige såkalte «*silent killers*» er blant annet som flere andre har trukket frem, manglende eller ikke god kommunikasjon på tvers av organisasjonen og utilstrekkelig øverste ledelse. Bernstrøm (2013) påpeker at i store helseforetak sitter sjeldent topp-ledelsen i samme land eller by som der hvor virksomhetene som skal gjennomføre endringene befinner seg og dermed er de ofte distanserte i prosessene og vil sjeldent klare å bidra på annet en overordnet strategisk nivå. I tilfeller med store avstander mellom beslutningstaker og utøver kan det være fare for at vesentlig informasjon forsvinner eller utsettes for trenering.

De fleste virksomheter har ulik endringsevne. Strategisk endringsledelse er en egen kraft som virker innad i organisasjonen med den hensikt å utvikle det fremtidige eksistens. Denne prosessen er evig kontinuerlig og i hvilken grad en organisasjon har høy endringsevne virker å

bero på evnen til gjennomføre omstillinger uten at det går på bekostning av ressursbruk eller at funksjonaliteten svekkes på noe vis. Hvilken strategi som virker mest hensiktsmessig å velge fremstår tilsvarende diffust. Hva sier annen forskningslitteraturen om dette? Paulussen (2004) hevder at mange endringsstrategier ikke er vellykkede fordi organisasjoner ikke er i stand til å håndtere dem riktig. Schneider Brief & Guzzo (1996) påpeker at adferden hos ansatte må endres før effektiv endring kan finne sted. Lemieeux-charles og Mcguire (2006) hevder på sin side at gruppedynamikk er vesentlig og direkte relatert til suksess for implementeringen. Det virker som Steinke oppsummerer kompleksiteten på en god måte:

“An organization may have the right strategy in place but without the appropriate structure and capabilities, the willingness and ability to learn and adapt, and a common, shared purpose, it will not be able to implement strategy successfully”(Steinke Et.al.. 2013)

Som jeg presenterte i oversikten i starten av dette avsnittet er artikkelforfatterne splittet i synet på hva som er mest hensiktsmessig. Enkelte av de utvalgte studiene har sett på en eller to virksomheter representert ved Kash (2014) og Caldwell (2008), mens andre har sett på en hel region som spenner seg over flere tusen kilometer og dekker helsetilbud til hundretusener (Bernstrøm, 2013, Steinke et.al., 2013), mens noen har oppsummert andres studier og forsøkt å konkludere med det som utgangspunkt (Campbell, 2008). Dermed har de med det som utgangspunkt sett på forskjellige aspekter ved endringen. Som sitatet over så fint dikterer så er det tilsynelatende mer enn kun den ene eller den andre strategien som skal til. Konteksten av endringen og ikke minst omfanget vil ha mye innvirkning på hvilken strategi som vil være mest hensiktsmessig å anvende.

5.4 Hvilke utfordringer rapporteres inn i utøvelsen av endringsledelse hos mellomledere i helse og omsorgs tjenester?

Funn i forskningslitteraturen tyder på at det er en rekke forskere som har problematisert denne tematikken. Jeg valgte kun fire av bidragene fra litteraturutvalget for å forsøke å gi et svar på problemstillingen. Artikkelforfatterne er omforente om posisjonen til mellomlederen. At vedkommende befinner seg midt mellom operativ drift og administrasjon. Samtidig er de også til dels helt enige rundt elementet som «budbringer». Mellomlederen skal sørge for at informasjon blir spredt, oversatt og syntetisert, rett og slett være en kommunikator. Når det kommer til hva de mente var den største utfordringen er det derimot en større variasjon i barrierer. En av artiklene trekker frem manglende opplæring, mens en annen peker på manglende støtte. Det var også elementer av begrenset økonomi og en studie trakk frem den gode gamle tidsklemma.

Å være mellomleder innebærer at din strategiske plassering i driften er to-delt. Du skal være et administrativt verktøy for toppledelsen og du skal være nødbremsen til de under deg i den operative driften. Det betyr at du skal ha en fot i hver leir. Dette innebærer en sentral rolle i endringsprosesser. Ved implementeringer av nye systemer og i andre omstillingsprosesser blir mellomlederen den i førstelinjen som i størst grad vil merke endringene. Den rollen blir dermed umiddelbart ganske viktig og oppgaven vil jeg se på hva forskningslitteraturen skriver om mellomlederens rolle, samtidig ønsker jeg å finne ut hvilke utfordringer mellomlederen står ovenfor når det dreier seg om omstilling. Det være seg avdelingssykepleier for en kirurgisk sengepost som må redusere antall rom for å få plass til en ny maskin til kirurgene, eller en teamleder som må kutte ut noen faste stillinger på et sykehjem fordi flere skal få behandling i hjemmet.

I teorikapittelet presenterte jeg mine forventninger til hvilke funn jeg ville finne relatert til mellomlederens rolle gjennom de to perspektivene. Etter en grundig gjennomgang av de valgte bidragene er det en rekke elementer som peker seg ut som de største utfordringene til en mellomleder i endringsprosesser. Jeg antok innenfor det instrumentelle perspektivet at mangelfulle rutiner og strukturer ville være en større utfordring enn det som studiene rapporterer. Det var Kumah, et.al. (2016) som poengterte mangelfull opplæring. Kan det tyde på at det fokuseres mye på rapportering og kontrollering i endringsprosesser? I det verdibevisste perspektivet var min antakelse at motstand mot endring ville være en av utfordringene på grunn av blant annet verdikonflikter. Det kom til en viss grad til uttrykk i

alle studiene at kliniske ledere hadde oppfatninger av at pasientkvaliteten var det som var det viktigste elementet i endring, ikke effektivisering. I Viitala (2014) sin studie var fraværet av støttende og emosjonelt tilstedeværende leder en av hovedutfordringene for mellomledere i en studie i den finske helsesektoren.

	Instrumentelt perspektiv	Verdibevist perspektiv
Mellomlederens utfordringer i endringsprosesser	Mangel på rutiner, formelle strukturer og opplæring som gir dårligere vilkår for å innføre systemer som skal bidra til økt kontroll	Opplevelse av motstand og likegyldighet på grunn av kulturelle normer og verdikonflikter.

Helse- og omsorgssektoren er en av bransjene som i størst grad eksponeres for endringer, og de ansatte sin arbeidshverdag er i stadig utvikling eller endring. I denne delen av oppgaven vil jeg derfor se nærmere på arbeidshverdagen til mellomlederen i denne sektoren. Ettersom mellomleder ikke er en beskyttet tittel eller fast rolle i en organisasjonen vil det i stor grad variere i hvordan denne rollen defineres- det kan være utfordrende nok: Bare det å finne sin plass i hierarkiet som påpekt av Gutberg & Berta (2017): «Middle management – those with supervisory or managerial roles that are neither front-line workers nor senior leadership team members».

For å få tydelig oversikt over artikkelforfatterne som er bidragsytere i denne delen av oppgaven vil jeg også her presentere mitt utvalg i en oversiktlig tabellform. Som et tilleggselement ønsker jeg å se etter om det blir gjort forsøk på å definere rollen til mellomleder ettersom det fremstår som noe vagt i forskningslitteraturen.

Artikkel	Definisjon av mellomleder	Funksjonen til mellomleder i endring	Mellomlederes største utfordring for å gjennomføre endring

Kumah	<i>a manager with direct supervisory responsibility for non-managerial employees, and occupies the lower level of management hierarchy</i>	6 funksjoner: Informasjonsspredere Endringspådrivere T&D (opplæring) Liaison Ressurskartleggere Overvåke	Ufullstendig opplæring og manglende rolleklarhet
Gutberg & Berta	<i>we consider "middle managers" herein as any individual in an organization who operates above the front-line of the organization, but below the level of senior management»</i>	Communication role. Mellomlederen skal fungere som en ledning som sender informasjon nedover til øvrige nivåer i organisasjonen. Oversette visjonen og operasjonalisere denne til «stammespråk» for de ansatte	Tidsklemma gjør at pasient og kvalitetsarbeidet krever så mye at fokus på endringsarbeidet kommer i neste prioritering
Birken	<i>«Middle managers employees who are supervised by an organization's executives and who supervise frontline employees»</i>	Proaktive mellomledere påvirker endringseffektiviteten positivt. Spre, syntetisere og «selge» informasjon om implementering til sine ansatte	Begrenset tilgang til økonomiske ressurser som kreves for å drive implementeringen.
Viitala	<i>«Den signifikante andre»</i>	Studien setter fokus på den sårbare og dynamiske rollen til mellomlederen. Endring beskrives som noe som sakte men sikkert «glir unna» lederen.	Manglende støtte fra ledelsen til mellomledere

Endringer i større og mindre bedrifter kan oppleves spesielt utfordrende for mellomlederen. De bærer mye av ansvaret for implementeringen av endringene for den daglige driften, og skal samtidig være ansvarlige for å opprettholde kvaliteten på tjenestene som skal leveres (Hewison and Griffin, 2004). Enkelte studier påpeker at de føler at de opplever manglende støtte fra sine overordnede ledere (Apker et al, 2002, Dellve et al., 2007, I Vittala 2014) og opplever heller ikke at de er tilstrekkelig inkludert i deltakelsen av å planlegge strategiene for endringene. Viitala (2014) fant at manglende støtte fra toppledelsen var den en av hovedårsakene til at mange mellomledere sluttet på finske sykehus som var under store omstillinger mellom 2003 og 2011. «Lower level leaders face a challenging situation, being caught between the reality of care the expectations of patients and nurses and the reality of management» Hewison and Griffin (2004).

Det å definere en mellomleder kan noen ganger være vanskelig, siden grensene mellom hierarki er noe utydelige, spesielt i virksomheter som er av organisk karakter; der kan avgrensningene i roller være svært tvetydige. Som et resultat av dette finnes det få klare, entydige definisjoner av selve rollen til mellomlederen. Flere studier ramser opp mange forskjellige roller og ansvarsoppgaver innenfor helse som tilfaller en mellomleder, bl.a. Gutberg & Berta (2017). Mellomleder beskrives som «nurse managers», «unit-level manager», «ward manager», og «department lead facility manager», og de har beviselig flere sammenlignbare oppgaver på arbeidsplassen. Allikevel mente Gutberg & Berta (2017) at det ikke var noen klar definisjon for mellomleder. Som nevnt i tabellen over foreslår de betegnelsen «any individual in an organization who operates above the front-line of the organization, but below the level of senior management». Det innebærer at mellomlederen i det minste bør vite hvor i organisasjonskartet en befinner seg. Dette er vel og bra, men er det kun et lite bidrag i forståelsen av kompleksiteten rundt hva mellomlederens rolle egentlig er i de ulike endringsprosessene. Appelbaum & Lee (2000) hevder derimot at det ikke finnes noen som helst definisjon av en mellomleder og beskriver det som *ikke-definerbart*. Denne rolledefinisjonen støttes også i artiklene til Junior VM, Pascucci L, Murphy JP (2012) og O'Shannassy T. (2014). Reich, Javadi og Ghaffar forsøker å definere det som helseledelse:

“While there is no standard definition, health leadership is centered on the ability to identify priorities provide strategy direction to multiple actors within the health system and create commitment across the health sector to address those priorities for improved health services”

Gutberg & Berta (2017) trekker frem og foreslår verdien som mellomledere kan tilføre til blant annet strategiske endringer i organisasjonen, som for eksempel kvalitetsheving i pasientbehandlingen, eller å være ansvarlig for implementeringen av 100% elektronisk pasientjournaldekning. Sistnevnte er gjerne standard ved både sykehus, sykehjem og andre omsorgsboliger her i Norge, men det mangler en standardisering av systemene (rapport IS-2221). Selv om det fra helsedirektoratet foreligger krav om elektroniske pasientjournaler siden 2015. Det kan være med å skape utfordringer for mellomleder når systemene på sykehusene er forskjellige, og man blir satt til å lede team hvor det er sammenslåing mellom to avdelinger som benytter ulike pasientsystemer. I tillegg til kommer punktet om hvordan mellomlederen er knutepunktet mellom kommunikasjonen innad i virksomheten. Birken et al. (2012) omtaler dette når de ser på mellomleders rolle i implementering av innovasjon i helsesektoren.

«Roller» som kommunikator blir påpekt som området der mellomledere direkte påvirker endring. Birken (2012 & 2016) trekker frem viktigheten av mellomledere i implementeringen av evidensbasert innovasjon, bl.a. EHJ (*Electronic health journal*). Hun understreker at denne type kommunikasjon handler om tre felt: spre, fremstille og selge informasjon som omhandler endringen eller innoveringen. Kumah et.al (2016) definerer denne rollen som «informasjonsspreder» og viser til funn som trekker frem denne rollen i en omstilling på to Ghanesiske sykehus, mellomlederens rolle som toveis kommunikator er sentralt for å sikre at implementeringen kan gjennomføres på en best mulig måte. Gutberg & Berta (2017) foreslår mellomlederen i sin studie som en «ledning» som skal overføre kunnskap om innovasjonen mellom linjene i organisasjonen. Kotter er for øvrig enig i dette, og tilføyer: «nothing undermines change more than behavior by important individuals that is inconsistent with the verbal communication» (2012).

Basert på funn fra tre av artiklene kan det virke som at mellomlederen er den som skal sørge for at kommunikasjon når ut til de ansatte. Denne rollen blir dermed et sentralt verktøy for å sikre flyten av informasjon. Denne flyten skal helst virke som en elv eller som ledning som renner i begge retninger – både oppover og nedover, de skal oversette strategi og implementering til stammespråket på gulvet, samtidig skal de transkribere, og oversette hendelser, utfordringer oppover i linja (Gutberg & Berta, 2017). De fungerer dermed på

mange måter som et filter ovenfor sin nærmeste leder, og som boksepute for sine nærmeste ansatte.

Kotter (2012) presenterer i teorikapittelet et solid rammeverk i et forsøk på å forstå mellomledelse og hvordan de kan utøve sin posisjon og sin myndighet i en miljø der endring er i anmarsj. Appelbaum (2001) og Campbell (2008) er blant dem som har brukt modellen i helseøyemed og trekker også frem kommunikasjon blant flere andre, er det verktøyet som i størst mulig grad er med å på styrke b.la Kotters første steg i *Implementing change, Creating a sense of urgency*. Denne antakelsen stemmer bra overens med funnene til b.la Birken (2013) Kumah, Et.al., (2016) og Gutberg & Berta (2017), som har trukket frem mellomlederen og dens rolle som spredder av informasjon mellom linjene i organisasjonen. Samtidig trekker de frem og får støtte av Campbell (2008) rundt det faktum at det må være flere faktorer til stede for å sikre tilstrekkelig kommunikasjon og at dette kan være utfordrende å gjennomføre; Kunnskap om endringen, evner til å formidle det og tilstrekkelig støtte fra øvrig ledelse. Washington & Hacker (2005) understøtter denne tilnærmingen: En viktig faktor for å fremme endring, er å sikre at mellomlederne forstår endringen de skal settes til å implementere, og at de forstår hvordan de skal implementere den: De vil da være mer tilbøyelige til å være positive til endringen.

Når mellomlederen har adekvat kunnskap, ferdigheter og tilgjengelig ressurser og spillerom fra øvrig ledelse vil de være i stand til å skape den nødvendige frekvensen av kommunikasjon som kreves i forkant av den planlagte endringen. Birken, Appelbaum og Kotter er forente rundt viktigheten av elementet kommunikasjon. Selv om det kan virke selvforklarende og gitt at man er nødt til å samhandle for å få ting til å fungere er det påfallende hvor mye vekt og ansvar som faktisk ligger i hendene til mellomlederen. «Middle managers may be more proactive when executives communicate a clear vision and share specific information regarding an innovation» (Glisson, 2008). Birken (2011) fant også at en sammenheng mellom åpen, kontinuerlig og informativ informasjon fra toppledelsen til mellomledere sørget for styrket motivasjon for å videreføre implementeringen.

God informasjon er viktig på sykehus, sykehjem, dagsenter, poliklinikker eller andre lignende institusjoner er det i hovedsak turnusarbeidere. Disse går ofte uvitende til jobb om pågående prosesser, men er likevel blant kjernen og ryggraden i driften. Om ikke mellomlederen og de

som styrer prosessene får med seg kjernen kan det virke som om det leder til hva B.la Gill (2003) påpeker; «*change programmes often fail because of poor management*». I denne sammenheng kan vi da si at evnen til kommunikasjon er å anse som god ledelse.

Mellomledere innenfor helse- og omsorgsektoren er ofte enda mer på knivseggen enn andre mellomledere. Du skal i det ene øyeblikket gi noen den nødvendige pleien eller tjenestetilbudet som pasienten eller brukeren har krav på, i neste øyeblikket skal du inndra en ansatt sin rett til egenmelding eller gi den sure beskjeden om at feriesøknaden ikke er innvilget, og i neste skift skal du jobbe tett sammen med den samme ansatte igjen; du skal være tydelig på å skille mellom det å være kollega og nærmeste leder i de ulike scenarioene.

I en finsk større studie gjennomført med et spenn på åtte år var de interessert i å definere ulike ledelsesfilosofier eller lederroller hos blant annet mellomledere på en psykiatrisk institusjon. En studie ble gjennomført på et finsk offentlig behandlingsinstitusjon. Studien var longitudinell og gikk over åtte år. Hensikten var å samle inn svar på følgende: ledelsesfilosofier og praksis på sykehuset og se det i sammenheng med endringer på behandlingsstedet og det fysiske miljøet. Viitala (2014) finner bevis for at lederrollen hadde vært gjennom en slags transformasjon i løpet av studien. I 2003 før de største endringene ble annonsert var ifølge de intervjuede lederne ubekymrede år. I løpet av en periode mellom 2003 og 2011 reduseres antallet enhetsledere fra fem til to, og i 2011 er oppfatningen av støtten mellomlederne ved institusjonen fikk i endringsprosessen ansett som minimal. Det samme funnet gjorde (Kumah, Et.al., 2016) i sin studie fra to Ghanesiske sykehus hvor det ble rapportert følgende: «*not adequately supported and empowered to carry out their role during the change implementation*». Respondentene påpekte også at de ikke ble ansett som nøkkelressurser av toppledelsen i ulik endringsprosjekt, mens i Viitala (2014) sin studie rapporterte førstelinjelederne at de nye kravene til effektivitet gjorde jobben deres umulig.

En kan muligens trekke noen konklusjoner rundt hvorvidt det ideelle lederskapet kan være ganske tradisjonelt: god ledelse er demokratisk, deltakende, støttende, tillitsbasert og omsorgsfull, mens dårlig ledelse dermed var det motsatte- hard vs. myk lederstil.

Mellomlederne var tydelige i sine tilbakemeldinger ifølge Viitala (2014). De ønsket den myke lederstilen, mens de samtidig var motstandere de av den harde tilnærmingen. Fra 2003 til 2011 ble det som var den kollektive tankegangen «vi» erstattet med «dem» og mellomlederne rapporterte at de følte seg neglisjert og oversett, ettersom blant annet kommunikasjonen fra

deres overordnede ble oppfattet som vesentlig dårligere, og at de opplevde mindre tillit fra leder i forbindelse med prosedyrer og oppgaver som tidligere tilfalt mellomleder nå ble gjennomført av avdelingsleder.

Denne studien støtter opp om tanken at ledelse er et tydelig kollektivt og situasjonsbasert fenomen. I en arbeidshverdag med økende endringer rapporterte mellomlederne at deres lederskap sakte men sikkert gled ut av deres kontroll og ble usammenhengende og dårlig. Frustrasjon var som beskrevet ovenfor, stor etter runde to med intervjuer, og mye av frustrasjonen ble tillagt alle endringene som tilsynelatende ble implementert, uten nevneverdig involvering av alle ledd. Campbell (2008) kaller dette for chaotic change: “Chaotic change means changes in an organization, when the external and internal complexity and uncertainty is too high to predict or control the future development by management of the organization”. Videre skriver han at dette er noe som ofte kan forekomme i offentlige virksomheter ettersom det er flere faktorer å ta hensyn til i endringsprosesser, enn det ville vært i en privat virksomhet med mindre byråkrati.

Jeg ønsker å se enda litt nærmere på studien til (Kumah, et.al., 2016). De kartla 54 førstelinjeledere, både sykepleiere, farmasøyter, administrativt ansatte og mellomledere for støttefunksjoner, fordelt på to sykehus i Ghana, for å forstå den faktiske rollen som mellomledere tar under eller mellom implementering av endring ble gjennomført i 2014. Hensikten med studien var å identifisere ferdigheter og kompetanse de nevnte lederne behøvde for å lykkes, hvilke hovedutfordringer de ble stilt ovenfor og hvilken støtte de mottok fra toppledelsen i utøvelsen av endringsleder-rollen. Det ble identifisert seks nøkkelroller; informasjonsspreder, endringsagent, utvikling og kursing, bindeleddet, ressurskoordinator og overseer (Kumah, Et.al., 2016).

I tillegg til de seks nøkkelrollene beskrevet over, gjennomførte de samme kartleggingen som Harget (2017) med å identifisere ferdigheter. De mest ønskede lederferdigheter ble utpekt av førstelinjeledere: *kompetanse, effektiv kommunikasjon, evnen til å coache gjennom endring, problemløserferdigheter og konflikthåndtering, og teambuilder* var de fem viktigste kompetansene evaluert av deltakerne i studien. Kumah et.al. (2016) fant i tillegg at toppledelsens støtte var rapportert til å være lav, og at den største utfordringen for å forstå rollen som endringsagent var utilstrekkelig opplæring. Både Kotter (2012), Bernstrøm (2013) og

Gutberg & Berta (2017) argumenterer med viktigheten av at å forstå endringen som skal finne sted før den iverksettes og hva som kreves for å gjennomføre den.

En interessant fotnote ved studien til Kumah var at det var et utvalgsriterium at man hadde tidligere konkret erfaring med endringsprosesser som leder. Dette gjorde at et knippe av de aktuelle kandidatene ble ekskludert fra studien, men det medførte også at de som ble valgt som respondenter hadde relevant erfaring og at dette mest sannsynlig har påvirkning på resultatene. Denne måten å selekttere kandidater kunne jeg ikke finne i noen av de andre studiene. Kan det medføre at respondentene i (Kumah, et.al., 2016) har bedre forutsetninger for å bedømme hva som er viktig for mellomlederen. Tilsynelatende har de funnet noe som de andre studiene ikke har trukket frem. Det mest interessante med svarene fra denne studien til sammenligning med for eksempel Hargett (2017) er at ferdigheten teknisk kompetanse hos mellomleder er vurdert til svært viktig (63%), vesentlig høyere enn effektiv kommunikasjon (39%). Dette er meget interessant og er overaskende når vi sammenligner med funnene i studiene til de andre artikkelforfatterne.

Caldwell (2008) foreslår at førstlinjenivået er det mest sentrale leddet i en omstilling i helse- og omsorgssektoren. Han begrunner dette at denne ansattgruppen er frontlinjen og er i tillegg til å være ledere også i interaksjon med klientene. Til vanlig er det sjeldent at overlegen, sykehusdirektøren, avdelingsdirektøren, seksjonssjefen eller barnehagestyreren har direkte pasientkontakt. Dette finner vi igjen i hos bl.a Birken (2013), Gutberg & Berta (2017) og Hargett (2017), som alle trekker frem viktigheten av førstelinjelederen som såkalt «bindeledd» mellom de ansatte og øverste ledelse. Kumah et.al (2016) beskriver det på denne måten: «...because of their proximity and frequent interaction with employees and patients, *The first-line manager*, have the potential to significantly influence employee attitude and behavior».

Forskningen viser altså til at førstelinjeledere spiller en vital/sentral rolle i effektiviteten av organisering, spesielt ved endringsprosesser. Samtidig virker det som at det er mangelfullt i hvilken grad de mottar den støtte og oppmerksomhet de har behov for, for å kunne lykkes med implementeringen. Ifølge Kumah, Ankomah & Antwi (2016) har historisk sett forskning innenfor endringsledelse og helse hovedsakelig vært rettet inn mot toppledelse og styreere, og i svært liten grad adressert kliniske ledere eller mellomledersegmentet. Dette mener de kan

være en forklarende faktor til hvorfor mellomledere jevnt over opplever lav støtte fra ledelsen. Det som derimot var den største barrieren rapportert inn fra studien, var at førstlinjelederen trakk fram manglende opplæring som hovedutfordringen i rollen. Jeg fant samme tilbakemeldinger fra mellomledere i studien til Delmantoft & Lazarus (2017), hvor 50 ledere fikk delta i ulike workshops som omhandlet endringsledelse og innovasjonsledelse på sykehus. Samtlige av deltakerne rapporterte at de først i ettertid av opplæringen fikk forståelse av omfanget de ulike endringene hadde hatt på personalet og prosessene som alle hadde vært en del av.

Table 3 Role Challenges/Barriers of the First-Line Managers (mean score) (n = 54)

Challenge/barrier	Mean Score
Inadequate training	7.68
Role conflict and ambiguity	7.25
Lack of support from senior management and colleagues	6.68
Heavy workload and stress	6.42
General lack of resources	4.82
Lack of personal motivation to continue on	4.32

En annen utfordring som har vist seg gjeldende, og som vanskeliggjør implementering av organisasjonsendringer i helsetjenesten, er motstand fra ledelsen. Viitala (2014) fant at mellomledere viste mer og mer motstand ovenfor endringer som vedvarte over tid. Spesielt mellomledere, og førstelinjeledere har ved samtlige endringsprosesser vært blant dem som motsetter seg endring. Dette er samtidig de i ledelsen som har mest direkte kontroll over hva helsearbeiderne gjør, og de som er nærmest til å kommunisere endringens budskap.

Mellomlederens rolle er å sørge for at den daglige driften går som planlagt, og endringsprosesser kan mulig oppfattes som en trussel mot denne stabiliteten. «Even managers aware of the need to change resist the parts that appear too major, too risky, or too `different'» (Tapsell, 1998). Han hevder at endring og mellomleder ikke er naturlige partnere. Påstanden støttes opp av Campbell (2008) som presiserer: «*While senior managers understand the necessity of change, they often misunderstand what it takes to bring it about*». Det fremstår som at endringsledelse og endringslederen ikke omfavner hverandre like smertefritt som man først skulle anta, og at rollen til mellomlederen er ganske omfattende.

Jeg har i denne delen av oppgaven diskutert og problematisert denne tematikken. På en side blir mellomlederen fremhevet som den unike og uunnværlige ressursen for prosesser med innovasjon eller implementering. På den andre enden av skalaen finner jeg empiri på at mellomlederen rapporterer sin rolle som svært krevende, utfordrende og lite strukturert, samtidig som de opplever lite eller manglende støtte fra sine overordnede igjen. Selv med økende kunnskap om verdien av mellomledere i helse- og omsorgssektoren, er forståelsen av deres bidrag til strategi og endring begrenset ifølge flere av artikkelforfatterne i denne litteraturstudien.

Gjennomgangen av litteraturen tyder på at man kan stille seg spørsmål som; kan det være at mellomlederens rolle har blitt mer og mer diffus som følge av krav om effektivisering? Eller er det fordi øvrig ledelse ikke gir god nok støtte og opplæring eller er det på grunn av at rollen ofte er både som leder og som ansatt? Noen av funnene mine trekker frem at rollen som mellomleder er vanskelig å definere. Samtidig viser forskningen som jeg presenterer i denne oppgaven at arbeidsoppgavene derimot er å være budbringer. Det å være bedriftens kommunikasjons-bindeledd er trukket frem som en av de viktigste oppgavene. Samtidig er det ikke noen tydelig enighet på det som jeg forsøker å finne svar på, nemlig hvilke utfordringer mellomlederen blir stilt ovenfor. Her er det større variasjon i mine funn og utfordringer blir foreslått som manglende opplæring, tidsklemme og prioriteringer, mangel på støtte fra øvrig ledelse eller mangel på økonomisk handlingsrom.

5.5 Motstand mot endring i helse- og omsorgssektoren

«People only want to change when the forces are so strong that people themselves see no other solution than to change» (Diefenbach, 2007). Når endringen må skje men firmaet man jobber i ikke følger med i timen? I forbindelse med endringsledelse og organisasjonsendringer blir det ikke sjeldent trukket frem at de feiler, eller at de er ineffektive. Søker du i dag på «why change fails» på Google Scholar får du bortimot to millioner vitenskapelige artikler som skal forsøke å forklare hvorfor (søkt 13.03.21). Dermed vil ikke dette bidraget forsøke å konkludere akkurat hvorfor, men heller se på hvordan motstand for endring kan være en fartsdump for implementering, innenfor helse. En endringsprosess kan fra et nøytralt ståsted fremstå som en «top-down» prosess som innebærer at virksomheten har et mål eller visjon som skal implementeres. Endringsaktøren, som kan

være mellomlederen skal implementere disse tiltakene nedover i organisasjonsstrukturen og det vil nødvendigvis være ulike faktorer som enten forenkler eller i motsatt fall vanskeliggjør denne prosessen, en av disse faktorene er motstand mot endring og oppgaven ønsker å kaste et raskt blikk på disse momentene. Lazaruz (2013) påpeker at ledere som implementerer endring eller leder omstillinger uten å inkludere de emosjonelle eller adferdsbehov til sine ansatte, mest sannsynlig vil møte på motstand og demoraliserte ansatte.

Ofte er forklaringen på at endringer mislykkes at man mislykkes i å engasjere de ansatte. Gill (2001) skriver følgende: «One of the problems of change during mergers and acquisitions is that change is exciting for those who do it and threatening for those to whom it is done». Jacobsen (2004) foreslår at tap av sosiale relasjoner eller endring i maktforhold på arbeidsplassen kan være en kilde til motstand. Det kan være at en god kollega av deg som du har jobbet med plutselig får ansvar over deg og blir satt i en vanskelig situasjon, eller at man kan risikere å få flere arbeidsoppgaver, i verste fall kan man risikere å bli overflødig og miste jobben sin.

Hva er det som gjør at endringen er så spennende for dem som iverksetter det, tvert imot i oppleves som truende for dem som utsettes for endringen? Bernstrøm (2013) påpeker blant annet at det kan oppleves som et tap for de ansatte. Større endringer kan medføre at det innføres nye skiftordninger, ettersom endringer ofte har elementer av nedskjæringer og skal effektiviseres. Dette kan gå på bekostning av ferier, kan medføre at man risikerer å måtte jobbe flere vakter på såkalt ubekvemme tidspunkter, og det kan innebære at man må redusere sin arbeidstid på grunn av overtallighet.

En annen kilde til motstand kan være at det ikke er noen samsvar eller felles forståelse av verdier, identitet eller visjon. Vi husker Kotter og Campbell sin formaning om hvor viktig det var å tydeliggjøre, synliggjøre og virkeliggjøre visjonen for endringen. Denne kilden til motstand mot endring kan være mangelen på samsvar mellom de ansattes opplevelse av egne og organisasjonens verdier og identitet, og verdiene og identiteten endringen representerer Karp & Helgø (2008). For mange mennesker vil en organisasjons identitet og verdier bli en del av ens egen identitet.

Mange ansatte jobber først og fremst i helse og omsorg nettopp på grunn av at sine verdier og virksomhetens verdier samsvarer. Når da ledelsen i helseforetak endrer seg utover verdiene til

de ansatte, kan man få en utfordring. Når de ansatte opplever at endringer ikke stemmer overens med egne verdier kan det øke motstanden, og på sikt svekke lojaliteten til virksomheten ifølge Bernstrøm (2013). Eksempelvis har du ledere for helseforetak som er avhengige av å forholde seg til politiske føringer samtidig som de skal behandle fysisk og psykisk helse på en best mulig måte. Dermed må man forvalte økonomiske verdier parallelt med menneskelige verdier på en balanserende snor som stadig blir tynnere og tynnere. Et konkret eksempel på dette når fastlegene ble «tvunget» til å delta i sykefraværsoppfølgingen av pasienter gjennom NAV. Mer tid til byråkrati og papirarbeid, mindre tid til pasient og det 'riktige' verdiarbeidet.

5.6 Endringsledelse gjennom det instrumentelle og verdibeviste perspektivet

I teorikapittelet trakk jeg frem to teoretiske perspektiver som under vil bli drøftet i lys av artiklene oppgaven består av, men også annen relevant litteratur. Valget av de to perspektivene ble gjort ettersom min grunnleggende antakelse vil være at man kan se, forstå og drøfte endringsledelse gjennom disse to på en sammenlignbar måte, ettersom det fremkommer tydelig at det eksisterer elementer av begge tilnærmingene i forskningslitteraturen. Jeg har også plassert antakelsen i hvert delkapittel av drøftingen hvor jeg har sammenlignet med de funnene jeg har kommet frem til. I neste del av dette kapittelet ønsker jeg å se på perspektivene samlet.

Det er elementer av både det instrumentelle og det verdibeviste perspektivet i alle forskningsartiklene, kanskje noe mer tilstedeværende i de seneste bidragene som: Gutberg, Hargett, Kash & Viitala, men Kotter diskuterer også viktigheten av både å ta hensyn til forhold som oppvekst, personlig historie og erfaringer fra barndommen, samtidig som han argumenterer for at om endring skal finne sted må det være selvtillit og konkurranseinstinkt blant de ansatte. Instrumentell endringsledelse handler kanskje først og fremst mest om måloppnåelse og hvordan få best mulige resultater eller ved hvordan på mest effektivt vis frembringe varer/tjenester og lignende (Røvik, 1998). Verdibevist endringsledelse handler i hovedsak om hva verdier er og hvordan de kan tjene som innspill til endring og utviklingen av organisasjonen. Det ligger en spenning mellom disse to perspektivene på endring i organisasjoner. Som tidligere nevnt er det krevende for ledere å skulle kombinere fokus på

effektiv måloppnåelse samtidig som verdier tilknyttet relasjoner og pasientfokus blir hensyntatt.

Pasienttsentrert ledelselsfokus (PSLF) dukket opp i flere av artiklene. Kumah (2016) og Hargett (2017) beskriver PSLF som en lederferdighet, mens Caldwell (2008) og Kash (2014) definerer det som strategisk ledertilnærming. Dette kan både betraktes som noe målbart, verdifullt for den profesjonelle ledelsen og samtidig som en verdi for fagledelsen. Styreren av institusjonen vil fokusere på at ledelsen er PSLF. Denne sammenhengen hvor ringvirkningen vil gi høyere pasienttilfredshet, som i neste ledd vil sikre at det blir tilsig av pasienter basert på rykter, høy score på undersøkelser, og ikke minst høyere kvalitet i behandlingen. Den kliniske lederen derimot, kirurgen, avdelingssykepleieren eller behandleren, vil tolke PSLF i kontekst av at deres kompetanse er god nok til å gjøre andres liv bedre, og dermed blir resultatet at verdier et viktig tema for fagets ledelse ved at det bidrar til å besvare blant annet følgende grunnleggende spørsmål: hva skal vi drive med her, hvorfor gjør vi det og hvordan skal vi gjøre det?

Dersom verdibevisst ledelse skal etterleve disse prinsippene, må verdiforståelse være avklart og godt kommunisert til organisasjonsmedlemmer og tilpasset konteksten (Aadland og Askeland, 2017). Verdier til virksomheten vil alltid være knyttet til hva slags virksomhet man bedriver. Ut ifra dette springer som oftest kjerneverdiene frem. Tillit er en verdi som mange forbinder med norsk arbeidsliv; det er lagt opp til stor grad av dette jf. arbeidsmiljøloven. Det finnes folk som hevder at resultat og målstyring er det motsatt av dette, og man kan befinne seg i en tillitskrise. Et konkret eksempel er de ulike sykehusreformene hvor behovet for sterkere styring, trumfet autonomi og selvbestemmelse. Dette kan være med å svekke tillitsrelasjonen mellom ansatte og ledelse. Dette har vært en av de store motargumentene mot reformer i sykehusene, spesielt med inntoget av *new public management*.

Profesjonell ledelse og fagledelse har ulike prinsipper og teoretisk grunnlag. Hovedprinsippet i fagledelse er at den dyktigste i faget skal lede. Toppledernes ansvar begrenser seg til å sikre tilstrekkelige rammebetingelser som gjør at fagutøverne får rom til å utøve sitt fag etter faglig skjønn. I all hovedsak er fagutøverne selvstyrte Kjekshus et.al (2013). Ledelse er avhengig av

argumenter og konsensus. Sykehus er et eksempel på en offentlig organisasjon med en kompleks målstruktur som omfatter et stort spekter av mål innen medisinsk behandling, omsorg, forskning, utdanning og rekruttering. Mange av disse målene er innbyrdes inkonsistente. For eksempel kan det være vanskelig å skulle korte ned på ventelister, tilby spesialiserte tjenester med høy kvalitet, nær der folk bor og samtidig holde budsjettene (Kjekshus et.al, 2013).

Arbeidstakere i privat sektor opplever det som mer legitimt med arbeidsgivers styringsrett. Dette skyldes som nevnt større grad av målenighet, men også en enighet om at det i kritiske perioder med behov for omstilling er det nødvendig med høy grad av styring. Dette er avhengig av hvordan situasjonen blir definert. Markedet er nådeløst i så måte ved å vise tydelige røde tall når virksomhetens mål ikke nås. Kjekshus et.al (2013) trekker frem at ansatte i private foretak er mer innstilt for å bli styrt når det er behov for det. Handler det om at det er mer tillitt til omstillingene, eller er det et signal om sterkt instrumentelt styringsideal er det som skal til for å lede omstruktureringer. At det kan oppstå spenninger mellom ulike verdier ved innføringen av nye ideer er ifølge Askeland & Aadland (2017) helt naturlig. Det som blir viktig ifølge dem er prosessen ved innføringen. De poengterer at det kan være vanskeligere å innføre endringer som innebærer verdiendringer, som f.eks. mindre tid til brukere og pasienter, eller om det er snakk om å flytte pauserommet ned i kjelleren, så må de ansatte bruke ett minutt ekstra på dette, som igjen tar av tiden med brukere og pasienter. Hovedpoenget deres er at verdiendringer krever at det skapes en arena for å diskutere de nye løsningene og hva de faktisk innebærer for den involverte.

Askeland understreker at ledere må artikulere kjerneverdiene slik at ansatte retter seg mot dem. På lik linje som Kotter (2012) skapes det «urgency». Dette må da lederen gjøre gjennom tydelig bevisstgjøring rundt kjerneverdiene i organisasjonen. En verdiprosess kan ses på lik linje som en endringsprosess. Ledere er sentrale personer i verdiprosesser, blant annet gjennom at de innehar posisjon som muliggjør initiativ og prioriteringer (Askeland, 2017).

5.7 Oppsummering

I denne delen av oppgaven har jeg tatt for meg drøftingen og analyse av litteraturutvalget mitt samt annen relevant teori. Oppgaven startet med å drøfte det første forskningsspørsmålet mitt som dreier seg om lederadferd i endringsprosesser. Den neste delen av drøftingen har handlet

om ulike strategier i endringsprosesser. Videre har oppgaven tatt for seg mellomleders rolle i omstilling. Dette har vært mine tre forskningsspørsmål, i tillegg til å diskutere hvordan og hvorfor motstand mot endring oppstår. Avslutningsvis tok jeg for meg de to teoretiske perspektivene som jeg introduserte helt innledningsvis.

I avsnittet om lederadferd i endringsprosesser fant jeg at det spesielt er en ønsket eller ettertraktet adferd som skiller seg ut og går igjen i flere av bidragene. Adferden pasientsentrert beskrives av flere som den viktigste egenskapen en leder kan og bør ha og dette setter en tydelig presedens for at pasienten eller brukeren er den som skal være i sentrum av endringsprosesser. Jeg fant tilsvarende funn i noe av utvalget i delen som omhandler strategier i endringsprosesser. Dette kan igjen kan tyde på at det å være pasientsentrert både kan betraktes som en egenskap og isolert som en strategi for implementering der hovedfokus bør ligge på å sikre. Samtidig gikk det tydelig frem at større omstillinger og fusjoner krevde at ledelsen opptrådte med strategi E (resultat og styringsfokusert). Slike omstillinger vil ifølge forfatterne stille enorme krav til ledere som må prioritere opp sterkere elementer av styring for å oppnå mål og at dette potensielt kan gå på bekostning av kvalitet av tilbudet mens man ironisk nok er i prosessen med å styrke denne, samtidig som de medansvarlige i omstillingen skal ivaretas og støttes. I mitt siste forskningsspørsmål ble mellomlederens utfordringer i endringsprosesser drøftet, og funnene fra artiklene tyder på at en av hovedutfordringene er at man som mellomleder først og fremst ofte opplever manglende støtte fra sine overordnede i og manglende økonomiske ressurser eller manglende tid til å prioritere endringsarbeidet. Forskningen problematiserer også hvordan mellomledere opplever å bli dratt mellom to stoler, som representant for de ansatte og som representant for ledelsen.

Fra det verdibevisste perspektivet på endringsledelse ønsker ledere både på adferdsnivå og strategisk nivå å jobbe med elementet Pasientsentrert ledelse. Endringen skal ikke gå på bekostning av kvaliteten på pleie eller tilbud, og prioriteringer som går på effektivitet eller mål og resultat knyttet opp mot økonomi har ikke like sterkt fokus. Det virker som kliniske ledere skaper en felles verdiforståelse av tilbudet, hvor det er stor aksept for fagledelse kontra profesjonell ledelse. Det instrumentelle perspektivet på endringsledelse er rettet mot viktigheten av måloppnåelse. Spesielt i store fusjoner eller regionsomfattende tiltak hvor de ansvarlige har høyt fokus på rapportering og målstyring. Ofte henger slike endringer sammen med politisk fattede beslutninger, og man kan som leder føle et forventningspress fra det offentlige på å lande prosjektet innenfor fastsatte rammer. I det instrumentelle perspektivet

fokuseres det mer på at lederen kan prioritere effektivitet og resultat, drive mer «top-down» tilnærmet ledelse.

Begge perspektivene har på sin måte vært med å sette sine skråblikk på utfordringer og fordeler med endringsledelse i helse- og omsorgssektoren. Antakelsen var at de skulle gi oppgaven, og undertegnede, bredere innsikt i de ulike aspektene ved omstilling. Det å se endringer fra to relativt ulike synspunkt har gjort at oppgaven har en mer nyansert fremstilling, og det ville gitt et skjevt bilde på helheten ved kun å se det gjennom et perspektiv.

6. Avslutning og sammenfatning

6.1 Innledning

I denne delen av oppgaven skal jeg summere opp de foregående kapitlene. Jeg vil gå gjennom de tre forskningsspørsmålene som har dannet analysen og drøftingsdelen av litteraturstudien. Jeg vil dermed forsøke å konkludere på grunnlag av det som presenteres under, samt komme med refleksjoner rundt eget arbeid, i tillegg til betraktninger om og forslag til videre lesning.

6.2 Besvarelse av forskningsspørsmål

6.2.1 Lederadferd

I avsnittet om lederadferd i endringsprosesser fant jeg at det spesielt er en ønsket eller ettertraktet adferd som skiller seg ut og går igjen i flere av bidragene. Adferden pasientsentrert beskrives av flere som den viktigste egenskapen en leder kan og bør ha, og dette setter en tydelig presedens for at pasienten eller brukeren er den som skal være i sentrum av endringsprosesser.

6.2.2 Strategi

Jeg fant tilsvarende funn i noe av utvalget i delen som omhandler strategier i endringsprosesser. Noe som igjen kan tyde på at det å være pasientsentrert både kan betraktes som en egenskap og isolert som en strategi for implementering der hovedfokus bør ligge på å sikre. Samtidig kom det tydelig frem at større omstillinger og fusjoner krevde at ledelsen opptrådte med strategi E (resultat og styringsfokusert). Slike omstillinger vil ifølge forfatterne stille enorme krav til ledere, som må prioritere opp sterkere elementer av styring for å oppnå mål og at dette potensielt kan gå på bekostning av kvalitet av tilbudet, mens man ironisk nok er i prosessen med å styrke denne, samtidig som de medansvarlige i omstillingen skal ivaretas og støttes.

6.2.3 Mellomlederens utfordring

I mitt siste forskningsspørsmål ble mellomlederens utfordringer i endringsprosesser drøftet. Funnene fra artiklene tyder på at en av hovedutfordringene er at man som mellomleder først og fremst ofte opplever manglende støtte fra sine overordnede, og manglende økonomiske ressurser eller manglende tid til å prioritere endringsarbeidet. Forskningen problematiserer også hvordan mellomledere opplever å bli dratt mellom to stoler som representant for de ansatte og som representant for ledelsen.

Det er argumentert for at offentlige organisasjoner, som i helsetjenesten, generelt er så komplekse, med konkurrerende mål og et stort utvalg av ulike interessenter, at det er for kaotisk til å kunne predikere eller kontrollere utviklingen i en endringsprosess (Karp & Helgø, 2008). Endringer som vokser fram i organisasjonen vil ha en mye høyere suksessrate enn dem som er styrt ovenfra og ned (Higgs & Rowland, 2005). For å best mulig kunne gjennomføre en endringsprosess innenfor helse- og omsorgssektoren må følgende foreligge:

1: Ledelsen eller lederen ansvarlig for endringen må både kunne være oppgaveorientert, samtidig som de ansattes emosjonelle behov blir ivaretatt. Dermed må man som leder evne å se individuelle behov, tilrettelegge og tilpasse seg samhandling og oppfølging, samtidig som man har et resultat eller oppgave-mål innenfor rekkevidde.

2: Det å låse seg til en gitt strategi er ikke nødvendigvis det dummeste når det kommer til ledelse av endringer i denne sektoren. Mine funn understreker det faktum at situasjonen og kontekst har mye å si for hvilken strategi man velger. I mindre settinger på små sykehus vil det være viktig å samle de rundt deg og ivareta dem, mens i store fusjoner eller omstruktureringer på regionsnivå er det funn som indikerer at mål og resultatstyring er det som er effektivt når det kommer til strategi man bør legge seg på for å lykkes med endring. Har man først bestemt seg for en retning, en visjon er det dermed viktig at man forholder seg til strategien og at man ikke fraviker, gjør små usynlige tilpasninger som ikke oppfattes av alle og at man ikke konkluderer med fremdrift for tidlig. Samtidig må man som leder også kunne erkjenne at prosessen er stoppet opp, fremdriften er forhindret av ulike faktorer og evaluering er påkrevd for å kunne bringe skuta inne i trygg havn.

3: Mellomlederen er en form for altnuligperson og er en svært kritisk brikke i prosessene som

skal gjennomføres. Ikke bare som leder, men som selve bindevevet i endringene som skal gjennomføres. Mellomlederen har ansvaret for at ansatte følges opp, motiveres til å jobbe med implementering og gir tilbakemeldinger og korrigerer feil før de får rotfeste og utvikler seg i uhensiktsmessig retning. Mellomlederen har også ansvaret for at budsjetter, mål og resultater og milepæler blir oppnådd. Dermed har mellomlederen to helt sentrale funksjoner.

Ledelse og lederkvalifikasjoner og har vært mye debattert i norsk og utenlandsk helsetjeneste, men diskusjonen har hovedsakelig dreid seg om hvem som skal lede og hvilken kompetanse vedkommende skal ha. Hensikten med denne oppgaven har vært å gjøre et forsøk til å bidra med innsikt til innholdet til hvordan å drive med endringsledelse i denne sektoren. Når det går frem klart og tydelig hvordan man best mulig kan gjennomføre en endring i helse- og omsorgssektoren vil det kanskje være lettere å besvare spørsmålet som gjenstår: *Hvordan få organisasjonen til å gå i takt?*

6.3 Veien videre

Intensjonen med oppgaven er å forsøke å gi et bidrag til ledere og andre som har ansvar i helse- og omsorgssektoren, for å utvikle deres evner til å implementere endring. Ettersom enhver endring og kontekst er forskjellig, vil man som leder måtte tilpasse sin adferd, strategi og rolle både ovenfor dem man skal lede og dem man ledes av. De ansvarlige for en endringsprosess er sjeldent alene om det som skal skje, men vil ha ett sett med oppgaver og forventninger knyttet opp til seg. Når disse forventningene eller oppgavene endres i takt med innovasjon eller samfunnsutvikling, er det viktig at man aksepterer dette og jobber med å ta innover seg de justeringer som forventes av en, enten det er din nærmeste ansatte, din leder eller pasienten du har omsorgen for. For min egen del har det vært en påminnelse om at pasienten eller brukeren er den personen som vi er ansatt for å bistå, og at viktigheten av å prioritere dem er noe jeg har blitt mer bevisst på, både i endring, men også i det daglige.

7. Litteraturliste

- Aadland, Einar. & Askeland, Harald. (2017). *Verdibevisst ledelse*. Cappelen Damm Akademiske, Oslo
- Aagestad, C., Tynes, T., Sterud, T., Løvseth, E. K., Gravseth, H. M., Eiken, T., . . . Aasnæss, S. (2011). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2011* (Vol. 12): Statens arbeidsmiljøinstitutt
- Appelbaum, Steven & Lee (2000) *Transformation or change: Some prescriptions for health care organizations*. *Managing Service Quality*. Vol 10: 279-298
- Appelbaum, Steven., et al (2011) *The impact of organizational change and leadership on employee turnover: A case study*. *Journal of business case studies (JBCS)*. Vol 4
- Bass, B. M. (1985). *Leadership: Good, better, best*. *Organizational Dynamics*, 13(3), 26-40
- Bass, B. M. (2008). *The Bass handbook of leadership: Theory, research, & managerial applications* (4th ed.). New York, NY: Free Press.
- Bernstrøm, Vilde (2014) *Implementering av organisasjonsendringer i helsesektoren - hvorfor det ofte går galt*. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*. Vol. 6: 12-21
- Bernstrøm, V.H., Kjekshus, L.E. (2012) *Leading during change: the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust*. *BMC Public Health* 12, 799
- Birken, Sarah. Lee., et al. (2013) *Improving the Effectiveness of Health Care Innovation Implementation: Middle Managers as Change Agents*. *Medical Care Research and Review*. Vol 70: 29-45
- Birken SA. *Doctoral dissertation*. (2011). Where the rubber meets the road: A mixed-method study of middle managers' role in innovation implementation in health care organizations
- Blake, R. R., et al. (1962). "Managerial grid." Advanced Management - Office Executive 1(9): 12-15.

Busch, Tor. Johnsen, Erik. Valstad, Stein Jonny & Vanebo, Jan Ole. (2007). *Endringsledelse I et strategisk perspektiv*. Universitetsforlaget. Oslo

Busch, Tor. Johnsen, Erik. Vanebo, Jan Ole. (2003, 3 utgave.) *Endringsledelse i det offentlige*. Universitetsforlaget. Oslo

Byrkjeflot, H. (2015). Ledelse på norsk: Motstridende tradisjoner og idealer? In S. Einarsen & A. Skogstad (Eds.), *Ledelse på godt og vondt*. Bergen: Fagbokforlaget

Caldwell DF, Chatman J, O'Reilly CA 3rd, Ormiston M, Lapiz M. (2008). *Implementing strategic change in a health care system: the importance of leadership and change readiness*. *Health Care Manager v. Apr-Jun;33(2):124-33.*

Campbell, R. J. (2008). "Change management in health care." *Health Care Manager (Frederick)* 27(1): 23-39.

Dalmantoff, John & Lazaruz, Ian. (2014) *The Most Effective Leadership Style for the New Landscape of Healthcare*. *Journal of Healthcare Management* 59:4 July/August

Diefenbach, T. (2007), "The managerialistic ideology of organisational change management", *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 20 No. 1, pp. 126-144.

Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care*. 2004

Forsberg, C. & Wengstrøm Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur.

Gill, Roger. (2001). *Change management - Or change leadership?* *Journal of Change Management* Vol 3. 307-318

Hargett, C. W. Doty, J. P. Hauck, J. N. Webb, A. M. Cook, S. H. Tsipis, N. E. Neumann, J. A. Andolsek, K. M. Taylor, D. C. (2017) *Developing a model for effective leadership in healthcare: a concept mapping approach*. *Journal of Healthcare Leadership*. Vol 9: 69-78

Hart, Chris. (1998) *Doing a literature review*. SAGE Publications Ltd, London.

Hennestad, Bjørn W.(2017) *Endringsledelse og ledelsesendring : fra plan til praksis*. 3 utgave. Oslo Universitetsforlaget.

Jacobsen, Dag Ingvar. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, Dag Ingvar & Torsvik (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4 utgave

Johannesen, Asbjørn., Tufte, P.A. & Christoffersen, Line. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag. 5 utgave

Karp, T. and T. Helgø (2008). "The future of leadership: The art of leading people in a "post-managerial" environment." *foresight* **10**: 30-37.

Kjekshus, L.E., Bernstrøm, V.H., Dahl, E. *et al* (2014). *The effect of hospital mergers on long-term sickness absence among hospital employees: a fixed effects multivariate regression analysis using panel data*. *BMC Health Serv Res* 14, 50

Kjekshus, Lars Erik; Byrkjeflot, Haldor & Torjesen, Dag Olaf (2013). *Organisering og ledelse av sykehus etter NPM – legenes tilbaketreking?*, I: Aksel Hagen Tjora & Line Melby (red.), *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Gyldendal Akademisk.

Kotter, John (2012) *Leading Change*. Harvard Business review press.

Kumah, Emmanuel & Ankomah, Samuel & Antwi, Francis. (2016). *The Role of First-Line Managers in Healthcare Change Management: A Ghanaian Context*. *International Journal of BioSciences, Healthcare Technology and Management*. 6. 20-33.

Lemieux-Charles, Louise & Mcguire, Wendy. (2006). *What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature*. *Medical care research and review* :

Martinsen Øyvind L. (2009) (red) *Perspektiver på Ledelse*. 3. utgave. Gyldendal Akademisk Oslo

Martinsen, Ø. L., & Glasø, L. (2013). *Personlighet og ledelse. Lederundersøkelse 3.0*. (s. 47–74). Bergen: Fagbokforlaget.

McCleskey, Jim Allen. (2014) *Situational, transformational, and transactional leadership and leadership development*

Miller, David (2001) *Successful change leaders: What makes them? What do they do that is different?* Journal of Change Management. Vol 2, Issue 4: 359-368

Moran, J. W., & Brightman, B. K. (2001). *Leading organizational change*. The Career Development International, 6(2), 111–118.

Reich MR, Javadi D, Ghaffar A. Introduction to the special issue on “effective leadership for health systems”. Health Syst Reform. 2016;2(3):171–5.

Saha, S., Saint, S., & Christakis, D. A. (2003). *Impact factor: a valid measure of journal quality?*. Journal of the Medical Library Association: JMLA, 91(1), 42–46.

Steinke, Claudia & Dastmalchian, Ali & Blyton, Paul & Hasselback, Paul. (2013). *Organizational Change Strategies within Healthcare*. Healthcare management forum / Canadian College of Health Service Executives 26. 127-35

Viitala, Riitta. (2014) *Leadership in transformation: A longitudinal study in a nursing organization*. Journal of Health. Vol 28.

Washington, M., & Hacker, M. (2005). *Why change fails: knowledge counts*. Leadership & Organization Development Journal, 26, 400-411.

Yukl, G. (2012) ”*Effective leadership behavior: What we know and what questions need more attention*”, *Academy of management perspective*, Vol. 26, No 4, ss. 66-85. DOI:

Yukl, G. (2013). *Leadership in organizations (8. utg.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall

Internettlinker

figur hentet fra :

https://www.researchgate.net/figure/Blake-and-Moutons-Managerial-Grid_fig1_317115085 (hentet 16.11.2020)

https://snl.no/%C3%98rnulv_%C3%98deg%C3%A5rd (hentet 08.01.2021)

<https://www.mhaonline.com/blog/healthcare-debates-funding-medical-research> (hentet 12.01.2021)

<https://forskning.no/forskningspolitikk/sa-mye-penger-bruker-norge-pa-forskning/328195> (hentet 12.01.2021)

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf> /attachment/inline/6a249aa4-a739-4480-9236-9da7281ab281:6b2dc9cf315adff4fd36bd0783d1878c4307bd37/Elektronisk%20pasientjournal%20i%20omsorgstjenesten.pdf (Hentet 20.01.2021)

<https://www.nrk.no/norge/nav-venter-hoy-ledighet-frem-til-2022--var-ganske-dodt-1.15228725> (Hentet 14.02.2021)