

Hvordan finne døra til handlingsrommet?

**Lederes opplevelse av handlingsrommet i psykisk helsevern**

Helle Baadsvik

VID vitenskapelige høgskole

Campus Diakonhjemmet

Masteroppgave

Master i verdibasert ledelse

Antall ord: 26 715

2 mai 2018

## Sammendrag

Tema og problemstilling for denne masteroppgaven er hvordan ledere opplever handlingsrommet i psykisk helsevern.

Spesialisthelsetjenesten styres og ledes etter både fag- og verdibaserte perspektiver. Verdiene er å gjenfinne i sykehusenes ledelse perspektiver, men også i myndighetskrav og lovverket. De siste tiårene har myndighetene økt de juridiske og økonomiske styringsmidlene og kontrolltiltakene med dokumentasjon- og rapporteringskrav. Formålet med oppgaven er å få en større forståelse for hvordan ledere opplever at disse virkemidlene spiller sammen i opplevelsen av å ha et handlingsrom. Den innsikten oppgaven gir kan bidra til en bevisstgjøring om den komplekse sammenhengen ledere skal lede i, verdienes betydning og hvordan dette påvirker lederes handlingsrom.

Studien anvender verdibevisst ledelsesfilosofi som utgangspunkt. Videre redegjøres det for helselovene som styringsverktøy, og de verdier lovene legger føringer for. Deretter belyses kort hovedpunkter i myndighetenes plandokumenter og forskning vedrørende ledelse i sykehussektoren. Det blir deretter redegjort for begrepet handlingsrom.

Masteroppgaven benytter kvalitativ metode som undersøkelsestilnærming, hvor seks ledere i psykisk helsevern har blitt intervjuet. Valg av analyseverktøy er systematisk tekstkondensering. Funnene er drøftet opp mot teorien som er presentert i oppgaven, hvor hovedfunnene er illustrert i en tredimensjonal modell.

Studien konkluderer med at lederes opplevelse av handlingsrommet blir påvirket av forskjellige nivåer; hvordan spesialisthelsetjenesten er organisert, organisasjonens egenart, kultur og historie, samt lederes opplevelse av sin virkelighet. Tre vesentlige påvirkningskilder er oppsummert: 1. Hvem ledere opplever har definisjonsmakten på lederoppgaver og administrative oppgaver, og hvordan dette påvirker lederes opplevelse av å ha et handlingsrom. 2. Hvordan lederne bruker virksomhetens kjerneverdier for praksis og i praksis, for å skape seg et handlingsrom. 3. Hvordan ledere opplever at helselovens verdier samspiller med organisasjonens verdier i opplevelsen av et handlingsrom. Videre er det tre faktorer som utfordrer handlingsrommet; tid, økonomi og kunnskap om helselovene.

## Forord

Takk til alle lederne jeg intervjuet og deres bidrag til denne oppgaven. Jeg er både ydmyk og imponert over den innsats dere gjør i eget virke, ved å sette pasienten i sentrum for verdivalg.

Tusen takk til veilederen min Karin Kongsli. Du har utfordret meg med din direktehet, tydelighet og kunnskap. Jeg ville ikke vært foruten! Takk for at du har tatt meg og mitt masterprosjekt på stort alvor. Det har gitt meg verdifull kunnskap om ledelse og forskning, som vil berike meg i framtiden som leder.

Takk til medstudenter og lærekrefter på VID Vitenskapelige høgskole. Det har vært fire spennende, berikende, krevende og morsomme år. Det vil både være en befrielse å komme i havn, men også en sorg for at dette studiet er slutt.

Takk til arbeidsplassen min med avdelingssjef Karin Tenmann, ledergruppa og alle ansatte. Tusen takk for uvurderlig støtte med økonomi, permisjoner, oppmuntrende ord og interesse. Dette studiet hadde ikke vært mulig uten de rammene jeg fikk!

Tusen takk til mine tre sønner Sverke, Lavrans og Nokve. Dere har uttrykt stolthet over at jeg har studert, og har tålt at fokus har gått en annen vei enn til dere i perioder. Tusen takk til min kjære venn, kjæreste og ektemann Rasmus. Du har i fire år uttrykt stolthet over at jeg valgte dette studiet, og har aldri klaget over tiden studiet har stjålet fra vår tid. Din rolle som medleser på alle mine eksamener og masteroppgaven har vært uvurderlig for meg. Du har interessert deg både for min læringsprosess gjennom studiet, og fagkunnskapen det har gitt meg. Med deg har jeg berikende samtaler om ledelse og mennesket i lederrollen. Det skal være godt å sette oss i sentrum igjen.

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Forord.....	3
Innholdsfortegnelse .....	4
1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn .....	6
1.2 Hensikt og formål.....	7
1.3 Formulering av problemstilling.....	8
1.4 Avgrensning og begrepsavklaring.....	8
1.5 Oppgavens oppbygning.....	9
2 Teoretisk rammeverk.....	11
2.1 Studiens ledelsesfilosofi .....	11
2.1.1 Ledelse – mange definisjoner.....	12
2.1.2 Verdier.....	14
2.1.3 Verdier for praksis og verdier i praksis .....	15
2.1.4 Verdibevisst ledelsesfilosofi sine mange funksjoner.....	16
2.2 Helselovene – et styringsverktøy .....	20
2.2.1 Juridisk metode.....	21
2.2.2 Rettighetssubjekter og pliktsubjekter .....	23
2.3 Myndighetenes plandokumenter og virkemidler.....	23
2.3.1 Hva sier forskningen om rammer for ledelse i sykehussektoren.....	24
2.4 Handlingsrom .....	26
3 Metode.....	31
3.1 Kvalitativ metode .....	31
3.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming .....	31
3.3 Forforståelse.....	32
3.4 Kvalitativt forskningsintervju.....	33
3.5 Utforming av intervjuguide .....	34
3.6 Utvalg av informanter og tilgang til forskningsfeltet .....	34
3.7 Intervjuene og gjennomføring av intervjuene .....	35
3.8 Transkribering.....	37
3.9 Analyse gjennom tekstkondensering .....	37

4	Presentasjon av analyseprosessen og funn.....	39
4.1	Presentasjon av informantene.....	39
4.2	Helhetsinntrykk .....	40
4.3	Identifisere meningsbærende enheter under foreløpige temaer og koder.....	40
4.4	Abstrahere de meningsbærende enhetene til kondensert tekst .....	41
4.5	Syntetisere den kondenserte teksten til analytisk tekst og mikrokondensater.....	43
5	Resultater og drøfting av funn.....	46
5.1	Styring og ledelse – en meningsfull helhet.....	47
5.2	Hvem har definisjonsmakten på oppgaven – elle, melle, deg fortelle.....	52
5.3	Organisasjonsverdier – en los, et ideal og en organisasjonsnerve i spenn .....	55
5.3.1	Verdier-for-praksis .....	56
5.3.2	Verdier-i-praksis.....	59
5.4	Helselovenes og organisasjonens verdier – et yin og yang .....	62
5.5	På leting etter handlingsrommet.....	65
5.6	Helselovenes mange ansikter .....	70
5.7	Pålitelighet og gyldighet.....	75
5.8	Etikk .....	76
5.9	Metodekritikk .....	77
6	Konklusjon .....	79
6.1	Oppsummering av de viktigste funnene og betydning for praksis .....	79
6.2	Forslag til videre forskning .....	82
7	Litteraturliste .....	83
	Vedlegg 1 .....	86
	Vedlegg 2 - Intervjuguide.....	88

# 1 Innledning

Busch hevder at «Men i prinsippet må ledelsen gis handlingsrom til å ta egne beslutninger – hvis ikke blir det meningsløst å utøve ledelse.» (Busch, 2012, s. 101). Etter å ha arbeidet i psykisk helsevern i mer enn 20 år, besitter jeg en historisk erfaring med utviklingen av dette fagfeltet i spesialisthelsetjenesten. Denne erfaringen er en av kildene til undringen om hvordan ledere i psykisk helsevern opplever sitt handlingsrom. Andre kilder til denne undringen er framveksten av helselovene som styringsverktøy og utviklingen av verdienes betydning for spesialisthelsetjenesten.

## 1.1 Bakgrunn

Jeg har selv opplevd «mitt handlingsrom», og hvordan jeg har forstått dette handlingsrommet. Som sosionom med videreutdanning i psykisk helsevern og 20 års erfaring fra fagfeltet, har jeg opparbeidet meg en historisk kjennskap til utvikling i psykisk helsevern. 12 år som kliniker og åtte år som leder. Samtidig har andre ledere beskrevet sin opplevelse av «sitt handlingsrom».

Samfunnsutfordringene har endret seg med tiden, hvor man nå snakker om «helsegapet» (Stamsø, 2014). Helsegapet er betegnelsen på differansen mellom det som er medisinsk mulig, og det som er etisk og økonomisk forsvarlig. I følge Stamsø (2014) utviklet den medisinske teknologien seg så raskt fra ca 1970, at det var mulig å behandle flere enn det det var ressurser til. Dette har presset fram prioriteringer av helsemål, også for psykisk helsevern. I tillegg har helselovene gitt flere rett til prioritert helsehjelp. Jeg har erfart at utviklingen har gått i retning av at myndighetene i økende grad kontrollerer at ressursene blir benyttet i tråd med politiske føringer. Dette har medført at oppgavene til leder har økt i mengde, men også hvilke oppgaver som må prioriteres. Min erfaring er at det er første og fremst utfordrende å finne et tidsrom for tenkning og utvikling, samtidig som man skal svare for driftskrav. I dette kan opplevelsen av handlingsrommet utfordres. Nysgjerrigheten er derfor på hvordan ledelsesorienterte oppgaver og administrasjonsorienterte oppgaver påvirker lederes opplevelse av handlingsrom.

En annen erfaring er framveksten av verdienes betydning for virksomheten. Alle de regionale helseforetakene presenterer seg med en tydelig visjon, og klare kjerneverdier på sine respektive nettsteder. Leser man helseforetakenes strategiplaner står kjerneverdiene i sentrum, og skal prege pasientbehandlingen personalpolitikken, samt den eksterne samhandlingen med andre virksomheter. Samtidig har framveksten av helselovene hvert betydelig siden århundreskiftet. Helselovenes formålsparagrafer inneholder tydelige verdier som skal operasjonaliseres gjennom de enkelte underliggende paragrafene (Molven, 2012).

Nysgjerrigheten er hvordan ledere kan bruke kjerneverdiene for egen virksomhet til å skape et handlingsrom, når verdiene har mange forskjellige kilder og muligens er motstridende. Man kan tenke seg at helselovene kan hemme leders opplevelse av handlingsrom, ved at loven er sterkt førende. På en annen side kan loven legitimere foretrukne verdier hos leder, og med det fremme opplevelsen av handlingsrommet.

## 1.2 Hensikt og formål

St.meld nr 26 hevder at det er en utfordring med bruk av ulike sett med virkemiddel for ledelse i helsetjenesten:

«På den eine siden ventar ein at aktører på alle nivå skal leggje vekt på det overordna verdigrunnlaget.....På den andre sida har det dei seinare åra kome eit supplement til dette fag- og verdibaserte utgangspunktet gjennom utviklinga av fleire instrumentelle verkemiddel. Det vil seie at helsestyremaktene i større grad enn tidlegare har utvikla juridiske og økonomiske rammeføretnader som skal ha direkte styrande verknader på helsepersonellet og verksemdene i helsetenesta .» (St.meld. nr 26, s. 4).

Formålet med studien er å få en større forståelse for hvordan ledere opplever at ulike virkemidler for styring og ledelse spiller sammen, med tanke på leders handlingsrom. Videre om det er andre faktorer som også vil påvirke handlingsrommet. Med sykehusreformen i 2002 beveget man seg bort fra en byråkratisk drift, og elementer fra ledelsesfilosofien New Public Management (NPM) ble innført. Offentlige virksomheter gikk over fra regelstyring til mål- og resultatstyring. Dette skulle fasiliteres gjennom større lokal frihet i forhold til måloppnåelse, delegering av ansvar og oppgaver til selvstendige helseforetak, mens staten skulle ta ansvar for styringen på et overordnet nivå (Byrkjeflot og Gulbrandsøy, 2013). I kjølevannet av dette ble også verdienes betydning vektlagt som klare styringsverktøy. Ved økt kunnskap og

bevissthet om hvordan virkemidler virker sammen, kan det i seg selv påvirke opplevelsen av å ha et handlingsrom. Bossert (1998) hevder at handlingsrommet vil kunne påvirke positivt vesentlige verdier for helsesektoren, som økonomisk robusthet, likhet og kvalitet i tjenestene. Dette er også viktige verdier for norsk helsevesen.

### 1.3 Formulering av problemstilling

Problemstillingen og forskningsspørsmålene har vært i støpeskjeen gjennom hele forskningsprosessen. Spesialisthelsetjenesten er som sagt komplekse virksomheter, som består av et mangfold av faktorer som skal ivaretas, og som påvirker dens utforming. Det være seg pasientens brukermedvirkning, forskning, politiske mål og ressurser i kunnskap og materielle forhold. Det har vært en lang prosess å redusere dette til en fruktbar problemstilling, som både er forskbar for et masterstudie, men som også forholder seg til kompleksiteten.

Følgende problemstilling er valgt for denne studien:

#### **Lederes opplevelse av handlingsrommet i psykisk helsevern.**

Operasjonalisert i fire tilhørende forskningsspørsmål:

- Hvordan beskriver lederne at ledelsesorienterte oppgaver og administrasjonsorienterte oppgaver påvirker deres handlingsrom?
- Hvordan bruker lederne kjerneverdiene i egen virksomhet for å skape seg et handlingsrom?
- Hvordan opplever ledere at helselovgivningen påvirker deres handlingsrom?
- Hvilke andre faktorer påvirker lederes handlingsrom?

### 1.4 Avgrensning og begrepsavklaring

Det er gjort en avgrensning ved at masterprosjektet omhandler psykisk helsevern.

Helselovgivningen og myndighetskrav er både forskjellig og likt i somatisk og psykisk helsevern. Fra et helsefaglig perspektiv, er psykisk helse og somatisk helse å forstå som to forskjellige fagdisipliner. Disiplinene vil derfor befinne seg innenfor forskjellige kontekster, og stå overfor forskjellige utfordringer.



En annen avgrensing er gjort ved at verdibevist ledelsesfilosofi ligger til grunn for denne studien. Dette fordi verdibevist ledelse preger spesialisthelsetjenesten, ved at sykehusene har etablert en klar visjon med tilhørende kjerneverdier. Samtidig har myndighetsdokumenter og lovverket også satt fokus på foretrukne verdier, som styringsredskap for sine mål. Askeland og Aadland (2017) har valgt å kalle verdibasert ledelse for verdibevist ledelse, da de hevder at all ledelse handler om beslutninger og prioriteringer av at noe er mer foretrukket framfor noe annet. De ønsker med dette begrepet å sette fokus på bevisstheten for hvilke verdier virksomheten velger å vektlegge, og hvordan de operasjonaliseres i praksis. For denne studien vil begrepet verdibevist ledelse bli benyttet, da problemstillingen setter fokus på lederes opplevelse av handlingsrom. Handlingsrom er å forstå som et praksisnært begrep. Begrepet handlingsrom vil bli ytterligere utledet i kapittel 2 *Teoretisk rammeverk*.

Med dette utgangspunkt vil lederes arbeidsoppgaver, lovgivning og verdier være de hovedfaktorer som er i fokus for denne studien. Handlingsrom knyttes ofte i litteraturen til økonomisk robusthet. Studien vil nevne økonomi, som en medvirkende faktor for opplevelsen av et handlingsrom, men ikke som et hovedfokus.

Begrepet handlingsrom er i seg selv ikke et teoretisk definert begrep, men kan forstås som utsagnet «mulighet for å handle». Handlingsrom er ikke definert i Store Norske Leksikon, faglitteraturen eller i Synonymordboken. Begrepet, slik det er funnet brukt innenfor litteraturen på feltet, er benyttet for å beskrive hva som hemmer eller fremmer muligheten for å påvirke, for å finne realistiske muligheter eller opplevelsen av frihet til å beslutte innenfor et gitt felt (Bossert, 1998). Det er denne forståelsen av begrepet handlingsrom som er lagt til grunn for studien.

## **1.5 Oppgavens oppbygning**

I neste kapittel redegjøres det først for oppgavens teoretiske rammeverk, ved å belyse verdibevist ledelsesfilosofi, samt en utlegning om helselovene som styringsmiddel. Teorikapittelet vil også sette søkelyset på ledelse i offentlig sykehus ved kort å presentere forskning på feltet og hovedpunkter i Nasjonal Helse- og omsorgsplan. Forskningen er presentert i teorikapittelet, da det er som nevnt sparsomt med forskning på tema. Teorikapittelet avsluttes ved å belyse begrepet handlingsrom. I metodekapittelet vil det redegjøres for valg av metode. Deretter vil analyseprosessen beskrives i et eget kapittel. Av

hensyn til rammene for oppgaven er selve analyseverktøyet beskrevet trinn for trinn, med et av hovedfunnene som eksempel. Funn og drøfting av funn blir presentert i et felles kapittel for å skape en dynamikk mellom funn og teoretisk drøfting. Oppgaven avsluttes med en konklusjon av hovedfunn, og funnenes betydning for praksis samt forslag til videre forskning.

## 2 Teoretisk rammeverk

Teoretisk rammeverk inneholder oppgavens sentrale begreper og teoretiske perspektiver. Først vil oppgaven belyse verdibevist ledelsesfilosofi ved å redegjøre for begrepene ledelse, verdier, og verdibevist ledelse sine mange funksjoner. Begrepene verdibasert ledelse og verdibevist ledelse vil bli benyttet om hverandre. Oppgaven er tro mot det begrepet forfatter benytter i sin teoriutlegning. Videre vil kapittelet belyse hvordan helselovene danner fundamentet i offentlig sektor. Deretter vil hovedpoenger fra Helse- og omsorgsdepartementets Nasjonale helse- og omsorgsplan bli presentert, sammen med noe av forskningen på feltet. Dette vil bli presentert sammen, fordi noe av forskningen omhandler nettopp hvordan myndighetene legger føringer for styring og ledelse i sykehus. Teorikapittelet avsluttes med å redegjøre for oppgavens forståelse av begrepet handlingsrom. Her vil også noe internasjonal forskning vedrørende handlingsrom bli presentert.

Det har vært lite forskning å finne om hvordan organisasjonens verdier spiller inn med helselovgivningens verdier, og hvordan dette påvirker lederes opplevelse av handlingsrom. Dette har skapt en avgrensning for oppgaven, da det er lite internasjonal og nasjonal forskning å relatere funnene til. Siden studien er fokusert på norske helselover, måtte søket etter internasjonal forskning favne bredere ved å omhandle lederes opplevelse av handlingsrom i helsesystemer. Søket ble derfor utvidet med søkeord som; *desentralisering, handlefrihet, beslutningsautonomi, verdier i helselovene, verdier og lokal handlefrihet, helselovene som styringsverktøy og ledelse i Norske sykehus.*

Følgende eksterne databaser har det vært gjort søk i: JStore (engelsk, ledelse i business), Proquest (engelsk, helse og ledelse) og Sience Direkt (engelsk – forskning generelt). Videre har det vært søkt i norske databaser som NORA. I tillegg til elektroniske søk, har referanselister i bøker og artikler blitt benyttet som kilder til relevant forskning på tema.

### 2.1 Studiens ledelsesfilosofi

For å beskrive verdibevist filosofi vil det først redegjøres kort for ledelsesbegrepets mange definisjoner. Deretter hvordan dynamikken kan forstås mellom styring og ledelse, og at styring og ledelse er to forskjellige logikker. Videre vil fokus rettes mot verdibegrepet, dynamikken mellom verdier som et ideal for handling, og de verdiene som faktisk utspiller

seg i praksis. Oppgaven vil også redegjøre for verdibevisst ledelsesfilosofi sine mange og motstridende funksjoner, samt hvordan denne filosofien forholder seg til makt og autoritet.

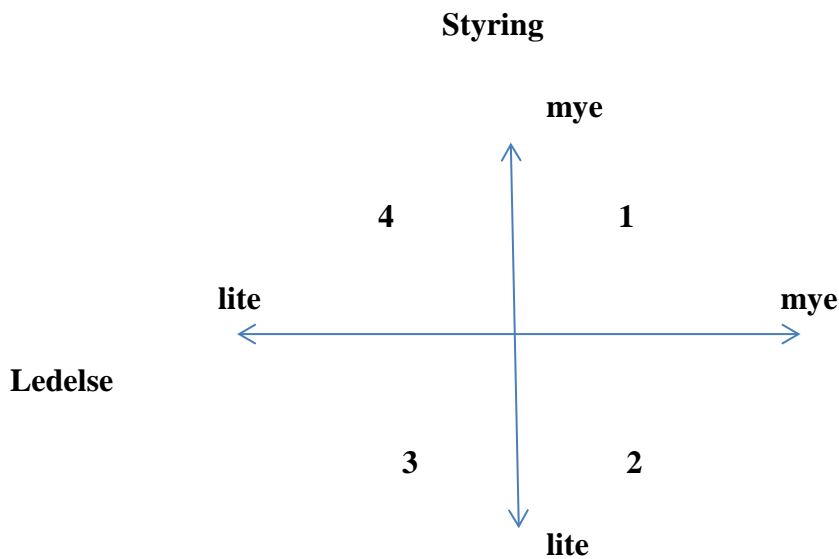
### 2.1.1 Ledelse – mange definisjoner

Arnulf hevder at *ledelse* er «å skape oppslutning om målrettet samarbeid gjennom å gjøre det meningsfylt.» (Arnulf 2012, s. 13) *Styring* eller *administrasjon* derimot, er oppskriften på hvordan arbeidet skal organiseres, gjennom prosedyrer, regler og systemer, Arnulf (2012). Jacobsen og Thorsvik definerer *ledelse* som «en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd» (Jacobsen og Thorsvik 2014, s. 416). *Administrasjon* defineres som å løse produksjonen på en mest mulig effektiv måte. Ladegård og Vabo (2010 og 2011) deler ledelse opp i to virkemidler; *ledelse* som er organisasjonens visjoner, verdier, prosesser og relasjonsbygging. Ledelse blir derfor personorientert ved at hovedfokus rettes mot medarbeideren. Det er ved hjelp av ledelse man søker å endre og utvikle virksomheten i samhandling med de ansatte. *Styring* derimot er etablering av kravspesifikasjoner, kontrollmekanismer og strategisk kurs. Styring er systemorientert og setter forvaltningsfunksjonen i fokus. Det er via styring man standardiserer og skaper stabilitet. Ladegård og Vabo (2010) uttaler at ledelse og styring er to forskjellige virkemidler i det totale lederskapet, som må koordineres, i den hensikt å nå virksomhetens mål. Videre er det oppgavens art og eller kontekstens som er bestemmende for om det er ledelse eller styring som må vektlegges, eller begge deler. Å balansere styring og ledelse er en lederoppgave.

#### **Balansen mellom styring og ledelse.**

Dersom styring og ledelse er to dimensjoner på et kontinuum, kan man utlede fire dynamikker, slik som i figur 1 (Ladegård og Vabo 2010).

Figur 1: Illustrasjon av forholdet mellom styring og ledelse



1; Mye styring og ledelse. 2; Lite styring og mye ledelse. 3; Lite styring og ledelse. 4; Mye styring og lite ledelse.

Styring og ledelse kan i så måte være i *konkurransforhold* til hverandre, hvor leder ved lokalt sykehus er delegert administrasjon- og rapporteringsansvar fra overordnet myndighet. Leder må gjennom rapportering dokumentere måloppnåelse på alt fra økonomi til pasientbehandling. Mål- og resultatstyring skulle avbyråkratisere offentlig sektor, hvor økt grad av selvledelse var i fokus (Molven, 2012). Man kan tenke seg at behovet for ledelse er større når det ikke finnes regler, samtidig som kvalitetsindikatorne og styringsparameterne er så detaljerte at det nærmest gjør ledelse overflødig, men kaller på styring (Ladegård og Vabo, 2010). Johnson (2010) på den andre siden hevder at det som kan hemme måloppnåelse og effektivitet ved resultatorientering, er nettopp avbyråkratiseringen, og økt selvledelse. Økt grad av selvledelse øker nemlig muligheten for skjønnsvurderinger, og selvstendige beslutninger om prioritering av mål, særlig når målene er mange og ressursene få. Dette kaller både på styring og ledelse. Styring og ledelse kan derfor også *betinge* hverandre. Ladegård og Vabø (2010) hevder at ledelse og styring betinger hverandre når målene skal gjøres meningsfulle av ledelsen for ansatte, slik at ansatte med det finner mer indre motivasjon til å følge regler og prosedyrer.

Dersom styring skulle *erstatte* ledelse kan man utarbeide regler og prosedyrer, som muligens kunne gjort ledelse overflødig (Ladegård og Vabø, 2010). Man kan tenke seg at den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, som kom ut januar

2017gjør et forsøk på dette. Forskrifter er for det første en klar «regel», som er ment å følges. Denne nye internkontrollforskriften formidler tydelig hvordan styring og ledelse *skal* utføres, og operasjonaliseres gjennom fasene *planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere*. I høringsnotatet til den nye forskriften kom det klart fram at tidligere forskrift om kvalitetsforbedring ikke førte til gode nok resultater, og at det var mangel på styring og ledelse som var årsaken. Den største forskjellen på tidligere forskrift og den nye, er nettopp at veien til måloppnåelse blir beskrevet svært detaljert, og at forskriften i så måte kan sies å erstatte ledelse. Organisasjonen må bare sørge for at den etterlevs via styring.

Ut i fra dette kan man tenke seg at styring og ledelse, som to forskjellige logikker og virkemidler, vil oppleves forskjellig hos ledere. Dette gjelder både om ledelse og styring er i konkurranseforhold, kan erstatte hverandre eller betinge hverandre. Videre om hvordan dette påvirker lederes opplevelse av handlingsrom.

### 2.1.2 Verdier

Askeland og Aadland (2017) hevder at verdier er konstruerte språklige begreper gjennom fortolkning og diskurs, som uttrykker at noe har en tillagt betydning. Busch (2012) definerer verdier i to hovedkategorier: 1. Instrumentelle verdier som påvirker menneskets vurdering av aktiviteter, og refererer til en handlemåte. 2. Målverdi som referer til et resultat og en slutttilstand. Verdier kan være svært generelle og befinner seg på forskjellige nivåer; samfunn, organisasjon, gruppe og personlig. Verdiene vil påvirke både holdning, tenkning og handling. Busch (2012) hevder videre at verdiene har en kognitiv dimensjon (en mening som kan formidles), en emosjonell dimensjon (kan gi positive og negative følelsesmessige opplevelser) og en motivasjonell dimensjon (angir noe som er foretrukket). Verdiene kan være eksplisitte, det vil si språksatte og med det bevisste. Implisitte verdier i motsetning er ikke språksatte i samme grad, og vil derfor opptre mer ubevisste. Aadland (2004) hevder at verdier er «ønskverdige kvaliteter ved handlinger eller formål», og at etikkens oppgave er å bidra til at vi gjør de riktige verdivalgene (Aadland 2004 s.152). Eide og Skorstad (2014) vektlegger Lingås sin definisjon av etikk, som sier at etikk er en verdibasert refleksjon over holdning, handling og atferd, for å fremme viktige verdier og ikke krenke de. Både Aadland og Lingås hevder med det at etikken skal fasilitere foretrukne verdier.

Verdier kan organiseres i klynger, hvor en verdi gjerne står i sentrum for klyngen. Eksempel på en verdiklynge for økonomi, er at verdien effektivitet står i sentrum for klyngen. Videre kan det være en klynge med verdien demokrati, hvor verdien i sentrum kan være rettferdighet eller likeverd. En annen klynge i offentlig sektor kan være profesjonsklynge, hvor man tar utgangspunkt i verdien altruisme. Verdien som står i sentrum har sterke relasjoner til andre verdier. Verdiklynger kan komme i konflikt med hverandre, noe som utfordrer offentlig sektor. Profesjonsverdier kommer ofte i konflikt med økonomiverdiene (Busch, 2012). Det kan med andre ord være vanskelig for en leder å oppfylle to sett av verdiklynger, og kan med det oppleve moralsk stress. Lederes opplevelse av handlingsrom i en verdikonflikt kan være snevert, samtidig som en konflikt kaller på løsning. Om ledere opplever at de har handlingsrom for å løse verdikonflikter, vil være av interesse for problemstillingen. Verdier er som sagt instrumentelle og vil derfor fremheve hva som er rett og galt, godt og ondt, best og dårligst. Verdiene er moralske retningsgivere på hva som er etisk riktig å gjøre. Verdiene kan i denne forståelsen peke i to forskjellige retninger (Askeland og Aadland 2017). Busch (2012) hevder at en løsning er at verdien bare aktiveres i situasjoner der de er aktuelle, på bekostning av en helhetstenkning. Økonomiklyngen blir aktivert når budsjettet skal settes, mens profesjonsklyngen kommer i sentrum i den direkte pasientbehandlingen.

### 2.1.3 Verdier for praksis og verdier i praksis

*Verdier-for-praksis* er verdier som kommer forutfor handling, og blir styringsbegreper for handling i en organisasjon. Verdien befinner seg før handling, og kan benyttes til å evaluere handlingen i etterkant. For eksempel kan verdien *likebehandling* ligge som en styringsverdi for at alle pasienter som har samme lidelse skal vente like lenge på behandling, uavhengig av hvor du bor i landet (Aadland og Askeland, 2017). Statistikken i etterkant kan avsløre om det faktisk har foregått *likebehandling* i praksis, ved at ventetiden ikke er forskjellig. Verdier-for-praksis kan sies å være instrumentelle verdier, i det de refererer til en ønsket handlemåte for organisasjonen.

*Verdier-i-praksis* er de verdiene som faktisk utspiller seg i organisasjonens måte å handle på.

«Bevisstgjøringen av *verdier-i-praksis* er derfor en nøkkeloperasjon i verdibevisst ledelse. Dette verdisynet medfører at forhånderklærte organisasjonsverdier (*verdier-for-praksis*) får liten eller ingen betydning for organisasjonens faktiske praksisutøvelse, mens refleksjonen over *verdier-i-praksis* kan føre til selverkjennelse og gunstige korrigeringer. Da blir organisasjonen i tiltagende grad verdibevisst, og

verdibegrepet inntar den betydning i organisasjonshverdagen som det fortjener.»  
(Askeland og Aadland 2017, s. 46)

Verdier-i-praksis ligger ikke før handling, slik verdier-for-praksis gjør, men etter handlingen. Verdier-i-praksis er en fortolkning av hvilken verdi handlingen gav uttrykk for. Verdien blir med det en refleksjon over organisasjonens praksis. Busch (2012) skiller mellom *uttrykte verdier* og *bruksverdier*. Uttrykte verdier er de verdier organisasjonen har nedfelt i strategiplaner og handlingsplaner, men det er ikke sikkert at de er å gjenfinne i praksis. Bruksverdier er de verdier som faktisk utspiller seg i handlingsmønstrene. Uttrykte verdier blir her verdier -for -praksis, og bruksverdier blir her verdier- i -praksis. Busch (2012) setter ikke de uttrykte verdiene og bruksverdiene i relasjon til hverandre på samme måte som Aadland og Askeland (2017). Hvilken rolle verdiene har for lederes opplevelse av handlingsrom vil være av interesse. Dette fordi Kirkhaug (2013) nettopp hevder at verdiene skal skape et handlingsrom for ledere.

#### **2.1.4 Verdibevisst ledelsesfilosofi sine mange funksjoner**

Kirkhaug (2013) hevder at verdibasert ledelse er et filosofisk, relasjonelt og emosjonelt orientert ledelsesperspektiv, som omfavner både oppgaveorienterte, endringsorienterte og strategisk orienterte ledelsesmetodikker. Målstyring og regelstyring vil aldri klare å virke som gode styringsverktøy alene, da beslutninger i helsesektoren i stor grad er preget av skjønnsvurderinger. Dette vil gjelde både pasientbehandling, personelhåndtering og samhandlingen med andre virksomheter. Store deler av virkeligheten vil ikke la seg favne med regler eller operasjonaliseres i mål, da spesialisthelsesektoren er for kompleks.

Verdibasert ledelse inneholder flere motstridende funksjoner. For det første skal verdibasert ledelse sette standarder for forutsigbar og varig atferd, og utøve sosial og psykologisk kontroll over ansatte. For det andre skal verdibasert ledelse bidra til nytenkning og innovasjon, og ikke minst skape et handlingsrom for autonomi og frihet for ansatte. Ledelse blir med dette både en kognitivt og emosjonell prosess (Kirkhaug, 2013).

Verdibasert ledelse stiller også andre krav til lederen, enn hva andre ledelsestradisjoner har gjort (Kirkhaug, 2013). Lederen har hele tiden funksjonen som rollemodell, slik at lederen må sette ut i live de samme krav som stilles til ansatte. Leder og ansatte har derfor samme sosiale status, men forskjellige funksjoner. Beslutningsmakten er forskjellig fordelt, men betydning



er likt fordelt. Ut i fra dette har verdibasert ledelse både kollektive og individuelle ambisjoner, hvor ansattes holdninger, atferd, og ambisjoner skal rettes inn for å nå organisasjonens mål. Nøkkelelementer blir gjensidig tillit, deling av tro og ideer, avhengighet og sosialt bytteforhold via psykologiske kontrakter. Ledelsen og ansatte har gjensidige forpliktelser, samt rettigheter og plikter overfor hverandre. Verdiene skal virke motiverende ved at de har egenverdi, noe ledelse og ansatte sammen kan forplikte seg mot. Verdiene vil skille rett fra galt, godt fra ondt, verdifullt fra verdiløst. Verdibasert ledelse søker i så måte at ansatte skal få dekket egne behov av meningsverdi, bli hørt og anerkjent, samtidig som organisasjonens mål blir nådd på en mest mulig effektiv måte (Kirkhaug, 2013)

### **Verdiene har betydning for makt og autoritet.**

Verdiene skal gi lederen makt og autoritet, slik at virksomheten når sine mål. Dersom dette ikke fungerer kan regler og andre mer disiplinerende styringsverktøy begynne å erstatte verdiene. En målsetning i virksomheten må være at det er verdikongurens mellom profesjonene, fagforeningene og ledelsen (Kirkhaug, 2013). Dersom ledelsen ikke har definisjonsmakten på kjerneverdiene, kan organisasjonen ligge bakpå. Et mulig scenario kan bli at virksomheten styres mer av profesjoner og fagforeninger, enn av ledelsen. Noe som ikke nevnes av Kirkhaug (2013), men som også kan bli helt avgjørende i denne verdibalansen, er om virksomhetens verdier er kongruente med helselovenes verdier? Vil det være for stor avstand mellom virksomhetens kjerneverdier og helselovgivningens verdier, kan man tenke seg at ledelsen ikke autoriseres av helselovene. Dette vil kunne snevre inn leders opplevelse av handlingsrom. Helselovenes verdier er myndighetenes krav om verdiskapning overfor virksomheten. Dersom verdiene er kongruente mellom profesjonene, ledelsen og myndigheten, vil man i større grad kunne omforenes om mål, ressursbruk og prioriteringer, samtidig som man vil ha et felles begrepsapparat. Dette vil med sannsynlighet øke lederes opplevelse av handlingsrom. Dersom verdiene spriker i for stor grad, vil ikke verdiene fungere som styringsverktøy, men heller skape et moralsk stress. En annen viktig forutsetning for at verdiene skal fungere som styringsverktøy, er at verdiene må tas i bruk av både ansatte og ledelsen. I dette perspektivet har Aadland og Askeland (2017) vært opptatt av verdier både *for praksis*, men kanskje enda mer *vesentligste verdier i praksis*.

Leder er ifølge Kirkhaug (2013) i behov av tre forskjellige typer makt; *tvangsmakt*, *belønningsmakt* og *normativ makt*.

*Tvangsmaktens* hensikt er å påtvinge noen løsninger de selv ikke velger. Dette kan skape likegyldighet hos de som blir utsatt for tvangsmakt. Virksomheten må muligens ta i bruk tvangsmakt ved kompliserte oppgaver, hvor ansatte ikke ønsker løsningen. Eller virksomheten kan påtvinge ansatte verdier, som har til hensikt å kontrollere og påvirke ansattes atferd. Dette er særlig gjeldene ved dikotome verdier som lojalitet. Dersom man ikke følger verdien kan man defineres som sviker. Dette snevrer inn handlingsrommet, fordi friheten som verdi blir borte. I dette perspektivet kan man si at helselovgivningens inneholder klare elementer av tvangsmakt, da uttrykket *skal* benyttes i loven. Verdier kan fungere som *belønningsmakt* dersom de er tydelig nok til å bedømme etter, og i kjølevannet av det belønne etter.

*Normativ makt* henviser til leders kontroll over de virkemidler som kan påvirke ansattes motivasjon, prioriteringer og mentale orienteringer. Med virkemidler menes forskjellige former for aktelse, symboler, positive tilbakemeldinger og administrasjon av ritualer. Kirkhaug (2013) påpeker at ansatte sosialiseres inn i den normative makten, og at den finnes blant annet i organisasjonskulturen. Dette er en makt som ansatte opplever som mest tilfredsstillende. En normativ makt kan bli kamuflert av belønninger.

Engebretsen og Heggen (2012) henviser blant annet til Foucault sitt begrep *styringsmentalitet* i utlegningen av forskjellige maktutøvelse i praksis.

*Styringsmentaliteten* er den moderne form for makt i det liberale demokratiet. Denne makten utøves indirekte, ved at den nærmest injiseres i individets mentalitet og karakter (Engebretsen og Heggen, 2012). Makten eksisterer som holdninger og handlinger i individet, og praktiseres gjennom selvstyring og selvledelse. Straff og sanksjoner er blitt byttet ut med belønninger, oppmuntring, stimulering, aktivisering og engasjement. Individet har blitt myndiggjort, men også ansvarliggjort for egen risiko. Muligens er den normative makten avhengig av høy toleranse for uenigheter og diskursanalyser, nettopp for ikke virke manipulerende som styringsmentaliteten. Ut i fra dette kan man tenke seg at den normative makten gir en større opplevelse av handlingsrom enn styringsmentaliteten. Det subtile ved styringsmentaliteten er at den kan opptre lite bevisst, og med det få leder til å tro på et handlingsrom, som i realiteten ikke er der.

I styring av velferdsstaten hevder Engebretsen og Heggen (2012) at språket er brukt som maktredskap, og at «makten frir til oss i språket». Språket appellerer fordi det snakker med to tunger på en slik måte at vi ved første øyekast bare legger merke til den appellerende betydningen. Ut fra dette virker makten mer subtil og usynlig, fordi den leder tankene inn på

ett spor. Når velferdsstatens ansatte har tatt appellen, trengs ikke sanksjoner. Begreper som for eksempel *selvstyring og virksomhetens autonomi* er ved første øyekast forlokkende verdier, men samtidig inneholder det også et annet budskap som ikke ligger oppe i dagen i begrepene. Selvstyringen kan hindre opposisjon mot sentrale myndigheter, og autonomi kan inneholde overføring av ansvar på en slik måte at myndighetene går mer fri. Leder kan oppleve å ha et handlingsrom, men er mer eller mindre styrt på en subtil måte gjennom språket.

### **Verdier har betydning for intern og ekstern tilpasning og endring**

Verdibasert ledelse handler som sagt om at verdier skal være førende for ansattes holdninger og atferd. Verdiene skal dermed være førende for samarbeidet innad i organisasjonen, men også for den eksterne samhandlingen med samarbeidspartnere. Studier av Kirkhaug (2009a) viser at det er en positiv sammenheng mellom ansattes opplevelse av organisasjonens kjerneverdier og handlingsrom. Med andre ord kan verdier gi en opplevelse av handlingsrom, da verdiene er klart førende, men ikke detaljstyrende som regler. Kirkhaug (2013) påpeker at det kan virke som om jo tydeligere verdiene er i en organisasjon, jo større opplevelse av frihet har ansatte.

Ekstern tilpasning handler blant annet om å kartlegge hvilke eksterne verdier, forventninger og dominerende strømninger virksomheten skal ivareta, for å kunne være en levedyktig organisasjon. Her vil helselovene, tilhørende forskrifter, veiledere og oppdragsdokumenter klart utgjøre dominerende strømninger, med klare verdier (Kirkhaug, 2013). Dersom det blir for stor forskjell mellom verdiene eksternt og internt, vil dette kunne føre til verdikonflikt. Det betyr at virksomheten bør justere de interne verdiene til å kunne korrespondere med de eksterne. Enten ved at eksterne verdier blir en plattform for de interne, eller at verdiene harmoniserer og ikke peker i hver sin retning. Med andre ord bør kjerneverdiene i psykisk helse ligge tett opp til helselovene med tanke på hva de uttrykker og fortolkning. Det blir utfordrende for en virksomhet å styre etter sprikende verdier, eller verdier som ikke kan knyttes til hverandre.

Det at virksomheter må tilpasse seg omgivelsenes skiftninger, handler om at virksomheter må utvikle en fleksibilitet og plastisitet. Kjerneverdiene skal fasilitere endringsprosesser ved at de innehar en psykologisk energi, som består både av ambisjoner, mål og ideologi (Kirkhaug, 2013). Verdiene skal legge til rette for både kreativitet, nytenkning og vekst. I dette skal verdiene skape et handlingsrom for utvikling og innovasjon for leder.

## 2.2 Helselovene – et styringsverktøy

Ved århundreskiftet kom det flere helselover, hvor Stortinget tydelig definerte helselovene som styringsmiddel i helse og omsorgssektoren. Disse helselovene har blitt viktig for å få gjennomført tiltak og endringer. Økonomiske forhold og viktige verdier var reflektert i lovene, slik sett skulle tiltakene som ble lovbestemt både kunne følge opp økonomisk og faglig utfordringer. Loven var overordnet styrende økonomiske hensyn, noe som betød at man ikke kunne argumentere med at man ikke hadde nok ressurser til å gjennomføre plikter loven la til grunn. Det var opp til ledelsen å styre virksomhetens ressurser slik at de kunne svare opp det som var bestemt i loven. Dette skaper en spesiell og lite fri form for styring. Det er flere fagfolk som har påpekt at det egentlig ikke er økonomiske rammer til å svare opp loven (Molven, 2012).

Om lovene har hatt den ønskede effekten, ved at virksomheter gjennomfører de krav loven krever, står det fremdeles igjen å evaluere (Molven, 2012). Dersom helselovene skal være et effektivt styringsmiddel må den etterleves i alle ledd. Med helselovene beveget man seg bort fra de byråkratiske reglene, og mer mot politiske mål. Før var det regler som ble beskrevet, nå ble det tiltakenes utforming (politiske mål) som skulle være styrende. Virksomheten stod friere til å velge veien til målet selv. Man kan forstå dette som et større handlingsrom. Samtidig har rapporteringsoppgavene (om målet er nådd) vært økende, og muligens erstattet byråkratiet. Med andre ord kan leder oppleve at rapporteringsoppgavene har spist opp handlingsrommet (Molven, 2012).

Lovene i dag gir detaljerte føringer for helsetjenesten, slik at man kan hevde at lovverket også har overtatt for de byråkratiske reglene. Den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring som kom ut 1. januar 2017 et godt eksempel på dette. Formålet med forskriften er faglig forsvarlig helsetjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og at helselovgivningens følges opp. Det er beskrevet både virkemidler og nødvendig dokumentasjon for hver fase i Forskriften veileder. Videre operasjonaliserer veilederen til Forskriften verdien kvalitet:

**Kvalitet:** Tjenesten av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukeren og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, s. 5)

Her er verdiens innhold beskrevet i mål, samt hvordan målet kan nås – altså veien til målet. Ledelsen står igjen med å utføre. Forskriften tar slik sett både ansvaret for styring og ledelse. Ut fra dette kan man lure på hvordan ledere opplever at helselovgivningen påvirker deres handlingsrom.

### 2.2.1 Juridisk metode

Ved normrasjonell beslutningsmodell skal beslutningen følge av *rettsregelen*. Ved formålsrasjonell beslutningsmodell derimot, skal beslutningen realisere bestemte *mål*, og er ikke opptatt av om den er i tråd med loven. Virksomheten kan ha satt seg bestemte mål, hvor man beslutter mellom forskjellige handlingsalternativer for å nå målet. Målet kan både være av økonomisk karakter, prioriteringsmål eller produksjonsmål. Begge beslutningsmodellene kan komme til samme resultat, men de kan også være i konflikt med hverandre (Molven, 2012).

Rettsregelen kommer av rettskildene, som er ordnet hierarkisk. Lovene er øverste, deretter forskrifter, så lovforarbeider som Odelstingsproposisjoner, og deretter rettspraksis. Listen på rettskilder er her ikke uttømmende. Ny lov skal gå foran gammel lov, og spesial lov skal gå foran generell lov (Molven, 2012). Det betyr at Lov om psykisk helsevern går foran Helseforetaksloven og Spesialisthelsetjenesteloven. Helseforetaksloven er en organisatorisk lov, som sier noe om helsetjenestens organisering. Spesialisthelsetjenesteloven og Pasient- og brukerrettighetsloven retter seg også mot virksomheten, men sier noe om hvordan tjenestene skal operasjonaliseres. Helsepersonelloven derimot retter mot hvordan helsepersonell skal opptre, og kommer derfor sjelden i konflikt med de andre lovene innenfor helsetjenesten. For at loven skal være et styringsverktøy, må leder kjenne til hvilke lover som går foran andre, og hva loven har til hensikt å skulle ivareta (Molven, 2012).

Jussen skiller også mellom rettsanvendelsesskjønn og forvaltningsskjønn. Ved rettsanvendelsesskjønn tolker man forskjellige lovbestemmelser og begreper brukt i loven. Hva som for eksempel menes med «forsvarlig», «når forholdene tilsier det» eller «når sterke grunner taler for». Loven skiller videre mellom skal, bør og kan. Bruker loven begrepet *skal*, kan man ikke vike fra lovens bestemmelser. Når det står *bør*, skal man kunne argumentere godt for å gjøre unntak. Men dersom loven benytter begrepet *kan*, står man friere til å benytte skjønn. Det er når loven bruker begrepet *bør* og *kan*, forvaltningsskjønnet kommer inn, forutsatt at beslutningen er i tråd med lovens *formål*, *verdier* og ikke faller inn under

myndighetsmisbruk (Molven, 2012). Samtidig har lovens verdier ofte stor tilslutning både fra befolkningen, og de etiske retningslinjene for profesjonene (Aadland og Askeland, 2017). Dette betyr at leder har et større handlingsrom når loven benytter begrepene kan og bør, hvor forvaltningsskjønnet får en større plass. Når loven derimot benytter begrepet skal, er det ikke opp til leder å vurdere.

Lovens formål er som regel forankret i lovens første paragraf – formålsparagrafen og utdypet i lovforarbeidene. De verdier loven ønsker å operasjonalisere via resterende paragrafer er nedfelt i formålsparagrafen (Molven, 2012). Verdibegrepene i helselovene kan forstås som normative verdier for å skape god praksis, hvor etikken er korporert inn (Aadland og Askeland, 2017) Domstolene og tilsynsmyndighetene vil evaluere praksis opp mot verdibegrepene i helselovene. Lovens verdier blir verdier-for-praksis. Domstolene og myndighetene vil evaluere verdier-i-praksis, opp mot verdier-for-praksis, for å kunne evaluere forsvarlighet. Dersom det er overenstemmelse mellom lovens verdier og virksomhetens verdier, kan leder oppleve at lovens verdier legitimerer et handlingsrom. Dersom det er konflikt mellom verdiene, kan man tenke seg at det oppstår verdikonflikt. Om leder opplever at det er samsvar mellom lovens verdier og virksomhetens verdier, vil derfor være av interesse for problemstillingen.

I Ot.prp nr 12 til Lov om pasientrettigheter, i Ot.prp nr 10 til Lov om spesialisthelsetjenesten og Ot. Prp. Nr 11 til Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevernloven vektlegges likelydende verdier. Dette er verdier som respekten for menneskeverdet, rettferdig fordeling, god kvalitet, tjeneste for enkeltmennesket, likeverd og effektiv ressursutnyttelse. Pasientens rettsstilling ble forsterket gjennom Lov om pasient- og brukerrettigheter som kom i 1999, og inneholder de krav brukeren eller pasienten kan stille til kommune og stat hva gjelder helse- og omsorgstjenester. Ot.prp 147 L Endringer i psykisk helsevernloven mv. forsterket ytterligere pasientenes rettsstilling i psykisk helsevern fra 1 september 2017, hvor et av vilkårene er at pasienten må *mangle* samtykkekompetanse for at tvang skal benyttes. Så sant ikke pasienten er i ferd med å skade seg selv eller andre alvorlig. I lovforarbeidene kommer det fram at loven skal være i samsvar med menneskerettighetene, grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper, samt forebygge og begrense bruk av tvang. Økende myndig gjøring av pasienten, kan påvirke lederes opplevelse av handlingsrom på flere måter. På den ene siden kan dette kreve en annen tjenesteutvikling hos ledere med fagansvar, enn tidligere. Dette fordi økt autonomi hos pasienten forskyver forsvarlighetskravet. På den andre siden er dette en

pålagt endring å følge, som kan snevre inn lederes opplevelse av handlingsrom, fordi det ligger en tvangsmakt bak.

### 2.2.2 Rettighetssubjekter og pliktsubjekter

Er det noen som har en rettighet, har noen en plikt, ellers vil det ikke være noen som er ansvarlig for at loven etterfølges. Med framveksten av helselovene, spesielt de siste 10-20 år, har ledelse i offentlig sektor blitt økende rettsliggjort, da det er ledelsen som er ansvarlig for at lovene etterfølges. Med andre ord er ledelsen pliktsubjektet (Molven, 2012).

Ledere må sørge for å innarbeide i styringen av virksomheten lovenes verdier, mål og kontrollmetoder. Videre må leder påse at skjønnsvurderingene er i trå med verdiene i lovens formålsparagraf. Særlig kan mellomledere stå i dilemmaer hvor den pålagte økonomiske styringen kommer i konflikt med etikken, og til dels helselovgivningen. Loven framhever brukervedvirkning og hvordan den etisk skal utføres, noe som kan utfordre kostnadseffektiviteten (Aadland og Askeland, 2017). Andre hevder at brukervedvirkning kan øke effektiviteten, da tiltakene treffer bedre (Christensen, Lægreid og Stigen, 2004). Etikken har ikke samme styringsautoritet over budsjettet som loven, og mellomledere vil nok ved klare økonomiske føringer fra toppledelsen være mer lojale mot toppledelsens føringer, framfor ansattes krav enn hva som er etisk av det gode (Aadland og Askeland, 2017). Samtidig spiller etikken en viktig rolle i forvaltningsskjønnet, slik at virksomheter bør utvikle en robust organisasjonsetikk med klare verdier. Lederes rolle som pliktsubjekter kan legitimere et handlingsrom, men det kan også begrense et handlingsrom. Det kommer an på hvordan etikken utfordrer eventuelt verdier som effektivitet.

## 2.3 Myndighetenes plandokumenter og virkemidler

Dersom man vender blikket mot Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i Nasjonal helse- og sykehusplan Meld. St. 11 (2016-2019), avspeiler planen mange utfordringer og mål. Planen sier også noe om *hvordan* utfordringene skal løses og målene skal nås. HOD vektlegger at for å løse utfordringene må det være god *styring*, med organisering og planlegging. Videre må kultur, holdning, og *ledelse* endres i sykehusene for å nå de overordnede målene. HOD vektlegger med dette at koordinering av ledelse og styring er helt nødvendig virkemidler for å *skape pasientens helsetjeneste*, som er den overordnede visjonen.

Et annet virkemiddel fra helsedirektoratet er innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF). Sykehussektorens økonomisystem består i dag av et rammebudsjett og en aktivitetsavhengig inntjening. Rammebudsjett kan forstås som et prospektivt finansieringssystem, ved at sykehuset får penger før tjenesten er produsert. Dette vil føre til at man har god kontroll på hvor mye spesialisthelsetjenesten vil bruke, men ingen kontroll med hvilke tjenester de produserer (prioriteringsnøytral). Innsatsstyrt finansiering (ISF) er retrospektivt, ved at sykehuset får etterbetalt for hvilke tjenester de har produsert. Myndighetene bestemmer hvilke tjenester som utløser refusjon. Da har myndighetene mindre kontroll på sluttutgiftene, men økt kontroll på hva slags tjenester som blir produsert. ISF har også et element av å være prospektivt, da refusjonssummene for de forskjellige tjenestene er forhåndsbestemt (Olsen, 2014). Man kan også hevde at ISF strammer inn leders handlingsrom, hva gjelder utforming av tjenesten. Det vil være svært krevende å utføre tjenestetilbud som ikke gir inntjening. Slik sett kan muligens de økonomiske virkemidlene påvirke leders opplevelse av handlingsrom. Fagprofesjonene har ved flere anledning uttalt at det er for få ressurser til å klare å nå de mål helsemyndighetene legger opp til, samt at tjenester som i lengden vil være kostnadseffektive ikke gir rett til refusjon (Molven, 2012). På den andre siden må man regne med at lovgivningsprosesser inneholder etiske refleksjoner på hva som regnes som god, riktig og effektiv behandling, og refleksjoner med tanke på ressursbruk opp mot mål. Videre må man regne med at lovgivningsprosesser tar inn over seg de helsemessige utfordringer landet står overfor.

### **2.3.1 Hva sier forskningen om rammer for ledelse i sykehussektoren**

Christensen, Lægreid og Stigen (2004) har analysert hvordan mål- og resultatstyringsteknikker fungerer i praksis ved Norske sykehus, etter innføring av elementer fra NPM. De har fokusert på effekter og konsekvenser ved reformen, samt hvordan dette blir forskjellig med tillitsbasert og resultatbasert styringsformer. Samtidig har de studert hvordan aktivitetsbasert finansieringssystem fungerer i praksis gjennom fokus på problemer og dysfunksjoner som kan oppstå. De finner i sine funn, logikker både fra politisk føringer, betydningen av administrative kulturer, tradisjoner og tillitsrelasjoner, samt elementer av upassende handlinger basert på egeninteresser og omgivelsespress. Denne kompleksiteten vil påvirke leders muligheter for utøvelse av styring og ledelse, altså lederes handlingsrom. I artikkelens konklusjon redegjøres det for tre mulige framtidsscenarioer: 1. NPM sitt store



fokus på effektivitet, vil sette andre tradisjonelle offentlige verdier som rettferdighet, forutsigbarhet, ærlighet, likhet, kontinuitet og trygghet til side i den politiske prosessen og kontrollen med resultatene. Artikkelen hevder at NPM forutsetter at det finnes stor grad av ærlighet i det offentlige, da valget med å desentralisere ledelse og styring vil kreve dette. Samtidig som mye av reformen baserer seg på mistillit ved å kontrollere, belønne og sanksjonere resultater av mål. Konsekvensen kan være utvikling av en individualistisk og egosentrisk kultur. 2. Et annet mer positivt scenario er at NPM sine verdier med offentlig brukerservice og medbestemmelse, vil bli et supplement til offentlige verdier og øke effektiviteten. 3. Et tredje scenario er at det vil bli et økt spenningsforhold mellom forskjellige verdier i noen kontekster. Særlig vil det kunne gjelde kontekster med svak etisk kapital, hvor verdien trygghet ikke er dominerende. Da vil NPM sitt fokus på innsatsstyrt finansiering og mål- og resultatstyring kunne bidra til en mistillit i relasjonen mellom folket og myndighetene. Artikkelen hevder at NPM sin prioritering av effektivitet og service, vil gå på bekostning av andre ønskelige offentlige verdier, da verdiene kan være vanskelig å forene.

Torjesen, Byrkjeflot og Kjekshus (2011) har satt fokus på hvordan leger, sykepleiere og andre fagprofesjoner har tilpasset seg nye rammer for ledelse i sykehusene etter helseforetaksreformen i 2002. Forskningen bygger på en redegjørelse for eksisterende forskning i kombinasjon med deres egen forskning. De hevder at reformen brakte med seg en mer direkte styring nedover i rekkene, men også indirekte styringsformer som mål- og resultatstyring, bruk av kliniske retningslinjer og inntektsstyrt finansiering. De hevder at før var det profesjonelle fagutøvere med sin autonomi som hadde styringen, i dag er ledelse blitt et eget fag som skal lede og styre mer helhetlig. De setter fokus på hvilke profesjonsgrupper som har lederstillinger på ulike nivåer i Norske sykehus, og hvordan dette har endret seg. Deretter drøfter de hvordan faglige ansatte tilpasser seg nye lederroller, og hvordan lederne utøver sitt lederskap i sykehusene. De mener å kunne konkludere med at dilemmaet og konflikten mellom fagledere og generell ledelse har ytterligere tilspisset seg. De forklarer dette med mer finslepte styringsverktøy fra myndighetene, som fjernstyrer lokal ledelse i sykehus. Videre at det utøvende faget både blant spesialister og ledere blir standardisert, som er en annen logikk enn ekspertens skjønnsvurderinger. Avdelingsledere er blitt sterkt forankret i linjen med økt budsjett- og personalansvar, men handlingsrommet har allikevel blitt begrenset fordi beslutninger om omorganiseringer er lagt til øverste ledelse. Sagt med andre ord; mer styring fra toppen, og mindre ledelse, selv om ledelse har vært etterspurt i sykehussektoren.

Byrkjeflot og Gulbrandsøy (2013) har studert hvordan styresett har utviklet seg i Norske sykehus siden 2002. Forskerne hevder at det ikke har vært en klar bevegelse fra hierarkisk styresett mot styresett gjennom oppdragsnettverk med helseforetakene, som mange trodde. De fant at det som preget styringen var markedsbasert styring og profesjons nettverk, men også at hierarkisk styresett fremdeles stod sterkt. Det hierarkiske styresett hadde blitt kombinert med nettverksstyring på tvers av helseforetakene og profesjonene, som et statlig initiativ. Videre hevder de i sine funn at det er klare indikasjoner på at detaljstyringen og kontrollen har økt. Markedstankegangen har blitt innført med økende fokus på målinger, pasientrettigheter, brukerutvalg og en tydeligere grenseoppgang mellom bestiller og utfører. Med andre ord har styringen blitt mer kompleks og vanskelig å håndtere, og består i dag av det de hevder er et lappeteppe av nedarvede styringsformer og ideologiske og politiske strømninger og føringer. Denne kompleksiteten vil være med å påvirke leders totale handlingsrom for lederskap.

## 2.4 Handlingsrom

For å kunne benytte begrepet handlingsrom i en problemstilling, med tilhørende forskningsspørsmål, er det nødvendig å gi begrepet et mer konkret innhold for dette prosjektet. Begrepet handlingsrom kan forstås som mulighet for å beslutte, handle og påvirke innenfor et felt. Begrepet kan enten ta utgangspunkt i konteksten, ved at det er noe i konteksten som vil hemme eller fremme muligheten for handlingsrom. I følge presentert teori kan dette bety helselover, økonomi, organisasjonsverdier, formelle beslutningsveier eller organisasjonskultur. Eller så kan begrepet ta utgangspunkt i individet, ved at det er noe i individet som vil hemme eller fremme muligheten for handlingsrom. Dette kan være hemmende psykologiske fenomener hos individet, fastlåste tankesett eller stillingens autonomi.

Bossert (1998) har utviklet en tilnærming *The decision space approach*, som kan benyttes til å analysere og evaluere helsesystemers grad av desentralisering. På tross av at Bossert har hatt sitt fokus på utviklingsland, kan hans tenkning på hva som vil påvirke et handlingsrom, også være aktuelt for nordiske forhold. Dette fordi graden av sentralisering-desentralisering av autoritet har vært et hovedfokus for helsereformen i Norge. Han tar utgangspunkt i bestiller-utfører modellen, og graden av sentralisering-desentralisering av ulike faktorer. Videre kan bestiller etablere ulike kontrolltiltak for å etterprøve at utfører gjennomfører de pålegg og krav som er bestilt. Hva som er gjenstand eller tilgjengelig for kontroll, vil også påvirke leders

mulighet for å ta i bruk handlingsrommet. Dette kan være kontrolltiltak som negative sanksjoner, positive insentiver og målinger av resultat. Bossert (1998) hevder at der hvor kontrolltiltakene ikke eksisterer, vil lokale ledere i større grad «tøye sentraliserte regler».

Bossert (1998) redegjør for at det er fem faktorer som vil påvirke graden av sentralisering-desentraliseringen av beslutningsmakt:

- *Økonomisystemer* for inntekter og utgifter.
- *Helseorganisasjonen sin autonomi* i faglige og økonomiske forhold.
- *Autonomi innenfor HR-feltet*.
- *Prioriteringer* av mål.
- *Styre* og hvem som har definert lovene styret skal forholde seg til.

Bossert (1998) var også opptatt av følgende individuelle faktorer, som kunne påvirke lederes muligheter for å ta i bruk handlingsrommet.

- *Stillingens ansvarsområder*. Hvor mye er leder utsatt for av sanksjoner og insentiver fra sentrale myndigheter.
- *Motivasjonen og målene til leder*. Er det samsvar mellom målene for lokal leder og sentrale myndigheter.
- *Leders kapasitet til å gjennomføre implementeringer og innovasjoner*. Adekvat utdannet personale vil øke muligheten for å kunne gjennomføre endringer.

Mohammed, North og Ashton gjorde en studie på Fiji i 2015, hvor de benyttet Bossert sin modell for analyse av handlingsrom, med tanke på graden av sentralisering- desentralisering. Mohammed m.fl (2015) tok også utgangspunkt i Rondinellis definisjoner på desentralisering. Graden av desentralisering blir definert med utgangspunkt i begrepene *dekonsentrasjon*, *delegasjon*, *devolusjon* og *privatisering*.

- *Dekonsentrasjon* henviser til den minst omfattende desentraliseringen. Arbeidsoppgavene er overført fra sentral myndighet til lokal virksomhet, men ikke politisk autoritet.
- *Delegasjon*. Her er både beslutningsmakt og administrativ myndighet overført fra sentral myndighet til uavhengig lokal virksomhet. Det utøves en viss grad av intern kontroll med lokal virksomhet.

- *Devolusjon*. Lokal virksomhet vil bli gitt et sett av funksjoner fra sentralt myndighetsnivå, som gir en uavhengig status. Lokal virksomhet har total beslutningsmakt over inntekter og utgifter.
- *Privatisering* er den mest ekstreme formen for desentralisering, ved at funksjoner som naturlig ligger til en sentral myndighet, blir overført til helt uavhengige virksomheter. Sentrale myndigheter kan i noen grad regulere private virksomheter gjennom generell lovgivning og økonomiske insentiver.

Mohammed m.fl (2015) fant i sin studie at fordelene ved desentralisering, som blant annet økt lokal involvering på utvikling av helsetjenestene, hemmes når det ikke skapes et handlingsrom. Handlingsrommet bør omfatte faktorene som Bossert (1998) har vært opptatt av i sin analysemodell.

I denne sammenheng kan Senge (1991) sitt begrep *mentale modeller* være en måte å forstå hvilke egenskaper som skal til hos leder, for å kunne ta i bruk handlingsrommet. Senge (1991) mente at mentale modeller kan ha forskjellige uttrykk fra enkle generaliseringer til komplekse teorier. Mentale modeller vil påvirke måten vi fortolker og opplever verden på, som igjen vil påvirke våre handlingsmønstre. I den hensikt hevdet Senge (1991) at det var nødvendig å øke evnen til bevisstgjøring hos ledere om egne mentale modeller, da de kunne hemme eller fremme leders handlingsrom for endring. Den mentale modellen kan være mer eller mindre «riktig» og «gal», sett i forhold til den konteksten den er aktiv i, og si noe om leders endringskapasitet. Han skilte på uttalte teorier hos individet, og teorier-i-bruk. Teorier -i-bruk, som mentale modeller, behøvde ikke være i overenstemmelse med de teorier individet *trodde var* operasjonalisert i handling. Mentale modeller kan forstås i sammenheng med Aadlands og Askeland (2017) sitt begrep verdier-for-praksis og verdier-i-praksis. Dette henviser også til to forskjellige utgangspunkt; hva som er et ideal og hva som faktisk utspiller seg i konkret handling. Lederes handlingskapasitet vil derfor øke med utviklingen av mentale modeller, som gjerne er motstridende, fordi dette vil øke lederes forståelse og valgmuligheter for handling. Med andre ord vil opplevelsen av lederes handlingsrom også være en konstruksjon av lederes mentale modeller.

Figur 2. Illustrasjon av lederes handlingsrom



Figur 2. Illustrer at i spennet (rød pil) mellom *begrensninger* (den blå ytre sirkel) og den indre kjerne av *krav*, finnes *valgmuligheter*, fleksibiliteten og med det handlingsrommet. Lederes verdier og mentale modeller og preferanser kan også på denne måten påvirke lederes opplevelse av handlingsrom. Steward (1982) har redegjort for tre viktige faktorer for å beskrive handlingsrom: *begrensninger*, *krav* og *valgmuligheter*. Hun søkte både konteksten og individet for å kunne beskrive lederes oppgaver bedre. *Krav* henviser til de oppgaver ledere *må* gjøre. Dette kan være knyttet til lovverk, prosedyrer eller møtekrav. *Begrensninger* henviser til interne og eksterne faktorer på hva ledere *ikke kan gjøre*. Dette kan handle om begrensninger i beslutninger vedrørende budsjetttrammene, lokaliteter eller hvordan samarbeidet utøves overfor andre. *Valg* henviser til de oppgaver leder *kan velge å gjøre*, men som man *ikke må* gjøre. Ledere kan for eksempel velge hvordan arbeidet skal utføres, eller hvilke oppgaver som kan delegeres. *Valg* av oppgaver vil også være avhengig av hvor mye tid som er til overs, når *krav* oppgavene er utført.

Hva som er *krav*, *begrensninger* og *valgmuligheter* må forstås dynamisk. «Like» oppgaver vil bli forstått og utført forskjellig. For det første vil disse *krav*, *begrensninger* og *valgmuligheter* endre seg med tiden. Nye lover kommer til, eller endring i budsjettene blir et faktum. Videre

kan tidspress, mangel på kunnskap eller leders krav til seg selv hindre å ta i bruk valgmulighetene. Stewart (1982) hevder også at ledere vil forstå eller tolke sine krav, begrensninger og valgmuligheter forskjellig på tross av like stillinger, eller de kan prioritere oppgavene som stillingen innehar forskjellig. Med andre ord vil en leders opplevelse av fleksibilitet være forskjellig. I følge Stewart (1982) vil fleksibiliteten også bli definert av organisasjonsstrukturen, stillingsbeskrivelser, leders effektivitet og prioriteringer, utdanning og karriere fokus.

### 3 Metode

Første del av kapittelet inneholder redegjørelse for metodevalg, vitenskapelig tilnærming og forforståelse. Deretter beskrives prosessen rundt rekruttering av informanter, utarbeidelse av intervjuguide, samt intervjuprosessen. I gjennomgangen av intervjuprosessen har jeg også valgt å presentere den forskningsetikken som er vesentlig ved gjennomføring av intervjuene. Så vender oppgaven blikket på analyse- og tolkningsprosessen. Jeg vil også forklare begrunnelser for mine valg gjennom hele forskningsprosessen.

#### 3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er valgt med utgangspunkt i at problemstillingen søker å beskrive karaktertrekk ved opplevelsen av et fenomen, hvordan ledere opplever sin reelle mulighet for å lede, og hvordan helselovgivningens verdier og organisasjonens verdier påvirker deres opplevelse av å ha et handlingsrom. Det er nettopp forholdet mellom individ og kontekst som er av interesse. Samtidig ønsker jeg å gå i dybden på meninger og mønstre av mening, ved hjelp av analytiske beskrivelser. Det viser seg å være lite forskning på dette tema som denne problemstillingen søker å belyse, noe som gjør at kvalitativ metode egner seg godt. Masterprosjektet søker ikke å avkrefte eller bekrefte med målbare størrelser om en hypotese er sann eller falsk, slik kvantitativ metode søker, hvor generalisering og utbredelse blir i fokus (Jacobsen 2015, Thagaard 2016). Kvantitativ metode søker bredden av et fenomen, mens kvalitativ metode søker dybden av et fenomen.

#### 3.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Fenomenologien er en fortolkningsbasert tilnærming, hvor forskeren søker å forstå det enkelte individs dypere mening. Det betyr at forskeren må prøve å se og forstå verden fra individets erfaringsverden. For å kunne oppnå dette må forskeren både være bevisst sin egen forforståelse, og hvordan forforståelsen vil kunne spille inn på forskningen i alle faser. Samtidig vil forskeren være helt avhengig av egen forforståelse, ellers ville man ikke kunne tolke en observasjon i forhold til noe (Thagaard 2013). Forskeren må ha en forforståelse, for å

kunne gjennom fenomenologisk tilnærming erverve seg en merforståelse av de funn forskningen gir. Videre skal forskeren lete etter mønstre ved de fenomener som det forskers på, på tvers av informantene. Mønstre av mening kan skape en generell forståelse av et fenomen. Konteksten fenomenet forekommer i, vil være helt avgjørende, fordi konteksten vil bidra til en forståelse av fenomenet. Det betyr at dersom man flytter fenomenet over i en annen kontekst, vil man kunne legge en annen mening inn i fenomenet. Dette utfordrer generaliserbarheten, hvor man bare kan snakke om sannsynligheter med tanke på funn i andre tilsvarende studier (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011). På bakgrunn av dette skal masterprosjektet forsøke å gripe informantenes subjektive og dypere mening om deres opplevelse av handlingsrom, samtidig som analyseprosessen skal gå på tvers av informantene på leting etter fellestrekk og mønstre av mening.

Hermeneutikk handler om fortolkningslære eller hvordan forståelse blir til (Krogh, 2014). Dette masterprosjektet tar utgangspunkt i hermeneutikken, for å finne fram til forståelsen av fenomenet om hvordan ledere opplever deres handlingsrom. Hermeneutikken søker å gripe et dypere meningsinnhold enn det som først framtrer som åpenbart for forskeren, ved å ta utgangspunkt i forforståelsen slik fenomenologien gjør (Thagaard 2013). Vår forforståelse vil gjennom hele livet være i endring, da den påvirkes av nye forståelser. Den hermeneutiske sirkel handler om begrunnelsessammenhenger for hvordan vi oppnår en dypere forståelse av et fenomen. Utgangspunktet er at deler i en helhet kan bare gripes, dersom man ser delene i forhold til helheten. Helheten kan også bare gripes via delene. For å kunne oppnå forståelse må forskeren bevege seg mellom sammenhengen mellom del (fenomenet vi skal søke å forstå), og helhet (konteksten fenomenet opptrer i) og sin egen forforståelse. Dette kalles den hermeneutiske sirkel (Krogh, 2014).

### **3.3 Forforståelse**

Forforståelsen kan deles opp i tre komponenter som vil forme forforståelsen. 1. Kunnskap som er bevisst gjennom språk og begreper, men også taus kunnskap som vi ikke er så bevisst. 2. Trosoppfatninger og forestillinger som gjerne er holistiske og støtter opp om hverandre. 3. Personlige erfaringer, som hele tiden vil være i endring, da ny kunnskap kommer til (Gilje og Grimmen, 1993).



Dette masterprosjektet forsøker å forstå ledernes opplevelse av sitt handlingsrom. For å nå en forståelse av deres opplevelse, må forskeren ta i bruk sitt eget språk og sine begreper som kunnskapen er befestet til. Noe av denne kunnskapen hos forskeren kan være lite bevisst, eller taus. Dette gjør at det er vesentlig at forskeren er mer eller mindre bevisst sannheter eller forestillinger om verden. Faren er at forskeren reproducerer en forståelse som «passer» inn med sine begreper, og hvordan forskerens forestillinger og personlige erfaringer allerede har sortert den livsverden forskeren opplever. Min tidligere utdanning, arbeidserfaring og personlige liv vil utgjøre min forforståelse, og er en forutsetning for at jeg skal forstå ledernes opplevelser. Min historie har i så måte absolutt påvirket mitt valg av tema, og problemstilling for dette prosjekt. Det som utgjør min forforståelse har skapt en nærhet til det temaet jeg skal forske på. Dette har vært med på å skape en nysgjerrighet og engasjement på hvordan ledere opplever sitt handlingsrom. På en annen side må jeg være bevisst min nærhet og erfaring med tema, da jeg kan «forense» tolkningene med mine erfaringer, og ikke la informantene gjennom funnene «tale» til meg. Samtidig hadde jeg hatt vansker med å fortolke opplevelser vedrørende en gitt tematikk, dersom jeg ikke hadde noen forforståelse å tolke funnene imot. Det betyr at man må være bevisst dersom man er for nær, men også skape en nærhet dersom man er for fjern, til det man skal forske på. Videre må man tillate, og ikke minst ha en bevissthet om at gjennom den hermeneutiske sirkel vil egen livsverden endre seg ved å ta inn den andres erfaring (Krogh, 2014).

### 3.4 Kvalitativt forskningsintervju

Masterprosjektet setter søkelyset på lederes opplevelse av deres handlingsrom, og ut fra en totalvurdering vil semistrukturert intervju vil være den mest hensiktsmessige måten å samle inn data på. Semistrukturerte intervjuer vil kunne få tak i de subjektive opplevelsene til lederne. Hvordan de i lys av sine erfaringer og forståelse opplever sitt eget handlingsrom, i den konteksten de befant seg i (Thagaard, 2013). Kvalitativ metode skal være en interaktiv prosess hvor problemstilling, undersøkelsesopplegg, datainnsamling og analyse skal påvirke og forme hverandre under hele forskningsprosessen (Jacobsen, 2015). Det semistrukturerte intervjuet skaper rammer for dette, ved at forskeren under intervjuet kan be informantene utdype deres opplevelser. Videre kan forskeren også forme intervjuet med pauser, gå tilbake eller hoppe over et spørsmål dersom dette er hensiktsmessig. Eller forskeren kan endre

ordlyden i spørsmålet, dersom dette bedre får tak i lederens opplevelse. Det å få til en dialektisk prosess under intervjuet blir beskrevet nærmere senere i oppgaven.

### 3.5 Utforming av intervjuguide

Min bakgrunnskunnskap om det å være leder i psykisk helsevern, var til stor hjelp i utformingen av både *Forespørselen om deltagelse i masteroppgaveintervju* (Vedlegg 1) og *Intervjuguide* (Vedlegg 2). Det vil være nødvendig for forskeren å ha noe kjennskap til konteksten, de problemstillinger og dilemmaer en leder i dette feltet må ta stilling til. Jeg hadde skrevet mye av teoridelen før jeg utformet intervjuguiden og informasjonsskrivet. Kjennskapen til forskningsfeltet og hovedteorier på området var vesentlig for å spisse fokus inn på relevante temaer, i den hensikt å besvare problemstillingen. Utformingen av intervjuguiden og informasjonsskrivet kan også føre til at man endrer problemstillingen, ved at man må bli tydeligere på hva man ønsker å forske på. Noe som også ble min erfaring. Det kan være hensiktsmessig å lage noen innledende spørsmål før hovedspørsmålene, for å få vite noe om informanten man skal intervjuer. Dette omhandlet kompetanse, erfaring som leder og hvilke ansvarsområder vedkommende hadde. Disse opplysningene ville kunne utdype, eller på annen måte påvirke spørsmål i løpet av intervjuet. Videre ville det kunne påvirke min forståelse av de opplevelser, erfaringer og beskrivelser som ble delt i løpet av intervjuet (Thagaard, 2013).

### 3.6 Utvalg av informanter og tilgang til forskningsfeltet

Å velge ut riktige informanter vil være avgjørende i all forskning, dersom man skal kunne belyse problemstillingen godt. Viktige faktorer er både utvalgsstørrelse, utvalgsstrategi og rekruttering (Johannessen, Tufto og Christoffersen, 2011). Først gjorde jeg en avgrensning mot psykisk helsevern, da dette ville være hensiktsmessig med tanke på å finne mønstre av mening. Videre var det hensiktsmessig for dette prosjektet med seks informanter, da utvalgets størrelse må være stort nok til å kunne gjøre analyser, men ikke større enn det som er håndterbart med tanke på prosjektets rammer (Thagaard, 2013). Jeg valgte å kontakte et offentlig sykehus og et ideelt privat sykehus med avtale med samme regionale helseforetak. Slik sett var sykehusene både like og ulike, med den likhet og variasjon i svarene det kunne

skape. Ingen av informantene arbeider ved samme sykehus som meg, noe som var et bevisst valg av hensyn til den uheldige nærheten det ville skapt.

Det ble først tatt kontakt med begge sykehus via mail. Ved det ene sykehuset ble HR-direktøren kontaktet, da jeg ble anbefalt dette og kunne henvise til en referanse. HR-direktøren sendte forespørsel videre til klinikksjefen, som var positiv. Det andre sykehuset ringte jeg klinikksjefen og spurte om jeg kunne sende vedkommende en forespørsel på mail om informanter. Klinikksjefen var svært imøtekommende og forpliktet seg til å finne informanter allerede i denne telefonhenvendelsen. I mailene ble det tydeliggjort at det var ønskelig å intervju ledere som hadde både økonomi-, fag- og personalansvar, samt at de arbeidet i klinikk. Det er som kjent færre lederstillinger jo lengre opp i hierarkiet man kommer, slik at utvalget kunne ikke være for snevert med tanke på øverste ledernivå. Dette kunne skapt en utfordring med å rekruttere det antallet som var ønskelig. Det ble derfor ikke satt noen kriterier på hvilket nivå lederne hadde funksjonen sin på. Videre var sykehusene forskjellig med tanke på antall ledernivåer og hvilke titler de brukte.

Fra den første mailkontakten ble tatt til konkrete avtaler med fem informanter, gikk det halvannen måned. I denne perioden ble det sendt en ny mail til begge klinikksjefene, da informasjonsskrivet i mellomtiden var blitt utarbeidet. Dette gav utdypende informasjon, samtidig som det gav en høflig påminnelse uten at det framstod som for pågående og masete. Den sjette informanten ble rekruttert via den første informant som ble intervjuet. Denne informanten anbefalte meg å intervju vedkommende. Det ble derfor sendt en ny forespørsel til klinikksjefen. Både klinikksjefen og informanten var positive, og det konkrete intervjuet fant sted bare dager etterpå.

Kjønnsforskjeller har ikke vært et fokus for dette prosjektet, slik sett har antall kvinner og menn fordelt seg etter hvilke informanter klinikksjefene har skaffet til veie. Det endte opp med en mann og fem kvinner.

### **3.7 Intervjuene og gjennomføring av intervjuene**

Alle informantene ble kontaktet via mail før intervjuet, hvor de ble tilsendt informasjonsskrivet om prosjektet. Informasjonsskrivet ville gi informasjon om selve intervjuet, forskningsdesign, metode og etikk. Med informasjonsskrivet ble plikten med informert samtykke oppfylt. Videre fikk alle informantene tilbud om at intervjuet kunne

lokaliseres på deres arbeidsplass, slik at informanten ikke ble belastet med reisevei. Alle intervjuene ble derfor gjennomført på deres respektive kontorer.

Intervjuene varte fra 35 – 70 minutter. Noen av informantene var mer ordrike enn andre. De kortere intervjuene i tid kunne være like rike på funn som de lange. Det var spesielt en av informantene som var svært presis i sine uttalelser, uten at det forringet refleksjonene og rikdommen i materialet. Alle samtykket til å ta opp samtalen på mobiltelefonen. Alle informantene hadde lest skrevet, og ingen hadde utdypende spørsmål.

Noen av informantene svarte svært kort på de innledende spørsmålene, mens andre gav detaljert beskrivelser, slik at påfølgende spørsmål kunne bli opplevd som en gjentakelse av temaer. De som gav utdypende svar på innledende spørsmål, gikk noe mer i dybden enn de informantene som svarte kort på innledende spørsmål. Dette beriket dataene til prosjektet.

Flere av informantene uttrykte at noen av hovedspørsmålene, særlig de som omhandlet sammenhengen eller om det var samsvar mellom organisasjonens verdier og helselovgivningens verdier, var krevende å svare på. Informantene gav også uttrykk for at de kjente til verdier for egen organisasjon og helselovgivningens verdier, men at de ikke hadde reflektert over eller vurdert de i sammenheng. Etter intervjuet uttrykte flere at det hadde vært nyttig å reflektere over dette, og at de opplevde en økt bevissthet om temaet i etterkant.

Det er vesentlig å etablere en tillit og trygghet i intervjuene, som gjør at informanten kan reflektere fritt om tema. Det å være leder handler også om å skulle prestere, slik at informantene kunne bli opptatt av å framstå som flinke, uten å reflektere over det komplekse og utfordrende ved å være leder. Det ble derfor formålstjenlig å dempe prestasjonsfokus ved å uttale at fokus for intervjuet var deres refleksjoner og opplevelser, og at det ikke var noen riktige eller gale svar. For å etablere trygghet er det fordelaktig at forskeren setter seg i lytterposisjon, og at man er bevisst på å framstå som høflig og takknemlig i møte. Som terapeut innen psykisk helsevern er man godt trent til å etablere trygghet i samtale, samtidig som dette ikke skulle være en terapisaftale, men et forskningsintervju. Det betyr at man må forholde seg vesentlig mer saklig.

Det var nyttig å ta med seg erfaringene fra ett intervju til neste, samt gjøre de justeringer som virket rimelig med tanke på forskningsprosessen. Det å ha for mange lyttelyder og kommentarer for eksempel, kan virke noe forstyrrende på intervjukandidatens refleksjonsrekker. Det å være i lytterposisjon betyr å være aktivt lyttende og speile de store

temaene tilbake til intervjuobjektet, i den hensikt å sjekke ut egen forståelse. Samtidig som det er viktig å tåle pauser, nettopp for ikke å skape en prestasjonsstemning. Dette hadde en positiv effekt, da informanten opplever en ro i intervjuet til å kunne reflektere og ikke å bli forstyrret i egne tankerekker. Det å transkribere mellom intervjuene, er også en kilde til å kunne justere intervjuet i større grad, da transkriberingen kan gi nyttig informasjon om samtaleprosessen. Dette førte til at jeg gjorde en del justeringer underveis på form, spørsmål og selve intervjuprosessen ved å vende tilbake til tidligere uttalelser. På denne måten ble nettopp rammene for et semistrukturert intervju utnyttet til det beste for formålet. Det semistrukturerte intervjuet krever at man har en oversikt over seg selv, den andre og dialogen mellom partene. En utrent intervjuer kan derfor i større grad bli preget av en nervøsitet i de første intervjuene, som kan oppta oppmerksomhet på en slik måte at det stjeler fokus fra intervjuelasjonen og prosessen som utspiller seg.

### **3.8 Transkribering**

Intervjuene skal transkriberes ordrett i etterkant for å ivareta så mye av informasjon som mulig, slik den utspilte seg i virkeligheten. Samtidig vil noe av informasjonen forvrenges eller gå tapt gjennom transkriberingen, slik at teksten ikke må forveksles med den opprinnelige tale i virkeligheten (Malterud, 2011). Det var 4,5 timer intervjuer som ble transkribert. Dette var et tidkrevende arbeid, men svært nyttig da en ble kjent med både innholdet i intervjuet og prosessen på en annen måte. Gjennom transkribering kan forskeren bli overrasket over mengden av funn som ville være nyttig for analysen senere.

### **3.9 Analyse gjennom tekstkondensering**

Det eksisterer mange metoder for kvalitativ analyse, og valget bør være tatt med utgangspunkt i hva slags tema man skal forske på (Malterud, 2011). I analysen skal man fortolke de funn man har nedtegnet på en systematisk, fleksibel og kreativ måte, hvor prosessen skal bære preg av å være dialektisk mellom forståelse og forklaring (Salemela, Eriksson og Fagerström, 2011). For dette prosjektet ble Malteruds (2011) tverrgående analysemetode systematisk tekstkondensering valgt. Dette fordi prosjektet søkte å finne både mønster av mening, og variasjon i beskrivelser på tvers av informantene. Analysemetoden er ikke knyttet til bestemte filosofiske røtter eller metodetradisjoner, men er utviklet med blant annet fokus på å gi en

støtte til nybegynnere med tanke på analyseprosessen. Det kan være nyttig å utvide egen analyseforståelse ved å tilegne seg kunnskap om andre analysemetoder. I dette arbeidet ble derfor to artikler gjennomgått i den hensikt å utvide forståelsen om fenomenologisk-hermeneutisk metode. Den ene artikkelen bygger på Ricours hermeneutiske filosofi, ved at språket og symboltradisjoner blir vektlagt (Salemela, Eriksson og Fagerström, 2011). Den andre artikkelen beskriver hvordan forskerne utviklet en egen metode for formålet, hvor metoden tok opp i seg allerede eksisterende tradisjoner innen kvalitativ analyse (Lindseth og Nordberg, 2004). Dette har medvirket til å utvide forståelsen, særlig med tanke på resultater og konklusjoner av funn.

Systematisk tekstkondensering er som sagt en tverrgående analysemetode, som betyr at man sammenfatter informasjonen fra flere informanter i den hensikt å lete etter likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i følelser, opplevelser, erfaringer eller holdninger over ett gitt tema eller felt (Malterud, 2011). Analysemetoden inneholder fire trinn. Alle trinnene har med nøysomhet blitt fulgt, noe som har gitt en nødvendig støtte. Malterud (2011) beskriver følgende fire trinn i systematisk tekstkondensering:

1. Skaffe seg et helhetsinntrykk
2. Identifisere meningsbærende enheter
3. Abstrahere de meningsbærende enhetene til kondensert tekst
4. Syntetisere den kondenserte teksten til beskrivelser, begreper og resultater

Redegjørelse for analyseprosessen etter Malterud (2011) sin systematiske tekstkondensering i fire trinn, vil bli utfyllende beskrevet i kapittel 4 Presentasjon av analyseprosessen og funn.

## 4 Presentasjon av analyseprosessen og funn

Beskrivelsen av analyseprosessen vil starte med en kort presentasjon av informantene i en anonymisert form. Deretter vil analyseprosessen bli redegjort for i tråd med de fire trinnene i systematisk tekstkondensering. Analyseprosessen vil bli eksemplifisert med hvordan et av funnene ble analysert til et sluttresultat. Alle seks hovedfunn blir kort presentert som mikrokondensater.

### 4.1 Presentasjon av informantene

Alle 6 informantene var ledere som innehadde arbeidsgiverrollen i sykehus, med de rettigheter og plikter det medfører (Rundskriv 1-2/2013 Lederansvaret i sykehus). Det vil si at alle lederne hadde økonomi-, personal- og fagansvar på det ledernivået deres stilling var plassert på. Lederne kom fra to forskjellige sykehus. Fire ledere var plassert på ledernivå en, to var plassert på ledernivå to. Samtidig skal det sies at ett sykehus hadde tre ledernivåer, det andre sykehuset bestod av fire ledernivåer. To ledere ledet sengeposter, en leder ledet en poliklinikk og en overlege var leder for syv sengeposter. Målgruppen for disse enheter/avdelinger var voksne med behov for utredning og behandling av psykiske lidelser. En av lederne på nivå to ledet fire underliggende seksjoner/enheter, både poliklinikker og sengeposter, hvor målgruppen var tilsvarende. Den andre lederen på nivå to ledet ti underliggende enheter/seksjoner med både sengeposter og poliklinikker. Målgruppen var her barn og unge med behov for utredning og behandling for psykiske lidelser. Alle lederne tiltales som *hun* av hensyn til anonymisering.

Lederne varierte i hvor lang erfaring de hadde som leder. En av lederne hadde vært leder i seks måneder, mens fire andre hadde ledererfaring fra fem til ti år. Den sjettede lederen hadde vært leder i tretti år, men var ny i nåværende stilling. En av lederne hadde ingen profesjonsutdannelse, men hadde en formell utdannelse innen administrasjon med økonomi- og juss-fag. Ellers var lederne utdannet innen medisin, psykologi og sykepleie. Av lederne som var profesjonsutdannet var det fire som hadde videreutdanning i ledelse. To ledere hadde derfor ingen formell lederutdanning.

Ledernes forskjeller i formal kompetanse, erfaring og hvilket nivå stillingen var plassert på, har helt sikkert vært med på å skape et spenn og variasjon i funnene. Samtidig har ikke variasjon i funnene vært knyttet opp til aktuelle leder i denne oppgaven, men vært analysert

på tvers av informantene. For å knytte enkeltutsagn opp mot faktorer som formal kompetanse og erfaring hadde det krevd et betydelig større datamateriale, enn det som er rammer for dette prosjektet. Samtidig er ledernes variasjon i formal kompetanse og erfaring med på å avspeile den variasjon, bredde og spenn i det mangfoldet som finnes, med tanke på ledere i psykisk helsevern.

Opgaven vil nå rette fokus på de fire analysetrinnene i systematisk tekstkondensering.

## 4.2 Helhetsinntrykk

Målsetningen på dette trinnet er å skaffe seg et helhetsinntrykk av materialet. Transkriberingen gav 100 sider tekst. Det vesentlige var å fristille seg før man leste gjennom teksten flere ganger. Samtidig må forskeren ha problemstillingen og forskningsspørsmålene med seg ved gjennomlesningen. Foreløpige temaer ble notert på post-it lapper etter noen gjennomlesninger.

### **Eksempel på foreløpig temaer som ble notert på post-it lapper.**

«Administrasjonsoppgaver og lederoppgaver blir beskrevet svært forskjellig. Stor variasjon i opplevelsen av hvem som har definert lederoppgaver. Ingen mener de selv definerer administrasjonsoppgaver. Verdiene har en overraskende betydning for ledere. Nei, helselovenes verdier skaper ikke handlingsrom, de skaper retning. Har for få ressurser. Administrasjon tar all tid. Verdien effektivitet truer andre verdier som kvalitet. Helselovene skaper absolutt et handlingsrom – man trenger den kraft loven har for å kunne endre sterke tradisjoner.»

## 4.3 Identifisere meningsbærende enheter under foreløpige temaer og koder.

I neste trinn skal man være på jakt etter detaljene i teksten, både nøkkelord og utsagn som er meningsbærende for tema. Malterud (2011) anbefaler at man sorterer de meningsbærende enhetene inn i ikke mer enn tre til fem foreløpige temaer, som danner utgangspunktet for *kodegrupper*. Tidlig i prosessen var det følgende fem temaer som skilte seg ut: *Leder*, *Oppgaver*, *Verdier*, *Lover*, *Krav*. Hvert tema fikk hver sin farge, så begynte fargeleggingen av teksten på jakt etter meningsbærende enheter. Noen av temaene fungerte dårlig som koder, noe som førte til at kodene ble endret flere ganger. *Kodegruppene* og temainndelingene endret seg fra fem til tre og tilbake til fem. Intervjuene ble både lest gjennom enkeltvis fra



begynnelse til slutt, men også på tvers av intervjuene etter temaer. I analysen og tolkningen av funnene har prosessen hele tiden beveget seg fra del (meningsbærende enhet) til helhet (mulig kodegruppe) og fra helhet til del. Dette førte til at funnene stadig endret seg i min forståelse. Det var stadig nye elementer, meninger, og sammenhenger som ble fanget av oppmerksomheten. Etter hvert ble de gjentakende mønstrene tydeligere, men også spennet og variasjoner i materialet framstod klarere.

Følgende fem *kodegrupper* ble de endelige, som funnene ble sorterte etter: *Oppgaver, definisjonsmakt, organisasjonens verdier, Helselovene og verdier, handlingsrom*. Hver kodegruppe utgjorde en eller flere fenomener om samme sak. For eksempel inneholdt kodegruppen *Definisjonsmakt*, både meningsbærende enheter om hvem informanten opplevde hadde definert administrasjonsoppgavene, hvem som hadde definert lederoppgavene og om informanten opplevde at de hadde reell mulighet for å lede. Hensikten med denne prosessen var å samle tekstbiter eller meningsbærende enheter som har noe til felles i temaer (Malterud, 2011). Det som blant annet førte til endringer i temaer og koder var at noen meningsbærende enheter kunne sorteres under flere temaer eller koder. Videre var det meningsbærende enheter som ikke kunne plassere noe sted, men som var vesentlig for problemstillingen. Også at fenomenene i et tema eller kode sprikte for mye, kunne føre til endringer. I denne prosessen ble også teorien gjennomlest flere ganger på jakt etter koder som kunne framstå som robuste for problemstillingen. Hver av kodegruppene beholdt sin farge gjennom hele analyseprosessen. Fargene ble et godt sorteringsvirkemiddel på leting etter meningsbærende enheter, som kunne sorteres under samme tema.

Det er mange måter å sortere funnene på, og vil være preget av forskerens forforståelse, erfaring og teoretisk kunnskap (Malterud, 2011). Slik sett er jeg ydmyk for at en annen forsker kunne sortert disse funnene helt annerledes. De endelige kodegruppene var så langt bare virkemidler i et systematisk sorteringsarbeid, og ikke resultater.

#### **4.4 Abstrahere de meningsbærende enhetene til kondensert tekst**

I denne fasen handler det om å abstrahere de meningsbærende enhetene, som nå er sortert i forskjellige kodegrupper. Forskeren skal deretter sortere de meningsbærende enhetene under hver kodegruppe i *subgrupper*. Malterud (2011) anbefaler ikke mer enn to til tre subgrupper under hver kodegruppe. Hver av de fem kodegruppene endte opp med alt fra to til seks under-

liggende subgrupper, i alt 15 subgrupper. Subgruppene skal systematisere fenomenene under hver kodegruppe. Eksempel på kodegruppe og subgrupper var: Kodegruppen *handlingsrom*, fikk subgruppene: *tid, kunnskap, økonomi, helselovene fremmer handlingsrom, helselovene hemmer handlingsrom*. Subgruppene skal nå fungere som analyseenheter. Deretter sier Malterud (2011) at systematisk tekstkondensering inneholder et metodisk grep ved at man skal lage et kunstig sitat i jeg-form, som kalles kondensat. Dette skal være en sum av informantenes stemmer under hver subgruppe. Kondensatet blir derfor en abstraksjon av alle de meningsbærende enhetene, som er sortert under den aktuelle subgruppen. Utelater man dette i analysen har man ikke vært tro mot metoden, og kan ikke kalle det for systematisk tekstkondensering. Det ble tatt utgangspunkt i en meningsbærende enhet som var rik på innhold, og deretter ble de andre meningsbærende enhetene abstraherte inn i dette, til det dannet seg et kondensat. Malterud (2011) uttaler at kondensatet bør inneholde nøkkelord, selv om kondensatet ikke er direkte avskrift av de meningsbærende enhetene. I det følgende vil kondensatet under kodegruppen *handlingsrom* og subgruppen *kunnskap*, nevnes som et eksempel:

**Følgende meningsbærende enheter hadde blitt sortert under subgruppen *Kunnskap*:**

«Legge til rette for at opplæring blir gitt, at muligheten for å utføre oppgavene på en allright måte er tilstede.»

«Jeg synes det er veldig mye logikk bak alle løpene, men jeg tror for de som utøver faget på gulvet og har pasienter hver dag, så henger det ikke helt sammen. Det blir veldig komplekst, og det er følelse at det er veldig mye som styrer oss, uten at vi helt har fått hjelp til å forstå hva det er. Jeg tror det er mellom 150 og 200 forskrifter som regulerer tjenestene. Og det oppleves som tap av kontroll når man skal gjøre god pasientbehandling og vurdering på kort tid. Også har på en måte ikke systemet en måte å hjelpe den ansatte på.»

«Vi, jeg ønsker mer jurist-kompetanse tilgjengelig, fordi legene blir litt frustrerte.»

«Det gjør jo at vi må prøve å tolke lovendringene sånn som de tolker de andre steder. Så her er det jevnlig møter med kontrollkommisjonen og vi prøver å få en felles forståelse.»

«Men jeg synes, hadde jeg har fått et ukeskurs i all lovgivning. For det er implisitt at vi skal bare kunne disse forskriftene. «

«Jeg synes de kan være vanskelig av og til. Skulle gjerne ønsket meg et statusmøte hver tredje måned, hvor en erfaren jurist hadde tatt inn over seg all helselovgivning, og fortalt om endringene. Fordi det kommer nye forskrifter som ikke holder helt til andre... Jeg tro vi må være ærlig på at det er vanskelig å ha full oversikt. «

«Det er mye som er lovregulert. Det er det som gjør det komplekst å drive. Det er jo en del ledere som sier jeg vet ikke om jeg orker å lede mer, fordi det blir for mye. Altså, det blir for mye å forholde seg til, og det blir for mye å sette seg inn i ved siden av drift da. Når forskriftene kommer, får vi ikke noe direkte opplæring i dem.»

**På bakgrunn av disse meningsbærende enheter ble følgende *kondensat* om subgruppen *Kunnskap laget*:**

«Hadde jeg bare fått et ukers kurs i all lovgivning, eller statusmøter med en erfaren jurist en gang i måneden. Det er implisitt at vi bare skal forstå disse forskriftene. Jeg tror det er mellom 150 til 200 forskrifter som regulerer tjenestene, uten at vi har fått hjelp eller opplæring til å forstå hva det er vi må, bør og skal. Særlig når vi ser at lovverket butter da. Vi må nok være ærlig på å si at det er vanskelig å ha full oversikt over lovverket, særlig når vi ikke får sånn direkte opplæring. Det kan gi en opplevelse av tap av kontroll, og usikkerhet for å ville fortsette som leder. Systemet legger jo ikke opp til opplæring, selv om det er så komplekst å forstå lovverket, samtidig som du skal drifte.»

Deretter skal forskeren velge ut et «*gull-sitat*» som på best mulig vis kan representere kondensatet.

**Følgende *gull-sitat* ble abstrahert fra kondensatet om kunnskap:**

«Lovene er så mange, komplekse og uoversiktlig at det er vanskelig å vite om du gjør det riktige, særlig når vi ikke får god opplæring. Så det kan være ledere som opplever ansvaret for riktige vurderinger og behandlinger så vanskelig at de slutter.»

Arbeidet med kondensatene og *gull-sitatene* endret også noen av kodingen av de meningsbærende enhetene, da de ikke lot seg kondensere under kodegruppen, eller kunne kondenseres bedre under andre kodegrupper og subgrupper.

#### **4.5 Syntetisere den kondenserte teksten til analytisk tekst og mikro-kondensater**

I den fjerde fasen skal forskeren ta utgangspunkt i kondensatene, og lage en analytisk tekst for hver av subgruppene ( Malterud, 2011). Kodegruppene blir nå *resultatkategorier*, som inneholder flere subgrupper. Det er i dette arbeidet forskeren syntetiserer eller

rekontekstualiserer kunnskapen. De resultat kategorier forskeren kommer fram til skal kunne deles med andre. De analytiske tekstene skal skrives i tredjepersonformen, slik at forskeren tar ansvar for sine fortolkninger av funnene. For at innholdet i de analytiske tekstene skal være lojal mot informantene, må forskeren hele tiden sjekke den analytiske teksten opp mot de meningsbærende enhetene og kondensatene. På denne måten ble resultat kategoriene og den analytiske teksten validert opp mot ledernes uttalelser i intervjuene, og de meningsbærende enhetene fra de tidligere trinnene i analysen. De analytiske tekstene inneholdt nøkkelbegreper fra kondensatene, som igjen var å spore tilbake til ledernes faktiske uttalelser. Forskeren skal også i denne fasen på nytt ta stilling til om subgruppen gir mening, eller om de er robuste nok til å kunne skape en analytisk tekst. Jeg valgte i denne fasen å innlemme en av subgruppene i en annen, da de ble svært overlappende. Dette førte til fem resultat kategorier med 14 subgrupper. I det følgende vil den analytiske teksten fra subgruppe *Kunnskap* i resultat kategori *Handlingsrom* bli presentert som et eksempel.

**Den analytiske teksten fra resultat kategori Handlingsrom og subgruppe kunnskap ble slik:**

«Flere av lederne opplevde helselovgivningen som kompleks, vanskelig å få oversikt over og forstå. Flere etterspurte regelmessig opplæring for å holde kunnskapen oppe om nye lover og forskrifter som kom. En av lederne nevnte at det forventes at man rent implisitt skal ha oversikten og forstå lovverket, på tross av manglende opplæring. Dette ble særlig vanskelig når de opplevde at lovverket buttet mot hverandre, og ikke var i samsvar. Hun nevnte som eksempel at man skulle i større grad bort fra medisinfokus å vektlegge medikamentellfri behandling, samtidig som man skulle gjøre medikamentsammenstilling innen 48 timer. Dette var bestemt med lov, og ville nettopp kreve et medisinfokus med en gang pasienten kom. Hun uttalte at hun opplevde tidsfristen på oppgaven som svært uheldig. Det å ikke helt vite hvilke krav loven stilte med tanke på hva sykehusene kan gjøre, bør gjøre og skal gjøre, skapte en opplevelse av kontrolltap og en redsel for å gjøre feil. Dette ble beskrevet som en belastning og slitasje.»

Gull-sitatet skal være med, men man skal sjekke om gull-sitatet fremdeles er en dekkende illustrasjon på den analytiske teksten.

De nye resultat kategoriene skal deretter få en *overskrift* eller nytt navn som skal være treffende for den aktuelle kategorien (Malterud, 2011). Overskriftene skal fungere som et *mikrokondensat* som skal gi leseren en aha-opplevelse, og fungere som et sluttresultat. I

arbeidet med mikrocondensatene førte prosessen til en ytterligere endring. En av resultatkategoriene hadde framstått som usystematisk og uklar i sitt innhold gjennom hele analysen, men det var først når mikrocondensatet skulle formuleres at behovet for endringen ble tydelig. På bakgrunn av dette ble en av kodegruppene delt i to resultat kategorier. De to nye resultatkategoriene framstod som mer helhetlig hver for seg. Analysen endte ut i følgende overskrifter/mikrocondensater etter at de analytiske tekstene var formulert, og fem kodegrupper var blitt til seks resultat kategorier:

1. Styring og ledelse – en meningsfull helhet
2. Hvem har definisjonsmakten på oppgaven – elle, melle, deg fortelle
3. Organisasjonsverdier – en los, et ideal, en organisasjonsnerve i spenn
4. Helselovenes og organisasjonens verdier – et yin og yang
5. På leting etter handlingsrommet
6. Helselovenes mange ansikter

Disse seks mikrocondensatene er resultatet av den gjennomgåtte analysen.

## 5 Resultater og drøfting av funn

Før presentasjon av resultater og drøfting av funn, vil problemstillingen og forskningsspørsmålene fra innledningen bli repetert.

Problemstilling for prosjektet:

### **Lederes opplevelse av handlingsrommet i psykisk helsevern.**

Fire tilhørende forskningsspørsmål:

- Hvordan beskriver lederne at ledelsesorienterte oppgaver og administrasjonsorienterte oppgaver påvirker deres handlingsrom?
- Hvordan bruker lederne kjerneverdiene i egen virksomhet for å skape seg et handlingsrom?
- Hvordan opplever ledere at helselovgivningen påvirker deres handlingsrom?
- Hvilke andre faktorer påvirker lederes handlingsrom?

Analyseprosessen førte til at forskningsspørsmålene ble endret, både med tanke på formulering og antall. Dette er i tråd med den hermeneutiske sirkel. Ellers ville vesentlig funn ikke blitt fanget opp og gjort til gjenstand for drøfting.

De seks mikrokondensater som er sluttresultatet av analyseprosessen, vil være overskrifter for den videre presentasjon av funn og drøfting av funn. På bakgrunn av dette vil fokus først rettes mot hvordan styring og ledelse oppleves forskjellig, men også som en sammenheng. Deretter hvem leder opplevde hadde definert deres oppgaver, og hvordan dette påvirket leders opplevelse av handlingsrom. Så belyser presentasjonen betydningen av organisasjonens kjerneverdier for leder, og hvordan leder bruker verdiene for å skape seg et handlingsrom. Videre vil oppgaven redegjøre for sammenhengen mellom organisasjonens verdier og helselovgivningens verdier. Siste del av presentasjonen omhandler økonomi, tid og opplæring som hemmende faktorer for leders opplevelse av handlingsrommet, samt hvordan lovene både hemmer og fremmer dette handlingsrommet. Kapittelet vil avslutte ved å sette søkelyset på pålitelighet, gyldighet, etikk og metodekritikk.

## 5.1 Styring og ledelse – en meningsfull helhet

Et av forskningsspørsmålene var hvordan lederne beskrev at ledelsesorienterte og administrasjonsorienterte oppgaver påvirket handlingsrommet. For å kunne si noe om dette, er det av interesse om lederne skilte lederoppgaver og administrasjonsoppgaver, og om de utgjorde en helhet slik Ladegård og Vabo (2010) hevder.

«Jeg tenker at administrasjon og ledelse, er egentlig to forskjellige ting. Men viss ikke det administrative er på plass, er det ikke mye å lede.»

Når lederne beskrev lederoppgaver var de opptatt av det som kan forstås som visjonen til virksomheten, samt virksomhetens overordnede hovedoppgave. Dette kan sees i sammenheng med Kirkhaug (2013) sitt begrep ekstern tilpasning, hvor leder må svare opp eksterne forventninger, verdier og strømninger for at virksomheten skal kunne være levedyktig. For sykehus vil det å levere tjenester som er i tråd med loven være å svare opp eksterne forventninger og verdier. Både Ot.prp for helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven henviser til at tjenestene skal være av god kvalitet, i tjeneste for enkeltmenneske og utgjøre effektiv ressursutnyttelse. Følgende utsagn er i tråd med ekstern tilpasning.

«Det er mitt ansvar at lokalbefolkning får mest mulig helse for pengene.»

«Det er å utdype oppdraget vårt, og gjennomføre gode behandlinger til pasienter på en effektiv og smidig måte, etter gjeldene lover og de nyeste anbefalinger.»

Lederne var opptatt av to fokus når de snakket om lederoppgaver. Den ene fokuset var rettet mot pasienten, og at tjenestene skulle være av god kvalitet, faglig forsvarlig og effektive. Det andre fokuset var rettet mot den ansatte, ved at leder måtte formidle hvilken retning virksomheten skulle utvikle seg mot. *Alle* lederne nevnte at de også var opptatt av relasjonen til sine ansatte gjennom anerkjennelse, omsorg og kompetanseutvikling. Lederne uttalte at det var gjennom relasjonen til ansatte de kunne få til endringer og skape mening. Videre at disse to forhold også ville påvirke hverandre. Det ble uttalt at det var gjennom ivaretagelsen

av ansatte, at pasienten kunne motta tjenester av god kvalitet. Lederne gav uttrykk for at de hadde ansvaret for å gjøre de ansatte gode, samt at lederne ønsket å få ansatte til å yte det lille ekstra. Lederne ønsket på den måten å påvirke ansattes tenkning, holdning og atferd, slik Jacobsen og Thorsvik (2014) definerer ledelse.

«Ledelse handler også om å ivareta de ansatte, og det kommer pasienten til gode. Det er veldig viktig å være tilstede og ha fokus på det faglige, fordi det skaper vekst og *mening* for de ansatte. Dette vil gi arbeidsglede, og gi de muligheter til at man får lyst til å gjøre en god innsats. At de kan lede seg sjøl, stå sterkt som fagpersoner, og yte tjenester med mer kompetanse og selvstendighet.»

I sitatet kan man kjenne igjen Arnulf (2012) sin definisjon på ledelse ved at ledelse handler om målrettet samarbeid med ansatte, som gjør det *meningsfylt*. Lederne snakket om relasjonen til medarbeideren på flere nivåer. Både sin egen relasjon til den enkelte ansatte, men også arbeidskulturen, hvor de trakk inn alle ansatte som en storgruppe. Ladegård og Vabo (2010 og 2012) har vært opptatt av at ledelse er relasjonsbygging, og at det er gjennom relasjonen med medarbeideren at man kan utvikle virksomheten. En av lederne uttalte følgende om arbeidskulturen.

«Kultur er en viktig del av ledelsesaspektet, tenker jeg. Jeg er ansvarlig for at vi har en god kultur her. At det ikke er for mye «groms», misnøye og baksnakking, men at vi har et åpent miljø.»

Kirkhaug (2013) har hevdet at verdibasert ledelse er både kollektive og individuelle fokus på holdning, atferd og ambisjoner i den hensikt at virksomhetens mål skal nås. Ut fra dette ligger Kirkhaug (2013) tett opp til Jacobsen og Thorsvik sitt fokus på ledelse, men han trekker inn individ og gruppenivå i større grad.

Første september kom det en endring i psykisk helsevernloven, som *alle* lederne var opptatt av når de snakket om lederoppgaver. Det har kommet til et nytt vilkår i psykisk helsevernloven om at pasienten må mangle samtykkekompetanse for å fylle vilkåret for tvang, jf. Lov om Psykisk helsevern § 3-3. Denne endringen var sjelsettende på mange måter, da den preget mye av innholdet i intervjuene. Det betydde i praksis at pasienter som var lite stabilisert, kunne nå kreve seg utskrevet før behandler vurderte at pasienten var ferdig



behandlet. Tidligere i tilsvarende situasjoner beskrev lederne at de kunne opprettholde tvangen, da det ble vurdert at pasienten på grunn av sin sinnslidelse kunne få sin utsikt til bedring vesentlig redusert. Nå var ikke «forspillelse av bedring» tilstrekkelig alene. Pasienten måtte i tillegg ikke være samtykkekompetant for å fylle vilkårene for tvang. Med andre ord må pasienten være tydelig psykotisk. En av lederne påpekte at med dette vilkåret «er det lov i Norge å forgå». Videre var lederne opptatt av at endringen ville sette flere av organisasjonens verdier og helselovenes verdier på prøve, samt at den ville streke opp grensen på hva som var forsvarlig behandling på nytt. Flere beskrev at dette kunne skape en retningsendring i tjenesteutvikling for virksomheten. I ledelsesfokus var de opptatt av å gi denne lovendringen, og andre endringer et meningsinnhold for de ansatte. De beskrev at de måtte bedrive en type oversettelsesarbeid.

«Endring i psykisk helsevernloven har vi lagt mye vekt på, og vi har lurt på om det vil bli veldig annerledes. Det er viktige lederoppgaver å opplyse folk om hva endringen har vært, og hvordan vi kan møte den hos oss....»

«Som leder tenker jeg at det er en veldig stor jobb å oversette ting.»

Kirkhaug (2013) henviser til begrepet tvangsmakt ved at det kan tvinges fram endringer, som ikke er ønskelig hos de ansatte. Endringen i psykisk helsevernloven kan beskrives som tvangsmakt, ved at det er en *skal* endring. Oppgaven vil under de påfølgende overskrifter stadig vende tilbake til denne lovendringen, og på hvilken måte dette virket sjelsettende på ansatte og ledere. Kirkhaug (2013) sier at tvangsmakt kan lede til en likegyldighet hos de som er utsatt for tvangsmakt. Dette preget ikke svarene til lederne. Ledere gav samlet sett svært nyanserte opplevelser både på godt og ondt vedrørende denne endringen, men likegyldighet var ikke å spore. Felles for lederne var at de beskrev den som kompleks, da den vil tvinge fram flere endringer i kjølevannet, samt øke rapporteringsplikten. Rapporteringsplikten kan forstås som myndighetene kontroll på at endringen følges opp (Christensen, Lægreid og Stigen, 2004). Deres forskning hevder at der hvor mistilliten er stor for at nye mål ikke nås, vil kontrollen kunne øke via rapporteringer og dokumentasjon. Bossert (1998) hevder samtidig at handlingsrommet er mindre der hvor kontrolltiltak blir etablert. Ut fra dette kan man si at handlingsrommet blir mindre på bakgrunn av lovendringen, da den øker kontrolltiltakene fra myndighetene. Dette leder oppgaven over på administrative oppgaver.

Lederne definerte administrative oppgaver som klart annerledes enn lederoppgaver, ved at de var mer preget av regelstyring, prosedyrefokus, saksbehandling, rapporteringsplikt og i så måte ikke relasjonelle, men byråkratiske. Arnulf (2012) sier om administrasjonsoppgaver at det er oppskrifter på hvordan arbeidet skal gjøres. Jacobsen og Thorsvik (2014) trekker inn verdien effektivitet ved definisjon på administrative oppgaver. Det er de administrative oppgaver som skal sørge for effektivitet. Dette kan framstå som et paradoks når flere av lederne uttalte at administrasjon var den største tidstyven, noe som ikke henspiller på effektivitet. En av lederne uttalte følgende «Administrasjon opplever jeg er mye av den byråkratiske jobbingen, og det er fryktelig mye.» Flere av lederne uttalte at de brukte mye tid på administrasjonsoppgaver i forhold til lederoppgaver.

Økonomioppgavene ble også sortert under administrative oppgaver, alt fra budsjett, fakturabehandling, lønn og bestillinger. En del av personalforvaltningen ble på samme måte definert som administrative oppgaver.

«Det skal være forsvarlig drift i forhold til hva som er utfordringer til enhver tid i klinikk. Ved krevende pasienter må vi sørge for at det er godt nok bemannet, med kvalifisert personalet, og av og til leie inn dersom det er sykefravær.... Ansettelse, utlysninger og opplæring av nye er også administrasjonsoppgaver, og det er ganske stort område.»

Det var flere som nevnte at administrasjon av elektroniske systemer som GAT, Personalportalen, Public 360, Agresso og DIPS hadde økt i omfang. Dette er både personalforvaltningssystemer, elektroniske saksbehandlings- og arkivsystemer, økonomisystemer og journalsystemet. Disse systemene skulle sørge for dokumentasjon, tall som skal rapportere, kvalitetssikre og kontrollere driften. To av lederne uttalte følgende.

«Så skal jeg svare opp e-poster, eller føre inn tall i alle mulige administrative IKT systemer som GAT, Personalportalen, Publick 360 og DIPS. Selv om ikke jeg henter ut tallene for rapportering, må jeg kvalitetssikre tallene. Det er mitt ansvar.»

«Og det er vel ikke bare for ledere, det er vel også for fagpersoner dette med opplevelse av stadig økende dokumentasjonskrav. Skulle ha skriftliggjort det meste av det vi gjør.»

Det var flere av lederne som snakket om de administrative oppgavene som om de hadde mindre status enn lederoppgavene, og at de kunne være kjedelige, men helt avgjørende for driften.

«Noe av det kjedeligste, det er sånn saksbehandlende oppgaver. ..Tenker at det krever ikke veldig mye utdanning for å få det til. Så den administrasjonsbiten er vel litt sånn traurig syns jeg. Men det blir jo ikke bra hvis det ikke er gjort»

Funnene korresponderer i høy grad med slik teorien beskriver administrasjon og ledelsesoppgaver, ved at de er to forskjellige virkemidler. De administrative oppgavene blir i større grad beskrevet som systemorienterte forvaltningsoppgaver, hvor kravspesifikasjoner, kontrollmekanismer og strategisk kurs blir satt i fokus (Ladegård og Vabo, 2010,2011). Lederoppgaver er mer prosessorientert hvor man søker å skape mening, visjon og retning for ansatte, samt påvirke deres handlinger, holdninger og atferd slik Arnulf (2012) og Thorvik og Jacobsen (2014) beskriver det.

Ladegård og Vabo (2010) hevder at styring, her forstått som administrasjon, og ledelse kan komme i konkurranseforhold til hverandre, kan erstatte hverandre eller betinge hverandre. Lederne beskriver alle disse tre forhold mellom styring og ledelse. Konkurranseforhold ved at evnen til selvledelse skal økes og at resultatmål skal virke korrigerende på ansatte. Her blir det selvledelse og resultatmål som «leder» de ansatte. En annen måte å se konkurranseforholdet mellom styring og ledelse på, er at ledelse og administrasjon konkurrerer om tiden. Da kan man også henvise til at styring kan erstatte ledelse, nettopp med økende fokus på de administrative oppgavene. Samtidig som flere av lederne uttalte også dette poeng at styring og ledelse betinger hverandre, og må sees på som to virkemidler som til sammen utgjør en helhet.

En annen mulig refleksjon vedrørende tema er at mer av lederoppgavene, som tjenesteutvikling, blir overført til pasienten på en subtil måte. Pasienten har fått betydelig mer autonomi de siste årene, med økende rettigheter og brukermedvirkning. Dette poeng har blitt operasjonalisert i endringen i psykisk helsevernloven med tanke på tvang. Resultatet av det hele kan være at pasienten har større påvirkning på tjenesteutviklingen, og dermed også retningen for virksomheten. Med utgangspunkt i dette kan man tenke at leder og pasient kan komme i konkurranseforhold, erstatte hverandre og betinge hverandre. Pasienten har med økt

brukermedvirkningen blitt invitert inn i leders handlingsrom. Dette tema vil bli belyst under flere av overskriftene i oppgaven.

## 5.2 Hvem har definisjonsmakten på oppgaven – elle, melle, deg fortelle

Tre av lederne opplevde at de hadde frihet til å definere en del av *lederoppagavene* selv, mens *ingen* av lederne mente de hadde definert de *administrative* oppgavene. Det betyr at tre av lederne opplevde at de ikke hadde definert noen av sine oppgaver, hverken lederoppgaver eller administrative oppgaver. Felles for lederoppgaver og administrative oppgaver, var at lederne opplevde at oppgavene var definert på flere forskjellige nivåer. Det var ingen forskjell på hvilket nivå lederne selv befant seg, om de opplevde at de hadde definisjonsmakten på oppgavene. Bossert (1998) mente at stillingsinnehaverens ansvarsområder ville påvirke muligheten for handlingsrom. Alle lederne hadde både fag-, personal- og økonomiansvar. Dette vil ifølge Bossert (1998) fremme et handlingsrom. På en annen side uttaler Bossert (1998) at hvor mye leder er utsatt for insentiver og sanksjoner fra sentrale myndigheter vil også påvirke handlingsrommet. Følgende uttalelser kom fra to forskjellige ledere på spørsmålet om hvem de opplevde hadde definert lederoppagavene.

«Noen av oppgavene kommer fra klinikksjefen som en bestilling, mens andre oppgaver har jeg egendefinert.»

«Jeg opplever at lederoppagavene er gitt meg i samfunnsoppdraget.»

Leder på nivå en beskriver at hun kan definere noen av lederoppagavene selv, men leder på nivå to beskriver at både administrative oppgaver og leder oppgave var definert av andre enn henne selv. I følge Bossert (1998) kan man forstå pålegg av oppgaver, som en hemmer for handlingsrommet. Dette fordi det ikke er leder selv som har definert oppgavene. Mohammed m.fl (2015) henviser til Rondinellis gradering av desentralisering, og hvordan dette påvirker leders mulighet for handlingsrom. Ved dekonsentrasjon, som er den laveste grad av desentralisering, vil oppgaver være overført fra sentral myndighet, men ikke administrativ autoritet. På en annen side vil både oppgaver og beslutningsmakt være overført lokal virksomhet ved delegasjon. Lederne beskrev opplevelser som både kan forstås som dekonsentrasjon og delegasjon. Dette på tross av likhet i ansvarsområder. På en annen side

kan ledernes forskjeller i opplevelsen av hvem som har definert deres oppgaver, muligens være påvirket av lederens mentale modeller på hvordan de fortolker virkeligheten (Senge, 1991). Senge (1991) hevdet at dess fler motstridene mentale modeller en leder har, jo større blir fleksibiliteten og handlingsvalg. Steward (1982) hadde sammenfallende fokus som Senge (1991), ved at ledere kunne framstå forskjellig med tanke på hvordan de tolket sine krav, begrensninger og handlingsvalg. Og at tolkningen av krav, begrensninger og handlingsvalg ville være med på å forme fleksibiliteten til leder. Dette poeng vil bli nærmere utdypet.

Rent generelt på hvem som hadde definert de administrative oppgavene, var lederne mer bastante på at de var definert utenfor dem selv.

«Nei, jeg har ikke definert de. Det tror jeg nok er både myndighetene, lovverket, regionalt helseforetak og klinikken.»

Flere av lederne henviste til alle nivåene fra et samfunnsoppdrag fra direktoratet, myndighetene med lovene, regionalt helseforetak til sykehusledelsen på spørsmålet om hvem som hadde definert de administrative oppgavene. Det som utmerket seg noe ved de administrative målene, var at personalavdelingen ble tillagt en del definisjonsmakt på oppgaver til leder. Dette kommer fram i sitatet under.

«Administrative oppgaver og mål er det direktoratet, regionalt helseforetak, sykehusledelsen og klinikkjefen som har definert. Ikke minst personalavdelingen med alle IT systemene. Vi er pålagt masse registreringer, særlig innenfor psykisk helsevernloven med forskjellige aspekter som forvaltning av tvang.»

Lederne nevnte også at historien eller kulturen til virksomheten var med på å definere både deres ledelsesoppgaver, og administrative oppgaver. Dersom man skal øke sitt handlingsrom ved å endre tradisjoner og kulturer, vil det være en krevende jobb. Da må man som leder bryne seg på andres mentale modeller og historiske kulturtradisjoner (Senge, 1991). En leder uttalte følgende:

«Jeg har en stillingsbeskrivelse, og den er jo litt rund. Det er gitte rammer man må forholde seg til. Samtidig formes jo stillingen av meg og arv fra tidligere leder. Så gir kulturen i klinikken føringer for hvordan man skal jobbe.»

Byrkjeflot og Guldbrandsøy (2013) beskriver i sin forskning at sykehusenes komplekse og sammensatte styringsorganiseringer består nettopp av både nedarvede styringsformer, men også nye ideologiske og politiske strategier og strømninger. Denne kompleksiteten hevder de gjør at styringen blir mer kompleks og at endringer vil skje langsommere.

Kontrasten og spennet i uttalelsene var at *alle* opplevde at de hadde reell mulighet for å lede virksomheten de hadde ansvar for, på tross av at de beskrev at oppgaven var definert utenfor dem selv. Uttalelsene til disse to lederne er sammenfallende, samtidig som den ene lederen på tidligere spørsmål opplevde at alle hennes oppgaver var definert utenfor henne selv.

«Jeg opplever min mulighet for å lede som ganske god. Dette er en stor avdeling med mye autonomi. Og det tror jeg den er historisk sett også. Og det gjør at jeg opplever at jeg har mye frihet til å kunne utvikle avdelingen, gjøre endringer og tilpasninger der jeg mener det er nødvendig.»

«Jeg opplever at den er veldig stor. Jeg var veldig spent på det som ny. Hva blir min handlefrihet? Og jeg syns den er ganske stor. Jeg syns det var mer mulighet for å påvirke enn jeg hadde trodd.»

Men for at friheten skulle være stor med tanke på å forme egen virksomhet, beskrev lederne at det forutsatte at de svarte opp forventninger, krav om resultater og holdt seg innenfor rammene.

«Selvfølgelig har vi leveransekrav, og jeg vil jo være dum hvis jeg holdt på med noe annet enn det som var forventet av meg. ...Jeg syns at klinikkleder gir mye tillit hvis hun opplever at du leverer resultater. Også tror jeg nok at det er strammere styring hvis det er en opplevelse av at jeg ikke leverer resultater.»

Selv om spørsmålene kom rett etter hverandre om hvem som hadde definert oppgavene og om de hadde reell mulighet for å lede, var det ingen av lederne som reflekterte disse svarene opp mot hverandre. Med andre ord beskrev lederne at de har en reell mulighet for å lede egen

virksomhet, og opplevde slik sett et handlingsrom, selv om andre har definert både administrative mål og lederoppgaver. Så kan man jo undre seg hvorfor de opplevde det slik, når de beskriver at definisjonsmakten ligger utenfor dem selv? Kan dette handle om styringsmentaliteten, slik Foucault beskriver den? Foucault hevdet at Styringsmentaliteten, som maktdisiplin, «flyttet inn i individet» og blir en del av lederne subjektivitet (Engebretsen og Heggen, 2012). Videre at den er å gjenfinne i individets mentale modeller og diskurser, uten at dette er bevisst. En av lederne uttalte blant annet:

«Det er blitt veldig komplekst, og det er en følelse av det er veldig mye som styrer oss, uten at vi helt har fått hjelp til å forstå hva det er.»

Kirkhaug (2013) snakker hvordan den normative makten søker å kontrollere ansattes motivasjon, prioriteringer og mentale modeller. Styringsmentaliteten av Foucault beskrives som mer manipulerende og ubevisst enn den normative makten (Engebretsen og Heggen, 2012). Ingen av lederne på dette tidspunktet i intervjuet beskrev en opplevelse av å være manipulert, men beskrev kravene til de som selvfølgeligheter. Dette kan derfor både forstås som normativ makt, eller som styringsmentalitet.

I intervjuets første del ble de spurt om de hadde reell mulighet for å lede, og på slutten ble de spurt om hvordan de opplevde sitt handlingsrom som leder. På slutten av intervjuet hvor dette tema hadde blitt berørt på flere måter gjennom intervjuet, var svarene mer nyanserte på hva som stod i veien for det reelle handlingsrommet til å lede egen virksomhet. Dette kan forstås som en bevisstgjøring, av noe som har vært ubevisst. Denne bevisstgjøring kan være med på å øke opplevelsen av handlingsrommet. Oppgaven vil vende tilbake til dette temaet under de to siste overskriftene *Helselovenes verdier og organisasjonens verdier – et yin og yang* og *Helselovenes mange ansikter*.

### **5.3 Organisasjonsverdier – en los, et ideal og en organisasjonsnerve i spenn**

I intervjuet ble lederne spurt om hvilke verdier de vektla ved ledelse i praksis og administrasjon i praksis, for å få beskrivelser på hvordan lederne brukte virksomhetens kjerneverdier for å skape seg et handlingsrom. Verdiene de nevnte grupperte seg ikke etter et mønster for ledelsesoppgaver og administrasjonsoppgaver. Kvalitet ble nevnt både som en

verdi for ledelse i praksis og administrasjon i praksis. Det samme gjorde åpenhet, tillit og trygghet. Den verdien som oftest ble knyttet til administrasjon var effektivitet, men den ble også nevnt med tanke på tjenesteutvikling, ved at utredninger og behandlinger måtte være mer effektive. Det som utmerket seg mer var at svarene skapte et mønster av verdier- for-praksis og verdier-i-praksis, slik Aadland og Askeland (2017) beskriver. I det følgende vil det først bli redegjort for hvordan lederne beskrev verdier-for-praksis, før oppgaven vender fokus på hvordan de beskrev verdier-i-praksis.

### 5.3.1 Verdier-for-praksis

Verdier-for-praksis er gjerne nedfelt i strategiplaner og handlingsplaner, som ønskelig holdninger og handlinger for ansatte i virksomheten. Dette er verdier som er nedfelt på et overordnet nivå, og som skal virke som styringsbegreper (Aadland og Askeland, 2017). En leder beskrev følgende i utarbeidelse av utviklingsplanen: «Vi snakket veldig mye om verdier ved utarbeidelsen av utviklingsplan fram til 2035. Og da er det mye fokus på kjerneverdiene som likeverd, respekt og kvalitet.» Dette er verdier som er nevnt i mange av helselovenes formålsparagrafer og St.meld. nr 26 Om verdier for den norske helsetenesta. Det at virksomheten velger kjerneverdier som er sammenfallende med helselovene og myndighetenes føringer gjør at man kan sikre større grad av verdikongurens, og at eksterne verdier blir plattform for de interne. Dette vil igjen sikre styringen ved at interne og eksterne verdier ikke spriker i alle retninger, noe som vil skape et handlingsrom for leder. Samtidig ble verdikonfliktene mer synlig, når lederne beskrev hvordan de skulle operasjonalisere verdiene i praksis. Oppgaven vender tilbake til dette poeng ved omtalen av verdier-i-praksis.

Men verdier-for-praksis var også å gjenfinne på flere nivåer. Ikke bare på overordnet nivå, men også på individnivå hos den enkelte leder, slik Busch (2012) hevder.

«Jeg bryr meg om mine ansatte. Så det går vel også på verdiene raushet eller nestekjærlighet. Hvordan jeg forholder meg til mine ansatte er en ledelsesoppgave. Det er ikke alltid like lett å leve opp til verdiene, men det er det som er mitt ideal.»

Slike uttalelser kom ofte, hvor lederne snakket om verdiene som et ideal, eller hva de forsøkte å strekke seg mot. Kirkhaug (2013) beskriver at verdiene gjelder både for ledere og ansatte,



ved at verdiene blant annet har til hensikt å skape en lik sosial status mellom leder og ansatt. Samtidig skal verdiene forplikte ansatte og utøve en type sosial kontroll gjennom psykologiske kontrakter, hvor ansatte forplikter seg lojalt til virksomheten. I sitatet under beskriver leder tydelig hvordan verdiene skal forplikte ansatte til virksomhetens mål.

«Verdiene er en veldig fin støtte i forhold til å ansvarliggjøre alle ansatte på hva de må tenke på hver eneste dag de er på jobb. Det er faktisk noen verdier man må følge, og som er veldig bra verdier for å gjøre sitt beste, og føle forpliktelse til sitt ansvarsområde. «

Lederne formidlet også at de brukte verdiene til å evaluere egen virksomhet, som er nøkkeloperasjon i verdibevisst ledelse (Aadland og Askeland, 2017).

«Så vi snakker veldig mye om verdiene både på personalmøter og når det skjer avvik. Da er det en veldig fint å ta fram verdiene. Sykehuset har et ideal som vi må strekke oss etter. Som leder syns jeg det er utrolig bra å kunne bruke verdiene. Det hjelper meg til å ha en retning for meg og for alle de ansatte.»

Aadland og Askeland (2017) setter verdiene-for-praksis og verdiene-i-praksis i en dialektisk relasjon til hverandre, ved å evaluere verdiene-i-praksis opp mot verdiene-for-praksis. Deretter må man korrigere verdiene-i-praksis, dersom det viser seg hensiktsmessig. Det å sette verdiene-for-praksis og verdiene-i-praksis i relasjon til hverandre, gjør at forhåndsbestemte verdier får en mening og betydning for virksomheten.

I tillegg til å bruke verdiene som retningsgivere og styringsverktøy, som skulle føre til bestemte holdninger og handlinger for de ansatte og leder, ble verdiene også brukt som styringsverktøy med tanke på pasientarbeidet. På bakgrunn av funnene kan man anta at verdiene er med på å utjevne den sosiale statusen også mellom helsepersonell og pasienter, på lik linje som mellom ansatte og leder. At pasienten skal få flere rettigheter og økt rett til medvirkning, og med det økt sosiale status, er et klart mål for myndighetene (Ot.prp. nr. 12 1998-99). Dette poeng er ikke beskrevet av Kirkhaug (2013) eller Aadland og Askeland (2017).

«Tenker at kjerneverdiene våre ikke bare er noe for oss. Nestekjærighet og kvalitet må vi også gjøre pasientene våre bevisst på. Det er noe vi skal prøve å leve opp til som et sykehus som skal gi service til de aller svakeste i vårt samfunn, også de som ikke oppfører seg så bra. Det viktig at de skal få det samme som mer ressurssterke pasienter.»

Engebretsen og Heggen (2012) hevder at med økte rettigheter til pasienten, kan de svakeste tape, fordi de ikke klarer å svare opp forventningene myndighetene legger på brukeren med økt frihet. Videre at det å myndig gjøre pasienten er så appellerende verdi i seg selv, at den er lite tilgjengelig for kritikk. Med dette poeng som sitatet fremhever, kan man tenke seg at verdier kan virke beskyttende mot subtile former for makt overfor brukeren.

Allerede i ansettelsesprosessen lå kjerneverdiene som en klar forventning til søkerne. Det var også en forventning til at verdiene skulle sosialiseres inn i den ansattes rolleutførelse.

«Sykehuset er veldig flinke til å holde verdiene fremme til enhver tid, så de sitter i ryggmargen på alle ansatte. Når jeg driver med nyansettelser blir verdiene allerede presentert i intervjuet. Vi er pålagt å gi dem det verdibrevet, sånn at.....»

Verdier ble også nevnt i utøvelsen av relasjonen mellom leder og ansatt, og hvordan verdiene kan gi makt og autoritet til endringer, slik Kirkhaug (2013) beskriver med begrepet normative makt. I dette sitatet kommer det fram hvordan leder, gjennom demokratiske verdier, opplever at dette gir makt og autoritet til endringer i et strategisk endringsarbeid.

«Jeg ønsker ikke å være en autoritær leder, men en demokratisk leder. Jeg er veldig opptatt av å drøfte endringer, og at endringer ikke kommer fra meg fra toppen, men bottom-up. Jeg synes det er viktig at de ansatte har eierforhold til beslutninger som gjelder dem. Jeg tror ikke noe på å gjennomføre endringer uten mulighet for påvirkning. Det kan bli motstand og ansatte kan boikotte i det skjulte.»

Kirkhaug (2013) hevder at for at leder skal kunne oppnå makt og autoritet, må det være verdikongurens mellom profesjoner, fagforening og ledelse. Samtidig må ledelsen ha definisjonsmakten på kjerneverdiene. Lederen i sitatet opplever at det er nettopp gjennom påvirkning hun ikke blir boikottet, men beholder styringen. Dette henviser til slik Kirkhaug

(2013) beskriver den normative makten, hvor hensikten er at leder beholder kontrollen over virkemidler som kan påvirke ansattes motivasjon, prioriteringer og mentale modeller. Men det kan også være en henvisning til tvangsmakten, ved at leder beskriver en bekymring for skjult boikott dersom hun ikke skaper mulighet for påvirkning. Dersom leder skal kunne benytte sitt handlingsrom, må leder ha autoritet fra sine ansatte, slik leder beskriver i sitatet.

### 5.3.2 Verdier-i-praksis

Det andre vesentlige poenget i verdibevisst ledelse er hvordan lederne beskrev *verdier-i-praksis* (Aadland og Askeland, 2017). Verdier-i-praksis kan evalueres i etterkant opp mot verdier-for-praksis, men verdier-for-praksis og kontekst kan også være et beslutningsgrunnlag for *valg* av verdi- i- praksis. Uttalelsene fra lederne avslørte at det er ikke alltid de interne verdier, eller verdier-i-praksis som blir justert. Det ble ved flere anledninger formidlet fra lederne at dersom eksterne verdier eller verdier-for-praksis truet pasientnære verdier, ble de pasientnære verdier valgt. De pasientnære verdier kan forstås som en verdiklynge knyttet til profesjonene, hvor verdien altruisme står i sentrum (Busch, 2012). Mulig at dette poeng også lå til grunn for valget av verdier. Nedenfor er det en uttalelse fra en leder om hvordan hun opplever at verdiene kommer i skvis, og hvordan hun tar et standpunkt til hvilken verdi-for-praksis som skal gjelde for verdier-i-praksis.

«Det å balansere hva som er faglig forsvarlig med tanke på sikkerhet og med det pasientens beste, og hva vi må effektivisere fordi vi er pålagt det, er et dilemma. Pasienter skal ikke stå i kø for å få plass her. Det er et dilemma å ha et forsvarlig budsjett, og ha en forsvarlig behandling da. Det kan komme i skvis. Da tenker jeg at det er pasientvelferd og rettigheter som går foran. Så får økonomien komme underordnet.»

Lederen beskrev hvordan hun opplevde verdikonflikter mellom verdier-for-praksis, og de verdiene hun vurderte var mest hensiktsmessig skulle utspille seg i organisasjonen. Eller man kan forstå dette som en verdikonflikt mellom verdiklyngen økonomi og verdiklyngen som tar utgangspunkt i altruisme. Effektivitetsverdien måtte ofte vike for det lederne vurderte som kvalitetsverdier for pasientene, slik leder i sitatet over beskriver. Verdiene kvalitet, nestekjærlighet og respekt kan man tenke seg er sterkere og prefererte verdier, da de også er

organisasjonens kjerneverdier. Mulig kjerneverdiene for virksomheten har en større historisk og kulturell kraft, enn myndighetenes verdier som effektivitet. Når verdiene kom i konflikt, måtte lederne begrunne valg av verdi-i-praksis, for å skape seg et handlingsrom. Dilemmaene i verdikonflikter beskrev noen av lederne som svært krevende i perioder, som en organisasjonsnerve som stod i spenn. Når lederne beskrev disse dilemmaene, var opplevelsen av det Busch (2012) kaller moralsk stress helt oppe i dagen.

«Virkeligheten er at mest mulig behandling skal foregå poliklinisk i førstelinjen. Så må vi ta sjanser på at det skal gå bra. Overlate ansvaret der ute, men det er et skjæringspunkt noen ganger, som er utrolig skummelt. Rus spiller jo også inn på hva som kommer til å skje. Overdosefare, det er et dilemma kan du si. Vi har jo masse diskusjoner om hvor mye kan pasienten ta ansvar sjøl. Det gjelder også dette med selvmordsfare. Når kan pasienter som er ambivalent til å ville leve, ta ansvar for seg sjøl.»

Den emosjonelle dimensjonen av verdiene vil nok påvirke valget av verdier (Busch, 2012). Valget mellom verdier beskriver lederne kan handle om liv og død for pasienter de er ansvarlig for. Dette opplevde mange som svært belastende, noe oppgaven vender tilbake til under overskriften *På leting etter handlingsrommet og Helselovenes mange ansikter*.

En måte å løse disse etiske dilemma på kan jo være å legge til rette slik at man i mindre grad havner oppe i dem. En løsning kan være å utrede og behandle pasienter mer effektiv, slik at de kan skrives ut fortere og friskere. En annen løsning kan være å avklare raskere om pasienten har krav på prioritert helsehjelp. Det å jobbe forebyggende for leder med tanke på verdikonflikter, kan skape et handlingsrom. Dette beskrev lederne også var et stort fokus for deres oppmerksomhet, slik sitatet under formidler.

«Tjenesteutvikling er det det er mest behov for i vår virksomhet. Vi ser at en del løp tar altfor langt tid for oss å utrede og avklare. Vi har gitt rett til utredning, ikke gitt rett til behandling, fordi vi ikke er sikre på at det er behandling hos oss som vil være saliggjørende.»

Så på en måte valgte lederne ofte pasientnære verdier- i- praksis i øyeblikket, samtidig som fokus var å gjøre pasientløpene mer effektive på lang sikt. Christensen, Lægreid og Stigen (2004) hevder at det er naivt å skulle tro at ved å fokusere på effektivitet, så vil ikke det gå ut

over andre ønskelige verdier som for eksempel trygghet og tillit. Mulig sitatet uttrykker en trussel mot pasientens trygghet for å få rett til helsehjelp.

Når lederne snakket om verdier-i-praksis, var de også opptatt av verdiene som utspilte seg i relasjonen mellom ansatte, i arbeidsmiljøet og hvilke verdier som var verdifulle for dem i relasjonen til de ansatte. Relasjonen til ansatte var som nevnt en av lederoppgavene *alle* lederne var opptatt av. Følgende uttalelse ble formidlet av en av lederne.

«Det er *respekt* ansatte imellom, det er respekt faggrupper imellom og det er respekt linjenivåer imellom. Man har respekt for det de andre gjør. Føler at det er lite hierarkisk hakking, heller ikke på de kontorfaglige. Alle trengs her.»

I dette med verdier -i- praksis i relasjon til ansatte, stiller leder like krav til seg selv som hun forventer skal utspille seg i relasjonen mellom ansatte. Dette gjør at leder praktiserer viktige verdier som rollemodell, og kan skape et handlingsrom for leder. De verdier leder utøver i praksis, blir verdier-for-praksis for ansatte. I dette utspiller den dialektiske relasjonen mellom verdier- i- praksis og verdier-for-praksis seg ikke bare på et overordnet organisasjonsnivå, men også på et individuelt nivå mellom ansatte og leder. Dette poeng er ikke beskrevet av Aadland og Askeland (2017).

I utøvelsen av relasjonen til ansatte, var flere av lederne opptatt av å se hele mennesket, utover det at ansatte skulle fylle en rolle.

«Ansatte har en personlig relasjon utover bare å kunne navnene deres. Tenker at det er viktig at dem føler seg sett, hørt og tatt på alvor. Det er noe med det å være mer enn bare en arbeidstaker, men at du har verdi i deg selv. At lederen ser den verdien da.»

Verdiene får med dette en egenverdi, og at verdiene skal som Kirkhaug (2013) hevder, dekke ansattes behov for å bli sett, hørt og anerkjent. Samtidig skal verdiene være virkemidler og skape et handlingsrom til å nå organisasjonens mål. Dette poeng blir av vesentlig betydning når virksomhetens behandlingsressurser eksisterer mer som kunnskap hos ansatte, enn som materielle verdier i medisinsk utstyr.

## 5.4 Helselovenes og organisasjonens verdier – et yin og yang

Helselovene med formålsparagrafene inneholder verdier den norske helsetjenesten skal bygge på (Molven, 2012). Lederne ble spurt om de opplevde at det var samsvar og sammenheng mellom helselovgivningens verdier og organisasjonens verdier. De fleste lederne svarte at det hadde de ikke reflektert over. Samsvar mellom verdiene kan gi leder legitimitet, og med det skape et handlingsrom. Det motsatte kan muligens oppleves som en innsnevring av handlingsrommet. Først resonnererte lederne seg fram til at verdiene fra helselovene og egen organisasjon var kongruente på mange områder. Samtidig stimulerte intervjuet til refleksjoner rundt sammenhengen mellom helselovgivningens verdier og organisasjonens verdier, noe som førte til at svarene ble mer nyanserte etter hvert. Svarene framstod sammenlagt som mangefasettert både på tvers lederne, men også som en ambivalens hos den enkelte leder. Noen av lederne hadde behov for å fastholde organisasjonens verdier, når de «oppdaget» at de skulle styre etter to sett med verdier. Dette poeng viste seg på følgende måte.

«Jeg tror at uansett hva lovverket bestemmer, eller at myndighetene bestemmer at lovverket skal inneholde, så kan våre kjerneverdier være gode uansett. Ja med verdiene kvalitet og nestekjærlighet kan du jo prøve å gjøre så godt du kan over alt.»

Organisasjonens verdier-for-praksis ble mer betydningsfulle for lederne enn helselovgivningens verdier (Aadland og Askeland, 2017). Det presiseres at ingen av sykehusene som var representert i dette masterprosjektet hadde valgt verdien effektivitet. Sykehusene hadde valg kjerneverdier som i større grad befant seg innenfor samme verdiklynge som kvalitet, nestekjærlighet, respekt og trygghet. Dette er verdier som knytter seg mer til profesjonsverdiene, og med det er rettet mot pasienten. Verdier som kunne knyttes til økonomi som effektivitet, var ikke valgt som kjerneverdi. Busch (2012) hevder at når verdiklynger kommer i konflikt, kan løsningen være å aktualisere verdiene i forskjellige situasjoner uten å knytte de sammen som en helhet. Dette er en måte å unngå konfliktsituasjonen på. Mulig dette poeng også er med på å fordekke verdikonflikter, ved å forholde seg til dem separat. Lederne uttalte seg lite om dette poeng.

Det som også kan forstås som en konflikt, var hvordan man valgte å definere selve verdien. Respekt kunne fra en synsvinkel defineres forskjellig av helselovgivningen, enn av organisasjonen. I slike situasjoner kan leder oppleve en ambivalens til selve verdien, noe som

gjør det nødvendig å ta et valg. En leder løste det, som kan forstås som et etisk dilemma, ved å forholde seg til måten helselovgivningen definerte verdien respekt på.

«Samtykkevurderingene, og en del andre lovendringer retter man seg så raskt som mulig etter. Også for å se på konsekvenser av endringen på godt og ondt. Ofte når det kommer lovendringer, er det utilsiktede konsekvenser. Dette handler om å møte pasienten med respekt. Vi skal følge loven, samtidig som den gir noen utfordringer både for pasienter og for pårørende. Med denne endringen er det en del pasienter man skal ta av tvang. Da er det mange pårørende som blir fortvila. Myndighetenes intensjoner er å få mindre bruk av tvang, men en del av disse vil jo bare gå i nye runder og bli syke igjen. Samtidig syns jeg egentlig det henger godt sammen med organisasjonens verdier, ved at man respekterer pasientens ønske.»

Verdien respekt kan her forstås som å overta ansvaret for en sårbar pasient, ved å utøve tvang i nestekjærlighetens navn. En annen måte å forstå respekt på er å utøve økt grad av autonomi for pasienten, slik helselovgivningen legger opp til.

Når ledere uttrykte at verdiene i ny helselovgivning ikke var i samsvar med organisasjonens verdier, måtte de i noen sammenhenger velge verdi. Noen ledere uttalte at de i slike situasjoner valgte organisasjonens verdier, da de opplevde at disse verdiene ivaretok pasientens beste bedre. Ut i fra dette kan man tenke seg at verdiene virket beskyttende og som en løsning ved verdikonflikter, og at verdien på denne måten skapte et handlingsrom, slik Kirkhaug (2013) hevder.

«Tror vi er mer stolte over verdiene nestekjærlighet og kvalitet, og at det er de verdiene vi henviser til, enn helselovens verdier. Nestekjærligheten gjenspeiler seg i det daglige arbeidet. Det skal ikke gå utover pasienten. Vi er mer opptatt av hva folk på gulvet er opptatt av, enn å skulle si at vi skal referere til helselovgivningen for de valg vi tar. Da er det verdiene våre vi refererer til.»

Samtidig som lederne uttalte at i verdikonfliktsituasjoner, hvor de måtte følge lovens verdier, kunne dette skape et indre stress. Dette ble nevnt i forbindelse med endringen i psykisk helsevern loven.

«Å skrive ut en pasient som er veldig syk, og som vi mener helt klart ville hatt nytte av fortsatt innleggelse, er vanskelig. Vi må diskutere hvor grensen går med tanke på hensynet til pasientens autonomi, og den etiske plikten til å gi hjelp. Pasienter som ikke skjønner at de trenger hjelp har vel også krav på å få hjelp. Det er ikke sikkert det er tvang pr c, som er uttrykk for mangel på nestekjærlighet, kanskje tvert imot. Loven tar kanskje mest hensyn til de mest ressurssterke pasientene, de som profitterer på dette.»

Feiring (2006) henviser at det er ikke sikkert at rettighetsfesting ivaretar et minimumsnivå på ytelsen for alle, eller sikrer en norm om faglig forsvarlighet. Hun framhever at rettighetsfesting like godt kan ivareta de ressurssterke, framfor de ressursvake. Videre uttaler hun at rettighetsfestingen kan true utøvelsen av det faglige skjønn og fleksibiliteten i beslutningene, da muligheten for skjønnsvurderingen forsvinner i detaljstyring. Det er i skjønnsvurderingene handlingsrommet finnes, da det er her valgmuligheten skaper fleksibilitet (Steward, 1982). Noen av lederne vurderte også at myndighetene egentlig ikke forstod, eller så konsekvensene av hva de besluttet, da de befant seg for langt unna pasienten. Videre at myndighetene heller ikke forstod at ved detaljstyring gjør de fagpersonen usikre, ved at det faglige skjønn kommer i bakgrunnen. Det å følge loven blir det viktigste. Dette ligner i så måte på byråkratiet, som «helse –Norge» skulle bevege seg bort i fra ved å etablere målstyring. Samtidig vil en normrasjonell- og formålsrasjonell beslutningsmodell komme til samme resultat ved at økt autonomi til pasienten også er et politisk mål (Molven, 2012). Konflikten blir hvordan loven tolker verdien autonomi, opp mot hvordan virksomheten forstår sin kjerneverdi nestekjærlighet.

Det ble beskrevet av flere ledere at endringen i psykisk helsevernloven hadde økt dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteten rundt tvang/ikke tvang. Bossert (1998) hevdet i sin tilnærming at leder har mindre handlingsrom der hvor bestiller kan sette inn kontrolltiltak for å sjekke om utfører følger opp de pålegg som er gitt. Ved lovendringen har myndighetene gjort dette, i den hensikt å følge med på at denne endringen blir fulgt opp. Her vil ikke organisasjonens verdier kunne tas i bruk, som beslutningsgrunnlag for annen beslutning enn det loven instruerer. Helselovene med sitt *skal* begrep, og Steward (1982) med sitt *Krav* begrep blir gjeldene, og handlingsrommet innsnevret.

Det var flere som nevnte at de var bekymret for de ressursvake pasientene, og konsekvensene av helselovgivningens operasjonalisering av verdien autonomi for pasienten. Lederne kunne



uttale at med den lovgivningen som var nå, var det ikke vanskelig å gjøre vurderinger som etter loven var faglig forsvarlig, men som samtidig ville gå utover ressursvake pasienter.

Det kan virke som lederne tviler på at helselovgivningen vil det beste for pasienten, selv om helselovene i sine formålsparagrafer setter respekten for pasienten først. En mistillit til helselovgivningen kan være uttrykk for en alvorlig situasjon, samtidig som skepsisen innehar en beskyttelse mot styringsmentaliteten slik Foucault beskriver den (Engebretsen og Heggen, 2012). En leder stilte seg kritisk til lovendringens egentlige intensjoner, samt sykehusledelsen sin håndtering av situasjonen.

«Jeg har en hvis opplevelser etter hvert. Uten at jeg vil slå det bombastisk fast, men frykter det. Hvor det er et press, særlig kommer det fra sykehusledelsen og nedover, og som setter vår faglighet i spenn. Hvis vi ser den utviklingen som har skjedd de siste to år, hvor noen blir mer fokusert på helselovgivningen enn kvalitet og nestekjærlighet. Det er å huske at det er absolutt en nedre grense for faglig forsvarlighet. Hvis du virkelig mener noe med kvalitet og nestekjærlighet, så burde vi jo sikte mot en mer optimal behandling, ikke bare balansere akkurat på grensen.»

Man kan forstå uttalelsen som en redsel for forvitring av begrepet «faglig forsvarlighet». At grensen for faglig forsvarlighet flyttes mot en absolutt nedre grense, balansert mot det uforsvarlige. Faglig forsvarlighet som juridisk begrep, betyr egentlig *godt* innenfor det forsvarlige (Molven, 2012). Lederne var bekymret for at øverste sykehusledelse kunne misbruke helselovgivningen, ved å bruke loven som et alibi for en absolutt nedre forsvarlighetsgrense og skrape ressursbruken helt inn til beinet. I dette utsagnet kan det virke som at leder nettopp setter sammen to verdiklynger som er i konflikt, til en ganske truende helhet. Økonomiens betydning for handlingsrommet blir mer utdypet under overskriften *På leting etter handlingsrommet*.

## 5.5 På leting etter handlingsrommet

I ledernes opplevelser av hva som utfordret deres handlingsrom, var det tre faktorer som ble nevnt av flere; *økonomi, tid og kunnskap om lovverket*. Alle disse tre faktorene påvirket hverandre ved at med mer ressurser kunne man få mer tid til å drive opplæring, som igjen kunne ført til et større handlingsrom for utvikle tjenestene, eller øke kvaliteten på allerede eksisterende tjenester.

Lederne uttrykte at opplevelsen av handlingsrommet var som sagt avhengig av de økonomiske forholdene. Molven (2012) hevder at det står igjen å evaluere om lovens krav blir svart opp i offentlig sektor, da mange fagfolk sier at det ikke er ressurser nok. I sitatet under gjør lederen en oppdagelse i løpet av sitt resonnement. Først nevner han at handlingsrommet i perioder blir innsnevret på grunn av ressurser, til at hun blir bevisst sin egen utvikling fra å gå fra raus til mer gjerrig, og at dette har kommet snikende.

«I perioder hvor ressursene er blitt knappere, og pasientene må skrives ut sykere og hurtigere, så bruker jeg mer tid på å være med i kliniske drøftingene for å pushe på det. Så handlingsrommet har blitt innsnevret. Det er på en måte økonomien som snevrer inn handlingsrommet, også når det gjelder det å bruke mere penger på kompetanseutvikling. Nå må jeg begrunne mer enn før hvorfor jeg skal bruke penger på forskjellige ting. Det har i det hele tatt blitt et økende fokus på økonomi. Jeg får dårlig samvittighet hvis jeg bruker penger. Jeg opplever at jeg selv begynner å bli motsatt av raus, at jeg begynner å bli gjerrig på slike ting som vil bety noe for den enkelte. Da blir handlingsrommet mitt begrenset. Men jeg liker ikke den utviklingen av meg selv, ved at jeg plutselig blir så opphengt i det som ikke er så store ting. Men at jeg plutselig blir sånn at ansatte skal ikke få mer enn det de absolutt har krav på. Tror det kommer av økt fokus på økonomi, og at det skjer en glidning i sykehusets med sykehus ledelsen sitt fokus. At jeg blir presset inn i noe jeg ikke har sett i tide. Har ikke skjønt hva som skjer, og har ikke sagt stopp. Det er mine egne verdier som begynner å fragmentere. Også har jeg blitt klar over det litt for sent...»

Denne uttalelsen kan settes i sammenheng med Engebretsen og Heggens (2012) beskrivelser om maktens moderne ansikt, hvor den ikke utøves med sanksjoner eller tvang, men at man griper holdningen og handlingen fordi det virker forlokkende, appellerende og nødvendig. Makten som utøves er både disiplinerende, utøver kontroll og har stor dominans. Dette fenomen kan også settes i sammenheng med Senge (1991) sine mentale modeller. Han hevdet at man hadde noen uttalte teorier og noen teorier-i-bruk, og at disse ikke behøvde å være i overenstemmelse. Uttalelsen fra lederen kunne vært tolket som at via styringsmentaliteten har hun etablert en forskjell i sine uttalte verdier og teorier for ledelse, i forhold til faktiske teorier-i-bruk. Videre at dette er det vanskelig å være bevisst. På denne måten kan styringsmentaliteten forsøke å etablere mentale modeller for hvordan ledere skal utføre ressursstyring og effektivitet, for å ivareta de økonomiske verdiklyngene. En annen leder uttaler hvordan hun mener at de økonomiske forventningene faktisk er sosialisert inn og disiplinert ledere i sektoren, slik styringsmentaliteten har til hensikt.

«Det har vært veldig mye fokus på blåussmål i helsetjenesten. Jeg tror vi dreier vekk fra det nå, fordi vi har fått det så godt integrert alle sammen, at det bare ligger der som en forventning. Det er ikke lenger noen krig om at man må holde budsjettene. Det skjønner de aller fleste at sånn er det. Men du har ganske stor handlefrihet innenfor de rammene.»

Mulig dette er en leder som har latt seg disiplinere, eller om det er en leder som ser mulighetene på tross av begrensninger, eller begge deler. Det hadde nok vært hensiktsmessig å bli bevisst hvordan den moderne makten griper inn, og former vår virkelighetsforståelse, nettopp for å vinne et handlingsrom i det.

Bossert (1998) beskriver fem faktorer som påvirker graden av desentralisering og handlingsrommet til leder. En av faktorene gjelder økonomisystemet, og en annen faktor handler om i hvor stor grad lokal virksomhet har beslutningsmakt over inntekter og utgifter rent generelt. På den ene siden har Norge et rammebudsjett som er gitt, samtidig som organisasjonen kan påvirke egen inntektskilde ved å øke aktiviteten som gir refusjon fra myndighetene. Dette er det lagt opp til ved aktivitetsstyrt finansiering ved at dyrere behandlinger gir større refusjon enn billige behandlinger. Eller at prioriterte grupper hos myndighetene, gir høyere refusjon enn mindre prioriterte grupper. Samtidig er systemet låst for lokal virksomhet, da det er myndighetene som bestemmer hva som gir refusjon og til hvilken pris. Den største utgiften ved sykehus er lønnsutgiftene. Mye av lønnsutgiftene er styrt via tariffen, noe som gjør at sykehusene har liten muligheter for å påvirke lønn. Sykehus kan redusere utgifter ved å redusere antall ansatte. Samtidig som færre ansatte kan bety færre inntekter, da sykehuset med mindre antall ansatte produserer færre refusjons berettigede behandlinger (Olsen, 2014). Sammenlagt betyr det at den lokale virksomheten har liten beslutningsmakt over inntekter og utgifter, annet enn å drifte med færre ressurser. Ut fra dette er det faktiske handlingsrommet vedrørende økonomi lite i Norge.

Den andre faktoren som lederne opplevde påvirket handlingsrommet var *tiden*. Lederne definerte som sagt tjenesteutviklingen inn i lederoppgavene, slik at det var ledelsesoppgaver lederne ønsket mer tid til. Samtidig var de tydelige på at det var administrasjonsoppgaver som stjal tiden fra lederfokus. Dette sitatet gjenspeiler akkurat dette poeng.

«Det blir mye administrasjon og lite ledelse til å tenke fagutvikling og strategier for hva vi skal satse på, til dels fordi jeg blir sittende med masse andre administrasjonsoppgaver. Hverdagen blir ofte sånn for alle, og det er frustrerende.»

Flere av lederne påpekte at pålagte administrasjonsoppgaver stjal tid fra muligheten til å drive tjenesteutvikling og forbedring. De beskriver også oppgavene av en slik karakter at de ikke kunne unngå å svare på dem, eller at de manglet personalressurser til å delegere oppgavene til andre. Stewart (1982) nevner blant annet at krav består av pålagte oppgaver, samt å måtte følge bestemte byråkratiske prosedyrer, som man ikke kan velge bort. Flere opplevde at loven i seg selv påla de oppgaver som stjal tiden, som kunne vært brukt til ledelse, slik lederen i sitatet under beskriver.

«De administrative oppgaver har en tendens til å øke, og det går ut over andre ting. Dette er et resultat av helselovgivningen på sett og vis. Endringene i psykisk helsevernloven har økt kravet til dokumentasjon. Veldig mye mere dokumentasjon.»

Bossert (1998) hevder at leders mål vil påvirke handlingsrommet. Dersom leder sine mål er i overensstemmelse med bestiller sine mål, vil dette øke muligheten for handlingsrom hos leder. Administrative kontrolloppgaver ble beskrevet av flere som en tidstyv, ikke som et meningsfylt mål som gav motivasjon.

Andre mente at det var ikke selve lovgivningen eller de pålagte oppgaver som stengte for handlingsrommet, men tiden i seg selv.

«Lovgivningen stenger vel egentlig ikke for handlingsrommet, sånn jeg ser det. Men det er det å skape seg tiden til det. Det går på å finne rommet, og ha rommet, uansett hvor travelt man enn har det.»

Det var leder sitt eget ansvar å finne tiden som kunne romme handlingsrommet, uansett hvor mye man hadde å gjøre. Dette sitatet legger et mye større ansvar på individet, enn systemet. Det er opp til en selv om man finner tiden. Det er som myndighetene går mer fri for ansvar. I denne mentale modellen hos leder, har Bossert (1998) sin tilnærming av at myndighetene har et stort ansvar for leders handlingsrom, liten plass. På en annen side uttaler Bossert (1998) at handlingsrommet vil også være avhengig av leders kapasitet. I dette ligger det at ledere som har større kapasitet, vil også ha et større handlingsrom. Mulig også at ledere som vurderer at

det er mitt eget ansvar å skape meg et handlingsrom, også har en økt grad av fleksibilitet, som påvirker opplevelsen av handlingsrommet på en positiv måte. I motsetning til ledere som bare vurderer at det er myndighetenes ansvar, og lite «jeg får gjort noe med». Dette med prioritering av tid, var det flere av lederne som nevnte som en viktig lederoppgave.

«Prioritering er en av de viktigste oppgavene vi gjør, og som vi tar litt for lett på ...noen ganger uten å tenke oss om. Og vi har kanskje ikke en god nok struktur på hvem som skal ta de endelige prioriteringene på hva.»

Hvem som har legitimitet til å ta beslutninger om prioriteringer, handler også om hvem som har beslutningsmakt. Den som har beslutningsmakt vil også ha et handlingsrom, fordi det henviser til handlingsvalg (Steward, 1982).

Den tredje faktoren var opplæring og *kunnskap* om lovene. Følgende beskrivelser gav ledere om opplevelsen av å ikke kunne nok om loven.

«Det er mye som er lovregulert. Det er det som gjør det komplekst å drive. Det er jo en del ledere som sier jeg vet ikke om jeg orker å lede mer, fordi det blir for mye. Altså, det blir for mye å forholde seg til, og det blir for mye å sette seg inn i ved siden av drift da. Når forskriftene kommer, får vi ikke noe direkte opplæring i dem.»

Dersom man skal ha mulighet for å benytte seg av handlingsrommet som leder, må man vite hvor det er mulig, slik at man ikke bryter en lov. Bossert (1998) hevdet at leders handlingsrom til implementering og innovasjoner er avhengig av utdanning. Med andre ord vil adekvat kompetanse øke leders handlingsrom. Som nevnt inneholder lovene begrepene kan, bør og skal. Det er når loven benytter begrepet kan og bør, det finnes rom for skjønnsutøvelse, og i så måte et handlingsrom (Molven, 2012). Dersom ikke lederne kjenner til hvor *kan* og *bør* opptrer, vil det være vanskelig å finne handlingsrommet til skjønnsutøvelsen. Eller når det ikke er kjent for lederne hvilken lov som går foran andre. Stewart (1982) beskriver som sagt tre kategorier i sin modell for å analysere fleksibilitet i en jobb; krav, begrensninger og valgmuligheter. Dette er nærmest tilsvarende kategorier som loven benytter seg av. Loven i seg selv stiller *krav* med begrepet *skal*, setter noen

*begrensninger* med begrepet *bør*, men skaper også *valgmuligheter* hvor det finnes et *kan*. Dette gjør opplæring på lov og juridisk metode så viktig.

## 5.6 Helselovenes mange ansikter

Flere av lederne mente at helselovene bidro til et handlingsrom på flere måter. Samtidig var det forhold ved lovverket som lederne opplevde stengt for et handlingsrom. Ut i fra dette både gir og tar helselovene muligheten for opplevelsen av å ha et handlingsrom.

Det at helselovene gav en retning ble opplevd som en tilrettelegging for et handlingsrom, ved at loven formidlet hvilket fokus du som leder skulle ha.

«Lovene gir i hvert fall en retning da, og innenfor den retningen så har du et handlingsrom, dersom du ønsker å bruke det. Altså det å vite hvor du kal hen, gir jo handlingsrom.»

Men forutsetningene for handlingsrommet, var at leder gjorde det som var «riktig». Lederen i sitatet under reflekterer over sitt handlingsrom som leder ved omorganiseringer. Hun beskriver at hun absolutt har opplevelsen av å ha et handlingsrom ved omorganiseringer, dersom hun følger boka og gjør ting riktig.

«Jeg opplever at jeg har mye handlingsrom under forutsetning av at jeg gjør ting riktig. For jeg tror at det er grenser for handlingsrommet hvis jeg gjør noe feil i den omorganiseringen. Da forsvinner handlingsrommet veldig fort, og det kan være skremmende. Da har du ikke noe handlingsrom og du vil bli stoppet av systemet. Jeg syns ikke det er så galt at det er sånn. Jeg har ikke handlingsrom hvis jeg ikke snakker med ansatte, hvis jeg ikke gjør risikoanalyser, hvis jeg ikke gjør formelle drøftinger, hvis jeg ikke sørger for nødvendig kommunikasjon til kommunene, hvis jeg ikke snakker nok med brukerne. Men det er mulig å få det handlingsrommet man ønsker, men det betyr at du må følge boka.»

Torjesen, Byrkjeflot og Kjekshus (2011) hevder at avdelingsledere har fått større ansvar for økonomien og personalressursene i linjen, men at deres handlingsrom allikevel er blitt begrenset hva gjelder organisasjonsstruktur på avdelingsnivå. De mener dette skyldes at ledere blir fjernstyrt med «finslepne» styringsverktøy fra sentralt av. Leder i sitatet opplever at hun først må bruke tiden på krav oppgavene, slik Stewart (1982) beskriver, før hun kan

gjøre handlingsvalg og med det ha et handlingsrom. Bossert (1998) påpeker at handlingsrommet øker dersom det er enighet mellom sentrale myndigheter og lokal virksomhet i mål og oppgaver. Dette vil være et større poeng der hvor beslutningsmakten ikke er delegert. Dersom leder er enig i prosedyrene ved omorganiseringer kan man tenke seg at dette oppleves i større grad som en legalisering av leders handlinger og handlingsrom. På en annen side, dersom leder er uenig i prosedyren, og opplever det å følge prosedyren som et krav, vil opplevelsen av handlingsrommet bli tilsvarende snevert.

Dette poeng lederen uttalte seg om, handlet om utøvelsen av lederfaget ved omorganiseringer. Mulig uttalelsene fra lederne om handlingsrommet med tanke på utvikling av tjenester opplevdes større, enn ved omorganiseringer, slik det kommer fram av sitatet under. Sitatet omhandler endringen i Lov om psykisk helsevern. Lederne mente at endringen både kunne gi inspirasjon til utvikling av bedre behandlingsmodeller og at medikamentellfrie behandlinger og behandling uten tvang kunne få høyere status.

«Det er det positive med endringen i loven. At den kan stimulere til et større fokus på alternativer til tvang. Tenker det er positivt at man kan gjøre større innsats på å få til frivillighet. Nå kan andre aspekter ved behandlingen enn farmaka få høyere status. Det er et kvalitetsløft. DPS`ene vil få flere syke pasienter til frivillige behandling, så de må utvikle sine metoder for å få til enda bedre allianser og samarbeid med pasientene.»

Med andre ord kan en «krav-lov» gi handlingsrom, ved at det gir legitimitet til en endring leder kanskje ikke ville ha gjort før loven ble endret. Leder i dette sitatet setter ikke til side muligheten for å hjelpe pasienten med strengere vilkår for tvang, men begynner å orientere seg etter utvikling av tjenestene i stedet. I så måte beskriver leder at hun gjør det motsatte av hva Kirkhaug (2013) er bekymret for ved påførte endringer gjennom tvangsmakt, nemlig likegyldighet. En annen måte å forstå utsagnet på er at noe som tidligere ble vurdert som faglig uforsvarlig og et avvik, med lovendringen er blitt forsvarlig. En tredje måte å forstå dette på er at man kan tenke seg at loven bidro til å endre, bryte eller øke de mentale modeller hos leder, fordi endringen i loven presenterer en annen måte å forstå pasienten på (Senge, 1991). Disse måter å forstå lov-endringer på kan skape et handlingsrom for tjenesteutvikling.

«Det er leit at det måtte til en endring i psykisk helsevernloven, før institusjonene virkelig tok tak. På en annen side, så er det jo kanskje nødvendig med den

legitimiteten loven gir, fordi det er en så sterk historie og stor kulturbærer i dette, at loven var nødvendig.»

Leder i sitatet over mente at man var i behov av lovens kraft for å kunne bryte med sterke tradisjoner eller historiske mentale modeller, og for å kunne ta i bruk handlingsrommet til å utvikle tjenester som står mer i forhold til ønskelige verdier (Senge, 1991). En annen leder uttalte også at «Helselovgivning skaper et handlingsrom. Det er veldig mange gode intensjoner, og tanker i loven. Loven gir et «pønsj» på at man må tenke annerledes. Dette er et annet syn, enn at lederne er maktens gode og naive hjelpere, eller ikke er bevisst at de er under pisken på myndighetene, slik styringsmentaliteten hevder (Engebretsen og Heggen, 2012). Lederen i sitatet under har stor tillit til at myndighetene gjør kloke og riktige vurderinger, noe som også peker i en annen retning enn mistillit til loven og myndighetenes intensjoner.

«Endringen i psykisk helsevern med tydeligere samtykkekompetanse, er utrolig verdifull og riktig for utviklingen av psykisk helse. Selv om en pasient er alvorlig syk, så må vi i større grad lytte. Her tror jeg ministeren har vært modig. Og jeg tror endringen kommer til å være førende for hvordan man vil utvikle tjenesten. Jeg tenker at politikerne er kloke...»

Sitatet står i kontrast til tidligere beskrevne opplevelser av en mulig mistillit til om helseloven kan ivareta pasientens beste, eller om lovene kan misbrukes i effektivitetens navn. En leder påpekte at fordi man nå vet mer om hva som virker og ikke virker gjennom forskning, så stiller også dette krav om at leder må ta i bruk handlingsrommet og utvikle tjenestene ganske raskt.

«Jeg opplever at handlingsrommet er stort. Vi må jobbe annerledes, fordi vi vet veldig mye mer om hva som virker. Forskningen viser hva som hjelper og hva vi faktisk leverer der ute. Ikke la det være så stort «delay». Det er å øke farta litt på tjenesteutviklingen.»

Denne lederen stilte ikke spørsmålstegn til om tiden ikke strakk til, som ved tidligere drøftelser i oppgaven. Videre hevder leder i sitatet at man har nødvendig kunnskap, som muliggjør utvikling og implementering. Dette henviser til Bossert (1998) påstand om at kunnskap øker muligheten for implementering og handlingsrom.



En annen leder hevdet også at helselovene gav muligheten for et handlingsrom, ved å øke ansvaret til pasienten.

«Det kan være befriende at pasienten skal få mere ansvar. Det er ikke en ønsket situasjon å utøve tvang. Det at pasienten i større grad får velge seg bort fra en del ting, kan skape større handlingsrom på en positiv måte. At pasienten får gjøre egne erfaringer gjennom økt autonomi med den nye lovgivning.»

Det at pasienten ble ansvarliggjort ble av en leder beskrevet som avlastende, og som igjen skapte et handlingsrom for ledelse. Dette fordi en del av fagansvaret som leder skal forvalte, blir overført til pasienten. Samtidig hevder Engebretsen og Heggen (2012) at brukerens rettigheter også kan forstås som indirekte styring, ved at loven tvinger brukeren og hjelpeapparatet inn en bestemt ramme. Blant annet ved å forvente at brukeren skal forvalte friheten på bestemte måter. Her forventes det at brukeren med sin nyervervede autonomi skal lære av sine erfaringer. Engebretsen og Heggen (2012) sier videre at en del av myndiggjøringen som sårbare grupper har fått via rettighetslovgivningen, kan nok sette de i en enda svakere posisjon. Dette resonnerer er i tråd med Feiring (2006) sitt argument om at rettsliggjøring kan gå ut over de svake da skjønnsvurderingen og med det fleksibiliteten kan forsvinne. Lederen i sitatet poengterer dette.

«Og nå kommer jeg inn på en helt annen debatt, men det er også noe med at loven tar kanskje mest hensyn til de mest ressurssterke pasientene...de som profiterer på dette. Ikke for de mer ressursvake i alle ordets betydninger. Kanskje de ressursvake lider under det.»

Det er mulig å anta at det ligger en skjult og subtil makt her. Ved å gjøre pasienten mer autonom, noe som er i tråd med menneskerettighetene i følge Ot.prp 147 L, står lovendringen slik sett mer beskyttet mot kritikk. Samtidig var mange av lederne usikre på lovendringens konsekvens, da ansvaret for liv og død kunne overføres fra behandleren til pasienten. Man kan hevde at pasienten ve og vel er et ansvar som skal deles på tre; myndighetene, profesjonsutøveren og pasienten selv. Her kan det se ut som myndighetene har sneket seg ut bakdøren, og overlatt hele utfordringen til pasienten og behandleren. Behandleren må øke sin balansekunst for å utøve loven forsvarlig, samt at pasienten må ta et større ansvar for sin egen

eventuelle undergang. Som sagt går nyere lov foran gammel, og spesial lov foran generell lov. Det betyr at lovendringen må følges for å utøve forsvarlig pasientbehandling.

En leder våget å komme med krass kritikk nettopp ved lovens ønske om økt autonomi hos pasienten, og at dette ikke skapte et handlingsrom, men et krav om endring.

«Det blir forenkla sannheter, og man føler seg pressa til å gjøre endringer på bakgrunn av det. Man skulle nesten fått lov til å synliggjøre en del ting for å kunne dokumentere. De som hevder det her, har ikke anledninger til å lese journalforløp, de leser bare statistikk. Og da blir det på en måte et vrengebilde på virkeligheten. Når det kommer store oppslag om at en pasient knivstikker en annen i en avdeling. Det har jo skjedd fra tid til annen. Så lurer de på hvordan det kan skje? Og så samtidig vil man ikke ha ransaking og tvang og kontroll, men frihet og autonomi.»

Dette peker tilbake på hva vi forstår som kunnskap (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011). Er det tall og statistikk eller er det beskrivelser og opplevelser hos behandlere? Slik at hva som blir forstått som kunnskap eller vrengebilder av virkeligheten, vil påvirke leders opplevelse av handlingsrommet. Samtidig peker denne lederen på at loven krever både forsvarlighet, ved at man skal forhindre at noen skade andre eller seg selv, mens tiltakene for å komme dette til livs er redusert. Leder blir her ansvarlig for to muligens uforenlige hensyn. Dette belyser at lovverket er så mangslungent og komplekst at handlingsrommet blir utydelig.

«Jeg har ikke tenkt på om loven gir oss et handlingsrom? Men det gir jo loven helt sikkert. Det gir en avgrensning, og mellom avgrensningene er det en åpning for handlingsrom. Det gjelder å finne den åpningen da. Jeg syns det er vanskelig å se handlingsrommet, fordi det er mange forskrifter som gjør at det kan bli veldig utydelig hvor åpningen er.»

Helselovene, slik det ble beskrevet av lederne, både hemmet og fremmet et handlingsrom. Det beskrives et stort spenn mellom lederne i deres opplevelse av handlingsrom. Men det beskrives også et stort spenn i den enkelte leder om opplevelsen av handlingsrommet. Ut i fra dette kan man tenke seg at handlingsrommet er en ambivalent størrelse.

## 5.7 Pålitelighet og gyldighet

Pålitelighet eller reliabilitet betyr at undersøkelsen har troverdighet, og at man kan stole på resultatene (Jacobsen, 2015). For at forskningen skal være pålitelig må studien framstå uten feil eller mangler, og dersom undersøkelsen ble gjentatt ville forskeren komme til samme sluttresultat. Med andre ord må forskeren gjøre rede for funnene på en slik måte at en leser kan gripe prosessen. (Thagaard, 2013) Det betyr at forskeren må skille mellom funn og egne vurderinger, samt stille seg kritisk til innsamlingsprosessen fram til dataene. Videre må forskeren være kritisk til egen analyseprosess, og veien fram til sluttresultatet (Jacobsen, 2015). For å oppnå pålitelighet er det vesentlig at man er åpen til leseren, slik at denne kan følge gangen i analyseprosessen og de valg forskeren har gjort underveis. Kapittel 3, 4 og 5 har beskrevet hele gangen fra innsamling av data, beskrivelser av funn og analyseprosess, samt drøftet funn opp mot teori og forskningsstatus. Oppgaven inneholder ikke en beskrivelse av analyseprosessen for alle seks funnene, men benytter et funn som eksempel på analyseprosessen. Dersom rammene hadde tillat en beskrivelse av analyseprosessen for de resterende fem funnene, hadde det muligens økt oppgavens transparens og reliabilitet. Videre har det vært tilstrebet å skille informasjon gitt av informantene og egne vurderinger. Påliteligheten til en forskning øker ved at forskeren er bevisst på hvordan funnene kan ha blitt påvirket underveis, fra innsamling til siste fase i analysen. Dette poeng er det også reflektert over i kapittel 3 og 4.

Gyldighet eller validitet henviser til om resultatet forskeren har kommet fram til er «sant». Det betyr at forskeren må forholde seg kritisk til egne tolkninger i analysen, samt om relasjonen mellom forskeren og informantene kan ha påvirket resultatene på noen måte. Intern gyldighet handler om informantene hadde kjennskap til det tema som var gjenstand for forskning (Thagaard, 2013). I dette prosjekt hadde informantene god kjennskap til temaet, samt at deres opplevelser har vært i sentrum for intervjuet. Som nevnt tidligere har jeg ingen kjennskap til noen av informantene fra før, eller står i en relasjon til dem. Dette øker sannsynligheten for at de snakker fritt om sine opplevelser. Under intervjuet ble opplevelsen av at de formidlet sine opplevelser «usminket», særlig når de beskrev sin lederrolle som komplisert. Informantene hadde en viss kjennskap til hverandre, da de var fra to sykehus. Dette kan ha påvirket deres svar, ved at de drøftet med hverandre før de ble intervjuet, noe som er vanskelig å kontrollere for. Det kom ikke fram av prosessen at dette hadde foregått, samtidig ble det ikke etterspurt. Alle informantene hadde blitt forespurt av sine klinikksjefer, og opplevde med det at de selv hadde tatt valget med å delta. Flere påpekte at dette var et viktig tema å sette fokus på. Alle

informantene ønsket å få tilsendt masteroppgaven når den foreligger ferdig sensurert. Malterud (2011) hevder at for å sikre validitet, må forskeren gjennom hele analysen kontrollere at man er i tråd med de opprinnelige funnene, og ikke beveget seg vekk fra dem. Dette poeng er blitt fulgt opp, slik det er beskrevet i kapittel 4. Der hvor det ble vurdert at funnene ikke ble godt nok ivaretatt, har kodegrupper eller kategoriseringer blitt endret. Videre har to medlesere lest gjennom all tekst, med den hensikt å være kritisk til om den framstår som åpen og tilgjengelig.

Ekstern gyldighet refererer til om funnene kan generaliseres til andre ledere, eller til andre sykehus innenfor psykisk helsevern (Jacobsen, 2015). Da prosjektet har vært opptatt av subjektive opplevelser med utgangspunkt i seks informanter, har nok studien bare fanget et bestemt antall subjektive opplevelser. Antall informanter øker generaliserbarheten. Det ville vært tilfelle for dette prosjektet også. Samtidig vil nok flere av de nyansene i opplevelser som prosjektet har fanget opp, være gjenkjennbart for andre ledere på andre sykehus. Man må alltid være kritisk til ekstern gyldighet ved små prosjekter, som dette regnes å være.

## 5.8 Etikk

Etikk må gjennomsyre hele forskningsprosjektet, og i så måte skape rammer for hva som er «riktig» og «galt» (Thagaard 2013). Prosjektet har vært gjennomført på en slik måte at det har vært tilstrebet å følge etiske retningslinjene for god forskning gjennom hele prosessen.

Dette masterprosjekt var ikke melde- eller konsesjonspliktig (Johannessen, Tuft og Christoffersen, 2011). Dette fordi informantene er anonymisert og opplysningene er ikke sensitive. Prosjekter som er melde- eller konsesjonspliktig må sendes for godkjenning til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste før informanter blir kontaktet. Det er bevisst ikke brukt navnet på regionalt helseforetak, sykehus eller navn på lederne ved opptak av intervjuene, eller i transkriberingene. Der hvor informanten uttalte navn i intervjuet, har dette blitt anonymisert i etterkant i transkriberingene. Informantene har blitt presentert i en anonymisert form, både for å ivareta god forskningsetikk, men også for å skape åpenhet om prosjektet. Alle informantene samtykket til prosjektet, og var så godt som mulig informert om prosjektet. Tatt i betraktning at det var et kvalitativt forskningsopplegg. Da kan både problemstilling og forskningsspørsmål endres underveis. Informantene kunne når som helst

trekke seg fra forskningsopplegget, noe de ble opplyst om. Tilsagn fra sykehusledelsen med tildeling av navn på intervjukandidater er ikke vedlagt, av hensyn til anonymisering.

Hva gjelder konsekvenser av å delta på forskningen har flere meddelt at de opplevde det berikende. Forskning skal jo av etiske grunner ikke ha negative konsekvenser for de som deltar. Samtidig skal det sies at det ble arbeidet en del med hovedspørsmålene i forkant, for å få tak i den informasjonen prosjektet var opptatt av. I tillegg forutsatte spørsmål om de var kjent med verdier til egen virksomhet, og sammenhengen mellom organisasjonens verdier og helselovgivningen verdier noe forhåndskunnskap. Dette kunne ført til at informantene fikk en opplevelse av å være oppe til muntlig eksamen, og med det satt i forlegenhet.

Informasjonsskrivet gav informasjon om tema og fokus i intervjuet, slik at en forespurt kandidat hadde mulighet til å trekke seg. Alle lederne var godt kjent med kjerneverdier for egen virksomhet, og hvilke verdier som er fokus for helsetjenesten. De spørsmål som mange ikke hadde reflektert over var å se organisasjonens verdier og helselovgivningens verdier i sammenheng. Det var dette fokus de opplevde som berikende.

Videre har det vært fokus på god kildehenvisning gjennom hele oppgaven, for å kvalitetssikre for plagiat.

## 5.9 Metodekritikk

Det er flere ulemper ved kvalitativ metode man bør være bevisst på under forskningsprosessen (Jacobsen, 2015). Det har vært stilt kritiske spørsmål gjennom hele framstillingen.

Det har ikke vært gjennomført pilotintervju, noe som muligens kunne endret på både spørsmål og rollen som ble valgt gjennom intervjuene. Samtidig er det slik ved kvalitativ metode at man skal være fleksibel ettersom man griper funnene og erfarer prosessen. Det betyr at de endringer som har vært beskrevet, hadde muligens ikke vært tilgjengelig etter et pilotintervju. Det var kontinuerlige endringer gjennom hele prosessen. Flexibiliteten kan også være et problem, ved at man beveger seg for langt unna det opprinnelig tenkte intervjuet, eller at man har vansker med å avslutte innsamlings- og analyse prosessen.

Det er vesentlig at forskeren har reflektert over hvilke konsekvenser forskerens nærhet til tema har påført forskningsprosessen. Derfor ble sykehus og informanter som ikke hadde en

kjennskap til meg kontaktet. Samtidig har det vært en nærhet til tema på bakgrunn av min stilling som leder i psykisk helsevern. Dette har gjort at man må være ekstra oppmerksom på funn som ikke passer inn med egne erfaringer. Det er viktig at slike funn får den plass de fortjener både balansert og nyansert.

Noen av informantene spurte hva som lå til grunn for dette tema, hvorpå de ble informert om min stilling som leder i samme felt. Dette har nok på en eller annen påvirket intervjuet, uten at det kan beskrives som positivt eller negativt. Det kunne økt prestasjonsfokus som ikke var ønskelig, eller skapt en trygghet ved at forskeren var i «samme båt». Effekten av dette har ikke blitt etterspurt.

Det som også er blitt reflektert over i etterkant er om informantene i større grad skulle blitt utfordret på å utdype hvordan de forstod organisasjonens verdier og helselovens verdier. Hvordan de forstår verdiene kommer en del fram i løpet av intervjuet, men det kunne nok vært berikende i enda større grad å gå nøyere inn på dette. Mulig dette kan knyttes til at semistrukturerte intervjuer er en treningssak, ved at man med mengdetrening kan oppøve en større evne til denne intervjuformen.

## 6 Konklusjon

Problemstillingen med fire tilhørende forskningsspørsmål ble i forrige kapittel drøftet gjennom presentasjon av empiri og teori. I det siste kapittelet vil de viktigste funnene som påvirker lederes opplevelse av handlingsrommet bli oppsummert. En tredimensjonal modell vil illustrere hvilke faktorer som vil påvirke leders handlingsrom, for å skape en helhetlig forståelse. På slutten av kapittelet presenteres noen forslag til videre forskning.

### 6.1 Oppsummering av de viktigste funnene og betydning for praksis

Første forskningsspørsmål var om hvordan lederne beskriver at ledelsesorienterte oppgaver og administrative oppgaver påvirket deres handlingsrom. Alle lederne beskrev en klar forskjell på lederoppgaver og administrative oppgaver. De ble beskrevet forskjellig med tanke på innhold, hva de skulle ivareta og hvem som hadde definert oppgavene. Et funn var om hvem lederne opplevde hadde definisjonsmakten på oppgaven, om det var myndighetene, sykehuset eller leder selv. Man kan tenke seg at ledere som hadde en opplevelse av å ha definisjonsmakten på oppgavene ville ta i bruk handlingsrommet i større grad, enn ledere som opplever at de ikke har definisjonsmakten på oppgavene. Men det som kom fram av studien var at alle lederne opplevde at de hadde en reell mulighet for å lede, selv om de beskrev at definisjonsmakten lå utenfor dem selv på både ledelsesorienterte oppgaver og administrasjonsorienterte oppgaver. Lederne hadde liten bevissthet om hva som skapte spennet mellom opplevd definisjonsmakt på oppgaven og opplevelsen av å ha et reelt handlingsrom for å lede. Studien kan øke lederes bevissthet om dette. Firkant nr. 1 i modellen *Administrative oppgaver og leder oppgaver* representerer denne faktoren.

Forskningsspørsmål to var om hvordan ledere bruker kjerneverdiene i egen virksomhet for å skape seg et handlingsrom. Lederne beskrev at de brukte verdiene som et ideal før handling, men også at de skilte verdiene -for-praksis fra verdiene- i-praksis. Når verdier-for-praksis og verdier-i-praksis kom i konflikt med hverandre, var det ofte verdier som kunne knyttes til pasientens beste og relasjoner som ble valgt av lederne. Slik sett ble verdiene-i-praksis i mindre grad justert opp mot verdiene-for-praksis, eller helselovgivningens verdier, slik *nøkkeloperasjonen* i verdibevisst ledelse blir beskrevet (se oppgavens s. 15). Samtidig ble organisasjonens verdier en viktig nerve i organisasjonen, og et avgjørende føringsignal for

lederne. Særlig når lederne opplevde å stå i en skvis opp mot helselovgivningens verdier. Kjerneverdiene kunne virke forløsende på det som kunne forstås som verdikonflikter og moralsk stress. Med tanke på dette har organisasjonens verdier en vesentlig funksjon for ledere i deres opplevelse av handlingsrommet. Organisasjonens kjerneverdier kan være en avgjørende faktor for å skulle orke å lede over tid i psykisk helsevern, hvor ledere må tåle høy grad av kompleksitet og etiske dilemmaer på liv og død. Da blir organisasjonens verdier et viktig styringsredskap som skaper et handlingsrom. Lederne uttalte at de var redde for å feilvurdere, eller at personlige verdier som var en del av selvopplevelsen skulle fragmenteres. I slike situasjoner var det noen av lederne som beskrev at virksomhetens kjerneverdier ble avgjørende for å dempe det moralske stresset. Ut i fra dette forhold virket verdiene beskyttende på leders psykososiale arbeidssituasjon. Lederes opplevelse av handlingsrom og opplevd psykososiale miljø vil også påvirke hverandre gjensidig. Firkant nr. 2 i modellen *Organisasjonens verdier for praksis og i praksis*, illustrerer denne faktoren.

Forskningsspørsmål tre var om hvordan ledere opplever at helselovgivningen påvirker deres handlingsrom. Noen ledere beskrev at helselovene inneholdt nettopp den kraft, som var nødvendig for å ta i bruk handlingsrommet for tjenesteutvikling. Lederne som beskrev dette opplevde at helselovene legitimerte og fremmet handlingsrommet. Samtidig var flere av lederne usikre på om helselovene bygde på en reell kunnskap om virkeligheten, eller et vrengebilde for å ta hensyn til verdien effektivitet. Videre var ledere usikre på om loven kunne misbrukes i den forstand at ressursene kunne med loven i hånd, skjæres ned til et minimum og tvinge den faglige forsvarligheten til en lovlig, men absolutt nedre grense. Dette vil snevre inn leders handlingsrom. Manglende tillit til lovens intensjoner er et alvorlig scenario. Parallelt med dette kom det fram at noen ledere hevdet at pasienten også led av lite effektive utredninger og behandlinger, og at helselovgivningens vektlegging av autonomi som verdi, kunne føre til mer effektive utredninger og behandlinger med høyere kvalitet. Samtidig som de var bekymret for om de mest sårbare pasientene ville tape i dette. Med andre ord var helselovens påvirkning på opplevd handlingsrom mangefasettert hos lederne. Firkant nr. 3 i modellen *Helselovens verdier-hemmer og fremmer*, representerer denne faktoren.

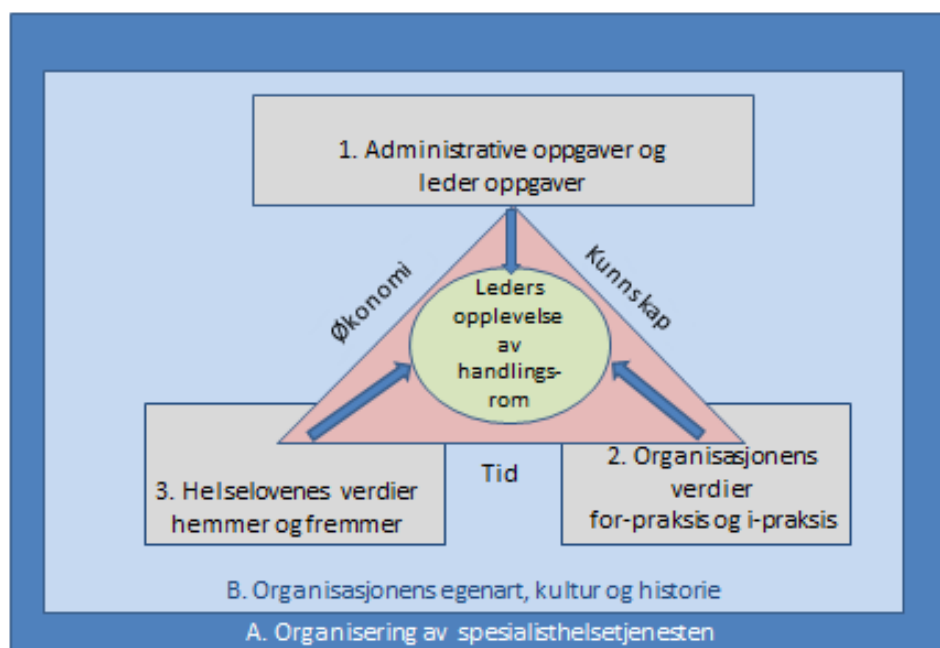
Forskningsspørsmål fire var om det var andre faktorer som påvirket lederes opplevelse av handlingsrommet. Det var tre faktorer som de fleste beskrev som *stengsler* eller *hemmere* for å ta i bruk handlingsrommet; tid, økonomi og kunnskap om lovverket. For å illustrere at de var hemmende er de skrevet på «veggene» rundt modellens innerste kjerne, som illustrerer *Leders opplevde handlingsrom*. En bevissthet om disse faktorene, særlig opplevelsen av



mangel på kunnskap om et kompleks lovverk, er det med sannsynlighet mulig å endre på et lavere nivå. Tid og økonomi henger tettere sammen, samt at begge faktorer består av en gitt avgrenset mengde. Endring av disse faktorer må løses på et overordnet nivå, hvor økonomien blir nøkkelen til tiden, dersom standarden skal opprettholdes. Noen av lederne uttrykte frustrasjon over tid og økonomi, og kalte det en trussel mot viktige verdier. Andre ledere beskrev at løsningen lå hos dem selv, ved at dette var aksepterte rammer lederne stilltiende måtte leve med.

I tillegg til de faktorer som er beskrevet, vil det være forhold på forskjellige nivåer som vil påvirke lederes opplevelse av handlingsrommet. Lokalsykehusets sin egenart, historie og organisasjonskultur vil kunne virke hemmende eller fremmende på lederes opplevelse av handlingsrom. Dette tema ble nevnt av flere av lederne. Videre vil spesialisthelsetjenesten sin organisering påvirke lederes opplevelse av handlingsrommet. Dette ble også nevnt av lederne med tanke på helselovene, myndighetskrav og hvem som hadde definert deres arbeidsoppgaver. Nivåene er illustrert ved at øverste samfunnsnivå er ytterste firkant A, mens firkant B er lokalsykehuset. Forholdene på alle nivåene, samt faktorene som arbeidsoppgaver, verdier og helselover vil sammen med tid, økonomi og kunnskap kontinuerlig være i endring og påvirke hverandre gjensidig.

Figur 3. Faktorer som påvirker handlingsrommet til ledere i psykisk helsevern



Modellen kan brukes som en bevisstgjøring om den komplekse sammenhengen ledere skal utøve ledelse i, i den hensikt å øke leders handlingsrom. I følge sosialkonstruktivistisk vitenskapsteori skapes forståelsen i relasjon til andre i en gitt kontekst. Samtidig som forståelsen kontinuerlig om konstrueres fordi vi er utsatt for påvirkning (Aadland og Askeland, 2017). Modellen kan i så måte være bevisstgjørende for både ansatte, ledere og myndigheter, om hva som påvirker leders handlingsrom, i den hensikt å utvide repertoaret med mentale modeller, hvor leder kan oppnå en større fleksibilitet i rollen. Bossert (1998) hevdet at *handlingsrommet* vil kunne påvirke positivt økonomisk robusthet, samt likhet, effektivitet og kvalitet på tjenestene. Dette er en annen vei å gå enn det Torjesen, Byrkjeflot og Kjekshus (2011) påstår at myndighetene har gjort til nå med økt styring fra toppen, for å svare opp verdiene likhet, kvalitet og effektivitet.

## 6.2 Forslag til videre forskning

Et interessant tema dette arbeidet har skapt nysgjerrighet på, er konsekvensene for sårbare pasientgrupper ved økt myndiggjøring. Dette fordi økte rettigheter og autonomi til brukere og pasienter har vært så omfattende de siste år, samtidig som praksis hvor endringene er operasjonalisert er ung. Dersom man skal ta ledernes uttalelser på alvor, både bekymring og begeistring, kan det være hensiktsmessig å forstå mer av dette tema. Pasientenes myndiggjøring og medvirkning, er verdier som er beskyttet mot kritikk, og nettopp derfor kan det utvikle seg diskurser og mentale modeller som i mindre grad blir til gjenstand for undring og refleksjon. Verdier som skal gi pasienter en styrket rolle, kan i motsatt fall frata dem en posisjon og viktige muligheter. Kunnskap om dette kan både være nyttig for pasienter, brukerorganisasjoner, profesjonelle og myndigheter.

Et annet tema som også hadde vært interessant å følge, er om økt kunnskap om helselovgivningen, hadde skapt en annen opplevelse av lederes handlingsrom. Økt kunnskap om helselovene er på en måte en lavt hengende frukt, som kunne vært mulig å plukke.

Ellers er det generelt gjort lite effektforskning på desentralisering, og hvordan dette påvirker viktige verdier for psykisk helse som kvalitet og effektivitet. Myndighetene, skal man tro oppgavens refererte forskning og teori, har svart opp manglende kvalitet og effektivitet hittil med økt kontrolltiltak og mer disiplinerte styringsverktøy.

## 7 Litteraturliste

- Aadland, E. (2004). *Den truverdige leiaren*. Oslo: Samlaget.
- Aadland, E., & Askeland, H. (2017). *Verdibevisst ledelse*. Oslo: Cappelen Damm.
- Arnulf, J. K. (2012). *Hva er ledelse?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Bossert, T. (1998, november). Analyzing the decentralization of health system in developing countries: Decision space, innovation and performance. *Soc Sci Med*, ss. 1513-1527.
- Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlig profesjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H., & Guldbrandsøy, K. (2013). Både hierarkisk styring og nettverk. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, ss. 463-491.
- Christensen, T., Lægreid, P., & Stigen, I. (2004, Desember). Performance management and public sector reform: The Norwegian hospital. *Stein Rokkan Centre for social Studies*, ss. 1-43.
- Eide, S. B., & Skogstad, B. (2013). *Etikk - til refleksjon og handling i sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.
- Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Feiring, E. (2006). Demokratiet og rettsliggjøring av velferdspolitikken. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, ss. 575-586.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. (2017, januar 1). Norge: Regjeringen.
- Gilje, N., & Grimmen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskafilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget 3 utg.
- Høringsnotat. Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten, 15/3753 (Helse- og omsorgsdepartementet Oktober 2016).
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2014). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, p., & Christoffersen, L. (2011 4utg). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Johnsen, Å. (2010). *Ledelse og styring. Hard og myk styring i offentlig sektor*. Oslo: Fagbokforlaget.

- Kirkhaug, R. (2013). *Verdibasert ledelse - betingelser for utøvelse av moderne lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk. Om hvordan forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Ladegård, G., & Vabo, S. (2010). *Ledelse og styring. Ledelse og styring - teoretisk rammeverk*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Ladegård, G., & Vabo, S. (2011, Januar). Ledelse Styring og Verdier. *Magma*, ss. 25-33.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004, Januar 8). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Nordic college of caring science*, ss. 145-153.
- Lov av 15 juni 2001 nr 93 om helseforetak.
- Lov av 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenester.
- Lov av 2. juli 1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
- Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter.
- Lov av 2. juli 1999 om helsepersonell.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mohammed, J., North, N., & Ashton, T. (2015, november 15). Decentralisation of health service in Fiji: A decision space analysis. *International journal of health policy and management*, ss. 173-181.
- Molven, O. (2012). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Odelstingpreposisjon nr 10 Om lov om spesialisthelsetjenesten. (1998-99). Norsk: Regjeringen.
- Odelstingproposisjon nr 12 Om lov om pasientrettigheter. (1998-99). Norge: Regjeringen.
- Odelstingproposisjon nr. 11 Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (1998-99). Norge: regjeringen.
- Odelstingproposisjon nr.13 Om lov om helsepersonell. (1998-99). Norge: Regjeringen.
- Odelstingsproposisjon 147 L Endringer i psykisk helsevernloven mv. (Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet) (2015-2016).
- Olsen, J. A. (2014). *Helseøkonomi, effektivitet og rettferdighet*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Rundskriv. (2013, mai 28). *Lederansvaret i Sykehus*. Oslo, Norge: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Salemela, S., Eriksson, K., & Fagerström, L. (2011, juni 25). Leading change: a three-dimensional model of nurse leaders`main tasks and roles during a change process. *Journal of advanced nursing*, ss. 423-433.

- Senge, P. M. (1991). *Den femte disiplinen*. Oslo: Hjemmets bokforlag.
- St.meld nr. 11 (2016 - 2019). (u.d.). *Nasjonal Helse- og sykehusplan*. Norge: Stortinget.
- St.meld.nr.26 (1999-2000). (1999, desember 22). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Stortinget.
- Stamsø, M. A. (2014). *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stewart, R. (1982, januar). A model for understanding managerial jobs and behavior. *The Academy of management Review*, ss. 7-13.
- Store norske leksikon*. (2017, september 23). Hentet september 23, 2017 fra <https://snl.no/ontologi>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torjesen, D. O., Byrkjeflot, H., & Kjekshus, L. (2011). Ledelse i helseforetakene. en gjennomgang av Norske studier av ledelse u sykehus. I S. Askvik, B. Espedal, & H. Gammelsæter, *Kunnskap om ledelse - Festskrift for Torodd Sand* (ss. 89-103). Bergen: Fagbokforlaget.
- Veileder. (2017, juni 13). *IS-IS-2620 Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet.

**Ledelse** er å skape oppslutning om målrettet samarbeid gjennom å gjøre det meningsfylt (Arnulf 2012)

**Administrasjon** handler om hvordan arbeidet skal organiseres ved hjelp av regler, prosedyrer, rutiner og systemer. (Arnulf 2012)

**Verdi** er ønskverdige kvaliteter ved handling eller formål (Aadland 2004)

**Verdier for den norske helsetjenesten er kvalitet, respekt og likeverd** (St.med.nr 26 Om verdier for den norske helsetenesta)

**Lederskap handler om både administrasjon og ledelse.** Vil ledelse og administrasjon ivareta forskjellige verdier? Vil administrasjon med sitt regel- og prosedyrefokus ta vare på verdien likeverd, mens ledelse som er mer relasjonelt orientert ivareta verdien respekt for enkeltindividet?

## **Vedlegg 1: Forespørsel om deltagelse i masteroppgaveintervju – verdibasert ledelse.**

Lederrollen i spesialisthelsetjenesten krever at man balanserer mange hensyn og krav. Lovene med forskriftene stiller krav til drift, mål og verdier i tjenesteproduksjonen.

Hovedfokus for denne masteroppgaven er hvilket handlingsrom ledere i psykisk helsevern opplever at de har med tanke på ressursforvaltning, tjenesteproduksjon og organisasjonsutvikling. Studien søker å kartlegge om helselovgivningen kan være medvirkende til at noen opplever handlingsrommet som godt eller mindre godt. Videre hvilken betydning verdiene har for opplevelsen av handlingsrom.

Helse Sør Øst har valgt verdibasert ledelse, med en klar visjon og kjerneverdier som ledelsesfilosofi. (Plan for strategi og utvikling 2013-2020 s.4)

### **Oppgavens (foreløpige) problemstilling**

*På hvilken måte påvirker helselovene leders handlingsrom i psykisk helsevern i Helse Sør Øst?*

Intervjuet vil inneholde følgende hovedtemaer:

- Hvilken hovedoppgave har den virksomheten som du leder?
- Hvordan påvirker virksomhetens kjerneverdier ditt handlingsrom som leder?
- Hvordan påvirker helselovene ditt handlingsrom som leder?

- Hvordan vil du beskrive administrative oppgaver og ledelsesorienterte oppgaver?

Sitatene i de blå rammene kan skape noen refleksjoner på om hvordan helselovene og føringsdokumenter spiller sammen med verdiene i det å skape lederskap i egen virksomhet. Jeg vil være interessert i dine refleksjoner og fortellinger som kan formidle hvordan du opplever ditt handlingsrom.

## **Forskningsdesign, metode og etikk**

Dette er et kvalitativt forskningsprosjekt, hvor semistrukturert intervju blir benyttet som datainnsamlingsmetode. Deretter vil dataen bli drøftet opp mot teori presentert i oppgaven, med målsetning om å kunne beskrive sammenhengen mellom helselovene, myndighetenes føringsdokumenter og leders opplevelse av handlingsrom. Videre om hvilken rolle verdiene kan spille inn i dette.

Tidsrammen for intervjuet vil være ca 60 minutter. Intervjuet vil bli spilt inn på mobiltelefon og transkribert før analyse av dataene. Både sykehus, avdeling og selve intervjuobjektet vil bli anonymisert. Alle data vil bli behandlet konfidensielt. Det vil komme fram hvilket ledernivå stillingen er plassert i. Dette for å kunne ha muligheten for å analysere om for eksempel enhetsledere som står nærmere pasienten, har en annen opplevelse av handlingsrommet enn avdelingsleder eller klinikk sjef.

Jeg er svært takknemlig dersom du vil samtykke til intervjuet. Du kan når som helst velge å trekke samtykke.

Jeg er student ved masterstudiet i verdibasert ledelse, ved Vid vitenskapelige Høgskole, campus Diakonhjemmet. Studieleder/høgskolelektor Karin Kongsli er min veileder.

Dersom du har spørsmål i sakens anledning vennligst ta kontakt med meg på mobilnummer 95 25 30 93

Klinikk sjef XXX ved , XXX har gitt meg tillatelse til å kontakte deg i denne anledning.

Med vennlig hilsen

Helle Baadsvik

## Vedlegg 2 - Intervjuguide

### Innledende spørsmål

1. Hvilken formell kompetanse har du?
2. Hvor lang erfaring har du som leder?
3. Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
4. Hvilket ansvarsområde har du?
5. Hvilket ansvarsområde mener du veier tyngst?

### 2 Hovedspørsmål

1. Hvordan opplever du din reelle mulighet for administrasjon og ledelse innenfor ditt ansvarsområde?
2. Kjenner du til verdiene til din virksomhet?

#### **Nå skal jeg stille noen spørsmål om hovedoppgaven til den virksomheten du leder**

3. Hvordan vil du beskrive ledelsesorienterte oppgaver i din virksomhet?
  - a. Hvordan er hovedoppgaven beskrevet - eksempler?
  - b. Hvem har definert hovedoppgaven?
  - c. Hvilke verdier vektlegger du ved ledelse i praksis?

#### **Nå skal jeg stille deg noen spørsmål om administrasjonsorienterte oppgaver ved din virksomhet som du leder.**

4. Hvordan vil du beskrive administrasjonsorienterte oppgaver i din virksomhet?
  - a. Hvordan er målene beskrevet - eksempler?
  - b. Hvem har definert målene?
  - c. Hvilke verdier vektlegger du ved administrasjon av praksis?

#### **Nå skal jeg stille deg noen spørsmål om helselovgivningens verdier og verdiene ved din organisasjon.**



5. Hvordan vil du beskrive sammenhengen mellom helselovgivningens verdier og organisasjonens verdier?
  - a. Tok din virksomhet hensyn til helselovgivningens verdier når verdiene for din virksomhet ble etablert - eksempler?
  - b. Henviser verdiene i din virksomhet seg til helselovgivningens verdier, og på hvilken måte - eksempler?
  
6. I hvilken grad opplever du at det er samsvar mellom virksomhetens verdier og helselovgivningens verdier?
  - a. Legitimerer helselovgivningens verdier virksomhetens hovedoppgave, og på hvilken måte - eksempler?
  - b. Legitimerer helselovgivningens verdier virksomhetens administrasjonsmål, og på hvilken måte - eksempler?
  
7. Opplever du at helselovgivningen kan støtte opp under nytenkning og utvikling av helsetjenestene?
  - a. Hvilken rolle spiller helselovene i endring og utvikling i din virksomhet - eksempler?
  - b. Kan helselovgivningens verdier medvirke til at virksomheten får et handlingsrom og på hvilken måte - eksempler?

**Ett avsluttende spørsmål.**

8. Hvordan opplever du ditt handlingsrom som leder?

