



Endringsledelse i offentlig helsevesen

En kvalitativ studie av mellomlederes erfaringer i utøvelse av endringsledelse

Cecilie Kopperud Johnsen
VID vitenskapelige høgskole
Oslo

Masteroppgave
MAVERD-599

Antall ord: 22 582
Dato: 15.05.2023

Sammendrag

Jeg har hatt til hensikt å utforske mellomlederen i Ortopedisk klinikk sine erfaringer med og opplevelse av endringsprosesser i den organisasjonskulturen og innenfor de rammene som Oslo universitetssykehus representerer. Hvorvidt mellomlederen har et bevisst forhold til organisasjonskulturen og eget handlingsrom, hvordan dette eventuelt gir føringer for handling og holdning til endringsprosesser, alternativt om de opplever ubevisste verdistyrte reaksjoner på endringsprosesser.

Tema for masteroppgaven er *endringsledelse i offentlig helsevesen*.

Innledningsvis vil jeg informere leseren om at datainnsamling fant sted i 2022. Det vil si at informantenes beretninger om opplevde erfaringer på dette tidspunktet ikke var påvirket av budsjetttrammene for 2023, et eventuelt innskrenket handlingsrom, eller initierte endringsprosesser etter dette.

For å hjelpe å avdekke min problemstilling om ***hva som begrenser mellomlederens mulighet til å gjennomføre endringer***, så formulerte jeg tre forskningsspørsmål;

Hvordan påvirker organisasjonskulturen mellomlederens evne til endring?

Hvordan påvirker tilhørighet til fagprofesjon mellomlederens evne til endring?

Hvordan påvirker organisasjonens rammer mellomlederens handlingsrom i endringsarbeid?

Av tidligere forskning og studier innenfor ledelse og endringsledelse har jeg undersøkt hvordan myndighetene ser på ledelse og endringsledelse innenfor staten og dens institusjoner. Av teoretisk forankring har jeg lent meg på ulike ledelsesteorier, der ledelse defineres som «en prosess rettet mot å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og adferd for å oppmuntre til innsats for å nå felles mål» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 405).

Min ontologiske forankring til problemstillingen er sosialkonstruktivistisk, der jeg mener at *endring* er et sosialt konstruert fenomen som et resultat av historiske og sosiale prosesser i organisasjonen og institusjonen OUS. Jeg har benyttet meg av en kvalitativ intervjustudie og har valgt en *fenomenologisk hermeneutisk metode* som lener seg til både fenomenologien og

hermeneutikken. Dette er en kombinert metode som åpner opp for et bredere og mer kritisk syn på både fenomen og tekst.

Jeg har innhentet empirisk data i et bredt lederspenn i Ortopedisk klinikk hvor informantene er representert ved forskjellige fagprofesjoner i klinikken. Temaene som kommer fram av denne studien er at mellomlederens evne til gjennomføring av endringer blir begrenset av manglende opplevelse av mening og nytte, av manglende reell medvirkning, av organisasjonskulturen og av rammer.

På bakgrunn av mine funn er min konklusjon at mellomlederens mulighet til å gjennomføre endringer, begrenses av en manglende felles forståelse mellom organisasjon, toppledelse og den kliniske virksomhet av behovet for endring. Det synes å være en tilsvarende diskrepans i forståelsen i viktigheten av å ha et felles mål for endring.

Nøkkelord: endringsledelse, administrasjonsledelse, organisasjonskultur, offentlig helsevesen

Abstract

My intention with this study has been to research the intermediate manager in Orthopedic Clinic, and how they experience the change processes in Oslo University Hospital. Here seeing the hospital as the context for both the culture and framework that the organization represents. The study will disclose if the intermediate manager has an awareness about the organizational culture and his own prospect for accomplishment, how this might give reason for action, or opinions in change processes. It might even have an unconscious effect on value based or managed reactions in participating, or going through a change processes.

The field of my study is *change management in public health service*.

Initially I will make the reader aware that the collection of data was carried out in 2022. The economic framework for 2023 did therefore not influence the informant's answers, or their eventual reduced ability for action, or change processes induced by the organization because of that.

To help me answer the main research question of my study, which was ***what is limiting the intermediate leader's possibility to implement change***, I created the three following research questions;

How does the organizational culture affect the intermediate leader's ability to implement change?

How does professional affiliation affect the intermediate leader's ability to implement change?

How does the organizations framework affect the intermediate leader's ability to implement change?

This study is based on a combined method of phenomenological and hermeneutical approach through qualitative interviews with six informants from different professions and positions in Oslo University Hospital. My informants represent a broad spectrum of the intermediate managers of healthcare services in the organisation.

In my study I have discussed my findings on the basis of earlier research of leadership and leadership for change. It is discussed up on earlier studies in how the state governance set procedural cause of act, and how the government institutions are supposed to accomplish those goals.

I have obtained empirical data in a broad range of intermediate leaders in Orthopedic Clinic. They have been represented by an equivalent selection of the clinics trade professions. The themes that came apparent were that the intermediate leader was prevented from implementing change for many reasons. They were prevented by lack of meaning and utility of change, by lack of ability to participate, by the organizational culture and by framework.

My preliminary conclusion is that the intermediate manager's ability to implement change is prevented by the lack of common reason and understanding of the need for change, between the organization, the top management, and the clinics trade professions. It seems to be an equivalent discrepancy in the understanding of the importance of a common goal for change.

Forord

I forordet vil jeg presentere to eksempler fra datainnsamlingen som ble beskrevet som vellykkede endringsprosesser i Oslo universitetssykehus. Her var endringene pålagt fra øverste ledelse i sykehuset. Endringene ga mening for både mellomledere, ansatte og fagprofesjoner i hele organisasjonen. I planlegging og gjennomføring fikk både mellomledere, ansatte og berørte fagprofesjoner medvirke. Fagprofesjonenes rolle og kompetanse ble tatt i betraktning i prosessene og meninger ble hørt. Det ble satt av konkrete og realistiske rammer for å nå mål og hensikt med endring. Organisasjonen som helhet viste vilje til gjennomføring.

Det ene er etableringen av sengepost-kohorter under pandemien.

Det andre er opprettelsen av MEDEVAC-posten for mottak av sårede og skadde pasienter fra Ukraina.

Innhold	
Sammendrag	1
Abstract	3
Forord	5
1.0 Innledning.....	8
2.0 Bakgrunn og problemstilling	10
2.1 Organisasjonen og institusjonen.....	10
2.2 Problemstilling	12
2.3 Forskningsspørsmål.....	13
2.4 Oppbygning av masteroppgaven	13
3.0 Tidligere forskning og teori	14
3.1 Tidligere forskning.....	14
3.2 Teoretiske perspektiver	17
3.2.1 Ledelse og endringsledelse.....	17
3.2.2 Organisasjonsutvikling.....	17
3.2.3 Institusjonell ledelse	19
3.2.4 Institusjonelle logikker.....	20
3.2.5 Profesjonsledelse.....	20
3.2.6 Administrasjonsledelse.....	21
4.0 Metode	24
4.1 Ontologi.....	24
4.2 Forskningsmetode.....	25
4.2.1 Fenomenologi.....	25
4.2.2 Hermeneutikk	26
4.2.3 Fenomenologisk hermeneutisk metode.....	27
4.3 Min for forståelse og metoderefleksjon	30
4.3.1 Datainnsamling og forskningsetikk.....	33
5.0 Funn og resultat.....	35

5.1 Manglende opplevelse av mening begrenser mulighet for endringer	37
5.2 Pålagte endringer må oppleves som meningsfulle og/eller nyttige	38
5.3 Manglende reell medvirkning begrenser mulighet for endringer	39
5.4 Organisasjonskulturen setter begrensninger for endring.....	41
5.5 Rammer setter begrensninger for gjennomføring av endringer	43
5.6 Bifunn	44
5.6.1 Motstand og endringsagenter	44
5.6.2 Anerkjennelse	45
6.0 Drøfting.....	46
6.1 Hvordan påvirker organisasjonskulturen mellomlederens evne til endring.....	48
6.1.1 Organisasjonskultur og manglende opplevelse av mening	48
6.1.2 Organisasjonskultur og pålagte endringer	50
6.2 Hvordan påvirker tilhørighet til fagprofesjon mellomlederens evne til endring	54
6.2.1 Fagprofesjon og reell medvirkning	54
6.3 Hvordan påvirker organisasjonens rammer mellomlederens handlingsrom i endringsarbeid ..	58
6.3.1 Rammer og pålagte endringer	58
6.3.2 Rammer og reell medvirkning	64
6.3.3 Rammer og organisasjonskultur	67
7.0 Oppsummering og konklusjon.....	73
7.1 Mening	73
7.2 Medvirkning	74
7.3 Organisasjonskultur	75
7.4 Rammer.....	76
7.5 Hva begrenser mellomlederens mulighet til å gjennomføre endringer	77
7.6 Konklusjon.....	78
Litteraturliste.....	80

1.0 Innledning

Oslo universitetssykehus [OUS] står overfor tidenes største utbyggingsprosjekt i Helse-Norge, som innebærer en omfattende omlegging av dagens drift på de store Oslo-sykehusene som tilhører universitetssykehuset. Arbeidet er ledet av prosjektorganisasjonen Nye OUS i Oslo universitetssykehus. Rikshospitalet skal utvides betraktelig, Aker sykehus skal rives og bygges nytt, Radiumhospitalet er under oppføring, Livsvitenskapsbygget er et samarbeid med Universitetet i Oslo og under prosjektering, Ullevål sykehus skal legges ned og alt skal stå ferdig i 2031. Storbylegevaktprosjektet er først ute og ferdigstilles i 2023. Det er dagens virksomhet i Storgata som flytter inn i ny legevakt på Aker, med Allmennlegevakten som driftes av Helseetaten [HEL] i Oslo kommune, og Skadelegevakten og en ortopedisk avdeling som driftes av Ortopedisk klinikk [OPK] i Oslo universitetssykehus.

Til daglig har jeg mitt virke som Prosjektkoordinator og delprosjektleder for organisasjonsutvikling i Storbylegevaktprosjektet for OUS. Her er et omfattende arbeid lagt ned i å etablere behandlingsforløp som er tilpasset et nytt bygg, nye arealer og ny infrastruktur. I prosjektet er Oslo kommune både byggherre og prosjekteier, men med virksomhetene OUS og HEL som selvstendige leietakere, med tilsvarende juridisk ansvar for prosjektering av tjenestetilbudet som virksomhetene skal levere i legevakten og til innbyggerne i Oslo.

Når legevakten flytter inn i nye lokaler i 2023 skal organisasjonen OUS være tilpasset legevaktens mål og overordnede føringer, hvor et av de sentrale målene er effektivisering av pasientbehandlingen ved hjelp av ny byggeteknisk infrastruktur, IKT-fag og støttesystemer, samt forbedring av pasientforløp. Organisasjonsutviklingsprosjektet i OUS skal ha bidratt til å finne de beste løsningene for en fremtidsrettet og pasientvennlig legevakt. Dette innebærer også etablering av nye, samt utvikling og endring av eksisterende pasient- og arbeidsflyter.

Legevakten skal tilby nødvendig og akutt behandling, helsehjelp og sosialfaglig bistand til personer med hjelpebehov som bor eller oppholder seg i Oslo. Tjenestetilbudet overfor byens befolkning på legevakten skal være tilgjengelig hele døgnet.

Skadelegevakten/OUS og Allmennlegevakten/HEL omfatter legevaktstjenester for pasienter med akutte skader, brudd, sår mv. og somatikk med både stasjonære og ambulante behandlingstilbud innenfor medisin, psykiatri, rus og sosiale kriser. I tillegg har Legevakten elektiv ortopedisk kirurgi som driftes av Ortopedisk klinikk i OUS. Det vil si at alle tjenestene innenfor skade og kirurgi overfor byens befolkning som legevakten leverer, er tjenestetilbud levert av OUS. I tillegg til et svært tett samarbeid mellom OUS sin virksomhet på selve Legevakten og OUS sine øvrige sykehus og da spesielt Ullevål, så samarbeider Legevakten med de andre lokalsykehusene i Oslo som betjener byens befolkning. Alle er de sentrale aktører for å løse samhandlingsreformens utfordringer i Oslo.

Det unike ved konseptet Legevakten er *En dør inn* for innbyggeren i Oslo og tilgang på *en* helhetlig helsetjeneste uavhengig av skade, somatisk eller psykisk sykdom. Denne er basert på tett samarbeid og en sømløs samhandling mellom Oslo universitetssykehus og Helseetaten.

I organisasjonsutviklingsarbeidet for OUS i prosjekt, har jeg vært helt avhengig av å involvere og samarbeide tett med ledere, ansatte, tillitsvalgte og verneombud for den kliniske virksomheten i sykehuset. Ansatte har gitt utrykk for endringsvilje, endringsvegring, endringsmotstand og endringsredsel. Alle gledes de over et nytt bygg med moderne behandlingsarealer og tilsvarende fysisk arbeidsmiljø. Der enkelte ansatte ser mulighet til utvikling og er positive til forbedringspotensialet som dette gir, ønsker andre å ta med seg innarbeidede rutiner fra Storgata inn i nytt bygg, solid forankret i mottoet «Sånn har vi alltid gjort det!».

Storbylegevaktprosjektet har gjennomført en omfattende prosjektering gjennom flere år og er i slutfasen, hvor prosjektorganisasjonen Nye OUS leverte forprosjektrapport i oktober 2022 for nye sykehus på Aker og Gaustad i Oslo. Nye OUS står overfor det samme utfordringsbildet i prosjektgjennomføringen for utvikling og endring av Oslo universitetssykehus, som både skal og må til for å møte fremtidens helsetjeneste i nye bygg i 2031. Det er med bakgrunn i syv år i prosjekt og de erfaringene jeg har gjort meg i forhold til evne og mulighet til utvikling og endring av og i offentlig helsetjeneste, som jeg nå dykker ned i temaet *endringsledelse* i denne masteroppgaven.

2.0 Bakgrunn og problemstilling

2.1 Organisasjonen og institusjonen

OUS er en kompleks organisasjon med et hierarki som kommer til syne i den formelle lederlinjen og «som utgjør den rette linjen fra toppleder til ansatte via mellomledere, og er det som kalles linjeorganisasjonen» (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Dette hierarkiet består av en leder-linje som skal sikre en formell beslutningsprosess og myndighet. I OUS vil det si en operativ kjerne bestående av helsepersonell innenfor alle fagfelt, en mellomledelse (nivå 5-2), en toppledelse (nivå 1) og til slutt staber som befinner seg på siden av linjeorganisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019). OUS består av 15 klinikker som er organisert i en matrisestruktur for å kombinere en faglig- og funksjonsbasert løsning. Et eksempel på dette kan være *Oslo sykehusservice* som en av klinikkene i OUS og skal levere de ikke-medisinske tjenestene som renhold, mat, transport mv. I motsetning til *Klinikk for psykisk helse og avhengighet* som har ansvar for pasientbehandling, forskning og undervisning innenfor psykisk helse og avhengighetsbehandling. OUS består derfor av en linjeledelse, men også en matriseorganisasjon, hvor matriseorganisasjonen videre gjenkjennes i de enkelte klinikkenes oppbygning.

Mitt studieobjekt i OUS er Ortopedisk klinikk (nivå 2) som har ansvar for utredning, pasientbehandling, forskning og undervisning innen fagområdet ortopedi. Klinikken har lokalsykehus-, regionsykehus- og landsfunksjoner innen dette fagområdet og er lokalisert på Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Ullevål sykehus og Skadelegevakten i Oslo sentrum.

Ortopedisk klinikk er videre delt inn i funksjon og fagfelt, med seksjoner (nivå 4) og enheter (nivå 5) basert på fag som sykepleie, traumekirurgi, fysioterapi, håndkirurgi mv. Her er det forsøkt å kombinere en funksjonsbasert (fag) og markedsbasert (pasient) gruppering for å optimalisere drift (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Avdelinger (nivå 3) er basert på lokalisasjonstilhørighet og stedlig ledelse på nivå 3, derav ortopediske avdelinger på Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Ullevål sykehus, Skadelegevakten og Forskningsavdelingen.

Dette betyr at beslutninger om eventuelle endringer i klinikken må behandles og igjennom dette komplekse lederspennet før en eventuell implementering blir iverksatt i ytterste ledd. Tilsvarende er sannsynligheten stor for at behov for endring og utvikling som fagledelsen på nivå 4 og/eller 5, ser som nødvendig eller initierer, ikke blir fanget opp eller hensyntatt av klinikkleder på nivå 2 eller toppledelsen på nivå 1. Oppgaven vil ikke gå nærmere inn på kompleksiteten i denne hierarkiske oppbygningen av organisasjonen og eventuelle effekter det har på organisasjonens evne til endring og utvikling. Denne korte redegjørelsen er tatt med som en anerkjennelse av at dette kan være en faktor, men vil ikke bli lagt videre vekt på av hensyn til oppgavens omfang.

Ortopedisk klinikk er en del av en institusjon hvor «... organisasjonens grunnleggende verdier og formål, dens gjengse måte å løse oppgaver på og den kultur som angir hva som er passende, er sentrale dimensjoner som nærmest tas for gitt» (Askeland H. , 2019, s. 157). Ortopedisk klinikk er også en del av noe Torodd Strand (2007) beskriver som en typisk ekspertorganisasjon. Der klinikken er en arena for fagspesialisering og fagautonomi, den behandler komplekse problemer, er orientert mot løsninger for eksterne parter og er en organisasjon hvor medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse. Her har eksempelvis de profesjonelle normene for arbeidsutførelse, slik de er innprentet gjennom en spesiell utdanning eller yrkesutøvelse, lagt sterkere føringer for endringsevnen, enn en instruks om endring fra ledelsen (Colbjørnsen, 2004). Et eksempel på dette kan være innføring av ordningen om å ta forhåndsbetaling av egenandel ved behandling på Skadelegevakten, hvor sykepleier i mottak har et ønske å omgå denne instruksen i møte med pasienter som ikke har midler til dette. Her er den profesjonelle normen om å yte helsehjelp og ivaretagelse av pasient av større verdi for helsepersonellet. Jeg har også vært vitne til konstruktive endringsforslag fra en mellomleder for en fagprofesjon, som resolutt er blitt stoppet av ansatte fra en annen fagprofesjon. Her innehar mellomlederen mulighet til å beslutte og å gjennomføre, men det er de ansatte i den mest anerkjente fagprofesjonen som får gjennomslag. Denne mekanismen samsvarer i stor grad med det Strand (2007) beskriver som en institusjonell logikk, hvor fagprofesjonen sin anseelse i organisasjonen er av større betydning, enn posisjonen du formelt sett innehar som mellomleder. Mekanismene bak institusjonelle logikker og deres effekt på endringsprosesser, vil omtales nærmere i teorikapittelet.

Tema for masteroppgaven er *endringsledelse i offentlig helsevesen*

2.2 Problemstilling

Det er et stadig økende krav til effektivisering og optimalisering av driftsmål i det offentlige helsevesenet, med fordring om omstilling av drift med de personalressursene man har tilgjengelig. Det har vært mangel på spesialsykepleiere i mange år, noe som ble bekreftet under pandemien da elektiv pasientbehandling ble satt på vent for å kunne ivareta covid-pasientene. Det er en økende mangel på vanlige sykepleiere og helsefagarbeidere, hvor direktøren i OUS i Dagens Medisin (2022) hevder at spesialisthelsetjenesten ikke har nok hoder og hender til å fortsette som før, men må prioritere hardere innenfor de rammene som samfunnet gir oss. Samtidig innføres det strengere kontrollregimer som avløser den tidligere tilliten som organisasjonen hadde til at fagprofesjonene har størst kunnskap om hvordan utfordringer innenfor eget fag skal løses (Strand, 2007). Eksempler på dette i OUS er sentraliserte og styrte stillingsutvalg, forbedrings- og utviklings programmer, driftsråd mv. med organisatorisk tilhørighet i direktørens eller klinikkleders stab. Dette kan medføre at ledere og ansatte opplever at deres faglige autonomi blir fratatt dem, hvorpå klimaet for endringsledelse og mellomlederens evne og mulighet til endring om mulig begrenses.

De nye byggene i OUS skal utformes for å ivareta god pasientbehandling, være tilpasset fremtidens digitale muligheter og samtidig ha fleksibilitet til å kunne møte utviklingen i Helse-Norge, men OUS må også sørge for at organisasjonen og dens ansatte er rustet til å ta disse byggene i bruk. Retorikken og polemikken i OUS, fra de ulike ansattgrupper i klinisk drift og helt til toppledelsen, synliggjør både internt og i det offentlige mediebildet, en organisasjon som er ambivalent til de endringene som den står overfor. Det politiske aspektet ved etablering av nye sykehus i Oslo vil ikke omtales i oppgaven, derimot endring i og av organisasjonen Oslo universitetssykehus.

I masteroppgaven har jeg utforsket mellomlederen i Ortopedisk klinikk sine erfaringer med og opplevelse av endringsprosesser i den organisasjonskulturen og innenfor de rammene som OUS representerer. Om mellomlederen har et bevisst forhold til organisasjonskulturen og eget handlingsrom, hvordan dette eventuelt gir føringer for handling og holdning til

endringsprosesser, alternativt om de opplever ubevisste verdistyrte reaksjoner på endringsprosesser. Min problemstilling for masteroppgaven er følgende;

«Hva begrenser mellomlederens mulighet til å gjennomføre endringer?»

2.3 Forskningsspørsmål

Helsevesenet vil stå overfor kontinuerlig endring i fremtiden, OUS gjør det umiddelbart, og organisasjonen vil ha behov for både kompetanse, men også gode verktøy inn i Nye OUS og etableringen av nye sykehus i fremtidens Helse-Norge.

For å spisse masteroppgaven ytterligere har jeg gjennom dybdeintervjuer av mellomledere i Ortopedisk klinikk i OUS, søkt å finne svar på min problemstilling gjennom følgende forskningsspørsmål;

- Hvordan påvirker organisasjonskulturen mellomlederens evne til endring
- Hvordan påvirker tilhørighet til fagprofesjon mellomlederens evne til endring
- Hvordan påvirker organisasjonens rammer mellomlederens handlingsrom i endringsarbeid

2.4 Oppbygning av masteroppgaven

Innledningsvis har jeg presentert meg selv, Oslo universitetssykehus og hvilke endringer som organisasjonen står overfor i nær fremtid. I kapittel 2 har jeg forklart nærmere om organisasjonens oppbygning og kompleksitet, samt redegjort for valgte tematikk, problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel 3 presenterer jeg tidligere forskning og orienterer om det teoretiske grunnlaget. Før jeg i kapittel 4 presenterer forskningsmetode og redegjør for utvalg av informanter, samt refleksjoner innen ulike etiske problemstillinger og perspektiver. I Kapittel 5 presenterer jeg funn og der jeg i kapittel 6 drøfter disse i lys av hva tidligere forskning sier om forholdet. Her drøftes også funnene opp mot valgte teorier, og hvordan disse eventuelt gjør utslag og om de bygger oppunder eller utfordrer den kunnskapen vi har fra før. På bakgrunn av dette søker jeg å besvare mine forskningsspørsmål og problemstilling. I kapittel 7 vil jeg oppsummere og komme med mitt forslag til konklusjon om mellomlederens mulighet til utøvelse av endringsledelse i offentlig helsevesen.

3.0 Tidligere forskning og teori

Av tidligere forskning og studier innenfor ledelse og endringsledelse har jeg undersøkt hvordan myndighetene ser på ledelse og endringsledelse innenfor staten og dens institusjoner. Samtidig har jeg ønsket å kombinere denne innsikten med å undersøke tidligere forskning og studier som er gjort i de enkelte av statens institusjoner. Dette har jeg gjort for å få frem hvilke tanker og føringer som myndighetene legger til grunn for ledelse og endringsledelse og hvordan dette sammenfaller med, alternativt danner motsetninger til, ledelse og endringsledelse av statens institusjoner i praksis, og da OUS spesielt.

Av teoretisk forankring har jeg lent meg på ulike ledelsesteorier, der ledelse defineres som «en prosess rettet mot å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og adferd for å oppmuntre til innsats for å nå felles mål» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 405). Her har jeg tatt utgangspunkt i teoriene innenfor endringsledelse, organisasjonsutvikling, organisasjonsendring, institusjonell ledelse, profesjonsledelse og administrasjonsledelse. Avhengig av teoretisk forankring vil påvirkningen av menneskenes tenkning, holdning og adferd for å nå de samme og felles mål være svært forskjellig.

3.1 Tidligere forskning

Fafo er en frittstående samfunnsvitenskapelig forskningsstiftelse som utvikler kunnskap om vilkårene for deltakelse i arbeidsliv, organisasjonsliv, samfunn og politikk (Fafo, 2022), og jeg har benyttet meg av Inger Marie Hagen og Sissel Trygstad (2007) sin forskning innenfor ledelse og endringsledelse i statlige institusjoner. Fafo-rapportene fra 2007 har gitt et solid innblikk i grunnsteinene i den norske modellen med føringer om samarbeid og forholdet mellom ledelsen, mellomlederen, den enkelte ansatte og tillitsvalgte. Da også med søkelyset på de ansattes mulighet for påvirkning av og medvirkning i endringsprosesser. Rapportene har gitt en redegjørelse for New Public Management [NPM] sin status i offentlige virksomheter pr. 2007, med føringene fra regjeringens Soria-Moria erklæring i 2005. Her skulle markedstankegangen tones ned til fordel for samarbeid innad i organisasjonene og økt brukerorientering i offentlig virksomhet.

Profesjonsorienteringen i statlige organisasjoner ble etter de nye føringene fra regjeringen forsterket, til tross for mange år med NPM-virkemidler som søkte å redusere profesjonenes makt, hvorpå tidligere spilleregler i endringsarbeid ble utfordret (Hagen & Trygstad, 2007). Hvordan endringene i statens føringer for ledelse av offentlige virksomheter har gitt konsekvenser for måten disse lederne har utøvet sitt lederskap på, og da spesielt rettet mot endringsledelse, har kastet lys over mitt prosjekt. Da spesielt med henblikk på diskrepansen mellom behovet for statlig kontroll av institusjonene og forventningene til organisasjonene om en ny kurs, endrings- og fornyelsesarbeid (Hagen & Trygstad, 2007). Det har således vært interessant å se denne forskningen opp mot studier gjennomført i enkelte av disse organisasjonene i årene etter 2005 og opp mot mine funn i dette studiet.

Jeg har derfor basert mitt forskningsfelt på masterstudier gjennomført i henholdsvis 2013 og 2021, hvorav begge har tematikken endringsledelse i offentlig helsevesen. Her har jeg blant annet ønsket å identifisere utviklingen i mellomlederens evne til endringsledelse i angitte tidsperiode og opp mot mine funn.

Masteroppgaven *Ledelse ved omorganiseringsprosesser* fra 2013 har OUS som forskningsobjekt og har vært spennende i så henseende, med et teoretisk rammeverk innenfor toppstyrte og bunnstyrte endringsprosesser (Groendahl & Sardo, 2013). Studiet er gjennomført i årene etter etableringen av helseforetaket Oslo universitetssykehus HF i 2009 med sykehusene Ullevål, Aker, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Aker universitetssykehus ble i 2011 vedtatt nedlagt med overføring av virksomhet til Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet. Hvor det skal nevnes at denne nedleggelsen ikke er blitt effektivisert. Studiet representerte derved en status etter omstillingsprosessene som ble gjennomført i årene 2009-2013, etter etableringen av Helseforetaket, men også før, under og etter at klinisk virksomhet ble flyttet fra Aker universitetssykehus til de øvrige, samt konsekvensene dette utgjorde for de ansatte og øvrige sykehus i helseforetaket. Masterstudiet til Iren Groendahl og Vibeke Sardo (2013) med forskningsspørsmålene direkte rettet mot mellomlederens kompetanse innenfor endringsledelse, deres evne til å møte motstand i fagmiljøet, samt ressurser til gjennomføring av toppledelsens påkrevde endrings- og effektiviseringsprosesser, har jeg koblet meg på og drøftet opp mot mine funn. Masterstudiet er gjennomført ved HiOA som ikke har den verdibaserte forankringen til VID

vitenskapelige høgskole, og det har vært tilsvarende interessant å se hvordan dette har påvirket tolkningen av mine funn.

Masteroppgaven *Endringsledelse i helse og omsorgssektoren* til Bernhard Torbjørnsen (2021) er en oppdatert status på forskningsfeltet innenfor endringsledelse i offentlig helsevesen. Her er manglende støtte, begrenset økonomisk handlingsrom, mangelfull opplæring og begrenset tid til gjennomføring, rapportert som sentrale elementer i endringsprosesser. Som student ved VID har Torbjørnsen det verdibaserte perspektivet på endringsledelse inkludert i sin studie, som studien til Groendahl og Sardo mangler, men begge har diskutert og problematisert det instrumentelle perspektivet på endringsledelse i offentlig helsevesen. I tillegg har studien til Torbjørnsen et søkelys på endringsstrategier som har ført til vellykkede endringsprosesser, hvor det har vært interessant å diskutere hans funn opp mot det mellomlederen i Ortopedisk klinikk beskriver av erfaringer.

Til slutt er doktoravhandlingen til Inger Oterholm *Organisasjonens betydning for sosialarbeiderens vurderinger* (2015), benyttet for å drøfte problemstillingen og mine forskningsspørsmål i forhold til det institusjonelle perspektivet. Da med bakgrunn i eventuelle spenninger mellom verdier i praksis hos profesjonsutøver og verdier som skapes av måloppnåelse og effektivisering hos mellomlederne under endringsprosesser. Oterholm har lagt særlig vekt på teorien om institusjonelle logikker i sin vurdering av betingelsene for endringsledelse i sin institusjon og som en del av det offentlige helsevesen. Institusjonelle logikker forstås her som organiserende prinsipper som legger føringer for aktørenes handlinger og hvilke bestemte forhold som gis oppmerksomhet i møte med bruker/pasient (Oterholm, 2015). Videre har Oterholm satt denne institusjonelle logikken opp mot noe hun kaller en *privat logikk*, hvorpå spennet mellom det organisatoriske og det hun mener er den generaliserte andre i *offentlig logikk* blir synliggjort overfor det private og den konkrete andre som verdsetter fleksibilitet og hensyn til det individuelle. Det har vært interessant å se hvordan hennes studie har kastet lys over de enkelte profesjoners forståelse av og handling innenfor de *institusjonelle logikker* i egen organisasjon, og dernest hvordan den *private logikken* i kraft av egen profesjon har utgjort en faktor i utøvelsen av endringsledelse.

3.2 Teoretiske perspektiver

3.2.1 Ledelse og endringsledelse

Ledelse defineres som «en prosess rettet mot å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og adferd for å oppmuntre til innsats for å nå felles mål» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 405). Videre beskrives ledelse som bruk av ulike teknikker for å få ansatte til å nettopp endre holdninger og denne adferden. Endringsledelse er en av disse teknikkene hvor Hennestad og Revang (2012) definerer endringsledelse som «noe som skal realisere intensjoner for fremtiden og implementere nye ideer i hverdagsvirkeligheten» (s. 134). Som betyr at nye mål realiseres ved å endre holdninger og adferd hos de ansatte. Beslutninger og planer har her en mindre betydning, mens implementering av nye arbeidsprosesser, rutiner og handlinger er det som skaper endring (Hennestad & Revang, 2012).

Jeg mener at definisjonene for både ledelse og endringsledelse i stor grad går i hverandre. I hovedsak dreier det seg om å få ansatte og mellomledere til å handle på en ønsket måte ved bruk av ulike virkemidler for å nå organisasjonens mål. Hennestad og Revang (2012) ser utvikling og endring som en naturlig og kontinuerlig prosess der ledelse og endringsledelse består i å støtte opp om og kanalisere prosesser som er igangsatt av ansatte og som forsterker den retningen som organisasjonen ønsker å gå i. En slik tilnærming ser lederen som en tilrettelegger for utvikling, ved å underlette og understøtte de ansattes endringsvilje til forbedring av arbeidsprosesser. En utydelig leder er derimot en som forhindrer den kontinuerlige tilpasningen som ansatte i organisasjonen må gjøre for å kunne møte gitte, eller implisitte forventninger fra organisasjonen og/eller omgivelsene (Hennestad & Revang, 2012).

3.2.2 Organisasjonsutvikling

Organisasjonsutvikling tar utgangspunkt i at det er viktig å skape et klima for endring, hvor fokuset i første omgang settes på å endre holdninger og oppfatninger. Dette har store likhetstrekk med planlagt endring, hvor endring bygger på en strategisk ledelse for utvikling og forbedring av organisasjonen og gjerne som tilpasning til nye forventninger og mål. Likheten med innovasjon igjen er stor, men en innovativ ide kan iverksettes, en utvikling kan skje, uten at det utløser en organisasjonsutvikling (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Et eksempel

på dette i OUS, er at en overlege kan endre en operasjonsteknikk for en spesiell diagnose for å kunne yte bedre pasientbehandling. Implementeringen av denne kan derimot skje uten at organisasjonen i seg selv endres eller utvikles og det er kun pasienten som merker effekten av denne nye innovative behandlingsmetoden.

Organisasjonsutvikling som begrep er tuftet på den Skandinaviske modellen for endring, som legger vekt på demokratiske verdier og ivaretagelse av medarbeidere i endringsprosesser (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Her ser jeg arbeidsmiljøloven [AML] som premissleverandør for den skandinaviske (eller norske) modellen og som legger føringer for den ansattes medvirkningsplikt og arbeidsgivers informasjonsplikt (Lov om arbeidsmiljø, 2005, kap 2, § 4-2). Sentralt i organisasjonsutvikling står deltakelse og medvirkning fra ansatte, der ansatte og ledere i fellesskap skal foreta en analyse av dagens situasjon og sammen komme frem til hva som skal endres og hvilke tiltak som skal iverksettes (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

3.2.2.1 Organisasjonsutvikling versus organisasjonsendring

Hennestad og Revang (2012) beskriver organisasjonsutvikling som en forandring som skjer internt i organisasjonen, mens organisasjonsendring er en forandring av organisasjonen. Organisasjonsendring kan handle om å endre elementære deler av organisasjonen der samhandlingen skifter fra å være hierarkisk til å bli deltakende. Et eksempel på dette i OUS kan være det kontinuerlige fokuset på pasientens medbestemmelse i egen behandling, og som synliggjøres i en av sykehusets fire hovedstrategier som er; «Vi tar utgangspunkt i pasientens perspektiv» (OUS, 2019). Dette var en dyptgripende endring som medførte overskridelse av eksisterende forståelse og samhandlingsmønstre mellom eksempelvis lege og pasient, den gang endringen ble implementert (Hennestad & Revang, 2012). Overleger hadde tradisjonelt sett tatt autonome beslutninger på pasientens vegne, hvor de nå måtte ta pasienten med i beslutningene.

Organisasjonsutvikling derimot er en forbedring av eksisterende delelementer i organisasjonen, som i Storbylegevaktprosjektet har bestått av å kartlegge dagens drift sammen med ledere og ansatte i eksisterende legevakt. Her har arbeidet bestått av å identifisere forbedrings- og utviklingsområder innenfor bestemte pasientforløp og behandlingsmetoder og tilpasse disse for klinisk drift i ny legevakt. Om motivasjonen for

deltakelse i dette arbeidet ligger i institusjonens kulturelle fundament, helsepersonellens profesjonelle normer, eller innenfor organisasjonens rammer om effektivisering og maksimal ressursutnyttelse, avdekkes i masteroppgaven.

3.2.3 Institusjonell ledelse

Innledningsvis beskrev jeg Oslo universitetssykehus som en institusjon hvor både ledere, ansatte og praksis formes av den institusjonelle konteksten som OUS utgjør og der et institusjonalisert verdigrunnlag setter rammer for handlingsmønstre og legitim praksis for de ansatte. Ifølge Askeland (2019) utøver ledere i institusjoner sitt lederskap innenfor gitte og institusjonaliserte rammer, hvorpå disse er knyttet til å skape, vedlikeholde og endre praksis innenfor institusjonens formål, verdier og identitet (s. 158). OUS er en etablert institusjon med et definert og anerkjent samfunnsoppdrag. Vedlikeholdet av universitetssykehusets posisjon i samfunnet, på et overordnet nivå, er en kontinuerlig prosess. Denne posisjonen er i hovedsak basert på tillit fra befolkningen om at OUS løser dette oppdraget og organisasjonens formål på en legitim og troverdig måte.

Institusjonell ledelse omhandler å prege organisasjonen med verdier, se sammenhengen mellom disse verdiene og ledelsesgjerningen, samt å fortolke og avveie ulike verdsett som eksisterer side om side. Institusjonell ledelse skal derfor bidra til å forme vurderinger og handlingsvalg og sørge for et kollektivt meningsmønster hvor OUS sine verdier blir ivaretatt, både internt i organisasjonen, men også utad i samfunnet. Dette innebærer at lederen må klargjøre og bevisstgjøre verdiene for sine ansatte, bidra til at disse er fundamentet i organisasjonen og bruke det som et hovedvirkemiddel i styring av sin virksomhet (Aadland & Askeland, 2019).

Endring av institusjonen OUS kan derfor bety at det eksisterende verdigrunnlaget blir utfordret, både internt hvor våre profesjoner blir bedt om å prioritere hardere, samtidig som fagprofesjonene skal ivareta organisasjonens samfunnsoppdrag. Dog også eksternt og opp mot samfunnet som har klare meningsbærende forventninger til hva institusjonen skal levere, av det som anses som allmenne samfunnsverdier (Aadland & Askeland, 2019; Jacobsen & Thorsvik, 2019).

3.2.4 Institusjonelle logikker

Institusjonelle logikker kan defineres som «de sosialt konstruerte, historiske mønstrene for materiell praksis, forutsetninger, verdier, tro og regler som individer produserer og reproducerer sin materielle eksistens, organiserer tid og rom og gir mening til deres sosiale virkelighet» (Thornton P. H., 1999, s. 804). En institusjonell logikk gir derfor mening for handling og tankesett på både individ- og organisasjonsnivå, hvorpå denne understøtter og legitimerer handlingsvalg. Forskjellige institusjonelle kontekster disponerer for tilsvarende forskjellige institusjonelle logikker. Som tidligere nevnt kan en mellomleder initiere en endring, hvorpå denne endringen kan motarbeides av en ansattgruppe fra en mer ansett fagprofesjon. Det er den samme ansattgruppen som får gjennomslag for sitt syn, på tross av mellomlederens hierarkiske posisjon i organisasjonen. Den institusjonelle logikken i så henseende er sosialt konstruert, hvorpå den ene fagprofesjonen i historisk praksis har hatt en større autoritet og gjennomslagskraft i organisasjonen enn øvrige fagprofesjoner (Thornton & Ocasio, 1999). Hvorvidt mellomlederen lar fagprofesjonen avgjøre om endring skal iverksettes eller ei, avhenger av antakelser, verdier og oppfatninger som både mellomleder, fagprofesjon og organisasjon må ta stilling til.

Slik tidligere redegjort for i kapittelet har jeg lagt vekt på Oterholm sine teorier om institusjonelle logikker og hennes vurderinger av betingelsene for endringsledelse i institusjoner. Hennes innsikt i institusjonelle logikker som organiserende prinsipper som legger føringer for mellomlederens handlinger og de bestemte forhold som denne gir oppmerksomhet i møte med ansatte, har jeg også drøftet opp mot mine funn (Oterholm, 2015). Jeg har også sett på Oterholm sine definisjoner og beskrivelser av *privat logikk* og *offentlig logikk*, og hvordan dette påvirker mellomlederen i sin utøvelse av endringsledelse, som beskrevet i kapittel 3.1.

3.2.5 Profesjonsledelse

Profesjoner er yrker som krever spesialisert kunnskap, hvor profesjonsutøverne i OUS eksempelvis kan regnes som overleger, operasjonssykepleiere, sykepleiere, fysioterapeuter mv. Disse har til en viss grad profesjonell autonomi, enkelte i større grad enn andre, og en kodeks for yrkesutøvelse i form av etiske retningslinjer (Oterholm, 2015). Profesjonell virksomhet kjennetegnes av en viss frihet til å utøve skjønn, der de utfører et

samfunnsoppdrag, men samtidig innehar en institusjonstilhørighet som setter føringer for profesjonsutøvelsen. Ledelse av profesjoner antas derfor å by på særlige utfordringer da yrkesutøverne i høy grad er styrt av institusjonaliserte, faglige og etiske standarder, også sett som profesjonsmoral og hvor de i stor grad ansees å være i stand til å lede seg selv (Døvig, Elsat, & Storvik, 2016).

Profesjonsutøverne i OUS er underlagt en formell ledelse, som i stor grad utgjør ledere med samme profesjonstilhørighet som dem selv, eller ledere med utdanning innenfor en annen, men gjerne en mer ansett profesjon i organisasjonen. Det er få ansatte som opplever å bli ledet av en «profesjonell leder», som vil si en person med ledelse som fag og uten tilknytning til noen av de profesjonene som ledes (Døvig, Elsat, & Storvik, 2016). Ledelse av profesjoner oppleves ulikt fra profesjon til profesjon i organisasjonen. Sykepleiere som går inn i lederstillinger oppnår ofte en høyere status innenfor egen profesjon enn leger som gjør det samme. Likevel ser jeg i OUS, at flesteparten av de høyeste lederstillingene innehas av leger, på tross av at statusen som profesjonen nyter i sin yrkesutøvelse som lege er større enn profesjonens status ved å inneha en lederstilling i organisasjonen (Døvig, Elsat, & Storvik, 2016).

Matriseorganisasjonen OUS har gruppert de ansatte med samme utdanning og profesjon, med oppgaver av samme natur og som har relevans for de ansatte. Slik har OUS utviklet en profesjonskultur og en heterogenitet omkring oppgaveløsningen. Denne organisasjonsstrukturen utfordrer en omforent og enhetlig organisasjonskultur og hvorpå en analytisk og verdibevisst ledelse av organisasjonen er nødvendig (Aadland & Askeland, 2019). Masteroppgaven avdekker hvorvidt mellomlederen har innsikt i hvordan profesjonstilhørighet eventuelt begrenser egen utøvelse av endringsledelse.

3.2.6 Administrasjonsledelse

Ortopedisk klinikk er innledningsvis beskrevet som en ekspertorganisasjon med et lavt hierarki, en arena for ansatte med fagspesialisering og profesjoner med stor fagautonomi i sin yrkesutøvelse. Tilsvarende beskrives New Public Management som en modell med lavere hierarki, mindre regler, men med mer dokumentasjon av resultater enn tradisjonelle styringsformer (Engebretsen & Heggen, 2012). Så langt skulle det, helt overordnet og

teoretisk, la seg gjøre å forene organisasjonskulturen med organisasjonsstrukturen der NPM er en styringsform som kjennetegnes ved målstyring, brukermedvirkning, konkurranseutsetting og delegering av styringsfullmakter (Engebretsen & Heggen, 2012).

I OUS gir dette seg uttrykk i en økonomisk administrasjonsledelse og dennes kontrollsystemer som eksempelvis består av kvalitetssikring, monitorering, evaluering og tilsyn som sikres gjennom dokumentasjon i ulike systemer, rapporter, handlingsplaner, skjemaer mv. I klinikken er denne styringsformen synlig ved blant annet målstyring og rapportering, her eksemplifisert med operasjonsenhetene som med sine måltall for antall operasjoner pr. dag må rapportere avvik fra disse med begrunnelse og årsak. Det er i mandat fra klinikkleder i OPK at økonomileder håndhever rapporteringsregimene overfor mellomlederne for operasjonsenhetene. Her måler økonomileder klinikkens verdiskapning i antall operasjoner og med så lite personalressurser som mulig, for å optimalisere inntjening og resultat.

Innenfor økonomisk teori har verdier tradisjonelt vært knyttet til ressursbruk og i forlengelse av denne tradisjonen er verdibegrepet knyttet til den økonomiske verdiskapningen som skjer i organisasjonen (Molven, 2019). Dette bryter i stor grad med mellomlederne sin profesjonsmoral, hvor utøvelse av god pasientbehandling ikke kan måles i antall operasjoner eller økonomiske resultater. De måler verdien av sin yrkesutøvelse i kvaliteten og resultatet av behandlingen som pasienten har mottatt og ønsker å forvalte sin kunnskap til det beste for pasienten ved å yte korrekt behandling til rett tid (Grimen, 2008).

Erfaringsmessig blir det profesjonsmoraliske ansvaret overfor pasienten i større grad hensyntatt av mellomlederen framfor å kunne vise til økonomiske resultater av operasjonsenhetenes drift. Dette kan bidra til at den moralske forpliktelsen overfor de svakeste i samfunnet (pasienten) styrkes, i ytterste konsekvens forsvinner den overfor de som styrer (økonomileder). Dette er et resultat av at komplekse økonomiske spørsmål med grensesnitt til tilsvarende komplekse kliniske spørsmål blir redusert til et mål i seg selv (Kroken, 2006).

Innføringen av administrasjonsledelse og økonomisk styring har medført en strengere sentral kontroll knyttet til utøvelse av lederskap i OUS, hvor organisasjonens verdier og dens

profesjonsverdier står i motsetning til hverandre. Tilsvarende er det usikkert om økonomifaget nyter den samme anerkjennelsen som egen profesjon i institusjonen OUS og da spesielt overfor de kliniske fagprofesjonene som ivaretar institusjonens kjernevirksomhet. Hvilken innflytelse administrasjonsledelse og økonomisk styring har på endringene som OUS må gjennomføre før ibruktakelse av nye bygg, samt rolleutformingen av ledere i framtidens OUS, redegjøres for i masteroppgaven.

4.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere min ontologiske forankring og metodiske tilnærming for å besvare oppgavens forskningsspørsmål og problemstilling. Jeg vil redegjøre for en metodisk tilnærming, samt refleksjoner som kontinuerlig har styrt mine valg. Det har vært viktig å være bevisst egen forforståelse, perspektiver, kunnskap og antakelser for å kunne skape et solid fundament for innhenting av upartisk og empirisk data.

4.1 Ontologi

Min ontologiske forankring til problemstillingen er sosialkonstruktivistisk, der jeg mener at *endring* utgjør et sosialt konstruert fenomen som et resultat av historiske og sosiale prosesser i organisasjonen og institusjonen OUS. Sosialkonstruktivisme brukes som betegnelse på et perspektiv hvor man betrakter menneskers virkelighetsforståelse som kontinuerlig formet av opplevelser de har, situasjoner de befinner seg i og knyttet til hvem de kommuniserer med (Tjora, 2020).

Endring er her et fortolket fenomen som har bidratt til å prege den virkeligheten som lederne befinner seg og hvilken mening de legger i selve fenomenet. Denne meningen har om mulig bidratt til en erkjennelse av denne virkelighetsforståelsen som ikke nødvendigvis representerer den «virkelige virkelighet» (Rasborg, 2013). I studiet har jeg søkt å avdekke om mellomlederne i klinikken har den samme forståelsen av fenomenet *endring* og finne ut om *hva som begrenser mellomledernes mulighet til å gjennomføre endringer*. Jeg vil undersøke ledernes erfaringer med, og opplevelse av, endringsprosesser i den organisasjonskulturen og innenfor de rammene som OUS representerer, og som en konsekvens av fenomenet *endring*.

Fenomener er formet gjennom sosiale prosesser og menneskenes fortolkninger av den virkeligheten og konteksten de befinner seg i (Rasborg, 2013; Tjora, 2020). Derfor søker jeg å avdekke og analysere fenomenet *endring*, som et produkt av historisk interaksjon i institusjonen OUS. Hvordan jeg skal forstå forholdet mellom ledernes fortolkninger, deres virkelighet og handlingsrom i endringsprosesser, mellom subjekt og objekt, og hvordan

fenomenets karakter er preget av institusjonen (konteksten) som lederen befinner seg i, samt deres evne til å gi mening til fenomenet (Rasborg, 2013).

Fenomener framtrer forskjellig, aktualiseres i større grad i den sosiale virkeligheten som en institusjon utgjør, de kan være i stadig forandring og ikke alltid være like observerbare. Jeg har en antakelse om at det er en sammenheng mellom organisasjonen OUS og institusjonen denne representerer, gjennom sine sosialt konstruerte verdier, normer, regler og innvirkningen dette kan ha på hvordan lederne forholder seg til endringer. Jeg har gjennom empirisk innhenting av data og gjennom en abduktiv tilnærming søkt innsikt i fenomenet *endring*, oppgavens forskningsspørsmål og min problemstilling (Briseid, 2022; Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2017).

4.2 Forskningsmetode

Jeg har benyttet meg av en kvalitativ intervjustudie og har valgt en *fenomenologisk hermeneutisk metode* som lener seg til både fenomenologien og hermeneutikken. Dette er en kombinert metode som åpner opp for et bredere, men også mer kritisk syn på både fenomen og tekst.

Jeg vil først og svært kort redegjøre for fenomenologi og hermeneutikk som grunnlag for videre redegjørelse av selve metoden. Deretter presenterer jeg metoden og hvordan fenomenologien og hermeneutikken gjør seg gjeldende i innhenting, tilnærming og fortolkning av data. I stor grad begrunner jeg mine valg fortløpende, men jeg har særskilt beskrevet mitt valg av informanter og mine refleksjoner om min posisjon som forsker i egen organisasjon. Jeg har redegjort for min forforståelse, samt de etiske vurderingene som jeg har gjort før, underveis og i selve gjennomføringen av studiet.

4.2.1 Fenomenologi

Fenomenologi er både en filosofisk og en kvalitativ metodisk tilnærming med kritisk refleksjon og kontinuerlig problematisering av virkelighetsforhold. Fenomenologiens oppgave er ikke å høste ny empirisk kunnskap om disse virkelighetsforholdene, men å forstå det grunnleggende i dem. Den søker ikke å oppheve skille mellom framtredden av virkelighet

og den «virkelige virkelighet», men å forstå hvordan fenomener påvirker virkelighetens fremtreden og hvordan det oppleves for den enkelte. I Følge Zahavi (2014) er det dette som ligger til grunn for empirisk utforskning av fenomener innen fenomenologien. Som kvalitativ metode betyr derfor en fenomenologisk tilnærming å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med og forståelse av et fenomen.

Jeg har som tidligere presentert, utforsket lederens oppfatning av endring i den posisjonen de befinner seg i organisasjonen. Jeg har videre undersøkt deres erfaringer med og forståelse av eget handlingsrom innenfor endringsledelse og beskrevet dette. Det vil si at jeg har studert lederne ut fra deres subjektive virkelighetsoppfatning, slik de oppfatter fenomenet *endring* og dets innvirkning i den organisasjonskulturen (konteksten) de befinner seg i. Som betyr at jeg har undersøkt hva mellomlederen selv mener at begrenser deres mulighet til å gjennomføre endringer. Målet har vært å gi en så presis beskrivelse av lederens egne perspektiver, opplevelser og forståelseshorisont som mulig. Dette er den metodiske tilnærmingen som jeg har benyttet meg av i både innhenting av data og beskrivelsen av funn.

4.2.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk er forståelseslæren eller fortolkningslæren, hvor selve verbet *hermeneuein* er av gresk opprinnelse og kan ha tre betydninger som å *utrykke* det vil si å snakke, å *utlegge* der man forklarer eller fortolker en tekst, og å *oversette* eksempelvis fra ett språk til et annet (Krogh, 2014). Den allment aksepterte teorien om hermeneutikk er forstått som en systematisk teori om tolkning og utlegning av tekster og hvor en *hermeneus* er en fortolker.

Denne kunnskapsteorien legger vekt på tolkning av tekster, handling og menneskelige interaksjoner på tross av intensjoner, motiver, forforståelse, tradisjon og tid. Det grunnleggende er å forstå meningen i kommunikasjonen i forskjellige livssituasjoner, det vil si å forstå mening i den konteksten som mening framkommer. Forforståelse har en sentral plass i hermeneutikken og sees som den forutsetningen som gjør forståelse mulig. Dette betyr at forforståelsen vår er det som i utgangspunktet gjør det mulig for oss å gi erfaringer en bestemt mening (Thomassen, 2006). Hermeneutikk er også en kvalitativ metode for innhenting av data og refleksjon over funn, men også en øvelse i å arrestere egne

fordommer (egen forforståelse) for å kunne forstå dataene i den konteksten de er gitt (Krogh, 2014; Thomassen, 2006). Jeg har derfor benyttet meg av den hermeneutiske metoden i analyse av funnene og i drøftingskapittelet og begrunner dette nærmere i påfølgende underkapitler.

4.2.3 Fenomenologisk hermeneutisk metode

Fenomenologisk hermeneutisk metode er som tidligere nevnt en kombinert metode utviklet av Anders Lindseth og Astrid Nordberg (2004) etter inspirasjon av Paul Ricoeur's fortolkningsteorier. Helt overordnet består metoden i dybdeintervjuer av informanter hvor besvarelser transkriberes til en *naiv* tekst. Denne naive teksten blir deretter delt inn i *meningsenheter* som videre blir komprimert inn i undertemaer, temaer og ved behov hovedtemaer. Til slutt blir transkripsjonen lest igjen, hvor den naive forståelsen og temaene blir drøftet opp mot tidligere forskning og valgte teorier (Lindseth & Nordberg, 2004).

4.2.3.1 Intervju

Forskningsintervjuet er gjennomført som et semi-strukturert dybdeintervju, som egner seg når man som forsker har behov for å gi informanter større frihet til å uttrykke erfaringer og oppfatninger. Det er gitt rom for oppfølgings spørsmål og utforsking av enkelte svar, som har bidratt til omfattende og fyldige besvarelser (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2017). Den fenomenologisk hermeneutiske metode er basert på å møte det informantene forteller i et fenomenologisk perspektiv, hvor opplevde erfaringer blir direkte beskrevet og uten fortolkning. Det informantene forteller blir ikke oppfattet eller definert som et faktum, men som informantens opplevelse av fenomenet og informantens egen virkelighetsoppfatning (Lindseth & Nordberg, 2004).

Jeg utarbeidet en intervjuguide med 13 standardiserte spørsmål og flere oppfølgings spørsmål, hvor det også har vært rom for å endre rekkefølge på spørsmålene i de tilfellene der dette syntes hensiktsmessig. De fleste spørsmålene har vært åpne og har bidratt til utfyllende beretninger om endringsprosesser i en fortellende form. Dette har ført til at informantene i enkelte tilfeller har svart på spørsmål som ville kommet senere i intervjuet, men hvor jeg har kunnet bruke oppfølgings spørsmålene til utdypning av problemstillinger. Alle informantene har fått de samme spørsmålene, som er årsaken til at

jeg har benyttet standardiserte spørsmål. Hensikten var i utgangspunktet å gjøre det enklere å systematisere dataene i etterkant. Derimot har jeg måttet identifisere og systematisere meningsenheter i henhold til kronologien i spørsmålene, uavhengig av når informantens historier har avdekket svaret. En av ulempene med standardiserte spørsmål er beskrevet som at man mister fleksibilitet og mulighet til å innhente mer kunnskap i de tilfellene der man identifiserer dette som et behov (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2017). Jeg opplevde derimot at oppfølgingsspørsmålene har opphevet denne manglende fleksibiliteten, og heller bidratt til gode beskrivelser av mellomlederens evne og mulighet til gjennomføring av endringer.

Det har vært essensielt å skape en intervjusituasjon hvor informanten føler seg trygg til å dele sine opplevde erfaringer og hvor jeg som intervjuer har kunnet stoppe opp for å stille utfyllende spørsmål når enkelte redegjørelser er blitt oppfattet som uklare (Lindseth & Nordberg, 2004). Jeg har gjennomført en-til-en intervjuer i den hensikt å legge forholdene til rette for svar og tilbakemeldinger uten ytre påvirkninger. Likeledes valgte jeg denne type intervju for å oppnå så detaljerte beskrivelser av informantens forståelse, erfaringer, oppfatninger, holdninger og refleksjoner knyttet til fenomenet endring, som mulig.

Intervjuene er tatt opp, hvor jeg i henhold til metode, har gjort notater om informantens synlige reaksjoner underveis i intervjuet. Det vil si feltnotater om eventuell nonverbal-mimikk, dobbelkommunikasjon, toneleie mv. Lydopptakene er avspilt og intervjuene er transkribert over til en naiv tekst og formulert i et fenomenologisk språk. Denne naive teksten har hatt til hensikt å klargjøre informantens egen forståelse av erfaring, handlingsrom, organisasjonskultur og eventuelt samarbeid med andre fagprofesjoner, i møte med endringer og ved utøvelse av endringsledelse (Lindseth & Nordberg, 2004).

Intervjuene og metoden har bidratt til et omfattende datagrunnlag som belyser min problemstilling. Jeg har valgt denne metoden for å kunne gå i dybden av mellomlederens egen forståelse av mulighet og evne til utøvelse av endringsledelse. Jeg har kontinuerlig validert både transkripsjon, presisering av meningsenheter og temaer. I ettertid ser jeg at det ville vært hensiktsmessig å kombinere denne metoden med eksempelvis observasjon,

for å få bekreftet eller avkreftet om ledernes opplevelser og erfaringer stemmer overens med deres faktiske handlingsrom.

4.2.3.2 Tolkning av tekst

Transkripsjonen av intervjuene, det vil si den naive teksten, er undergått en mer systematisk og strukturert analyse basert på det hermeneutiske perspektiv. Her er den transkriberte teksten i første omgang sammenliknet med opptakene og blitt justert dersom nødvendig. Videre er feltnotater satt inn i teksten for å dokumentere nonverbal kommunikasjon. En kontinuerlig sammenlikning av lydopptak, tekst og feltnotater for å bekrefte/avkrefte egen forforståelse av informantens mening, har vært nødvendig og er blitt gjennomført. Dette har vært en metode for å «arrestere meg selv» når dataene er blitt analysert. Her ligger feilmarginen i min forforståelse, der jeg kan ha oppfattet informantens reaksjon galt allerede i intervjusituasjonen (Lindseth & Nordberg, 2004).

Teksten har deretter blitt metodisk analysert for å identifisere gjennomgående og repeterende holdninger til og meninger om opplevde erfaringer. Disse repeterende holdningene og meningene er deretter blitt delt inn i meningsenheter. Av disse meningsenhetene har det vært enkelte som ikke har belyst eller bidratt til å besvare verken problemstilling eller forskningsspørsmål. Likevel har jeg tatt hensyn til disse meningsenhetene under analysen, på lik linje med feltnotatene, da de har gitt et bilde av informantens holdning til og tanker om endring. Etablerte og gjeldende meningsenheter er deretter blitt lest igjennom og reflektert over og da særskilt opp mot den naive teksten og forståelsen som der kommet til syne i den (Lindseth & Nordberg, 2004).

Videre er de enkelte meningsenhetene som er uttrykt i tekst blitt strukturert og kvalitetssikret i intervju/lydopptak og ned i temaer. Dette er gjort ved å komprimere de essensielle meningsordene så eksakt som mulig. Alle temaer er lest igjennom. De er sammenliknet, sortert, gruppert og hvor jeg endte opp med fem totalt. Det har ikke vært behov for å etablere ytterligere kategorier som eksempelvis hovedtemaer. Alle temaer er blitt reflektert over i sammenheng med den naive teksten for å validere analysen og grupperingen. Denne prosessen har jeg repetert inntil jeg har opplevd at den naive teksten har bekreftet temaene (Lindseth & Nordberg, 2004). Til slutt er teksten lest igjen, hvor den

naive forståelsen og temaene er blitt sett i lys av forskningsspørsmålene og hvorvidt temaene vil hjelpe meg å besvare min problemstilling (Lindseth & Nordberg, 2004).

4.2.3.3 Informanter

For å belyse min problemstilling og svare ut mine forskningsspørsmål har jeg hatt et utvalg av 6 informanter fra avdelinger i klinikken som ikke er berørt av Storbylegevaktprosjektet til dybdeintervjuer. Jeg begrunner årsaken til dette valget senere i kapittelet. Jeg har ikke hatt anledning til å intervju flere informanter på grunn av begrenset tid til gjennomgang og analyse av et så omfattende datamateriale som det eventuelt ville bidratt til. Jeg ønsket å spre utvalget av informanter blant mellomledere som representerer klinikkens forskjellige fagprofesjoner, i den hensikt å utforske om fenomenets betydning opplevdes ulikt avhengig av profesjonstilhørighet. Jeg har hatt en antakelse om at evne til endring samt handlingsrom i endringsprosesser kan ha vært påvirket av faktorer som organisasjonskultur, faglig tilhørighet og rammer. Det har derfor vært viktig at datamaterialet har inneholdt rikelig informasjon om informantenes opplevelser og med de variasjonene som profesjonstilhørigheten utgjør (Askeland, Blomander, & Aasen, 2015). Med dette utvalget av informanter så mener jeg at jeg har fått detaljerte beskrivelser av deres erfaringer, forståelse, holdninger, opplevelser og refleksjoner om endring og endringsledelse.

4.3 Min forforståelse og metoderefleksjon

Forskeren kan ikke forstå meningen utenfor de sammenhengene der meningen skapes. Målet er å få økt forståelse av og innsikt i andres livsverden (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2017, s. 35).

Som sykepleier og tidligere ansatt ved flere av de ortopediske sengepostene så har jeg lang erfaring med de verdier, normer og regler som utgjør kulturen for de ansatte ute i klinisk drift og *på gulvet*. Jeg har, i mange år etter dette, arbeidet som både hovedverneombud og helsefaglig rådgiver i klinikkleders stab og fått anledning til å distansere meg fra daglige utfordringer i praktisk yrkesutøvelse. Med denne erfaringen har jeg opparbeidet meg et mer helhetlig og strategisk blikk på ledelse og organisering av klinikken.

De siste årene har jeg vært delprosjektleder for organisasjonsutvikling i prosjekt, som betyr at jeg sitter direkte inne i utvikling og endring av den kliniske driften som berører både mellomledere og ansatte på Legevakten. Dette betyr at jeg som forsker har vært i en spesiell situasjon ved at det er jeg selv som har gjennomført både datainnsamling, analyse og fortolkning av funn. På samme måte som min bakgrunn gir min forforståelse, så er forskningen gjennomført innenfor de sammenhengene der informantene til daglig har sitt virke og hvor deres mening om og forståelse av fenomenet er gjeldende. Av samme årsak har jeg valgt å *ikke* intervjuere ledere fra Storbylegevaktprosjektet, som jeg begrunner nærmere i kapittel 4.3.1. Jeg har derfor måttet være bevisst min egen forforståelse av organisasjonen, kulturen, samt mine antakelser om fenomenet *endring*, slik at dette ikke har påvirket mine konklusjoner (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2017).

Likevel er all kunnskap påvirket av vårt eget bidrag inn i erkjennelsesprosessen, enten det er forforståelse, perspektiver eller forventninger. Det har derfor vært avgjørende for meg å fremstille funnene så upartisk og korrekt som mulig, slik at dataene er etterrettelige og ikke har vært styrt av mine antakelser. I tråd med fenomenologiens oppgave så har jeg ikke høstet ny empirisk kunnskap om informantenes livsverden, men jeg har avdekket og fått større forståelse for deres opplevelse av og det grunnleggende i dem (Zahavi, 2014). Jeg etablerte en intervjuguide med en del åpne spørsmål, som i stor grad har tvunget informanten til å formidle sine erfaringer og opplevelser i en fortellende form.

Dette gjorde jeg for å tilrettelegge for en helt naturlig uttrykksform for informantene, slik at de kunne gi uttrykk for sin oppfatning uten direkte og konkrete spørsmål om holdninger til selve fenomenet. Det har derfor ikke vært nødvendig for mellomlederen å ha et bevisst eller reflektert forhold til fenomenet *endring* i intervjusituasjonen. Ved å fortelle om levde erfaringer og opplevelser, vil holdninger erfaringsmessig komme til syne i fortellingen på en mer naturlig måte, hvor det i ettertid vil gi rom for tolkning og kritisk refleksjon over mening (Lindseth & Nordberg, 2004). Denne fremgangsmåten har vist seg å være et hensiktsmessig verktøy i intervjusituasjonen da det ikke har gitt meg anledning til å gi føringer for svar, men har fordret informanten til å gi ekte beskrivelser av egne erfaringer.

Likeledes har det vært nødvendig for meg å skille strengt mellom fakta som undersøkelsen har avdekket og mine egne vurderinger av funnene, slik at det har kommet tydelig fram hva som er empirisk kunnskap og ikke mine subjektive meninger og verdier. Her mener jeg at den fenomenologiske tilnærmingen i metodevalget har bidratt stort. Informantenes egen forståelse, deres opplevelser og erfaringer er dokumentert og transkribert uten fortolkninger, over i en naiv tekst og formulert i et fenomenologisk språk. Funnene er således presentert i oppgaven på en fenomenologisk måte slik at leseren får innsyn i informantenes forståelse uten mine fortolkninger (Lindseth & Nordberg, 2004).

Videre har jeg systematisk tolket og analysert den naive teksten basert på hermeneutisk teori, der min forforståelse har hatt en sentral plass. Slik Krogh (2014) beskriver er forforståelse (fordommer) i et hermeneutisk perspektiv *den* forutsetningen som gjør forståelse av mening mulig. Dette betyr at min forforståelse, som en *hermeneus*, har fortolket den transkriberte teksten, som igjen har vært utgangspunktet som har gjort det mulig for meg å gi informantenes erfaringer en mening (Thomassen, 2006; Krogh, 2014).

Tekstanalysen er som tidligere beskrevet, gjennomført strukturert og metodisk, der konkrete meningsenheter har utgjort observerbare størrelser og gitt registrerbare data av ledernes opplevelser og mening av endring (fenomenet), samt evne til endringsledelse i organisasjonen (konteksten) som de er en del av (Thomassen, 2006; Lindseth & Nordberg, 2004). Det har vært essensielt å kontinuerlig kunne sammenlikne disse meningsenhetene med den naive teksten for å validere funnene, men også for å distansere og arrestere meg selv fra egen forforståelse (Lindseth & Nordberg, 2004).

Kvalitative studier er blitt kritisert for manglende vitenskapelig presisjon i analyse av data. Jeg har derfor, i tillegg til Lindseth og Nordberg (2004) sin metode, støttet meg til Goia, Kevin, Corley og Hamilton (2013) sin strukturerte og systematiske metode for analyse og presentasjon av resultater for kvalitativ forskning. Deres teoretiske perspektiv og konsept balanserer den kreative og induktive fortolkningen av data opp mot en rigid analytisk disiplin, som leder til troverdige data og konklusjoner som blir reliable og plausible (Goia, Kevin, Hamilton, & Hamilton, 2013).

Dataene har jeg diskutert og drøftet opp mot valgte forskningsstudier og teorier for å belyse, revidere, og utvide forståelsen av hvordan endring oppleves i institusjonen OUS og i lys av mellomledernes handlingsrom (Lindseth & Nordberg, 2004).

Metoden, som kombinerer både et fenomenologisk og hermeneutisk teoretisk grunnlag, har krevd at jeg har måttet kombinere mine personlige egenskaper. Den har utfordret mine kreative evner til å skape den naive teksten og forståelsen, min teoretiske kunnskap for å etablere en strukturert og gyldig analyse, min forforståelse og empiriske kunnskap, mine evner til kritisk refleksjon over funn og ikke minst evne til selvinnsikt.

4.3.1 Datainnsamling og forskningsetikk

Da jeg har valgt å forske på og i egen arbeidsplass så har jeg intervjuet mellomledere i klinikken som *ikke* er en del av, eller er berørt av Storbylegevaktprosjektet. Dette på tross av at det er i prosjektet jeg har gjort mine største og de fleste erfaringer innenfor endringsledelse i offentlig helsevesen. Årsaken er at jeg selv innehar en lederposisjon i prosjektet og har samarbeidet svært tett med mellomlederne i Storbylegevaktprosjektet over flere år. Jeg mener at denne posisjonen ville ha kunnet påvirke intervjusituasjonen og besvarelser. Som delprosjektleder for organisasjonsutvikling i Storbylegevaktprosjektet innehar jeg en posisjon som betyr at jeg sitter direkte inne i utvikling og endring av den kliniske driften som de enkelte mellomledere er ansvarlige for. Som forsker i en slik situasjon ville jeg ha ansett meg selv som uhildet til å gjennomføre både datainnsamling, analyse og fortolkning av funn og ville ikke ha kunnet garantere for upartiske data. Derfor etablerte jeg et utvalg av informanter blant mellomledere hvor jeg ikke hadde hatt noen profesjonell interaksjon med eller arbeidsoppgaver som har hatt påvirkning eller konsekvenser for deres ansvarsområder.

Etikk omhandler prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er riktige eller gale og gjelder også for forskningsvirksomhet. All virksomhet som får konsekvenser for andre mennesker, må bedømmes ut fra etiske standarder. Etiske problemstillinger oppstår når forskningen direkte berører mennesker, spesielt ved datainnsamling som for eksempel gjennom intervjuer som jeg skal gjennomføre (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2017).

Jeg har innhentet erfaringsdata i et bredt lederspenn i klinikken, hvor disse dataene har belyst min problemstilling og mine forskningsspørsmål. I prosessen er det er tre typer hensyn jeg som forsker har måttet ta og det er informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, min plikt som forsker til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade. Det er Den nasjonale forskningsetiske komite som har lagt føringer for og vedtatt de forskningsetiske retningslinjene og hvor min studie er godkjent av NSD (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2017).

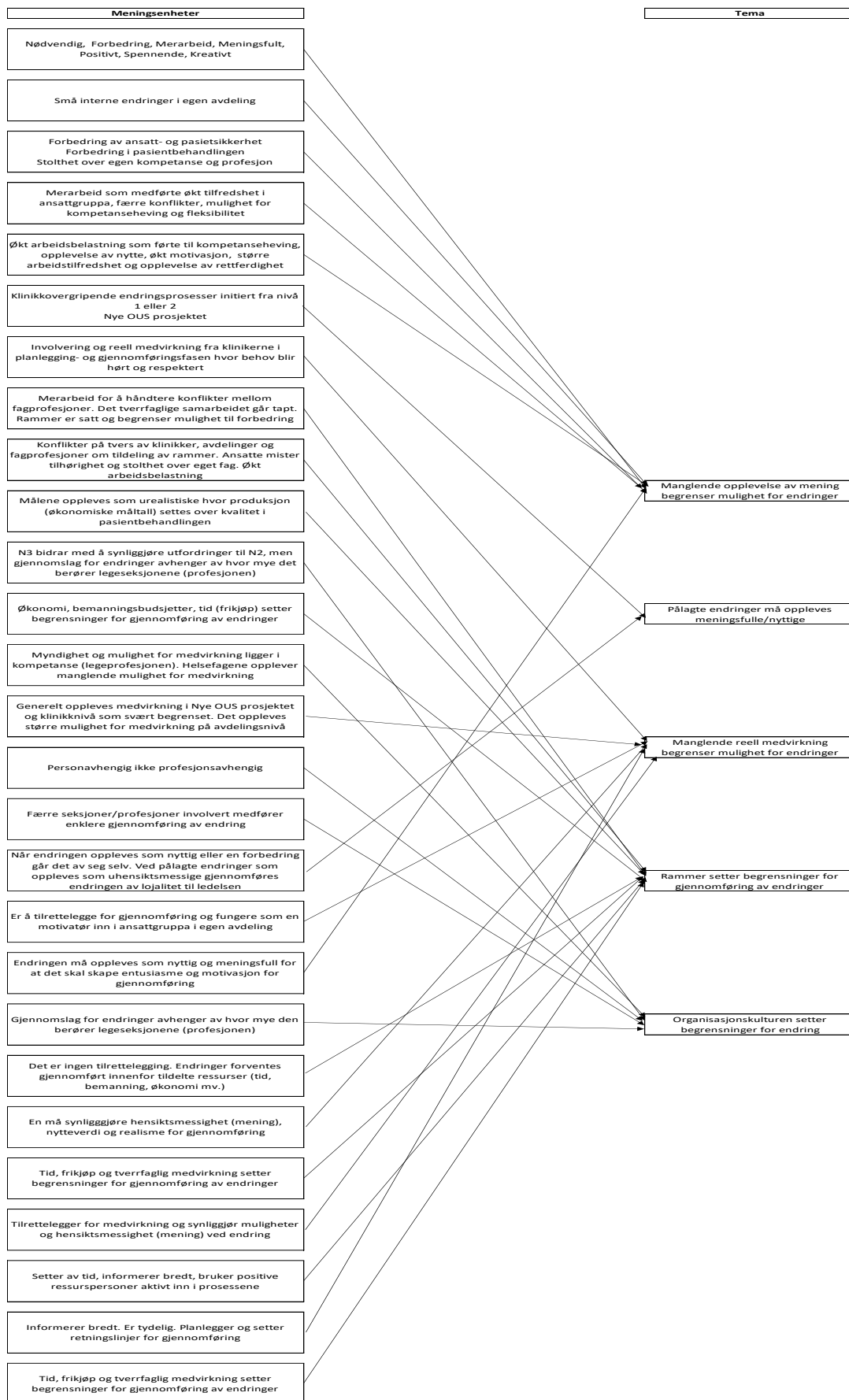
Dette har innebært at informantene som jeg ønsket at skulle delta er blitt forespurt og har selv vurdert og bestemt over sin deltakelse. Informantene har gitt sitt uttrykkelige informerte og frivillige samtykke. De har kunnet på et hvilket som helst tidspunkt trekke seg fra undersøkelsen. Informantene har hatt rett til å nekte meg innsyn i, eller adgang til, opplysninger om seg selv. De har selv kunnet kontrollere hvorvidt informasjon om dem vil kunne gjøres tilgjengelig for andre. Informantene har vært sikre på at jeg har ivaretatt konfidensialitet og at jeg ikke har brukt opplysninger på en slik måte at de er kunnet bli identifisert. Jeg har måttet vurdere om intervjuene kan berøre sårbare og følsomme områder, som det for informantene i ettertid hadde kunnet være vanskelig å bearbeide.

Hensikten med forskning er å få innsikt i utfordringer som det kan gjøres noe med, men forskningen på disse utfordringene skal være til minst mulig belastning for informantene (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2017).

5.0 Funn og resultat

Jeg har innhentet empirisk data gjennom kvalitative forskningsintervjuer i et bredt lederspenn i Ortopedisk klinikk hvor informantene er representert ved de forskjellige fagprofesjonene i klinikken. Funnene fra disse intervjuene blir presentert i dette kapittelet. Jeg har først valgt å gi en samlet oversikt i en tabell (s.37) hvor jeg i henhold til Lindseth og Nordberg (2004) har kategorisert meningsenhetene i identifiserte temaer. Inspirert av Goia (2013) har jeg sett det formålstjenlig å systematisere meningsenhetene i denne tabellen.

Temaene som kommer tydelig fram i analysen er at mellomlederens evne til gjennomføring av endringer blir begrenset av manglende opplevelse av mening og nytte, av manglende reell medvirkning, av organisasjonskulturen og av rammer. En utdyping av disse funnene presenterer jeg i påfølgende underkapitler der jeg har valgt å bruke temaene som kapitellavn. Jeg har videre valgt å presentere funnene på en fenomenologisk måte og benytte meg av direkte sitater for å poengtere spesifikke funn som kaster lys over min problemstilling. På denne måten kommer funnene tydelig fram som informantens mening og ikke min fortolkning. Dette gir et helt konkret bilde av informantenes egen forståelse, deres opplevelser og erfaringer med selve fenomenet *endring* og hvordan de eksempelvis opplever at manglende reell medvirkning begrenser deres mulighet til gjennomføring av endringer. Til slutt har jeg lest igjennom egen redegjørelse av funn, og vurdert denne opp mot den naive teksten fra intervjuene, for å se temaene nok en gang i lys av problemstillingen og forskningsspørsmålene.



(Lindseth & Nordberg, 2004; Goia, Kevin, Hamilton, & Hamilton, 2013)

5.1 Manglende opplevelse av mening begrenser mulighet for endringer

Endring som fenomen blir i hovedsak beskrevet av mellomlederne som nødvendig, meningsfullt, og spennende, hvor endringsprosesser blir skissert som en mulighet til å både være kreativ og skape forbedring. Som informant 1 beskriver «mitt forhold til endringer har beveget seg fra lett kløe og allergi, til noe som både er nødvendig og gir muligheter». Informantene beskriver også endringer og endringsprosesser som egeninitierte eller pålagte aktiviteter, hvor disse bidrar til merarbeid i en allerede presset arbeidssituasjon for både mellomlederen selv, men også deres ansatte.

Mellomlederne forteller videre at interne og *små* endringer i egen avdeling og som gjerne er initiert av ansatte, oppleves som meningsfulle og nyttige. Endringene inneholder i så måte en forbedring av ansatt- og/eller pasientsikkerhet, alternativt utvikling av pasientbehandling. Der endringen innebærer forbedring i pasientbehandlingen, så øker dette i stor grad stoltheten over egen kompetanse og profesjon. Som informant 2 uttrykker så «skaper hverken serverte endringer fra toppledelsen, eller initierte endringer innad i personalgruppa, diskusjoner, hvis de oppleves som nyttige. De bare gjennomføres!»

Informantene forteller at det for vedkommende selv og ansattgruppa ellers, er helt essensielt å oppleve at det ligger mening og nytte bak selve endringen, og at alle forstår hvorfor denne skal gjennomføres. Dette beskrives som det viktigste elementet i gjennomføring av endringsprosesser. Endringer og prosesser som ikke inneholder mening, ikke er til nytte for ansatt, eller utgjør en forbedring av pasientbehandlingen, oppleves av mellomlederne som tungroddede og utfordrende å gjennomføre.

Basert på funnene så oppfattes derfor mellomlederens evne til gjennomføring av endringer som begrenset ved manglende opplevelse av mening og nytte i og for endringsprosessen. Denne erfaringen deles av informantene uavhengig av tilhørighet i klinikken, ledernivå eller fagprofesjon og vil bli drøftet i påfølgende hovedkapittel.

5.2 Pålagte endringer må oppleves som meningsfulle og/eller nyttige

Endringsprosesser i Ortopedisk klinikk som enten er pålagt fra Helse Sør-Øst [HSØ], fra direktørnivå (nivå 1) i OUS, eller fra klinikkledelsen (nivå 2) i OPK, beskrives i hovedsak at oppfattes som meningsløse. Her alternerer denne opplevelsen av meningsløshet mellom to hovedårsaker. Der mål, mening og realisme ikke er lagt til grunn for endringsprosessen, eller der mål, mening og realisme for endringsprosessen ikke blir kommunisert til eller forstått av, mellomledere og ansatte i klinikken.

Et eksempel på der mål og mening ikke er lagt til grunn fra HSØ, er etableringen av nye sykehus i OUS, hvor informant 4 presenterer prosessen for prosjektering av areal slik:

arkitektene har ikke peiling på hvilke funksjoner som skal inn i arealene, ei heller logistikk. De tenker kun varelogistikk og har glemt personal- og pasientlogistikk. De tenker ikke helhet og flyt. Vi vet at vi er med på å prosjektere noe som ikke vil fungere. Det hele oppleves helt meningsløst.

Jeg bruker informant 6 til å gi et eksempel på en endringsprosess der realisme ikke er lagt til grunn. Dette eksempelet omhandler også etableringen av nye sykehus i OUS, hvor mellomlederen beskriver sin egen deltakelse ved at «når vi nå har vokst ut av sykehuset, så er det meningsløst å delta i å bygge et nytt som allerede er for lite. Man kan være med på mange og mye endringer, men man må se logikken og realismen i dem».

Videre gir informant 1 et eksempel på der mål, mening og realisme i en endringsprosess ikke blir forstått av mellomledere eller ansatte. Dette gjelder endringsprosesser initiert av sykehusledelsen i OUS som dreier seg om å øke produksjon og produksjonstall. Informanten refererer til dette som «endringer som gjennomføres for endringens skyld. Her er det snakk om hva vi klarer å produsere, framfor hvilken kvalitet vi klarer å levere i pasientbehandlingen. Det er økonomi som styrer businessen hardere og hardere. Dette er ikke forbedringer».

Informant 5 beskriver en endring der mål, mening og realisme ikke blir kommunisert i prosessen. Her er endringsprosessen initiert av klinikkledelsen i OPK, mens ledere og ansatte som blir berørt av endringene som skal gjennomføres ikke forstår hvorfor. De opplever at

klinikkledelsen «ønsker å trumfe igjennom endringer som de mener er lure. Ledere og ansatte kjenner ikke til årsaken til at endringen gjennomføres, hva det er som ønskes endret, hvem som ønsker dette, eller hvem som har initiert dette».

Ved endringer eller i endringsprosesser der ledelsen over ikke har klart å synliggjøre nytteverdien, opplever mellomlederen seg som en tilrettelegger for endring eller endringsprosessen. Her kommer opplysningen om merarbeidet tydelig fram, der mellomlederne forteller at de forsøker å gjennomføre endringen av lojalitet til ledelsen, til øvrige fagseksjoner (samarbeidspartnere), til egen avdeling, eller til klinikken. Her beskriver mellomlederen at vedkommende må bruke uforholdsmessig mye tid på informasjon, diskusjon og motivasjon i egen ansattgruppe for å få gjennomslag for endringen, og for å kunne gjennomføre endringsprosessen. Informant 4 forteller at «i slike situasjoner må man time informasjonen, ta det opp i møter og informere bredt. Jo tidligere ansatte kjenner til endringen som er på gang, desto bedre! Da får de tid til å først reagere og deretter forberede seg».

På generelt grunnlag så forholder mellomlederne seg til de endringene og føringene som de mottar fra ledelsen over seg, uavhengig av om den kommer fra HSØ, OUS eller OPK. Pålagte endringer gjennomføres av lojalitet til klinikken, men basert på funnene så begrenses gjennomføringsevnen av utfordringene som er skissert over. Av fagprofesjonene som er representert, så er det to som skiller seg ut ved å gi uttrykk for en større grad av motstand til pålagte endringer. Her er det ikke gjennomføringsevnen som begrenses, men fagprofesjonenes endringsvilje som begrenser gjennomføring. Dette blir gjenstand for diskusjon i drøftingskapitlet.

5.3 Manglende reell medvirkning begrenser mulighet for endringer

Slik nevnt i foregående underkapitler så må det synliggjøres mening og nytteverdi for å øke mulighetene for gjennomføring av endringer. Tilsvarende må den samme meningen og nytteverdien synliggjøres for at mellomledere og ansatte ser det hensiktsmessig å medvirke i endringsprosesser, uavhengig av hvor initiativet kommer fra. Informant 4 mener at endringsledelse består av å synliggjøre for den ansatte «what's in it for me», her også forstått som «hva er best for pasienten?!».

Denne sammenhengen sees igjen i prosesser der medvirkning i egeninitierte endringsprosesser internt i egen avdeling og med et meningsinnhold som den ansatte anerkjenner, er større, mer deltakende og oppleves som betydningsfullt. Dette i motsetning til medvirkning inn i endringsprosesser som er initiert fra sentralt hold, direktørnivå eller klinikknivå som mellomlederen opplever av flere grunner som utfordrende, og spesielt i tilfeller hvor mål og mening ikke er synliggjort.

I de små og interne endringsprosessene erfarer mellomlederne et større engasjement fra ansatte, hvorpå mellomlederen opplever at det kun er informasjon, tydeliggjøring av mål og hensikt, og tid som skal gjøres tilgjengelig for å få gjennomført endringen. Informant 3 beskriver at «jeg sørger for at grunnlag for endring blir hørt, følger opp med tilrettelegging for medvirkning med en klar plan, og en forståelse fra ansattgruppa om at endringen bidrar til det bedre».

I de overordnede endringsprosessene initiert av HSØ, OUS eller på klinikknivå i OPK opplever mellomlederne en manglende mulighet for den samme tilretteleggingen av medvirkning og påvirkning. Her er målet for endringsprosessene ofte svært utydelige og slik informant 1 presiserer «målene ligger i bunn, men de er urealistiske, hårete, lite konkrete og svært lite anvendelige for oss. Og det er oss de gjelder!». Slik erfarer de at deres egen rolle inn i overordnede endringsprosesser blir tilsvarende utydelige og udefinerbare, hvorpå medvirkning beskrives som utfordrende.

Mellomlederne forteller om prosesser hvor de ikke blir hørt eller viet tillit til og hvor deres innspill ikke blir tatt i betraktning eller til etterretning. Informant 6 omtaler en slik medvirkningsprosess ved at «man blir brukt som gissel, slik at ledelsen kan dokumentere at medvirkning har skjedd», hvorpå informant 2 hevder at det «ikke er noe tillit i spillet. Dersom vi får si vår mening så blir ikke virkeligheten hørt på eller tatt hensyn til, fra verken ledelsen, HR eller økonomi». Mens informant 5 hevder at «det er svært provoserende med skinnprosesser, der en opplever at beslutningene er tatt på forhånd. Vi fristiller tillitsvalgte til drøftingsmøter som egentlig ikke har noe for seg».

Det er et reelt ønske fra alle mellomlederne, uavhengig av fagprofesjon, om reelle medvirkningsprosesser der alle blir lyttet til og der alle innspill blir en del av beslutningsgrunnlaget for ledelsen over. Det er også en iboende holdning til at endringer som eventuelt går på tvers av fagprofesjonenes egeninteresser ville vært å leve med, dersom en slik medvirkningsprosess ble gjennomført. Informant 5 informerer om at «har det vært en skikkelig prosess med ordentlige diskusjoner og reell medvirkning, der flere meninger og argumenter blir veiet opp mot hverandre og der ledelsen tar alle argumentene i betraktning, for deretter å ta beslutning. Da er det ok!»

Funnene synliggjør derfor at en manglende medvirkning i endringsprosesser begrenser mellomlederens evne til gjennomføring av endringer. Denne opplevelsen deles av alle fagprofesjonene og vil belyses i drøftingskapittelet.

5.4 Organisasjonskulturen setter begrensninger for endring

Mellomlederne forteller at endringsprosesser i Ortopedisk klinikk avhenger i stor grad av hvor mye den berører legeseksjonene, der legene blir beskrevet av informant 3 som «premissleverandør» for både drift og gjennomføring av endringsprosesser.

Informant 5 hevder at «organiseringen av klinikken er historisk» der vedkommende beskriver en klinikkleder «som har en avdelingsledergruppe som ikke er tverrfaglig. Den består kun av leger og har ikke evnen til å se drift som helhet. Helt på organisasjonsnivå, så har vi et hierarki hvor legene kan bestemme alt!». Slik mener informantene at vurderingene av foreslåtte, eller synliggjøring av eventuelle behov for endringer, ikke nødvendigvis får den tverrfaglige og helhetlige behandlingen som et forslag til endring bør gjennomgå. Mellomlederne gir uttrykk for en bekymring for at dette kan forhindre et adekvat beslutningsgrunnlag for klinikkledelsen, før og for gjennomføring av prosess og implementering av endring.

Funnene fra datainnsamlingen viser også at jo færre seksjoner og / eller fagprofesjoner som er involvert, så medfører dette en desto større mulighet for gjennomføring av endringer. Her utgjør også legeseksjonen en faktor hvor mellomlederne fra øvrige fagseksjoner mener at legene innehar en myndighet som de andre ikke har. Informant 1 forteller om en

«yrkesgruppe som legger føringer for de andre yrkesgruppene. Det er forskjell i kompetanse og utdanning, og myndigheten ligger i kompetansen. Der ligger beslutningsmyndigheten også». Yrkesgruppen med denne kompetansen, eller utdanningen og som er beskrevet at innehar denne myndigheten, er identifisert som legegruppen.

Som en forlengelse av dette forteller informanten om en endringsprosess som ble besluttet, godt planlagt og gjennomført i OUS, men hvor legegruppen stoppet denne, mens øvrige fagprofesjoner gjennomførte. Her ligger det om mulig en institusjonell logikk til grunn, hvor legene innehar en makt og myndighet i organisasjonen til å etterprøve en styringsinstruks fra nivå 1. Slik informant 6 forklarer er det «fordi det er en yrkesgruppe som styrer drift mer enn andre så tillates de et spillerom. Deres tid styrer drift og produksjonstall. Resten av oss produserer ikke, skaper ikke inntekter, men er en utgiftspost». Dette vil bli gjenstand for diskusjon i drøftingskapitlet.

Informant 4 derimot etterlyser en felles organisasjonskultur på tvers av sykehusene i OUS, som fordrer til pasientens beste og spesielt i samarbeidet rundt prosjektering av nye sykehus i OUS og endringsprosessene som vil komme i kjølvannet av dette. Vedkommende beskriver en situasjon der «vi har lokale driftsmøter, men ingen felles. Samarbeid foregår i uformelle møter på telefon. Det er lite som blir gjort for å få til et felles formelt samarbeid, eller en felles kultur. Dette forsterker heller kulturforskjellene». Informantene forteller videre om et samarbeid på tvers av sykehusene som avhenger av enkeltpersoner og at man «treffer på den riktige legen».

Hovedsakelig ligger myndighet, mulighet for medvirkning og beslutninger i endringsprosesser hos legeprofesjonen i Ortopedisk klinikk, hvor øvrige fagprofesjoner opplever en tilsvarende mangel på sådan. Informant 3 gir uttrykk for et behov for en mer helhetlig ledelse som ser alle fagprofesjoner der vedkommende mener at:

hver fagseksjon arbeider for seg selv uten å involvere hverandre. Det er behov for et tettere og bedre samarbeid på tvers og en avdelingsleder som ser deg. Som avdeling så har vi behov for en helhetlig leder, som leder alle fagfelt, ikke bare ett.

Funnene tyder derfor på at evne til gjennomføring av endringer for mellomledere av de fleste fagprofesjoner i Ortopedisk klinikk, blir begrenset av organisasjonskulturen, og vil bli drøftet i påfølgende hovedkapittel.

5.5 Rammer setter begrensninger for gjennomføring av endringer

Endringsprosesser i Ortopedisk klinikk blir i henhold til mellomledernes beretninger forventet gjennomført innenfor gjeldende driftsbudsjetter og allerede tildelte ressurser. Ifølge informantene gjøres det svært sjelden eller aldri ekstra ressurser tilgjengelig for gjennomføring av alt fra små til større og krevende endringer. Slik informant 3 forteller «så er det ingen tilrettelegging fra ledelsen. Endringer forventes gjennomført innenfor de ressursene du har».

Samtidig opplever informantene at det settes urealistiske mål for normaldrift (økonomiske produksjons- og måltall) og for resultat av endringer som gjennomføres for både pålagte endringer og det som tidligere er beskrevet som *endringer for endringens skyld*. En tilleggsdimensjon som her gjør seg gjeldende, er at produksjons- og måltall oppleves som mer viktig for klinikkledelsen enn kvalitet i pasientbehandlingen. Her er *produksjons- og måltall* et tilsvarende fjernt begrep for mellomlederne med ansvar for klinisk drift.

En sammensatt beskrivelse av dette kan i første omgang belyses av informant 1 som hevder at «vi får presentert beleggstall som vi skal ligge innenfor, samtidig som det ikke er vi som legger pasienten inn». Informant 5 forteller videre at «det vi får av jobb er resultatet av det legene produserer, samtidig som vi skal opprettholde våre måltall». Der informant 6 mener at «ledelsen kan umulig kjenne til drift i det de setter urealistiske krav om operasjonstid. Operasjoner kan ikke estimeres nøyaktig på tid. Vi har komorbide pasienter som bidrar til at vi ikke er ferdige på et nøyaktig tidspunkt».

En forventning om gjennomføring av endringer uten tildeling av rammer til frikjøp av ansatte for medvirkning, til tverrfaglig samarbeid, eller generelt tid til gjennomføring som planlegging, informasjon og motivasjon, setter begrensninger for gjennomføring av endringer. Informant 4 forteller at «for å ivareta mine ordinære arbeidsoppgaver som leder innenfor normal arbeidstid, i samtidighet med endringene som er påkrevd av ledelsen, så

måtte det en demonstrasjon til med avviksmeldinger for å synliggjøre hva avdelingen trengte av ressurser - ledelse og tid!».

Videre hevder informant 4 at «vi kan alltid gjøre ting bedre, men vi får ingen medvirkningsrolle i endringene som blir foreslått». Denne uttalelsen ble gitt ved spørsmålet om et eventuelt forbedringspotensial i klinikkovergripende endringsprosesser initiert fra klinikk- eller sykehusledelsen. Her opplever mellomlederne at rammene for involvering av klinikerne i planleggings- og gjennomføringsfasen av endringsprosesser er innskrenket, og at deres behov verken blir hørt eller respektert. Informant 6 belyser den samme utfordringen der vedkommende beskriver sin egen rolle og forventninger til denne som at:

det stilles tøffe krav i endringsprosessene. Jeg som mellomleder sitter nettopp imellom. De som stiller kravene, sitter for langt fra oss som leverer. Det er mange som er uenige i de endringene som blir foreslått eller iverksatt. Ting skjer uten at vi blir involvert.

I hovedsak informerer mellomlederne om en situasjon hvor organisasjonens rammer påvirker deres handlingsrom i endringsarbeid, hvorpå disse funnene vil bli drøftet i neste hovedkapittel.

5.6 Bifunn

5.6.1 Motstand og endringsagenter

Det er, som tidligere beskrevet, to fagprofesjoner som gir uttrykk for en større grad av motstand til pålagte endringer enn øvrige, men alle mellomlederne uavhengig av fagprofesjon opplever å møte en generell motstand mot endring fra enkeltpersoner. Dette er enkeltpersoner som alle informantene beskriver som denne *ene ansatte* med *personlige egenskaper*. Denne *ansatte* bidrar med motstand mot endring, uavhengig av fra hvem eller fra hvilket nivå endringen blir initiert. Denne *ansatte* er også profesjonsuavhengig og finnes overalt i klinikken. Lederne beskriver denne *ansatte* å inneha personlige egenskaper som både endringsvegning og endringsredsel, og med et ønske om å beholde arbeidshverdagen og arbeidsoppgaver innenfor kjente og trygge rammer. Det vil si at motstand mot endring ytes på generell basis. Denne *ansatte* bidrar ikke inn i medvirkningsprosessene, men

forholder seg hovedsakelig avholdende til både prosess og endring. Derimot er de tydelig negative ved et eventuelt engasjement inn i endringsprosessen.

Motgiften mot denne *ansatte* er beskrevet av flere informanter som bruk av positive ressurspersoner aktivt inn i endringsprosessen. Dette er ressurspersoner som mellomlederne bevisst bruker til formålet om å skape forutsigbarhet og i beste fall engasjement for endringen og i endringsprosessen. Informant 3 forteller at «jeg bruker disse ansatte til å ufarliggjøre endringene, med sine beretninger om egne erfaringer og for å synliggjøre gevinster for alle ansatte underveis i endringsprosessen». Slik oppnår de ofte å få med seg denne *ansatte* inn i medvirkningsprosessene.

Motstanden mot endring, som denne *ansatte* yter, vil ikke bli gjenstand for diskusjon i drøftingskapittelet, derimot vil jeg benytte meg av mellomledernes beskrivelser i bruk av endringsagenter.

5.6.2 Anerkjennelse

Funnene viser at det i hovedsak er et ønske fra alle fagprofesjonene om en bredere anerkjennelse fra klinikkledelsen i OPK og av de endringene som de faktisk klarer å gjennomføre. Det er som kjent en stor endringsvilje blant mellomlederne i Ortopedisk klinikk, hvor også behovet for forbedring bekreftes. Det er beskrevet av informant 1 at:

det bør skapes en bevissthet rundt gevinster som oppnås ved endringer. De bør anerkjennes i større grad. Vi må se oss tilbake og se på alt vi har klart å gjennomføre. Jeg ønsker meg en merittliste i klinikken for gjennomførte endringer som har bidratt til forbedring.

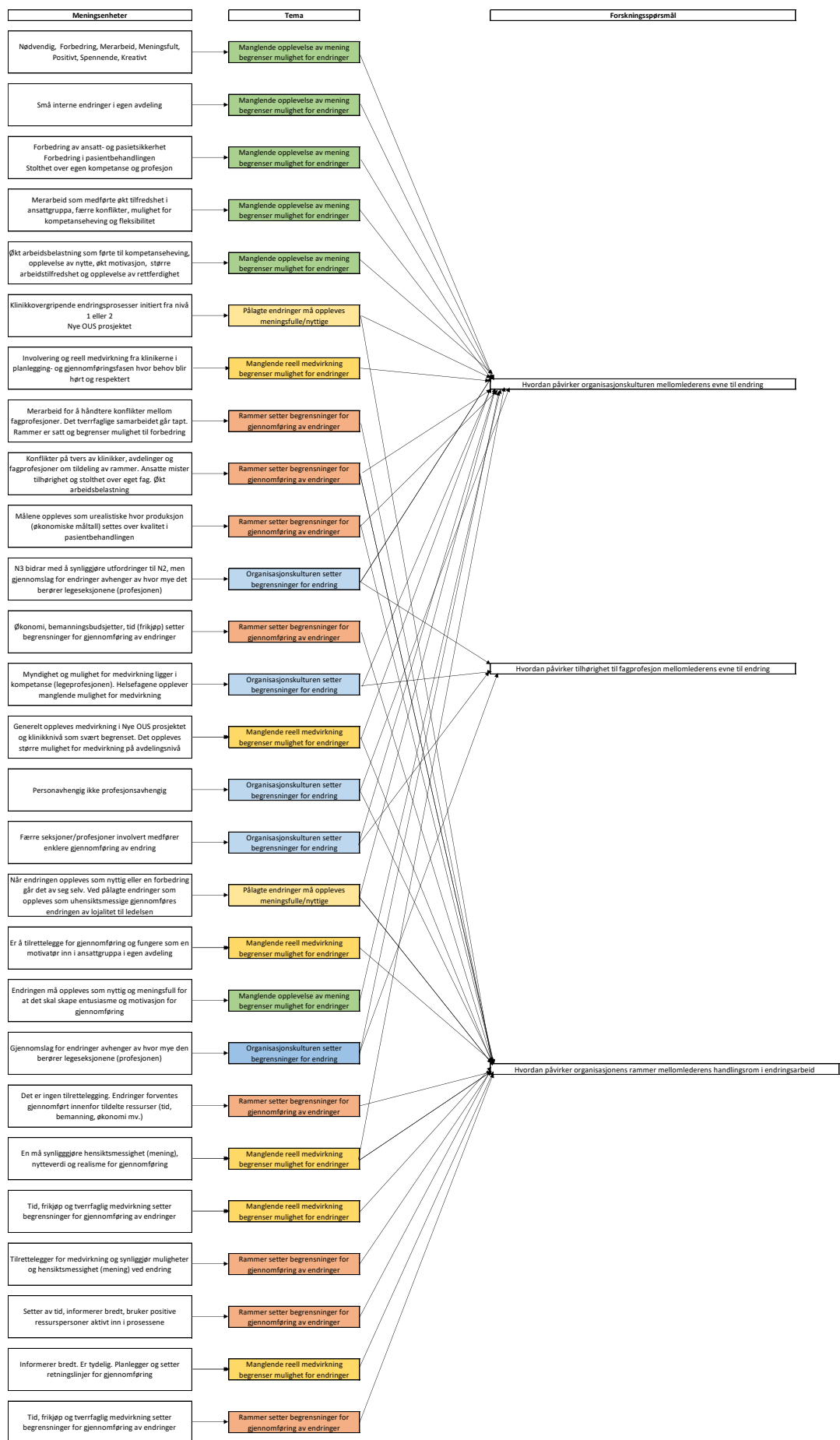
6.0 Drøfting

Som beskrivelsene av funn i kapittel 5 redegjør for, så begrenses mellomlederens evne til gjennomføring av endringer av flere faktorer. Disse faktorene er kondensert ned til meningsenheter og deretter fem temaer. Hvorfor og hvordan mellomlederne opplever at deres gjennomføringsmulighet av endringer begrenses, vil jeg gjøre rede for i dette kapitlet.

Som et hjelpemiddel for å finne ut av *hva som begrenser mellomlederens mulighet til å gjennomføre endringer*, så formulerte jeg innledningsvis tre forskningsspørsmål;
Hvordan påvirker organisasjonskulturen mellomlederens evne til endring?
Hvordan påvirker tilhørighet til fagprofesjon mellomlederens evne til endring?
Hvordan påvirker organisasjonens rammer mellomlederens handlingsrom i endringsarbeid?

For å se meningsenhetene og temaene i lys av forskningsspørsmålene og problemstillingen, så har jeg videreutviklet tabellen som er vist på side 37. Denne utvidede tabellen er gjengitt på side 48 og har til hensikt å gi leseren en overordnet og visuell skisse over hvordan meningsenheter, temaer og forskningsspørsmål henger sammen. Tabellen har jeg brukt aktivt og som et verktøy i drøftingen av funnene som er beskrevet i kapittel 5 og opp mot rammeverket som er redegjort for i kapittel 3. Funnene vil sees i lys av hva tidligere forskning sier om forholdet og de vil drøftes opp mot teoriene, og hvordan dette eventuelt gir utslag, hvordan det bygger oppunder, eller om de utfordrer den kunnskapen vi har fra før.

I et forsøk på å fremstille drøftingen av funn på en systematisk måte, så er drøftingskapitlet bygd opp i underkapitler med titler i henhold til forskningsspørsmålene. Dette er gjort fordi temaene påvirker flere av forskningsspørsmålene, og drøftingen er således avgrenset i henhold til disse. Leseren vil likevel oppleve at de ulike temaene vil krysse hverandre på tvers av forskningsspørsmålene.



(Lindseth & Nordberg, 2004; Goia, Kevin, Hamilton, & Hamilton, 2013)

6.1 Hvordan påvirker organisasjonskulturen mellomlederens evne til endring

Gjennom dette forskningsspørsmålet, så har jeg hatt til hensikt å utforske mellomlederen i Ortopedisk klinikk sine erfaringer med og opplevelse av endringsprosesser i den organisasjonskulturen som OUS representerer. Om mellomlederen har et bevisst forhold til organisasjonskulturen og hvordan denne eventuelt gir føringer for handling og holdning til endringsprosesser, alternativt om de opplever ubevisste verdistyrte reaksjoner på disse.

I analysen av funnene fant jeg at tema som *manglende mening* og *pålagte endringer* kan sees i lys av hvordan organisasjonskulturen påvirker mellomlederens evne til endring. Dette fordi temaene, som eksempelvis *opplevelse av manglende mening for endringsprosessen*, kan henvises direkte tilbake til informantenes fortellinger og meningsenhetene som er trukket ut av disse. I dette eksempelet bekrefter meningsenheten at det er organisasjonen og dens kultur som har satt føringer for hvordan mening og nytte skal eller kan vektlegges i endringsprosesser. Jeg vil i underkapitlene drøfte dette funnet og de øvrige, og jeg vil redegjøre for hvordan disse belyser mitt forskningsspørsmål.

6.1.1 Organisasjonskultur og manglende opplevelse av mening

Som funnene viser så oppleves interne og *små* endringer, som gjerne er initiert av ansatte fra egen avdeling, som meningsfulle og nyttige for både ansattgruppa og mellomlederen selv. Dette fordi endringsprosesser som er egeninitierte ofte inneholder en positiv faktor for gjennomføring. Denne positive faktoren innebærer som regel en forbedring av ansatt- og / eller pasientsikkerhet og er endringer som teoriene beskriver som inkrementelle. Det vil si at endringene er relativt små, bygger på det man allerede driver med og innføres skrittvis og over en lengre tid (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Denne sammenhengen finner jeg igjen i masterstudiet til Torbjørnsen (2021) der de mindre prosessene i helsevesenet er fokusert på hvordan endringen kan påvirke pasientene på en god måte. Thorbjørnsen beskriver også at mellomlederne hadde en oppfatning om at pasientkvaliteten var det som var det viktigste elementet for ansatte ved gjennomføring av endring. Groendahl og Sardo (2013) påpeker også viktigheten av at forbedring av pasientbehandlingen bør utgjøre en vesentlig og synlig del av årsak til endringsprosesser i offentlig helsevesen. Dette støtter således mine funn om at endringsprosesser som innebærer en forbedring i pasientbehandlingen oppleves som

positive av mellomledere og ansatte, hvorpå endringene i beste fall øker stoltheten over egen kompetanse og profesjon hos helsepersonellet.

Når mellomlederne i denne sammenheng bruker ordet *mening* så ser jeg dette også som et sosialt konstruert fenomen. Her har mellomlederne definert innholdet i ordet *mening* basert på den historiske interaksjonen som samfunnsoppdraget innenfor offentlig helsevesen har gitt det. Jeg opplever det også slik at mellomlederne har en felles forståelse av at *det beste for pasienten* utgjør mening, og at dette således er forankret i det de mener er institusjonens identitet, formål og kjerneverdier. Samtidig så forstår jeg det slik at det *i pasientens beste* ligger en form for legitimitet, hvor de søker å ivareta institusjonens formål gjennom å møte samfunnets forventninger til ivaretagelse og behandling av pasienten. Som igjen betyr at fagprofesjonenes ivaretagelse av institusjonens kjernevirksomhet gir dem mål og mening, og bekrefter deres profesjonsverdier og identitet.

Det er derfor ingen kontroverser i mine funn når jeg hevder at endringsprosesser som forbedrer pasientbehandling, møter kravet til systematisk verdirefleksjon over egen organisatorisk praksis. Her er praksis bevisstgjort, den er begrunnet i yrkesutøvelse og søkes stadig forbedret, hvor dette blir ansett som positivt av mellomlederne i OUS (Aadland & Askeland, 2019, s. 115). Motivasjonen til både mellomlederne og ansatte ligger nettopp her, i det de ansatte initierer og mellomleder viser seg støttende til endringsforslag som har en gunstig effekt på pasientbehandlingen og / eller den ansatts arbeidshverdag.

Som det teoretiske grunnlaget i kapittel 3 viser, så grenser dette til organisasjonsutvikling, hvor endringsledelse består i å støtte opp om og kanaliserer prosesser som er igangsatt av ansatte og som forsterker den retningen som organisasjonen ønsker å gå i (Hennestad & Revang, 2012). Derimot mangler endringsprosesser, som ikke inneholder *mening*, en av de forutsetningene som ligger til grunn for gjennomføring av vellykkede endringsprosesser. Blant annet et av grunnprinsippene for vellykkede endringsprosesser hvor det bør ligge til grunn en omforent forståelse av at *noe må gjøres*. Endringsforslaget må videre oppleves som nødvendig og rasjonelt av de fleste medlemmene i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 391). Spørsmålet blir derfor om det er en ønsket vei for organisasjonen OUS å gjennomføre endringsprosesser hvor fagprofesjonene ikke har oppfattet *mening* og

årsak for endring. Uansett så betyr dette at det for mellomlederen selv er utfordrende å oppmuntre til innsats for å nå et felles mål, når målet ikke oppleves av mellomlederne og de ansatte som felles. Det er tilsvarende vanskelig å *implementere ideer for arbeidsprosesser for å skape endring*, når ideen i seg selv ikke er omforent mellom medlemmene i organisasjonen (Hennestad & Revang, 2012). Det er her det teoretiske utgangspunktet for organisasjonsutvikling om mulig avviker fra hvordan endringsprosessene i OUS oppleves av mellomlederne. Mellomlederne mener at fokuset på å endre holdninger og oppfatninger i organisasjonen om en ønsket endring, ikke er ivaretatt. De informerer også om at organisasjonens ledelse heller ikke har skapt en felles forståelse av behovet for en endring i det endringsprosesser iverksettes (Hennestad & Revang, 2012).

Som teorikapittelet beskriver så består institusjonell ledelse av å utøve et lederskap innenfor rammer som består av å vedlikeholde og endre praksis innenfor institusjonens formål, verdier og identitet. Når selve endringsprosessen oppfattes av de ansatte å stride mot disse institusjonaliserte verdiene og institusjonens formål, så oppleves det som en bortimot umulig oppgave for mellomlederen å endre praksis i handlingsmønstrene hos egne ansatte (Askeland H. , 2019). Motstanden mot endringer, som bryter med det kollektive verdisetet hos de ansatte i OUS, kan derfor spores tilbake til at endringer truer deres identitet, eller bryter med det fundamentet som de mener at organisasjonen er bygget på. Funnene tyder derfor på at endringsprosesser i OUS, som ikke er klare meningsbærere av de ansattes identitet, begrenser mellomlederens evne for endringer. Endringene bryter således med det de ansatte oppfatter at samfunnet forventer at de skal levere.

6.1.2 Organisasjonskultur og pålagte endringer

Som funnene viser, så beskrives endringsprosesser i Ortopedisk klinikk som enten er pålagt fra HSØ, fra direktørnivå (nivå 1) i OUS, eller fra klinikkledelsen (nivå 2) i OPK, som meningsløse. Årsaken er todelt og består av at mål, mening og realisme enten ikke er lagt til grunn for endringsprosessen, alternativt at den ikke er blitt kommunisert til eller forstått av mellomledere og ansatte i klinikken. Dette funnet har grensesnitt til ovenstående tema, men avgrenses i større grad av at verken mellomleder (nivå 3 – 5) eller ansatt har noe valg for innhold i eller gjennomføring av endring. Et av funnene til Torbjørnsen (2021) som kan belyse dette, er beskrivelsen av en situasjon der HSØ fatter vedtak om endring, som videre

får konsekvenser for ledere og ansatte på et langt lavere nivå i organisasjonen.

Konsekvensene for ledere og ansatte i organisasjonen er at mellomlederne blir ansvarlig for å implementere og de ansatte tilsvarende ansvarlig for å gjennomføre selve endringer som de ikke kjenner innholdet i eller årsaken til. Groendahl og Sardo (2013) belyser viktigheten av god kommunikasjon mellom toppledelse og mellomledelse, der de viser til en endringsprosess hvor mellomledelsen tidlig i prosessen ble gjort oppmerksomme på konsekvensene av den pålagte endringen. Således fikk de tid og rom til å gjøre nødvendige forberedelser for gjennomføring av endring. Dette førte videre til en vellykket endringsprosess hvor både mellomledelsen og ansatte følte seg ivaretatt.

Betydningen av meningsinnhold i endringsprosesser har jeg redegjort for i foregående kapittel, men hvordan viktigheten av dette fanges opp, alternativt at det ikke fanges opp av organisasjonen, ligger om mulig i selve organisasjonsstrukturen slik Torbjørnsen peker på. Organisasjonsstrukturen har til hensikt å fordele hvilke oppgaver som skal utføres av hvem og hvor i organisasjonen. Den synliggjør ansvaret for hvilke beslutninger som skal tas av hvem og på hvilket nivå. Den består av mekanismer for å koordinere aktiviteter, samt ordninger for å styre og kontrollere ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Det vil si at organisasjonsstrukturen setter føringer for hvordan oppgaver, ansvar og beslutninger fordeles, herunder endringer som mellomlederen blir pålagt å gjennomføre.

Jeg har tidligere referert til denne organisasjonsstrukturen som linjeledelsen i OUS, og som derved utgjør den formelle linjen (strukturen) i organisasjonen. Her tyder funnene på at toppledelsens interesser går på tvers av den uformelle strukturens, det vil si *organisasjonskulturens*, interesser. De ansatte som representanter for organisasjonskulturen opplever således den pålagte endringen fra den formelle lederlinjen som lite nyttig. Noe som medfører at det gis lite rom for mellomlederen å utøve endringsledelse og å endre adferden til ansatte.

Videre belyser mine funn viktigheten av tydelig kommunikasjon i endringsprosesser som er initiert av toppledelsen, der mellomledere og ansatte ser det nødvendig å forstå mål, mening eller realisme i eller for gjennomføring. Dette er helt essensielt for at mellomlederen skal være i stand til å utføre endringer. Torbjørnsen (2021) belyser dette ved å vise til

endringsprosesser der det er oppnådd en enighet i organisasjonen om retning for strategi og gjennomføring, eksempelvis rundt involvering og medvirkning, som mer vellykkede endringsprosesser enn de uten en tydelig kommunisert strategi og enighet. En slik enighet viser mine funn at krever en kommunikasjon som er tydelig og presis. Denne kommunikasjonsstrategien belyser Groendahl og Sardo (2013) i sin studie, der bakgrunn og årsak for gjennomføring av endring ble tydelig kommunisert, og hvor det ble lagt betydelige ressurser i å skape forståelse i det kliniske miljøet i behov for endring. Dette medførte at mellomlederne tidlig forsto årsaken til at endringsprosessen ble initiert, uavhengig av om de var enige eller ikke.

På bakgrunn av mine funn har jeg fått forståelsen av at det bør være utformet en klar strategi og målsetting for endringer som blir initiert og iverksatt, og at dette blir kommunisert og tydeliggjort overfor alle ansatte i organisasjonen før gjennomføring. Derimot forteller mine informanter om endringer som de blir forelagt og pålagt fra toppledelsen, og som de oppfatter som *radikale*. Radikale endringer er beskrevet i endringsteoriene som omfattende endringer, som skal gjennomføres på relativt kort tid og som representerer et brudd med *fortiden* (Askeland H. , 2019; Jacobsen & Thorsvik, 2019). I denne sammenhengen forstår jeg at mellomlederne og ansatte opplever de pålagte endringene fra toppledelsen som et brudd med identitet, verdier og samfunnsoppdrag.

Det teoretiske grunnlaget belyser viktigheten av å ha en klar strategi for hvordan endringsprosesser skal gjennomføres, og at man benytter enhver anledning til å få de ansatte til å forstå denne strategien og hva som skal endres (Hennestad & Revang, 2012). På bakgrunn av mine funn kan jeg ikke se at denne aktiviteten er gjennomført i endringsprosesser i OUS, alternativt at budskapet ikke er nådd fram til de som skal gjennomføre endringen, eller til de som blir berørt av den. Endringsteoriene påpeker at i kommunikasjon av endringer, så er det helt essensielt at de ansatte forstår hva som forblir stabilt og at *ikke alt skal bli nytt*. Tiltak bør gjennomføres for at informasjon om endring skal motivere de ansatte til å slutte opp om endringsprosesser (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Dette er elementer av endringsledelse som jeg ikke finner igjen i informantenes beskrivelse av initierte og pålagte endringer som berører mellomledere og ansatte i Ortopedisk klinikk.

Et annet eksempel på en endringsprosess der mål, mening og realisme ikke er kommunisert eller forstått, er beskrevet i kapittel 5 om pålagte endringer fra sykehusledelsen med mål om å øke produksjon og måltall. I økonomisk teori er produksjon en omforming av innsats som blir til ett eller flere produkter (Opstad, 2020). Oversatt til offentlig helsetjeneste og fortsatt med økonomibrillene på, så er produksjon helsepersonellens innsats som resulterer i leveranse av helsetjenester (produkt). Produksjon av helsetjenester er likeledes og ikke nødvendigvis det som bidrar til verdiskapning i organisasjonen. Årsaken til dette er at verdiskapningen i OUS skal utgjøre differansen mellom det sykehuset tjener på behandling av pasienter og være mer enn det sykehuset benytter av ressurser, for å produsere disse helsetjenestene (Opstad, 2020).

I forlengelsen av dette peker mine funn på at den manglende forståelsen av behovet for endring fra mellomledere for fagprofesjoner, ligger i at deres interesser i og for prosessen ikke er ivaretatt av toppledelsen. Dette har grensesnitt til meningsinnhold for endringen, der produksjon og måltall ikke utgjør mening for fagprofesjonene i Ortopedisk klinikk. De gir derimot uttrykk for at kvalitet og resultat av behandling ligger til grunn som parametere for *god produksjon*.

Torbjørnsen (2021) sin litteraturstudie viser til at det er mulig å oppnå kostnadsreduksjon, eller mindre økning av kostnader, ved en synlig og aktiv involvering fra toppledelsen og gjennom hele organisasjonen. Dette kan gjennomføres ved at de ansatte, som berøres av endringen, får tilfredsstilt sitt behov for informasjon og forståelse av behovet for den. I pålagte endringer er funnene i dette studiet omforent ved at mellomlederen befinner seg i en posisjon som nettopp er i midten av administrasjon og operativ drift. Som mellomleder så innebærer dette at deres strategiske plassering i gjennomføring av endringsprosesser er to-delt. Mellomlederen skal være et administrativt verktøy for toppledelsen i endringsprosesser og i samtidighet en nødbrems for egne ansatte (Torbjørnsen, 2021). Derimot viser funnene fra min studie at pålagte endringer i OUS viser til tilfeller hvor mellomlederens rolle i endringsprosesser blir begrenset og at fagprofesjonenes autonomi blir utfordret.

Historisk sett har mellomledere for fagprofesjoner hatt en viss grad av frihet til å utøve skjønn innenfor eget fag, der det er etiske retningslinjer og ikke nødvendigvis

styringsinstrukser som setter føringer for deres yrkesutøvelse. Profesjonstilhørighet setter også føringer for mellomlederens ledergjerning, hvor de i stor grad blir styrt av institusjonaliserte, faglige og profesjonsmorske standarder (Døvig, Elsat, & Storvik, 2016). Dersom denne institusjonaliserte forståelsen av mellomlederens posisjon i institusjonen ikke er ivaretatt under og i endringsprosessen, så tyder mine funn på at forståelsen for endring også uteblir. Det er her toppledelsen i OUS møter motstand mot endringer, alternativt manglende endringsvilje, hos fagprofesjonene med ansvar for klinisk virksomhet i organisasjonen. Pålagte endringer som fratrar mellomlederens integritet og mulighet til å utøve profesjonsledelse, samt å ivareta de ansattes evne til yrkesutøvelse innenfor faglige og etiske standarder, viser at ikke vil møte forståelse i en institusjonalisert virksomhet som OUS.

6. 2 Hvordan påvirker tilhørighet til fagprofesjon mellomlederens evne til endring

Gjennom dette forskningsspørsmålet så har jeg hatt til hensikt å utforske mellomlederen i Ortopedisk klinikk sine erfaringer med og opplevelse av endringsprosesser som representant for egen fagprofesjon. Om mellomlederen har et bevisst forhold til hvordan tilhørighet og posisjon eventuelt gir føringer for handling og holdning til endringsprosesser i egen profesjon, alternativt om de opplever ubevisste verdistyrte reaksjoner på endringsprosesser innad i egen profesjon, eller fra samarbeidende fagprofesjoner.

I analysen av funnene har jeg sett spesielt på temaet *reell medvirkning* og hvordan dette kan sees i lys av hvordan tilhørighet til fagprofesjon påvirker mellomlederens evne til endring. Som eksempel er reell medvirkning i organisasjonen beskrevet av informantene og gjenspeilet i meningsenhetene. Dette er en av faktorene som gir føringer for hvordan mellomledere for fagprofesjoner forholder seg til endringsprosesser. Jeg vil, i teksten under, drøfte dette og gjøre rede for hvordan det utdyper mitt forskningsspørsmål.

6.2.1 Fagprofesjon og reell medvirkning

Funn viser at den samme mening og nytteverdi i endringsprosesser, som er beskrevet i kapittel 5.3, må synliggjøres for at mellomledere og ansatte ser det hensiktsmessig å medvirke. Dette er uavhengig av hvor initiativet til endring kommer fra eller mellomlederens profesjonstilhørighet. Jeg ser igjen sammenhengen i beretningene fra mellomlederne om

hvordan medvirkningsprosessene oppleves forskjellige i endringsprosesser som er initiert fra lokalt eller sentralt hold. I forlengelsen av dette erfarer mellomlederne at medvirkning ikke utgjør en utfordring i endringsprosesser som er utledet av et behov med mål og mening for pasient og / eller ansatt. Derimot er engasjementet for medvirkning lavt inn i endringsprosesser hvor nytteverdien ikke er synliggjort. Jeg kommer ikke til å utdype dette nærmere her, da meningsinnhold i endringsprosesser og hvilke føringer dette setter for gjennomføring av endring, er drøftet i foregående kapittel 6.1.1.

Derimot opplever mellomlederne på et generelt grunnlag en manglende mulighet til medvirkning for både seg selv og sine ansatte i overordnede endringsprosesser som er initiert av HSØ, OUS eller på klinikknivå i OPK. Dette gjenspeiles av Torbjørnsen (2021) sine funn om overordnede beslutninger som tas på vegne av de som skal gjennomføre, slik beskrevet i kapittel 6.1.2. Mine informanter forteller om prosesser hvor de ikke blir hørt eller hvor deres kunnskap og kompetanse innenfor området ikke blir tatt i betraktning eller til etterretning. I de mest alvorlige tilfellene forteller mellomlederne om situasjoner hvor de opplever å bli brukt som gissel i skinnprosesser, der beslutninger er tatt før medvirkning og drøfting er blitt gjennomført. Dette samsvarer i stor grad med Groendahl og Sardo (2013) sine funn, hvor de har OUS som studieobjekt og beskriver dette som en stor organisasjon som undervurderer sine ansatte. I studien belyser de toppledelsen i OUS sin manglende forståelse av forventninger fra den kliniske virksomheten. Da med henblikk på organisasjonens medlemmer og deres kunnskap og kompetanse om organisering av fag og drift, og hvordan endringsprosesser bør gjennomføres.

Opplevelsen av manglende medvirkning samsvarer også med rapporterte trender innenfor ledelse av og endringsledelse i offentlige virksomheter. Her erstatter offentlige virksomheter i større grad tillitt og faglig autonomi til fagprofesjonene, med instruksjer og kontrollregimer, for å ivareta linjeorganisasjonens beslutningsmyndighet (Hagen & Trygstad, 2007; Vike, 2004). Profesjonsorienteringen i offentlig helsevesen skulle forsterkes, etter de nye føringene fra regjeringen i Soria-Moria erklæringen i 2005, ved å endre spillereglene for endringsarbeid i offentlige virksomheter (Hagen & Trygstad, 2007).

Slik funnene framstår, så tyder det derimot på at toppledelsen i OUS har valgt å se bort fra disse føringene og har lagt seg på en annen form for ledelsesstrategi i endringsarbeid. Informantene forteller om endringsprosesser som om mulig kan minne om det teoriene beskriver som *diktatorisk omforming*. Dette er endringsprosesser hvor de beskriver en opplevelse av at toppledelsen i OUS har foretatt en analyse av situasjonen, har fastsatt strategiske mål for endringen uten å involvere fagprofesjonene og den øvrige kliniske virksomheten. Studien avdekker ikke hvilke intensjoner toppledelsen har hatt i gjeldende endringsprosesser, men opplevelsen av at organisasjonen har vært villig til å omgå demokratiske prosesser for å nå dens instrumentelle mål, er beskrevet av mellomlederne. Samtidig belyser teoriene innenfor endringsledelse viktigheten av *prosedural rettferdighet* i endringsprosesser, hvor de ansatte som berøres av endringen skal ha en opplevelse av å bli hørt og ha muligheten til å påvirke. Dette beskrives av Jacobsen og Thorsvik (2019, s. 392) som en av kriteriene for gjennomføring av vellykkede endringsprosesser. En opplevd erfaring med fraværet av denne *rettferdigheten* er mulig årsaken til at mellomlederne i Ortopedisk klinikk finner svært få eksempler på vellykkede endringsprosesser som er initiert av HSØ, OUS (nivå 1) eller på klinikknivå (nivå 2).

Utover dette beskriver mellomlederen at muligheten for medvirkning ligger i *myndighet*. Her identifiserer mellomlederen denne myndigheten som representert ved kompetanse, og da i hovedsak tilgodesett *en* fagprofesjon. Selv med økende kunnskap om verdien av mellomledere i offentlig helsevesen er forståelsen av deres bidrag inn i strategi og endringsprosesser begrenset (Torbjørnsen, 2021). Funn fra Torbjørnsen sin studie sier noe om sammenhengen mellom sykehusenes syn på ledere med klinisk kompetanse, hvorpå han beskriver at sykehusledelsen verdsetter ansatte med klinisk kompetanse høyest. Hans litteraturstudie viser til at årsaken muligens ligger i at ledere med klinisk bakgrunn blir ansett å ha en bedre og mer grunnleggende forståelse av hva kjernevirksomheten består av (Torbjørnsen, 2021). Av mine funn så er det legeprofesjonen som innehar dette privilegiet, hvorpå det ville vært interessant å ha funnet ut av hvilke fagprofesjoner i Torbjørnsen sin studie som ble definert under ansatte med *klinisk kompetanse*. Årsaken til dette er at alle mine informanter innehar klinisk kompetanse innenfor sitt fagområde og sin fagprofesjon.

Det stilles store krav til både mellomledere og ansattes evne og vilje til å samarbeide om endringer som berører flere fagprofesjoner i OPK. En av faktorene utgjør det institusjonelle hierarkiet der både beslutningsmyndigheten og medvirkningsmuligheten i OPK ikke nødvendigvis ligger til det formelle hierarkiet. På bakgrunn av funn kan det vise seg at dette er noe som vanskeliggjør både informasjonsflyt og medvirkning i endringsprosesser i klinikken (Oterholm, 2015; Vike, 2004). Tradisjonelt og historisk sett er helsefagene, det vil si sykepleietjenesten, fysioterapien mv., blitt sett på som legene sine *tjenere*. Her ser det ut til at yrkesutøverne innenfor helsefagene fortsatt synes å legge vekt på idealene knyttet til karaktertrekkene *uegennyttighet og hjelpsomhet* (Døvig, Elsat, & Storvik, 2016; Vike, 2004). Informantene, som er representert ved helsefag, beskriver selv at deres drift er basert på legenes produksjon, hvor legene har en rolle som iverksettere av så vel behandlingsforløp, behandlingsmetoder som endringsprosesser. I endringsprosesser vil legenes aksjoner påvirke eksempelvis fysioterapitjenesten, der fysioterapitjenesten vil bli tildelt en svært liten medvirkningsrolle inn i prosessen, men hvor resultatet av endringen vil få konsekvenser for deres drift.

Funn fra min studie viser derfor en diskrepans fra Torbjørnsen (2021) sin, der han beskriver ansatte med klinisk kompetanse og bakgrunn som høyest verdsatt inn i medvirkning ved endringsprosesser i offentlig helsevesen. I motsetning peker mine funn på at det ligger en institusjonell logikk til grunn, hvor helsefagene har en lavere prestisje og hierarkisk uformell posisjon i organisasjonen OUS. Dette på tross av at lederne med ansvar for gjennomføring av endring kan ha den samme formelle posisjonen i organisasjonen (Døvig, Elsat, & Storvik, 2016; Oterholm, 2015). Her er hierarkiet konstruert ut fra historiske perspektiver og verdier innenfor offentlig helsevesen, hvor legetjenesten innehar en høyere ansehet i institusjonen OUS. Helsefagenes manglende mulighet til medvirkning bryter også med den norske modellen og de demokratiske prinsippene for involvering og medvirkning i arbeidslivet. I forlengelsen av dette og som tidligere beskrevet, så viser studien til Groendahl og Sardo (2013) til en organisasjon som ikke benytter seg av og undervurderer kompetansen til mellomledere i klinisk virksomhet i endringsprosesser. Som mellomleder av helsefag viser funnene derfor at de innehar en redusert mulighet til medvirkning og mindre gjennomslagskraft enn legetjenesten. Dette elementet kommer i tillegg til at alle fagprofesjonene i Ortopedisk klinikk, på generelt grunnlag, opplever en begrenset mulighet

til medvirkning i endringsprosesser. Samtidig som de mener å ikke ha anledning til å kunne bidra til endring og utvikling av organisasjonen som vil gagne pasient, ansatt og den kliniske virksomheten som helhet.

6.3 Hvordan påvirker organisasjonens rammer mellomlederens handlingsrom i endringsarbeid

Gjennom dette forskningsspørsmålet har jeg hatt til hensikt å utforske mellomlederen i Ortopedisk klinikk sine erfaringer med og opplevelse av endringsprosesser innenfor de rammene som OUS representerer. Om mellomlederen har et bevisst forhold til eget handlingsrom, hvordan dette eventuelt gir føringer for handling og holdning til endringsprosesser, alternativt om de opplever ubevisste verdistyrte reaksjoner på endringsprosesser.

I analysen av funnene fant jeg at flere av temaene i større eller mindre grad kan sees i lys av hvordan organisasjonens rammer setter begrensninger for mellomlederens evne til endring. Her er temaet, som eksempelvis *manglende reell medvirkning*, en direkte årsak av manglende tildelte ressurser (rammer) til reell medvirkning i endringsprosesser. Dette kan henvises tilbake til informantenes fortellinger og meningsenheter. Jeg vil, i teksten under, drøfte dette samt øvrige funn og gjøre rede for hvordan og hvorfor dette temaet belyser mitt forskningsspørsmål.

6.3.1 Rammer og pålagte endringer

I henhold til funn skal endringsprosesser i Ortopedisk klinikk bli gjennomført innenfor gjeldende driftsbudsjetter og allerede tildelte ressurser. Det gjøres svært sjelden eller aldri ekstra ressurser tilgjengelig for gjennomføring av alt fra små til større og krevende endringer. Likeledes kan enkelte av endringsforslagene som fagprofesjonene har, bidra til å generere kostnader. Her påpekes det, fra et økonomisk perspektiv, at det vil være tilsvarende viktig at mellomlederne for klinisk virksomhet og deres ansatte fokuserer på økonomiske hensyn. Det bør forventes at det er gjennomført en vurdering av kostnader opp mot nytteverdi før gjennomføring av endring blir foreslått eller iverksatt. Årsaken til dette er at enhver krone som benyttes i offentlig helsevesen har en alternativ anvendelse (Opstad,

2020). Uten en gjensidig forståelse om det økonomiske perspektivet, mellom den administrative og kliniske ledelsen i klinikken, viser funnene at det er større mulighet for gjennomslag hos toppledelsen for pålagte og administrative endringer, framfor foreslåtte endringer fra fagprofesjonene med forbedring av pasientbehandling som intensiv. Mine funn tyder på at mellomlederne opplever at det er økonomiske beregninger og administrative forbedringer som legges til grunn for implementering av endring i OUS. I forlengelsen av dette ville det vært interessant å undersøke hva toppledelsen i OUS har hatt som motivasjon bak initierte endringsprosesser, eller om kommunikasjon her også spiller en medvirkende rolle.

Mellomlederne i Ortopedisk klinikk viser til at større endringer i OUS har et overordnet organisatorisk fokus på mål og resultatstyring for å sikre at budsjetter og planer overholdes. I små endringer på avdelinger og enheter i organisasjonen er det fokus på god kvalitet i pasientbehandling. Det ene utelukker ikke det andre, men informantene presiserer nyansene for mål av og årsak til endring helt eksplisitt. Her utgjør, som tidligere nevnt, *mening* en essensiell faktor for vellykket gjennomføring av endringsprosess. Tilsvarende er en annen faktor innenfor gjennomføring av pålagte endringer gjeldende, som er mellomlederens og de ansattes opplevelse av at endringen er realistisk. Mine funn synliggjør derimot at målene for de pålagte endringene oppleves som svært utydelige, upresise, urealistiske og er således lite anvendbare for mellomlederen. Det vil si at hoveddrammen, selve *målet* for endringsprosessen, verken er konkret eller gjøres tilgjengelig for mellomlederen å bruke overfor egen ansattgruppe inn i endringsprosessen.

Torbjørnsen (2021) sin litteraturstudie viser til tilfeller hvor det er store avstander mellom beslutningstaker av endring og gjennomfører av endring. Her påpeker han særskilt en risiko for at vesentlig informasjon, her eksemplifisert ved mål, forsvinner mellom leddene i linjeledelsen. Groendahl og Sardo (2013) viser derimot til en tidligere og vellykket endringsprosess i OUS, som nevnt har en kompleks og lang lederlinje, hvor den samme lederlinjen har håndtert informasjonsflyten mellom leddene. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) er organisasjoner å betrakte som virkemidler for å oppnå, nettopp, bestemte mål og for å realisere intensjonen bak organisasjonens eksistens. Jeg antar at ansatte i OUS har en egen forståelse av organisasjonens mål og samfunnsoppdrag, samt hvilken intensjon som

ligger til grunn for deres yrkesutøvelse ved å ivareta det offentlige helsevesenets tjenester overfor befolkningen. På bakgrunn av funnene kan det være mulig at forståelsen av organisasjonens mål og samfunnsoppdrag var mer omforent blant organisasjonens medlemmer for 10 år siden og at disse var mer kommuniserbare. Alternativet er at toppledelsen i større grad da enn nå, forsto viktigheten av å ivareta organisasjonens «virkemidler» (ansatte), ved å kommunisere organisasjonens mål og intensjon, for å forvalte helsevesenets tjenester. Dette kan også sees i sammenheng med institusjonelle logikker og de ansattes tilhørighet til institusjonen OUS hvor «... organisasjonens grunnleggende verdier og formål, dens gjengse måte å løse oppgaver på og den kultur som angir hva som er passende, er sentrale dimensjoner som nærmest tas for gitt» (Askeland H. , 2019, s. 157). Det vil si at når målet for de ansattes yrkesutøvelse blir utydelig, eller de opplever at toppledelsens intensjoner for endring, er i uoverensstemmelse med det de ansatte selv ser som sentrale dimensjoner i organisasjonens samfunnsoppdrag, så kan i ytterste konsekvens både motivasjon og retning for endring utebli. I slike tilfeller vil handlingsrommet til mellomlederen for gjennomføring av endring påvirkes negativt (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

I økonomisk sammenheng så utgjør fraværet av et marked en utfordring i offentlig helsevesen. Det vil si et marked som verdsetter helsetjenestene i et samspill mellom etterspørsel og tilbud (Opstad, 2020). Funnene tyder på at for toppledelsen i OUS så utgjør den økonomiske nytteverdien av endringstiltak en kritisk faktor. Det vil si at toppledelsens prioriteringer av begrensede ressurser kan utgjøre en diskrepans fra fagprofesjonenes prioriteringer i leveranse av helsetjenester.

Videre kan jeg henvise tilbake til mine funn hvor mål og mening med endringsprosessen oppleves at ikke er blitt kommunisert, alternativt at informasjonen ikke er mottatt eller forstått. Her er det mulig å argumentere for at kommunikasjonsflyten, eller manglende kommunikasjonsflyt, gjennom en lang lederlinje medfører at linjeledelsen utgjør en ramme i seg selv. Tidligere forskning, presentert i dette studiet, støtter antakelsen om at manglende kommunikasjon av mål og hensikt utgjør en stor barriere for å oppnå vellykkede endringsprosesser (Torbjørnsen, 2021). Funn i Groendahl og Sardo (2013) sin studie viser at manglende eller upresis kommunikasjon på tvers av organisasjonen, i kombinasjon med utilstrekkelig eller utydelig ledelse, representerer en risiko for manglende gjennomføring av

endring i OUS. Innenfor administrasjons- og økonomisk ledelse er det også påpekt kommunikasjonsutfordringer mellom forvaltere av økonomisk teori versus forvaltere av klinisk teori. Her vises det til at innhenting av informasjon er svært ressurskrevende, hvorpå dokumentasjon og informasjon som legges til grunn risikerer å bli feiltolket (Opstad, 2020). I forlengelsen av dette belyser mine funn at tilstrekkelige rammer for *informasjons-, og kommunikasjonsarbeid*, i organisasjonen og mellom organisasjonens medlemmer, bør gjøres tilgjengelig for å styrke mellomlederens evne til implementering av pålagte endringer. Videre støttes dette funnet av Groendahl og Sardo (2013) sin studie og deres beskrivelser av kommunikasjonsarbeid i endringsprosesser.

Samtidig beskrives en situasjon hvor det settes urealistiske mål for normaldrift (økonomiske produksjons- og måltall) og for resultat av endringer som gjennomføres for både pålagte endringer og det som tidligere er beskrevet som *endringer for endringens skyld*. Dette sammenfaller med Torbjørnsen (2021) sine funn, hvor endringsprosesser oppfattes som en trussel mot den stabiliteten som mellomlederen forsøker å oppnå i daglig drift. Det rapporteres, i denne studien, at mellomlederen føler at deres behov i endringsprosesser blir neglisjert og oversett. Funnene kan tyde på at toppledelsen i OUS sitt fokus på å gjennomføre en vellykket implementering av endring overgår fokuset på ivaretagelsen av medarbeidere og ansatte. Videre viser erfaringer at ressurser ikke gjøres tilgjengelig for informasjonstiltak inn i endringsprosesser, hvor jeg stiller spørsmål om det er rammen *kunnskap og kompetanse* om endringsprosesser som her utgjør en faktor.

Groendahl og Sardo (2013) trekker fram viktigheten av kompetanse i endringsledelse, i hele organisasjonens lederlinje, for å kunne gjennomføre en vellykket endringsprosess inklusive behovet for kunnskap innenfor kulturendring. Her har enkelte av mine informanter fortalt om bruken av *endringsagenter* inn i upopulære eller vanskelige endringsprosesser, for å ufarliggjøre endringen som er forestående overfor øvrige ansatte. Det er mulig at mellomlederen her har en grunnleggende kompetanse innenfor endringsledelse, der de rapporterer om vellykket bruk av disse endringsagentene. Alternativt at de støtter det verdibeviste perspektivet som Torbjørnsen (2021) legger til grunn, og som bygger oppunder bevissthet og kunnskap om organisasjonskulturens irrganger. Muligens har mellomlederen forstått at det eksisterende verdigrunnlaget blir utfordret, hvorpå de må benytte seg av

ekstraordinære tiltak for å bidra til å forme handlingsvalg som ivaretar et kollektivt meningsmønster for de ansattes yrkesutøvelse og på tross av pålagt endring (Aadland & Askeland, 2019).

Her viser mine informanter i OPK at de tar et bevisst valg for å imøtekomme behovet for endring, i det vedkommende legger endringsstrategien på et individnivå. Viktigheten av å forstå kontekst og omfang av endring er beskrevet i endringsteoriene som svært avgjørende. Torbjørnsen har påpekt dette spesielt med tanke på at mellomlederen skal kunne ta et valg i planlegging av strategisk tilnærming for endringsprosesser (2021). Her påpekes nok engang behovet for at ledelsen bør inneha en sosialkompetanse eller organisasjonskunnskap, i tillegg til grunnleggende kunnskap om endringsledelse (Groendahl & Sardo, 2013). Funnene i min studie viser at mellomlederne i Ortopedisk klinikk innehar og bruker denne kompetansen i stor grad. Derimot beskriver informantene et endringsarbeid og aktiviteter fra toppledelsen i OUS som ikke synliggjør denne forventede kunnskapen og kompetansen. De forteller om endringer som blir besluttet og implementert i organisasjonen, uten at tiltak blir iverksatt for å påvirke og styrke mellomlederens handlingsrom i endringsprosessen.

Denne sammenhengen finner jeg igjen i Torbjørnsen (2021) sin studie der både små og store endringsprosesser i helseforetak, krever ferdigheter og kunnskap hos mellomlederen til å planlegge, gjennomføre, lede og motivere de ansatte til å oppnå de endringsmålene som er satt. Som beskrevet i teorikapittelet er det svært få ansatte i det offentlige helsevesenet som opplever å bli ledet av en *profesjonell leder*. Det vil si en leder som har ledelse ene og alene som fag og som er uten tilknytning til fagprofesjonene som ledes (Døvig, Elsat, & Storvik, 2016). Av mellomlederne som jeg har intervjuet, så har flertallet en videreutdanning innenfor ledelse. Dette svarer om mulig ut årsaken til at de i hovedsak klarer å gjennomføre endringer, på tross av utfordringene som er beskrevet tidligere. Det vil være tilsvarende viktig at klinikkens ledergruppe innehar denne nødvendige endringskompetansen for å tilrettelegge, organisere og implementere vellykkede endringsprosesser som berører flere eller øvrige fagprofesjoner enn de som er representert i klinikkens ledelse.

Slik Torbjørnsen (2021) påpeker, så er ofte forklaringen på at endringer mislykkes i at man mislykkes i å engasjere ansatte i organisasjonen. Ved pålagte endringer som ikke

umiddelbart gir mening for de ansatte i OPK, så medgir mellomlederen at han bruker uforholdsmessig mye ressurser på informasjon, involvering, medvirkning og motivering av egen ansattgruppe. Disse ressursene gjøres ikke tilgjengelig for mellomlederen av toppledelsen i OUS. Torbjørnsen (2021) belyser dette i sin litteraturstudie ved å påpeke at dersom mellomlederen har adekvat kunnskap *og tilgjengelige ressurser* fra toppledelsen, så er han i stand til å iverksette de tiltak som kreves i forkant av planlagt og pålagt endring. Min studie viser at mellomlederen i stor grad har adekvat kunnskap, men at han mangler tilgjengelige ressurser fra toppledelsen for å iverksette nødvendige tiltak. Dette støttes av Groendahl og Sardo (2013) sin studie som nettopp peker på tid og ressurser som de viktigste faktorene for vellykkede endringsprosesser. Videre redegjør Torbjørnsen (2021) sin studie for at det er påfallende mye vekt og ansvar som legges i hendene på mellomlederen for å få gjennomført endringer, hvor linjene igjen kan trekkes tilbake mellomlederen i OPK som opplever en økt arbeidsbelastning uten tilgjengelige ressurser til gjennomføring av endringer.

Samtidig viser omfanget av pålagte endringer i OUS at toppledelsen mener å ivareta det mandatet de er gitt av politiske myndigheter og sin rett til å styre i henhold til de elementene som de har identifisert som mest effektive. Hagen og Trygstad (2007, s. 26) stiller i FAFO-rapporten derimot spørsmål ved hvem som burde bestemme i offentlige virksomheter. Hvem det egentlig er som bestemmer og hvilke forutsetninger som må være tilstede for at de som skal bestemme faktisk bestemmer. FAFO-rapporten legger til grunn de demokratiske prinsippene i offentlig virksomhet som en grunnleggende faktor for effektive beslutninger. I dette er det brukere (pasienter), ansatte og mellomledere som av flere årsaker bør fatte beslutninger i fellesskap. Pasientene fordi de har rett til å være med på beslutninger som påvirker et tjenestetilbud som de er avhengig av. Ansatte fordi beslutninger påvirker deres arbeidssituasjon og fordi deres kunnskap er nødvendig for et godt tjenestetilbud til pasientene. Mellomledere for den enkelte kliniske virksomhet, fordi de er gitt en legitim rett til å styre og er både arbeidsgiver, eiers og den ansattes representant (Hagen & Trygstad, 2007).

6.3.2 Rammer og reell medvirkning

Det er, som beskrevet i kapittel 5, en stor endringsvilje i Ortopedisk klinikk. Klinikken har mellomledere som ser på endring som nyttig, kreativt, nødvendig og spennende. Likevel opplever mellomlederne at de kan gjøre ting bedre, annerledes og mer effektivt. De ser forbedringspotensialet i både ansatt hverdag og pasientbehandling, uten å få en reell medvirkningsrolle i de endringene som blir foreslått. Likedan opplever mellomlederen at deres ansatte ikke får en medvirkningsrolle inn i endringer. Det er enten ved at gjennomføring av endring skjer uten tilbud om medvirkning, eller at mellomledere ikke har anledning til å fristille ansatte til å bidra på grunn av ressursmangel. Likevel opplever mellomlederen seg som bæreren av ansvaret for implementering av endring. I samtidighet er mellomlederen ansvarlig for den daglige driften og for å opprettholde kvaliteten av helsetjenestene som skal leveres innenfor gitte rammer (Torbjørnsen, 2021).

Det er en forventning fra klinikkleidelsen i OPK om at endringer skal gjennomføres uten ytterligere tildeling av ressurser. Det vil si rammer til frikjøp av ansatte for medvirkning, til tverrfaglig samarbeid, eller tilstrekkelig tid til gjennomføring som informasjon, motivasjon og planlegging. Torbjørnsen (2021) påpeker noe som kan være en medvirkende årsak, i det sykehus er en offentlig virksomhet med en kompleks målstruktur. Her er mange av målene inkonsistente, der det er vanskelig å kombinere nedkorting av ventelister, et tilbud av spesialiserte helsetjenester med høy kvalitet og samtidig holde budsjett. Mine funn kan om mulig belyse en toppledelse i OUS som ikke er villige til medvirkning i foreslåtte endringsprosesser, da dette trolig vil stille krav til endringens faglige innhold som kan utfordre det økonomiske målbildet med selve endringen.

Forskningen viser også at det er vanskeligere å gjennomføre endringer som innebærer en verdiendring. Det vil si en endring i virksomheten som innebærer eksempelvis mindre tid til pasienten (Torbjørnsen, 2021). Alternativt er eksempelet som jeg brukte innledningsvis, å ta forhåndsbetaling fra pasienter som man intuitivt vet at ikke har midler til å betale for seg. Av de viktigste egenskapene hos ledere, for å få til endringer i offentlig helsevesen, nevnes emosjonell intelligens med en pasientsentrert lederadferd og der de har et fokus på medvirkning fra ansatte som står i klinisk drift og kjenner pasientens behov (Torbjørnsen, 2021). I den ti år tidligere studien til Groendahl og Sardo (2013) så peker de på nettopp dette

som en suksessfaktor. I denne endringsprosessen ble det tidlig kommunisert, til mellomledere og ansatte, at forbedring av pasientbehandling var et av hovedmålene for endringen. Det er tilgang på informasjon om pasienttilfredshet i endringsprosesser som er av betydning for de ansatte i offentlig helsevesen (Torbjørnsen, 2021). Funnene viser at dette krever en strategisk lederadferd der medvirkning og involvering av ansatte bør være reelle tiltak innenfor endringsledelse i OUS.

Denne lederadferden innebærer en balansegang mellom å imøtekomme organisasjonens overordnede føringer om å opprettholde budsjett og planer, og samtidig ivareta den ansattes profesjonsmoral og yrkesutøvelse. Her skaper betingelsene for endringsledelse, måloppnåelse og effektivisering fra toppledelsen, til mellomlederen, en spenning overfor egne ansattes verdier for praksis (Angell, 2019; Oterholm, 2015). Funnene viser at motstridende verdier og forventninger mellom organisasjon, mellomleder og ansatt reduserer mellomlederens evne til gjennomføring av endringer, hvis det utfordrer samhandlingsmønstrene mellom profesjonsutøver og pasient. Endringer i verdisystemer, der instrumentelle virkemidler som effektivisering, optimalisering og gevinstrealisering i større grad blir vektlagt av øverste ledelse, enn kvalitet i pasientbehandling, utgjør en utfordring for gjennomføring av endring i organisasjonen. Denne utfordringen vil eksistere uavhengig av medvirkning fra mellomledere og ansatte, men konsekvensene av den kan om mulig reduseres dersom handlingsrommet til mellomlederen blir ivaretatt og de ansattes interesser i større grad blir imøtekommet (Angell, 2019). Funnene synliggjør hvor viktig medvirkning i endringsprosesser er, der det er essensielt å skape en omforent og bevisst forståelse av mål og hensikt for endring mellom toppledelse, mellomledelse og ansatt. Det er tilsvarende viktig at mål og hensikt ivaretar både toppledelsens instrumentelle behov og de ansattes profesjonsbehov.

Min studie viser også at endringsprosesser, hvor det ikke er gitt rom for medvirkning fra toppledernivå, medfører et stort merarbeid for mellomlederen og oppleves som svært utfordrende å gjennomføre. Disse endringsprosessene innebærer, som nevnt, at mellomlederen må iverksette tiltak for å synliggjøre hensiktsmessighet, tilrettelegge for informasjon og skape realisme i gjennomføring. Dette er funn som Torbjørnsen (2021) også peker på, der han viser til mellomlederens rolle som en kommunikator i endringsprosesser.

Her skal mellomlederen sørge for at informasjon blir komprimert, oversatt og spredt til egen ansattgruppe. I slike endringsprosesser beskrives en av mellomlederens hovedoppgaver i å bestå av å *overbevise ansatte om behovet for endring* (s. 50).

For å kunne ivareta denne rollen, som kommunikator og oversetter av mål og hensikt overfor ansatte, viser funnene at mellomlederen ser det som essensielt at toppledelsen i OUS har forankret endringsprosessen i egen lederlinje først. Dette krever medvirkning fra mellomlederne inn i endringsprosessen, og før den iverksettes i organisasjonen.

Masterstudiet til Groendahl og Sardo (2013) har et særskilt fokus på toppstyrte og bunnstyrte endringsprosesser, hvorpå deres studie støtter mine funn om viktigheten av forankring av mål og hensikt i egen organisasjon før gjennomføring. Deres studie viser til forankringsprosesser som en nøkkelfaktor i vellykkede endringsprosesser.

I deres studieobjekt, så besluttet toppledelsen hvorfor og hvordan endringsprosessen skulle gjennomføres, og fulgte opp med medvirkning og tydelige mandater for planlegging og implementering av endring (Groendahl & Sardo, 2013). Dette samsvarer med Torbjørnsen (2021) sin studie, der det vises til at en viktig faktor for å fremme overordnede endringer er når mellomlederne forstår endringen de skal settes til å implementere og hvordan de skal gjennomføre den. Det vil si at felles for deres masterstudier og mitt er at mål og mening for endringsprosessen bør forankres gjennom gode medvirkningsprosesser før gjennomføring. Målene for endringen bør også være omforent mellom toppledelse og linjeledelse før implementering, i den hensikt å sikre mellomlederen et adekvat handlingsrom i prosessen.

Hagen og Trygstad (2007) påpeker også viktigheten av demokrati i arbeidslivet, hvorpå denne styringsformen viser seg å være den mest effektive og fører til en størst mulig velferd for både ansatte og samfunnsmedlemmene. Her velger jeg å oversette *samfunnsmedlemmene* til OUS sine pasienter. Spørsmålet blir også om jeg kan overføre bruken av demokratiske prinsipper og deres virkninger i arbeidssituasjonen til de ansatte i OUS og det samfunnsoppdraget som organisasjonen innehar. OUS er i utgangspunktet en politisk styrt offentlig virksomhet ved Helse- og omsorgsdepartementet [HOD]. Som betyr at eier av OUS er basert på et politisk system, demokratisk valgte ledere og hvor de demokratiske prinsippene tilsvarende bør være i førersetet hos ledelsen i OUS. Videre legger den norske modellen føringer for et virksomhetsdemokrati i arbeidslivet og spesielt innen

offentlig virksomhet. Her viser funnene i min studie en mulig diskrepans mellom eiernes forventninger til ledelse og gjennomføring av endrings- og fornyelsesarbeid, og hvordan lederne i organisasjonen OUS utøver sitt lederskap på (Hagen & Trygstad, 2007). Det framstår av funnene at OUS om mulig ikke ser en demokratisk styringsform som hensiktsmessig i det mellomlederne forteller om endringsprosesser hvor fagprofesjonenes individuelle behov og autonomi ikke blir ivaretatt.

6.3.3 Rammer og organisasjonskultur

Som funnene belyser, så avhenger endringsprosesser i Ortopedisk klinikk i stor grad av hvor mye de berører legeseksjonene, der legene blir beskrevet som «premissleverandører» for både drift og gjennomføring av endringsprosesser. Jo mindre man påvirker legeseksjonene sin drift, desto større er muligheten for gjennomføring av endring. Dette kommuniseres tydelig av informantene i studiet. Det beskrives også i datainnsamlingen at klinikkens ledergruppe kun består av leger og at mellomledere fra de øvrige fagseksjonene gir uttrykk for en skepsis til dette.

For å nyansere bildet litt, så består klinikkens ledergruppe av klinikkleder og avdelingsledere som er leger, i tillegg til stabsansatte som HR-leder, økonomileder og klinikk-kontakt for Nye OUS. Hvorpå de to sistnevnte er uten tilhørighet til en klinisk fagprofesjon. Mellomlederne hevder at denne sammensetningen av klinikkens ledergruppe, som ikke er tverrfaglig representert, medfører en usikkerhet rundt organisering av klinikken som helhet og endringsprosesser spesielt. Usikkerheten omhandler hvorvidt det blir gjennomført en grundig og tverrfaglig vurdering av mål og hensikt av endring før den blir iverksatt. Denne ordningen, med en homogen ledergruppe, belyses av Oterholm (2015) sin doktorgradsavhandling, der hun beskriver hvordan interne regler og normer i enkelte situasjoner er avgjørende og setter føringer for organisering av offentlig virksomhet. Dette mener hun at er uttrykk for en offentlig logikk. På bakgrunn av funn viser denne offentlige logikken seg gjeldende i OPK med en klinikkledelse som i hovedsak består av leger. Likeledes er det rimelig å anta at denne offentlige (institusjonelle) logikken tas for gitt, i organisasjonen OUS, hvor det fra toppledelsen i OUS ikke stilles formelle krav til tverrfaglig representasjon i de enkelte klinikkenes ledergrupper i OUS.

I dette tilfellet så bekrefter den formelle organisasjonsstrukturen den uformelle strukturen (organisasjonskulturen) ved at legene historisk sett er en fagprofesjon i OUS som er mer ansett enn øvrige fagprofesjoner i organisasjonen. Likeledes fører dette til at begge strukturer, både organisasjonsstruktur og organisasjonskultur, fordeler makt og ressurser ulikt mellom fagprofesjonene og tilgodeser *en* fagprofesjon framfor de øvrige. Dette er av Jacobsen og Thorsvik (2019) beskrevet som en av hovedårsakene til konflikter mellom organisatoriske enheter som i utgangspunktet er sidestilt (s. 68). Torbjørnsen (2021) sin studie påpeker viktigheten av at ledelse generelt, men endringsledelse spesielt, handler om å respektere og inkludere mellomledere og ansatte. Funnene i min studie viser derimot at det er mellomledergrupper fra flere fagseksjoner i Ortopedisk klinikk som opplever manglende involvering. Informasjonen de gir peker på at deres faglige vurderinger ikke blir respektert i daglig drift eller i endringsprosesser.

Videre viser funnene i min studie at økonomi setter sterke føringer for drift på et generelt grunnlag, med sammenfallende begrensninger for tid, frikjøp, bemanning, medvirkning, informasjon og involvering i endringsprosesser. Det er således mulig å se en verdikonflikt mellom det instrumentelle lederperspektivet (administrasjon- og økonomifokusert) og det relasjonelle lederperspektivet (profesjonsbaserte). Det er en gjensidig og felles opplevelse, fra mellomlederne av alle fagprofesjonene, at det er en gjeldende verdikonflikt med den økonomiske administrasjonen av klinikken i ordinær drift og i endringsprosesser særskilt. Dette kan trekkes tilbake til beskrivelsene i forrige kapittel hvor det er vanskelig å innføre endringer som innebærer verdiendringer i offentlig helsevesen (Torbjørnsen, 2021). Ved slike verdiendringer er det også mulig å spore en organisasjonsendring som i det teoretiske perspektivet er en dyptgripende endring som fordrer til overskridelse av eksisterende forståelse og samhandlingsmønstre mellom eksempelvis lege og pasient (Hennestad & Revang, 2012). Her ser jeg disse verdiendringene som strukturelle og økonomiske endringer i arbeidshverdagen som fagprofesjonene opplever at har en negativ effekt på pasientbehandlingen. Det vil si at i det verdibevisste perspektivet, så tyder funnene på at det er en gjensidig og manglende tillitt mellom den øverste administrative ledelsen og mellomlederne for fagprofesjoner. Funnene belyser derfor at verdikonflikten ligger i rammebetingelsene for endringsprosesser, mellom det instrumentelle og relasjonelle

lederperspektivet i klinikken. Mellom den økonomisk administrative ledelsen og den klinisk profesjonsbaserte ledelsen.

Samtidig viser studiet til Torbjørnsen (2021) at strategisk endringsledelse er en egen kraft som virker innad i organisasjonen, der endringsevnen beror på om organisasjonen klarer å gjennomføre omstillinger uten at det går på bekostning av ressursbruk eller tjenesteleveranser. I dette tilfellet ser jeg tjenesteleveranser som pasientbehandling. Denne egne kraften viser mellomlederne ved gjennomføring av endringer som hever kvaliteten på pasientbehandlingen eller pasientsikkerheten. Ved overordnede og instrumentelle endringer, som OUS pålegger linjeledelsen, så viser denne kraften seg å være noe redusert på tross av at mellomlederne gjennomfører endringen av lojalitet til ledelsen.

Tatt i betraktning beskrivelsene av manglende medvirkning fra enkelte fagprofesjoner, og verdikonfliktene som er beskrevet i forrige avsnitt, så uteblir konfliktene mellom fagprofesjonene og organisasjonens kliniske enheter. Derimot så tyder funnene på at fagprofesjonene forsøker å veie opp for manglende mulighet til medvirkning og respekt for egen profesjon, ved å konsolidere strategier for gjennomføring av endringer profesjonene imellom. Slik sørger den kliniske virksomheten for å ivareta hverandres og fagprofesjonenes integritet. På bakgrunn av funn, så kan den økonomisk administrative ledelsen av klinikken og dens grunnleggende målsetting om å ivareta økonomiske insentiver, herunder å innskrenke fagprofesjonenes makt, ha en motsatt effekt. Fagprofesjoner for klinisk virksomhet som tidligere anså hverandre som *hersker og tjener*, som beskrevet av Vike (2004) og senere Oterholm (2015), ser hverandre nå som *samarbeidspartnere* i den hensikt å ivareta egen profesjonsmoral og *pasientens beste* (Hagen & Trygstad, Ledere i den norske modellen, 2007).

Funn viser at det er et reelt ønske, fra alle mellomlederne uavhengig av fagprofesjon, om reelle medvirkningsprosesser som utgangspunkt for beslutningsgrunnlag til klinikkledelsen. Det er tverrfaglige vurderinger, gjennomført av fagprofesjonene, som bør ligge til grunn for gjennomføring av endring der rammer må gjøres tilgjengelig av toppledelsen for gjennomføring av reelle prosesser i egen ansattgruppe. Torbjørnsen (2021) sin studie viser at profesjonell ledelse og fagledelse har ulike prinsipper og teoretisk grunnlag. Hovedprinsippet

for fagledelsen er at den dyktigste i faget skal lede. Toppledelsens ansvar begrenser seg til å sikre tilstrekkelige rammebetingelser, som gjør at fagutøverne får rom til å utøve sitt fag etter faglig skjønn. Med bakgrunn i mine funn så gjenspeiles ikke denne holdningen i OUS sin toppledelse i informantenes beretninger.

Som nevnt viser studien til Torbjørnsen (2021) at endringsprosesser, som innebærer verdiendringer, krever at det skapes en arena for å diskutere nye løsninger og hva endringen faktisk innebærer for alle involverte. Samtidig belyser Oterholm (2015) denne problemstillingen med en beskrivelse av *bakkebyråkraten* sine strategier som går ut på å gjøre arbeidet enklere for seg selv ved å forskyve økonomiske og rutinemessige målsettinger. Dette er økonomiske målsettinger som nødvendigvis ikke oppfyller organisasjonens intensjon for tjenesteleveranser. Her bruker *bakkebyråkraten* rutiner og standardisering som verktøy for å koordinere og kontrollere arbeidet med endringer i en organisasjon. Jeg ser her *bakkebyråkraten* som representant for den økonomiske administrasjonsledelsen i OUS, hvorpå de benytter rutiner for å redusere beslutningskostnader, men i samtidighet forhindrer kreative og konstruktive løsninger fra fagprofesjonene (Oterholm, 2015). Denne sammenlikningen kan trekkes tilbake til Trygstad og Hagen (2007) sine beskrivelser av hvordan fagprofesjonenes makt var ønsket innskrenket gjennom NPM-virkemidler ved innføring av markedstankegangen på sent 80-tall / tidlig 90-tall. Denne markedstankegangen hadde fokus på kontroll gjennom standardiserte rapporteringsregimer. Mine funn kan derfor tyde på at føringene fra Soria-Moria erklæringen i 2005, om endringer i spillereglene for endringsarbeid i offentlig helsevesen, ikke er tatt til etterretning i OUS.

Som beskrevet i teorikapittelet så er verdibegrepet innenfor økonomisk teori knyttet til ressursbruk og den økonomiske verdiskapningen som skjer i organisasjonen, hvorpå verdikonflikten mellom den økonomiske fagprofesjonen og den kliniske fagprofesjonen blir svært synlig. En institusjon som OUS representerer institusjonaliserte verdier for både ansatte og pasient. Organisasjonen og dens ansatte utfører et arbeid som blant annet kjennetegnes ved et samfunnsoppdrag. Samtidig utgjør dette samfunnsoppdraget helt klare elementer av usikkerhet i det økonomiske grunnlaget. Det er også svært usikkert hvilken posisjon fagprofesjonen *økonomi* har i en institusjon som OUS (Oterholm, 2015).

På toppen av målhierarkiet i OUS finner vi formålet med hele organisasjonens virksomhet og samfunnsoppdraget som denne skal løse (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Dette målet er i offentlig sammenheng beskrevet som et lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, et akuttisykehus for store deler av Oslo-området, og et regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst som også har en rekke nasjonale oppgaver for hele Norges befolkning. Oslo universitetssykehus står for en stor del av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge. Sykehuset er landets største med over 24.000 ansatte og har et budsjett på ca. 25 milliarder kroner (OUS, 2019).

Samfunnsoppdraget til OUS blir beskrevet årlig i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene og blir presentert like etter at beslutningene om årets statsbudsjett foreligger i Stortinget (HOD, 2023).

Oppdragsdokumentet representerer *eiernes* (HOD's) forventninger og krav til hva organisasjonen skal levere av helsetjenester det påfølgende året. Å innfri styringskravene og oppgavene som HOD stiller til OUS i oppdragsdokumentet definerer jeg som *arbeidsgiverens* (toppleidelsen i OUS sitt) behov.

Funn i min studie viser derimot at det kan være forskjellige oppfatninger mellom toppleidelsens, fagprofesjonenes og de ansattes oppfatning av hvordan eiernes forventninger skal innfris av OUS. Her er det mulig at toppleidelsen i OUS har et større behov for å tilfredsstille overordnede instanser (eierne) og forvalte midlene som Stortinget har stilt til deres disposisjon på en måte som ikke nødvendigvis ivaretar organisasjonens langvarige forpliktelser (Vike, 2004). Funnene belyser at en økonomisk administrasjonsledelse i sykehuset ønsker å ivareta sykehusets samfunnsoppdrag gjennom instrumentelle virkemidler, hvorpå mellomledere og ansatte ser behovet for demokratiske og faglig fundamenterte prosesser for å kunne oppnå det samme. Her kommer det til syne at mål og hensikt for ledelse, endrings- og fornyelsesarbeid kan sees svært forskjellig fra de tilsvarende forskjellige nivåene i organisasjonen. Sykehuset kan ha lave kostnader per liggedøgn for sine pasienter, som vil si høy produktivitet, og skrive ut pasientene i henhold til økonomiske og administrative rutiner som er satt av eier og arbeidsgiver. Dette betyr ikke nødvendigvis at

sykehuset har nådd sine mål i det pasienten blir skrevet ut før han er *frisk* (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 50).

Det er her funnene viser at mellomlederne opplever at organisasjonen OUS sine mål i større grad avviker fra kjerneverdiene til det som kjennetegnes ved institusjonenes formål. Som offentlig virksomhet er OUS, som beskrevet, et redskap for å oppfylle politiske målsetninger hvor hensynet til brukere av OUS sine tjenester er svært viktig. Det er pasientene og deres behov som skal legge føringer for tjenestetilbudet og hvordan dette er uttrykt gjennom demokratiske prosesser mellom virksomhet og bruker (Hagen & Trygstad, 2007). Min studie viser at mellomlederne mener å operasjonalisere verdier som likebehandling, profesjonelle standarder, etikk, medbestemmelse og identitet i det de ivaretar OUS sitt samfunnsoppdrag.

7.0 Oppsummering og konklusjon

Jeg har hatt til hensikt med denne masteroppgaven å utforske mellomlederen i Ortopedisk klinikk sine erfaringer med og opplevelse av endringsprosesser i den organisasjonskulturen og innenfor de rammene som Oslo universitetssykehus representerer. Hvorvidt mellomlederen har et bevisst forhold til organisasjonskulturen og eget handlingsrom, hvordan dette eventuelt gir føringer for handling og holdning til endringsprosesser, alternativt om de opplever ubevisste verdistyrte reaksjoner på endringsprosesser.

Tema for masteroppgaven har vært *endringsledelse i offentlig helsevesen* med Ortopedisk klinikk som studieobjekt. Her har jeg innhentet empirisk data gjennom kvalitative forskningsintervjuer i et bredt lederspenn og der informantene har vært representert ved de forskjellige fagprofesjonene i klinikken. Hensikten har vært å svare ut problemstillingen

«Hva begrenser mellomlederens mulighet til å gjennomføre endringer?».

Funnene i min studie viser at mellomlederens evne til gjennomføring av endringer blir begrenset av manglende opplevelse av mening og nytte, av manglende reell medvirkning, av organisasjonskulturen og av rammer. Hvordan og hvorfor disse faktorene begrenser mellomlederen, er drøftet i forrige kapittel og i lys av hva tidligere forskning sier om forholdet og opp mot rammeverket i teorikapitlet. Studien peker på hvordan enkelte mellomledere opplever eget handlingsrom innenfor endringsprosesser. Utvalget av informanter er såpass begrenset at studien derfor ikke kan si noe om hvordan endringsprosesser oppleves på et generelt grunnlag i organisasjonen OUS. Intensjonene bak endringsprosesser som er initiert eller implementert av organisasjonen og toppledelsen i OUS er heller ikke avdekket.

7.1 Mening

Studien viser at endringsprosesser må inneholde *mening* for mellomlederen og ansatte som en generell forutsetning for implementering og gjennomføring. Interne og små endringer som gjerne er initiert av ansatte i egen avdeling, oppleves som meningsfulle og nyttige for både ansattgruppa og mellomlederen selv. I disse tilfellene er endringsforslagene som

foreligger, eller endringen som implementeres, opplevd som både rasjonell og nødvendig av ansattgruppa. Den inneholder en omforent forståelse av at *noe må* gjøres og et element av forbedring i pasientbehandling. Derimot er forutsetningene for å gjennomføre overordnede endringsprosesser svært reduserte dersom det ikke er kommunisert og / eller synliggjort en tydelig strategi fra toppledelsen som inneholder disse faktorene og dermed gir *mening* for endring.

Studien viser at organisasjonen OUS svært sjelden klarer å skape en felles forståelse av behovet for endring, eller å forankre mål og hensikt for endring hos organisasjonens medlemmer. Dette påvirker mellomlederens handlingsrom negativt i endringsprosesser, da det er utfordrende å skape engasjement for en endring som ikke oppleves av ansatte som meningsfull eller nyttig. Her opplever mellomlederne at fokuset på å endre holdninger og oppfatninger i organisasjonen, om en ønsket endring, ikke er ivaretatt av toppledelsen i OUS.

Den største utfordringen, i gjennomføring av endring, viser seg når selve endringsprosessen oppfattes av de ansatte å stride mot de institusjonaliserte verdiene i organisasjonen og institusjonens formål. Dersom endringen bryter med det kollektive verdisetet hos de ansatte i OUS, eller bryter med det fundamentet som de mener at organisasjonen er bygget på, så opplever mellomlederen motstand mot gjennomføring av endring. Funnene tyder derfor på at endringsprosesser i OUS, som ikke er klare meningsbærere av de ansattes identitet, begrenser mellomlederens evne i endringsarbeid. Årsaken er at endringen bryter med det de ansatte oppfatter at samfunnet forventer at de skal levere. For organisasjonen OUS vil det derfor være essensielt å skape en forståelse av *mening* som grunnlag for endring, og at denne forankres med mellomledere og ansatte før implementering.

7.2 Medvirkning

Mellomlederne erfarer at medvirkning i interne endringsprosesser i egen avdeling ikke utgjør en utfordring, da disse er utledet av et behov med mål og mening for pasient og / eller ansatt. Derimot opplever mellomlederne på et generelt grunnlag en manglende mulighet til medvirkning for både seg selv og sine ansatte i overordnede endringsprosesser som er initiert av HSØ, OUS eller på klinikknivå i OPK. Manglende medvirkning i overordnede endringsprosesser er redegjort for i drøftingen ved flere årsaker, hvorav manglende *mening*

for gjennomføring av endring utgjør i hovedsak et tilsvarende manglende engasjement for medvirkning av medlemmene i organisasjonen. Ressurser gjøres ikke tilgjengelig av toppledelsen til medvirkning av mellomlederen selv eller dennes ansatte. Toppledelsen inviterer ikke til medvirkning i overordnede endringsprosesser, men i tilfeller hvor dette skjer så ligger den største muligheten for medvirkning hos legeprofesjonen. Legene er historisk sett en fagprofesjon i OUS som er mer ansett enn øvrige fagprofesjoner i organisasjonen. Således bekrefter organisasjonsstrukturen den uformelle strukturen (organisasjonskulturen) sine institusjonaliserte verdier i OUS, der toppledelsen fordeler makt og ressurser ulikt mellom fagprofesjonene og tilgodeser *en* fagprofesjon framfor de øvrige.

Min studie viser at det er et reelt ønske fra alle mellomlederne i OPK, uavhengig av fagprofesjon, om reelle medvirkningsprosesser som utgangspunkt for beslutningsgrunnlag til toppledelsen. De mener at det er tverrfaglige vurderinger som er utarbeidet av alle fagprofesjonene som bør ligge til grunn for gjennomføring av endring. Derimot viser funn at mellomlederne opplever at organisasjonen er villig til å omgå demokratiske prosesser for medvirkning fra både fagprofesjonene og øvrige ansatte for å nå instrumentelle mål. Studien viser at årsaken kan bero på forhold hvor medvirkning fra fagprofesjonene stiller krav til endringens faglige innhold, som igjen utfordrer det økonomiske målbildet med selve endringen. Det foreligger her en mulig diskrepans mellom statens forventninger til demokratisk ledelse og gjennomføring av endrings- og fornyelsesarbeid i deres institusjoner, og hvordan toppledelsen i OUS utøver sitt lederskap på i endringsprosesser.

7.3 Organisasjonskultur

Historisk sett har mellomledere for fagprofesjoner hatt en viss grad av frihet til å utøve skjønn innenfor eget fag der det er etiske retningslinjer og ikke nødvendigvis styringsinstrukser som setter føringer for handlingsvalg og yrkesutøvelse. Dersom denne institusjonaliserte forståelsen av mellomlederens posisjon i institusjonen ikke er ivaretatt under og i endringsprosesser, så tyder mine funn på at gjennomslag for endring uteblir. Endringer som fratrar mellomlederen sin integritet og mulighet til å utøve profesjonsledelse, samt å ivareta de ansattes evne til yrkesutøvelse innenfor faglige og etiske standarder, møter sjelden forståelse blant ansatte i klinisk virksomhet i OUS.

Mellomlederne i Ortopedisk klinikk viser til at større endringer i OUS har et overordnet organisatorisk fokus på mål og resultatstyring for å sikre at budsjetter og planer overholdes. I små endringer på avdelinger og enheter i organisasjonen er det fokus på god kvalitet i pasientbehandling. Endringer der instrumentelle virkemidler som effektivisering, optimalisering og gevinstrealisering i større grad blir vektlagt av øverste ledelse, enn kvalitet i pasientbehandling, utgjør en utfordring for gjennomføring av endring i organisasjonen. Det er således mulig å se en verdikonflikt mellom det instrumentelle lederperspektivet (administrasjon- og økonomifokusert) og det relasjonelle lederperspektivet (profesjonsbaserte). Igjen kan endringer som bryter med det kollektive verdisetet hos de ansatte i OUS, spores tilbake til at endringer truer de ansattes identitet og bryter med det fundamentet som de mener at organisasjonen er bygget på. Det er en gjensidig og felles opplevelse fra mellomlederne av alle fagprofesjonene at det er en gjeldende verdikonflikt om handlingsvalg med den økonomiske administrasjonen av klinikken i ordinær drift, men i endringsprosesser særskilt.

Verdibegrepet innenfor økonomisk teori er knyttet til ressursbruk og den økonomiske verdiskapningen som skjer i organisasjonen, hvorpå verdikonflikten mellom den økonomiske fagprofesjonen og den kliniske fagprofesjonen blir svært synlig. De ansatte i OUS har en egen forståelse av organisasjonens mål og samfunnsoppdrag, samt hvilken intensjon som ligger til grunn for deres yrkesutøvelse ved å ivareta det offentlige helsevesenets tjenester overfor befolkningen. Min studie synliggjør således at målene for den økonomiske administrasjonsledelsens endringsforslag oppleves som svært utydelige, upresise, urealistiske eller lite anvendbare for mellomlederen. Dette begrenser mellomlederens evne til å gjennomføre endringer.

7.4 Rammer

Det er en forventning, fra klinikkledelsen i OPK, om at endringer skal gjennomføres uten ytterligere tildeling av ressurser. Det vil si rammer til frikjøp av ansatte for medvirkning, til tverrfaglig samarbeid, eller tilstrekkelig tid til gjennomføring som informasjon, motivasjon og planlegging. I henhold til funn skal endringsprosesser i Ortopedisk klinikk bli gjennomført innenfor gjeldende driftsbudsjetter og allerede tildelte ressurser. Det gjøres svært sjelden

eller aldri ekstra ressurser tilgjengelig for gjennomføring av alt fra små til større og krevende endringer.

Målene for endringsprosesser oppleves, som nevnt, å være svært utydelige, upresise, urealistiske eller lite anvendbare for mellomlederen. Det vil si at mellomledere opplever at målet for deres yrkesutøvelse blir utydelig. I enkelte tilfeller opplever mellomlederne at toppledelsens mål og intensjoner for endring er i uoverensstemmelse med det de selv og deres ansatte ser som sentrale dimensjoner i organisasjonens samfunnsoppdrag. Dette påvirker mellomlederens handlingsrom i endringsarbeid, da både motivasjon og retning for endring uteblir. Min studie tyder på at en økonomisk nytteverdi av endringstiltak utgjør en kritisk faktor for toppledelsen i OUS. Derimot gir fagprofesjonene utrykk for at kvalitet og resultat av behandling skal ligge til grunn for endringsprosesser. Det vil si at toppledelsens prioriteringer av ressurser inn i endringsprosesser kan utgjøre en diskrepans fra fagprofesjonenes prioriteringer i leveranse av helsetjenester.

Her viser min studie at administrative og økonomiske endringer i arbeidshverdagen til de ansatte, oppleves av fagprofesjonene at har en negativ effekt på pasientbehandlingen. Funnene belyser en verdikonflikt som ligger i rammebetingelsene for endringsprosesser mellom det instrumentelle og relasjonelle lederperspektivet i klinikken. Dette medfører om mulig en gjensidig og manglende tillitt, mellom den øverste administrative ledelsen og mellomlederne for fagprofesjoner i klinikken, om innholdet i og hvordan endringsprosesser skal gjennomføres og begrenser således mellomlederens evne til gjennomføring av endringer.

7.5 Hva begrenser mellomlederens mulighet til å gjennomføre endringer

Min studie viser at det er stor endringsvilje i Ortopedisk klinikk. Klinikken har mellomledere som ser på endring som nyttig, kreativt, nødvendig og spennende. Mellomlederne mener at de kan gjøre ting bedre, annerledes og mer effektivt og de ser forbedringspotensialer i både ansatthverdag og pasientbehandling.

Det meste av helsepersonell som utsettes for framtidig endring, har potensielt opplevd lignende endringer før, hvor et relativt stort antall av dette helsepersonellet mener at disse

endringene ikke var optimale (Torbjørnsen, 2021). Mellomlederne i OPK finner i hovedsak svært få eksempler på endringsprosesser i OUS som har vært vellykkede. Når man legger til dimensjonen, om en eventuell manglende tillitt til toppledelsen som setter rammene for endringsprosesser, så blir utsiktene for gode endringsprosesser i Ortopedisk klinikk begrenset. Særs i det funnene viser at målene oppleves som utydelige, urealistiske eller lite konkrete i endringsprosesser som mangler mening eller nytteverdi for den kliniske virksomheten. Mellomlederen forhindres fra å involvere sine ansatte på grunn av manglende ressurser og forhindres selv fra å medvirke på grunn av sin posisjon i organisasjonen.

Min studie belyser en økonomisk administrasjonsledelse i sykehuset som ønsker å ivareta sykehusets samfunnsoppdrag gjennom instrumentelle virkemidler, hvorpå mellomledere og ansatte ser behovet for demokratiske og faglig fundamenterte prosesser for å kunne oppnå det samme. Det er her funnene viser at mellomlederne opplever at organisasjonen OUS sine mål avviker fra kjerneverdiene til det som de kjennetegner med institusjonenes formål. Det er pasientene og deres behov som skal legge føringer for tjenestetilbudet, og som gir mening i endringsprosesser. Det er reell medvirkning som må ligge til grunn og fagprofesjonenes interesser, kompetanse og kunnskap som må ivaretas for gjennomføring av vellykkede endringer. Her må både instrumentelle, organisatoriske og økonomiske rammer gjøres tilgjengelig for å gjennomføre demokratiske prosesser og sørge for endringer som gir organisasjonen som helhet og den kliniske virksomheten et felles mål og mening med endring. Alternativet er at mellomlederens evne til gjennomføring av endring blir begrenset.

7.6 Konklusjon

På bakgrunn av funnene ser jeg at mellomlederens mulighet til å gjennomføre endringer begrenses av en manglende felles forståelse, mellom organisasjon, toppledelse og den kliniske virksomhet, av behovet for endring. Det synes å være en tilsvarende diskrepans i forståelsen av målet for initierte eller implementerte endringer.

For å kunne påvirke den kliniske virksomheten sine holdninger til og adferd overfor endringer, så synes det nødvendig å skape nye ideer for hverdagsvirkeligheten i fellesskap mellom administrasjons- og profesjonsledelsen. For å nå organisasjonens felles mål, kan det innebære at toppledelsen må endre fokus fra produksjon, måltall og gevinstrealisering til

forbedring av pasientforløp og kvalitet i pasientbehandling. Det ville således være interessant å studere endringsledelse i toppledelsen i OUS, for å kunne gi et bredere og mer helhetlig blikk på endringsprosesser i OUS. For ved å endre virkemidlene som benyttes i dagens endringsprosesser, tror jeg at vi kan ivareta institusjonens formål og verdigrunnlag, samtidig som vi effektiviserer vårt samfunnsoppdrag og realiserer intensjonen bak organisasjonens eksistens.

Litteraturliste

- Angell, O. (2019). Velferdsorganisasjoner - legitimitet og verdier. I E. Aadland, & H. Askeland, *Verdibevist ledelse* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Askeland, H. (2019). I E. & Aadland, *Verdibevist ledelse* (ss. 156-181). Oslo: Cappelen Damm.
- Askeland, H., Blomander, C., & Aasen, A. (2015). Jakten på ledelse i praksis: Semistrukturert følgeobservasjon som metode innenfor ledelsesforskning. *Nordiske organisasjonsstudier*(17 (1)).
- Briseid, E. M. (2022). *Abduksjon*. Hentet fra Store norske leksikon.
- Colbjørnsen, T. (2004). *Ledere og lederskap* (1. utg.). Oslo/Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Døvig, E., Elsat, B., & Storvik, A. (2016). *Profesjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Engebreetsen, E., & Heggen, K. (2012). *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Generelle forskningsetiske retningslinjer. (2014). Hentet fra www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/
- Goia, D., Kevin, G., Hamilton, C., & Hamilton, A. (2013, 2 8). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Reserarch: Notes on the Goia Methodology. (T. R. Managment, Red.) *Organizational Research Metods*.
- Greenwood, R., Raynard, M., Kodeih, F., Micelotta, E. ..., & Lounsbury, M. (2011, 7 26). Institutional Complexity and Organizational Responses. *The Acaademy Managment Annals*, ss. 317-371.
- Grimen, H. (2008). *Profesjon og profesjonsmoral i Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Groendahl, I., & Sardo, V. (2013). *Ledelse ved omorganiseringsprosesser*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Hagen, I. M., & Trygstad, S. (2007). *Ledelse og samarbeid i staten*. Oslo: Fafo.
- Hennestad, B., & Revang, Ø. (2012). *Endringsledelse og ledelsesendring* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- HOD. (2023, 03 04). *Helse- og omsrorgsdepartementet*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

- Jacobsen, D., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2017). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kroken, R. (2006). Dersom moralsk ansvar omformes til teknisk ansvar. *Nordisk sosialt arbeid*(26), 155-166.
- Lindseth, A., & Nordberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of caring science*(18 (2)), ss. 145-153.
- Lov om arbeidsmiljø, a. o. (2005, 06 17). *Lovdata.no*. Hentet fra LOV-2005-06-17-62: <https://lovdata.no/sok?q=arbeidsmilj%C3%B8loven>
- Lov om organisering av forskningsetisk arbeid. (2017, 5 1). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Molven, O. (2019). I H. & Aadland, *Verdibevist ledelse* (ss. 182-207). Oslo: Cappelen Damm.
- Opstad, L. (2020). *Økonomistyring i offentlig sektor* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Oterholm, I. (2015). Organisasjonens betydning for sosialarbeiderens vurderinger. OUS. (2019, 05 06). *Strategi 2019 - 2022 dok.id 44757*. Hentet fra eHåndbok Oslo universitetssykehus: <https://ehandbok.ous-hf.no/document/44757>
- Rasborg, K. (2013). Sosialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi. I I. Fuglesang, P. Olsen, & K. Rasborg, *Vitenskapsteori i samfunnsvitenskapene* (3. utg., ss. 403-438). Fredriksberg: Samfunnslitteratur.
- Reay, T., & Jones, C. (2016). Qualitatively capturing institutional logics. *Strategic Organization*(14 (4)), ss. 441-454.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg.). Oslo/Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Thornton, P. H. (1999). I P. O. Thornton, *Institusjonelle logikker og den historiske aktens beredskap i organisasjoner* (105. utg., ss. 801-843). *American Journal of Sociology*.

- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (1999). Institutional Logics. I R. Greenwood, C. Oliver, T. B. Lawrence, & R. Meyer, *The sage handbook of organizational institutionalism* (2. utg., ss. 99-128). London, UK: SAGE Publications Ltd.
- Tjora, A. (2020). NTNU: sosialkonstruktivismen. *Store norske leksikon*. Trondheim. Hentet fra snl.no: snl.no
- Torbjørnsen, B. (2021). *Endringsledelse i helse og omsorgssektoren*. Oslo: VID vitenskapelige høgskole.
- Tømmerbakke, S. (2022). Må prioritere hardere. *Dagens Medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/09/12/ous-direktoren--ma-prioriterer-hardere/>
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Zahavi, D. (2014). Fænomenologi. I I. Collin, & S. Kjøppe, *Humanistisk videnskapsteori* (3. utg.). København: Lindhardt og Ringhof.
- Aadland, E., & Askeland, H. (2019). *Verdibevisst ledelse* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.