

# Hva skal vi med lederen?

En studie av ledelsens betydning  
for fysioterapeuter på sykehus

**Liv-Signe Davidsen**

L41 Mastergradsoppgave i Verdibasert Ledelse

**Diakonhjemmet Høgskole**

Antall ord 20 520

2.mai 2012

Veileder: Leif Stapnes

# Sammendrag

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilken betydning fysioterapeuter ansatt på sykehus opplever at ledelse har for arbeidshverdagen deres.

Den teoretiske bakgrunnen for diskusjon av resultatene i denne oppgaven var teori om kunnskapsarbeidere, forståelse av organisasjoner og ledelse, samt ledelsesformer som i litteraturen vurderes som hensiktsmessige for fysioterapeuter og tilsvarende grupper.

Det ble benyttet en kvalitativ tilnærming, med intervjuer av seks fysioterapeuter ansatt i fysioterapiavdelinger ved tre ulike sykehus i Osloområdet. Resultatene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Ledelse så ut til å ha forholdsvis liten direkte betydning for den enkeltes daglige arbeid med pasientene, men støtte og tilrettelegging fra ledelsen var viktig for at disse oppgavene skulle utføres uten unødige forstyrrelser. Fysioterapeutene mente det var viktig for arbeidshverdagen at ledelsen ivaretok administrative oppgaver i avdelingen, i tillegg til at ledelsen spilte en sentral rolle for å holde avdelingen samlet og sørge for felles aktivitet. I forhold til sykehuset for øvrig hadde ledelsen betydning som bindeledd til andre avdelinger og sykehusledelsen, hovedsakelig i form av å være lojal talsmann for fysioterapitjenesten.

Fysioterapeutene framstod som typiske kunnskapsarbeidere, med selvstendige arbeidsoppgaver og behov for frihet i det daglige. Autonomi og organisasjonsforståelse så ut til å ha sammenheng med opplevelsen av ledelsens betydning.

Synliggjøring og forståelse av slike perspektiver vil trolig ha betydning for ledelse av fysioterapeuter og andre kunnskapsarbeidere. Resultatene fra denne studien kan derfor både bidra til økt innsikt omkring betydningen av ledelse for slike grupper, og belyse utfordringer for ledere.

## Forord

Hvem hadde vel trodd at etpar begeistrende dagsseminarer om verdibasert ledelse i 2003 og 2004 på Diakonhjemmet Høgskole skulle føre til masterstudier og nå altså til slutt en masteroppgave?

Mye har skjedd i livet og døden siden den gang.

Takk til min beste kollega Hilde, som har fulgt meg gjennom studiene og livet for øvrig i disse årene – i tykt og tynt.

Takk til fysioterapeutene på Ahus, for alt vi har delt.

Og takk til mine ledere for støtte og tilrettelegging gjennom hele studiet.

Takk til informantene mine som stilte opp og delte tanker og synspunkter med meg og den digitale diktafonen.

Takk til Jan Oluf, som nå får prøve samboeren uten masterstudier på nakken.

Og mest av alt takk til min veileder Leif Stapnes, ”støttekontakten”.

Jeg har alltid gått ut fra ditt kontor med friskt mot, hodet fullt av ideer og i godt humør.

Takk!

Kolbotn, april 2012

Liv-Signe Davidsen

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>3</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Oppgavens oppbygging .....	7
<b>2 PROBLEMSTILLING</b> .....	<b>9</b>
<b>3 TEORI</b> .....	<b>11</b>
3.1 Fysioterapi .....	11
3.1.1 Fysioterapeuter .....	11
3.1.2 Fysioterapitjeneste på sykehus .....	12
3.2 Kunnskapsarbeidere, profesjonsarbeidere og primadonnaer .....	13
3.3 Hvordan forstå organisasjoner? .....	14
3.3.1 Perspektiver på organisasjoner .....	14
3.3.2 Organisasjonstyper som ramme for å forstå ledelse .....	15
3.4 Hvordan forstå og studere ledelse? .....	17
3.4.1 Ledelse .....	17
3.4.2 Lederens roller og oppgaver .....	18
3.5 Ledelse og fysioterapi .....	21
3.5.1 Hva trenger kunnskapsarbeidere? .....	21
3.5.2 Servant leadership .....	22
3.5.3 Fra transaksjons- til transformasjonsledelse .....	24
3.6 Oppsummering .....	25
<b>4 METODE</b> .....	<b>26</b>
4.1 Metodisk tilnærming .....	26
4.2 Studieenhet .....	26
4.3 Metode for datainnsamling .....	27
4.3.1 Feltkunnskap .....	27
4.3.2 Intervjuguiden .....	27
4.3.3 Gjennomføring av intervjuer .....	28
4.4 Analyse .....	29
4.4.1 Metode for analyse .....	29
4.4.2 Gjennomføring av analysen .....	30

<b>4.5</b>	<b>Reliabilitet og validitet.....</b>	<b>31</b>
<b>4.6</b>	<b>Etiske betraktninger .....</b>	<b>32</b>
<b>4.7</b>	<b>Metodediskusjon .....</b>	<b>33</b>
4.7.1	Valg av metodisk tilnærming .....	33
4.7.2	Valg av informanter .....	34
4.7.3	Gjennomføring av intervjuer .....	34
4.7.4	Teoriens rolle i analysen .....	34
4.7.5	Forforståelse .....	35
<b>4.8</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>RESULTATER; PRESENTASJON OG DISKUSJON .....</b>	<b>37</b>
<b>5.1</b>	<b>”Det daglige arbeidet er uavhengig av lederen.” .....</b>	<b>37</b>
5.1.1	Daglige oppgaver.....	37
5.1.2	Støtte og tilrettelegging.....	38
5.1.3	Egen faglig utvikling .....	40
5.1.4	Diskusjon .....	41
<b>5.2</b>	<b>” - uten leder? - hadde ikke visst når vi skulle hatt ferie eller noenting, da – ”.....</b>	<b>44</b>
5.2.1	Daglig drift og bemanning .....	44
5.2.2	Retningslinjer og prioriteringer .....	45
5.2.3	Miljø og fellesskap .....	46
5.2.4	Diskusjon .....	48
<b>5.3</b>	<b>”Ledelsen skal være på vår side og tale vår sak på huset”.....</b>	<b>51</b>
5.3.1	Lojal talsmann .....	52
5.3.2	Synliggjøre fysioterapitjenesten .....	53
5.3.3	Bindeledd til sykehuset for øvrig .....	54
5.3.4	Diskusjon .....	54
<b>5.4</b>	<b>” hmm, det er nok kanskje ikke så lett å lede vår gruppe, vi er så selvstendige”.....</b>	<b>56</b>
5.4.1	Behov for autonomi .....	56
5.4.2	Fysioterapeutenes organisasjonsforståelse.....	58
<b>5.5</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>61</b>
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON OG VIDERE TANKER.....</b>	<b>63</b>
<b>6.1</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>63</b>
<b>6.2</b>	<b>Videre tanker .....</b>	<b>63</b>
	<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>65</b>
	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>68</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven er betydningen av ledelse for fysioterapeuter på sykehus.

Bakgrunnen for dette valget er min erfaring som førstelinjeleder i en fysioterapiavdeling ved et større sykehus gjennom mange år, med betraktninger omkring denne rollen og til tider undring over hvilken betydning den egentlig har.

Tradisjonelt har klinisk ledelse på sykehus vært utøvd av fagpersonene, ofte som en bijobb til arbeidet med pasientene. Formell lederutdanning har ikke vært vanlig, selv om dette nå er i endring. Innen fysioterapifaget i Norge har ledelse fortsatt ingen sentral posisjon. Rammeplan for fysioterapeututdanning (2004) inneholder ingen henvisninger til kunnskap om ledelse, i motsetning til Rammeplan for sykepleierutdanning (2008), der ledelse av sykepleietjeneste løftes fram som et eget mål for utdanningen.

Min bakgrunn for å begynne i en lederjobb var også som vanlig kliniker, riktignok med tilleggsutdanning innen pedagogikk og kollegabasert veiledning, men med svært lite kunnskap om ledelse som fag og virksomhet. Den administrative siden av lederjobben har jeg opplevd som forholdsvis ukomplisert, mens selve lederskapet, arbeidet med menneskene, ønsket om å skape noe sammen, utvikling av kultur og verdier, har vært en spennende utfordring. Gjennom mange år har jeg sammen med avdelingssjefen og min seksjonslederkollega samlet erfaring ved prøving og feiling, satt i gang og prøvd ut ulike tiltak i avdelingen og i ledergruppa, og lært en del om hva som fungerer og hva som absolutt ikke gjør det. I mangel av faglig kunnskap og forståelse om mekanismer innen organisasjon og ledelse har vi brukt sunn fornuft, basiskunnskap om psykologi og pedagogikk samt egne erfaringer som grunnlag for virksomheten.

Jeg har hele tiden opplevd fysioterapeutene som en gruppe med stor faglig interesse og et betydelig behov for å gi pasientene et så godt tilbud som mulig. Samtidig har dette fokuset på "sine" pasienter gjort at jobben som leder med et forhåpentlig overordnet perspektiv har vært utfordrende i forbindelse med felles tiltak i avdelingen som prioritering av oppgaver generelt

og reduksjon av tilbudet som følge av nedskjæringer. Mye av dette arbeidet har jeg opplevd som både nyttig og viktig på flere plan. Det har utviklet meg selv, både som menneske og leder, det har vært positive bidrag til de enkelte fysioterapeutene, påvirket arbeidsforhold og kultur i avdelingen og ikke minst tilbudet til pasientene som er innlagt på sykehuset. En god del av dette arbeidet har vært vanskelig å sette ord på, det har til dels vært usynlig for de ansatte og gjort det vanskelig både å beskrive og forklare hva lederjobben faktisk har inneholdt. Min egen og de ansattes opplevelse av min jobb og hva som ligger bak har heller ikke nødvendigvis stemt overens. Jeg har også ofte følt meg unyttig, og tenkt at dette hadde gått sin gang like godt uten min innsats.

Masterstudiet i verdibasert ledelse har bidratt til en annen forståelse av lederjobben og påvirket min praksis. Teori og begreper gjør det mulig å sette ord på tause kunnskaper, og mye av lederjobben har gjennom dette studiet fått et navn som har ført til at vi har kunnet reflektere og kommunisere om dette og utvikle det videre. Samtidig har jeg sett at flere oppgaver kunne ha vært løst annerledes med mer bakgrunnsforståelse og gitt flere valgmuligheter for ledelsesatferd.

Denne oppgaven er først og fremst skrevet til mine kollegaer og andre som jobber i kunnskapsorganisasjoner der ledelse tradisjonelt har vært lite verdsatt og i fokus.

Jeg har valgt teori som jeg selv har erfart har gitt praksisnær og grunnleggende kunnskap og muligheter for å tenke videre.

## **1.2 Oppgavens oppbygging**

I kapittel to presenteres problemstilling og forskningsspørsmål. Kapittel tre gir en oversikt over teorigrunnlaget og relevante forskningsresultater jeg har valgt som bakgrunn for å drøfte funnene i studien. I tillegg til generell teori om kunnskapsarbeidere, organisasjoner og ledelse, presenterer jeg først bakgrunnsinformasjon om fysioterapeuter og deres arbeid på sykehus, og avslutningsvis ledelsesformer som er blitt trukket fram innen helsefaglig ledelse som hensiktsmessige for fysioterapeuter og tilsvarende grupper. I kapittel fire redegjør jeg for valg av metodisk tilnærming, gjennomføring av innsamling og analyse av data. Dette kapitlet avsluttes med en diskusjon av metodiske valg og gjennomføringer. Kapittel fem inneholder presentasjon av resultatene, sammen med analyse og diskusjon av funnene i lys av teorien. De tre første hovedavsnittene er drøftet som svar på de tre forskningsspørsmålene, mens det

fjerde diskuterer funn som peker mot begreper som kan ha sammenheng med opplevelse av ledelsens betydning. Det siste hovedavsnittet i kapitel fem oppsummerer studiens resultater og diskusjon. Samlet konklusjon og videre tanker om mulige konsekvenser utgjør kapitel seks.



## 2 Problemstilling

Med utgangspunkt i egen ledererfaring, ønsket jeg å finne ut mer om hvilken betydning ledelse faktisk har for arbeidet til fysioterapeuter på sykehus.

Gjennom studiet i verdibasert ledelse har jeg blitt kjent med ulike teorier og studier av ledelse og hvilken betydning det kan ha i en organisasjon. Mye av denne litteraturen har lederen i fokus og tar utgangspunkt i hvordan disse selv ser på betydningen av sin virksomhet. Et mål med denne oppgaven var å undersøke hvordan de ansatte opplever betydningen av ledelse.

Betydning av ledelse kan ifølge teoriene knyttes til ulike sider av virksomheten, som arbeidsmiljø, trivsel, effektivitet og resultater. Dette kan fort bli beskrivelser som kan oppleves fjernt og lite betydningsfullt for det daglige arbeidet. Jeg ønsket derfor å relatere dette til konkrete oppgaver i hverdagen og studere det praktiske, hverdagslige ved ledelse framfor overordnede teorier og modeller. Til hjelp med å operasjonalisere begrepet arbeidshverdag, benyttet jeg de fire organisasjonstypene Strand (2003:241) beskriver, og hvilke organisasjons- og ledelsesfunksjoner som kan knyttes til hver av disse typene.

På bakgrunn av disse avgrensningene valgte jeg derfor følgende problemstilling:

*Hvilken betydning har ledelse for arbeidshverdagen til fysioterapeuter på sykehus?*

Gjennom arbeidet med teori og resultater ble problemstillingen relatert til ulike nivåer en kan se arbeidstakerne i; den enkelte og de konkrete arbeidsoppgavene, de interne forhold i den samlede fysioterapitjenesten og fysioterapeutenes forhold til sykehuset for øvrig.

Problemstillingen blir derfor belyst med tre forskningsspørsmål:

- 1) *Hvordan påvirker ledelse fysioterapeuten og de daglige arbeidsoppgavene?*
- 2) *Hvilken betydning har ledelse for forholdene innad i fysioterapiavdelingen?*
- 3) *Hvilken sammenheng er det mellom ledelse og fysioterapitjenestens rolle på sykehuset?*

Erfaringer som leder har påvirket min tilnærming både til ledelsesfaget gjennom studien og til arbeidet med denne oppgaven, og preget forventingene mine til hva jeg skulle finne i denne studien. Min forforståelse har vært preget av arbeidet med selvgående og faglig dyktige fysioterapikolleger, frustrasjonen over å skulle lede, utfordringer med å bidra til å skape et fellesskap og nå fram med overordnede mål.

Dette førte til at arbeidstittelen på denne oppgaven underveis litt uhøytidelig ble

”Hva skal vi med lederen?”

– og at dette også er oppgavens endelige tittel.

## **3 Teori**

Det har vært et mål i arbeidet med denne oppgaven at analyse og forståelse av ledelsens betydning for fysioterapeuter skal være så anvendbar og praksisnær som mulig. Modeller og teoretisk perspektiv er valgt med tanke på dette. Som bakgrunn for å belyse og diskutere funnene i studien vil dette kapitlet gjøre rede for innholdet i de sentrale begrepene og teoriene som benyttes. Kapitlet vil også gi et innblikk i relevante studier og forskningslitteratur i tilknytning til dette.

Ettersom studien tar utgangspunkt i fysioterapeuter på sykehus, innledes kapitlet med informasjon om denne yrkesgruppen og deres virksomhet. Deretter redegjøres for den typen arbeidstakere som betegnes som kunnskapsarbeidere eller profesjonsarbeidere, som grunnlag for å argumentere for at fysioterapeuter tilhører denne kategorien. En inndeling av ulike organisasjonstyper er valgt som rammeverk for forståelse av ledelse i denne oppgaven. Denne presenteres sammen med ulike perspektiver på organisasjonsforståelse foran avsnittet som beskriver hvordan ledelse og ledes roller og oppgaver kan forstås. Kapitlet avsluttes med en presentasjon av ulike ledelsesformer som kan være hensiktsmessige for å diskutere betydningen av ledelse for fysioterapeutene.

### **3.1 Fysioterapi**

#### **3.1.1 Fysioterapeuter**

Fysioterapeut er en beskyttet yrkestittel med hjemmel i norsk lov, og for å praktisere kreves det at man har offentlig autorisasjon. Et flertall av fysioterapeutene i Norge er organisert i Norske Fysioterapeuters Forbund, NFF, som har ca 9000 medlemmer. Faget skal utøves i tråd med helsepersonelloven og NFFs etiske retningslinjer, som også forplikter fysioterapeutene til å holde seg faglig oppdatert.

Fysioterapeutens arbeidsområde er kropp, bevegelse og funksjon. Målet er å fjerne eller lindre smerte og bedre funksjonsevnen. I dette arbeidet legges det vekt på at pasienten deltar aktivt og kan ta i bruk sine egne ressurser for å fremme endring (NFF 2006). Teorigrunnlaget er naturvitenskapelig og samfunnsvitenskapelig forankret, med spesialisering innen

bevegelseslære og fysioterapifaglig behandling. Faget bygger både på erfaringsbasert kunnskap og vitenskapelige studier, og skal utøves i tråd med internasjonale standarder (Rammeplan for fysioterapeututdanning 2004). Selv om forskningsvirksomheten i Norge har økt de senere årene, henter fysioterapifaget likevel en betydelig del av det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget i internasjonal litteratur og forskning, spesielt England, USA, Australia.

Artikler om fysioterapiens egenart og arbeidsforhold som kommer fra disse samme internasjonale fysioterapimiljøene tyder på at fysioterapeuter ser ut til å fungere forholdsvis likt og være opptatt av de samme spørsmålene der som en er i Norge. Ønsket om å være selvstendige fagutøvere med variert praksis og muligheter for etter- og videreutdanning framheves som viktige motivasjonsfaktorer for fysioterapeuter i et intervju av ulike ledere både på sykehus og for fysioterapeututdanninger i USA (Coyne 2004). Det amerikanske fysioterapiforbundets (APTA) kjerneverdier for fysioterapifaget (Bezner 2004) samsvarer i stor grad med etiske retningslinjer slik de foreligger fra det norske fysioterapiforbundet (NFF 2010). Dette taler for at funn fra studier samt synspunkter på faget og forutsetninger for fagutøvelse kan være overførbare til norske forhold også når det gjelder ledelse og arbeidsforhold. Ettersom det finnes lite norsk litteratur innen dette området, vil det derfor være relevant å støtte seg på internasjonal litteratur som kunnskapsgrunnlag.

### **3.1.2 Fysioterapitjeneste på sykehus**

De fleste norske sykehusene er organisert i kliniske avdelinger etter medisinske fagspesialiteter, som kirurgi og medisin, med lege eller sykepleier som øverste leder for avdelingens leger og pleiepersonale. Dette er de sentrale enhetene og yrkesgruppene i et sykehus. Alle sykehusene har også ansatt fysioterapeuter, og fysioterapitjenesten har tradisjonelt vært en selvstendig enhet på linje med de kliniske avdelingene, selv om de er en liten faggruppe på sykehuset. Med større sykehus og endring av organisasjonsstruktur er det imidlertid nå flere sykehus som har samorganisert ulike mindre faggrupper, som fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer og andre. Enkelte sykehus har også plassert fysioterapitjenesten innunder en av de kliniske avdelingene. Felles for disse organisasjonsformene er at de likevel har beholdt en samlet fysioterapiavdeling med egen fagleder, selv om plassering i organisasjonen er ulik. Noen sykehus har i stedet splittet opp fysioterapitjenesten slik at hver av de aktuelle kliniske avdelingene har noen få

fysioterapeuter direkte tilknyttet seg, uten egen fagleder for yrkesgruppen samlet.

Begrunnelsen for disse ulike organiseringsformene er både uklar og ulik. Ofte handler det om at ”de små faggruppene” blir samorganisert under en felles leder for å få en synlig plass i organisasjonen, eller ansatt under de enkelte kliniske enhetene som ønsker å disponere egne ressurser.

Der fysioterapitjenesten er samlet i egen avdeling på sykehuset, er den vanligvis delt inn i fagteam som er tilknyttet de ulike medisinske fagspesialitetene. Pasientene henvises som regel av lege, og fysioterapeutene undersøker, behandler og informerer pasientene i forhold til det aktuelle problemet. Dette kan på sykehus være tiltak som gjenopptrening etter hjerneslag, øvelser og instruksjon etter operasjoner, hjelp til å puste og få opp slim fra lungene ved lungesykdom, eller undersøkelse og oppfølging av nyfødte og større barn med ulike lidelser. Pasientene kan både være inneliggende på sykehuset og komme til poliklinisk behandling. Fysioterapeuten har selvstendig behandlingsansvar, undersøker og behandler pasienten alene og setter i verk fysioterapifaglige tiltak med bakgrunn i egen vurdering. Samtidig er de en del av den tverrfaglige virksomheten på sykehuset, i samarbeid med leger, sykepleiere og evt. annet personale rundt pasienten.

Fysioterapeuter blir sjelden spesifisert i studier av sykehusvirksomhet og –ansatte, og man har derfor lite informasjon om arbeidsforholdene for denne gruppen. En eldre amerikansk undersøkelse av jobbtilfredshet blant fysioterapeuter i et distrikt der over halvparten var ansatt ved sykehus, konkluderte med at de rapporterte svært høy grad av tilfredshet med jobbsituasjonen samlet sett (Atwood og Woolf 1982). I 2003 gjennomførte Helse Vest en medarbeiderundersøkelse i foretaksgruppen som viste at gruppen fysio- og ergoterapeuter skåret høyest eller nest høyest blant yrkesgruppene på punkter som generell jobbtilfredshet, medvirkning på beslutningsprosesser og innflytelse på eget arbeid (Rogalandsforskning 2004). Slike sammenfallende resultater kan gi grunn til å anta at fysioterapeuter på sykehus faktisk er forholdsvis fornøyde med sin jobbsituasjon.

### **3.2 Kunnskapsarbeidere, profesjonsarbeidere og primadonnaer**

Innen ledelseslitteraturen benyttes begrepene kunnskapsarbeidere og profesjonsarbeidere til dels synonymt for å beskrive den gruppen yrkesutøvere som arbeider selvstendig med

forankring i sin fagutdanning og fagets retningslinjer for utøvelse og etikk. Enkelte definerer også profesjonaliserte yrker som dem med monopol på enkelte tjenester og krav til sertifisering for utøvelse. Lege- og advokatyret er typiske eksempler, mens sykepleier, sivilingeniør og lærer i enkelte sammenhenger omtales som halvprofesjonaliserte ettersom de ikke i samme grad har monopoliserte oppgaver og roller til tross for høyere utdanning (Strand 2001:250, Jacobsen og Thorsvik 2002:37). Yrkesutøvere innen denne gruppen som er spesielt selvbevisste og egenrådige, samtidig som de er nøkkelpersoner i organisasjonen, omtales også som primadonnaer. I sine studier av ledelse av profesjonsarbeidere har den danske forskeren Hein (2008) fokusert spesielt på denne gruppen. Hun viser til at primadonnaer finnes i fagmiljøer som er preget av sterke verdier og høy faglig integritet der målet er å levere det absolutt beste for dem tjenesten er rettet mot, for eksempel pasientene. Det er ikke tilstrekkelig for primadonnaen å være fornøyd med arbeidet. De ønsker å oppnå følelsen av store øyeblikk der de kjenner de virkelig lykkes ("kick"), eller opplevelsen av "flow" i det daglige, der de glemmer tid og sted (ibid).

I tillegg til å være spesialister innenfor et fagområde med stor grad av selvstendighet, kjennetegnes slike yrkesutøvere ved at de vanskelig lar seg styre gjennom byråkrati og kontrollordninger (Grund 2006:2). Det er en utbredt oppfatning at de ser organisasjonen de arbeider i som et sted der de kan praktisere sitt fag, uten å føle tilhørighet og lojalitet til andre enn sin egen faggruppe (Mintzberg 1979, sitert av Thylefors 2008:274). Jacobsen og Thorsvik (2002:138f) peker på at ulike studier har vist hvordan profesjoner danner undergrupper i organisasjonen og konsentrerer seg om sine egne oppgaver. En slik profesjonskultur er typisk for et sykehus, der de ulike profesjonene og spesialitetene er samlet i egne enheter som gjerne lever sine egne liv. Dette kan føre til at profesjonene blir mer opptatt av sin egen virkelighetsforståelse og sine egne mål enn organisasjonens overordnede mål. De kan være ganske ustyrlige i den samlede organisasjonen (Eriksen 1999:167). Dette er også gjenkjennelig fra mange års erfaring fra helsevesen og sykehus.

### **3.3 Hvordan forstå organisasjoner?**

#### **3.3.1 Perspektiver på organisasjoner**

En autonom profesjonsorganisasjon er kjennetegnet av at de ansatte organiserer seg selv med ansvar for å sette faglige standarder og sørge for at faget utøves på en forsvarlig måte, gjerne

med tydelige avgrensninger mot finansielle rammer og overordnet administrativ kontroll (Scott 2003:259f). På et sykehus er det forventet at yrkesutøverne arbeider selvstendig og i stor grad er selvstyrte faglig sett, og det kliniske arbeidet kan fungere godt uavhengig av hvordan ledelsen er organisert (Thylefors 2008:274). Samtidig vil det å forstå grunnleggende prinsipper ved den overordnede organisasjonen man tilhører være en forutsetning for både å kunne være klar over hva som foregår og å forstå hvordan man kan håndtere og påvirke det som skjer i praksis (Hatch 2001:21).

Organisasjoner kan forstås på ulike måter. Tradisjonelt har en organisasjon vært forstått som en samling individer som skal løse en oppgave. Oppmerksomheten har vært rettet mot den enkeltes handlinger, og virksomheten har blitt analysert med utgangspunkt i individene. Med et kollektivt perspektiv vil en derimot se en organisasjon som et system der de enkelte individene har innbyrdes forbindelse og er gjensidig avhengige både av hverandre og av den samlede helheten (Hatch 2001:51). Innenfor systemforståelsen kan en velge å skille mellom rasjonelle og naturlige systemer. Rasjonelle systemer innebærer formalisert struktur og spesifikke mål med fokus på effektivitet. Naturlige systemer vektlegger mer sosiale aspekter og har en mindre formalisert struktur. De er også basert på deltakernes egenskaper og forholdet dem imellom og på at det er en verdi i seg selv å opprettholde organisasjonen (Scott 2003:28f). I tillegg går det et analytisk skille mellom åpne og lukkede systemer etter hvorvidt en ser organisasjonen som et åpent system som er avhengig av omgivelsene og må tilpasse seg for å fungere, eller et lukket med fokus hovedsakelig på interne forhold (Scott 2003:26ff).

### **3.3.2 Organisasjonstyper som ramme for å forstå ledelse**

Hvilket organisasjonsperspektiv man velger, eller ubevisst har, vil påvirke hvordan man ser på målsetningen for ledelse og hva det betyr for arbeidsdagen. Dersom en forstår organisasjonen som et åpent system med komplekse indre forhold og nært knyttet til omgivelsene, vil det ikke være hensiktsmessig å basere ledelse på å kontrollere enkeltpersoner i organisasjonen. I et lukket rasjonelt system vil derimot regler og struktur ha en sentral betydning, og ledelse vil være rettet mot at de ansatte skal følge disse rammene. På samme måte vil et individualistisk perspektiv knytte ønsket om endring i en organisasjon til planlegging av enkeltpersonenes handlinger, mens et naturlig systemperspektiv gjør det

nødvendig å se endringer som mer sammensatte fenomener som utvikler seg og tilpasser seg indre og ytre behov.

Ulike organisasjonstyper gir altså ulike betingelser og muligheter for ledelse. De kan benyttes som et rammeverk for å forstå hvilke oppgaver og arbeidsbetingelser organisasjonen består av, og hvordan ledere ivaretar oppgaver det er behov for i virksomheten. Det finnes en rekke slike teorier og modeller. I denne oppgaven velger jeg å ta utgangspunkt i de fire grunntypene Strand (2001) benytter som rammeverk for sin tilnærming til fenomenet ledelse. Selv om denne modellen framstår som enkel, beskriver den ulike trekk og kjennetegn ved organisasjoner og ledelse som er gjenkjennelig i daglig praksis og knyttet til norske forhold. Jeg ser den derfor som et funksjonelt og hensiktsmessig utgangspunkt for å kunne undersøke problemstillingen i denne oppgaven.

Strand beskriver fire grunntyper av organisasjoner: 1) ekspertorganisasjonen, 2) byråkratiet, 3) gruppeorganisasjonen og 4) oppgave- eller entreprenørorganisasjonen. I det følgende presenteres kort kjennetegn ved disse ulike organisasjonstypene og deres forhold til ledelse, basert på Strands framstilling (Strand 2001: 240ff).

1) Ekspertorganisasjonen kjennetegnes ved at fagspesialisering, ekspertise og yrkesmessig status står sentralt. De ansatte har stor grad av autonomi, og målsetningen for organisasjonens ofte komplekse virksomhet er å løse problemer for en ekstern part. Typiske ekspertorganisasjoner er universiteter og sykehus. Selv om en slik organisasjon er hierarkisk oppbygd, er antall ledd i hierarkiet begrenset, og den reelle autoriteten kan ligge hos den dyktigste fagutøveren og ikke nødvendigvis hos topplederen.

2) I en byråkratisk organisasjon er det derimot regler og formell autoritet som preger virksomheten og styrer arbeidsprosessene. Eksempler på byråkratiske organisasjoner er ulike offentlige organer, men også forsikringsselskaper og banker. Hierarkiet er tydelig og består av mange ledd der arbeidsprosessene er styrt av rutiner og prosedyrer, og samsvar med overordnede retningslinjer er sentralt. Ledelse spiller en sentral rolle i dette systemet for orden og kontroll.

3) Organisasjoner som fungerer som arbeidsggrupper og kollektiver med relativt få medlemmer og flat struktur i tillegg til liten grad av formalisering, betegnes i denne



kategoriseringen som gruppeorganisasjoner. Disse har en gjerne en lite formell ledelse og styres mer av flertallsbeslutninger og normer eller sosialt press. Prosjektgrupper, arbeidslag og midlertidige arbeidsgrupper er eksempler på slike organisasjoner, som også gjerne kan befinne seg som enheter inne i en større organisasjon. Gruppen er avhengig av samstemmighet og oppslutning om det den skal jobbe med.

4) Den siste organisasjonsformen i denne kategoriseringen er oppgave- eller entreprenørorganisasjonen. Denne er kjennetegnet ved at den fungerer rundt spesifikke oppgaver og arbeidsfelt som leder eller eier velger å rette den mot, og resultatene teller mer enn personale og arbeidsordninger. Typiske oppgaveorganisasjoner er entreprenør- og anleggsvirksomheter, gründerselskaper og karismatiske organisasjoner. Lederen er gjerne personlig engasjert i virksomheten som eier eller grunnlegger, og har en dominerende stilling.

I praksis kan enkelte organisasjoner forstås som rendyrkede eksempler på de ulike typene, men vanligvis vil en organisasjon være en blanding av disse og ha flere eller alle elementene i seg i ulik grad (Strand 2001:29). Selv om bruk av en slik modell kan skape begrensninger for forståelsen, bidrar den likevel til å tydeliggjøre hvilke oppgaver som må løses i en organisasjon og hvilke utfordringer ledere må forholde seg til. I denne oppgaven blir modellen også benyttet som hjelp til å operasjonalisere hvilke oppgaver og funksjoner i en arbeidshverdag ledelse kan ha betydning for og som utgangspunkt for temaer i intervjuguiden.

## **3.4 Hvordan forstå og studere ledelse?**

### **3.4.1 Ledelse**

På samme måte som for organisasjoner kan ledelse også forstås i mange ulike perspektiver. Innen ledelseslitteraturen finnes ingen entydig definisjon, og det har vært hevdet at det er nesten like mange definisjoner av ledelse som det er personer som har forsøkt å definere det (Stogdill 1989:259, ifølge Strand 2001:18). Ettersom denne oppgaven henter rammer og modeller fra Strand (2001), velger jeg også å ta utgangspunkt i fellestrekk ved ledere slik han presenterer dem som bakgrunn for sitt arbeid med å forstå og analysere ledelse. Her viser han til at ledere har ansvar for andres arbeid, de har et mandat for å gjøre noe på vegne av organisasjonen og de utfører arbeid som antas å være viktige for hele organisasjonen (Strand

2001:11). Lederens funksjon er å sørge for at de viktigste oppgavene for en organisasjon blir utført.

Strand benytter de fire organisasjonstypene som beskrevet i avsnitt 3.3.2 som ramme for forståelse av ledelse. Han låner de fire lederrollene som Adizes beskriver, 1) Produsent, 2) Administrator, 3) Integrator og 4) Entreprenør (PAIE) og peker på hvordan hver av disse kan knyttes til de enkelte organisasjonstypene (Strand 2001:29, 239ff).

1) Den dyktige og respekterte fagutøver, produsenten, er gjerne lederen i en ekspertorganisasjon, der ledelse uten faglig autoritet har liten plass. Med utgangspunkt i faglige normer bidrar ledere i en slik organisasjon til å sette standard for hva som er gode prestasjoner og gode løsninger for kundene og brukere, som også er med på å legge premissene for virksomheten.

2) Administratorrollen er knyttet til byråkratiet, der lederne i første rekke har som oppgave å ivareta rutinemessig virksomhet og hindre avvik fra systemet.

3) I en gruppeorganisasjon har lederen rollen som integrator, der oppgavene i hovedsak er å bygge fellesskap og holde gruppen sammen.

4) Lederen av en entreprenørorganisasjon er idérik og nyskapende og bidrar til å muliggjøre tiltak og skape resultater, samtidig som det å vurdere trusler og muligheter i omverdenen er en viktig oppgave.

### **3.4.2 Lederens roller og oppgaver**

Som eksempler på hvordan norske ledere opplever krav til lederrollen viser Strand (2001:40) bl.a. til resultater fra to større undersøkelser, Solstrandundersøkelsen og Arbeids- og bedriftsundersøkelsen (AB-undersøkelsen). Den første er en omfattende spørreundersøkelse av alle ledere som i perioden 1981-1990 deltok på et åtte ukers lederutviklingsprogram i regi av Administrativt Forskningsforbund (AFF). AB-undersøkelsen fra 1989 er basert på spørsmål om ledelse og organisasjon til både ledere, ansatte og tillitsvalgte i et materiale som dekker 1010 norske offentlige og private virksomheter.

Data fra begge disse undersøkelsene viste at ledere innen offentlig sektor så integrasjons- og produksjonsoppgavene som de klart viktigste kravene til lederrollen (Strand 2001:355). Hovedinntrykket var at lederne selv også mente at de generelt bidro godt til å fylle kravene som de opplevde ble stilt til dem. Dette gjaldt spesielt produsentfunksjonen, mens betydelig færre mente de fylte integratorrollen på en god måte. Lederne rapporterte likevel at de brukte mest tid på administrative oppgaver, mens de ønsket å legge større vekt på typiske integratoroppgaver som motivasjon og stimulering. Når fagforeningsrepresentanter ble spurt om det samme, var det også en tendens til at de opplevde at lederne var mer kontrollerende og regelorienterte og gjorde mer både av administrasjon og entreprenørarbeid. Samtidig var det bare 24% av de tillitsvalgte innen helsesektoren som opplevde at lederne faktisk motiverte medarbeiderne til å delta i tillegg til å støtte og utvikle dem, mens 54% av lederne mente at slike integratoroppgaver var den viktigste funksjonen i lederrollen (Strand 2001:290). Dette er også i samsvar med resultatene fra AFFs lederundersøkelse, som ble gjennomført i 1999 og 2002, av hhv 3690 og 3172 ledere på alle nivåer i ulike bransjer både fra offentlig og privat sektor (Colbjørnsen 2004:14).

Selv om slike funn gjerne blir tolket og presentert som krav medarbeiderne virkelig stiller til sine ledere (Colbjørnsen 2004:60), er det viktig å holde fast ved at resultatene fra disse undersøkelsene hovedsakelig er opplevde krav fra ledernes side. Samtidig konstaterer Colbjørnsen (2004:79) at ledernes og medarbeidernes opplevelse av lederskapet ikke stemmer overens. Dette er basert på svarene fra ledere på lavere nivåer i disse undersøkelsene, som også er medarbeidere og derfor kan tolkes inn i denne rollen i tillegg til sin lederrolle. Likeledes oppsummerer Strand (2001:242, 357) fra Solstrandundersøkelsen at det ofte er tydelig forskjell mellom det lederne selv rapporterer at de gjør og det tillitsvalgte opplever. Samtidig viste en studie av sykepleiere ved et sykehus i USA at det var samsvar mellom de ansattes og ledernes overordnede oppfatning av lederstil. De hadde imidlertid signifikant ulikt syn på hvordan lederen stimulerte til nytenking og ivaretok den enkelte ansatte (Failla og Stichler 2008). Til tross for at det ser ut til å være vanlig med ulik oppfatning mellom ledere og ansatte, ser det likevel ut til at dette er en utbredt form for undersøkelse av hva ledere gjør og deres rolle. Det er i mindre grad vanlig å spørre medarbeiderne direkte om deres opplevelse og forståelse av hvilken betydning ledelse har for arbeidshverdagen.

Derimot har observasjon av ledere gitt kunnskap om hva ledere gjør. På bakgrunn av sine observasjoner av fem toppledere og deres arbeid beskrev Mintzberg i 1973 ti ulike lederroller

som har fått en klassisk status i ledelseslitteraturen. Av disse opprinnelige ti rollene er det tre mellommenneskelige; toppfiguren, forbindelsesleddet og anføreren, tre informasjonsroller; informasjonssamler, -formidler og talsmann, og fire beslutningsroller; entreprenør, problemhåndterer, ressursfordeler og forhandler. Imidlertid har Mintzberg senere kommet fram til at denne typen opplysninger, som unnlater å sette de ulike oppgavene inn i et større interaktivt hele, bare blir løsrevne beskrivelser og ikke er tilstrekkelig til å forstå det sammensatte arbeidet ledelse er. Han har derfor utviklet en nyere modell for å forsøke å integrere det man vet at ledere gjør inn i en sammenheng. Jeg velger i denne oppgaven å ta utgangspunkt i denne modellen, ettersom det er denne Mintzberg selv benytter videre i sine studier av ulike ledere. Modellen presenteres her kort utfra slik den er beskrevet i artikkelen ”Rounding out the Manager’s Job” (Mintzberg 1994).

Denne modellen plasserer lederen i sentrum, der kjerneoppgavene vil være å forstå og utforme en ramme for ledervirksomheten, og sørge for en tidsplanlegging som gjør det mulig å vise dette ved handling. I rammen ligger lederens erfaringer og verdier, organisasjonens oppgaver og mål, som danner grunnlaget for virksomheten. Videre viser Mintzberg hvordan ledelse kan finne sted på tre ulike nivåer: ved informasjon, gjennom mennesker/aktører og direkte i forhold til konkrete handlinger. I tillegg peker han på hvordan ledelse på alle tre nivåene foregår både internt i den organisatoriske enheten og eksternt i forhold til omgivelsene utenfor. Med utgangspunkt i disse nivåene beskriver han seks ulike roller lederen kan inneha.

På informasjonsnivået vil lederen internt i enheten ha en 1) kontrollerende rolle ved å utarbeide direktiver og strukturer og fordele ressurser. Samtidig har lederen rollen som 2) kommunikator ved å søke og dele både formell og uformell informasjon med andre. Gjennom å formidle informasjon på denne måten vil målet være å få ansatte til å handle. Kommunikatorrollen gjelder også utad i forhold til omgivelsene, der lederen opptrer som talsmann for enheten mot omverdenen og formidler informasjon begge veier.

Ved ledelse gjennom mennesker er rollen å 3) lede og være anfører. Ledelsen skjer ved å direkte oppmuntre mennesker til handling, ved mobilisering og utvikling innad i enheten både i forhold til enkeltindivider, grupper og til enheten samlet. Utad vil rollen på dette nivået være å 4) forbinde enheten med omgivelser og samarbeidspartnere, og representere enheten i forhold til omverdenen.

Ved ledelse direkte i forhold til konkrete handlinger er 5) ledelse av handling internt i enheten knyttet til å faktisk få ting gjort og håndtere problemer og forstyrrelser, mens den utad vil bære preg av 6) å forhandle og inngå avtaler.

Mens sentrale teorier innen ledelseslitteraturen tradisjonelt har vektlagt slike roller enkeltvis, peker Mintzberg på betydningen av å se disse samlet. Selv om de gjerne foretrekker en lederstil, beveger ledere seg mellom alle tre nivåene, og ved å benytte en slik modell kan en bedre forstå både ulike lederstiler og konteksten det finner sted i (ibid).

## **3.5 Ledelse og fysioterapi**

### **3.5.1 Hva trenger kunnskapsarbeidere?**

Å lede kunnskapsarbeidere byr på en annen type utfordring enn den tradisjonelle lederrollen, der styring og kontroll har vært sentralt. For kunnskapsarbeiderne står faget i sentrum og de ser seg selv og sin rolle som den sentrale funksjon i virksomheten. Utøvelsen av faget skjer i henhold til profesjonenes egne krav til faglig standard, mer enn av regler og mål i organisasjonen, og kunnskapsarbeideren vet selv hva som skal gjøres for å løse oppgaven (Strand 2001:250f).

For at kunnskapsarbeidere skal få gode arbeidsvilkår, trenger de frihet til å utøve yrket sitt med en så god faglig standard som de mener er nødvendig. En viktig oppgave for lederen blir derfor å administrere denne friheten. Dette innebærer å skape forutsigbarhet ved å legge organisatoriske forhold til rette for arbeidsoppgavene i tillegg til å bidra til at de sosiale forholdene gjør at oppgavene blir løst på en måte som både kollegaer og organisasjonen er tjent med. Det kan samtidig være nødvendig å sørge for at normene for den faglige virksomheten er tydelige og forankret i fagkollegiet og institusjonens rammer (Strand 2001:252).

I og med at de jobber selvstendig, står kunnskapsarbeiderne som regel alene i møtet med brukere og pasienter. De trenger derfor også støtte, ettersom mange av de situasjonene de opplever kan være problematiske og krevende (Strand 2001:295). De er samtidig ofte mer faglig dyktige enn sine ledere og trenger ikke instruksjon eller supervisjon fra lederen, men

henter veiledning fra kollegaer og ønsker ikke innblanding eller å bli kommandert (Strand 2001:250f).

Ettersom det faglige står i sentrum, ser ofte kunnskapsarbeiderne på administrasjon og byråkratiske retningslinjer som en trussel mot måten de ønsker å utføre jobben sin på. Manglende samsvar mellom de kravene som stilles til arbeidet, faglige verdier og praktiske rammer fører ofte til frustrasjon og konflikter (Hein 2008). I et sykehus, som er preget av ulike profesjoner og grupperinger med interessemotsetninger, er det generelt liten vilje til lojalitet mot beslutninger som bryter med oppfatningen om hvordan arbeidsoppgavene skal løses rent faglig, og omkampkultur er ikke uvanlig i slike organisasjoner. Innad i en gruppe kan ledelse gjerne fungere godt, men det er ofte interessemotsetninger mellom de ulike profesjonene og fagområdene (Eriksen 1999:166) og vanskelig å få gjennomslag for kollektive mål (Grund 2006).

Mintzberg viser til at sykehusleger og universitetsprofessorer gjerne beskriver organisasjonen opp-ned, med seg selv på toppen og administrativ på bunnen for å betjene dem uten å blande seg direkte inn i de konkrete arbeidsoppgavene (Mintzberg 1998:143).

### **3.5.2 Servant leadership**

Servant leadership er i ulike sammenhenger beskrevet som en aktuell ledelsesform både for fysioterapeuter, sykepleiere og leger (Gersh 2006, Howatson-Jones 2004, Schwartz og Tumblin 2002). Begrepet ble introdusert i 1970 av Greenleaf, som beskriver denne typen leder som en som først og fremst ønsker å tjene andre slik at de kan utvikle seg, i motsetning til å ha ledelse som hovedmålsetning for å oppnå posisjon og makt (Greenleaf 1970:6). I norsk litteratur benyttes til dels betegnelsen tjenende lederskap, men like gjerne det engelske begrepet, og jeg velger også dette i denne oppgaven.

Viktige egenskaper for en servant leader er å kunne lytte, være empatisk, kunne bidra til å utvikle det hele menneske, være oppmerksom på andre, overbevise framfor å overtale, være visjonær, framsynt og ivaretagende i tillegg til å sette andres vekst i sentrum og bidra til å bygge fellesskap. Denne formen for lederskap er basert på teamarbeid, fellesskap og en etisk og omsorgspreget atferd som legger til rette for at de ansatte bidrar til å bedre organisasjonens

kvalitet (Spears 1998:11). Slike ideer representerer en grunnleggende forskjellig tenkemåte fra det tradisjonelle synet på ledelse som kontroll og kommando i et hierarki.

Dette er også et grunnlag for kritikk mot denne formen for ledelse. Slik kritikk kan begrunnes både med at begrepet og ledelsesformen ikke er entydig definert og at det mangler forskning på hvilken effekt slik ledelse har på organisasjonens resultater (Andersen 2009:13). For at organisasjonen skal oppfylle sine mål, må lederens ansvar være å ivareta disse målene og påvirke de ansatte slik at de bidrar til produktivitet og effektivitet. Fokus på de ansatte slik servant leadership representerer vil ifølge kritikerne medføre at en mister ledelsens mulighet for å oppnå resultater med og gjennom andre (ibid).

I etterordet til essaysamlingen ”The power of servant-leadership” mener Shannon at slik fokus tvert imot vil medføre at de ansatte gjør en bedre jobb for kunder og eiere av virksomheten, ved at de utnytter sitt potensiale og samarbeider for å nå målene (Greeneleaf 1998:282f).

Slike fortolkninger ser også ut til å ligge til grunn når man innen helsesektoren mener en vil være tjent med å legge større vekt på denne typen ledelse. I tidsskrifter som *Nursing Management* og *Archives of Surgery* er servant leadership anbefalt som en hensiktsmessig modell for å oppfylle målet om god pasientomsorg i innen helsevesenet (Waterman 2011, Scwartz og Tumblin 2002). Ved et amerikansk sykehus ble det gjennomført en studie av hvordan orientering mot trekk fra servant leadership hos sykepleielederne påvirket jobbtilfredshet hos de ansatte (Jenkins og Stewart 2010). Blant 210 sykepleiere ved i alt 17 ulike avdelinger viste resultatene at ved de avdelingene der de ansatte opplevde større grad av slik orientering hos lederne var jobbtilfredsheten større. Neill og Saunders (2008) beskriver hvordan prinsipper fra servant leadership er innført ved et veteransykehus i USA og ser ut til å være en medvirkende årsak både til økt jobbtilfredshet hos de ansatte og svært høy skåre i pasienttilfredshetundersøkelser. Dette er ingen vitenskapelig gjennomført undersøkelse, men peker på mulige sammenhenger mellom sentrale prinsipper i servant leadership og gode resultater i organisasjonen.

### 3.5.3 Fra transaksjons- til transformasjonsledelse

Klinisk ledelse innen sykehus har tradisjonelt vært preget av at lederen har budsjettansvar, fordeler ressurser og delegerer ansvaret for å utføre oppgavene til profesjonsarbeiderne. Dette har paralleller til transaksjonsledelse, som innebærer et bytteforhold mellom leder og ansatt, der lederen gir fast jobb med avtalt lønn mot arbeiderens arbeidskraft. Lederen griper i liten grad inn i selve arbeidet utover å reagere når det oppstår avvik fra rutineene (Bass 1990:193ff). Belønning har en sentral rolle i den opprinnelige transaksjonsledelsesmodellen, i form av lønn, anerkjennelse og avansement. Dette er imidlertid vanskelig å benytte i større grad innenfor offentlig helsevesen, og svekker dermed muligheten for ledere som fungerer etter denne modellen til å stimulere de ansatte. Bass peker også på at denne formen for ledelse ofte er assosiert med middelmådighet og mindre effektivitet.

Mens transaksjonsledelse er basert på avviksledelse og bruk av belønning, tar transformasjonsledelse utgangspunkt i at lederne framstår som mer karismatiske med større oppmerksomhet mot hver enkelt arbeidstaker (Jacobsen og Thorsvik 2002:402). Dersom lederen inspirerer de ansatte og stimulerer dem intellektuelt i tillegg til å ta individuelle hensyn, vil dette legge til rette for å jobbe mot felles mål og gi bedre ledereffektivitet (Bass 1990:193f). Slik ledelse bør man ifølge Bass oppmuntre til, ettersom det vil bedre virksomhetens ytelse på alle nivåer dersom lederen uttrykker en felles visjon og de ansatte ser betydningen av overordnede mål og hva som kan realiseres i fellesskap. Dette er også aktuelt innen helsevesenet, og en finner flere artikler i internasjonale tidsskrifter om helseledelse der en slik lederstil anbefales (Schwartz og Tumblyn 2002, Clark 2008, Brazier 2005). Slike anbefalinger gis blant annet på bakgrunn av ulike studier der man har funnet at trekk fra transformasjonsledelse har positiv innflytelse på jobbtilfredshet for sykepleiere i sykehus (Failla og Stichler 2008, Tomey 2009).

Det hevdes at en dreining mot transformasjonsledelse og servant leadership vil gi bredere rammer og oppmuntre de ansatte til å være kreative innenfor disse. Ved å satse på de ansatte på denne måten, har det vist seg innen næringslivet at dette øker produksjonen. Tilsvarende kan dette også gjøre sykehusorganisasjonene bedre i stand til å omstille seg og tilpasse seg endringer, utvikle og beholde de ansatte og dermed gi pasientene et bedre tilbud (Schwartz og Tumblyn 2002:1424f).



### 3.6 Oppsummering

Dette kapitlet har gitt en oversikt over begreper og modeller jeg mener kan være hensiktsmessige å bruke som grunnlag for å diskutere funnene i denne studien. Fysioterapeuter og deres rolle på sykehus danner utgangspunktet for hele denne oppgaven. Ulike profesjoner på sykehuset kan betraktes som selvstendige kunnskapsarbeidere, egenrådige og ganske ustyrlige i den samlede organisasjonen. Hvorvidt en legger et individ- eller systemperspektiv til grunn for sin organisasjonsforståelse, vil være førende for hvordan en ser på målsetningen for ledelse. Som ramme for å forstå ledelse har jeg i denne oppgaven valgt de fire grunntypene for organisasjoner slik Strand (2003) beskriver dem, og de respektive lederrollene i tilknytning til disse. Lederroller kan også knyttes til ulike nivåer i organisasjonen, slik Mintzberg (1994) gjør. Ettersom servant leadership og transformasjonsledelse er ledelsesformer som kan anses som egnet innen helseledelse for å ivareta jobbtilfredshet og gi grunnlag for utvikling av gode helsetjenester, presenteres disse med tanke på å analysere fysioterapeutenes opplevelse av ledelsens betydning.

## **4 Metode**

I dette kapitlet redegjøres for metodiske valg og refleksjoner. Gjennom arbeidet med analysen ble den opprinnelige kategoriseringen av resultatene endret, men utover dette var det ingen større kursendringer underveis. Valg av informanter, planlegging og gjennomføring av intervjuer utgjør de første avsnittene i kapitlet. Deretter følger refleksjoner omkring reliabilitet, validitet og etiske forhold. Til slutt diskuteres metodiske valg, der jeg vurderer de ulike trinnene i gjennomføringen av studien og min egen forforståelse av temaet for oppgaven.

### **4.1 Metodisk tilnærming**

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilken betydning fysioterapeuter i klinisk praksis på sykehus opplever at ledelse har i deres arbeidshverdag. Det var ønskelig å fokusere på forholdet til ledelse sett fra de underordnedes ståsted. Studien ble planlagt med en kvalitativ tilnærming, som anbefales for å studere menneskers erfaringer og opplevelser, forstå og beskrive fenomener (Malterud 2003:32,40).

Intervju ble valgt som metode for datainnsamlingen. Mens observasjon benyttes i særlig grad der målet er å studere relasjoner og samhandling, er intervju gjerne mest hensiktsmessig for å undersøke opplevelser og tanker om et fenomen.

### **4.2 Studieenhet**

Gruppen som skulle undersøkes i studien var fysioterapeuter uten lederansvar i klinisk arbeid på sykehus. For å få variasjonsbredde var det ønskelig med et strategisk utvalg av informanter med spredning i antall års erfaring i tillegg til at de skulle komme fra ulike sykehus.

For å komme i kontakt med aktuelle deltakere, ringte jeg ansvarlige for fysioterapitjenesten på fire ulike sykehus i Oslo-området. Ledere ved i alt seks avdelinger ble spurt om tillatelse til å invitere fysioterapeuter til å delta i studien. De ble orientert om studien og bedt om at de som ble valgt ut fikk være med på intervjuet i sin arbeidstid. Alle lederne som ble kontaktet, var positive til henvendelsen og fikk umiddelbart tilsendt et kort informasjonsskriv om studien pr

e-post (vedlegg 1), De videresendte dette til sine ansatte, som deretter kunne ta direkte kontakt med meg dersom de var interesserte i å delta. I alt sju fysioterapeuter fra fire avdelinger på tre sykehus meldte sin interesse. Fire tok kontakt direkte pr e-post, mens fra en avdeling sendte en av mellomlederne en liste over tre interesserte deltakere. En av dem som tok kontakt var bekymret for om anonymiteten ville bli godt nok ivaretatt i forhold til arbeidsstedet, og etter informasjon om hvordan dette var planlagt valgte vedkommende å ikke delta.

Det endelige utvalget av informanter består av seks fysioterapeuter fra tre ulike sykehus. De seks som meldte seg oppfylte målet om spredning i erfaring på en god måte, slik at det ikke ble ansett som nødvendig å fortsette arbeidet med å rekruttere flere eller andre informanter. To av fysioterapeutene hadde mellom et og tre års erfaring, to hadde i underkant av ti og de siste to ca 20 års erfaring, alle hovedsakelig fra sykehus og også fra andre typer institusjoner. De seks informantene kom fra selvstendige fysioterapiavdelinger med egen sjeffysioterapeut, men med avdelingen ulikt plassert i den interne sykehusorganisasjonen.

## **4.3 Metode for datainnsamling**

### **4.3.1 Feltkunnskap**

Før intervjuer gjennomføres er det nødvendig å gjøre seg kjent med feltet en skal studere for å kunne velge ut relevante informanter som kan belyse problemstillingen (Malterud 2003:59). Etersom jeg hadde arbeidet som førstelinjeleder i en fysioterapiavdeling siden 1994, anså jeg at jeg hadde tilstrekkelig erfaringsbasert feltkunnskap. Jeg gjorde derfor ikke mer for å sette meg ytterligere inn i arbeidsforholdene for fysioterapeuter på sykehus.

### **4.3.2 Intervjuguiden**

Intervjuene ble planlagt som semistrukturerte, med utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg 2) som ble utarbeidet på forhånd. Studien var opprinnelig planlagt med Adize`s fire kategorier for lederroller som teoretisk perspektiv (se kap. 3.4.1). Det var ønskelig å belyse ulike deler av en arbeidshverdag, og som et forsøk på å operasjonalisere dette begrepet på en teoribasert måte, ble intervjuguiden bygget opp med fire temaer basert på disse kategoriene. For hvert tema ble det formulert et hovedspørsmål, med stikkord for utfyllende spørsmål inspirert av

Strands beskrivelser av hvilke betingelser organisasjonsformen legger for disse ulike lederrollene (Strand 2001:241ff). For å få et kort innblikk i intervjupersonenens hverdag, inneholdt intervjuguiden også spørsmål om arbeidsoppgaver og i hvilken grad de mente disse var avhengig av ledelse, når de eventuelt savnet lederen og hva en ”ideell” leder gjør. I tillegg til disse spørsmålene ble informantene oppmuntret til å fortelle om konkrete situasjoner for å belyse synspunktene sine samt presisere hvilken betydning det de fortalte hadde for arbeidshverdagen deres.

Intervjuguiden ble prøvd ut i samarbeid med to fysioterapeuter som jeg ikke hadde det daglige personalansvaret for på egen arbeidsplass, og deres tilbakemeldinger førte til at noen av spørsmålene ble presisert og omformulert.

#### **4.3.3 Gjennomføring av intervjuer**

Intervjuene ble gjennomført over en periode på to måneder. De ble foretatt på arbeidsplassene til de enkelte fysioterapeutene, som alle hadde reservert rom på sykehuset. Før selve intervjuet startet, fikk de en kort orientering om studien og signerte informert samtykke (vedlegg 3). Intervjuene ble tatt opp i sin helhet med digital diktafon, med få eller ingen notater underveis for å unngå forstyrrelser i dialogen. Etter hvert intervju ble mine umiddelbare inntrykk og kommentarer notert helt kort.

Intervjuguiden ble hovedsakelig brukt som hjelp for å sikre at de ulike aspektene ved problemstillingen ble berørt. Det viste seg at informantene i stor grad snakket lett om temaet ledelse og ofte kom inn på de ulike hovedkategoriene i intervjuguiden selv, slik at det falt naturlig å ta tak i et tema og følge det opp. Med bakgrunn fra kollegaveiledning har jeg erfaring med å stille åpne spørsmål, legge vekt på å be om utdyping og oppklaring, ha fokus på den andre og tåle pauser i samtalen. Dette er også i tråd med idealer for kvalitative intervjuer slik de beskrives av Kvale (2001:92f), der det legges vekt på at den som intervjuer skal la informanten slippe til. Samtidig må man holde tak i problemstillingen og balansere mellom det å forfølge sidespor og styre samtalen slik at man snakker om det som angår problemstillingen (Malterud 2003:130).

## 4.4 Analyse

### 4.4.1 Metode for analyse

Analyse av materialet har til hensikt å lede fram til nye beskrivelser, begreper eller modeller (Malterud 2003:83). Arbeidet med å sammenfatte og fortolke datamaterialet foregår kontinuerlig allerede fra man er i intervjusituasjonen. Ettersom intervjuene gjerne gjøres over tid, vil også den formelle analysen av de første intervjuene kunne komme i gang før alle intervjuene er gjennomført. Dette gir mulighet til å justere opplegget underveis, og også teori, og foreta fortløpende ”runddans” mellom teori og data (Wadel 1991:194).

I denne studien var målet var å sammenfatte informasjon om temaer fra alle informantene, i motsetning til å beskrive den enkelte informantens historie. Malterud (2003:97) anbefaler systematisk tekstkondensering for slik tverrgående analyse, og dette ble derfor valgt som utgangspunkt for analysen. Metoden bygger på hovedstrukturen i Giorgis fenomenologiske analyse. Den er beskrevet av Malterud (2003:99ff) som en metode med fire trinn og presenteres i det følgende på bakgrunn av denne beskrivelsen.

- 1) Det første trinnet i analysen består i å danne seg et helhetsbilde av materialet og få et foreløpig inntrykk av ulike temaer.
- 2) I trinn to gjennomgår man materialet på nytt for å identifisere og gruppere meningsbærende enheter i teksten. Mens Giorgi beskriver at man deler hele teksten inn i slike enheter, velger Malterud ut tekst som bærer med seg kunnskap om temaene fra trinn en og som sier noe om problemet man skal studere. Disse tekstbitene systematiseres i grupper, som kodes med en betegnelse for egenskapen ved hver gruppe, noen sammenfallende med de opprinnelige temaene, men også nye grupper. Samtidig ser en også hvorvidt de ulike kodene faktisk sier noe om problemstillingen, eller om enkelte representerer helt andre fenomener og ikke skal være med i den videre analysen. Malterud anbefaler å organisere materialet på dette trinnet i en matrise, der kodene og informantene danner de to aksene. De ulike tekstbitene plasseres inn i matrisen og gir på denne måten en god oversikt over dataene og deres opprinnelse.
- 3) I det tredje trinnet i analyseprosessen er målet å sammenfatte og abstrahere innholdet i kodegruppene. Hver slik gruppe av meningsbærende enheter vil i denne prosessen bli delt inn i undergrupper. Deretter fortettes og kondenseres innholdet i hver av disse undergruppene til

en beskrivelse som dekker betydningen av de meningsbærende enhetene som befinner seg i gruppen.

4) I det fjerde og siste trinnet skal en sammenfatte betydningen av det en har funnet ved å gjenfortelle innholdet i de ulike gruppene slik at det formidler hva materialet sier om de ulike temaene, illustrere disse med sitater og gi hver gruppe en dekkende overskrift. Til slutt vurderes funnene ved å undersøke om de stemmer med det informantene faktisk har formidlet. Dette gjøres både ved å benytte matrisen fra trinn to, og ved å gå tilbake til den opprinnelige teksten.

#### **4.4.2 Gjennomføring av analysen**

Intervjuene ble skrevet ut tilnærmet ordrett. I teksten er pauser og opphold markert, latter, sukk og lignende er skrevet ut, men det er i liten grad benyttet tilleggs kommentarer om forhold rundt det informantene sa. Ettersom alle intervjuene ble gjennomført i rolig stemning uten sterke følelsesutbrudd underveis, opplevde jeg det som lite relevant for innholdet å legge vekt på forholdene rundt det som ble sagt.

Analysen ble gjennomført i henhold til trinnene i systematisk tekstkondensering.

Meningsbærende enheter om ledelsens betydning ble skrevet på ”gule lapper”, merket med informant (a-f) og sidetall fra transkripsjonen, og i første omgang festet vilkårlig på et A1-ark. Dette gjorde det praktisk å gruppere utsagnene i det videre arbeidet. Intervjuguiden var bygget opp etter Adize`s fire lederroller, og materialet kunne slik sett grupperes etter disse. I løpet av kodeprosessen dukket imidlertid flere temaer opp, noen ble slått sammen, andre delt i undergrupper, og jeg utviklet fire nye kategorier for ledelsens betydning: for den enkelte og deres daglige oppgaver, for tilrettelegging og støtte for den enkelte, for forhold innad i avdelingen og for avdelingens forhold utad. Malterud (2003:95) viser også til at en ofte stiller andre spørsmål til materialet enn dem man hadde i intervjuguiden. Ved videre analyse kom jeg fram til at disse også favnet de fire PAIE-rollene, selv om kategoriene ikke var sammenfallende. Påvirket av Mintzbergs tre nivåer i modellen for ledelse ble disse til slutt redusert til de tre som utgjør de endelige kategoriene for ledelsens betydning i analysen; den enkelte og deres daglige arbeidsoppgaver, interne forhold i fysioterapiavdelingen, og fysioterapeutenes forhold til sykehuset for øvrig. Funnene i studien slik de er sammenfattet og

gjenfortalt gjennom det siste trinnet i analysen er presentert under hver av disse, med tilhørende sitater som belyser temaet. Disse tre kategoriene representerer også svar på hvert av de tre forskningsspørsmålene i oppgaven.

Mot slutten av analysearbeidet ble det også tydelig at begrepene autonomi og organisasjonsforståelse var sentrale fenomener i dette, selv om de hverken inngikk i problemstilling eller intervjuer. Disse temaene er derfor presentert og drøftet i et eget avsnitt i resultatkapitlet.

Gjennom hele dette arbeidet var jeg spesielt oppmerksom på faren ved skjevheter i analysen som følge av min egen erfaringsbakgrunn og nærhet til temaet. Jeg gjennomgikk derfor de transkriberte intervjuene spesielt for å finne synspunkter som jeg enten var uenig i eller som overrasket meg, for å unngå at min forforståelse skulle prege resultatene i for stor grad.

#### **4.5 Reliabilitet og validitet**

Reliabilitet i forskning refererer til hvorvidt data man har samlet er pålitelige, dvs. om de er målt på en konsistent og nøyaktig måte. Innen kvantitativ forskning handler dette om at målemetodene man benytter skal være slik at man tester likt fra gang til gang, og at andre kan gjennomføre den samme testen med samme resultat. Validitet henspiller på i hvilken grad det man undersøker er gyldig i forhold til det man sier man skal undersøke og hvorvidt resultatene er generaliserbare og kan antas å gjelde andre (Rothstein 1993:21,28)

De samme begrepene benyttes også innen kvalitativ forskning, men får et litt annet innhold. Reliabilitet vil også i denne sammenhengen bety at forskeren vurderer og synliggjør i hvilken grad de innsamlede data er pålitelige og hva som kan ha påvirket dem. Men framfor å stille krav til at et intervju kan reproduseres, erkjenner man i stedet at den som intervjuer påvirker informanten, og tar dette med i betraktning under analysen (Kvale 1992).

Malterud (2003:26) velger å benytte begrepet refleksivitet for å synliggjøre hvordan forskeren selv og forskningsprosessen påvirker både funn og konklusjoner. Refleksivitet innebærer at forskeren erkjenner og vurderer betydningen av sitt eget ståsted. Slik refleksjon over egen

forforståelse og rolle både i innsamling av data og analysen av dem er en forutsetning for å ha mulighet til å få fram vitenskapelig kunnskap, og ikke bare reprodusere egne meninger (ibid).

Når det gjelder validitet innen kvalitativ forskning, handler dette om at man er kritisk både til gjennomføringen av innsamling og tolkning av data, for å sannsynliggjøre at funnene er gyldige og faktisk gir et bilde av det man har studert. Et kvalitativt forskningsintervju gir et materiale som kan tolkes på ulike måter, og en kan vanskelig si at en tolkning er den rette. Ved å synliggjøre sine valg og kritiske refleksjon gjennom hele prosessen, vil dette vise alternative muligheter forskeren har hatt underveis. Dette vil gi en begrunnet bakgrunn for den kunnskapen man kommer fram til, og gjøre det mulig å følge den tankerekken forskeren har benyttet for å belyse problemstillingen. I dette ligger også å vurdere spørsmålet om ekstern gyldighet, i hvilken grad resultatene er overførbare til andre i andre sammenhenger (Malterud 2003:178f).

Ettersom denne studien tok utgangspunkt i lang erfaring som førstelinjeleder for fysioterapeuter på sykehus, ville min forforståelse prege dette arbeidet. Det var derfor spesielt viktig å stille spørsmål til alle trinn i prosessen, lete etter motsetninger både i materialet og i forholdet til mine egne antakelser.

## **4.6 Etske betraktninger**

Som i all forskning, er det et hovedanliggende å ivareta deltakerne også i en kvalitativ studie. Dette gjelder ikke bare anonymitet og konfidensiell behandling av informasjonen som kommer fram, men også å ikke misbruke den tilliten som informantene viser ved å fortelle sine historier til forskeren. Dersom temaet er sensitivt, er det særlig viktig å være klar over at en intervjusituasjon kan medføre uro og videre prosesser hos deltakerne. Denne studien tok imidlertid i utgangspunktet ikke opp slike sensitive temaer, og jeg anså faren for dette som liten. Informantenes anonymitet var søkt ivaretatt allerede fra inklusjonen i studien, ved at jeg bad interesserte kontakte meg direkte, uten å gå veien om sin leder. Noen av deltakerne gjorde det på denne måten, og var med i studien uten at lederen var informert om at de var med. Andre hadde snakket med kollegaer om studien, og noen ble meldt som deltakere av sin nærmeste leder.



Innen medisinsk forskning gir Helsinkideklarasjonen fra Verdens Legeforening (norsk versjon gjengitt i Malterud 2003:221f) føringer for hvordan etiske prinsipper skal ivaretas. Selv om dette omfatter forskning på pasienter, anses informert samtykke å skulle være grunnlag for å delta i ethvert forskningsprosjekt (Malterud 2003:205). Informantene i denne studien gav skriftlig informert samtykke til å delta. Jeg tilbød ikke deltakerne å sende utskrift eller analyse av intervjuene til gjennomsyn i etterkant, men avtalte å kontakte dem dersom jeg var i tvil om bruken av et sitat eller situasjon kunne være gjenkjennelig. I gjengivelse og analyse av materialet har jeg tilstrebet å være lojal mot det informantene har sagt, og framstille det på en måte som samsvarer med slik jeg oppfattet at det var ment. Jeg har også lagt vekt på å unngå å beskrive situasjoner som kan være gjenkjennelige.

Intervjuene er lagret som lydfiler på passordbeskyttet PC og blir slettet så snart denne oppgaven er avsluttet. I utskriftene er alle person- og stedsnavn utelatt, dialekter er omskrevet til nøytralt språk. De skriftlige samtykkene er oppbevart nedlåst og atskilt fra datamaterialet, det finnes heller ikke noe register som kobler deltakere og intervjuer, ettersom antallet er så begrenset at jeg har den oversikten selv.

## **4.7 Metodediskusjon**

### **4.7.1 Valg av metodisk tilnærming**

For å belyse problemstillingen var en kvalitativ tilnærming et hensiktsmessig design, ettersom målet med studien var å få en beskrivelse av hvordan fysioterapeuter opplever betydningen av ledelse. Deltakende observasjon beskrives som den optimale måten å samle inn data på, ettersom dette gir mulighet til å studere selve fenomenet (Wadel 1991:186). Observasjon ville gitt meg mulighet til å delta i fysioterapeutenes arbeidshverdag og se hvordan samspillet mellom leder og fysioterapeut var over en periode. Ved å intervju informantene fikk jeg derimot bare informasjon om hvordan de opplevde betydningen av ledelse for hverdagen og resultatene blir subjektive, slik problemstillingen også uttrykker. Under planleggingen av studien vurderte jeg å intervju ledere i tillegg, for å belyse forholdet mellom leder og ansatt fra to sider. Dette kunne imidlertid forskjøvet oppmerksomheten over til i større grad å sammenligne hvorvidt ledere og fysioterapeuter hadde samme syn på virkeligheten framfor å undersøke hva fysioterapeutene faktisk opplever. Jeg valgte også å ikke komplettere informantene med fysioterapeuter som jobber på sykehus der fysioterapitjenesten er plassert

på andre måter i organisasjonen. Dette ville medført oppmerksomhet over mot en sammenligning av hvordan fysioterapeuter har det i de ulike organisasjonsformene.

#### **4.7.2 Valg av informanter**

Det var et ønske at informantene i denne studien skulle ha ulik erfaringslengde, men utover dette bad jeg ikke om spesielle egenskaper. Ved å basere utvalget på at aktuelle intervjupersoner selv tar kontakt, risikerer en å få et skjevt utvalg ved at de som melder seg har ulike grunner for å ville delta. Repstad (1998:49) refererer til ulike kategorier intervjupersoner som er beskrevet i litteraturen, den ansatte som vil ha utløp for sin frustrasjon, den selskapssyke, den avslappede veteran, den åpne og den hjelpsomme. Jeg antar at mine informanter meldte seg fordi de var opptatt av ledelse, men dette kunne like gjerne være på bakgrunn av misnøye som tilfredshet.

#### **4.7.3 Gjennomføring av intervjuer**

Når det gjelder gjennomføringen av intervjuene, la jeg vekt på å slippe til informantene, være støttende og åpen. I ettertid ser jeg at jeg i større grad kunne forfulgt temaer som kom fram og vært mer utforskende, pekt på selvmotsigelser og sammenhenger i det informantene sa. Selv om jeg oppfordret til konkrete historier og eksempler, bærer intervjuene til dels preg av å representere generelle meninger om ledelse. Jeg hadde likevel inntrykk av at informantene var oppriktige og beskrev det de faktisk mente. Samtidig var de klar over at jeg var leder, og dette kan ha påvirket svarene, både i positiv og negativ retning om det de mente om betydning av ledelse. Jeg opplevde at de snakket fritt, og flere ganger kom de inn på temaer i intervjuguiden selv, uten at jeg hadde stilt spørsmål eller brakt det på banen. Dette tyder på at intervjuguiden favnet aktuelle temaer og styrker validiteten.

#### **4.7.4 Teoriens rolle i analysen**

Analysen i denne oppgaven var basert på en hermeneutisk tilnærming, både med å fortolke tekstens deler og helhet i forhold til hverandre, og også fordi min forforståelse preget denne prosessen. Målet var å utvikle nye beskrivelser av ledelsens betydning med håp om å bedre forståelsen omkring disse forholdene. I tillegg til dette kom jeg fram til at fenomenene

autonomi og organisasjonsforståelse hadde betydning for forståelse av resultatene. Selv om disse to fenomenene har sammenheng med de teoretiske rammene, går de likevel utover det rent beskrivende analysenivået, uten at det derfor kan sies å være begrepsutvikling, slik målet er dersom analysen tar utgangspunkt i grounded theory. Samtidig sammenfaller de med to sentrale kjennetegn fra denne teorien slik den refereres fra Glaser og Strauss av Schmoll (1993:92), ved at de både beskriver forholdet mellom begrepene i resultatene og kan forklare noe av det som ligger bak det fysioterapeutene forteller om betydning av ledelse. Selv om denne studien tok utgangspunkt i forhåndsdefinerte kategorier og en teoretisk ramme, har den likevel fått et anstrøk av grounded theory, ved at nye fenomener som autonomi og organisasjonsforståelse dukket opp, selv om disse ikke representerer ny teori. Slik sett har jeg opplevd arbeidet med denne oppgaven som en runddans mellom teori og data på flere plan.

#### **4.7.5 Forforståelse**

Det som kom fram i de seks intervjuene stemte i stor grad med mine forhåndsantakelser. Dette kan tyde på god situasjonsforståelse, men kan også være et resultat av både måten å intervju på og valg jeg gjorde gjennom analysen av funnene.

Feltkunnskap styrker forståelsen av feltet en studerer. Samtidig kan slik kunnskap føre til feltblindhet ved at forskeren leter etter det hun tror hun skal finne og tolker funnene på en måte som bekrefter egne antakelser og holdninger (Malterud 2003:150). Dette vil alltid være en feilkilde i denne typen arbeid, og jo mindre bevisst forskeren er på sine forutantakelser, jo større risiko er det for at viktig kunnskap går tapt.

I denne studien utgjorde forforståelsen jeg brakte med meg en trussel mot funnernes pålitelighet. Problemstillingen var et resultat av mitt lederperspektiv etter lang erfaring som førstelinjeleder på sykehus. Nysgjerrighet var framtrødende i de spørsmålene jeg ønsket å stille, men mitt utgangspunkt var også preget av frustrasjoner og fordommer mot de ansattes syn på ledelsens betydning. Det var derfor både en fordel og en utfordring i denne studien at jeg var godt kjent med og arbeidet innenfor det samme feltet som jeg skulle undersøke. Ved systematisk kritisk refleksjon gjennom de ulike deler av prosessen, har jeg forsøkt å oppfylle krav til vitenskapelighet i dette arbeidet.

## **4.8 Oppsummering**

I dette kapitlet har jeg begrunnet hvordan en kvalitativ tilnærming med intervju som metode for innsamling av data var egnet for å undersøke problemstillingen og redegjort for gjennomføringen av undersøkelsen. Analyse av dataene ble foretatt etter mønster fra systematisk tekstkondensering, slik Malterud beskriver denne analyseformen. I drøftingen av metodevalg og resultatenes pålitelighet, har jeg spesielt pekt på min egen forforståelse som feilkilde i dette arbeidet.

## **5 Resultater; presentasjon og diskusjon**

Dette kapitlet inneholder studiens funn og diskusjon av disse i lys av problemstillingen. De tre første delkapitlene representerer hvert av de tre forskningsspørsmålene i oppgaven. Som tittel på hvert av delkapitlene har jeg benyttet sitater hentet fra intervjuene, sammen med gjengivelse av det tilhørende forskningsspørsmålet. I de enkelte delkapitlene blir først funnene presentert i avsnitt som tilsvarende de ulike gruppene fra dataanalysen, og deretter diskutert samlet i et eget avsnitt til slutt i delkapitlet. Overskriften for disse avsnittene viser til mine betegnelser på de ulike undergruppene fra analysen. Det fjerde delkapitlet inneholder funn og diskusjon vedrørende begrepene autonomi og organisasjonsforståelse, som resultat av forsøket på å lete etter meninger som kunne ligge bakenfor det fysioterapeutene fortalte i intervjuene. Resultater og diskusjon oppsummeres samlet i det siste delkapitlet.

Jeg har valgt å presentere resultatene i nåtidsform, ikke som et uttrykk for at dette representerer en generell gyldighet, men mer for å formidle informantenes levende virkelighet.

### **5.1 ”Det daglige arbeidet er uavhengig av lederen.”**

#### **Hvordan påvirker ledelse fysioterapeutene og de daglige arbeidsoppgavene?**

Når det gjelder den enkelte fysioterapeut, ser ledelse ut til å ha begrenset betydning for de daglige pasientoppgavene, som de i stor grad utfører alene og selvstendig. De ønsker imidlertid støtte og tilrettelegging fra ledelsen, både for oppgavene og sin egen faglige utvikling.

##### **5.1.1 Daglige oppgaver**

Alle de seks fysioterapeutene i studien gir uttrykk for at det daglige arbeidet med pasientene i utgangspunktet fungerer uavhengig av ledelsen. Det er viktig for dem å gjøre noe nyttig for pasientene og få faglige utfordringer. Selv om de arbeider ved ulike sykehus, foregår organiseringen av pasientarbeidet forholdsvis likt. Pasientene henvises i løpet av dagen vanligvis fra leger, evt. sykepleiere på sengepostene. Fysioterapeutene er inndelt i grupper

som har ansvar for hvert sitt fagområde, for eksempel kirurgi eller medisin, der de fordeler pasientene seg imellom og eventuelt nedprioriterer enkelte pasienter. Deretter går de en og en til de aktuelle sengepostene for å behandle pasientene og delta i samarbeid med leger og sykepleiere. Selv om det finnes retningslinjer og prosedyrer for hva de gjør med ulike pasientgrupper, må den enkelte ta beslutninger og velge behandlingsform og tiltak i situasjonen med pasienten. Dette arbeidet har fysioterapeutene hånd om selv, og de mener også det er slik det skal være. Dette kommer både spontant fram i intervjuene når de skal beskrive hverdagen sin, og i forbindelse med svar på direkte spørsmål om hvilke oppgaver de mener er uavhengige av lederen. Mens hun forteller om hva som er viktig for henne på jobben, skyter en av fysioterapeutene inn:

vi er ganske selvgående og selvstendige vi fysioterapeuter, vi har ansvar for hver vår sengepost og gjør jobben vår.

Det daglige samarbeidet med øvrig personale, som leger og sykepleiere, har de også hånd om selv. En av fysioterapeutene i studien med lengst erfaring utdyper dette når hun svarer på hva som er viktig for henne i jobben:

det er viktig at jeg har et godt samarbeid med øvrig personale, vi fysioterapeuter som jobber på sykehus jobber jo ikke så mye sammen med andre fysioterapeuter, vi jobber mest sammen med annet personale, det er ikke alltid lett og vi står veldig på for å få det til.

Noen av fysioterapeutene i studien har også polikliniske pasienter, enten innimellom behandling av de inneliggende pasientene, eller som fast tilknyttet en poliklinikk ved sykehuset. Dette er arbeid som fysioterapiledelsen heller ikke har daglig innflytelse på eller oversikt over, ”der kjører jeg mitt eget løp, så da er jeg veldig fornøyd”. Fysioterapeutene jobber på egenhånd sammen med leger og sykepleiere ved poliklinikken og avgjør selv i samarbeid med disse hva arbeidsdagen skal inneholde og hvordan den skal se ut.

### **5.1.2 Støtte og tilrettelegging**

Selv om fysioterapeutene opplever at de kan klare seg uten ledere i det daglige, gir de uttrykk for at ledelse er nødvendig for dem over tid og hvis problemene blir for store.

Med alle tingene som skal støttes opp om, og hvis ikke leder er til stede, hvordan skal vi organisere oss da? Nei, vent litt, dette klarer jeg jo veldig godt selv, for eksempel om sommeren, men over lengre tid går man jo lei og det er bra at noen har et ansvar.

På spørsmål om hun kan klare seg uten lederen en vanlig dag, svarer en at det kan hun helt fint. Da jeg følger opp med om dette gjelder mange vanlige dager over tid, sier hun:

ja, lederen har ikke så stor betydning for hverdagen min, jeg tar min egen avgjørelse og styrer egentlig dagen min – men etter noen dager eller uker så popper jo ting opp, som konflikter, ting vi har opplevd med pleierne som en har litt behov for å få råd om hvordan en skal takle, eller skjevfordeling av ressursene våre, og da er det godt å kunne gå til lederen.

Når det gjelder faglige spørsmål, kontakter de fortrinnsvis en kollega, mens ved andre problemer går det igjen hos alle seks at de ønsker å kunne ta det opp med lederen. Det kan være ubehagelige situasjoner som oppstår i pasientbehandlingen, diskusjoner med personalet på sengepostene eller problemer som de opplever er av litt større og mer prinsipiell karakter. Noen ønsker også at lederen skal ordne opp, ”det er ikke moro å gjøre det selv, du får kritikken (fra pleierne, ved nedprioritering)”, mens andre kun ønsker å diskutere, for selv å ta det opp i den aktuelle situasjonen. Flere påpeker også betydningen av å ha en å gå til når det dukker opp problemer, ikke bare for den daglige driften, men også for den enkeltes arbeidsforhold.

Fys: Lederen kan jo være borte flere uker uten at man egentlig –

Int: Når savner du lederen?

Fys: Det er når man lurere på praktiske ting, som permisjoner, arbeidstid og slike administrative ting, og hvis det er en situasjon så man trenger noen å snakke med for å få vite at man har gjort rett, da er det viktig at lederen er der.

Flere påpeker at det er viktig for dem å føle at de har en leder i ryggen når det oppstår vanskelige situasjoner, ” – å ha noen som er enig med deg og som støtter deg, og som er en leder fordi da har du mer autoritet på et vis, og det er viktig i dette hierarkiet på sykehuset”. Det er også behov for å kunne ta opp saker med lederen for å få råd, for eksempel ved konflikter med pleiepersonalet. ” – og hvis du ikke har noen du føler du kan gå til, da går det jo på arbeidsmiljøet – ”.

Selv om fysioterapeutene ønsker å ha hånd om det daglige arbeidet selv, gir de uttrykk for at det er viktig for dem å bli sett av lederen. ” – det er jo alltid noe som ikke fungerer og da er

det greit at noen tar tak i det og ser det, og ser meg – ”. Men i og med at fysioterapeutene hovedsakelig jobber alene og selvstendig med pasientene, er det imidlertid ikke mange anledninger der dette kan skje. Dette kommer også fram som et dilemma i flere av intervjuene, slik den følgende dialogen er et eksempel på.

Fys: Det er viktig for meg at lederen ser meg og gir meg tilbakemelding.

Int: Hva skal hun gi deg tilbakemelding på, da?

Fys: Ja, det må være noe som – hvordan man kommuniserer med pasienter, eller entusiasme på jobben –

Int: Men når ser hun deg?

Fys: Ja, ikke sant, når ser hun meg – ”

### **5.1.3 Egen faglig utvikling**

Ønsket om at lederen tilrettelegger og støtter gjelder ikke bare i de daglige oppgavene, men også faglig utvikling for den enkelte innen det fagområdet de er mest interesserte i. De har behov for faglig oppdatering for å mestre de daglige arbeidsoppgavene med ulike pasientgrupper. For noen er det også et ønske om å videreutdanne seg, gjerne med mål om en mastergrad eller en spesialistgodkjenning. Det å gå på kurs oppleves som svært verdifullt av alle. De gir uttrykk for at de ønsker en ledelse som stiller seg positiv til de ansattes ønsker og behov og innspillene de kommer med, ” lederen skal se meg og mine muligheter og legge til rette når jeg ønsker videre utdanning og utvikling”. Lønnet permisjon når de ansatte ønsker kurs og utdanning, samt dekning av kursutgifter når budsjettet tillater det, er viktige virkemidler innen dette, og betyr mye for trivselen. En av fysioterapeutene i studien som har kort arbeidserfaring, håper også at lederen skal se muligheter som hun selv ikke ser, slik at hun får hjelp til å utvikle seg videre.

Fysioterapeutene ønsker å ha hånd om kompetanseutviklingen selv, ettersom interesseområder og livssituasjon varierer og påvirker hvordan det passer inn å utvikle seg faglig. På spørsmål om de har opplevd at lederen har bedt dem ta spesielle kurs eller fordype seg innen enkelte områder, svarer fysioterapeutene at de som regel tar slike initiativ selv og definerer sine egne behov. ”Vi må jo styre det da, det er jo vi som ønsker, man kan ikke tvinge folk til å gå et kurs”. Noen har også tenkt at det kanskje kunne være en lederoppgave å være en pådriver i slike spørsmål. De mener likevel at dette ikke kan skje ved pålegg og krav til den enkelte, men mer ved å etterspørre og foreslå aktuelle kurs og utviklingsmuligheter.



Det ville jo ikke fungere å pålegge noen, men høre om noen kunne tenke seg, og spørre så du ikke føler det som et krav at du skal.

Ettersom hverdagen er travel, og pasientoppgaver tar det meste av tiden, gir alle de seks fysioterapeutene uttrykk for at oppdatering og utvikling av kompetanse lett blir prioritert ned. ”Lederen her er sånn at hun gjerne vil at vi skal drive fagutvikling littegranne, men vi har ikke tid til det”. Alle har et ønske om å delta i internundervisning og gjerne få anledning til å lese og fordype seg i det daglige. I noen avdelinger har lederen fastsatt tid for den enkelte til denne typen arbeid, og dette opplever fysioterapeutene som et flott tiltak som betyr mye for trivselen i en travel hverdag.

#### **5.1.4 Diskusjon**

Både i Solstrandundersøkelsen og AB-undersøkelsen opplevde lederne selv innen offentlig sektor at produsentoppgaver som det å være pådriver for å nå mål og resultater var blant de viktigste kravene til lederrollen. Fysioterapeutene i denne studien gir imidlertid ikke uttrykk for at de mener dette er en betydningsfull lederoppgave. De ivaretar i stor grad ivaretar denne rollen selv i det daglige og setter standarden for arbeidet utfra sin forståelse av faglige normer og retningslinjer. Overordnede mål og resultater ser ikke ut til å være i fokus, utover det å tilby pasientene en så god faglig behandling som mulig, slik yrket krever og slik Hein (2008) også omtaler primadonnaens egen forpliktelse til å levere det beste. Fysioterapeutene forteller om en arbeidshverdag som i stor grad sammenfaller med Strands (2003:250) beskrivelser av profesjonsarbeidere i en ekspertorganisasjon, der mange lederoppgaver blir overflødige fordi de ansatte selv og deres kollegaer vurderer resultater på bakgrunn av egen faglig ekspertise og samarbeid med andre.

I produsentfunksjonen ligger imidlertid ikke bare ansvaret som pådriver i daglige oppgaver, men også ansvaret for at arbeidet er innenfor overordnede mål og retningslinjer, og oppfyller omverdenens krav. På samme måte som en rekke andre kunnskapsarbeidere i offentlig sektor utfører fysioterapeutene sine oppgaver i direktekontakt med brukerne og pasientene. De står som regel alene i sitt møte med pasienten, og har ansvaret for å vurdere og håndtere situasjonen i øyeblikket utfra egen kompetanse og vurderingsevne. Resultatene er normalt ikke synlige for lederen og ofte bare delvis for andre fagpersoner. Strand (2003:284) peker på

at det er liten mulighet for lederen både til å evaluere resultater og korrigere feil på grunn av denne mangelen på informasjon. Lederen er henvist til å stole på den ansatte.

Dersom en tenker ledelse som en tradisjonelt ovenfra og ned virksomhet, vil det være vanskelig for lederen å sette faglig standard og kontrollere at den følges. Dette gjelder ikke minst når den ansatte er kunnskapsarbeider og begrepet underordnet ikke benyttes i like stor grad som tidligere. Med bakgrunn i sine observasjoner av ledere, spesielt innen helsevesenet, peker Mintzberg (2002:203) på at nyere ledelse som følge av dette er mer preget av samarbeid mellom partene enn av kontroll ovenfra og ned. Framfor å lede de ansatte direkte blir derfor lederens rolle mer å legge til rette for samarbeid, og overbevise og fasilitere heller enn å instruere og kontrollere. Fysioterapeutene i studien gir uttrykk for at de har tillit fra lederne sine, samtidig som de ikke ønsker kontroll. I dette ligger også en utfordring for lederen som er ansvarlig for helheten og at virksomheten er i samsvar med organisasjonens mål om ikke å bli for ukritisk eller la de ansatte sette all faglig standard på egenhånd.

Det er karakteristisk for kunnskapsarbeidere og ekspertorganisasjoner at de ansatte kan ha høyere og mer spesialisert kunnskap enn lederen, og derfor søker støtte hos kollegaer ved faglige spørsmål, slik fysioterapeutene i denne studien også forteller. Direkte kontakt med lederen har de først behov for ved andre typer problemer eller støtte, og da ønsker de gjerne å ta kontakt med lederen selv og velge når dette skal skje. Slik flere av fysioterapeutene i studien beskriver sitt forhold til ledelse i det daglige arbeidet, ser det ut til at de ser på dette hovedsaklig som en fordeling av oppgaver, der de egentlig kunne ivareta mye selv. Men ettersom de ønsker å prioritere faglige oppgaver med pasientene, ser de gjerne at lederen tar hånd om og ordner det omkringliggende. Ifølge Hein (2008) ønsker likevel ikke primadonnaen at lederen skaper gode arbeidsvilkår først og fremst for dem selv, men for at faget skal kunne utøves med høy faglig standard.

Flere av fysioterapeutene i studien peker på at det er ønskelig å bli sett av lederen, men da dreier det seg hovedsakelig om behovet for støtte. De gir ikke uttrykk for å savne en leder som stiller kritiske spørsmål ved virksomheten eller utøver kontroll over det faglige arbeidet. Som kunnskapsarbeidere står de i sentrum for virksomhetene, med lederen som en del av et støtteapparat slik at det skal gå greiest mulig å utøve hovedvirksomheten, som er pasientbehandlingen. Samtidig som dette kan virke selvbevisst, hevder man i forbindelse med ledelse av kunnskapsarbeidere at hovedoppgaven til lederen faktisk er å tilrettelegge for faget

(Hein 2008) og få andre til å blomstre (Grund 2006:25). På bakgrunn av sine observasjoner av sykepleieledere trekker Mintzberg (1994, 2002) også fram begrepet omsorg som et godt grunnlag for ledelse som skal være mindre preget av tradisjonelt hierarki og mer tilpasset nåtid og kunnskapsarbeidere. Ettersom helsearbeidere har dette som en grunnleggende del av arbeidet med pasienter, kan det kanskje være ekstra viktig å skape arbeidsforhold som er preget av omsorg og emosjonell støtte. Slik fysioterapeutene i denne studien uttrykker sine behov som arbeidstakere, ser det ut til at omsorg og oppmerksomhet fra en leder som støtter og tilrettelegger har betydning for at de får gjort en god jobb med pasientene. Med utgangspunkt i at trivsel har sammenheng med jobbutøvelse, viste en studie av jobbtillfredshet blant 770 svenske sykepleiere at det å få støtte fra nærmeste leder for sine ideer og initiativ hadde positiv innvirkning på dette (Sellgren et al. 2008).

Ledelse med orientering mot ideer fra servant leadership vil trolig kunne ivareta behov som beskrevet over. De grunnleggende ideene innenfor denne ledelsesfilosofien samsvarer både med kunnskapsarbeidernes behov for tilrettelegging og inspirasjon, og med tanker om omsorg og samarbeid. En hovedmålsetning for lederen som baserer seg på slike ideer vil være å bidra til at den enkelte arbeidstaker utnytter sine potensialer og får utvikle seg på best mulig måte. På bakgrunn av slike ideer fra servant leadership hevder Gersh (2006) at dette er et egnet filosofisk grunnlag for å videreutvikle profesjonalitet blant fysioterapeuter. Ved å ta utgangspunkt i andres behov, samarbeid mellom leder og den som ledes og vekst og utvikling hos den som blir ledet på denne måten, vil en medvirke til å fremme egenskaper og verdier som bidrar til etisk praksis og profesjonalitet (ibid). I intervjuer med ulike amerikanske fysioterapiledere peker de også på slike lederegenskaper som ønskelige for å følge retningslinjene det amerikanske fysioterapifagforbundet anbefaler (DiGiacomo 2004).

Ansatte i en organisasjon er gjerne opptatt av egne interesser og mål, slik det også beskrives som typisk for profesjoner på sykehus (Eriksen 1999:166). Uten en ledelse som sørger for å ivareta overordnede mål, enten ved tradisjonelle direktiver og kontroll, eller ved å skape oppslutning om felles mål, kan dette trolig føre til konflikter og redusert effektivitet. På bakgrunn av dette kan en hevde at servant leadership vil være bra for de ansatte, men uheldig for organisasjonens effektivitet (Andersen 2009:13). Kritikere er også bekymret for at servant leadership representerer ledelsesideer som ikke ivaretar organisasjonens mål (ibid). Jeg mener imidlertid man kan tolke det slik at Mintzberg (2002) i sin modell viser hvordan det ikke trenger å være noen motsetning mellom ansatte som selvstendige kunnskapsarbeidere og en

lederrolle som ivaretar tilknytningen til organisasjonen. Framfor å formidle direktiver ovenfra og ned og rapportere resultater oppover i et hierarki slik en tradisjonelt tenker, kan lederen fremme relasjoner og formidle på tvers mellom enhetene, med fokus på samarbeid mer enn kontroll (Mintzberg 2002:204). På denne måten kan en både inspirere og ivareta kunnskapsarbeiderne og kommunisere med omverdenen for å sikre forbindelse og at virksomheten er i tråd med overordnede mål. Samtidig er det godt kjent fra sykehus at det er vanskelig å få fagfolkene til å følge overordnede retningslinjer både med hensyn til prioriteringer og økonomi. Dette kan jo også tyde på at en tradisjonell lederform heller ikke nødvendigvis skaper tilstrekkelig oppslutning om slike felles mål.

## **5.2 ” - uten leder? - hadde ikke visst når vi skulle hatt ferie eller noenting, da – ”**

### **Hvilken betydning har ledelse for forholdene innad i fysioterapiavdelingen?**

Selv om de mener de daglige oppgavene i hovedsak fungerer greit uten ledelse, gir alle fysioterapeutene i studien likevel uttrykk for at det er helt nødvendig å ha noen med et overordnet ansvar. I tillegg til lederfunksjoner som betyr noe for den enkelte, mener de at lederen har betydning for andre ulike forhold innad i avdelingen som påvirker arbeidshverdagen.

#### **5.2.1 Daglig drift og bemanning**

På spørsmål om når fysioterapeutene savner lederen, trekker flere fram det å ha oversikt over bemanning, fravær og fridager og fordeling av ferie og permisjoner som en viktig funksjon i avdelingen. Bestilling av hjelpemidler, fordeling av arbeidsoppgaver og organisering av felles møter i avdelingen er funksjoner som blir nevnt.

Int: Kunne du levd uten den lederen?

Fys: Nei, ofte tenker jeg ikke så mye på den lederen, jeg, for jeg gjør liksom de tingene jeg synes er viktig, men jeg tror kanskje ikke vi kunne levd uten den lederen - - - det er mange grunner, men – ja i forhold til den daglige driften er vi helt avhengige av lederen, hadde ikke visst når vi skulle hatt ferie eller noenting, da – .

Noen har erfaring med at lederen ikke har tilstrekkelig oversikt over planlagt fravær, og opplever det som frustrerende dersom de stadig uten forvarsel blir tatt ut av sin daglige funksjon for å hjelpe til på andre områder. I tillegg til å håndtere den daglige bemanningen, mener flere også at bemanningsplanen med fordeling av fysioterapeutene på de ulike fagområdene og det å sørge for jevn arbeidsbelastning er en lederoppgave som får betydning for hverdagen til den enkelte. En peker også på hvor viktig det er at lederen ansetter riktig person i ledige stillinger.

### **5.2.2 Retningslinjer og prioriteringer**

Arbeidsbelastning har også sammenheng med hvilke pasienter som prioriteres for fysioterapi. Fysioterapeutene forteller at de som regel vurderer selv hvilke pasienter som eventuelt må nedprioriteres hvis de har for mye å gjøre. De fleste har retningslinjer i avdelingen for hvilke diagnosegrupper som har hovedprioritet, både i det daglige og når det gjelder hvem som skal ha behandling i helgene. Disse retningslinjene har gjerne kommet fram som resultat av diskusjoner blant fysioterapeutene. Lederens rolle er vanligvis å godkjenne prioriteringene, og eventuelt ta en avgjørelse dersom fysioterapeutene ikke har blitt enige seg imellom hvordan dette skal gjennomføres.

Lederen har sikkert vært med når man har skrevet denne prioriteringslisten og sett på den og godkjent den liksom, men det er jo til syvende og sist vi som ser pasienten som vet hvordan det fungerer.

Noen savner likevel at lederen er mer aktivt med i denne typen arbeid. Til dels er dette fordi de mener lederen må ha ansvar for at virksomheten er forsvarlig, men også fordi de opplever det som vanskelig og frustrerende å nedprioritere, og ikke minst formidle det til leger og sykepleiere. En er også opptatt av at lederen med dette arbeidet hjelper fysioterapeutene til å tenke mer helhetlig og se forhold på tvers av de interne fagteamene som fysioterapiavdelingen er delt inn i.

I tillegg til retningslinjer for pasientarbeidet, forteller flere om øvrige regler og systemer i avdelingen innenfor områder som for fravær og arbeidstid.

Ja vi har mye regler, haha, masse regler overalt, det er mye regler, men det er liksom i fellesskap vi har kommet fram til det, det er ikke en person som pålegger det.

### 5.2.3 Miljø og fellesskap

Selv om flere av fysioterapeutene i studien mener at de kunne ha utført de daglige oppgavene uten lederen, påpeker de at lederen har en samlende funksjon for faggruppen,

det hadde ikke vært noe liv i avdelingen (*uten lederen*), hvis du skal ha en fysioterapiavdeling så trenger du en til å holde den sammen.

Lederen har betydning for hvordan miljøet er i fysioterapiavdelingen, både fordi hun tar avgjørelser og styrer retningslinjer for driften, men også utfra hvilke personlige egenskaper vedkommende har. Flere mener det er positivt for miljøet at lederen er en åpen person som er tilgjengelig og lydhør for ulike synspunkter. Dersom lederen ikke innbyr til åpen diskusjon, mener flere av fysioterapeutene i studien at det lett fører til at de ansatte diskuterer seg imellom og at det fort utvikler seg misnøye og fraksjoner i avdelingen. Noen har også erfart lederskifter i avdelingen og merket stor bedring på miljøet fra en lukket leder som tok beslutninger på tvers av de ansattes mening, til en person som de opplever at lar alle slippe til. En forteller at hun gjerne vil ha en leder som er tydelig og kan ta upopulære avgjørelser, men fortsetter med å beskrive en dårlig leder som:

Fys: - ikke har forståelse for folk eller er helt på tvers av det vi gjerne syns at vi skal drive med, altså vi må jo være enige, du må kunne bruke de folkene du har på en god måte

Int: Så hun kan ikke drive med sitt?

Fys: Nei, det kan du på en måte ikke, så det er jo en utfordring å komme og være leder for en haug med erfarne damer som har erfaring, men du må jo være åpen for at det er folk med mye erfaring og hvis du bare kan styre, men vi må jo være enige om faget, for det er jo vi som går ute som vet ganske mye om det.

Samtidig påpeker de fleste at det er ønskelig med en leder som er tydelig og tar avgjørelser, det er heller ikke bra for miljøet dersom det blir for demokratisk og diskusjonene aldri avgjøres.

Fysioterapeutene forventer ikke å alltid få det som de vil, men det betyr mye for trivselen å bli tatt med i diskusjonen.

Jeg tror når du trives og når du føler at du har et godt miljø og at det er åpenhet og demokrati og sånne ting, så tror jeg faktisk at da gjør du en bedre jobb.

I og med at fysioterapeutene er delt inn i fagteam i det daglige arbeidet og jobber mye alene, framhever flere at det er viktig for miljøet i avdelingen at lederen sørger for fellesaktiviteter, som møter og faglig virksomhet. Etersom fysioterapeutene jobber alene med pasientene, mener flere at lederen må legge opp til jevnlig fellesmøter i avdelingen, både som faglig inspirasjon og for å ta opp temaer av felles interesse.

Det er interessant med stabsmøter en gang i uken, da diskuterer vi hvordan ting og tang er hos oss - hvis det ikke hadde vært noe av det, da hadde vi ikke kommet videre med utviklingen -

I løpet av intervjuet spør jeg alle deltakerne om de mener det er lederen eller kollegaene som betyr mest for dem når det gjelder arbeidsmiljøet på jobben. Flere heller mot at kollegaene betyr mest for den daglige trivselen, samtidig som lederens væremåte bidrar til å skape et miljø.

Jeg har opplevd en leder som var litt labil å forholde seg til, noen ganger var ting helt greit og andre ganger overhode ikke, og den usikkerheten er litt vanskelig, det preger en avdeling veldig.

Fysioterapeutene i studien har ulikt syn på hva som skaper tilhørighet på arbeidsplassen. Noen mener lederen har en viktig rolle, allerede fra den dagen man kommer som nyansatt og opplever at man er ventet, og føler seg godt mottatt. Andre mener at lederen har en viktig rolle med å delta i det sosiale miljøet, bry seg om de ansatte og tale fysioterapeutenes sak på sykehuset. Flere mener likevel at tilhørighet er noe de er med på å skape selv, i fellesskapet med kollegaene, det sosiale, det å kjenne hverandre, samtidig som den lederen man har innbærer en viss trygghet i dette. Fysioterapeutene er opptatt av det faglige arbeidsfellesskapet og det å gjøre en god jobb, og mener dette i seg selv skaper tilhørighet til avdelingen og faggruppa.

Mens vi snakker om trivsel i et av intervjuene, kommer vi inn på hvorvidt fysioterapeuten like gjerne kunne vært ansatt direkte på sengeposten.

Int: For du kunne trives like godt på en sengepost?

Fys: Ja, jeg har tenkt på det, jeg, for det er så mange hyggelige der, men du føler sånn innerst inne at du er, jeg er fysioterapeut, jeg er ikke sykepleier, og jeg har vært på sånne helger med sykepleierne helt alene som fysioterapeut og - - , det er et eller

annet, jeg er ikke sykepleier, altså, det er veldig rart det der, jeg tror det har noe med den tilhørigheten å gjøre, jeg –

#### **5.2.4 Diskusjon**

Som kunnskapsarbeidere generelt virker også fysioterapeutene i denne studien kritiske til regler, kontroll og byråkrati. At administrative oppgaver er tilstrekkelig godt ivare tatt påvirker likevel det daglige arbeidet for fysioterapeutene. Noen av dem etterlyser orden i avdelingen, at lederen har oversikt, fordeler bemanning og er tilgjengelig for spørsmål som angår deres eget arbeidsforhold og fravær. Men mens den tradisjonelle administratorrollen tar utgangspunkt i regler og kontroll, ser fysioterapeutene denne delen av ledelse som det å sørge for å tilrettelegge forholdene slik at primæroppgaven, pasientbehandlingen, kan ivaretas uten forstyrrelser.

Strand (2003:294f) beskriver rollen som tjenesteleder innenfor offentlige etater som en mellomposisjon mellom de fire PAIE-rollene, med hovedvekten på produsentrollen. I tillegg til å sørge for støtte og gode samarbeidsforhold for personalet er det også tjenestelederens oppgave å sørge for at avdelingen samarbeider med og tilpasser seg organisasjonen for øvrig. Slik fysioterapeutene i studien opplever ledelsens betydning innad i avdelingen, kan den delvis sammenlignes med en slik tjenesteleder. De gir imidlertid uttrykk for som tidligere diskutert i forbindelse med hvordan ledelsen påvirker den enkelte fysioterapeuten (kap. 5.1.4) at tjenestens faglige standard og utvikling ønsker de å ha hånd om selv. Ledelsen har også liten eller ingen mulighet til å kontrollere det som skjer mellom fysioterapeut og pasient, og må derfor stole på at dette foregår innenfor virksomhetens rammer. Dette blir en form for kollegial ledelse som har liten grad av styring og utøves for en stor del på fagpersonenes premisser, slik fysioterapeutene også forteller at de forventer i sin arbeidsdag, selv om noen av dem etterlyser at lederen skal ta ansvar for standard og helhet i avdelingen.

Samtidig som de arbeider selvstendig med pasientene er alle de seks fysioterapeutene i denne studien tilknyttet egne fysioterapiavdelinger som betjener hele sykehuset, i motsetning til å være lokalt ansatt på en klinisk sengeavdeling. Denne organiseringen kan ses som en form for gruppeorganisasjon, et arbeidslag, der alle utfører samme type jobb i et fellesskap som skal bestå. Karakteristiske trekk ved slike organisasjoner er at medlemmene etablerer interne normer og regler, ordner det faglige arbeidet seg imellom og beskytter seg og sitt område for



å skape trygghet (Strand 2003:256). Dette er typisk for profesjonsarbeidere og for sykehus, der de ulike faggruppene gjerne har hovedfokus på seg selv og sine oppgaver og kan være mer opptatt av å beskytte seg selv i rivalisering med andre fagspesialiteter eller profesjoner enn å bidra til felles måloppnåelse (Eriksen 1999:166).

En hovedoppgave for lederen i en slik organisasjonsform, integratorrollen, vil være å vedlikeholde gruppen som en enhet. Resultater fra Solstrandundersøkelsen tyder på at ledere innen offentlig sektor er de som opplever størst avstand mellom slik de ønsker å fylle integratorfunksjonen og hvordan de selv mener de klarer å fylle den. Samtidig viste AB-undersøkelsen at tillitsvalgte innen helsesektoren opplevde betydelig mindre vellykket innsats fra sine ledere i denne funksjonen enn lederne selv vurderte (Strand 2003:358). Selv om en altså mener det er viktig at lederen holder avdelingen sammen, er tilhørigheten til faget og profesjonen det mest framtrædende når fysioterapeutene i studien snakker om betydningen av dette. Dette er også karakteristisk for kunnskapsarbeidere og profesjonsgrupper. Slike grupper kan utvikle et fellesskap som ivaretar faglige kvaliteter, men det kan også føre til utvikling av normer som virker ekskluderende på andre hensyn og overordnede mål (Eriksen 1999:166). Manglende forståelse for andres bidrag til å løse de felles oppgavene kan også bli et resultat av at profesjonaliseringen blir for dominerende. Ifølge resultatene fra en kvalitativ studie av hvordan sykepleiere ved to britiske rehabiliteringsenheter opplevde fysioterapeutene som teammedlemmer, viste fysioterapeutene manglende forståelse både for hvilke krav sykepleierne møtte i arbeidet sitt og deres selvstendige rolle, og dette var uheldig for samarbeidet (Dalley og Sim 2001:387).

Selv om fysioterapeutene som deltok i denne studien hovedsakelig jobber individuelt, gir de uttrykk for at fellesskapet og fysioterapiavdelingen er noe mer enn et sted å være, og har en verdi i seg selv. De formidler at tilhørigheten til avdelingen allerede er stor gjennom den faglige identiteten, men at fellesmøter der man tar opp interne forhold også har verdi. Slik de beskriver denne tilhørigheten kan det se ut som om de har et forhold til fysioterapiavdelingen som er mer personlig enn teknisk, og der det faglige og sosiale fellesskapet dominerer. Det at en avdeling tilføres verdier på denne måten utover de kravene sykehuset stiller, er et kjennetegn på det Selznick (1997:26) betegner som en institusjonalisering av organisasjonen, der den ikke lenger bare er et redskap, men får en verdi i seg selv. En sentral lederoppgave slik Selznick (1997:56) ser det, er å bevare verdier og identitet. Strand (2003:262) peker på at

en viktig lederoppgave vil være å utfordre en slik gruppe på interne normer og rollen i omverdenen, og at dette må gjøres på en måte som skaper gehør i gruppen.

En skiller mellom ledere som er saks- og oppgaveorientert og en gruppeorientert tilnærming (Strand 2003:261). Slik fysioterapeutene i studien beskriver betydningen av ledelse, er det lederens gruppeorienterte tilnærming de mener er mest positiv for arbeidshverdagen. De ønsker ikke den saksorienterte lederen som er direkte og styrende, men derimot en leder som tilrettelegger og lar avdelingen fungere mer demokratisk. En antar at demokrati både øker trivsel og er positivt for engasjementet (Eriksen 1999:174). Det er viktig for de ansatte å bli hørt og deltakelse gir muligheter for utvikling og læring, og det vil virke negativt dersom de ikke får delta når det skal tas beslutninger som angår dem. Samtidig er selvstyrte grupper bare mulig innen begrensede områder i et sykehus, som er preget av kompleksitet og innbyrdes avhengighet (ibid.). Det er også en fare for at slike grupper over tid kan bli uproduktive både som følge av at det faglige nivået blir for lavt og av interne stridigheter i gruppen (Strand 2003:256). Selv om kunnskapsarbeidere trolig opprettholder et faglig nivå i kraft av egen interesse, er det nødvendig både å sikre dette og motvirke interne stridigheter i en gruppe. Ledelse i form av kontroll og regelstyring ser imidlertid ut til å være uønsket både hos fysioterapeutene i denne studien og kunnskapsarbeidere generelt. Dette taler for at anbefalinger om dreining mot transformasjons- framfor transaksjonsledelse i denne typen organisasjoner er hensiktsmessig.

På bakgrunn av en litteraturgjennomgang av studier om hvordan ulike faktorer som organisasjonsstruktur og –kultur påvirker lederatferd anbefaler Brazier (2005) en slik dreining mot transformasjonsledelse innen den engelske National Health Service (NHS). Tidligere har NHS oppmuntret til transaksjonsledelse som del av et tradisjonelt forhold til ledelse i et hierarkisk system med avgjørelsesmyndighet plassert på toppen. En mener imidlertid nå at det er nødvendig å legge større vekt på gruppetilhørighet og –samarbeid, arbeidsmiljø og faktorer i omgivelsene for å gi mulighet for utvikling og kreativitet også innen helsevesenet og tilpasse seg til endringer (ibid). I en amerikansk studie av hvilken effekt transformasjonsledelse har på jobbtilfredshet blant 92 sykepleiere, fant man i likhet med flere andre studier at denne ledelsesformen hadde positiv sammenheng med de ansattes autonomi og profesjonalitet (Failla og Stichler 2008). Opplevelsen av å bli møtt med tillit og respekt fra lederen, sammen med oppmuntring til å ta ansvar og motivasjon til å tenke nytt var knyttet til høy grad av

jobbtilfredshet. Forfatterne peker på dette som avgjørende for at pleierne skal gi pasienter et optimalt tilbud og kunne samarbeide selvstendig med andre yrkesgrupper (ibid).

Transaksjonsledelse kan knyttes til administrative oppgaver og vil derfor være hensiktsmessig i en del slike sammenhenger. Ved å legge større vekt på transformasjonsledelse vil en tilrettelegge for den faglige virksomheten og arbeide for felles retning ved bruk av visjoner og inspirasjon. Dette vil trolig være en utfordring for ledere å gjennomføre samtidig med at de skal oppfylle sykehusets krav til produktivitet, økonomistyring og effektivitet, som mer henger sammen med transaksjonsledelse. En dreining mot økt vektlegging av transformasjonsledelse vil derfor trolig forutsette oppmerksomhet om dette i organisasjonen, i tillegg til kunnskap og bevisstgjøring hos den enkelte.

Failla og Stichlers (2008) studie viste også at lederne oppfattet seg selv som mer transformasjonspreget enn slik de ansatte opplevde dem. Dette tilsier også at det er viktig for ledere å sørge for tilbakemelding på sin lederstil. En lederform der de ansatte er deltakende i argumentasjon og utarbeidelse av retningslinjer og har et åpent forhold til lederen ser ut til å ha positiv betydning for arbeidshverdagen til fysioterapeutene i studien. I tillegg til teori, peker studier som nevnt over også i retning av at dette trolig gir større muligheter for å lykkes med å få de ansatte til å holde et høyt faglig nivå samtidig som det virker samlende og positivt både på trivsel og produktivitet.

### **5.3 ”Ledelsen skal være på vår side og tale vår sak på huset”**

#### **Hvilken sammenheng er det mellom ledelse og fysioterapitjenestens rolle på sykehuset ?**

Forholdene innad i avdelingen har også sammenheng med hvilken rolle fysioterapeutene har i sykehuset for øvrig. I forlengelse av at de ønsker støtte og tilrettelegging for sitt eget arbeid i det daglige, formidler fysioterapeutene et ønske om at lederen skal støtte dem som gruppe og tilrettelegge for tjenesten i sykehuset.

### 5.3.1 Lojal talsmann

Fysioterapeutene i studien opplever at det er viktig for trivsel og stemning i avdelingen at de ansatte kan stole på at lederen er på deres side og taler deres sak i forhold til sykehuset for øvrig. I tillegg til at forholdet utad var et hovedtema i intervjuguiden, kom flere inn på dette i løpet av intervjuet, i ulike sammenhenger. Mens hun snakker om lederens rolle i konflikter, nevner en av fysioterapeutene en sak der

hele avdelingen ønsket noe som vår nærmeste leder ikke ønsket, og da er det litt vanskelig å nå fram, for da bør vel egentlig en leder bøye seg for flertallet.

Det at dette ikke skjedde i den aktuelle saken beskriver hun med ord som ”trenere” og ”bli avfeid”, og oppfatter dette som en konfliktsituasjon mellom fysioterapeutene og lederen. Rollen som lojal talsmann knytter også noen til følelsen av tilhørighet, ettersom en leder som taler fysioterapeutenes sak samler avdelingen og bidrar til trygghet og tilhørighet. En forteller om da lederen

tok en bestemmelse som var helt på tvers av samtlige av oss, og da var det opprør, det synes vi var helt - , hun var liksom på sykehusledelsens side, og det blir helt gærent. Det er jo vår leder, selv om hun er en bit av det andre, så – det er vi mot resten (hun ler).

Ikke bare i større saker men også i enkeltsaker, hvis det oppstår konflikter på sengepostene, forventer fysioterapeutene at lederen skal støtte dem. Dette kan både være i forbindelse med pasientarbeid eller hvis det oppstår diskusjon med pleiepersonalet om fordeling av arbeidsoppgaver eller prioriteringer. I et av intervjuene snakker fysioterapeuten om at det er viktig for henne å ha en tydelig leder, og hun kommer i den forbindelse inn på at dette bør også omfatte å være tydelig overfor de kliniske avdelingene. Selv om hun kan ta tak i dette samarbeidet selv, opplever hun at det er veldig positivt å ha en leder

som er veldig sånn kom til meg hvis det er noe, så snakker jeg med dem (*pleiepersonalet*), og det er egentlig utrolig bra, det er ikke det at jeg ikke klarer å stå der, men det er noe med at da er det en som er samlet for alle og som kanskje blir tydeligere -

### 5.3.2 Synliggjøre fysioterapitjenesten

I tillegg til at de ønsker lederen skal tale fysioterapeutenes sak ved konkrete problemer og i konfliktsituasjoner, peker flere i intervjuene på at lederen også er viktig for arbeidshverdagen deres ved at hun sørger for å fremme fysioterapiens anliggende på sykehuset. I forbindelse med at hun forteller om uro rundt omorganisering, sukker en av fysioterapeutene over at ”det har vært vår frustrasjon i alle år syns jeg, det å bli hørt i sykehuset, det tror jeg er overalt”. Flere viser også til at fysioterapeutene er en liten gruppe på sykehuset, og er helt avhengige av å ha en sterk leder som kjemper deres sak. ”Vi er en liten gruppe og ikke så nødvendige i alles øyne, da må vi ha en sterk person”.

De er opptatt av at lederen bidrar til å skape forståelse for fysioterapitjenesten på sykehuset. Dette gjelder både for hvordan faggruppen blir sett på, ved fordeling av ressurser og for det konkrete samarbeidet på postene.

Det må være viktig for en leder å skulle løfte oss som gruppe og gjøre at vi framstår som en gruppe man er lydhør for og som det er verdt å samarbeide med.

Etter å ha snakket en del om betydningen av at lederen har gjennomslagskraft, kommer en av fysioterapeutene i studien fram til at ”- det går på respekt, at de ikke respekterer vår yrkesgruppe på sykehuset, så vi bli jo misfornøyde og negative i perioder -”. Selv om det kanskje ikke direkte påvirker pasientarbeidet i hverdagen, forteller fysioterapeutene at det skaper frustrasjon og misnøye i avdelingen når de opplever at lederen ikke når fram med deres synspunkter i saker som angår dem.

For at lederen skal lykkes med å tale fysioterapiens sak på sykehuset, peker fysioterapeutene i studien på hvor viktig det er at dette blir gjort på en god måte. Alle er opptatt av at lederen for avdelingen må være en sterk person som er pågående utad og kjemper fysioterapiens sak. ”Hvis en avdeling betyr mye for en, så kjemper man vel med nebb og klør”.

Flere av fysioterapeutene i studien kommer i løpet av intervjuet inn på hvordan de hele tiden må være pågående for å bli tatt med i samarbeidet på sengepostene. Det er ingen selvfølge at relevante pasienter henvises til fysioterapi, eller at fysioterapitjenesten blir tatt med når det skal planlegges endringer på sykehuset. Selv om de også sier at hver enkelt må bidra i dette arbeidet, mener de at lederen har en særskilt betydning, ”- løfter oss opp og fram og gjør oss

sentrale på postene der man er”. Lederen har også en viktig rolle når det gjelder å ”- motivere oss til å være et godt ansikt utad og gjøre en god jobb”. Det å vite at man har lederen i ryggen når det gjelder prioriteringer og måter å gjøre ting på, kjennes betryggende i hverdagen.

### **5.3.3 Bindeledd til sykehuset for øvrig**

Noen av fysioterapeutene kommer også inn på betydningen av at ledelsen fungerer som et bindeledd mellom fysioterapitjenesten og resten av sykehuset og formidler informasjon begge veier. Dette gjelder for eksempel når fysioterapitjenesten har redusert bemanning på grunn av sykdom og fravær eller som resultat av innsparinger og må nedprioritere oppgaver og pasienter. De opplever at det kan være for stor avstand mellom dem og ledelsen på sykehuset, at det er vanskelig å nå fram med forslag og synspunkter. Mens hun forteller om at sykehuset mangler ganghjelpemidler til pasientene, sukker en av fysioterapeutene over at synspunkter fra fysioterapeutene på hvordan dette kunne vært organisert ikke når fram i sykehuset.

Det har litt å si for vår hverdag når du føler tingene ikke blir tatt videre og vi blir ikke hørt, vi er liksom i et vakuum for oss sjøl, det blir litt sånn stemning blant oss, litt negativt.

Flere uttrykker også et behov for å kunne følge med på hva som skjer på sykehuset for øvrig og beskriver at informasjonsflyten ofte er mangelfull. De nevner tildeling av ressurser ved driftsendringer på sykehuset som et problem og peker på at dette er avhengig av god kommunikasjon med de kliniske avdelingene og sykehusledelsen.

### **5.3.4 Diskusjon**

Lederrollen med kontakt utad er hovedsakelig knyttet til oppgaveorganisasjonen og entreprenøren i Strands modell. Slik fysioterapeutene beskriver sin arbeidsform og organisasjon, er det relativt få sammenfallende trekk med denne organisasjonstypen. Både AB-undersøkelsen og Solstrandundersøkelsen viste også at denne lederrollen ble lite vektlagt både blant ledere og tillitsvalgte innenfor offentlig sektor. Fysioterapeutene i studien er likevel opptatt av at lederen skal representere dem utad i forhold til resten av sykehuset. I ledelseslitteratur og –miljø er idealet gjerne en leder som på bakgrunn av utvidet forståelse av situasjon og sammenheng går foran, viser vei og leder sine ansatte og virksomheten i en

retning i samsvar med overordnede mål. Fysioterapeutene forventer imidlertid at lederen først og fremst er lojal mot dem og taler deres sak. Flere beskriver det som konfliktfylt om lederen fremmer sine egne eller sykehusets ideer og ikke bøyer seg for flertallet i avdelingen.

Blant Mintzbergs (1994) lederroller finner vi både talsmannen og lederen som representerer og forbinder enheten med omverdenen. Lederen gjør avtaler og forhandler på vegne av den enkelte og avdelingen, slik fysioterapeutene forteller at de setter pris på at lederen deres gjør når de mener det er behov for det. Lederen formidler også avdelingens behov og sørger for å være i kontakt med organisasjonen for øvrig, i tillegg til å formidle informasjon både til og fra avdelingen. I tillegg innebærer lederens kontrollerende rolle å utforme prosedyrer og direktiver. Det ser imidlertid ikke ut til at Mintzberg utdyper hva som skjer dersom lederens mål er forskjellige fra de ansattes, og det kan synes som om også han ser disse lederrollene hovedsakelig i forlengelse av de ansattes syn.

Det overordnede som ligger til grunn for lederens handlinger i Mintzbergs modell slik den er gjengitt i denne oppgaven er mer knyttet til oppfatning av rammene, hva som skal gjøres og hvilken strategi lederen velger for å gjennomføre det. Disse rammene er formet både av lederens egne verdier og synspunkter og organisasjonens overordnede mål, og vil være med å gi retning til det lederen gjør. Fysioterapeutene i studien kommenterer i liten grad ledelsens rolle som representant for sykehuset og overordnede mål. Dette kan ha sammenheng med at oppmerksomheten i intervjuene hovedsakelig var rettet mot den nærmeste ledelsen, med avdelingslederen og til dels nivået over, og ikke mot sykehusets toppledelse. Samtidig kan det også være et uttrykk for at de er lite opptatt av den øverste ledelsen og i liten grad opplever at denne påvirker arbeidshverdagen deres. Det ser ut til å være viktigere for dem å få tilgang til informasjon fra sykehuset som har betydning for deres egne arbeidsoppgaver og som de trenger for å kunne tilpasse driften.

Fysioterapeutene kommer heller ikke mye inn på økonomi i intervjuene, utover det å få tildelt ressurser til bemanning og midler til kurs. I en amerikansk undersøkelse av hvilke roller fysioterapiledere ser som de viktigste i sitt lederskap, var økonomi det tredje viktigste for ledere på sykehus, etter kommunikasjon og entreprenørfunksjonen (Schafer 2002). Med tanke på den sentrale rollen budsjetter og økonomisk kontroll har i dagens sykehusvirksomhet, er dette trolig sammenlignbart med norske forhold.

Fysioterapeutene er imidlertid opptatt av avdelingens og fagets plassering på sykehuset, og både sin egen og lederens rolle i dette. De forteller at det ikke er en selvfølge å komme til, verken enkeltvis i forhold til pasientoppgaver eller det å bli hørt og sett som faggruppe på sykehuset. Behovet for anseelse oppfattes som typisk for profesjonsarbeidere, og tolkes gjerne kritisk som at man posisjonerer seg som yrkesgruppe (Eriksen 1999:166). Dette kan imidlertid også ses som et ønske på vegne av kunder og pasienter, for å kunne gi dem et tilbud de mener er viktig for dem. Hein (2008) peker på at primadonnaen slåss for faget og jobben de gjør, på vegne av brukerne. Profesjonsarbeideres lojalitet er ikke nødvendigvis begrenset til sitt eget fag, slik kritikere hevder om slike grupper, men kan også være rettet mot brukerne og muligheten til å kunne gi dem et tilbud de mener de har behov for.

## **5.4 ”hmm, det er nok kanskje ikke så lett å lede vår gruppe, vi er så selvstendige”**

### **Refleksjoner omkring autonomi og organisasjonsforståelse**

I løpet av arbeidet med resultatene og analysen i denne oppgaven har to begreper kommet til syne gjennom materialet, uavhengig av problemstillingen og de innledende forskningsspørsmålene. Slik jeg ser det, er det som informantene formidler preget av en opplevelse av egen autonomi i tillegg til at organisasjonsforståelse kommer fram i liten grad. Ettersom kvalitativ forskningsmetodikk gir anledning til å studere det som kommer fram utenom den opprinnelige problemstillingen, ser jeg i dette kapitlet nærmere på disse fenomenene, belyser mine synspunkter med sitater fra intervjuene og diskuterer dette.

#### **5.4.1 Behov for autonomi**

Fysioterapeutene i studien framstår som typiske kunnskapsarbeidere, de har fokus på faget, tar arbeidet svært alvorlig og vil gjerne yte det beste for pasientene. Alle fysioterapeutene i studien gir uttrykk for at de ønsker å ha ansvar for det daglige arbeidet selv. De opplever at de faktisk har stor frihet til dette, og setter pris på at det er slik. Flere kommer også inn på at dette hører til det å ha et yrke og er verdier man har med seg i en autorisasjon. De opplever at ledelsen ikke har oversikt over det de gjør i det daglige, men likevel stoler på at de utfører jobben på en tilfredsstillende måte og eventuelt spør dersom det er noe de ikke håndterer selv.



Det kan jo hende de (*lederne*) spør hvordan det går, men de blander seg ikke oppi arbeidsoppgavene, det er veldig fritt for alle her, de regner med at vi gjør den jobben vi skal innenfor frie rammer, og det tror jeg alle her er så pliktoppfyllende at de gjør, haha - .

Fysioterapeutene formidler i ulike sammenhenger gjennom intervjuene at det er viktig for dem å styre selv, de ønsker ikke å bli kontrollert eller detaljstyrt. Noen kjenner til kollegaer som jobber i andre organisasjonsformer, der ”- ledelsen legger seg oppi alt fysioterapeutene gjør, og de ikke får ta noen avgjørelser på egenhånd”. De beskriver dette som skrekkeksimpler på arbeidsforhold, og mener det ikke passer til fysioterapigruppen, som er vant til å jobbe selvstendig. I flere av intervjuene kommer vi inn på hvorvidt fysioterapeutene i det daglige blir bedt om å gjøre noe de ikke selv har lyst til. Dette har de opplevd i liten grad, men hvis det skjer, blir det oppfattet som uheldig og noe som går ut over trivselen. En beskriver en dårlig leder som ”- å bestemme at jeg skal holde på med ting som jeg føler jeg ikke behersker eller ikke har lyst til, at hun kan beordre meg uten å ta hensyn til mine - ”. Det er også viktig for fysioterapeutene i studien å bli behandlet individuelt, og ikke som del av en gruppe der alle blir behandlet likt og skal gjøre det samme. Mens en av fysioterapeutene snakker om det å ta upopulære avgjørelser som en grunn til at hun ikke selv vil være leder, sier hun

vi vil liksom ikke bli ledet så veldig heller, nei, vi skal liksom klare oss sjøl, vet du, - - hmm, det er nok kanskje ikke så lett å lede vår gruppe, vi er så selvstendige - - .

Mens fysioterapeutene opprinnelig hadde en underordnet assistentfunksjon for legene, har faggruppen etter hvert oppnådd en selvstendig posisjon. I Norge er det nå slik at fysioterapeuten kan undersøke og behandle uten henvisning fra lege, selv om rett til refusjon fra trygden fortsatt forutsetter slik henvisning. Lignende autonomi har fysioterapiledere og fagforbund arbeidet for i en rekke land gjennom mange år. En forventning om at selvstendig praksis og frihet er en selvfølge kan imidlertid også føre til at fysioterapeutene blir sett på som både egenrådige og selvhøytidelige, slik Hein (2008) beskriver det som karakteristisk for primadonnaer. Grensen mellom selvstendige profesjonsarbeidere og primadonnaer som er seg selv nok kan være uklar. Dette påpekes også av den tidligere lederen for fysioterapiforbundet i USA, som har uttrykt bekymring over at fysioterapeutenes målsetning om å være autonome kan oppfattes som arroganse framfor et ønske om profesjonalitet og respekt (Rothstein 2003). Det amerikanske fysioterapiforbundet definerer grunnleggende verdier for profesjonell praksis som ansvarlighet, altruisme, empati, dyktighet, integritet, faglig forpliktelse og sosialt

ansvar (Bezner 2004). Rothstein argumenterer for at det er denne typen verdier en må tilstrebe for å oppnå respekt og likeverd i samarbeidet med øvrige grupper innen helsevesenet.

Behovet for selvstendig utøvelse av faget er sentralt for kunnskapsarbeidere generelt. I sine studier av ulike ledere beskriver Mintzberg (1994) sykepleierlederens omsorgspregete ledelse som en forlengelse av det grunnleggende omsorgspreget ved sykepleiefaget. På samme måte kan en kanskje se en sammenheng mellom fysioterapeutenes uttalte behov for å ta ansvar selv og det grunnleggende ved fysioterapibehandling som består i å hente fram pasientens egne ressurser og deres mulighet for ansvar og mestring. Samtidig som kunnskapsarbeideren må få frihet til å være gode fagfolk, er det imidlertid avgjørende at dette må være til organisasjonens beste. Det beskrives som kunnskapsorganisasjonens paradoks at den faglige selvgodheten som kan gi nyvinninger og gode resultater også gir grunnlag for å utvikle arroganse og manglende aksept for ledere og overordnede myndigheter (Grund 2006:5). Strand (2003:252) peker på hvor viktig det er for ledere av slike arbeidere å administrere den friheten de trenger for å kunne utføre arbeidet sitt. Dette innebærer å sørge for at forholdene ligger til rette for at kunnskapsarbeiderne får utøve faget, samtidig med at dette foregår innenfor de rammene som virksomheten tilsier.

#### **5.4.2 Fysioterapeutenes organisasjonsforståelse**

Fysioterapeutene i studien gir i liten grad uttrykk for hva de bidrar med inn i avdelingen. Dette stemmer godt overens med en oppfatning av at profesjonsarbeidere hovedsakelig ser organisasjonen mer som et sted å utøve sitt fag. Slik fysioterapeutene beskriver sin hverdag og betydningen av ledelse, kan det se ut til at de hovedsakelig har et individperspektiv på sin oppfatning av organisasjonen. Hovedarbeidsoppgaven er undersøkelse og behandling av enkeltpasienter og de er i liten grad avhengige av å løse felles oppgaver. Behovet for kompetanse er knyttet til den enkeltes utvikling, for å gjøre dem best mulig i stand til å utføre pasientarbeidet. De gir også uttrykk for at de tar ansvar og får tillit fra ledelsen til å arbeide på denne måten. Samtidig er samarbeidet med de andre yrkesgruppene viktig, men dette knytter de også i stor grad til et spørsmål om sin egen individuelle innsats. I materialet er det vanskelig å få øye på de overordnede felles målene som skal definere en organisasjons virksomhet. Det kan se ut til at fysioterapeutene tar det for gitt at dette er sammenfallende med krav om kvalitet og innhold som ligger i den faglige bakgrunnen.

Da de beskriver sitt forhold til fysioterapiavdelingen de tilhører, oppfatter jeg likevel at de mer gir uttrykk for en systemforståelse. De legger vekt på den sosiale og faglige tilhørigheten, og flere av fysioterapeutene i studien mener at lederen har betydning for å holde fysioterapiavdelingen sammen. Flere mener også det har sammenheng med trivselen å tilhøre en fysioterapigruppe. I fortsettelsen av sitt svar på spørsmålet om hvorvidt det er arbeidsoppgaver hun mener er helt uavhengige av lederen, sier en av fysioterapeutene at hun nok kunne ha jobbet uten lederen,

men det hadde ikke vært noe liv i avdelingen, da, hun (*lederen*) har jo en leder over seg som hun får direktiver fra, men i mitt arbeid så - - komme på jobb og se pasienter og gå på avdelingen og ned igjen og gå hjem – du trenger ikke noen leder for det, men i lengden tror jeg – hvis du skal ha en fysioterapiavdeling så mener jeg at da trenger du en leder til å holde den sammen -

Flertallet av fysioterapeutene i studien er også opptatt av hvor i sykehuset fysioterapitjenesten er organisatorisk plassert, og opplever at dette påvirker forhold som hva slags informasjon og hvilke ressurser de får. De uttrykker bekymring for sin og fagets plassering og framtid på sykehuset.

Det er alltid en sånn fare, at hvor skal de gjøre av oss - - ja, for hele fagmiljøet vårt og ikke sant, å bli splittet, det er – nei, vi får heller finne oss i hva som helst bare vi får være sammen.

Mens hun forteller om hvor viktig det er at lederen fungerer oppover mot høyere nivåer i organisasjonen, sier en av fysioterapeutene ”- jeg føler kanskje uansett at fysioterapeuter er en gruppe som har lett for å bli glemt og skjøvet ned - ”. I sammenheng med dette er de også opptatt av at lederen skal være fysioterapeut, og ikke tilhøre en annen faggruppe. De mener som nevnt i kap. 5.3 det er avgjørende at lederen framstår som en sterk person og kan tale deres sak i sykehusorganisasjonen. ”Det har vært vår frustrasjon i alle år, syns jeg, det å bli hørt - det er ikke så lett når en annen faggruppe skal tale din sak”.

Slike synspunkter kan tolkes som at det å tilhøre fysioterapiavdelingen oppleves som noe mer enn bare å være en samling individer. En slik tolkning samsvarer med Scotts (2003:28) beskrivelser av naturlige systemer, der man legger mer vekt på de sosiale aspektene og gjensidig avhengighet enn den formelle strukturen og spesifikke mål. I tråd med andre karakteristiske trekk ved naturlige systemer, formidler også fysioterapeutene at avdelingens

overlevelse på sykehuset er vel så viktig som å nå de ytre målene. For at ikke slike diskusjoner kun skal bli teoretiske, er det nødvendig å se på om dette har konsekvenser for praksis og hvorvidt forståelsen av organisasjoner kan påvirke hvilken betydning ledelse har for arbeidshverdagen til fysioterapeutene.

I et individualistisk perspektiv vil felles mål og aktiviteter kunne oppleves som unødvendige og uten sammenheng med de faglige oppgavene fysioterapeutene og kunnskapsarbeidere har i sentrum. En kan også tenke seg at dette kan bidra til å skape motvilje mot at lederen og andre i sykehuset blander seg inn i den faglige utøvelsen, ettersom de ansatte kan se dette som mer rettet mot seg selv og profesjonen enn som en nødvendig tilpasning til organisasjonen. Større grad av systemperspektiv vil trolig bidra til at det er lettere å se betydningen av felles diskusjoner omkring temaer som normer, verdier og felles holdninger til arbeidsoppgaver og samarbeid med øvrige grupper. Det gjør det også enklere å se hvordan alt henger sammen, hvordan en handling eller endring påvirker flere faktorer og hvordan man ser sin egen rolle i forhold til organisasjonen og lederens oppgaver.

Valg av perspektivet vil også være styrende for hvordan lederen velger å arbeide med slike temaer. I et systemperspektiv vil lederen være en del av systemet på samme måte som de ansatte, og følgelig ha de ansatte med i arbeidsprosessene, uten nødvendigvis å ha planlagt hva som skal skje på forhånd. Samtidig innebærer lederarbeidet at man forholder seg de enkelte medarbeiderne og deres eventuelle motstand. Dette kan synes som et dilemma for lederen, at planer og analyser foregår på systemnivå, mens handlingen rettes mot den enkelte ansatte, og krever trolig at man har evne til å skifte mellom perspektiver i en sammensatt arbeidshverdag.

Systemtenking knyttes gjerne til toppledelse i en organisasjon. Jeg ser imidlertid dette begrepet som nyttig i dagliglivet, og har opplevd hvordan økt forståelse av slike begreper har gjort meg mer bevisst på hva jeg gjør og hvorfor resultatet blir som det blir. En kan se dette som et relevant og nyttig perspektiv både for ledere på lavere nivåer og for de ansatte, ikke minst for selvstendige kunnskapsarbeidere som både trenger frihet og en tilknytning til organisasjonen. Med dagens komplekse arbeidsliv anser jeg det som hensiktsmessig med forståelse for hvordan organisasjoner fungerer, og slik kunnskap ville en være tjent med å få med seg allerede fra fagutdanningen.

## 5.5 Oppsummering

Dette delkapitlet oppsummerer funn og diskusjon i forhold til hensikten med studien og hvert av de tre forskningsspørsmålene, samt refleksjoner over autonomi og organisasjonsforståelse.

Fysioterapeutene i denne studien framstår som typiske kunnskapsarbeidere med spesialisert kompetanse, selvstendige arbeidsoppgaver og behov for frihet i det daglige. De opplever at de faktisk har stor frihet og at ledelse har forholdsvis liten direkte betydning for det daglige pasientarbeidet. Samtidig ønsker de støtte fra ledelsen, både for det de gjør og for sine faglige utviklingsbehov.

Mens Strand peker på produsentoppgaver som en viktig lederfunksjon i ekspertbedrifter, ser det ut til at fysioterapeutene tildels ivaretar disse oppgavene selv, med forankring i sin egen fagbakgrunn. De gir uttrykk for at for dem selv som arbeidstakere er det ønskelig med en ledelse som i stor grad samsvarer med ideer bak servant leadership. Greenleaf beskriver det som sentralt for denne typen ledelse å sette andres vekst i sentrum, og dette er også i tråd med anbefalinger om å la kunnskapsarbeidere blomstre. Mens en slik lederfilosofi kan kritiseres for å ikke ivareta organisasjonens behov, mener Mintzberg det er karakteristisk for nyere ledelse å være mer preget av samarbeid enn av kontroll ovenfra og ned.

For at pasientarbeidet skal fungere med minst mulig forstyrrelser, er det viktig for fysioterapeutene at administrative oppgaver blir ivare tatt, slik at avdelingen fungerer i forhold til bemanning, fordeling av oppgaver ved fravær og tilgang på nødvendig utstyr. Dersom dette får preg av kontroll framfor tilrettelegging, oppleves det imidlertid som negativt. Innholdet i faglige retningslinjer ønsker de å ha hånd om selv, men vil gjerne at ledelsen gjør endelige godkjenninger og har oversikt. Selv om fysioterapeutene jobber alene med pasientene og framstår som selvgående, gir alle i denne studien uttrykk for ønske og behov for å tilhøre en fysioterapigruppe. En forutsetning for at denne gruppen skal fungere, er at ledelsen holder den sammen og sørger for fellesaktivitet.

Mens bare deler av administratorrollen oppleves å ha betydning, legger fysioterapeutene større vekt på integratoroppgaver, selv om det kan se ut til at tilhørigheten til faget og profesjonen har størst betydning for tilhørigheten til avdelingen. De beskriver en ønsket lederstil som heller mer mot transformasjons- enn transaksjonsledelse, der ledelse innebærer

visjoner og inspirasjon framfor kontroll og styring. Dette er også i tråd med generelle anbefalinger en finner i ulike sammenhenger innen helseledelse og ledelse av kunnskapsarbeidere.

På samme måte som de ønsker støtte individuelt, har det betydning for fysioterapeutene at ledelsen støtter dem som gruppe i organisasjonen. De gir uttrykk for at dersom ledelsen ”tar de andres parti”, skaper dette motstand og konflikt. Det er et vesentlig krav at ledelsen skal være en lojal talsmann for dem. De opplever at de er lite synlige i sykehusorganisasjonen, og det er viktig for dem at ledelsen arbeider for å bedre dette og gjør det på en god måte. De mener også det er avgjørende at lederen er fysioterapeut, og mener de blir mindre synlige dersom andre faggrupper skal representere dem.

Mintzberg beskriver det som sentrale lederoppgaver å representere og utgjøre forbindelsen mellom avdelingen og omgivelsene. Slik jeg oppfatter det, ser også han denne rollen som en talsmann, hovedsakelig i forlengelse av de ansattes syn, mer enn som arbeidsgivers representant. Selv om ønsket om synlighet i organisasjonen kan tolkes som behovet for posisjonering som yrkesgruppe, kan en også forstå dette som et ønske på vegne av pasientene og muligheten til å gi dem et godt faglig tilbud.

Gjennom arbeidet med drøfting av funnene i lys av problemstillingen kom jeg fram til at autonomi og organisasjonsforståelse kunne være fenomener som har betydning for å tenke videre på hva ledelse betyr i arbeidshverdagen til en fysioterapeut på sykehus.

Fysioterapeutene i studien framstår som individualister. De ønsker ikke å bli kontrollert eller beordret og vil helst ta egne faglige avgjørelser. Sammen med trekk fra primadonnaer slik Hein beskriver dem, kan dette bli oppfattet som en form for arroganse, tilsvarende Rothsteins bekymring over å forveksle ønsket profesjonalitet med uheldig autonomi. Det er ikke bare nødvendig for ledelsen å administrere friheten til kunnskapsarbeidere, slik Strand peker på, men også å holde fast ved grunnleggende verdier for profesjonalitet og faglig utøvelse.

Det kan se ut som om fysioterapeutene hovedsakelig har fokus på seg selv og sin egen virksomhet og mindre på forståelse av organisasjonen. Dette kan imidlertid også tolkes som at de implisitt har ulike perspektiver for sin forståelse. Mens de ser på den daglige virksomheten i et individuelt perspektiv, gir de mer uttrykk for en form for systemforståelse i sitt syn på fysioterapiavdelingen både innad og i forhold til sykehuset for øvrig.

## **6 Konklusjon og videre tanker**

### **6.1 Konklusjon**

Hensikten med oppgaven var å studere hvilken betydning ledelse har for arbeidshverdagen til fysioterapeuter på sykehus.

Fysioterapeutene framstår som kunnskapsarbeidere som ivaretar de daglige oppgavene med forankring i sin egen fagbakgrunn og stor grad av frihet der lederen har forholdsvis liten direkte betydning for det de gjør. Det er viktig for dem at administrative forhold er ivarettatt, slik at pasientarbeidet kan utføres mest mulig uforstyrret. Kontroll og pålegg opplever de som negativt, men fremhever derimot ledelsens betydning for å holde avdelingen samlet og inspirere til utvikling. Det er viktig for dem at lederen er lojal mot fysioterapigruppen i forhold til sykehuset for øvrig, og bidrar til å synliggjøre dem som gruppe i organisasjonen.

Fysioterapeutene framstår også som individualister, med fokus på pasientoppgavene. Det ser ut til at de har et individperspektiv på forståelsen av sin egen virksomhet i organisasjonen, men mer systemforståelse når det gjelder tilhørigheten til fysioterapiavdelingen og sykehuset for øvrig.

Kvalitativ metode og intervju var godt egnet som metode for innsamling av data for å belyse problemstillingen. Utover begrensninger som ligger i metodevalg og valg av teori som utgangspunkt for å drøfte funnene, var trolig den mest begrensende faktoren meg selv og min forforståelse. Stor feltkunnskap kan ha medført at jeg overså det som ikke bekreftet mine egne erfaringer, og dermed ikke oppdaget opplysninger som kunne ha ledet til ny innsikt.

### **6.2 Videre tanker**

Ettersom min nysgjerrighet tok utgangspunkt i et lederperspektiv, blir det naturlig å vurdere hvilke mulige konsekvenser funn i denne studien kan få for meg selv og andre førstelinjeledere.

På bakgrunn av funnene i denne studien kan det se ut til at ledere med trekk fra servant leadership kan bidra til å dekke behovet fysioterapeutene har for å bli ivaretatt som individuelle kunnskapsarbeidere. En ledelsesform forankret i transformasjonsledelse kan medvirke til å inspirere og holde sammen en faggruppe, og i forholdet til omverdenen er en lojal talsmann det fysioterapeutene ønsker. Dersom lederen har et individperspektiv i dette, kan det føre til en negativ utvikling, der de ansatte selv og faget kan bli sentrum for virksomheten. Et bevisst systemperspektiv vil trolig kunne gjøre det enklere å holde fast ved at målet er å bidra med sin kunnskap som en del av et hele, og at arbeidet ikke kan gjøres uavhengig av omgivelsene.

Det er en utfordring for ledere å forstå og synliggjøre slike overordnede perspektiver i den daglige virksomheten, og bidra til å etablere en kultur som ivaretar tilhørighet til organisasjonen. Kjennskap til teori om organisasjon og ledelse gir bedre mulighet for å håndtere de praktiske utfordringene. Utviklingen går nå også mer i retning av at det ikke nødvendigvis er den erfarne fagpersonen som blir leder på et sykehus, og krav til tilleggsutdanning innen ledelse gjennomføres i stor grad på høyere ledernivåer. Lederutdanning er trolig like vesentlig for ledere på laveste nivå, ettersom disse står nærmest sykehusets mest sentrale ansatte, fagpersonene.

Innen ledelsefaget ser det også ut til å være behov for mer kunnskap om hvilken betydning ledelse faktisk har for arbeidstakerne og deres oppgaver, og videre undersøkelser som tar utgangspunkt i en praktisk arbeidshverdag vil kunne bidra til dette.



## Litteraturliste

- Andersen, J.A. (2008). When a servant-leader comes knocking . . . *Leadership and Organization Development Journal*, 30 (1), s.4-15.
- Atwood, C.A. og Woolf, D.A. (1982). Job satisfaction of physical therapists. *HCM Review*, Winter, s. 81-86.
- Bass, B.M. (1990). Fra transaksjonsledelse til transformasjonsledelse: Å lære å dele en visjon. I: Martinsen, Ø.L. (red.) (2004). *Perspektiver på ledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.191-205.
- Bezner, J. (2004). Getting to the core of professionalism. *Physical Therapy*, 12 (1), s. 25-27.
- Brazier, D.K (2005). Influence of contextual factors on health-care leadership. *Leadership & Organization Development Journal*, 26 (1/2), s.128-140.
- Clark, L. (2008). Clinical leadership: values, beliefs and vision. *Nursing Management*, 15 (7), s. 30-35.
- Colbjørnsen, T. (2004). *Ledere og lederskap. AFFs lederundersøkelser*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Coyne, C. (2004). Motivational Factors for PTs and PTAs. *Physical Therapy*, 12(10), s.46-51.
- Dalley, J og Sim, J. (2001). Nurses' perception of physiotherapists as rehabilitation team members. *Clinical Rehabilitation*, 15, s. 380-389.
- DiGiacomo, M. (2004). Leading the Way. *Physical Therapy*, 12 (10), s.52-55.
- Eriksen, E.O. (1999). *Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Failla, K.R. og Stichler, J.F. (2008). Manager and Staff Perceptions of the Manager's Leadership Style. *The Journal of Nursing Administration*, 38 (11), s. 480-487.
- Gersh, M.R. (2006). Servant Leadership: A Philosophical Foundation for Professionalism in Physical Therapy. *Journal of Physical Therapy Education*, 20 (2), s. 12-16.
- Greenleaf, R. (1970). *The Servant as Leader*. Paulist Press, New York, NY.  
<http://www.leadershiparlington.org/pdf/TheServantasLeader.pdf> (lest 12. mars 2010).
- Greenleaf, R. (1998). *The Power of Servant Leadership*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers Inc.

- Grund, J. (2006). Kunnskapsorganisasjoner – hva er ledelses- og styringsutfordringene? *Magma*, 02.
- Hatch, M.J. (2001). *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo, Abstrakt forlag
- Hein, H.H. (2008). Ledelse af primadonnaer – myter og fakta. <https://www.lederne.dk/ledelseidag/Artikler/Seogeftermndogaar/2008/nr2februar/ledelseafprimadonnaermyterogfakta.htm> (lest 10.april 2010)
- Howatson-Jones, I.L. (2004). The servant leader. *Nursing Management*, 11(3), s. 20-24.
- Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 2. utg. Bergen, Fagbokforlaget.
- Jenkins, M. og Stewart, A.C. (2010). The importance of a servant leader orientation. *Health Care Management Review*, 35(1), s. 46-54.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget.
- Mintzberg, H. (1994). Rounding out the Manager's Job. *Sloan Management Review*, Fall, 36 (1), s.11-26.
- Mintzberg, H. (1998). Covert Leadership; Notes on managing professionals. *Harvard Business Review*, Nov-Dec, s.140-147.
- Mintzberg, H. (2002). Managing care and cure - - up and down, in and out. *Health Services Management Research*, 15 (3), s. 193-206.
- Neill, M.W. og Saunders, N.S. (2008). Servant Leadership. Enhancing Quality of Care and Staff Satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 38(9), s.395-400.
- NFF, (2006). *Hva er fysioterapi?* <http://www.fysio.no/FAG/Hva-er-fysioterapi> (lest 13.nov 2010).
- NFF, (2010). *NFF's yrkesetiske retningslinjer*. <http://www.fysio.no/FAG/Etikk-og-fysioterapi/NFFs-yrkesetiske-retningslinjer> (lest 13. nov 2010).
- Rammeplan for Fysioterapeututdanning*. 2004. Utdannings- og forskningsdepartementet. [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan\\_fysio\\_23.06.04\\_ny.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan_fysio_23.06.04_ny.pdf) (lest 21. februar 2012).
- Rammeplan for sykepleierutdanning*, (2008). [http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) (lest 21. februar 2012).
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo, Universitetsforlaget. 3utg.

Rogalandsforskning (2004). Rapport 2004/031: *Medarbeiderundersøkelse I foretaksgruppen Helse Vest*.  
[http://www.iris.no/internet/student.nsf/5cd78704522281fbc12567f60051ecee/15ce38726751b587c125768f004ef564/\\$FILE/RF%202004-031.pdf](http://www.iris.no/internet/student.nsf/5cd78704522281fbc12567f60051ecee/15ce38726751b587c125768f004ef564/$FILE/RF%202004-031.pdf) (lest 4.januar 2012).

Rothstein, J.M. (1993). Reliability and validity: Implications for research. I: Bork, C.E. (red), *Research in Physical Therapy*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company. s. 18-36.

Rothstein, J.M. (2003). Autonomy or Professionalism? *Physical Therapy*, 83, s.206-207.

Schafer, D.S. (2002). Three Perspectives on Physical Therapy Managerial Work. *Physical Therapy*, 82(3), s. 228-236

Schmoll, B.J. (1993). Qualitative resaerch. I: Bork, C.E. (red), *Research in Physical Therapy*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company. s. 83-124.

Schwartz, R.W. og Tumblin T.F. (2002). The Power of Servant Leadership to Transform Health Care Organizations for the 21<sup>st</sup>-Century Economy. *Archives of Surgery*, 137, s. 1419-1427.

Scott, W.R. (2003). *Organizations. Rational, Natural and Open Systems*. 5.ed. New Jersey, Prentice Hall.

Sellgren, S.F., Ekvall, G., Tomson, G. (2008). Leadership behaviour of nurse mangers in relation to job satisfaction and work climate. *Journal of Nursing Management*, 16, s. 578-587.

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

Spears, L.C. (1998). Servant-leadership. *Leadership Excellence*, 15, s.11.

Strand, T. (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thylefors, I. (2002). Ledelse innen helse og utdanning: Stiller det spesielle krav? I: Skogstad, A. og Einarsen, S. (red.) *Ledelse på godt og vondt*. Bergen, Fagbokforlaget. s 271-288.

Tomey, A.M. (2009). Nursing leadership and management effects work environments. *Journal of Nursing Management*, 17, s.15-25.

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord, SEEK AS.

Waterman, H. (2011). Principles of 'servant leadership' and how they can enhance practice. *Nursing Management*, 17 (9), s. 24-26.

# Vedlegg

## Vedlegg 1

### **HVILKEN BETYDNING HAR LEDELSE FOR FYSIOTERAPEUTER PÅ SYKEHUS?**

#### **Invitasjon til å delta i intervju som ledd i masteroppgave**

Jeg er fysioterapeut og arbeider som seksjonsleder ved fysioterapiavdelingen på Ahus, og er nå student ved masterstudiet Verdibasert ledelse på Diakonhjemmet høyskole.

Fysioterapitjenesten blir organisert og ledet på ulike måter ved norske sykehus. Vi har gjerne ulike meninger om hvordan vi mener dette ideelt bør fungere, men mindre kunnskap om hvilken betydning ledelse faktisk har for arbeidshverdagen. Jeg har derfor valgt å skrive masteroppgaven med dette som tema.

Hovedfokus vil være på betydningen av ledelse på laveste nivå (1.linjeledelse), men jeg vil også se på hvordan fysioterapeuter opplever betydningen av avdelingsledelse og fysioterapitjenestens plassering i organisasjonen.

I denne forbindelse ønsker jeg å intervjuer fysioterapeuter i klinisk praksis ved sykehus om hvilken betydning de mener ledelse har for ulike deler av arbeidshverdagen.

De som skal intervjues er fysioterapeuter i klinisk praksis uten lederoppgaver.

Jeg ønsker kontakt med to fysioterapeuter fra hvert sykehus; gjerne en som har vært ansatt mindre enn et år og en som har vært ansatt relativt lenge.

Intervjuene ønskes gjennomført på vedkommendes arbeidsplass, i et uforstyrret rom.

Intervjuet er beregnet å ta inntil 2 timer, og vil bli tatt opp på bånd.

Det som sies behandles konfidensielt, og intervjupersonen anonymiseres i studien/masteroppgaven.

Lyst til å være med?

Kontakt Liv-Signe Davidsen

mobil xxxxxxxx

jobbtlf xxxxxxxx

mail xxxxxxxx

## Intervjuguide

### HOVEDTEMA

Hva betyr ledelse i hverdagen for fysioterapeuter i klinisk arbeid på sykehus.

### BAKGRUNNSINFO OM DEN SOM INTERVJUES

- Hva består hverdagen din i?
- Hva er viktig for deg på jobben?
- Hva tenker du på når du hører ordet ledelse?

### SPØRSMÅL OM BETYDNING AV LEDELSE INNEN ULIKE OMRÅDER

#### •Hvilken betydning har ledelsen for det du gjør faglig?

Utfyllende spørsmål om betydning av ledelse for

læring  
faglig utvikling  
mål, retningslinjer  
standard for det man gjør  
resultater  
problemløsning for pasientene  
verdier

”greier vi å levere resultatene”

(*produsent – ekspertorganisasjon*)

#### •Hvilken betydning har ledelsen for at det du gjør er systematisk og riktig?

Utfyllende spørsmål om betydning av ledelse for

kjenne til regler og systemer, prosedyrer, rammer  
unngå feil og forstyrrelser

”arbeider vi systematisk og riktig”

(*administrator – byråkrati*)

#### •Hvilken betydning har ledelsen for tilhørigheten din til arbeidsplassen?

Utfyllende spørsmål om betydning av ledelse for

skape og vedlikeholde relasjoner  
samstemmighet  
identitet og motiver

”hvem er vi, hvordan og hvorfor”

(*integrator – gruppeorganisasjon*)

**•Hvilken betydning har ledelsen for dine og avdelingens muligheter i forhold til resten av sykehuset?**

Utfyllende spørsmål om betydning av ledelse for

velge arbeidsfelt, prioritere

forandring, risiko, konflikt, uro

vurdere trusler og muligheter

”hvordan overlever vi, hva oppnår vi”

*(entreprenør – oppgaveorganisasjon)*

I tilknytning til de hvert av de ulike områdene ovenfor:

Fortell om en situasjon/hendelse der du tenkte at her var lederen viktig for det som skjedde, positivt eller negativt.

- Hvilke oppgaver mener du er avhengig av ledelse, og uavhengig?
- Når savner du lederen?
- Hva gjør ”drømmeledelsen” din?

### **Informasjon til deltakere i studien**

#### **HVILKEN BETYDNING HAR LEDELSE FOR FYSIOTERAPEUTER PÅ SYKEHUS?**

Jeg er fysioterapeut og student ved masterstudiet Verdibasert ledelse på Diakonhjemmet høyskole.

Fysioterapitjenesten blir organisert og ledet på ulike måter ved norske sykehus. Vi har gjerne ulike meninger om hvordan vi mener dette ideelt bør fungere, men mindre kunnskap om hvilken betydning ledelse faktisk har for arbeidshverdagen. Jeg har derfor valgt å skrive masteroppgaven med dette som tema.

Hovedfokus vil være på betydningen av ledelse på laveste nivå (1.linjeledelse), men jeg vil også se på hvordan fysioterapeuter opplever betydningen av avdelingsledelse og fysioterapitjenestens plassering i organisasjonen.

I denne forbindelse ønsker jeg å intervjuer fysioterapeuter i klinisk praksis ved sykehus om hvilken betydning de mener ledelse har for ulike deler av arbeidshverdagen.

De som skal intervjues er fysioterapeuter i klinisk praksis uten lederoppgaver. Intervjuet er beregnet å ta inntil 2 timer, og vil bli tatt opp på bånd.

Det som sies behandles konfidensielt, og intervjupersonen anonymiseres i studien/masteroppgaven.

Liv-Signe Davidsen

### **Samtykkeerklæring**

\_\_\_\_\_ bekrefter med dette at jeg er informert

om studien "Hvilken betydning har ledelse for fysioterapeuter på sykehus" og hva det vil innebære å delta.

Jeg samtykker i å delta i studien.

Jeg er gjort kjent med retten til å trekke meg fra studien når jeg måtte ønske.

\_\_\_\_\_ dato

\_\_\_\_\_ signatur