

Handlingsrom for mellomledere i spesialisthelsetjenesten

L41 Mastergradsoppgave i Verdibasert ledelse

Diakonhjemmet Høgskole

2. mai 2011

Antall ord: 26 133

Veileder: Førsteamanuensis Olav Molven

Sammendrag

Temaet for denne oppgaven er handlingsrom for mellomledere i spesialisthelsetjenesten.

Mitt ønske for studien ble derfor å finne mer ut av hvilket handlingsrom mellomledere i spesialisthelsetjenesten erfarer å ha, og hva mener om sine valgmuligheter og sitt ansvar i lederrollen.

Problemstillingen er: ”Hvilket handlingsrom erfarer mellomledere i spesialisthelsetjenesten å ha, og hva mener de spesielt om sine valgmuligheter og sitt ansvar i lederrollen?”

Problemstillingen undersøkes gjennom 3 underspørsmål: ”I hvilken grad mener ledere å ha mulighet til å påvirke løpende beslutninger som treffes innenfor ansvarsområdene personalfag og økonomi?”, ”På hvilken måte mener lederne å ha mulighet til spesielt å påvirke endringsprosesser i organisasjonen?”, og ”Hvordan forstår ledere spesielt ansvaret som ligger i deres lederrolle?”

Studien tar utgangspunkt i forskning og teori om handlingsrom, rolleteori og ansvar for ledere.

Det er brukt halvstrukturerte intervjuer som metode for innsamling av materiell til oppgaven. Stillingsbeskrivelse for enhetsledere samt organisasjonskart på både sykehus- og avdelingsnivå er brukt i analyse og diskusjon.

Funn i studien viser at informantene erfarer å ha begrenset handlingsrom i sin stilling, fordi de erfarte å motta begrenset med informasjon, og opplevde at de ofte ikke fikk mulighet til å delta i beslutningsprosesser. Det ble gitt uttrykk for at det ikke var endringsprosesser som var åpne nok.

Enhetslederne så på utviklings- og endringsarbeid som en del av sitt ansvarsområde. Ledere i studien som opplevde at de i noen tilfeller hadde fått mulighet til å påvirke og delta i utrednings- og beslutningsprosesser, hadde opplevd større handlingsrom i lederrollen, og flere valgmuligheter for utforming av endringer.

Forord

Jeg vil spesielt få takke min veileder førsteamanuensis Olav Molven ved Diakonhjemmet Høgskolesenter for tålmodig og systematisk veiledning gjennom skriveprosessen.

Utfyllende og interessante forelesninger, samt gruppeveiledningen ved Tom Eide og mine medstudenter har også bidratt til å holde inspirasjonen og motivasjonen oppe.

En spesiell takk til informantene som villig stilte opp slik at det ble mulig å foreta denne undersøkelsen.

Takk til ledere og kollegaer for tilrettelegging av arbeidsforholdene, slik at jeg kunne gjennomføre studiet.

En stor takk til min mann og mine tre barn for all støtte, forståelse og omsorg gjennom arbeidet med denne masteroppgaven.

Asker, mai 2011

Stine Hoem

1 Innledning	6
1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemstilling og underspørsmål	8
1.3 Begrepsavklaringer	10
1.3.1 Handling	10
1.3.2 Handlingsrom	10
1.3.3 Mellomleder	11
2 Spesialisthelsetjenesten	13
2.1 Sykehusenes samfunnsmessig utvikling	13
2.2 Sykehus som arena for ledelse	16
2.3 Ledelse i sykehus	17
3 Teori og forskningsstatus	19
3.1 Handlingsrom	19
3.2 Lederrollen	22
3.3 Ansvar for ledere	25
3.4 Oppsummering	29
4 Metode	31
4.1 Begrunnelse for valg av metode	31
4.2 Utvelgelse av undersøkelsesenheter	31
4.3 Intervju som metode	32
4.3.1 Reliabilitet og validitet	33
4.3.2 Gjennomføringen av intervjuene	34
4.4 Transkribering og kategorisering	35
4.5 Metoderefleksjon	36
4.6 Etske betraktninger	37
4.7 Innhenting av litteratur og kilder	37
5. Resultat og analyse	39
5.1 I hvilken grad mener ledere å ha mulighet til å påvirke løpende beslutninger som treffes innenfor ansvarsområdene personal- fag og økonomi?	39
5.1.1 Informasjon	39

5.1.2 Deltagelse.....	43
5.1.3 Selvstendighet	45
5.2 På hvilken måte mener lederne å ha mulighet til spesielt å påvirke endringsprosesser i organisasjonen?	47
5.2.1 Muligheter for påvirkning.....	49
5.2.2 Åpenhet i prosesser	52
5.2.3 Respons.....	55
5.2.4 Involvering	57
5.3 Hvordan forstår lederen spesielt ansvaret som ligger i deres lederrolle?..	60
5.3.1 Entreprenør: utvikling av nye produkter og tjenester	60
5.3.2 Integrator: Støtte, motivere og utvikle medarbeidere.	62
5.3.3 Administrator: Sørg for at regler og systemer fungerer og etterleves	65
5.3.4 Produsent: Være pådriver for å nå resultater og oppsatte mål	67
5.4 Oppsummering.....	68
6 Diskusjon	71
6.1 ”Enhetsledere er godt betalte sekretærer”	71
6.2 ”Enhetsledere tar kun dag til dag avgjørelser”	73
6.3 ”Avdelingssjefene blir et glava – lag”	74
6.4 ”Bli glad i endringer”	76
6.5 ”Førstelinjefremsto som en ”urias-post”.	77
6.6 ”Entreprenørfunksjonen er ikke en enhetsleders ansvar”	78
7 ”Hvilket handlingsrom erfarer mellomledere i spesialisthelsetjenesten å ha, og hva mener de spesielt om sine valgmuligheter og sitt ansvar i lederrollen?	80
Litteraturliste.....	82
Vedlegg 1: Henvendelsesbrev	85
Vedlegg 2: Intervjuguide	86
Vedlegg 3: Stillingsbeskrivelse	88
Vedlegg 4: Organisasjonskart.....	89

1 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema

Temaet for oppgaven er knyttet til handlingsrommet som mellomledere har i spesialisthelsetjenesten. Interessen for å skrive om mellomlederes handlingsrom kom etter å ha blitt fortalt av en stabsansatt ved sykehuset jeg er ansatt at ”enhetsledere er bare godt betalte sekretærer”, og en toppleders uttalelse om at ”enhetsledere tar kun dag til dag avgjørelser”. Formålet med studien er å få nærmere forståelse for hvordan mellomledere i sykehus erfarer å ha handlingsrom i sin stilling.

Enhetsledere i helsetjenesten står i konstant press med store krav og forventninger til seg fra flere hold. Aktuelt lovverk og forventninger fra oppdragsgiver, den øvre del av ledelsen, samt eventuelle stillingsbeskrivelse, gir alle noen klart definerte faste rammer å handle innenfor, men også noen uklare og mer udefinerte rammer. Disse rammene er med på å angi mellomleders handlingsrom.

Med *rolle* forstås summen av de forventninger og normer som knytter seg til en bestemt stilling og oppgave. Rollebegrepet omfatter både de rettigheter plikter som angår stillingen, de oppgaver som skal utføres, og måten de gjøres på (Norsk samfunnsleksikon 1993:350). Strand (2001) beskriver begrepet som et nyttig instrument for å analysere lederskap, og gir sammenheng mellom person, posisjon og organisasjon.

En leders bevissthet om sin rolle er viktig. Roller knyttes til formelle posisjoner med oppgaver, ressurser og rettigheter, definert ved de forventningene som knytter seg til posisjonen. Ledere pålegges, inntar og skaper roller i organisasjoner. Adferden blir en balanse mellom organisasjonen formelle krav, andres forventninger og lederens egne valg og tokning (Strand 2001: 337-359).

Lederrollen er mangfoldig, sammensatt og preges av ulike og motstridende oppfatninger, som det skal tas hensyn til. Rolleperspektivet er nyttig når en leder eller forsker skal orientere seg i disse kompliserte omgivelsene. Gjennom aktiv rolleforståelse kan ledere skaffe seg handlingsrom (ibid).

Den formelle delen av rollen knyttes til mandatet gitt fra organisasjonen. Funksjonen i rollebegrepet kan knyttes til rollen som produsent, administrator, integrator og entreprenør. Iscenesatte roller er gjenkjennelig adferd som løst knyttes til formelle posisjoner, men som inngår i det uformelle organisasjonsbildet. Ledere må ofte ta slike ”løse” roller som oppfattes som en viktig del av ens sosiale kompetanse (ibid).

En faktor som skiller lederrollen fra andre er at den fungerer i problemsoner der det oftest ikke er rutinebestemt og klart hva som er riktig å gjøre. En må ta uprogrammerte beslutninger. Det er disse beslutningene og handlingene som rettferdiggjør ledelse som noe spesielt (Strand 2003:360). Ledelse i helsevesenet har gått fra å innbære ren forvaltning av arbeidsoppgaver i hverdagen, til for mange i tillegg å innebære strategiutvikling, langsiktig tenkning og implementering av endringer.

Enhetsleder på sykehus har mange og sammensatte arbeidsoppgaver. Enhetslederen er en del av avdelingens ledergruppe, og rollen innebærer at lederen er sykepleiefaglig, strategisk, administrativ og økonomisk leder av sin enhet (Berge 2002). Alt dette innebærer etter min mening og erfaring mye mer enn å være en ”godt betalt sekretær”, eller en leder som tar ”dag til dag avgjørelser”.

De senere år er større endringer iverksatt med hensyn til organisering både innad i sykehusene og i forhold til eksterne faktorer som for eksempel overgang til helseforetakorganisering og effektivisering av behandlingsforeløp. Endringsprosessene har vært mer eller mindre vellykkede, mulig grunnet grad av involvering av ledere i flere nivåer og kommunikasjon i organisasjonene.

Senere forskning viser at ledere på flere nivåer enn toppledelsen bidrar i strategi og endringsarbeid, og at mellomlederens kunnskap er betydningsfullt i strategiutvikling. Mellomlederens strategiske kunnskap er positivt assosiert med å bidra med ny informasjon og alternative ideer til toppledelsen i strategi- og endringsarbeid (Pappas m.fl 2004). Jeg mener at det fordrer kunnskapsrike og omstillingsdyktige ledere for å operasjonalisere endringer til god praksis, og at mellomledere bør involveres i endringsarbeid i større grad. Og spesialisthelsetjenesten trenger ledere med handlingsrom på alle nivåer.

Handlingsrommet bestemmes av de fullmakter en leder formelt har, det uformelle mandat lederen har opparbeidet seg, og tiden som kan disponeres på oppgaver etter eget valg. Dette kan forstås som hvordan en leder forvalter, eller bruker og anvender, sitt definerte ansvars og myndighetsområde. En leders mulighet til å påvirke resultater er også avhengig av hvilke type organisasjon den leder og de betingelsene den er satt til å lede under (Strand 2001:124).

Handlingsrom for denne studien slik jeg forstår det, består av både et formelt og et uformelt handlingsrom. Det formelle handlingsrommet består av lederens definerte ansvarsområder for sin stilling; oppfølging av personal- fagutvikling og økonomi. I tillegg består den formelle delen av rammebetingelsene for stillingen som er definert i stillingsbeskrivelsen og organisasjonskart. Det uformelle handlingsrommet består av hvordan lederen forstår og fortolker sin rolle som leder og de valgmulighetene som ligger i rollen. Gjennom aktiv rolleforståelse kan ledere skaffe seg handlingsrom.

1.2 Problemstilling og underspørsmål

Masteroppgaven belyses i form av følgende problemstilling: ”Hvilket handlingsrom erfarer mellomledere i spesialisthelsetjenesten å ha, og hva mener de spesielt om sine valgmuligheter og sitt ansvar i lederrollen?”

I oppgaven forstås mellomleder som det samme som enhetsleder. Enhetsleder er leder nærmest pasientbehandlingen i sykehus, med flere ledd av ledere over seg. Mellomlederne har i sin stillingsbeskrivelse et klart definert ansvar for oppfølging av personalet, fagutvikling, og økonomiforvaltning.

Personaloppfølgingen på enhet er som regel; opplæring av nyansatte, kontinuerlig oppfølging av personalet, medarbeidersamtaler, HMS oppfølging, tilrettelegging i arbeid (IA), turnusplanlegging og lønnskjøring. Når det gjelder fagutvikling har de ansvar for at det sykepleiefaglige nivået er i tråd med medisinsk forskning og beste praksis i pasientbehandling. Lederen har også fullstendig budsjettansvar for sin enhet, som kan være flere 10-talls millioner kroner. Ledere på dette nivået er ledere nærmest sykehusets kjernevirksomhet; pasientbehandlingen.

Problemstillingen vil undersøkes gjennom 3 underspørsmål:

1. I hvilken grad mener ledere å ha mulighet til å påvirke løpende beslutninger som treffes innenfor ansvarsområdene personal- fag og økonomi?

Hvordan beskriver lederne informasjonsflyten i avdelingen og i organisasjonen de arbeider i, og har det betydning for de beslutninger og avgjørelser som må tas? Er det slik at lederne har mulighet til å komme med ideer og innspill, eller blir arbeidsoppgavene bare tredd ned over hodene deres? Har ledere på dette nivået mulighet for å jobbe selvstendig med sine arbeidsoppgaver, eller er det slik at de opplever at andre, og særlig overordnede leder, blander seg inn i deres arbeid?

Gjennom å få informantene til å dele på sine erfaringer om i hvilken grad de mener å motta tilstrekkelig informasjon, om de opplever å få delta i beslutninger og om de mener å ha mulighet til å arbeide selvstendig, håper jeg å kunne beskrive hvordan lederne mener å kunne påvirke beslutninger innenfor sine ansvarsområder.

2. På hvilken måte mener lederne å ha mulighet til spesielt å påvirke endringsprosesser i organisasjonen?

Her vil jeg se nærmere på i hvilken grad lederen mener å være med på endringsprosessene i organisasjonen som angår lederens ansvarsområder, og om de har mulighet for å påvirke prosesser i endringsarbeid som i større grad preger lederes arbeidshverdag i helsevesenet. Jeg vil også prøve å fremme om ledere mener å få respons på sine innspill og forslag. For å svare på problemstillingen vil det også være interessant om de mener det er åpenhet i forkant og underveis i arbeids- og beslutningsprosessene rundt omstillinger.

3. Hvordan forstår ledere spesielt ansvaret som ligger i deres lederrolle?

Informantene vil få spørsmål om hva de mener er sitt ansvar og hva de gjør når det gjelder å utvikle nye produkter og tjenester, å være pådriver for å nå organisasjonens resultater og mål, å sørge for at regler og systemer etterleves og fungerer, og å gi støtte- motiverer og utvikle sine medarbeidere. Her vil jeg forsøke å få lederne til å kategorisere sine arbeidsområder, og få frem hva de tenker om sitt "eierskap" til områdene. Gjennom spørsmålene håper jeg å få informasjon om deres bevissthet over arbeidsoppgavene som ligger i en lederrolle og oppfattelse av sin plass i sykehuset.

De tre underspørsmålene vil være med på å belyse problemstillingen. Den handler dels om ansvarsområder som ofte er tydelig for lederen og sannsynlig klart definert i for eksempel stillingsbeskrivelse. Men den handler også om det som ofte ikke er klart definert; hvordan man forstår og utøver sitt lederskap, og hvilke valgmuligheter man kan ha i lederrollen. Begge områdene har betydning for en leders oppfattelse og opplevelse av handlingsrom.

1.3 Begrepsavklaringer

1.3.1 Handling

Handlingsbegrepet kan i første omgang virke enkelt. Handling er adferd styrt av en hensikt. Den kan styres av kortsiktige ”der og da” formål eller formål i et langsiktig perspektiv, og er tilpasset den enkelte situasjon (Norsk Samfunnsleksikon 1993:150).

Max Weber definerer handling som: ” In “action” is included all human behaviour when and in so far as the acting individual attaches a subjective meaning to it” (Weber 1947: 88). Han skiller mellom fire type handlinger: Den handlingsrasjonelle delen er handlinger som følger den vanlige fornuft og foreskrevne regel. Den verditradisjonelle delen vektlegger den enkeltes verdigrunnlag, Den affektive handlingen vektlegger føleleser og spontanitet. Og som fjerde; handlinger som er styrt av tradisjoner. De to siste handlingstypene kan sees på som sosial respons og nesten ikke-handling.

En annen måte å dele opp handlingsbegrepet på kan være å skille mellom strategisk handling og normativ styrt handlinger. Det første er handling for å oppnå noe en har interesse av, det andre er respons på andres forventninger (Samfunnsvitenskapelig ordbok 1999:59). Handlingen må forstås ut i fra den handlendes oppfatning og preferanser. Hvilke mulige handlingsalternativer som finnes og effekter av disse, og rasjonaliteten ligger i at personen velger det alternativ som forventes å gi best virkning (Norsk samfunnsleksikon 1993:150).

1.3.2 Handlingsrom

Begrepet handlingsrom er ikke definert i Norsk Samfunnsleksikon eller Samfunnsvitenskapelig ordbok. Strand (2001) sier at begreper kan sees på som et supplement til rollebegrepet, det fremhever tillatelse mer enn påbud og de spesifikke forventningene (Strand 2001:360).

Lederroller kan variere med hensyn til områder for ledes valg. Handlingsrommet er mulighetsområder mellom krav og begrensinger. Disse kan fra leder til leder variere ut ifra hvordan de forstår og fortolker mulighetene som ligger i lederrollen. Det kan være store variasjoner i en formell rolle, helt avhengig av ledes oppfatning av grensene for handlingsrom, kunnskap om muligheter og leders erfaringer (ibid).

Handlingsrommet påvirkes av og defineres primært fra omgivelsene og overordnede ledelse, men også av ledes egen oppfatning og forvaltning av ansvarsområde. I denne studien omfatter *handlingsrom* det definerte ansvaret som ligger i lederstillingen, sammen ledes forståelse av sin rolle og hvordan mulighetene for valg forvaltes.

1.3.3 Mellomleder

Det snakkes mye om at mellomledere står i skvis mellom toppledelsen på sykehus og de ansatte. Aadland (2004) beskriver kjernen i lederskap som å alltid være i en mellomposisjon mellom vurdering av saker, personer og tendenser – under et helhetsperspektiv. Han sier at slikt sett er ledere på alle nivåer i en mellomposisjon (Aadland 2004:117).

Grund (2010) mener at et godt lederskap er et av virkemidlene for å høste driftsgevinster i helsetjenesten. Han sier videre at hovedoppgaven for ledere i helsetjenesten er å stimulere organisasjonene og de faglige medarbeideren slik at de bruker sin faglige kompetanse og samarbeider i gode arbeidslag (Finset m.fl 2010:44). Han uttaler også at lederrollene kanskje blir mer utfordrende jo nærmere pasienten lederfunksjonen skal utøves. ”Dette betyr at mellomledere har helt sentrale lederroller” (Grund 2000).

Mellomledere i spesialisthelsetjenesten iverksetter helsemyndighetene og den øvre ledelsens strategier, med mer eller mindre opplevelse av bidrag i utvikling av strategiene. Ofte kan de ha liten beslutningsmyndighet i avgjørende bestemmelser, men har større påvirkningskraft i utformingen av endringer.

Med *Mellomledere* i spesialisthelsetjenesten forstår jeg i denne sammenheng enhetsledere i sengeposter i somatisk sykehus. Noen kaller dette førstelinjeledelse, men kan også defineres som mellomledelse fordi man leder mellom ulike hensyn både oppover og nedover i organisasjonen (Aadland 2004:198).

Det er mellomledere med personal- fag- og økonomiansvar som er studiets informanter. Personalansvaret er som regel stort, med mange ansatte med stor faglig integritet. Fagutviklingen må hele tiden oppdateres i forhold medisinsk utvikling og forskning. De økonomiske rammene er klart definerte, men som regel meget stramme.

De ansatte er sykepleiegrupper med stor faglig integritet med klare forventinger. Min erfaring er at mellomlederne ofte er rekruttert internt og ofte er dyktige klinikere/fagpersoner. Et slikt utgangspunkt for ledelse bidrar til å påvirke lederens valgmuligheter og hvilke verdier som kan stå på spill, og hva som vektlegges i lederens opplevelse av handlingsrom. Som beskrevet innledningsvis er det her organisasjonens målsetning operasjonaliseres i møte med pasientene.

Mellomlederne er studiets informanter og dermed forskningsdeltagere. I litteraturen er det benyttet ulike termer for beskrivelse av forskningsdeltagere. Jeg har underveis i oppgaven valgt å betegne deltagerne i hovedsak som informanter, i tillegg til for eksempel ”lederne beskriver”. Det er gjort i et forsøk på å få til en bedre flyt i teksten, uten for mange gjentakelser.

2 Spesialisthelsetjenesten

2.1 Sykehusenes samfunnsmessig utvikling

Sentrale verdier som ligger til grunn for velferdsstaten slik vi kjenner den i Norge, er prinsippene om likhet, rettferdighet og solidaritet. Kjernen i velferdsbegrepet er det offentlige ansvar for innbyggernes inntektssikring, helse og omsorg. Det offentlige ansvaret kommer til uttrykk gjennom politiske føringer (Hatland m.fl. 2004, kap 6).

Organisering, ressursbruk, behandlingssideologi og arbeidsmåter er under stadig utvikling forandring, og endringstakten er stadig økende. I Hatland m.fl 2006 fremstilles det som en utviklingsprosess som har handlet om avinstitusjonalisering og desentralisering (ibid).

Avinstitusjonaliseringen har skjedd gradvis gjennom at andelen døgnopphold har gått ned. Det betyr at behandling, pleie og omsorg som tidligere foregikk primært i institusjon, nå i økende grad foregår i pasientenes hjem eller gjennom dagbehandling/poliklinikk. Liggetiden under behandlinger som foregår i institusjon er også redusert, gjennom raskere behandlingsforeløp (ibid).

Desentraliseringen har endret ansvaret for planlegging og drift av helsetjenesten til lavere forvaltningsnivåer; fra stat til fylke, fra fylke til kommune. De siste årene har utviklingen i helsevesenet snudd igjen; ansvar for driften av sykehus er flyttet fra fylkeskommunen til staten, dog gjennom opprettelse av regionale helseforetak (ibid).

Avinstitusjonalisering og desentralisering i det norske helsevesenet har endret både struktur og arbeidsmåter i tjenesteapparatet betydelig. Allikevel er de grunnleggende trekkene i velferdstjenestene våre – de som gjerne forbindes med den skandinaviske velferdsmodellen – fortsatt relativt stabile. Det offentlige både finansierer og driver mesteparten av helsetjenestene (ibid).

Tradisjonelt har både stat, kommuner, fylker og frivillige organisasjoner drevet sykehus i Norge. Allerede tidlig på 1900 tallet ble det vanlig at trygdekassene betalte helt eller delvis for sykehusopphold. I 1970 kom sykehusloven som påla fylkeskommunene, eventuelt i samarbeid med private organisasjoner å planlegge og drive sykehus. I slutten av 70-tallet og

begynnelsen av 80- tallet hadde olje- og gassproduksjonen en stor innmarsj i den nasjonale økonomien, og de offentlige finansene ble i stor grad styrt gjennom disse.

Sykehusloven ble grunnlaget for en stor og ressurskrevende omorganiseringen i den norske velferdsstaten. Veksten av personalet og utgiftene ble store. Etter hvert ønsket myndighetene å bremse denne utviklingen. I 1980 ble hele finansieringssystemet lagt om, slik at de statlige bidragene til finansieringen kom via rammebevilgninger. Størrelsen ble fastsatt fra år til år. I 1997 ble denne finansieringsformen supplert med ISF ”innsatsstyrt finansiering”, som innebærer at sykehusene også får en del av sine inntekter i form av oppgjør per behandlede pasient.

Per i dag blir sykehusdriften finansiert via en blanding av rammebevilgninger og ISF, eller sagt på en annen måte: ”en blanding av timelønn og akkordbetaling” (Hatland m.fl: 2004:136). Begge finansieringsmåtene ble lansert for å begrense utgiftene i helsesektoren, og for å stimulere til mer effektiv drift, i tråd med moderniseringsbølgen i offentlig sektor, New Public Management.

De siste tiårene frem til Helseforetaksloven ble iverksatt i 2002, har norske sykehus vært strukturert i 3 nivåer: lokalsykehus, fylkessykehus og regionssykehus. Hensikten med sykehusloven fra 1970 var at hvert fylke skulle være selvforsynt med sykehus tjenester, bortsett fra de mest spesialiserte medisinske områdene. De ble samlet på noen få sykehus som for eksempel Radiumhospitalet. (Hatland m.fl 2004).

Lov om helseforetak ble iverksatt 1.januar 2002. Berg (2005) referer til at målet med denne sykehusreformen var å sørge for at markedsfriheten og valgfriheten skulle få en større plass. De to forutgående årene hadde datidens helseminister Tore Tønne (1948-2002), arbeidet for å videreføre bestemmelsen om enhetlig profesjonell ledelse. Han bestemte seg for å profesjonalisere ledelse av sykehus helt til topps ved å fristille ledelsen for løpende politikk. Sykehusene skulle drives som hvert sitt foretak, som selvstendig bedrift, samlet under hvert sitt regionale helseforetak, totalt 5 stk, med statlig eierskap. Under departemental ledelse skulle foretakene drives som selvstendig regionalt konsern (Berg 2005:90).

Reformen har bidratt til iverksettelse av mange endringsprosesser og diskusjoner. Sykehusene i hovedstaden utførte i starten tjenester for to helseregioner (Helse Øst og Helse Sør). Mange mente at dette var uhensiktsmessig, og det var ønsket en samordning av kompetanse, drift og investeringer ved de 15 helseforetakene i de to regionene. Slik kunne man hente ut

effektiviseringsgevinster i pasientforløp/behandling, økonomi og forskning. Sagt på en annen måte: unngå mange kostbare parallelle løp og tilbud i geografiske nærliggende områder. I juni 2007 ble Helse Sør og Øst slått sammen til et regionalt helseforetak, og 4 store sykehus i hovedstaden: Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Ullevål universitetssykehus og Aker sykehus, ble slått sammen til Oslo Universitetssykehus 1.januar 2009. Helse Sør-Øst RHF har i dag 11 helseforetak, og samarbeider i tillegg med private ideelle sykehus og andre private tjenestetilbydere (www.helse-sorost.no).

Omorganiseringen av sykehusene i hovedstaden som for tiden pågår, er gjort på bakgrunn av et ønske om å samordne funksjoner og oppgaver. På denne måten skal kvaliteten i helsetilbudet øke, og man skal unngå parallelle tilbud i nærheten av hverandre. Man tenker også at behovet for blant annet vaktlag vil gå ned (spesialister i døgnvakt/beredskap) ved å samle tilbudene på sykehus. Gjennom slike økonomiske tiltak er det et ønske om å få til en endring til mer effektive helsetjenester i hovedstaden, og mulighet til å overføre økonomiske midler ut til andre regionale helseforetak.

Samtidig skal tilbudet om lokalsykehus stå ved lag. Alle innbyggere i landet skal ha akutt - tilbud i spesialisthelsetjenesten som gir trygghet ved akutt sykdom og skade. Og, for å kunne tilby kvalitet i tjenesten på et lokalsykehus, må man ha et visst volum av innbyggere som sokner til sykehuset. På bakgrunn av dette har det den senere tid kommet opp forslag om og også fattet vedtak om sammenslåing av lokalsykehus. Dette har ført til stor lokalpolitisk aktivitet og mobilisering av innbyggere i protest - tog. Flere forslag har derfor midlertidig blitt lagt på is for nærmere utredning.

Samhandlingsreformen bør også nevnes i denne sammenheng. Tanken med den er å overføre tjenestetilbud til kommunene. Dette innebærer at kommunehelsetjenesten skal bygge opp kompetanse til å kunne overta pasienter og mindre komplisert behandling fra spesialisthelsetjenesten. På denne måten er det tenkt at den samfunnsmessige økonomiske belastningen vil reduseres gjennom at behandling i kommunene vil kreve mindre ressurser enn behandlingen koster på sykehus.

Alle disse komponentene har de siste årene ført til mobilisering av ledere og medarbeidere i endringsarbeid i landets sykehus. Hverdagen i sykehus har fått et daglig innhold preget av utredninger, effektivisering av helsetilbud ved omlegging av behandlingstilbud,

polikliniseringstiltak og kompetanseoverføringsprosjekter. Endringer er blitt en ”vanlig” del av lederhverdagen og arbeidshverdagen til de ansatte i på sykehus.

2.2 Sykehus som arena for ledelse

Enhetsledere, i likhet med overordnede ledernivå utøver lederskap som innenfor sine ansvarsområder har klare juridiske og etiske aspekter. Helsepersonelloven, Spesialisthelsetjenesteloven og Arbeidsmiljøloven, etiske retningslinjer og avtaleverk mellom arbeidsgivere og arbeidstagerforeninger, er styrende for ledelsesutøvelsen. Forsvarlighetsprinsippet er helt klart dypt forankret i sykehusvirksomheten, ikke bare rettet mot enkeltindividens handlinger, men også mot organiseringen av kjernevirksomheten ”pasientbehandlingen” (Molven 2006: 73-75).

Etiske dimensjoner i pasientbehandling har også fått en større plass i sykehusene. Sykehusene bør ha en institusjonell innretning mot etiske problemstillinger som i større grad ivaretar pasientens beste. Et mer helhetlig ansvar for sykehusene å organisere seg slik at pasientens behov kommer først..

Tradisjonelt har etiske problemstillinger handlet om lege – pasientforholdet, men gjennom å øke fokus på ledelsesansvar kan man si at sykehus som organisasjon i større grad ivaretar det moralsk etiske ansvaret. Gjennom økt fokus på ledelse og organisering av helsevesenet kan man si at sykehusene som virksomhet har fått styrket det institusjonelle moralsk ansvar kontra det før mer tradisjonelle individuelle fokus på moralsk ansvar. Sykehuset som virksomhet skal ha til hensikt å ivareta pasientens beste (Thomson 2005:280-283, Molven 2006:88-89).

Alle disse komponentene har de siste årene ført til mobilisering av ledere og medarbeidere i endringsarbeid i landets sykehus. Uttalelser som: ”Dere får aldri arbeidsro” (Hansen, Bjarne Håkon, Sykepleien, 16. oktober 2008), og Strøm-Erichsens anbefaling til sykepleierne om å: ”bli glad til endringer” (Sykepleien, 14.januar 2010), viser at det er det som også forventes fra regjeringen. Hverdagen i sykehus har fått et daglig innhold preget av utredninger, effektivisering av helsetilbud ved omlegging av behandlingforløp/tilbud, polikliniseringstiltak og kompetanseoverføringsprosjekter. Endringer er blitt en ”vanlig” del av lederhverdagen og arbeidshverdagen til de ansatte i på sykehus.

2.3 Ledelse i sykehus

Forskjellige sykehus kan ha ulik grad av hierarkisk innordning. Ofte kan det være 2-3 ledd med ledere over en førstelinjeleder. På det sykehuset hvor informantene til denne studien arbeider er det to ledernivåer inkludert enhetsleder definert før direktøren. Direktøren har definert sin ledergruppe som en sammensetning av ulike stabsfunksjoner, blant annet med sjefslege og sjefssykepleier som rådgivende funksjon for pasientbehandlingen og pleien.

Sykehus er i dag organisert etter prinsippene om enhetlig ledelse. (NOU 1997:2). Under direktøren er avdelingssjefene organisert i direkte linje. De har totalansvar for sine ulike avdelinger, men har alle leger og oversykepleier i sin stab. Ved større sykehus kan det være klinikkssjefer organisert under avdelingssjefene, da er leger og andre stabsfunksjoner organisert under klinikkssjef. Avdelingene er delt inn etter spesialiteter som blant annet medisin, kirurgi, revmatologi og psykiatri. Hver avdeling er delt inn i ulike enheter som for eksempel sengeposter, poliklinikk, operasjonsstuer og intensiv overvåkningsenhet. De ledes av enhetsledere, som har totalansvar for sykepleiefaglig personell, fagutvikling og økonomi på enheten. Alle fagområder innenfor en avdeling har en seksjonsoverlege som har det medisinskfaglige ansvaret for sin seksjon, de har ikke personalansvar eller økonomiansvar.

I utgangspunktet er enhetslederstillingen ”stillingsnøytral”, men i stillingsbeskrivelsen (se vedlegg) er det et krav om formell utdannelsen som autorisert sykepleier, lederutdanning er ikke et krav men et ønske. Enhetsleder har rapporteringsplikt til avdelingssjefen, og informasjonsplikt til underordnet personell og samarbeidende faggrupper. Lederen deltar også i avdelingens lederteam, og fattet avgjørelser av betydning for den medisinskfaglige virksomheten sammen med seksjonsoverlegen som er tilknyttet enhetens fagområde. På denne måten blir ansvarsforholdet til ledere i sykehus ivaretatt etter intensjonene i NOU 1007:2 ”Pasienten først!”

Enhetsleders sykepleiefaglige ansvar betyr å hele tiden sørge for at den sykepleiefaglige standarden på den behandling, pleie og omsorg som gis av sykepleiere er i tråd med medisinskfaglig utvikling. Seksjonsoverlegen har det overordnede ansvaret for at legetjenestens utøvelse er i tråd med medisinskfaglig utvikling. Utviklingsarbeidet i sykehuset gjøres i samarbeid mellom lege- og sykepleietjenesten. Her blir det et brytingspunkt mellom ledelse og fag, som hensiktsmessig bidrar til at medisinskfaglig forankrede insentiver blir en del av driften av sykehuset og enhetene.

Enhetene er organisert (se vedlegg) med en leder med linjeansvar, som har totalansvar for driften av enheten. Det innebærer totalansvar for alle ansatte på enheten, ansvar for fagutviklingen og økonomiansvar. Enhetsledere kan ha assisterende enhetsleder, som har direkte stedfortrederansvar ved leders fravær. Det kan være varierende grad av antall fagsykepleiere ansatt på enhetene, alt etter hvor store enhetene er. Avdelingene har oversykepleier organisert i stab til avdelingssjefene, som er en del av avdelingens lederteam sammen med enhetslederne. Oversykepleiers funksjon i lederteamet på avdelingen, er å være overordnet sykepleiefaglig rådgiver for avdelingssjefen. Oversykepleier leder et forum for sykepleiefaglig utvikling hvor alle fagsykepleiere fra de forskjellige enhetene deltar. På denne måten blir sykepleiefaglige, medisinskfaglige og driftsmessige områder balansert i avdelingsledelsen.

Enhetsledelse er ledelse tettst på sykehusets kjernevirksomhet; pasientbehandlingen. Her iverksettes helsemyndighetenes og den øvre ledelsens strategier, med mer eller mindre opplevelse av bidrag i utvikling av strategiene. Det er på enhetsnivå at alle endringer som får konsekvenser for pasientbehandlingen implementeres. Lederne kan ofte ha liten beslutningsmyndighet i avgjørende bestemmelser, men kan ha større påvirkningskraft i utformingen av endringer.

Enhetsledere har en stor lederrolle i å mobilisere ansatte, slik at pasientbehandlingen blir i tråd med politiske føringer og sykehusets målsetning. Endringstakten slik som beskrevet i 4.2 er høy, og medfører stadig endrede arbeidsforhold for de ansatte. Ledere på enhetsnivå har ansvar for å både implementer endringene og ivareta personalet. Det kan sees på som en stor utfordring enhetsledere og stå for at de overordnede føringene blir iverksatt og samtidig drive god ledelse og godt fagarbeid på enhetsnivå (Finseth m.fl 2010).

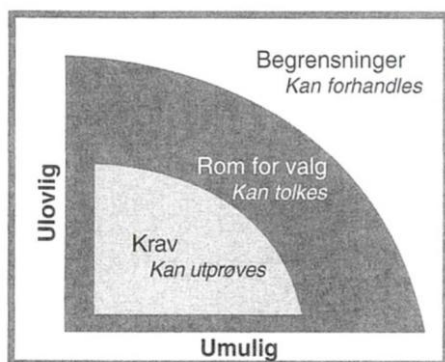
3 Teori og forskningsstatus

3.1 Handlingsrom

Strand (2001) beskriver at lederes muligheter for å påvirke i organisasjoner er avhengig av de spesifikke betingelsene lederen har for å handle, i tillegg til hvilken type organisasjon lederen leder. Handlingsrommet bestemmes blant annet av de fullmakter lederen formelt har og det uformelle mandatet han eller hun har opparbeidet seg. Andre forhold som bestemmer handlingsrommet er lederens tilgang til informasjon og lederens spesielle kunnskaper (Strand 2001:124).

Strand beskriver videre at ledere må ta seg friheter. Han sier videre at faktorer som skiller lederrollen fra andre roller er at de fungerer i soner med utfordringer som ikke er alltid har fastsatte rutiner og at det er helt klart hva som skal gjøres. Dette defineres som uprogrammerte beslutninger: ”Dette er de beslutninger og handlinger som rettfærdiggjør ledelse som noe spesielt, mer enn et hjul i maskineriet”. Handlingsrommet er ikke definert en gang for alle, men kan påvirkes. Den enkelte leder har i virkeligheten store muligheter til å kunne påvirke sitt handlingsrom.

Strand (2001) gjengir en amerikansk forskning som viser stor variasjon i rolleutforming og handlingsrom for identiske stillinger. Den enkelte har i virkeligheten stor mulighet til å påvirke størrelsen på handlingsrommet. Dette avhenger av lederens oppfatning av grensene, kunnskap og mulighetene og erfaringer med risiko og utprøving. De subjektive grensene kan flyttes, både når det gjelder krav og begrensninger (Strand 2001:360). Sett i denne sammenheng er det teoretisk sammenheng mellom lederrolle og handlingsrom.

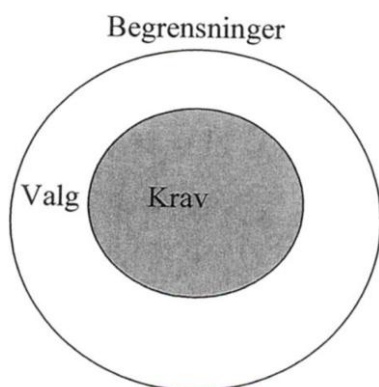


Strands modell for handlingsrom (2001:360), beskrives med at kravene i stillingen er kjernen; de kan utprøves. Utenfor det ytterste området er begrensningene i handlingsrommet; det kan

være for eksempel begrensninger i organisasjonen eller lederens oppfatning av lederrollen, og de kan det forhandles på. Mellom det innerste området som representerer kravene og det ytterste som representerer begrensningene, er det rom for valg, som kan fortolkes ulikt fra leder til leder. Han henviser til at rolleutforming og handlingsrommet varierer sterkt for identiske stillinger (Strand 2001:360).

Espedal og Lange (SNF, prosjekt nr 6485) gjennomførte i 2005 et prosjekt finansiert av DnB NOR ASA, der problemstillingen var: "Lederes handlingsrom i forbindelse med endring og lederutvikling." Hensikten var å få frem i hvilken grad og på hvilken måte ledere i DnB NOR opplevde å ha rom for å kunne utøve ledelse i banken. Studien tok utgangspunkt i tre funksjoner ved lederrollen: prestasjonsledelse (produsent- og administratorrollen), relasjonsbygging og kulturbygging (integratorrollen), og tilpasning til nye forutsetninger (entreprenørrollen).

Rapporten viser at lederen har begrenset handlingsrom for valg påvirket av forholdet mellom krav og begrensninger. Det synes vanskelig for lederne å fylle alle krav til lederrollen, da det er mål og resultatstyring som er passende og forventet ledelse. Av denne grunn påvirkes ledernes handlingsrom, som begrenses av at mål og strategier fastsettes av toppledelsen. Lederen kan derfor påvirke valg av midler *innenfor* rammene av krav og begrensninger, jmf figur (2005:5)



Espedal og Lange sier videre at valg- og handlefrihet kan knyttes til: definering av mål og strategi, hva som skal prioriteres, vektlegges og få oppmerksomhet, hva som skal være stabilt og hva som skal endres, etc. Og for det andre kan valgene knyttes til hvordan en strategi kan implementeres.

De henviser til at valg og handlegfrihet spesielt vil være viktig i situasjoner som er preget av usikkerhet og endring. Eksempel på situasjoner kan være; når beslutninger ikke er programmerte, når situasjoner ikke er rutiniserte, når det er uklare og motstridende forventninger og når kulturelle normer ikke sørger for en ferdig opptrukket retning. De hevder at i slike tilfeller vil ”ledere som har mandat, handlegfrihet og handlegkraft til å treffe beslutninger til å implementere disse være av stor betydning” (2005:6).

Denne oppgaven handler om hvordan mellomledere i spesialisthelsetjenesten erfarer å ha handlegrom og hva de mener om muligheter for valg og ansvar i lederrollen. Espedal og Langes rapport beskriver at ledernes handlegrom begrenses av mål og strategier fra toppledelsen, og at ledere har mulighet til å påvirke valg av midler innenfor rammene av krav og begrensninger er derfor interessant for denne. Det kan derfor være interessant å sammenligne rapportens funn med egne analyser, selv om informantene arbeider innenfor forskjellige bransjer.

Ole Hope ved Norges Handelshøyskole skriver i sin doktoravhandling ”Essays on Middle Management Responses to Change Initiatives” (2010) om mektige mellomledere som kjemper omkamper og tidvis klarer å sabotere endringer initiert av toppledelsen. De tar lederskap gjennom uformelle kanaler og gjennom å styre dialogen, styrer de utfallet av dialogen. Det handler om å konstruere språk og språkbruk, og styre hvilke dialoger som er til stede i organisasjonen (Myklemyr, Anita). Ukeavisen ledelse, 14.mai 2010). Avhandlingen beskriver mellomledere som fargelegger innhold ut i fra egen oppfattelse av realiteter. Uavhengig om mellomlederen mener at endringen kan bli en suksess eller fiasko for organisasjonen, så er lederen i en unik posisjon til å påvirke og sette rammebetingelser. Lederen er i stand til å begrense diskusjonen av endringen eller vinkle den i spesielle retninger i kommunikasjonen med andre. Videre beskrives det at ledere kunne vinkle innhold i konklusjoner slik at de passet egen oppfattelse av realiteter. På en annen side ble det også funnet at kommunikasjonen under endringsprosesser åpnet for nye perspektiver. Lederne som fikk presentert endringer fra toppledelsen var enten positive til endringene, eller avvikende og beveget seg i en annen retning enn det som var målet for endringen.

Hopes analyse avslørte hvordan mellomledere tok bruk av forskjellige hersketeknikker og lente seg på forskjellige taktikker for å påvirke andres meninger. Han viser hvordan mellomledere aktivt engasjerer seg i maktutøvelse, maktspill og retorisk språkbruk og adferd

for å påvirke resultatet av endringer. Man kan si at denne avhandlingen beskriver hvordan ledere har rom for fortolkning av rammebetingelsene de arbeider innenfor, og hvordan de udefinerte og uformelle sidene av handlingsrom kan benyttes i organisasjoner (Hope 2010).

Ole Hope studerer hvordan mellomlederens respons på endringsinitiativ påvirker det endelige resultatet av endringen. Avhandlingen viser at mellomlederens mottakelse og fortolkning av toppledelsens endringsforslag har direkte innvirkning på om endringer blir realisert eller ikke. Det er to dominerende syn på mellomledere: det tradisjonelle der man ser på mellomledere som et hinder for utvikling og endring, eller et nyere der mellomledere er en viktig ressurs for å få endringer satt ut i livet. Det sistnevnte er rådende i nyere forskning. Han argumenterer for at bedrifters strategier bør være summen av enkeltindividets handlinger, og ikke noe man kun i toppledelsen kan beslutte seg til. Mellomledere er en sentral ressurs for gjennomføring av endringer. De har en sentral posisjon, og kan aktivt gå inn å velte endringene. Dette kan like gjerne være av den årsak at de tror det er det beste for virksomheten som et egoistisk argument (Hope 2010).

Funnene i Hopes arbeid støtter opp under et syn som legger til grunn at de strategier og mål en organisasjon realiserer, er summen av enkelindividets handling, forståelse av handlingsrom og valgmuligheter i lederrollen.

På bakgrunn av overnevnt forskning kan en leders handlingsrom beskrives som lederens forståelse av sitt definerte ansvarsområde (formelt handlingsrom), og hvordan lederen forstår og fortolker sine rammebetingelser (uformelt handlingsrom). Rammebetingelsene består av lederens egen forståelse av definerte ansvarsområde og forståelse av lederrollen. Gjennom aktiv rolleforståelse kan leder skaffe seg handlingsrom.

3.2 Lederrollen

Høgskolelektor Åge Gjøsæter ved Høgskolen i Stord/Haugesund uttaler i en artikkel i HSH info av 16.september 2009, at det har vært skrevet relativt lite om mellomledere, og mener at de lett kan bli usynlig og undervurderte ledere i en virksomhet. De må forholde seg til både toppledere og til mange krevende faglige medarbeidere i linjen under seg. Han har sett nærmere på hvilke oppgaver ledere faktisk utfører. Studien er gjennomført på bakgrunn av intervju av 30 mellomledere i tre store petromaritime virksomheter i regionen.

Formålet med hans studie var å undersøke om førstelinjeledere innenfor virksomhetene har utviklet seg fra primært å være en industriell formannsrolle, til i dag en mer postindustriell lederrolle tilpasset krav og forventninger som eksterne og interne interesser setter til virksomheter i overgangen fra det industrielle til det postindustrielle samfunnet (Gjøsæter 2009:4). Dette kan sammenlignes med utviklingen av førstelinjeledelse i spesialisthelsetjenesten, som har gått fra å være en mer rendyrket fagledelse, til enhetlig ledelse med et større helhetlig ansvarsområde.

Studien hans viser at største delen av arbeidstiden går med på oppgaveorientert ledelse (produsent- og administratorrollen), en del tid går med til relasjonsorientert ledelse (integratorrollen), og en liten grad går med til endringsorientert ledelse (entreprenørrollen).

Et gjennomgående funn i hans studie som er karakteristisk for mellomledelse, viser at førstelinjeledelse fremsto som en ”urias-post”. Lederen blir utsatt for utfordrende krav og forventninger, både fra overordnede ledelse og fra medarbeidere. Dette førte ofte til en mengde oppgaver som krevde oppmerksomhet i løpet av en arbeidsdag. ”Å være førstelinjeleder fremsto som en ”mellom barken og veden” rolle” (Gjøsæter 2009:9). De utfører ofte beslutninger fattet av andre, uten særlig handlingsrom for utøvelse av aktiv ledelse (hsh.no).

Et sentralt funn i studien var et ønske om sterkere og tidligere involvering i overordnede planer. Lederne uttrykte dette på bakgrunn av et ønske om å få større oversikt over hva som skulle skje i organisasjonen fremover, og ikke minst å kunne bidra til å oversette og implementere overordnede planer og strategier til konkrete arbeidsoppgaver i den operative arbeidshverdagen (ibid).

Lederne ønsket i større grad av involvering i endrings- og forbedringsprosesser, og i mindre grad å bruke tid på administrativt arbeide (Gjøsæter 2009:13). Han trekker frem at studien indikerer at førstelinjelederrollen er i endring med sikte på å finne sin plass i verdiskapningskjeden innefor virksomheten. Dette begrunner han med at førstelinjeledelse fremsto som et nøkkelledd når det gjaldt verdiskapning i organisasjonen, men også når det gjaldt generering av endringer og forbedringer i den operative delen av virksomheten (Gjøsæter 2009:24).

Han nevner at ledere på dette nivået ofte kastes inn i lederrollen og trenger utvikling av lederkompetanse (hsh.no), og at det er et behov for å tilrettelegge utdannings- og utviklingsprogrammer for å øke faglige og ledelsesmessige kvalifikasjoner for førstelinjeledelse (Gjøsæter 2009:24).

Avslutningsvis påpeker han at førstelinjeledelse er et område som bør belyses nærmere fordi utøvelse av effektiv førstelinjeledelse vil bli viktig for å utvikle konkurransekraftige organisasjoner (Gjøsæter 2009:25). Studiene indikerer at førstelinjelederrollen er i utvikling med sikte på å finne sin ”optimale” plass i verdiskapningskjeden i den enkelte virksomhet, fordi førstelinjeledere fremstår som et nøkkelledd når det gjelder verdiskapning i organisasjonen, også når det gjelder endringer og forbedringer innenfor den operative delen av virksomheten (Gjøsæter 2009:25). Det er også overførbart til utfordringer for ledelse på enhetsnivå i sykehus, da sykehus som organisasjon også har utviklet seg til å måtte ha fokus på verdiskapning og være mer konkurranseutsatt enn tradisjonelt. Verdiskapningen i et sykehus er primært pasientbehandlingen, og enhetsledere er ledere nærmest verdiskapningen. Det er nærmest pasientbehandlingen at den øvrige ledelses mål og strategier operasjonaliseres.

Strand (2001) hevder at en del ledelsesteori i stor grad er oppgaveorientert i den grad at den vil belyse hva ledelse er ut i fra sentrale lederoppgaver. Han sier videre at oppgaveorientert ledelsesteori i hovedsak tar for seg funksjonsperspektivet på ledelse, med rasjonelle og målrettede lederoppgaver. Ledelse som et sett av roller viser hvordan de enkelte ledere selv bestemmer på hvilken måte de skal forså sine roller og utføre sine oppgaver. Rolleperspektivet på ledelse gir et mer utvidet perspektiv og forståelsesramme for ledelse.

Denne forståelsen på ledelse kommer også frem i NOU 1997: 2, ”Pasienten først!”. Her presiseres det at enhetlig ledelse innebærer at ledere i sykehus skal ha holdninger og adferd som reflekterer kjernen i det som lederskap dreier seg om: å ta ansvar, for at enhetens mål og rammer er klarlagt. At det utvikles en felles erkjennelse for målene blant medarbeiderne, og for de resultater som skal skapes. At resultatene følges opp slik at man på best mulig måte sikrer måloppnåelse, og at man initierer og gjennomfører nødvendige endringsprosesser slik at man på en bedre måte kan møte pasientens behov (1997:11-13).

Ledere blir møtt med forventninger fra mange hold, disse inngår i forhandlinger med lederens forventninger til seg selv (Aadland 2004:52). Rolleperspektivet for lederen selv er derfor sentralt, men det er også viktig at ledere er bevisst sin rolle i å formidle organisasjonens overordnede målsetning og verdigrunnlag.

Strand(2001) har gjennomgående basert sin bok på tanken om at organisasjonstyper, ledelsesoppgaver og ledelsesroller kan deles inn i fire områder etter Adizes modell PAIE; produsent, administrator, integrator og entreprenør. Ledelse kan måles mot ivaretagelsen av organisasjonens behov innenfor disse fire områdene. Strand benytter seg av dette firedelte skjemaet både når det gjelder roller, funksjoner, profiler og organisasjonstyper. På denne måten settes dette i sammenheng på en pedagogisk måte.

Det kunne vært et alternativ å bruke andre kategorier. Bolman og Deal (2009), deler organisasjonslivet inn i 4 rammer for fortolkning; Strukturelle rammer, Human resource rammer, politiske rammer, og symbolske rammer. De hevder at ved å kunne anvende flere av rammene vil en alltid ha mer enn en måte å reagere på overfor enhver utfordring. De som klarer å variere fortolkningsrammene, forteller om opplevelse av valgfrihet og makt (Bolman og Deal 2009:44 og 350) Dette kan vært relevant sett i sammenheng med begrepet handlingsrom. Men sett ut i fra rolleperspektivet i problemstillingen anser jeg Strand for nyttigere.

Peter Selznick (1957) deler i sin bok opp ledelse i to kategorier; ledelse og administrasjon. Sammenheng mellom organisasjonens oppdrag og rolle blir inndelt i internt engasjement og eksternt press. Disse perspektivene er i stor grad interessante og aktuelle fremdeles. Men, i sammenheng med mellomleders rolle og handlingsrom mener jeg dette blir for snevert, da lederrollen i dag innehar så mange elementer som trenger flere variabler enn to for å kunne analysere handlingsrommet hensiktsmessig.

3.3 Ansvar for ledere

Strands beskrivelse (2001: 241) brukes som indikator på ansvarsområder i lederrollen og lederens opplevelse av handlingsrom. Modellen strukturerer en leders roller i en organisasjon innenfor fire ansvarsområder:

Produsent: Å sette mål, drive fram resultater. Sørge for å nå oppdragsgiveren og organisasjonenes overordnede mål for helsetjenesten. Kontinuerlig faglig utviklingsarbeid slik at sykehuset leverer beste praksis i pasientbehandlingen. Sentrale oppgaver for produsentfunksjonen er å etablere mål for prestasjoner og standarder for adferd og sørge for problemløsning og resultater for pasientene.

Administrator: Å nytte systemer og strukturer og utvikle disse. Fokus på kontinuerlig innarbeiding av oppdaterte faglige rutiner i pasientbehandlingen, rutiner for helse- miljø- og sikkerhet og forvaltning av økonomi. Kort sagt alle driftsmessige rutiner rundt en enhet på sykehus. Sentrale oppgaver for administratorfunksjonen er å kjenne og håndheve regler, tilpasse regler og systemer og unngår feil og forstyrrelser.

Integrator: Å skape felles oppfatning og styrke medlemmenes tilknytning til organisasjonen. Her inngår ivaretagelse av de ansatte i form av kontinuerlig støtte og veiledning og arbeide med det psykososiale arbeidsmiljøet. Alle skal føle seg sett, ivaretatt og inkludert i fellesskapet. Sentrale oppgaver for integratorfunksjonen er å skape og vedlikeholde relasjoner, sørge for samstemmighet og identitet blant de ansatte.

Entreprenør: Å forholde seg aktiv til omverden, utnytte muligheter og avverge trusler. Utvikle tilbudet til pasientene i henhold til oppdragsgiverens bestilling og medisinsk forskning. Bidra til hensiktsmessig forbedring og utvikling av helsetjenesten og strategisk utvikling. Dette er enhetens ansikt utad. Sentrale oppgaver for entreprenørfunksjonen er å vurdere trusler og muligheter i organisasjonen, velge arbeidsfelt, resultatskaping og rettferdiggjøring av valg.

Ulike organisasjoner kan ha forskjellige rammer for hva fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver for ledere. Det vil da påvirke hvilke type ledelse som blir dominerende. Fagbyråkratiet har vært dominerende i sykehus, og har ført til en dominans av administratorfunksjonen. Etter reformen som førte til enhetlig ledelse ved sykehus (NOU 1997:2), er det lagt til rette for at sykehus har lederroller som har mer innslag av ansvarsområdene i entreprenør- integrator- og produsent funksjonen. Reformen siktemål var blant annet at ledere skulle gis riktig ansvar og fullmakter/virkemidler, og at ledere skal ha holdninger som tilstreber tverrfaglig samarbeid med fokus på pasientens beste. Ledere i sykehus har fått et større helhetlig lederansvar.

Ansvarsforståelse handler som beskrevet pkt 3.2 mye om rolleforståelse. En leder stilles ovenfor en rekke situasjoner som innebære verdivalg og etiske vurderinger. Dette innebefatter fordeling av goder og kanskje et valg på bekostning av noe annet, og ikke minst subjektive tolkninger av situasjoner generelt. Ledere er også utsatt og eksponert i større grad enn gjennomsnittsborgere for krav og forventninger om rettferdiggjøring av valg i en verden der interesser og vurderingskriterier gjør seg gjeldende (Strand 2001:556).

En leder kan stå ovenfor en situasjon med flere *valgmuligheter* for løsning. Bevisste vurderinger, avveininger, midlertidige prioriteringer (kanskje for et godt formål), vurdering av moralsk hensiktsmessighet i det lange løp, og kanskje hvordan noe fremstår til fordel for hva som er god virkning, legges til grunn når en leder tar et valg (Ravizza 1993:290).

Mange moralske situasjoner en leder står i vil ha karakter av paradokser og dilemmaer som fører til avgjørelser og bevisste valg. Grunnlaget for bedømmelser er et utspring av etiske overbevisninger. Bevisstheten om eget ansvar må være det første punktet i en utvikling av en lederetikk. Individuer og organisasjoner kan ikke gjøre feilaktive ting over tid uten å bli stilt til ansvar (Strand 2001:556-557).

I følge Thomson 2005, har ledere et moralsk ansvar ved valg av handlinger, blant annet fordi flere (ansatte, kollegaer og pasienter) blir påvirket av avgjørelser som blir tatt. Han begrunner dette med at fordi avgjørelser som skal tas kan innebære uenigheter om fundamentale moralske verdier, kan beslutningstagningen bli mer kompleks og kontroversiell. Han mener videre at det er behov for mer direkte respons der det beveges mot større grad av moralsk ansvarlighet. Tradisjonelt har konsekvensene av moralske og etiske utfordringer blitt erstattet med blant annet prosedyrer og etiske regler. Han mener at positive tilbakemeldinger på økt moralsk ansvar hos ledere vil være et mer overbevisende og stimulerende svar enn det tradisjonelle. Innholdet i hans bok søker å reorientere vår tenkning om etikk i det offentlige liv mot en tilnærming til individuelt moralsk ansvar inn i mer faste former/ institusjonelle former. Det betyr at ledere har et moralsk ansvar utover eget definerte ansvarsområde, et ansvar for organisasjonen som system. Å gjenopprette moralsk ansvar vil kreve en bevisstgjøring av ansvarsforholdet en leder har i en mer institusjonell kontekst. Etiske utfordringer omkring individuelle laster som for eksempel; personlige fordeler, bestikkelser og grådighet, har fått

for mye oppmerksomhet. De bør heller tenkes på som institusjonelle laster; utydelig formidling, overdreven hemmelighold og mangel på ansvarlighet (Thomson 2005:1-5).

Etiske spørsmål i praksis er ofte slike: hva er det rette å gjøre? Men like viktig er det å spørre seg: Hva er det rette å gjøre når andre ikke gjør det de burde gjøre? Dette er en overordnet måte å plassere etiske utfordringer i. Fokuset bør ligge på det moralske ansvaret som en har når en observerer at andre gjør de rette tingene, og når de ikke gjør det må en ta ansvar og handle i forhold til problemet/utfordringen (Thomson 2005:245).

Det tilhører menneskets natur å ha en grunnleggende tillit til hverandre (Løgstrup 1956:17). I moderne samfunn og organisasjoner har vi tillit til at de som tar avgjørelser gjør de rette tingene. Det er vanskelig å kontrollere alt som gjøres. Man har tillit til at kvaliteten på avgjørelser er til det beste, fordi en har tillit til at avgjørelser og handlinger ettersees av en form for internkontrollsystem eller tilsyn. Når det foretas handlinger og avgjørelser som ikke blir gode, kan det oppleves det som et tillitsbrudd på flere nivåer; både av den som utfører handlingen og systemet eller tilsynet som etterser. Det kan oppleves som en fordobling av svikt, og peker på en systemfeil hva gjelder institusjonelt ansvar. Selv om en leder observerer en form for svikt, har ikke lederen som individ fullt ansvar for organisasjonens handlinger, men et moralsk ansvar (Thomson 2005:245, Fischer og Ravizza 1993:294).

Saken rundt misbruk av barn tilknyttet den katolske kirken er et eksempel på mangel av ansvarsbevissthet, slik som beskrevet i avsnittet over. Man må kunne anta at noen har observert og eller hatt mistanke til misbruket, men valgt å ikke ta tak i det. En har da å gjøre med en individuell svikt og samtidig en kollektiv svikt, at det ikke er et institusjonelt ansvar. Og man har ikke hatt noe form for tilsyn for å unngå at slik skal skje. Eller at tilsynet har sviktet (Thomson 2005:245-246). Dette er et eksempel litt på siden av det norske helsevesen, men en kan dra linker til hvordan et slikt system i organisasjoner virker, organisasjonen som generelle funksjon. Og ikke minst hvordan de ikke virker når det går galt, og hvordan disse feilene og avvikene håndteres.

Et godt eksempel er en skandale fra et norsk sykehus, ofte referert som "Ventelisteskandalen". Kreftpasienter som skulle følges opp ved et sykehus ble ikke det, grunnet svikt i sykehusets egne kontrollsystemene. Når feilene ble avdekket kjenner en på en misstillit til sykehuset som system for oppfølging av innbyggere med alvorlig sykdom, og til organisasjonsmedlemmenes

håndtering av saken. Slike tillitsbrudd kan gi voldsomme reaksjoner (Bjørnstad og Thoresen, Asker og Bærum Budstikke 19.mars 2011). De fleste har tillit til at sykehus ivaretar pasientenes beste. Reaksjoner på det som blir opplevd som tillitsbrudd mener Løgstrup kan forklares med at; et menneske viser tillit (til mennesker, systemer og organisasjoner) ved å utlevere seg selv, tillitsbruddet oppleves som misbruk av tillit (Løgstrup 1956:18). Pasienten og pårørende som artikkelen i Asker og Bærum budstikke handler om hadde tillit til sykehuset, og trodde at behandlingen ville bli fulgt opp. Systemet i sykehuset sviktet, og behandlingen ble ikke fulgt opp, de reagerte på systemsvikten og opplevde det som tillitsbrudd.

Slike feil i mener Thomson (2005) er mangel på ”etisk oversikt”. Det er en mangel på å ta ansvar for å ta hånd om andres feilaktige handlinger. Når man ikke har en slik kollektiv innretning til det moralske ansvaret, kan ledere krenke medlemmenes og pasientenes tillit. Slike typer krenkelser er de mest viktige/betydningsfulle i en organisasjon å unngå, fordi vi har tillit til at ledere etterser at andre oppfyller denne tilliten. I mangel av en kollektiv innretning på moralsk ansvar blir tillitsbruddet så stort. Hele organisasjonen har sviktet (Thomson 2005:247).

Ledere som medlemmer i en organisasjon har et individuelt ansvar for at de avgjørelser og prioriteringer som blir gjort er det beste for totalen, og ikke bare om den ene avgjørelsen er god i seg selv. Derfor er det interessant å se om intervjuobjektene opplever like stort ansvar for alle 4 arbeidsområdene som Strand har delt en leders ansvarsområder opp i. Det kan være at lederne har forskjellig forståelse av hvordan de mener de forvalter sitt handlingsrom. Gjennom overnevnt teoretisk materiale har jeg forsøkt å vise at forvaltning av handlingsrom også innebærer moralske prioriteringer, verdier og valg. Et ansvar både for eget ansvars- og myndighetsområde, men også for totalen.

3.4 Oppsummering

I pkt 3.1 tyder empirien på at førstelinjeledere ønsker en tidligere og sterkere involvering i overordnede planer. Ledere ønsker å få større oversikt over hva som skal skje i organisasjonen fremover, slik at de kan bidra til å implementere endringer i den operative arbeidshverdagen.

Empirien tyder også på at mellomledere er en sentral ressurs for gjennomføring av endringer. De har en sentral posisjon, og kan aktivt gå inn å påvirke endringene. De strategier og mål en organisasjon realiserer, er summen av enkelindividers handling, forståelse av handlingsrom og valgmuligheter i lederrollen.

De empiriske undersøkelsene og den teoretiske forankringen om handlingsrom og lederroller jeg har valgt ut for denne studien, mener jeg kan være med å belyse i hvilken grad ledere mener å ha muligheter til å påvirke beslutningstaking rundt deres ansvarsområder, og i hvilken grad de mener å ha mulighet til å påvirke i endringsprosesser. Rolleteoriens oppdeling av ansvarsområder og arbeidsoppgavene i disse, samt teori om ansvar vil være med på å belyse hvordan lederne forstår ansvaret som ligger i deres rolle.

4 Metode

4.1 Begrunnelse for valg av metode

Jeg har valgt å bruke kvalitativ metode, da min problemstilling er ment å skulle være mer beskrivende enn forklarende. Målet er å forstå, ikke forklare og predikere (Malterud 2003:40). Jeg ønsket å utforske og beskrive mellomlederens forståelse og erfaring med sitt handlingsrom. Målet er å få økt forståelse og innsikt i mellomlederens opplevelse av egen situasjon (Johannesen m.fl., 2005:81).

Kvalitativ tilnærming passer godt på å utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. Formålet med studien har vært å ha fokus på egenskaper og kjennetegn, og å få frem betydningen av mellomlederens erfaringer og opplevelse av sitt handlingsrom, ikke mengde og fordeling. Kvalitativ metode har som siktemål å skape en forståelse, og innebærer liten grad av formalisering (Malterud 2003:33).

Jeg har valgt å bruke intervju som kvalitativ metode. Valget ble gjort fordi jeg ønsket å komme nært inn på mellomledernes arbeidssituasjon. Det har gitt meg kunnskap og forståelse for hvordan intervjuobjektene ser på sitt handlingsrom for ledelse og ansvar i sin stilling. Analysen av intervjuene har vært med på å få frem meningsinnholdet i intervjuene, som er en av to måter å analysere fenomenologiske studier på (Johannesen 2005:162). Det kunne vært et alternativ å bruke kvantitativ metode i form av en spørreundersøkelse, men da ville det vært vanskeligere å få frem mellomlederens subjektive beskrivelse og egne betraktninger.

4.2 Utvelgelse av undersøkelsesenheter

Formålet med denne studien er et bidrag til forståelse av mellomlederens handlingsrom i arbeidshverdagen i sykehus. Det var den enkelte lederes erfaringer og opplevelse som skulle være grunnlaget for den kvalitative forskningen. Intervjuobjektene danner grunnlaget for å få frem formålet og hensikten med studien. Den kan *sammenlignes* med mellomlederens arbeidssituasjon i andre sykehus, men den kan ikke sies å være representativ for *alle* mellomledere i sykehus (Johannesen 2005:107).

Jeg valgte å intervjuer mellomledere nærmest pasientbehandlingen. På sykehuset ble de definert som enhetsledere. Alle lederne hadde flere like betingelser å lede ut i fra: de var

ledere for sengeposter med døgnkontinuerlig drift, hadde ansvar for større ansattegrupper (30-45 stk), og hadde økonomiansvar for sin enhet. Som Johannesen m.fl beskriver gjorde jeg et strategisk utvalg. Jeg fikk en målgruppe med ganske like forutsetninger for ledelse som deltagere i undersøkelsen, som jeg valgte å innhente data fra gjennom intervju (Johannesen 2005:107).

Jeg avtalte intervju med syv enhetsledere, alle jobbet innenfor forskjellige fagområder, men noen under samme avdeling. Deres formelle kompetanse varierte, men alle var sykepleiere i bunn. Ingen hadde lederutdanning på mastergradsnivå, men 3 hadde lavere grad av lederutdanning. En hadde prosjektlederutdanning og en pedagogikkutdanning i tillegg. En hadde prosjektledererfaring i tillegg til økonomiutdanning på bachelornivå. En hadde spesialisering utdanning innenfor sykepleie. Deres ledererfaring varierte fra 2 til 20 år. Jeg henvendte meg til åtte mulige informantene via brev, hvor jeg ba de ta kontakt hvis de ønsket å delta i studien (se vedlegg).

Nær sagt alle responderte positivt til å delta i studien. Det var andre enhetsledere som også hadde hørt om studien som ønsket å delta, men på grunn av mine egne kriterier for utvalg, lot jeg det være. Det var et tydelig engasjement for temaet i studien for ledere på dette nivået i organisasjonen.

For å få frem hvilke formelle forutsetninger som legges til grunn for mellomlederrollen i organisasjonene, foretok jeg dokumentanalyse av blant annet stillingsbeskrivelser og organisasjonskart. Disse er å anse som skriftlige instruksjoner fra toppledelsen, og kan danne et bilde om forventninger til mellomledernes handlinger og arbeidsområder. Det vil være viktig å stille seg kritisk til om denne informasjonen er relevant og oppdatert i henhold til dagens betingelser for mellomleders handlingsrom.

4.3 Intervju som metode

Jeg har valgt å vektlegge meningsinnholdet i det informantene beskriver i intervjuene, og har derfor et fenomenologisk perspektiv på tolkningen av funnene (Johannesen m.fl. 2005:162). I forhold til denne studien er hensikten å få frem forskningsdeltakernes perspektiver; deres opplevelse og erfaringer av fenomenet. Dette gjøres i form av samtale gjennom intervju av

informantene. Intervjuguiden ble utarbeidet på grunnlag av undersøkelsesspørsmålene som beskrevet innledningsvis i kapittel 1.2, og det teoretisk rammeverket i kapittel 3.

4.3.1 Reliabilitet og validitet

Spørsmålet om reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet) er grunnleggende i all forskning.

Reliabilitet er spørsmål om nøyaktighet og om man kan kontrollere undersøkelsen, presentasjonen og tolkningen av resultatene. I følge Johannesen m.fl vil det være vanskelig og dupliserer en annen forskers kvalitative funn. Dette begrunnes med at man i forskjellige prosjekter ikke anvender sammen struktur på innsamling av materialet, observasjonene er klart verdiladede og kontekstavhengig og at man som forsker bruker seg selv som instrument (Johannesen m.fl 2005:199). De tolkninger som foretas er bygget på egne erfaringer og forforståelse. Kvale (2006:24) påpeker at den kvalitative forskningsprosessen stiller forskeren overfor mange tekniske og menneskelige utfordringer når reliabiliteten skal ivaretas. Jeg har under bearbeidelsen vært bevisst på å forholde meg systematisk og ærlig i håndteringen av materialet. Jeg har forholdt meg systematisk til underspørsmålene og problemstillingen i analysearbeid. På den måten har jeg bidratt til å sikre at alternative tolkninger løftes frem og får konkurrere. Under intervjuene forholdt jeg meg til intervjuguiden bevisst. Transkripsjonen foregikk ordrett, og fortolkningene i analysearbeidet. Jeg har valgt en semi-strukturert intervjuguide, og den mindre nøytral enn et spørreskjema. Jeg har derfor vært bevisst på å vurdere min rolle både før og under intervjuene, og under bearbeidelsen av materialet.

Validitet i kvalitative undersøkelser dreier går i følge Johannesen m.fl seg om; ”i hvilken grad forskerens funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten”. Eller sagt på en annen måte, om funnene er troverdig. Overførbarheten, som også kalles ekstern validitet, handler om resultatene kan overføres til liknende fenomener (Johannesen m.fl 2005:199-200). Malterud (2003) sier at spørsmålet om validitet leder til et krav om konsistens, en rød tråd som skal være den logiske forbindelsen mellom problemstillingen som prosjektet belyser, og den teori, metode og data som fører frem til kunnskapen. Empirien mener jeg er valid for organisasjonen studien er foretatt ved, men har kun overføringsverdi i form av sammenligning til undersøkelser foretatt av mellomledere ved

andre sykehus. Det er en rød tråd gjennom oppgaven fra problemstilling til konklusjon, slik beskrevet under reliabilitet.

4.3.2 Gjennomføringen av intervjuene

Da jeg startet opp arbeidet med undersøkelsen, gjorde jeg en henvendelse pr mail til sykehusdirektøren om tillatelse til å foreta intervjuer av enhetsledere på sykehuset, med handlingsrom for mellomledere som tematisering.

I henvendelsesbrevet som jeg formulerte til informantene, beskrev jeg bakgrunnen for forespørselen om en samtale, om formålet med intervjuet, bruke av båndopptaker og anonymisering. Dette gjorde jeg for å skape trygghet for informantene i forhold til bruk av materialet.

Forespørselen ble gjort slik at vi hadde god tid på å avtale intervjuene. De ble gjennomført i arbeidstiden, lokaliteter ble valgt av informantene selv. Ingen intervjuer ble foretatt på mitt kontor, jeg skaffet enten eget møterom eller vi gjennomførte intervjuene på ledernes egne kontorer. Det ble avtalt at intervjuene skulle gjennomføres på en time. De tok fra 40-55 minutter. Informantene var positive og viste engasjement for temaet.

Intervjuguiden inneholder mange spørsmål. En del av disse var oppfølgingsspørsmål. De ble stilt for å få frem nyanser i svarene, og for å holde fokus på de tematiske rammene som skulle undersøkes. Innledningsvis stilte jeg en del spørsmål som senere kunne brukes for å få nærmere forståelse for svarene som kom på hovedspørsmålene. Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av det teoretiske rammeverket, egen kunnskap og erfaring om ledelse i spesialisthelsetjenesten, og egen forståelse av handlingsrom og lederrollen.

En kvalitativ studie har en større grad av forskerinvolvering enn i det kvantitative når det gjelder innsamlingen av materialet. Kvale (2006), hevder at det er nødvendig at forskeren innehar tilstrekkelig forkunnskap i det emnet man skal forske på, ellers er man ikke i stand til å tilføre ny kunnskap. Det er nødvendig med forkunnskap både for å utforme relevant intervjuguide, og for å stille relevante oppfølgingsspørsmål. I den grad det var mulig, var jeg bevisst på å ikke la egne erfaringer påvirke i intervjusituasjonen. Jeg stilte oppklarende spørsmål som; ”hva mener du med det?”, ”beskriv nærmere”. Ett fenomenologisk

tilnæringskriterie er at intervjuene skal gjennomføres slik at de i størst mulig grad gjenspeiler respondentenes opplevelse. Forkunnskapen skal ikke bli ledende og til hinder for å forstå det meningsbærende i budskapet.

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, slik at jeg fikk fullt ut konsentrert meg om meningsinnholdet i det som informantene formidlet. Intervjuguiden var til hjelp når det hendte at samtalen tok en annen vending enn det som var hensikten. Jeg noterte kun få stikkord på intervjuguiden underveis. Disse brukte jeg til å oppsummere både underveis i et tema, og på slutten av intervjuet. Oppsummeringene gav informantene mulighet til å komme med korrigerende eller oppklarende innspill. Samtidig fikk informantene mulighet til å komme med tilleggsopplysninger. Etter at intervjuet var ferdig, ble notatene som jeg foretok underveis makulert. Opptaksbåndet vil bli slettet etter sensuren på oppgaven.

4.4 Transkribering og kategorisering

Jeg har valgt en tverrsnittsbasert og kategorisk inndeling av materialet, slik som beskrevet i Johannesen m.fl. (2005:160). Først ble intervjumaterialet transkribert ordrett ned etter spørsmålsinndelingen i intervjuguiden. Deretter ble materialet analysert på en fortolkende måte. I denne studien innebar det at jeg prøvde å finne ut hva som lå bak de forskjellige utsagn, og ikke bare hva informantene ordrett beskrev. På den måten fant jeg også meningsfull inndeling på tvers av materialet, som bidro til å svare på oppgavens problemstilling. Jeg valgte selv å transkribere intervjuene. Jeg tok vekk alle fagterminologiske utsagn som kunne bidra til å gjenkjenne lederen. På denne måten ivaretok jeg informantens anonymitet.

Ønsket med oppgaven var å få frem hva informantene syntes var viktig og deres opplevelse om handlingsrom og ansvaret som ligger i lederrollen. Resultatet skulle ikke styres av meg, selv om intervjuguiden delvis var strukturert med oppfølgingsspørsmål innenfor temaene i underspørsmålene.

Analysen ble gjort i en kombinasjon av deduktiv og induktiv metode (Johannesen m.fl 2005:162-163). På den ene siden var allerede intervjuguiden organisert etter underspørsmålene til problemstillingen, med utgangspunkt i det teoretiske rammeverket. På den annen side ble det som fremsto som betydningsfullt i svarene under hvert underspørsmål

kategorisert gjennom at tekstene fikk koder i meningsbærende begreper/merkelapper som for eksempel; informasjon, deltagelse etc. Datamaterialet ble deretter sortert etter sammenfallende kategoriene slik som det fremkommer i resultat og analysekapittelet. Materialet ble så vurdert i lys av eksisterende forskning og teori.

4.5 Metoderefleksjon

I den kvalitative forskningsprosessen må forskeren være bevisst egen rolle og mulighet for innflytelse. Samspillet mellom forskerens egen forforståelse og det teoretiske utgangspunktet som er valgt er betydningsfullt for kunnskapsutviklingen (Malterud 2003:46). På den ene siden er min forforståelse viktig for motivasjon rundt temaet, men den kan også påvirke og gi skylapper. Det var derfor vært viktig for meg gjennom hele forskningsprosessen å være bevisst på at min egen erfaring, forventinger til funn og at mitt faglige perspektiv påvirker tolkningen.

Jeg valgte å forske i egen organisasjon. Nielsen og Repstad (2004) beskriver fordeler og ulemper ved å studere i egen organisasjon. Fordelene beskrives med at man har et engasjement og en motivasjon til det en velger å skrive om, og samme ståsted og interesse som informantene. Jeg kjenner godt til informantenes hverdag, og de formelle og uformelle prosessene i organisasjonen. Det var enkelt å finne frem til de jeg ønsket å intervju. Min kjennskap til organisasjonen og fagfeltet gjorde det lettere å stille de rette spørsmålene for denne studien, og jeg unngikk for mange gale faktaopplysninger (Nielsen og Repstad 2004:348-367). Jeg opplevde flere ganger å bli engasjert under intervjuene, men stoppet da opp og hentet meg inn via intervjuguiden og notatene som var gjort underveis.

Begrensingene går ut på at egen posisjon i organisasjonene kan være til hinder, enten i form av maktposisjon, eller at man blir holdt utenfor. Det kan også være en utfordring å skrive en oppgave hvis temaene som tas opp og funnene kan oppfattes som ubehaglige. Forsker er ”kjent” i organisasjonen, og det påvirker både den som intervjuer og objektet (ibid).

Før intervjuene startet, hadde jeg en samtale om dette med informantene.

Ved å forske på ledere med relativt like forutsetninger for ledelsesutøvelse som meg selv, vil det gjøre det enklere å kunne sette seg inn i deres situasjon, da jeg har en viss forforståelse og bakgrunnskunnskap (Gilje og Grimen 1993, kap. 7). Jeg ser i ettertid at det kunne vært

interessant for å få frem flere nyanser ved å intervjuere ledere på flere nivåer oppover i organisasjonen. Det kunne også vært interessant å inkludere flere sykehus til en tilsvarende studie. Det ville antagelig bidratt til å øke reliabiliteten.

4.6 Etiske betraktninger

Forskeren etiske ansvar begrenser seg ikke bare til selve feltarbeidet og intervju materialet, men omfatter hele forskningsprosessen. Når man intervjuer mennesker, kommer man nært inn på deres tanker og følelser. Det er viktig at forskeren behandler disse tankene og følelsene med aktsomhet. Informantene ble informert om at de var frivillige med i studien. De fikk redegjort for formålet for studien, og kunne når som helst trekke seg. Alt dette er i tråd med Forskningsetiske retningslinjer av 2006.

Kvalitative data fra intervjuer med informantene kan representere sterke inntrykk. Det er allikevel mitt ansvar som forsker i å forvalte materialet på en god måte, slik at det kan lede til pålitelig og gyldig kunnskap. Det innebærer også å sørge for at det som kommer frem i resultat- og analysekapittelet ikke fører til at informanten kan bli gjenkjent av andre. Det kan medføre stressituasjoner, og informanten kan komme til å angre på usagnet. Informantene fikk muntlig informasjon før intervjuene startet om at det ville være en vurdering av gjenkjennelse sammen med veileder når oppgaven ble skrevet, som eventuelt kunne medføre at oppgaven ikke ble tilgjengelig for innsyn.. Jeg har vært bevisst på dette i fremstillingen av analysen. Sammen med veileder kom vi frem til at det ikke var usagn som kunne gjenkjennes som ville føre til problemer for informantene.

Det er med en del sitater som informantene selv kanskje kan gjenkjenne, men andre vil ikke kunne identifisere informanten. Alle intervjuobjektene er blitt omtalt som informant og ledere. Jeg har vært bevisst på å ikke gi til kjenne verken fagområde eller kjønn. Jeg mener derfor at anonymiteten er ivaretatt.

4.7 Innhenting av litteratur og kilder

Relevant litteratur er hentet fra pensum fra studiet, samt i biblioteksystemet BIBSYS Ask. Jeg brukte bibliotekbasen og søkte på emneord/søke ord som: ”handlingsrom” + ”mellomledere” + ”spesialisthelsetjenesten”. Jeg brukte også Norart og SveMed for å kartlegge eksisterende forskning. Jeg ønsket å bruke doktoravhandlinger som grunnlag for

min forskning. Det var ikke mange relevante treff på dette området. De som var mest aktuelle for min problemstilling er tatt med. Jeg har også fulgt med debatter i aviser, og benyttet noe underveis for å understreke annen teori.

5. Resultat og analyse

5.1 I hvilken grad mener ledere å ha mulighet til å påvirke løpende beslutninger som treffes innenfor ansvarsområdene personal- fag og økonomi?

I stillingsbeskrivelsen (se vedlegg) til enhetsledere står det at de har et direkte ansvar for ansettelse og oppfølging av de ansatte på enheten. De har også ansvar for kontinuerlig fagutvikling slik at pasientbehandlingen som ytes er i tråd med medisinsk forskning, og budsjettansvar for enheten. Ansvarsområdene er tydelig og klart beskrevet i stillingsbeskrivelsen (se vedlegg), men hvordan ledere kan ha mulighet for å påvirke beslutninger som tas fremkommer ikke.

Behov for informasjon og ønske om deltagelse var områder som fremsto av betydning for hvordan lederne kunne ha mulighet til å påvirke beslutninger omkring deres ansvarsområder. Mange ledere uttrykte at de arbeidet selvstendig med sine arbeidsoppgaver. Det blir derfor naturlig å dele inn funnene etter kategoriene; informasjon, deltagelse og selvstendighet.

5.1.1 Informasjon

Behovet for informasjon fra nærmeste leder og øvrige ledelsen kom tydelig frem. Flere nevnte at det kunne komme mye unødvendig og lite relevant informasjon slik at de måtte ”sile ut” det som var nødvendig. Andre mente at det manglet relevant informasjon, og at den kunne komme ”for sent” og at kommunikasjonen var tungvind mellom avdelingene og stabs- og støttefunksjoner. Det kom også frem antydninger om at lederne kunne oppleve at informasjon fra nærmeste leder ble holdt tilbake.

Flere av informantene gav uttrykk for at de fikk *for lite og for sen informasjon*, og at det direkte påvirket deres ledelsesutøvelse: ”Jeg liker å tenke langsiktig, og det er viktig i den jobben man har også, og da syns jeg at jeg kunne fått informasjonen litt raskere kanskje”.

For at en leder skal kunne påvirke beslutninger omkring ansvarsområdene, er en avhengig av å få *tidsnok og tilstrekkelig informasjon*. Følgene kan være at man ikke får gjort de tilpasningene som trengs i god nok tid. Eller man får ikke informert personalet i tide. Man kan si at mangel på informasjon og for sen informasjon, direkte kan påvirker lederens muligheter for til å påvirke ulike beslutninger som har konsekvenser for lederens ansvarsområder.

Sykehuset hadde akkurat vært inne i en prosess hvor man skulle øke operasjonsaktiviteten. En slik type omlegging trenger å planlegges i god tid og får direkte innvirkning på en leders ansvarsområder:

Det her med operasjonsprogrammet og økningen føler jeg at jeg ikke er dratt med nok inn i. Og hvor litt informasjon har kommet til meg for sent. Så isolert sett der så har det vært for dårlig.

Når man skal øke antall operasjoner i et sykehus, får dette innvirkning på flere enheter og også flere avdelinger. Turnuser må sies opp i tråd med lov- og avtaleverk. De ansatte kan få endrede arbeidstider, som får konsekvenser for personalet både på jobb og i privatlivet. Endringer i turnus påvirker også enhetens økonomi, da for eksempel tillegg for vaktordninger må beregnes på nytt.

Noen av informantene sa at de opplevde å få god nok informasjon innad i avdelingen og ned til sin enhet, men at informasjon om hva som foregikk på andre avdelinger var for dårlig. En leder svarte på spørsmålet om den mottok nok informasjon at:

Internt så føler jeg at jeg stort sett gjør det. Hvis ikke vet jeg hvor jeg skal rette spørsmålene hvis det er noe. Men at når ting skjer utenfor min avdeling som påvirker oss, så syns jeg kanskje at det kan av og til være bedre på det. Både andre kliniske avdelinger og stabsavdelinger tenker jeg.

Her beskriver lederen videre at det er flere ledd i organisasjonen, og at er mange ledd i prosesser. Informanten mente at tydeligere informasjon ville bidra til å forebygge misforståelser og fremme samarbeid på tvers i organisasjonen. Hvis man tar utgangspunkt i sykehusets organisasjonskart (se vedlegg), skal man tro at informasjon fra øvrige ledelse og andre avdelinger går til enhetslederne via avdelingssjefene. Det beskrives ingen felles møtepunkter for enhetsledere på tvers av avdelingene.

Noen ledere beskrev at de fikk for lite informasjon fra nærmeste leder; ”informasjonen kunne vært bedre ovenifra”. Lederne for avdelingene har sin faste jevnlig møtepunkter sammen med sykehusdirektøren. Temaene i møtene må man ta høyde for er saker som påvirker sykehuset både på kort og lang sikt. Her kan det se ut som om ledere over enhetsledere, avdelingssjefene, ikke videreformidler tilstrekkelig med informasjon av betydning for ledernes ansvarsområder.

Flere av informantene gav uttrykk for at de fikk en del *overflødig og uviktig informasjon*, og særlig på mail:

Og sånn det med å motta informasjon, så syns jeg jo hvis det er en mer ”vanlig drift da”, så får jeg jo ganske mye informasjon, men mye av det er ikke relevant for det jeg da holder på med.

Her påpeker enkelte av informantene at mengder med uviktig informasjon, og mye detaljert informasjon, kan påvirke oversiktsbildet en leder bør ha på hva som foregår i en organisasjon.

Noen mente at overflødig informasjon var et forstyrrende element i arbeidshverdagen. De måtte bruke tid på å sile ut relevant informasjon fordi mye av det kunne oppleves som irrelevant. Samtidig måtte de sikre at ansatte fikk nødvendig informasjon.

Her påpekes et dilemma som jeg mener er gjengs i flere organisasjoner. Øvrig ledelse har plikt til å informere om alle pågående saker som kan få innvirkning på arbeidshverdagen både for ledere på lavere nivå, men også for ansatte nærmest pasientbehandlingen. Når informasjonsstrømmen blir så stor som enkelte av informantene uttrykker, kan det være utfordrende å sile ut det som er relevant. Det er simpelthen tidkrevende. Det kan også være at mye av informasjonen som sendes ut ikke er fullt ut bearbeidet. Da må ledere bruke tid på å vurdere hvorvidt informasjonen er relevant, og om den kan påvirke lederens ansvarsområder.

Det er liksom egentlig gått såpass langt for meg at jeg syns at noen av de ledermøtene og sånn, kan jeg bare fått på en mail. For det er i beste fall noe informasjon som jeg skal forholde meg til, nå er jeg klar over at jeg uttaler meg veldig krast, og jeg mener ikke å være destruktiv, men det har faktisk vært sånn at det er irrelevant. Rett og slett.

Utsagnet understreker frustrasjonen flere av lederne uttrykte over at informasjon fra overordnet kunne være av så store og detaljrike mengder at det kun ble til ekstrabelasting og ikke til hjelp. Dette kan også ha noe med måten informasjonen blir videreformidlet på.

For mye og uviktig informasjon føre til en frustrasjon som kan gi ledere begrenset mulighet til påvirke beslutninger. En kan gå glipp av viktig informasjon som man kunne gitt tilbakemeldinger på, fordi lederen selv kan sile vekk informasjon av betydning for ansvarsområdene sine.

Mens enkelte altså opplevde at det ble vel mye informasjon, og indirekte at informasjonsstrømmen i praksis tar tid og energi å forholde seg til og dermed reduserte

lederens muligheter for å påvirke ansvarsområdene, opplevde andre at nødvendig informasjon ikke alltid kom frem.

Flere av informantene beskrev at de mente at *viktig informasjon ble holdt tilbake*. Lederne beskrev en uttrygghet i forhold til om informasjon virkelig kom frem dit det skulle, og at de selv ikke mottok nødvendig informasjon; ”Ja for det har jo kommer frem, det er jo som jeg sier at jeg blir jo mørkeredd, når jeg nå skjønner hva jeg ikke nødvendigvis har fått vite. Eller fått innsikt i.”

Sykehuset studien ble foretatt ved hadde akkurat vært inne i en prosess som for enkelte av lederne hadde avdekket at de ikke alltid tidligere hadde mottatt informasjon som var av betydning for deres ansvarsområder.

En har på en måte avdekket at informasjonsflyten ikke kanskje nødvendigvis er god nok da. Men det er vel det at det har en ikke skjønt tidligere. For da har du trodd at det du har fått høre har vært det riktige.

En annen fortalte:

Ja, altså nå er jo alle i en endring på dette sykehuset. Da syns jeg den informasjonsflyten har vært i beste fall vanskelig å forstå. Og, at det til tider har vært veldig utrygt. Sånn til vanlig, hvis vi har en helt vanlig drift, så opplever jeg også at vi støter på problemer, som jeg syns er alvorlig.”

Her beskriver lederne at de rett og slett ikke har mottatt den informasjonen som burde, både under endringsprosess og i vanlig drift. Flere av informantene etterspurte informasjon fordi de hadde behov for at deres vurdering av driftssituasjonen ble hørt. En må kunne anta at det medførte at det har kunne påvirket hvordan lederne har kunne hatt muligheten til å påvirke i beslutninger omkring deres ansvarsområder, fordi viktig informasjon ikke hadde kommet frem.

Lederne beskriver at de opplever at informasjon fra øvrig ledelse ikke kommer frem til enhetsledernivået. En må også kunne tenke seg at informasjon fra lederne opp til øvrig ledelse ikke heller har kommet frem. En av informant var undrende til hva som egentlig foregikk på de møtene som man burde kunne forevente at denne informasjonsutvekslingen kunne foregå:

I hvert fall når det gjelder det som blir rapportert, så høres det ut som om det er veldig sånn lette ting på en måte. Sånn at jeg kan ikke skjønne at de har brukt et avdelingsjefsmøte på å diskutere det i detalj på en times tid. Ja...jeg er ikke helt trygg.

Enkelte oppfattet det slik at det nødvendigvis ikke var en bevisst tilbakeholding av informasjon, men mer enn form for siling av unødig informasjon; ”kanskje det er vurdert som ikke viktig for oss. Sant, det er jo en siling hele veien.” Utsagnet forteller at det også på overordnet nivå blir foretatt en siling av informasjon, på lik linje som ledere på lavere nivå gav uttrykk for at de gjorde.

Mens enkelte altså mente at tilbakeholding av informasjon var bevisste handlinger av leder på overordnet nivå, betraktet andre det som siling av informasjon. Uansett beskrev informantene at det innvirket på mulighetene for å påvirke beslutninger som treffes med tanke på lederens ansvarsområder innenfor fagutvikling, ivaretagelse av personalet og økonomiforvaltning.

Flere ga uttrykk for at de opplevde at *kommunikasjonen var tungvind* i organisasjonen. Det var kommunikasjonen oppover i ledersystemet som syntes utfordrende; ”kommunikasjon herifra og opp til dem kan føles litt tungvind, og hvor kommunikasjonen tilbake kan føles litt dårlig noen ganger”. Men, samtidig ble uttrykket frustrasjon over at tungvintheten kunne gå begge veier, og at informasjonsflyten generelt var litt utfordrende:

Og det er jo også en utfordring, og spesielt når, hvordan det skal gå i henvendelser i organisasjonen på en måte, om det skal gå via avdelingssjefene eller om jeg skal ta det direkte med de enhetslederne det gjelder. Og hvor de formelle kanalene skal være så kan det egentlig være litt utfordrende.

Sammenfatning: Altså ser en ut ifra informantenes utsagn at god informasjon var betydningsfullt om en kunne få mulighet til påvirke beslutninger som skulle treffes med tanke på deres ansvarsområder. Enkelte opplevde at de fikk for lite informasjon og at den kom for sent. Det ble også nevnt at det gikk mye tid til å sile ut riktig informasjon, og at de mente at viktig informasjon ble holdt tilbake. Det kan se ut som om at *god nok informasjon i tide* har betydning for om lederen i tilstrekkelig grad kan ivareta sine ansvarsområder, og får mulighet til å påvirke beslutninger som treffes med tanke på ansvarsområdene innenfor personal- fag og økonomi.

5.1.2 Deltagelse

Mange beskrev muligheter for å komme med ideer og innspill, de følte at de kunne ta initiativ. Andre beskrev at arbeidsoppgaver og vedtak ble ”tredd ned” over hodene deres.

Enkelte beskrev at det var rom for de å ta *initiativ til nye ideer og tanker omkring ansvarsområdene sine*, og området for fagutvikling ble nevnt spesielt; ”jeg kan jo komme med forslag og ideer om endringer i pasientbehandlingen til avdelingssjefen, som stort sett positiv til det jeg kommer med”. Uansett om deres innspill ble vurdert og tatt med videre inn i avdelingen, gav de uttrykk for at det var mulighet for å drøfte ideene og at de ble hørt.

Andre ledere beskrev at de opplevde at *betingelser for deres ansvarsområder ble tredd ned over hodene*.

Da begynner vi å komme inn på det som vi ikke har så mye kontroll og hvor slingringsmonnet begynner å bli mindre syns jeg. Det er jo veldig mye som skjer som har direkte konsekvens for mine ansatte som jeg ikke bestemmer, og der svikter det. Altså i forhold til at det er stabs og støtteavdelinger på sykehuset som kanskje i litt stor grad opererer på egen hånd.

Enkelte arbeidsoppgaver som før hadde ligget på overordnede stabs- og støtefunksjoner hadde blitt flyttet ned til ledere på lavere nivå, som for eksempel utregning av kursbudsjetter. Informanten beskrev at de uansett hadde *liten mulighet for å påvirke budsjettet generelt*.

Altså beskrev enkelte av lederne at de på noen områder kunne komme med innspill og følte at de hadde mulighet til å påvirke beslutninger, mens det på andre områder ikke var åpent for å kunne påvirke.

Vi har jo en viss grad av påvirkning, men det er klart at jeg opplever ikke at jeg har mye påvirkning i forhold til mine budsjetter og hva jeg får som feriebudsjett, eller om jeg får en halv hjemmel mer. Det opplever jeg ikke at jeg gjør.

Begrensingen kom frem som et frustrasjonsmoment hos flere av lederne. De opplevde å ikke bli spurt om hva de mente, og det var på ansvarsområdene omkring drift og personal de kjente på denne frustrasjonen og manglende mulighet til å påvirke.

Sammenfatning: Det kom frem at det å ha mulighet til å delta i bestemmelser og påvirke egne ansvarsområder var betydningsfullt for lederne. Mens de på områdene omkring økonomi og personal følte på en begrensning til å påvirke beslutninger, gav lederne uttrykk for at en større mulighet for å påvirke og ta initiativ på område for fagutvikling.

5.1.3 Selvstendighet

Enkelte beskrev at de hadde en arbeidshverdag hvor de følte at de *jobbet selvstendig og hadde store muligheter for påvirkning* innenfor sine ansvarsområder:

Jeg opplever at jeg kan styre veldig mye fritt, og når jeg har satt i gang endringer som jeg har gjort en del av, så har jeg alltid fått en ”go” for det. Ikke noe mer utgreining enn det, så jeg opplever i utgangspunktet å ha ganske stor autonomi i det jeg driver med.

Flere beskrev at de hadde *stor grad av frihet innenfor ansvarsområdene*, men var usikre på hvorfor de hadde denne friheten. En av informantene beskrev det slik; ”om jeg bare har det, eller om jeg bare tar det, det har jeg aldri definert”. En av lederne mente at mulighet for å påvirke beslutninger var opp til den enkelte.

En av informantene som hadde lang erfaring som leder uttrykte at enhetslederjobben var en *mer selvstendig jobb nå enn tidligere*, og at den nå innebar *økt arbeidsomfang*:

Forskjellen er at vi sitter med mye mer ansvar for en del ting som vi tidligere la i fra oss. Vi sitter og forfatter for eksempel utlysningstekster til stillinger, det gjorde vi ikke før. Da meldte vi at det skulle lyses ut. Vi sitter nok mye mer med en del oppfølgingsansvar kanskje i forhold til langtidssykemeldte som vi tidligere meldte fra, som andre overtok på et tidspunkt. Vi sitter, intervju og sånt har vi jo alltid gjort, og ansettelse, men vi sitter med mye mer administrative kontorfunksjoner som vi kanskje ikke gjorde på samme vis tidligere, som det vi gjør nå. Det puttes stadig ting ned til oss.

Ledere med lang erfaring uttrykte at lederjobben hadde utviklet seg til å innebære større omfang av arbeidsoppgaver som de jobbet med selvstendig. Flere uttrykket at de hadde stor grad av frihet innenfor sine ansvarsområder, men at forslag måtte konfereres med andre faggrupper som kunne bli påvirket. Seksjonsoverlegen som hadde det medisinskfaglige ansvaret for enheten ble trukket frem som et eksempel:

Ellers i driften av enheten så styrer jeg veldig mye sammen med seksjonsoverlege. Og så fremst det ikke dukker opp noe, så fremst min sjef ser at det er god pasientbehandling og sikker pasientbehandling, så legger den seg ikke opp i det, men gir tilbakemelding hvis det er noe som ikke er bra.

Her blir *sikker og god pasientbehandling* trukket frem som det område som lederen må konferere med andre faggrupper. Samtidig kan det se ut som om det her ligger en betingelse fra nærmeste overordnede leder, på ansvarsområdet for fagutvikling; leder på overordnet nivå må se at det er god og sikker pasientbehandling.

Enkelte beskrev også at innenfor fagutvikling måtte de ha *gode begrunnelser for sine forslag*; ”hvis du på en måte begrunner hvorfor du har tatt de avgjørelsene som du tar, så opplever jeg at det sånn stort sett går greit.”

Generelt gir lederne uttrykk for at det var liten innblanding i deres praktiske hverdag, og at de innenfor rammene hadde stor grad av slingringsmonn. Noen mente også at mulighetene for å påvirke beslutninger var avhengig av eget initiativ.

Lederne beskriver at de opplever å arbeide selvstendig med ansvarsområdene for personal- og økonomioppfølging, men at ansvarsområde for fagutvikling betinget gode begrunnelser fra leder, samarbeid med seksjonsoverlegen og en bekreftelse fra nærmeste leder.

Enkelte av informantene beskrev at de kunne oppleve *innblanding* i sine ansvarsområder. Det kunne være nærmeste leder, både på områder for fagutvikling og i personalsaker; ”men samtidig kan jeg oppleve å bli helt oversett i forhold til personalsaker for eksempel. Som jeg synes det er helt naturlig å forholde seg til meg og min vurdering av saken”. Avgjørelser og endringer foretatt av stabsavdelinger på sykehuset opplevdes også som innblanding: ”Det kommer bare en mail om at nå har vi endret på sånn og slik, sånn er det jo til stadighet.”

Flere av informantene beskrev at det kunne være frustrerende at andre på sykehuset kunne blande seg inn og påvirke ansvarsområdene deres. En av lederne beskrev frustrasjonen slik:

”Jeg synes at det i beste fall er en veldig vekslende opplevelse for meg, noen ganger så føler jeg at jeg har veldig mye ansvar, og at jeg må bare sørge for at dette fungerer, andre ganger så opplever jeg meg veldig overstyrt. Og det synes jeg kan være provoserende.”

Videre fortalte lederen at det påvirket handlingspotensialet i lederrollen og at det opplevdes som en situasjon en som leder bare må avfinne seg med. Lederen beskrev videre at det hadde vært tilfeller hvor ansatt ikke hadde oppnådd det den ønsket med å gå til sin leder. Da hadde den ansatte gått til; ”omkringliggende instanser utenom meg, og over meg”. På denne måten hadde den ansatte kommet i mål med sitt ønske.

Lederen forteller at en slik direkte *innblanding opplevdes som en undergravelse av lederautoriteten*:

Og det syns jeg er veldig ugreit. Og det er en undergravelse av min autoritet. Som jeg selvfølgelig har gitt tilbakemelding på. Og da føler jeg at jeg bare er en person som bare skal forvalte, bare få dette til å gå. Når det kommer til avgjørelser, så skal det tas andre steder. Og det er jeg helt uenig i.

Innblanding ble av flere opplevd som et hinder for at de kunne arbeide selvstendig som leder.

Samtidig uttrykte noen av lederne et *ønske om innblanding*, og helst fra nærmeste leder.

En av informantene beskrev en ekstrem situasjon som medførte et sykefravær på 95%. I denne situasjonen uttrykte lederen et behov for støtte og hjelp, som lederen ikke fikk. Videre forteller informanten: ”Og da er det sånn at det er jo min jobb å ordne det, uansett om det er så ekstremt, og hvis vi samtidig har mer enn fullt, så sånn sett så har jeg et veldig alburom da”.

Sammenfatning: Lederne beskriver at de i en viss grad opplever å arbeide selvstendig med sine ansvarsområder. Mange uttrykker at de kan ta egne beslutninger, men noen beskriver at det er innenfor visse begrensinger. Begrensingene kan være nærmeste leder eller medisinskfaglige ansvarlig seksjonsoverlege. Andre begrensinger kan være budsjetterammer, eller mailer fra stabsavdelinger om allerede besluttede endringer. Samtidig uttrykker enkelte at de opplever direkte innblanding i deres ansvarsområder, og at det oppleves som en undergraving av deres lederauctoritet. Andre opplevde at de enkelte ganger ønsket at nærmeste leder kunne ta del i beslutninger når det var saker som opplevdes veldig utfordrende.

Informantene beskriver variert opplevelse av å kunne påvirke beslutninger som treffes med tanke på ansvarsområdene innenfor personal- fag og økonomi. Tidsnok og tilstrekkelig informasjon, mulighet til å delta i vurderinger og beslutninger, og å få arbeide selvstendig med lederens egne ansvarsområder var betydningsfullt for om lederne mente de kunne være med å påvirke.

5.2 På hvilken måte mener lederne å ha mulighet til spesielt å påvirke endringsprosesser i organisasjonen?

Endringsprosesser i sykehus kan være av større eller mindre format. De fleste endringer som vedrører pasientbehandlingen påvirker en leders og enhetens arbeidsoppgaver. Det kan være endringer som kommer som en konsekvens av beslutninger tatt på politisk nivå, som for eksempel Samhandlingsreformen. Ett av målene i den er å flytte over mindre medisinsk oppfølging til kommunene. Det medfører at pasienter ligger kortere på sykehus. Redusert

liggetid på sykehus gir mindre behov for senger. Reduksjon i senger gir behov for færre ansatte på en enhet.

De fleste sykehus har i større grad enn tidligere hatt fokus på pasientforløp. Det har medført en del operasjoner som før ble gjort under en innleggelse på sengeposter, i dag blir foretatt dag - kirurgisk. Medisinsk behandling blir i dag i større grad fulgt opp poliklinisk, noe som også medfører redusert behov for senger til døgnkontinuerlig drift. Ledere, sykepleiere med ansvar for fagutvikling og leger med medisinskfaglig ansvar, har i ha samarbeid utviklet rutiner for behandling og oppfølging av spesifikke diagnoser.

Alle slike endringer som beskrevet ovenfor får konsekvenser for driften av en sengepost. Sykehuset hvor informantene jobber hadde en pågående endringsprosess under intervjuperioden, som nettopp omhandlet tiltak som medfører endringer slik som beskrevet i avsnittet over. Denne endringsprosessen ble gjort med hjelp fra eksterne konsulenter. Endringens behov ble initiert fra økonomiavdelingen på bakgrunn av sammenlignbare tall og prognoser fra andre sykehus. Hvordan og på hvilke måter endringen skulle foregå, konsekvensutredninger og mulige implementeringsmuligheter ble utarbeidet i samarbeid med lederne nærmest klinikken og medisinskfaglig ansvarlige leger. Endringene ble lagt til linjeledelsen, og *beslutningene* ble tatt av avdelingssjefene, sagt på en annen måte ”lagt i linje”. Slik det fremstår i informantenes usagn, var det variasjon i hvilken grad avdelingssjefene valgte å ta med seg enhetslederne i beslutningsprosessene omkring endringene. Dette var en ny måte for sykehuset å jobbe med endringer, tidligere hadde endringer blitt initiert av øvrig ledelse som rådførte seg med avdelingssjefene.

Hvor, på hvilken måte og når en pasient skal ha behandling påvirker driften av de forskjellige enheter på et sykehus. En kan tenke seg at enhetsledere bør være med på endringsprosesser fordi endringene påvirker ansvarsområdene til ledere nærmest pasientbehandlingen. Som nevnt under 5.1 er ansvarsområdene tydelig og klart beskrevet i stillingsbeskrivelsen (se vedlegg). Hvordan ledere kan ha mulighet for å påvirke i endringsprosesser fremkommer ikke.

Av informantenes utsagn var det fire områder som utpekte seg som betydningsfulle for ledere å kunne påvirke i endringsprosesser: Muligheter for påvirkning, åpenhet i prosesser, respons på forslag og grad av involvering.

5.2.1 Muligheter for påvirkning

Ledernes beskrivelser om muligheter for påvirkning var stort sett todelt. Noen beskrev at de hadde muligheter for å påvirke de forhold i endringsprosesser som kun omhandlet egne ansvarsområder, mens andre beskrev at de også hadde muligheter for å påvirke utover egne ansvarsområder. Kategoriene ”innenfor rammene” (enhetsleders eget ansvarsområde definert i stillingsbeskrivelsen), og ”utover rammene” (andres ledes ansvarsområder) velges for å presentere materialet.

Flere av informantene gav uttrykk for at de hadde mulighet til å påvirke i endringsprosesser i organisasjonen *innenfor rammene*. De beskrev at i det øyeblikket en endring, som for eksempel nye rutinekrav eller endring i sengeantall, ble presentert av leder på overordnet nivå, var det stor grad av mulighet til å påvirke og utforme endringen i egen enhet.

Jeg tenker at på veldig mye av den jobben som handler om å operere innenfor rammene vi har fått, så har jeg mye jeg skulle ha sagt. Så der føler jeg at vi blir tatt med, og har en rolle å spille. Så lenge vi beveger oss innenfor fastsatte rammer.

En leder beskrev at det var muligheter for å påvirke de beslutningene som omhandlet eget fagområde i endringsprosesser:

Jeg opplever at jeg blir hørt når jeg kommer med motforestillinger eller har noen tanker om hvordan man kan gjøre ting, i forhold til det fagfeltet og i forhold til det som er mitt nedslagsfelt. Så det opplever jeg at jeg har påvirkningskraft i forhold til.

En annen beskrev at det var stor frihet innenfor rammene til å påvirke i endringsprosesser. Og at det også var muligheter for å *påvirke rammebetingelsene*: ”Hvis jeg må gå utover mine rammer, for eksempel mine økonomiske rammer, og jeg mener jeg har grunner for det, så er det også vist forståelse for det.”

Flere av informantene beskrev at de kunne komme med forslag og hadde mulighet for å påvirke i endringsprosesser som var både på enhetsnivå og avdelingsnivå. En gav uttrykk for at det ved flere anledninger hadde vært prøvd ut forskjellige måter å organisere en behandling innad i avdelingen, men at det da var krav til gode argumenter og evalueringsarbeid.

En annen leder fortalte om en omorganisering i avdelingen som hadde omhandlet flere enheter. Denne lederen hadde da opplevd å ha muligheter for påvirke beslutninger, hadde kunne komme med forslag og hatt styringen av endringen.

Flere av lederne beskrev at endringer som ble besluttet av stabsfunksjoner og på overordnet nivå ble opplevd å bli presentert på en slik måte at det ikke var mulighet for å påvirke beslutningen om endringen. Endringene ble presentert ferdig utarbeidet og vedtatt, uten mulighet for å komme med korrigerende innspill eller endringer. En leder beskriver det slik at den har til gode å oppleve at beslutninger endres eller en plan endres ut i fra innspill som kommer fra ledere på førstelinjenivå, og uttrykker videre at endringsarbeid har blitt en mer eller mindre vanlig del av arbeidshverdag.

Vi jobber kontinuerlig med det her forbedringsarbeide, og det er klart at det som er initiert fra meg eller fra oss her på enheten der har jeg jo veldig mye jeg skulle ha sagt. Og jeg tenker jo også at i det øyeblikket en endring er vedtatt skal skje, det er her jeg mener at jeg ofte har for lite å si, men jeg forholder meg jo til det, at det er besluttet at en endring skal skje.”

Informanten presiserer videre at: ”Så sann på likeverdig nivå, og nivå under så har jeg mye påvirkningskraft. Det er jo i oppover i linjen jeg føler at det er lite.”

Men enkelte av informantene forteller at de kun har mulighet til å påvirke endringsprosesser innenfor egne ansvarsområder, beskriver andre at de kan være med å påvirke endringsprosesser som også omhandler andre enheter, men da innenfor egne avdeling. Få gav uttrykk for å kunne påvirke beslutninger tatt på overordnet nivå, selv om de påvirket lederens ansvarsområder. Flere ledere beskrev at endringene som regel ble presentert ferdig besluttet uten mulighet for å påvirke beslutningene.

Enkelte ledere gav uttrykk for at de hadde mulighet til å påvirke i endringsprosesser på områder som gikk utover deres eget ansvarsområde, *utover egne rammer*: ”Jeg har jo gjort endringer som for eksempel på virker legetjenesten, som jeg for så vidt ikke har ansvar for, jeg har ansvar for organiseringen internt, legene tilpasser seg det.” Legene er organisert personalmessig under avdelingssjefen. Endringen fikk konsekvenser for legetjenesten som fulgte opp pasientene på enheten, men de valgte å tilpasse seg endringen. Man kan anta at her er det et godt samarbeid mellom enhetsleder på sengeposten og overlegen med medisinsk faglig ansvar.

En annen leder fortalte at også det innad i avdelingen var mulighet til å påvirke utover egen enhet:

Jeg syns jo på avdelingen så er vi jo flinke til å samarbeide og gjøre endringen sammen og prøve å tenke på konsekvenser for de ulike partene som er deltagende, så ja, jeg syns jeg har påvirkningskraft.

Lederen forteller videre:

Vi hadde lang kø på noen konsultasjoner på poliklinikken, hvor det ble påvirkende på vår behandling, og da gjorde vi en liten omorganisering, og fikk utviklet ett kontrollopplegg på post. Og da ble det både poliklinikkens utfordring og vår utfordring. Utfordringen ble da løst. Så etter en stund, når en så at det ikke lenger var hensiktsmessig, så diskuterte vi da sammen igjen, og endret det tilbake.

Her beskriver lederen en utfordring som ble løst ved å involvere flere enheter i et endringsarbeid i pasientbehandlingen. Informanten forteller at det er muligheter innad i avdelingen til å påvirke utover en enhets rammer, fordi det er klima for samarbeid på tvers av enhetene.

Flere sa at mulighetene for å påvirke på tvers av avdelingene var mindre. De opplevde det som en utfordring fordi endringsprosesser på en enhet og en avdeling kan påvirke andre avdelinger.

Det er ting som skjer på andre avdelinger som man ikke har påvirkningskraft på, men som allikevel kan påvirke måten vi jobber på. Vi samarbeider med mange avdelinger, og det kan jo av og til være en utfordring.

Enkelte gav uttrykk for at det var andre områder i organisasjonen som opplevdes å få større betydning enn enhetene som ble direkte berørt i endringsprosessene:

Så nei, jeg føler at vi har altfor liten innvirkning på ting. Det er andre ting som styrer her, det er pengene, investeringene, det er strategier og det er posisjonering, som er avgjørende for hvor vi går hen. Som enhetsleder så har du veldig lite du skulle ha sagt.

Denne lederen gav videre uttrykk for at det er andre ledere i organisasjonen som er med på å påvirke, enn de som er nærmest klinisk virksomhet. En kan anta at det kan være stabsfunksjoner som av direktøren er definert som ledergruppen på sykehuset. Lederen, som er nærmest pasientbehandlingen, gir her uttrykk for liten mulighet for å påvirke i endringsprosesser.

Noen beskrev at de hadde forsøkt å komme med innspill om endringer utover eget ansvarsområde, men at deres innspill ikke hadde særlig betydning, og ikke medførte noen endringer: ”Så er det i altfor stor grad utenfor de rammene vi er når vi kommer med forslag om noe som kan endre litt på det, så er vi tilbake til at vi blir hørt, men det skjer ikke så mye.”

En leder påpekte at det hadde vært mulighet for å påvirke i en endringsprosess som i utgangspunktet gjaldt en annen enhet i en annen avdeling. Den andre enheten måtte flytte fra en eldre del av sykehuset til den nye. I utgangspunktet var det for trangt i den nye delen. Lederne for hver sin enhet fra to ulike avdelinger satte seg ned for å finne løsninger:

Og når man får lov å oppleve at det er vi som jobber med det, og det er vi som sier at ”ok”, vi må faktisk bare gjøre det sånn, så oppleves det mye bedre enn at det sitter noen der oppe og sier at dere bare må flytte sammen.

Det medførte en positiv opplevelse av en endringsprosess som gikk på tvers av tradisjonelt samarbeid, og et positiv resultat av et endringsarbeid hvor lederne for de to enhetene opplevde å ha påvirkning utover rammene.

Sammendrag: Mens enkelte av lederne beskriver at de har mulighet til å påvirke innenfor egne rammer og ansvarsområde, beskriver andre ledere at de også har mulighet til å påvirke utover egne rammer og ansvarsområder, både innad i de enkelte avdelingene, men også på tvers av avdelingene. Flere gav uttrykk for at endringer ble presentert som ferdig besluttet uten mulighet for å påvirke selve beslutningen. De fleste forklarte at de hadde mulighet til å påvirke utformingen av endringen på egen enhet.

5.2.2 Åpenhet i prosesser

Det kom frem i materialet at i *hvor stor grad det er åpne prosesser* innad i organisasjonen underveis i endringsarbeid, får konsekvenser for hvilken måte ledere mener å ha mulighet til påvirke endringen.

Ledere nærmest pasientbehandlingen beskriver at de opplever at det er liten grad av åpenhet beslutningsprosesser om endringer, og at *endringer blir presentert ferdig besluttet* fra øvrig ledelse. Mangelen på åpenhet kunne påvirke eierskapet til endringen: ”Det er ikke sikkert at man er negativ til en endring som kommer fra oven, men man kan være litt mere tvilende til den allikevel. Du behøver ikke eie den på samme vis”.

Sykehuset hadde som nevnt i 5.1 nylig vært gjennom ett større endringsarbeid. Det kom i den prosessen frem at *tidlig og nok informasjon var betydningsfullt*. Flere av lederne beskrev at underveis i endringsarbeidet hadde det vært mer åpne prosesser enn tidligere:

Det er klart at jo mer innsikt en får i prosesser sånn som for eksempel i høst har det jo vært mer åpne prosesser enn det har vært vanlig, så skjønner en jo kanskje at en ikke får all den informasjonen, i hvert fall før, som en får nå. Men jeg har ikke opplevd det som hemmende tidligere, altså, og da er det litt sånn at jeg har ikke visst om noe annet.

Lederens erfaring var at *det en ikke vet, kan en ikke forholde seg til*. Og når man ikke vet, aner man ikke at det kan være forsinkende i endringsprosesser. Lederen beskriver videre at det har vært mer krevende å få ta større del i endringsarbeidet, men at det har vært tilfredsstillende å få ta del i arbeidet og få vite mer om endringsprosessene.

De jobber i åpne prosesser, som ikke har vært like vanlig. Jeg liker jo det. Det er veldig stressende og veldig krevende å få vite så mye som skjer, men jeg må jo si at jeg liker det. Jeg liker det mye bedre. Og jeg liker jo den måten de jobber på, med mer åpenhet og jobbing fra gulvet og opp.

Informanten beskriver videre *endringsarbeidet som ble utarbeidet hos ledere ute i klinikken sammen seksjonsoverlege og innleide konsulenter*. Flere av lederne uttrykte at de hadde fått positive erfaringer med å jobbe mer åpent i endringsprosesser nå enn tidligere.

En av lederne beskriver at den har opplevd at tidligere endringsprosesser hadde fått *uheldig utfall* fordi at det har vært for lite åpenhet i prosesser:

Og da blir det endringsprosesser som ikke blir lykkelige, fordi at prosessene på forhånd ikke er noe god. De er ikke åpne nok. De jobber ikke tett på der det faktisk skjer. Det har vi på en måte fått kartlagt nå.

En annen uttrykker sine erfaringer med tidligere endringer som at all kommunikasjon har gått via avdelingssjefer, og at alle beslutninger tas i nivåene over enhetsledere. Lederen mente at *mangelen på åpenheten i prosessene var ledelsesmessig uprofesjonelt*: ”Vi er ikke proffe nok som organisasjon. I forhold til ledelse. Det blir for formelt, for stivt, for lite og for autoritært på en måte. For lite kommunikasjon.”

En av lederne mente at *avdelingssjefene fungerte som et glava – lag* som stoppet mye av informasjonsflyten i organisasjonen. På den måten påvirket avdelingssjefene enhetsledernes mulighet for å påvirke. All kommunikasjon fra øvrig ledelse går via avdelingssjefsnivå, og det samme fra ”gulvet” og opp til øvrig ledelse. Flere uttrykte at de syns at systemet var gammeldags og lukket. De syns at mye informasjon stoppet i lederleddet over enhetsledere, og opplevde å ikke bli brukt nok i pågående endringsprosesser: ”Så det viser seg hvor lukket

og gammeldags systemet her er, og at de der avdelingssjefene blir et glava – lag som ikke bruker klinikken nok opplever jeg”.

En av de andre lederne beskrev også en usikkerhet i forhold til om den informasjonen som kom frem til enhetslederne var den sammen som avdelingssjefene fikk presentert.

Det fremstår som tilsynelatende åpent, og direktøren er veldig sånn at det fremstår som åpent. Han gjør ingenting uten at avdelingssjefene er med og sånn, men så har jo vi fått informasjon og trodd at vi har visst det samme som avdelingssjefene, men jeg tror pr i dag at vi har fått bare halvparten. Men det er jo ikke noe du kan bevise.

Her beskriver lederen at prosessene ønskes å formidles som åpen men at man allikevel opplevde at *deler av informasjonen som blir presentert for ledere på enhetsnivå er sortert ut.*

Videre forteller lederen at erfaringen er den sammen fra enhetsnivå og oppover i systemet:

Vi kan jo godt sende utarbeiding i enhetsledergruppa, men vi vet jo egentlig ikke om det blir presentert til direktøren. Eller hvordan det blir presentert. Eller når. Som de mener skal opp dit. Det er ganske interessant.

En uttrykte bekymring for om det kunne resultere i at direktøren ikke fikk den sammen forståelsen for utfallet av endringene som enhetslederne hadde:

Og så er det klart at direktøren bare har fått halvparten fordi de ikke har jobbet så tett på klinikk. De har på en måte bare vært noe avdelingssjefene har fått med seg fra ledermøtene på avdelingene, og så tar med videre inn.

Lederen hadde erfart at på denne måten fikk ikke direktøren nok informasjon til å se de reelle konsekvensene av endringsprosesser.

Sammendrag: Lederne gir uttrykk for positive erfaringer med å ha åpenhet i endringsprosesser, og at de da opplever å ha mulighet til å påvirke endringer i organisasjonen. Tidlig og nok informasjon var betydningsfullt for om enhetslederne mente å kunne påvirke. Enkelte hadde erfart at et nylig endringsarbeid som ble foretatt av ledere ute i klinikken sammen seksjonsoverlegen, gav gode muligheter til å påvirke, og opplevdes som en positiv erfaring.

De fleste hadde erfart at det til vanlig var mangel på åpne prosesser ved endringer i organisasjonen, og at det forekom en del siling av informasjon, slik som også beskrevet i 5.1.1. Det hadde medført at lederne hadde erfart ” det en ikke vet, kan en ikke forholde seg til”. Men det ble opplevd som negativt at deler av informasjonen som blir presentert for ledere

på enhetsnivå var sortert ut og at avdelingssjefene fungerte som et ”glava –lag”. Flere av enhetslederne gav uttrykk for mangelen på åpenheten i prosessene var ledelsesmessig uprofesjonelt.

5.2.3 Respons

Mange av informantene opplever å få respons på forslag på endringer innenfor lederens eget ansvarsområde: ”Det jo mye respons innenfor de rammene vi har. For der er vi kreative og flinke.”

En av lederne opplevde å få respons på et argument for å øke antall årsverk i sin enhet:

Denne posten her har flere sykepleiestillinger enn de andre postene. Og det er fordi jeg har sloss frem flere stillingshjemler på sykepleiere her, fordi jeg mener at den pleietyngden og det som er her, det er såpass sykepleiefaglig krevende pasienter. Her er det ingen som pusser tennene sine selv.

Innefor en avdeling vil en slik endring medføre at man må omprioritere økonomiske midler, fordi en enkelt enhet har som regel ikke anledning til å ta en sånn prioritering internt på sitt budsjett. Det medførte en endring for flere av enhetene på avdelingen. Lederen opplevde å kunne påvirke til en endring, og få respons på sitt forslag.

En av leder forteller at selv om selve endringen blir initiert fra øvrig ledelse, gir det en mer *positiv innstilling* til hele endringsprosessen om man får mulighet til å påvirke:

Det skjønner jo vi nå at det har ligget der hele tiden, men vi har fått lov til å late som at vi får bestemme på en måte. Og da er det helt annerledes. Man har fått respons på forslagene og blitt hørt på.

Lederen beskriver at det å få *respons på egne forslag og å bli hørt på er betydningsfullt* under en endring. Endringen hadde måtte komme uansett, slik som lederen beskriver det, men å ha *mulighet for å påvirke endringen synes viktigere enn om endringen kommer eller ei.*

Andre av lederne beskrev at det å få *respons på egne forslag gav motivasjon* i arbeidet:

Så jeg føler at vi får lov til å komme med forslag både for enhet og på avdelingsnivå som er med på å endre måten vi gjør ting på og, at vi får prøvd ut og evaluere det. Så lenge vi har gode argumenter for det da. Og jeg tenker at det er jo noe som gir motivasjon.

En tredje leder beskrev at det *å bli hørt i seg selv som var viktig*, ikke nødvendigvis at innspillene førte til endringer:

Men når jeg blir involvert, eller kommer med motforestillinger, så opplever jeg absolutt at jeg blir hørt. Det er ikke alltid at det tas til følge, men jeg tenker at jeg kan bli hørt selv om det ikke blir tatt inn eller gjort endringer i forhold til det som er mine innspill.

Her forteller flere av lederne at det er respons på egne forslag og det å bli hørt som er betydningsfullt i endringsprosesser. Det å få respons gav en positiv innstilling inn i endringsarbeidet. Informantene beskriver at det å få mulighet til å påvirke en endring er viktigere enn om endringen kommer eller ei.

En av lederne beskrev at det var en nyanse i å bli hørt og bli lyttet til: ”Sånn sett blir du ikke hørt. Du blir lyttet til, men du får ikke endret praksisen for det. Sånn føles det mange ganger.” Her kan det se ut som om lederen beskriver at det *som regel var mangel på respons* på forslagene den kom med. Lederen opplevde å bli lyttet til, men ikke hørt.

En annen leder beskrev at det *ikke nyttet å bruke den formelle linjen* når det var ønskelig med endringer. Lederen hadde lengre erfaring med ledelse fra andre sykehus med mer formelle rutiner:

Og jeg skjønner at sånn er det ikke her, da stopper det. Da er det som å slå hodet i vegg. Så jeg må ta en enkel sak, og finn ut hvilken person jeg skal til og få innpass. Men hvis jeg tar det mer prinsipielt og i linjen og så skjer det ingenting.

Videre beskriver lederen en erfaring av mangel på respons, og spesielt når ting var vanskelig og utfordrende. Lederen opplevde *å ikke ha noe sted å henvende seg* fordi den formelle linjen ikke fungert slik som ønskelig.

En annen leder beskriver at det var mangel på respons i endringsarbeidet når endringene medførte *konsekvenser for personalet* på enheten:

Altså så jeg synes sånn generelt og kanskje også sånn spesielt, at i forhold til at vi har hatt noen store runder her, at det med personalet blir litt sånn stemoderlig behandlet. Og det ligger kun på meg føler jeg.

Lederen beskriver videre en erfaring med at det var større mulighet for påvirkning i endringsprosesser når det gjaldt *håndtering av personalet* i endringene fordi: ”det rett og slett ikke er andre som bryr seg”.

Flere av lederne beskrev at de til vanlig opplevde mangel på respons på sine forslag inn i endringsprosesser: ”Jeg vet veldig godt hva jeg har prøvd å melde inn, mange ganger, og sånn sett kan du si at *jeg ikke blir hørt.*” Lederne opplevde å bli overstyrt og at de ikke fikk respons på de argumentene de mente var gode inn i prosessene.

Sammendrag: Flere av informantene gav uttrykk for at de i den siste større omstillingsprosessen som ble utført med støtte fra eksterne konsulenter, opplevde at de fikk større grad av respons på sine forslag enn under tidligere endringer. De opplevde at konsulentene hadde mer innsikt i det de holdt på med. Det å få respons lettet endringsarbeidet, og prosessene ble opplevd som konstruktive.

Flere lederne gav uttrykk for at det i endringsprosesser før denne siste som regel hadde opplevde manglende respons på forslag fra øvrig ledelse. Noen få opplevde å få respons for sine forslag, men da var det argumenter for bedre pasientbehandling som gav resultater. Flere erfarte at det ikke nyttet å bruke den formelle linjen og at de ikke hadde noe sted å henvende seg til. Det var ofte i saker som fikk konsekvenser for personalet på enheten, at de opplevde å ikke bli hørt. Enkelte gav uttrykk for å direkte bli overstyrt og ikke få respons på sine argumenter.

5.2.4 Involvering

En av lederne forklarte at det var litt avhengig av i hvilken om *lederen selv valgte å ”melde seg på”* i endringsprosessene som avgjorde om man i større grad ble involvert i endringsarbeidet:

Og jeg har på en måte skjønt at hvis du skal påvirke så må du være aktiv. Og du bør være aktiv tidlig, og spille med åpne kort. Og jeg føler at det har virket. Det føler jeg. Men det er ganske arbeidsomt.

At lederen selv tok initiativ og involverte seg i endringsarbeid gjorde at man fikk flere arbeidsoppgaver, men fikk mulighet til påvirke prosessene.

En annen beskrev at om man fikk mulighet til å påvirke gjennom å bli involvert var *avhengig av hva endringen handlet om:*

I forhold til pasientgrunnlaget så syns jeg i hvert fall nå at vi har absolutt har fått være med. Og fått mene noe om det. På en veldig ok måte. Hvor de har tatt utgangspunkt i oss som er på gulvet her og spurt meg og makkeren min og hørt på oss.

Lederen beskriver videre at i denne prosessen var det de faglige argumentene som ble utarbeidet sammen med seksjonsoverlegen tilhørende posten som ble tatt hensyn til.

Andre hadde erfart at det å bli involvert hadde stor betydning for mulighet til å påvirke utfallet av endringene. De som ikke ble involvert visste lite om hva som hadde foregått, og hadde mindre forståelse for problemstillingene.

Jeg tror kanskje ikke at jeg hadde vært så involvert hvis ikke det ikke hadde handlet om (...), nå har jeg sittet midt inni det og fått all informasjon. Fordi at jeg tilfeldigvis har hatt masse med det å gjøre. De andre enhetslederne som for så vidt ikke har hatt noe med denne greia å gjøre, sånn som andre sengeposter, som ikke har kommet inn i akuttforløpet enda, de har jo sittet og vært lykkelig uvitende.

Videre beskriver lederen at grunnen til involveringen, var at en sengepost skulle flyttes og dele på lokalene til egen sengepost. Det skulle gjøres som et ledd i en større omstillingsprosess som ble utført med støtte fra eksterne konsulenter. Lederen mente at konsulentene hadde bidratt til at alle som ble påvirket i prosessen ble involvert i arbeide. Informanten påpeker også det at de som ikke blir involvert har liten formening i det som foregår, og har ikke mulighet til å sette seg inn i problemstillingene og påvirke utfallet.

En leder sammenlignet tidligere erfaringer med nye, og beskrev at det å ikke få være med i prosessene kunne føre til konflikter: ”Det blir jo nesten bare sånn krig mot hverandre, når du ikke er med i prosessen og føler at vi blir i hvert fall hørt, og nå er det vi som kommer med forslagene.”

En av informantene beskrev at det ikke hjalp å bli involvert og prøve å komme med innspill i arbeidet og at det ble styrt fra øvrig ledelse på sykehuset:

Men igjen eksempel endring nå; akuttforløpsprosjektet, operasjonsprogram og bruk av arealer, så har ikke jeg kommet til noe særlig med det vi har ment. Det har blitt styrt ovenifra.

Selv om lederen ble involvert i arbeide, ble argumentene oversett og endringene ble styrt ovenifra. Lederen opplevde at selv om man ble involvert, gav det ikke mulighet til å påvirke

endringsprosessen. Øvrig ledelse beskrev lederen som sin avdelingssjef og andre som hadde ansvar for endringsprosessene.

En annen leder erfarte også at enhetsledere ble involvert, men at det ikke nødvendigvis gav noe mulighet for å påvirke i prosesser:

Nei, jeg føler det at her er det milevis mellom teori og praksis. Jada vi blir involvert, og med ”vi” mener jeg mitt ledernivå. Jeg føler at jeg i altfor stor grad bruker tiden på å mene mye, og sitter i høringsutvalg og grupper som skal uttale seg og mene mye om ting som etter min påstand allerede er fastlagt. Så det er litt gisselgreie. Jada, vi blir invitert til å delta i møter, men de endrer ikke noe på planene der.

Her opplever lederen at man på papiret blir involvert, men at det ikke gir noen mulighet til å påvirke, og at *involveringen kun medfører unødvendig bruk av tid*.

En av informantene beskrev at det er *lite informasjon og involvering i endringsprosesser på tvers av avdelinger*, og at man får informasjon for sent:

Jeg kunne vært tidligere og mer involvert. Men, med prosjekter som skjer innad på avdelingen blir jeg involvert i. Det blir veldig tett samarbeid med enhetene. Men det her har vært litt mer sykehusovergrepene og da burde jeg nok sikkert vært mer involvert.

En annen leder tar også frem at tidlig involvering kan innvirke på om man får mulighet til å påvirke i endringsprosesser: ”Etter noen års erfaring så føler jeg at man bør ligge i forkant, og når man ligger i teten så har man letter for å få gjennomslag for det man tenker. Og det er på en måte litt skummelt.” Informanten beskriver videre hva den mener med ”skummelt”:

Hvis jeg er der så er det ikke skummelt. Hvis det er andre som er der så er det så lett for å bli tatt på senga på en måte. Sånn at man ikke rekker å agere, og å tenke igjennom og sånn og kanskje før ting er bestemt.

Lederen uttrykker her at å ikke bli involvert tidlig nok i prosessen, kan medføre at man ikke får mulighet til å være med å ta avgjørelser som kan få betydning for ens enhet.

Sammendrag: De fleste lederne beskriver at det å bli involvert har betydning for mulighetene til å påvirke i endringsprosesser, Enkelte mente allikevel at det ikke hjalp å bli involvert, fordi argumentene de kom med ble allikevel oversett, og prosessen ble styrt fra øvrige ledelse. En av lederne uttrykte at det da opplevdes som misbruk av tiden en hadde til rådighet. En påpekte at muligheten for å påvirke gjennom å bli involvert var avhengig av hva endringen handlet om. Enkelte beskrev at årsaken til at om man ble involvert kunne ha noe med eget initiativ

hos leder å gjøre, og at en som deltager i prosessen fikk mulighet til å påvirke endringene. Flere fortalte at å ikke få delta i prosesser kunne føre til konflikter mellom enheter og avdelinger. Lederne beskrev at det var liten informasjon og involvering på tvers av avdelingene, og at å bli involvert for sent kunne føre til at man gikk glipp av muligheten til å påvirke i endringsprosessene.

Informantene beskriver at muligheten til å påvirke i endringsprosesser i organisasjonen varierte om endringen var innenfor eller utover egne ansvarsområder. Lederne gav uttrykk for at om man skulle ha mulighet til å påvirke, var avhengig av at prosessene ble kjørt åpne og uten siling av informasjon. De gav uttrykk for behov for respons på egne forslag, og at ledere på enhetsledernivå måtte involveres i endringsprosesser for å ha mulighet til å påvirke.

5.3 Hvordan forstår lederen spesielt ansvaret som ligger i deres lederrolle?

Jeg har nå sett på hvordan ledere mener å kunne påvirke i det daglige arbeide i et sykehus, og hvordan de mener å ha mulighet til å påvirke under endringer i organisasjonen. Vi skal nå gå inn på hvordan ledere forstår lederrollen og ansvarsområdene som ligger i lederrollen.

Jeg har valgt å kategorisere informantenes svar som Strand (2001) beskriver ansvarsområder: entreprenør, integrator, administrator og produsent.

5.3.1 Entreprenør: utvikling av nye produkter og tjenester

Strand (2001) beskriver entreprenørrollen som å forholde seg aktivt til omverden og utnytte muligheter. For ledere i spesialisthelsetjenesten forstår jeg dette som å utvikle pasienttilbudet i henhold til oppdragsgivers bestilling og medisinsk forskning. Det betyr at entreprenøren bidrar til forbedringsarbeid og utvikling av helsetjenesten, og strategisk utvikling.

En av ledere gav uttrykk for at det var *en stor del av lederrollen å være med på å utvikle pasienttilbudet.*

Jeg tenker at det er et stort ansvar vi har i utvikling. Og med det eksempelet jeg tok i stad, med å se hvordan driften er og se om vi trenger å endre, og da utvikle et nytt produkt, som da den gangen ble et eget kontrollopplegg. Og så er det igjen vårt ansvar å evaluere det.

En av de andre informantene mente også det sammen, men at det også var *lederens ansvar å forholde seg til utvikling av helsetjenestene utover egen sengepost* og også utover landegrensene.

Jeg har et stort ansvar både å tenke det og på en måte være med å se hva som kan være både forbedring, men også hva som skjer der ute i verden. Altså sånn ellers. At man følger litt med i timen. Eller hva som kan være for bedring i forhold til samarbeide med andre. Det hører med i jobben, men det blir jo også på en måte forventet å delta i det. For eksempel å jobbe med behandlingslinjer. Det forventes jo.

Lederen beskriver at i tillegg til at entreprenørrollen oppleves som et stort ansvarsområde, så hadde lederen erfart at det var forventet i organisasjonen at utviklingsarbeid er en del av jobben til en enhetsleder. Lederen uttrykte videre at endringsarbeid også medførte å være pådriver og drive med innsalg overfor de ansatte; ”Jeg føler jo det, når en er leder skal gjøre en endring, så står du og selger, peker og selger. Jeg føler meg som en selger.”

En annen beskrev av det var denne delen av lederrollen *ikke var å anse som en enhetsleders ansvar*. Lederen mente at det var seksjonsoverlegen i samråd med avdelingssjefen sitt ansvar å utvikle tilbudet til pasientene. Den sykepleiefaglige delen av utviklingsarbeidet var det avdelingens oversykepleier som hadde ansvar for sammen med fagsykepleiere på enheten.

For meg har det vært fint sånn sett å kunne gjemt meg litt bak det, at den faglige driften er postoverlegen sitt ansvar. Det er avdelingssjefen sitt ansvar, og det er avdelingssjefen som har delegert noe av den sykepleiefaglige utviklingen til oversykepleier. Og så har vi fagsykepleiere her da, så jeg føler jeg har lite ansvar i forholdt til det.

Samtidig beskriver lederen at området allikevel medfører arbeid, i form av å tilrettelegge for at andre skal ha mulighet for å drive med det. Lederen gav uttrykk for *å bevisst å ha satt seg på sidelinjen* i forhold til dette ansvarsområdet, og at bidraget inn i utviklingsarbeidet var å tilrettelegge, ikke være pådriver.

Enkelte ledere beskrev ansvarsområdet slik at de opplevde at *utvikling av pasientbehandlingen på enheten ikke var et ansvarsområde alene*, men sammen med seksjonsoverlegen og enhetens fagsykepleier. Lederen uttrykte at de var lederteamet på enheten, og var sammen om å utvikle pasienttilbudet.

En av lederne poengterte at det var en *leders ansvar å se mulighetene og ikke begrensingene*:

”Ved utviklingen av et tilleggstilbud eller en endring av et gammelt tilbud, da er det mitt ansvar å se mulighetene og ikke bare begrensingene.”

Sammendrag: Slik materialet fremsto for meg, kom frem færrest tilbakemeldinger som kunne kategoriseres som at entreprenørrollen var en del av en enhetsleders rolle. Kun en av lederne så på utvikling av pasienttilbudet som en stor del av sitt ansvarsrådet. En hadde bevisst satt seg på sidelinjen, og mente at det var andres ansvarsområde. Noen få beskrev det som et ansvar i team med fagsykepleier og seksjonsoverlege.

5.3.2 Integrator: Støtte, motivere og utvikle medarbeidere.

I denne delen av lederrollen sier Strand (2001) at en leders ansvar er å skape felles oppfatning av organisasjonens målsetning og styrke medlemmenes tilknytning til organisasjonen. Alle ansatte skal føle seg sett, ivaretatt og inkludert i fellesskapet.

Innledningsvis i intervjuene beskrev alle lederne at de opplevde arbeidet med å ivareta personalet som *den mest tungtveiende delen av lederrollen*. En av informantene beskriver denne delen av lederrollen slik:

Her er vi inne på mine suksesskriterier. Altså hvis jeg ikke har med meg mine ansatte her, så er det ingenting av de andre resultatene og målene jeg vil nå. Så, her må jeg jobbe med lederskapet mitt. Det er det jeg gjør innenfor HMS. Og å være tydelig og tilgjengelig. Og se folk, være observant. Det handler om å se folk, og bry seg om folk, og gi både positive og negative tilbakemeldinger. Det er noe med at du må skape en trygghet her, jobber masse med det. Å kunne ha en åpen dialog med mine ansatte, med sykemeldte, og å jobbe med masse tilretteleggings - saker.

Videre beskriver informanten at integratorrollen oppleves som *mer enn en heldagsjobb*. Lederen uttrykker at for å gjøre de rette tingene, så må man forstå hva som er viktig og riktig for folk, og at det å nå organisasjonens målsetning er avhengig av andre ting enn økonomi og administrative ting:

Så måloppnåelsen er avhengig av helt andre ting enn alle de tingene som handler om penger og ting. Det er den der synligheten i personalgruppen, å være tilgjengelig. Kunne få lov til å drive ledelse. Syns jo det er relevant å nevne når det er det som er temaet ditt. Altså den her ledelsesbiten som er alt for stor grad drukner, altså det blir for mye administrasjon.

Her gir lederen uttrykk for at rollen som integrator er den *viktigste delen av lederrollen*, og fremhever det å være tilgjengelig for sine ansatte som betydningsfullt: ”... det er kanskje da jeg har lykkes best som leder.” Lederen beskrev videre at det var viktig å ha gode systemer

som fanger opp ansatte som trenger mer oppfølging. Samtidig presiserer informanten at det også er betydningsfullt at en har fagmiljø som stimulerer de ansattes nysgjerrighet, og det også var viktig for å ha stabil arbeidskraft.

En del beskrev at de opplevde uformelle samtaler som betydningsfullt for medarbeiderne, og brukte en del tid på det i løpet av dagen.

For meg så er det veldig viktig å være synlig. Altså det når jeg tar med kaffekoppen og setter meg på vaktrommet, så er det ikke for å ha 5 minutter, men det er jo en del av jobben. Så det blir litt sånn på og av, en til to timer om dagen.

Det å være synlig og tilgjengelig som leder beskrev de like viktig som det å ha gode systemer for å ivareta personalet.

Enkelte opplevde det å ha personalansvar som at man måtte *ta hensyn til hva som opptok medarbeiderne både i og utenfor arbeidet*. En leder beskrev det slik:

Man oppnår ingenting utenom dem, så hvis du skal oppnå noe, så må det være gjennom dem. Og det med å ha ansvar for folk, det innebærer jo både ting som skjer på jobb og utenfor jobb. Som på en måte påvirker. Og som man må en ta hensyn til faktisk.

Lederen ser det på som sitt ansvar å ta hensyn til mye av det som påvirker en ansatt, for å støtte og motivere medarbeideren. Og at som leder må man ta hensyn til totalen for menneskene i organisasjonen.

Selv om de fleste mente at det å være synlig og tilgjengelig var den viktigste delen av arbeidet med å støtte og motivere medarbeidere, så uttrykte alle et behov *for et system for oppfølging av medarbeidere*. En av lederne beskrev at de hadde laget et eget system på enhetene. Andre forsøkte å bruke et felles system som sykehuset hadde utarbeidet, både for generell oppfølging og for medarbeidersamtaler.

Jeg har prøvd å bruke de malene som er på huset, mendet er veldig fint og flott å skulle liksom tilby kurs og nå skal du få ekstra tid til å kunne fordype deg. Og så kommer driften, og så har du kanskje lovet noe du ikke klarer å få gjennomført, og det syns jeg på en måte er enda verre.

Flere beskrev at det i malene for oppfølging av personalet lå spørsmål og oppfølgingspunkter som kunne gi forhåpninger over hva som var mulig å gjennomføre i praktisk hverdag uten at det fikk konsekvenser for driften.

Flere opplevde malene som lite til hjelp. Men behovet for et system var der fordi oppfølging av personalet var så stor del av lederhverdagen. En av lederne uttrykte frustrasjon for at tiden ikke strakk til, og hadde nå satt i gang et arbeid med å utvikle et eget system på enheten for å ivareta oppfølging av personalet.

Jeg håper jo nå å kunne lage nye rutiner for det der med å øke kompetansen og sånt noe, så jeg håper på kanskje litt ansvarliggjøring av de ansatte til videreutvikling utover nyansatt – perioden.

Selv om enkelte opplevde at de manglet verktøy til å ivareta personalet og hadde utarbeidet eller startet å utarbeide egne systemer for dette, uttrykte lederen samtidig et behov for å ansvarliggjøre personalet: ”Så jeg tenker at jeg har et stort ansvar men samtidig prøver jeg hele tiden å tydeliggjøre at vi jobber faktisk sammen her. Det er en felles sak.”

Mens flere av lederne uttrykte at å støtte og motivere de ansatte, bidra til sosial utvikling og øke de ansattes følelse av tilhørighet til organisasjonen var en vesentlig del av integratørrollen, beskrev andre at ledere hadde et ansvar for å stimulere til fagutvikling:

Jeg må sørge for den behandlingen vi til enhver tid gir. At kompetansen er på plass. Eksempelvis lite pasientgrunnlag i forhold til (...), å sørge for å tilrettelegge for kursing og opplæring på dem. Det er mitt ansvar sammen med de som jobber med turnus. Og får til en ordening der. Og tilrettelegge for at folk får tid til å sette seg inn i. Det er mitt ansvar for at de får de obligatoriske gjennomgangene i forhold til medisinskteknisk utstyr.

Ledere opplevde det som sitt ansvar for å organisere enheten slik at de ansatte får mulighet for faglig oppdatering gjennom opplæring, kurs og studiedager. En av lederne beskrev erfaring med at de ansatte selv følte ansvar for faglig oppdatering: ”Det blitt til et lite team, at de føler stort ansvar både i forhold til å oppdatere seg faglig, og være med å utvikle driften i det. Det tenker jeg er et ansvar vi har.” Lederen opplevde det slik at de ansattes faglige oppdatering var med på å utvikle driften av enheten.

En av lederne beskrev at oppfølgingen at jobben med å støtte og motivere de ansatte var todelt.

Så jeg har det faglige ansvaret i å hjelpe sykepleietjenesten til å utvikle seg faglig. Men det er jo to ulike måter å jobbe med utvikling på. Men det kan jo være en utfordring å motivere sykepleietjenesten til å være med i de endringene vi gjør. Og at de kan få et ansvar i å gjøre det. For jeg tenker at det er jo med på å utvikle deres faglige kompetanse igjen.

Sammendrag: Mens enkelte av lederne så på sitt ansvar for oppfølging av personalet som å jobbe med å støtte og motivere de ansatte, så andre det som at oppfølgingen også innebar å stimulere til faglig utvikling. De så på personalansvaret som todelt; den ene delen innebar den sosiale og kulturelle delen i å støtte og motivere de ansatte, og den andre som å stimulere til faglig utvikling.

Lederne uttrykker at tiden for enhetsledere som faglig oppslagsverk er forbi. Enhetslederens funksjon i forhold til personaloppfølging er å være coach og tilrettelegger, og bærer av et system som ivaretar den ansatte og som sørger for at sykepleierne blir gode på sitt fagområde.

Informantene opplever integratortrollen og det å støtte og motivere medarbeidere som en stor arbeidsoppgave. De gav uttrykk for at dette området var deres ansvar, men de hadde behov for gode verktøy for å lette arbeidet. Enkelte ledere mente også at det var et behov for å ansvarliggjøre medarbeiderne for egne utvikling. På denne måten ville arbeidsmengden reduseres.

5.3.3 Administrator: Sørge for at regler og systemer fungerer og etterleves

Strand (2001) beskriver at administratorfunksjonen i bred betydning handler om å drive og å utforme og endre systemer som virker adferdsregulerende. Det innebærer at ledere skal sørge for stabilitet, kontinuitet og kontroll i organisasjonen (2001:459).

Flere av informantene beskriver at det er *alt for mange arbeidsoppgaver og detaljer* innenfor denne delen av lederrollen, og flere delegerer enkelte oppgaver. De uttrykker allikevel at det er deres ansvarsområde at arbeidsoppgavene blir gjennomført.

Nå har jeg heldigvis noen som hjelper meg med det. Turnuser, innleie, kursoversikter, vaktbytter og timelister og egenmeldinger og, ja. Tidligere brukte jeg sikkert 5 timer om dagen på det. Det er jo mitt ansvar at alt dette blir etterfulgt, og det er jo stort sett noe jeg driver med hver dag. Så selv om jeg har folk som hjelper meg med ting, både med turnuser og jeg har fagsykepleiere, så jeg legger det jo ikke bort.

Lederen beskrev at de hadde ansatte rundt seg i team på enheten som *de delegerte administrative* oppgaver til.

At jeg sitter inne på et kontor å skriver Aften Dag Natt, det er det ikke så mange som har glede av, altså de har jo glede av å ha en god turnus, og at jeg tar hensyn til ting som er viktig for de. Men jeg behøver ikke gjøre det. Det kan noen gjøre for meg. Så

det er klart det at jeg har jo en helt annen frihet til å se de eller være på en måte synlig da.

Lederne opplever at mange av de *administrative oppgaver ikke er ledelse*. De var bevisste på at ansvaret for at oppgavene ble gjort, men var tydelig på at det var andre områder av lederrollen som var viktigere. Lederne mente at de ansatte ble bedre ivaretatt om andre gjorde administrative oppgaver som utarbeiding av turnus.

Men flere beskrev og så at det var viktig å *ha gode systemer for de administrative oppgavene*, og at de er et grunnlag for å kunne drive med ledelse

Jeg kjenner på at det er mitt ansvar å skape den strukturen og det systemet, noe av det er lagt fra sykehuset, selvfølgelig, men ellers har jeg stor frihet til å lage struktur, og jeg tror at det skal en være, og med bakgrunn i fra kreativ jobbing, så må det være noe faste rammer på plass for å kunne tørre å bevege seg litt innenfor. Så jeg er veldig tilhenger av system.

Enkelte gav uttrykk for å være mer opptatt av rutiner enn andre: ”All virksomhet på vår enhet klarer vi å putte inn i en av de punktene der. Samme logikken følger vi på PC, på områder hvor vi jobber, på permer og system følger samme nummerering.”

En annen gav uttrykk for å være mindre opptatt av detaljer, og mente at andre på enheten også hadde ansvaret for å ha gode rutiner:

Altså, jeg kan jo ikke sitte og være så detaljopdatert på alle de tingene der. Sånn at jeg tenker at, det er jeg som godkjenner og står som ansvarlig, men jeg tenker at mye av det ansvaret ligger hos fagsykepleierne. Det er noe av det som gjør at det er morsomt for dem også å jobbe. Men, vi trekker jo ting sammen.

En annen påpekte at det var så mange administrative oppgaver at det gikk *på bekostning av oppfølgingen av de ansatte*. Turnusplanlegging, innleie ved sykdom og avvikshåndtering var oppgaver som andre kunne ta seg av, men premissene var allikevel noe lederen mente å måtte ta del i. Administrative oppgaver i forbindelse med oppfølging av personalet var lederens eget ansvar.

Sammendrag: Lederne var opptatt av at ansvaret for systemene og de administrative oppgavene lå på dem, selv om de ikke nødvendigvis utførte alle oppgavene. De opplevde at de administrative oppgavene var mange, og de fleste enten hadde delegert eller ønsket å delegerer noen av de til andre. Enkelte gav uttrykk for at denne delen tok så mye plass i

lederrollen at de syns det gikk på bekostning av de ansatte. Noen uttrykte at det var forskjell på å lede og administrere, og at administrasjon var systemer som skulle ligge i bunn for ledelse, ikke noe som enhetsledere måtte bruke mye tid på.

5.3.4 Produsent: Være pådriver for å nå resultater og oppsatte mål

Strand 2001 beskriver produsentrollen som å være pådriver og logisk problemløser. I et sykehus kan det innebærer å sørge for å nå oppdragsgiveren og organisasjonenes overordnede mål for helsetjenesten. Lederen skal bidra til kontinuerlig faglig utviklingsarbeid slik at sykehuset leverer beste praksis i pasientbehandlingen. Sentrale oppgaver for produsentfunksjonen er å etablere mål for prestasjoner og standarder for adferd hos de ansatte, og sørge for problemløsning og resultater for pasientene (2001:455).

Enkelte av lederne gav uttrykk for at produsentrollen var *en betydelig del av lederrollen*:

Det tenker man jo stort sett på hver dag. Jeg jobber jo tett med fagsykepleierne og hele tiden hvordan vi skal få flettet fag, informasjon om nye ting og endringer, inn i en driftshverdag. Og få til engasjement og sånne ting. Det er vel det som er den store utfordringen hele tiden.

Lederen mente at selv om det var dyktige *fagsykepleier på enheten som også bidro* til å levere beste praksis i pasientbehandlingen, så var det *lederens oppgave å være pådriver* til arbeidet.

En informant beskrev mangfoldet i produsentfunksjonen på et sykehus på denne måten:

Jeg har stor et ansvar innenfor det. I forhold til det å overholde budsjetter og få gjennomført handlingsplan, ja. Vi jobber jo med å lage behandlingslinjer, det har jeg tatt initiativet til, ja. Å starte opp et pasientforløp som går både på behandlingsform, men også på å nå resultater og må i form av redusert liggetid og økt aktivitet og økt kvalitet.

Her gir lederen uttrykk for at den opplever å ha et *ansvar for å være pådriver innenfor flere områder*, og at enkelte arbeidsoppgaver er en del av en større sammenheng. Å bidra til å utvikle nye pasientforløp kunne gi gode resultater på flere av lederens ansvarsområder.

Andre beskrev at å være pådriver var lederens ansvar både på enhets og avdelingsnivå:

”Ja det har jeg både på enheten, men jeg har jo det også sann på avdelingsnivå. Det er jo på en måte det vi hele tiden snakker om. Er ikke det hovedjobben da”? Og forklarer videre: ”Vi skal jo gi de en god kvalitativ behandling og alt det der, up to date behandling. Det henger jo sammen. Det er jo det en jobber med hele tiden”.

En annen beskrev ansvaret for måloppnåelsen slik:

Altså, jeg ser egentlig meg selv som en viktig del av måloppnåelsen både for min egen driftsenhet og for avdelingen. Så jeg kan ikke gjemme meg bak og si det der syns jeg var dumt altså. Det går ikke, jeg er faktisk betalt jeg for å forholde meg på en konstruktiv måte til de tingene.

Informantene gir her uttrykk for at de opplevde det som *sitt ansvar å være pådriver og etablere mål for prestasjoner og standart for adferd, også på avdelingsnivå*. På denne måten mente lederne at man måtte jobbe for å ha en felles oppfatning av målene, og poengterte at det var betydningsfullt alle lederne på en avdeling dro i sammen retning.

En leder uttrykte at *produsentrollen var å arbeide med oppfølging av arbeidsmiljøet og oppfølging av de ansatte* gjennom for eksempel medarbeidersamtaler. Å være pådriver for å nå mål for pasientbehandlingen var det andre som hadde ansvar for. Men, lederen påpekte at den måtte engasjere seg for å få ting til å skje. Man kan anta at denne lederen mener at det er andre deler av lederrollen som ligger i ansvaret for en enhetsleder, og at oppfølging og utvikling av personalet som den viktigste oppgaven for sykehus som organisasjon.

Sammendrag: Informantene gav uttrykk for at produsentrollen var en betydelig del av lederrollen. Lederne beskrev at det var deres oppgave å være pådriver for arbeidet, selv om det kunne være andre på enheten, for eksempel fagsykepleiere som bidro i arbeidet. Å være pådriver for å nå sykehusets målsetning innenfor pasientbehandlingen gav resultater innenfor flere av lederens ansvarsområder. Flere beskrev at de hadde ansvar for å være pådriver og etablere mål også på avdelingsnivå.

5.4 Oppsummering

Lederne beskrev det som betydningsfullt for deres lederutøvelse å tidlig nok kunne planlegge hvordan overordnede beslutninger påvirket ansvarsområdene deres, for så å kunne iverksette beslutningene i den praktiske arbeidshverdagen på enhetene. De ønsket oversikt over hva som skulle skje i organisasjonen fremover, slik at de kunne bidra til å oversette og implementere overordnede planer ut i konkrete arbeidsoppgaver i den operative delen av virksomheten.

Av ansvarsområdene som ligger til en enhetsleder, uttrykte informantene at det var større mulighet for å påvirke og ta initiativ på område for fagutvikling, enn å påvirke områdene for

personal og økonomi. Oppfølgingen av personalet var den største utfordringen, og var det område informantene beskrev som det meste tungtveiende ansvarsområdet; det tok mest tid, og var det ansvarsområdet lederne arbeidet mest selvstendig. Oppfølgingen av enhets økonomi fremsto som en låst ramme uten muligheter for å påvirke, som lederne bare måtte forholde seg til.

Flere uttrykte at de kunne arbeide selvstendig med sine ansvarsområder, men at det var visse begrensinger. Enkelte opplevde direkte innblanding i enkeltsaker, og andre uttrykte behov for støtte, som ikke ble møtt.

De fleste hadde erfart at det var mangel på åpne prosesser ved endringer i organisasjonen, og at det forekom en del siling av informasjon, slik som også beskrevet i 5.1.1. Det hadde medført at lederne hadde erfart ” det en ikke vet, kan en ikke forholde seg til”. Men det ble opplevd som negativt at deler av informasjonen som blir presentert for ledere på enhetsnivå var sortert ut og at avdelingssjefene fungerte som et ”glava –lag”. Flere av enhetslederne gav uttrykk for mangelen på åpenheten i prosessene var ledelsesmessig uprofesjonelt.

Flere lederne gav uttrykk for at de i endringsprosesser som regel hadde opplevde manglende respons på forslag fra øvrig ledelse. Hvis lederne fikk respons, var det argumenter for forbedring av pasientbehandling som gav resultater. Det var ofte i saker som fikk konsekvenser for personalet på enheten, at de opplevde å ikke bli hørt. Enkelte gav uttrykk for å direkte bli overstyrt og ikke få respons på sine argumenter.

De fleste lederne beskriver at det å bli involvert har betydning for mulighetene til å påvirke i endringsprosesser. Enkelte mente allikevel at det ikke hjalp å bli involvert, fordi argumentene de kom med ble oversett, og prosessen ble styrt fra øvrige ledelse. Enkelte uttrykte at det opplevdes som misbruk av tiden en hadde til rådighet. En påpekte at muligheten for å påvirke gjennom å bli involvert var avhengig av hva endringen handlet om. Enkelte beskrev at årsaken til at om man ble involvert kunne ha noe med eget initiativ hos leder å gjøre, og at en som deltager i prosessen fikk mulighet til å påvirke endringene. Flere fortalte at å ikke få delta i prosesser kunne føre til konflikter mellom enheter og avdelinger. Lederne beskrev at det var liten informasjon og involvering på tvers av avdelingene, og at å bli involvert for sent kunne føre til at man gikk glipp av muligheten til å påvirke i endringsposessene.

De fleste informantene beskrev funksjonene som entreprenør, produsent, administrator og integrator som en del av sin lederrolle. Ansvarsområdene innenfor den forskjellige funksjonene anså de som sitt ansvar, men i noe varierende grad. Integratorrollen var den som lederne beskrev som sitt største ansvar og det mest tidkrevende området. Administratorrollen var det området hvor lederne hadde delegert flere av arbeidsoppgavene. Allikevel forsto lederne det som sitt ansvar for å utvikle og ha gode systemer for dette arbeidet. De fleste mente at både entreprenørrollen og produsentrollen lå i deres lederrolle, og at de tok mye ansvar for arbeid som lå i dette. De lederne som anså alle funksjonene som en del av sin lederrolle, gav uttrykk for å ha et større handlingsrom enn de som mente at enkelte funksjoner var viktigere enn andre. Det bekreftes i Strand (2001) som beskriver stor variasjon i rolleutforming og handlingsrom for identiske stillinger.

6 Diskusjon

I diskusjonen velger jeg på grunnlag av informantenes uttalelser og analysen primært å omtale enhetsledernes oppfatning av ansvaret som ligger i stillingen, valgmulighetene de har og deres oppfatning av eget handlingsrom. Flere av svarene som ble analysert under 5.1 og 5.2 handlet til dels om de sammen utfordringene for lederne. De ønsket å påvirke og bidra både i løpende beslutninger og i beslutninger omkring endringsprosesser. Det var området for fagutvikling at informantene beskrev at de hadde større grad av påvirkningsmulighet enn de hadde i ansvarsområdene for oppfølging av personalet og økonomi.

6.1 ”Enhetsledere er godt betalte sekretærer”

Dette utsagnet stammer fra en stabsansatt, og peker i retning av at enhetslederne ikke treffer avgjørelser, eventuelt bare etter instruksjon. Godt betalte sekretærer utfører instruksjoner tatt på grunnlag av andres beslutninger.

I stillingsbeskrivelsen til enhetsledere står det om organisatorisk plassering at lederen er direkte underlagt avdelingssjefen, og skal i samråd med seksjonsoverlege fatte avgjørelser av betydning for den medisinskfaglige virksomheten (se vedlegg stillingsbeskrivelse). I tillegg står det definert ganske detaljerte ansvarsoppgaver innenfor personal-, fag og økonomi/”drift”. Avgjørelser av betydning for den medisinskfaglige virksomheten er slik jeg ser det avgjørelser omkring sykehusets kjernevirksomhet; Pasientbehandlingen. Alle ansvarsoppgavene som står i stillingsbeskrivelsen kan man plassere i Strands (2001) beskrivelse på ansvarsområder i lederrollen; Produsent, administrator, integrator og entreprenør.

Den delen av ansvarsområdet som kan gjenkjennes i ”en godt betalt sekretær”, er lederes rolle som administrator. De opplevde at mengden av administrativt arbeid tok så mye tid at det gikk ut over de andre ansvarsområdene. Administrasjon er den arbeidsoppgaven som flere av informantene delvis hadde delegert vekk, eller ønsket å delegere vekk. Funksjonen å være integrator var det området som lederne uttrykte var deres største ansvarsområde, og som tok mye tid. Flere av lederne ønsket et bedre dokumentasjonssystem for å følge opp de ansatte, og noen hadde startet med å lage egne.

Studien viser at de fleste informantene så på alle ansvarsområdene som sine, men at administrator- og integrator funksjonen tok mye tid, og derved begrenset ledernes handlingsrom. Funnene kan sammenlignes med hvordan Strand (2001) beskriver variasjon i rolleutforming og handlingsrom for identiske stillinger. Den enkelte leders subjektive oppfatning av hvordan kravene i stillingen kan utprøves og hvordan begrensningene (i organisasjonen eller oppfatning av lederrollen) oppfattes, påvirker lederens tolkning av rom for valg. Studien tyder på at lederne som delegerte administrative arbeidsoppgaver (jmf 5.3.3) og som kunne legge inn et engasjement i utvikling av sykehusets kjernevirksomhet, som er pasientbehandlingen, opplevde å ha valgmuligheter og å kunne påvirke utformingen av endringene (jmf 5.2.1). Ledere som hadde valgt bort entreprenør og produsentfunksjonen, og som ikke så på disse som sine ansvarsområder, uttrykte at handlingsrommet var begrenset (jmf 5.2.1 og 5.3.1).

Forbedring av administrative systemer og avlastning av administrative oppgaver vil slik jeg ser det, og slik flere av informantene gav uttrykk for, gi ledere større mulighet til å bidra i utviklings- og strategiarbeid som ligger i entreprenør og produsentfunksjonen. Det bekreftes i Gjøsæters rapport som beskriver funn som viser at ledere ønsket i større grad å involveres i endrings- og forbedringsprosesser, og i mindre grad å bruke tid på administrativt arbeide.

Denne studien viser at ledere nærmest pasientbehandlingen, hvor sykehusets mål og strategier skal implementeres, har et større engasjement i entreprenør og produsent funksjonen. De oppfatter seg selv som en del av verdiskapningen i sykehusorganisasjonen. Det er helt i tråd med utviklingen av sykehus som organisasjon, som har måtte utviklet seg til å ha fokus på verdiskapning og er mer konkurranseutsatt enn tidligere, slik som beskrevet i kapittel 2. Ledelse på enhetsnivå er i endring med å finne sin plass i verdiskapningskjeden i virksomheten, slik som Gjøsæter beskriver i sin rapport om førstelinjeledere i petromaritim bransje.

Enhetsledere ser på sin lederrolle og sine ansvarsområder som noe mer enn hva som innebærer å være en godt betalte sekretær.

6.2 ”Enhetsledere tar kun dag til dag avgjørelser”

Som omtalt innledningsvis, er enhetsledere av ledelsen omtalt som en person som kun treffer dag til dag avgjørelser. Det er nærliggende å forstå det slik at de ikke involveres i langsiktige saker.

Informantene beskrev det som betydningsfullt å få planlegge i god tid hvordan beslutninger og endringer ville påvirke deres ansvarsområder. De uttrykte også behov for å kunne planlegge endringer, slik at de på en god måte kunne implementeres i den praktiske arbeidshverdagen på enhetene. En av informantene beskrev det slik: ”Jeg liker å tenke langsiktig, og det er viktig i den jobben man har også, og da syns jeg at jeg kunne fått informasjonen litt raskere kanskje”. Flere av informantene beskrev at de opplevde at de fikk for lite og for sen informasjon, og at det påvirket deres handlingsrom. Strand (2001) beskriver at forhold som bestemmer handlingsrommet for en leder blant annet er tilgangen på informasjon (Strand 2001:124).

Ved å ikke få tilgang til den informasjonen som var nødvendig for å ivareta informantenes ansvarsområder og at flere hadde erfart å ikke få delta i endringsprosesser, opplevde de at valgmulighetene ble redusert. Espedal og Lange (2005) beskriver at definering av mål og strategier, og å ha kunnskap om hva som skal prioriteres og endres i en organisasjon påvirker valgmulighetene for en leder. Ved å ha fullgod kjennskap til beslutninger og endringer som påvirker ansvarsområdene til en leder, er det enklere for lederne å implementere endringer og forutse og forholde seg til eventuelle konsekvenser av beslutninger på enhetene.

Flere av informantene beskrev en nylig endringsprosess hvor de opplevde at de hadde fått mer informasjon enn vanlig, og hvor de i større grad enn tidligere hadde blitt involvert tidlig i endringsarbeidet, og at endringsprosessene hadde vært gjennomført mer åpne enn til vanlig. Det hadde ført til at lederne opplevde i større grad å kunne ivareta egne ansvarsområder inn i endringsarbeidet. Lederne opplevde også å ha flere valgmuligheter gjennom å tidligere og i større grad enn til vanlig å bli involvert i arbeidet, og å få mulighet til å påvirke resultatene. Gjøsæter (2009) beskriver dette også som et sentralt funn i sin studie om førstelinjeledelse i petromaritim bransje, hvor lederne hadde et ønske om tidligere og sterkere involvering i overordnede planer, slik at de kunne implementeres i operativ arbeidshverdag.

Ønske om raskere informasjon, ønske om å kunne påvirke og å ha mulighet til å komme med uttalelser, fremstår som betydningsfullt for mellomlederne i dette sykehuset. Uttalelser om å

ville planlegge i god tid, viser at enhetsledere i alle fall ønsker å ta del i mer enn det å treffe dag til dag avgjørelser. Det støtter også min egne erfaring med at enhetsledere faktisk tar på seg et stort ansvarsområde utover det å ta ”dag til dag avgjørelser”.

6.3 ”Avdelingssjefene blir et glava – lag”

Avdelingssjefene blir av en av informantene omtalt som et glava – lag, som ikke involverte klinikken og ledelsen nærmest sykehusets kjernevirksomhet; Pasientbehandlingen. Det er nærliggende å tro at avdelingssjefene hindret informasjonsflyten i avdelingene, og at enhetslederne ikke ble involvert beslutnings- og endringsprosesser.

Et gjennomgående funn i studien tyder på at informantene ønsket i større grad delta både i løpende beslutningsprosesser og å være med i strategi og utviklingsarbeid i organisasjonen. Flere beskrev at de opplevde at informasjon som ble presentert for enhetsledere var ”silet”, og at ikke alle faktiske opplysninger kom frem (jmf 5.1.1).

Flere ledere beskrev at det var mangel på åpenhet i prosessene (5.2.2). Det var også en generell oppfatning blant informantene at de ikke ble involvert i beslutnings- og endringsprosesser, og da særlig de som var mer sykehusovergripende og gikk på tvers av avdelingene.

Hvis vi ser på organisasjonskartet (se vedlegg) er enhetslederne organisert direkte i linje under avdelingssjefen, og i stillingsbeskrivelsen (se vedlegg) som beskriver de formelle kravene i lederrollen, ser en at ansvarsområdene er klart definert. Studien tyder på at lederne ikke fikk nødvendig informasjon om pågående saker og opplevde det slik at det var manglende åpenhet og involvering fra øvrig ledelse i beslutnings- og endringsprosesser, og at det påvirker lederens muligheter for valg og begrenser lederens handlingsrom. Funnet i studien synes å støttes av funn som Espedal og Lange (2005) beskriver i sin rapport; At lederes handlingsrom begrenses av mål og strategier fastsatt av toppledelsen, og at lederens valgmuligheter ligger innenfor rammene av krav og begrensninger.

Et funn i denne studien tyder på at mellomledere slik som beskrevet her, ikke opplevde store muligheter til å påvirke og sette rammebetingelser i endringer, fordi de ikke får muligheten på grunn av begrensende forhold som beskrevet ovenfor. Funnet kan ikke sammenlignes med

funn i Hopes doktoravhandling (2010), som viste at lederne er i en unik posisjon til å påvirke og sette rammebetingelser. Antagelig er det fordi Hopes studie er foretatt på grunnlag av mellomledere på et nivå over lederne som i min studie er informanter. Men, Hopes funn kan mulig sammenlignes med beskrivelsen av mine informanters opplevelse av at avdelingssjefene fungerte som et glava - lag. En kan bli fristet til å forstå mine funn i retning av at manglede involvering av enhetsledere kan være en del av øvrige ledelsens strategi i beslutnings- og endringsprosesser, men det er en drøy påstand som krever en egen studie av mellomledere på avdelingssjefsnivå.

Utsagn i studien viser at sykehuset nylig hadde vært i en endringsprosess hvor enhetsledere sammen med medisinskfaglig ansvarlig lege i større grad enn til vanlig hadde vært med å kartlegge konsekvensutredninger, implementeringsmuligheter og bidratt til å avgjøre hvordan og på hvilken måte endringene skulle foregå (jmf 5.2).

Studien tyder på at enhetsledere opplever i større grad å ha valgmuligheter og handlingsrom for ledelse, når øvrig ledelse gir enhetsledere mulighet til å aktivt får være med på definere mål og strategier og å påvirke hva som skal prioriteres og vektlegges i beslutnings- og endringsprosesser (jmf 5.2.2). Funnet kan sammenlignes med funn i både Hopes (2010) og Espedal og Langes (2005) studier, som viser at ledernes handlingsrom begrenses av mål og strategier fra toppledelsen, og at ledere har mulighet til å påvirke valg av midler innenfor rammene av krav og begrensninger.

Enhetslederne ønsker å bidra med sin kunnskap og erfaringer med organiseringen av pasientbehandlingen inn i beslutnings- og endringsprosesser, og det gir slik jeg også har erfart en opplevelse av flere valgmuligheter og økt handlingsrom. Lederens påstand om at avdelingssjefene fungerer som et glava – lag med tanke på informasjonsflyten og mangel på involvering, synes til dels å stemmen slik funn i studien tyder på. De seneste erfaringene informantene beskriver gir inntrykk av at det er en endring på gang hva gjelder involvering av enhetsledere i endringsarbeid. Å arbeide med kommunikasjonsprosessene i organisasjonen kan bidra til at enhetsledere i større grad opplever å bli involvert, slik som funn i Hopes (2010) studie tydet på.

6.4 "Bli glad i endringer"

Som beskrevet i kapittel 2.2, uttalte helseminister Strøm-Erichsen i et nummer av sykepleien at hun anbefalte sykepleiere å bli glad i endringer. Hun sier at sykepleierne slites av stadige endringer, at ledelsen og organisasjoner i samspill har ansvar for å skape trygghet i endringsprosesser, og at regjeringen forventer at ledere tar ansvar for endringsarbeid i sykehusene.

Etter min erfaring har hverdagen i sykehus fått et daglig innhold preget av utredninger, effektivisering av helsetilbud ved omlegging av behandlingsforløp og tilbud, polikliniseringstiltak og kompetanseoverføringsprosjekter, slik som også beskrevet i kap 2. Det medfører at ledere nærmest pasientbehandlingen får en hverdag hvor de, slik jeg ser det, aktivt bør forholde seg til endringene. Endringene for de ansattes yrkesutøvelse er en konsekvens av endringer i pasientbehandlingen.

Enhetsledere har i sin stilling blant annet ansvar for at utviklingen sykepleietjenesten er i tråd med medisinskfaglig utvikling (se vedlagt stillingsbeskrivelse). Enkelte av informantene så på oppfølgingen av de ansatte som tosidig; den ene delen innebar den sosiale og kulturelle delen i å støtte og motivere den ansatte, og den andre som å stimulere til faglig utvikling. De mente at tiden for at ledere er faglig oppsalgsverk var forbi(jmf 5.3.2). Enhetslederne beskrev allikevel det slik at de innenfor fagutvikling opplevde å ha muligheter til å påvirke endringer i samarbeid med medisinskfaglig ansvarlig.

Et funn i studien tyder på at lederne gjennom en forståelse av at utvikling i pasientbehandlingen var en del av lederrollen og herunder en enhetsleders ansvar, opplevde større handlingsrom enn ledere som hadde valgt å legge området til side (jmf 5.3)

Studien tyder på at å måtte foreta endringene i samarbeid med medisinskfaglig ansvarlig ble ikke oppfattet som et hinder, men som en forutsetning for å drive endringsarbeid, og førte ikke til at handlingsrommet ble redusert (jmf 5.3). Det er helt i tråd med hvordan ansvarsoppgavene er definert i vedlagt stillingsbeskrivelse (vedlegg). Informantene beskrev at samarbeidet ikke opplevdes begrensende på enhetsledernes handlingsrom.

Studien tyder på at de fleste enhetsledere hadde et engasjement for endringsarbeid, og i større grad ønsket å involveres og å få mulighet til å påvirke i endringsprosesser, både under

utviklingen og i implementeringen (jmf 5.2). Enhetslederne ønsket å ta ansvar og skape trygghet i endringsprosessene.

6.5 ”Førstelinjeledelse fremsto som en ”urias-post”.

Gjørseter (2009) beskriver i sin funn at førstelinjeledelse (her enhetsledere) blir utsatt for store krav og forventninger, og dermed fremsto som en ”urias-post”.

Studien tyder på at integratorfunksjonen er det området som enhetsledere beskriver som mest tungtveiende, og som det største og mest utfordrende ansvarsområdet. Som sagt i 6.4 opplevde informantene ansvarsområdet som tosidig. Den delen av oppfølgingen av personalet som innebærer å støtte og motivere den ansatte, og som innebærer en del rutinepregede oppgaver, ble av enhetslederne beskrevet som det området hvor de opplevde å ha minst mulighet for å påvirke beslutninger ved endringer (jmf 5.1.3).

Det var på dette området hvor lederne oppfattet en innblanding fra andre som for eksempel stabsfunksjoner (jmf 5.1.2). Samtidig beskrev de at det var det området hvor de jobbet mest selvstendig, og enkelte ganger kunne ha et ønske om at nærmeste leder involverte seg i ved alvorlige saker ((jmf 5.1.3).

Her kan det se ut som om beslutninger som tas av øvrig ledelse hva vedrører personaloppfølging bare blir tredd nedover hodene til lederne, og at enhetsledere bare kan påvirke valg av midler *innenfor* rammene av krav og begrensninger satt fra omgivelsene, slik som Espedal og Lange (2005), beskriver som funn i sin studie. En slik oppfatning støtter Gjørseters (2009) funn i sin rapport om at førstelinjeledere blir utsatt for utfordrende krav og forventninger, både fra overordnede ledelse og fra medarbeidere. Dette synes å være karakteristikk for mellomlederrollen, som av Aadland beskrives ved man leder mellom ulike hensyn både oppover og nedover i organisasjonen (Aadland 2004:198). Det kan synes at mellomlederes muligheter for valg og handlingsrom begrenses av krav og forventninger slik som Strand (2001:360) beskriver.

Enhetsleder rollen fremstår på bakgrunn av informantenes beskrivelser som en ”urias – post” på området for oppfølging av personalet. Derved opplever lederne at handlingsrommet for ledelse er begrenset av forhold som beskrevet ovenfor.

6.6 ”Entreprenørfunksjonen er ikke en enhetsleders ansvar”

En av informantene beskrev at det å utvikle ”nye produkter og tjenester” ikke var en enhetsleders ansvar. Argumentet var at avdelingssjefen hadde delegert det medisinskfaglige ansvaret til seksjonsoverlegen sammen med oversykepleier på. Lederen mente at på enhetsnivå var det fagsykepleier sammen med oversykepleier som hadde ansvar for å ta initiativ til endringer i sykepleietjenesten (jmf 5.3.1).

I stillingsbeskrivelse (vedlegg) fremgår det at enhetsleder har ansvar for de ansattes faglige utviklingsmuligheter. Integratorfunksjonen er å anse som to-delt, jmf 6.5. Den delen som omhandler å stimulere til faglig utvikling, har slik jeg ser det stor sammenheng med utviklings og endringsarbeid. Som antydning i 5.2 påvirker endringer i pasientbehandlingen driften av enheter; både hvor, på hvilken måte og når pasientene skal ha behandling får innvirkning på en enhetsleders ansvarsområder. På den måten kan en tolke det slik at deler av integratorfunksjonen er tett opptil entreprenørfunksjonen.

Det hevdes i NOU 1997 ”Pasienten først!”, blant annet at enhetlig ledelse innebærer at ledere i sykehus skal ha holdninger og adferd som reflekterer kjernen i det som lederskap dreier seg om: å ta ansvar for at enhetens mål og rammer er klarlagt. Videre sies at ledere har ansvar for å initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser. Fagbyråkratiet har tidligere vært dominerende i sykehus. Etter reformen til enhetlig ledelse er det lagt til rette for at sykehus skal ha lederroller som har mer innslag av ansvarsområdene i entreprenør- integrator- og produsent funksjonen.

Funn i studien tyder på at ledere ser på alle funksjonene i lederrollen som sitt ansvar, jmf 5.3, også entreprenørfunksjonen. Ledere som medlemmer i en organisasjon har et individuelt ansvar for at de avgjørelser og prioriteringer som blir gjort er til det beste for totalen. Thomson (2005), argumenterer med at ledere har et moralsk ansvar, fordi at de avgjørelser som ledere tar, får konsekvenser for flere i en organisasjon, her: ansatte og pasienter. Ledere har i kraft av sin rolle og posisjon et stort ansvar for organisasjonen som helhet. Funn i Gjøsæters (2009) studie tyder på at ledere ønsket i større grad å involveres i endrings- og forbedringsprosesser, på bakgrunn av et ønske om å få større oversikt over hva som skulle skje i organisasjonen fremover. Informantenes utsagn tyder på at enhetsledere mener å ha ansvar for utviklings- og endringsarbeid, og opplever å ha et stort ansvar for den totale driften av sykehuset.

Slik jeg ser det, bør en leder med fagutviklingsansvar også mene at lederrollen innebærer å ta ansvar for utviklings- og endringsarbeid. På den måten får lederen best mulighet til å implementere endringer på en skånsom måte for de ansatte. Det er også i tråd med intensjonen i NOU 1997 "Pasienten først!". De organisatoriske forholdene slik de fremstår i organisasjonskartet der hvor studien er foretatt(se vedlegg), tilsier at enhetsledere har ansvar for endringsarbeid som leder i linje under avdelingssjefen, og forholdene ligger derved til rette for at enhetsledere kan bidra inn i utviklings- og endringsarbeid som ligger til entreprenørfunksjonen.

7 ”Hvilket handlingsrom erfarer mellomledere i spesialisthelse-tjenesten å ha, og hva mener de spesielt om sine valgmuligheter og sitt ansvar i lederrollen?

Oppsummering og konklusjon: Informantene erfarte at de hadde begrenset handlingsrom i sin stilling, fordi de erfarte å motta begrenset med informasjon, og opplevde at de ofte ikke fikk mulighet til å delta i beslutningsprosesser. Det ble gitt uttrykk for at det ikke var endingsprosesser som var åpne nok. De opplevde i større grad å ha handlingsrom i fagutviklingsarbeid. Lederne så på alle funksjonene i lederrollen som sitt ansvar, men tilbakemeldingene viste at det var administrator og integrator som var de største delene, og de mest tidkrevende. De lederne som gav uttrykk for at entreprenør- og produsentfunksjonen hadde en betydelig plass i lederhverdagen, erfarte større grad av handlefrihet og gav uttrykk for å ha flere valgmuligheter enn andre lederne.

De fleste informantene så på alle funksjonsområdene som sitt ansvar i enhetslederrollen. Studien tyder på at ledere på dette nivået opplever å ha et ansvar utover det som tradisjonelt ble forventet av øvrig ledelse. Enhetslederne mente selv å kunne bidra med sin kunnskap inn i utviklings- og endringsarbeid, og så det som en nødvendighet for på en god måte kunne implementer endringer i den praktiske hverdagen i klinikken. Enhetsledernes beskrivelser at sitt ansvar i lederrollen er slik jeg ser det helt i tråd med intensjonene for innføringen av enhetlig ledelse jmf ”Pasienten først!” 1997, og et behov i sykehus som organisasjon med den endringstakten som forventes fra regjeringen.

Studien tyder på at enhetsledernes valgmuligheter begrenses av i hvilken grad de ble involvert og fikk muligheter til å påvirke i utviklings- og endringsprosesser i organisasjonen, og hvordan lederne vektla funksjonene i sin rolle.

Innledningsvis ble handlingsrom for denne studien beskrevet med en formell og en uformell del. Den formelle ble beskrevet med lederens definerte ansvarsområder slik de fremgår av stillingsbeskrivelsen (vedlegg), og rammebetingelser slik de fremgår av organisasjonskartet (vedlegg). Den uformelle delen ble beskrevet bestående av hvordan lederen forstår og fortolker sin rolle som leder og de valgmulighetene som ligger i rollen, og at gjennom aktiv rolleforståelse kan ledere skaffe seg handlingsrom. Denne studien tyder på at enhetslederens

handlingsrom i tillegg til overnevnte påvirkes av i hvilken grad øvrig ledelse involverer ledere på alle nivåer i utviklings- og endringsarbeid. Det vil si at handlingsrommet også påvirkes av begrensinger i omgivelsene.

Litteraturliste

Aadland, Einar (2004). *Den truverdige leiaren*. Gjøvik: Det Norske Samlaget.

Berg, Ole (2002). *Fra politikk til økonomikk*. Oslo: Den norske legeforening.

Berge, Aslaug Wiig (2002). *Sykepleien*, 90 (13), s. 34-38.

Bjørnstad, Andreas og Thoresen, L (19.mars 2011). *Jakob betaler ventelisteregningen*. Asker og Bærums Budstikke, s. 24-28.

Bolman, Lee og Deal, T. (2009): *Nyttige perspektiver på organisasjon og ledelse*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Fischer, John Martin og Ravizza, M. (1993): *Perspectives on Moral Responsibility*. USA: Cornell University Press.

Finset, Arnstein m.fl (2010). *Utfordring og mulighet: En helsetjeneste i endring*. Oslo: AIT AS e-dit.

Fonn, Marit (2008). I rugekassen. *Tidsskriftet Sykepleien*, 96 (15), s. 34-35.

Fonn, Marit (2010). Pårørende i posisjon. *Tidsskriftet Sykepleien*, 98 (1), s. 75-77

Gilje, Nils. Grimen, Harald (1993). *Samfunnsvitenskapelige forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Gjøsæter, Åge (2009). Førstelinjeledelse. Høgskolen Stord/Haugesund (Rapport fra studie av førstelinjeledelse innenfor petro-maritime virksomheter).

Grund, Jan (2000). Sykehus, hvordan bør de styres? *Magma*, 3 (5)

Handlingsrom for ledelse: i hvilken grad og på hvilken måte har ledere valg- og handlefrihet?

Espedal, Bjarne og Lange, Birthe Kåfjord. URL:

<http://ask.bibsys.no/ask/action/show?pid=061023531&kid=biblio>

(lest 30.mai 2010)

Hatland, Aksel m.fl (2001). *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS

Helse-sorost.no. URL: <http://www.helse-sorost.no/omoss/omhelseforetaket/Sider/helse-sor-ost-rhf---det-regionale-helseforetaket.aspx>

(lest 19.mars 2011)

Hope, Ole (2010). *Essays on Middle Management Responses to Change Initiatives*. Bergen: Norwegian School of Economics and Business Administration.

Hsh.no. URL: <http://www.hsh.no/nyheter/index.php?arkiv=2009090000001787>

(lest 30. mai 2010)

Johannessen, Asbjørn m.fl. (2005): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kvale, Steinar (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. 9.opplag. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.

Lovdata.no. Lov om spesialisthelstetjenesten. URL: <http://lovdata.no/all/hl-19990702-061.html>

(lest 25. april 2011)

Løgstrup, Knud E. (1956). *Den etiske fordringen*. København: Gyldendal.

Malterud, Kirsti (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: universitetsforlaget.

Molven, Olav (2006): *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Myklemyr, Anita (14. mai 2010). Når mellomledere saboterer endringer. *Ukesavisen ledelse*, s.14.

NESH (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: Zoom Grafisk AS.

Nilesen, Jens Carl Ry. Repstad, Pål (2004): Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. Om å analysere i egen organisasjon. I *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*, red. Repstad, P. Oslo: Univeristetsforlaget.

Norsk Samfunnsleksikon (1993). Drammen: Pax Forlag AS.

NOU 1997:2: "Pasienten først!" *Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Pappas, James M. m.fl (2004). Tapping into Hospital Cahmpions-Strategic Middle Managers. *Health Care Manage Rev*, 29(1), 8-16.

Regjeringen.no. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/sykehusenes-hovedoppgaver-.html?id=528111>

(lest 19.mars 2011)

Samfunnsvitenskapelig ordbok (1999): *Objektivitet*. Oslo: Spartacus Forlag as.

Selznick, Philip (1957): *Lederskap*. Otta: Tano Aschehoug.

Strand, Torodd (2004): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thomsen, Dennis F. (2005): *Restoring responsibility*. Cambridge: University Press.

Weber, Max (1947). *The theory of social and economic organization*. New York: The Free Press.

Vedlegg 1: Hendvendelsesbrev

Vollen, 3. januar 2011

Hei _____

Dette er en forespørsel om samtale i forbindelse med masteroppgave i verdibasert ledelse.

Mitt navn er Stine Hoem, og jeg arbeider som enhetsleder ved ***** sykehus. Samtidig er jeg student ved Diakonhjemmets høyskolesenter, og holder på med siste året i Verdibasert ledelse.

Jeg skal nå skrive masteroppgave. Mitt valg av tema er handlingsrom for mellomledere i spesialisthelsetjenesten: Hvordan du som leder opplever muligheter for ledelsesutøvelse ut i fra ditt definerte ansvars- og myndighetsområde. Mellomledere i denne sammenheng har jeg definert som enhetsledere med direkte personal- fag- og økonomiansvar.

Jeg har valgt å gjøre undersøkelsen ved sykehuset, og dette er godkjent av sykehusets direktør. Jeg henvender meg til deg som erfaren enhetsleder, og håper at du er villig til å møte meg for en individuell samtale på ca 60 minutter.

I denne sammenheng er min rolle student, og undersøkelsen vil med strenge kriterier anonymiseres. For å presisere anonymiteten til informantene, er ingen andre ledere enn de som er forespurt om samtale, informert om undersøkelsen. Mitt mål med oppgaven er å nærmere belyse enhetslederens arbeidshverdag, ledelse tett på sykehusets kjernevirksomhet.

Jeg håper du vil svare positivt på min henvendelse, og ber deg kontakte meg enten via e-post stine.hoem@diakonsyk.no, eller på telefon 22451692 /45604156.

Mitt ønske for gjennomføring av samtalen vil være i dagene mellom mandag 17.januar 2011 og fredag 28.januar 2011. Fint om du kan komme med forslag om passende tidspunkt. Du kan selv velge hvor du vil gjennomføre samtalen. Jeg har mulighet for å skaffe et rom.

Med vennlig hilsen

Stine Hoem

Vedlegg 2: Intervjuguide

Innledende spørsmål:

Hvilken formell kompetanse og erfaring har du som leder?

Hvor lenge har du hatt denne stillingen?

Hvilke ansvarsområder har du?

Hvilket ansvarsområde mener du veier tyngst?

Hvilke egenskaper og ferdigheter mener du er viktig for ledelsesutøvelse?

1: Hvordan opplever du din reelle mulighet for styring, alburom innenfor ditt ansvarsområde?

Fortell? – kan du utdype dette?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan opplever du informasjonsflyten omkring dine ansvarsområder?

Mottar du den informasjonen du mener er nødvendig?

Får du klare direktiver ovenifra?

Opplever du å selv kunne ta avgjørelser?

Er det andre som kan påvirke ansvarsområdet som i utgangspunktet er tillagt deg?

Blir du begrenset på tillagt ansvarsområde, og i tilfelle på hvilken måte?

Opplever du å bli hørt?

Blir dine innspill tatt med og inkludert? (eks i handlingsplaner)

2: Hvordan opplever du dine muligheter for å påvirke i endringsprosesser som angår ansvarsområdet ditt?

Fortell? Kan du utdype dette?

Oppfølgingsspørsmål:

Opplever du å bli involvert i endringsprosesser?

Er det områder du opplever å kunne påvirke mer enn andre?

Opplever du å få respons på dine forslag?

Blir dine forslag tatt med?

Er det forskjell på hvordan du kan påvirke om endringsprosessen er igangsatt av andre eller deg selv?

3: Nå skal jeg gjøre rede for 4 arbeidsområder for ledere. Jeg ønsker at du skal beskrive hva du mener er ditt ansvar som leder innefor disse områdene:

(Bevissthet over egen arbeidsoppgaver og oppfattelse av sin plass i sykehuset).

- Utvikling av nye produkter og tjenester? (eks: Utvikle tilbudet til pasientene i henhold til oppdragsgiverens bestilling og medisinsk forskning. Bidra til hensiktsmessig forbedring og utvikling av helsetjenesten og strategisk utvikling)

Hva er ditt ansvar? Hva gjør du?

- Være pådriver for å nå resultater og oppsatte mål? (eks: Sørge for å nå oppdragsgiveren og organisasjonenes overordnede mål for helsetjenesten. Kontinuerlig faglig utviklingsarbeid slik at sykehuset leverer beste praksis i pasientbehandlingen)

Hva er ditt ansvar? Hva gjør du?

- Støtte, motivere og utvikle medarbeidere? (eks: Å skape felles oppfatning og styrke medlemmenes tilknytning til organisasjonen. Her inngår ivaretagelse av de ansatte i form av kontinuerlig støtte og veiledning og arbeide med det psykososiale arbeidsmiljøet.)

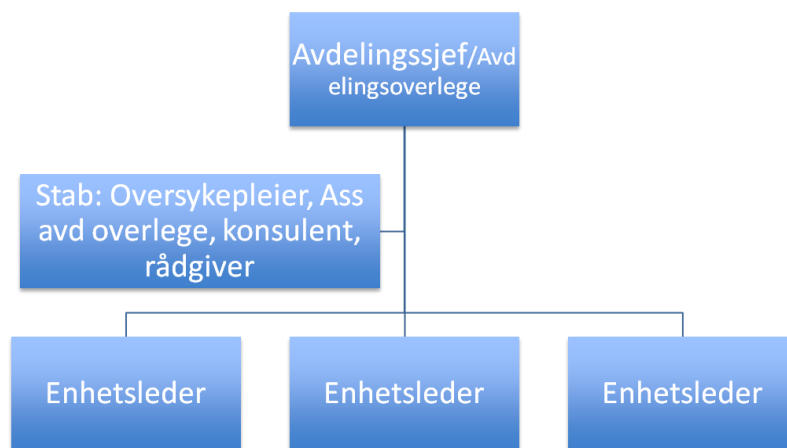
Hva er ditt ansvar? Hva gjør du?

- Sørge for at regler og systemer fungerer og etterleves? (Fokus på kontinuerlig innarbeiding av oppdaterte faglige rutiner i pasientbehandlingen, rutiner for helse- miljø- og sikkerhet og forvaltning av økonomi. Kort sagt alle driftsmessige rutiner rundt en enhet på sykehus.)

Hva er ditt ansvar? Hva gjør du?

Vedlegg 4: Organisasjonskart

Organisasjonskart avdeling



Organisasjonskart sykehusnivå

Avdelingene er nevnt eksempelvis av totalt 12 stk

