

Lederes handlingsrom under Covid-19 pandemien

- En kvalitativ studie av ledelse i psykisk helsevern

Jørn André Kårstad Idsal

Brit Elin Korneliussen

Marie Siqveland

VEILEDER

Laila Margaret Nordstrand Berg

Universitetet i Agder, 2021

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

FORORD

Tenk nå er vi i siste innspurt med masterstudium i ledelse ved Universitet i Agder. Nå svetter vi over en oppgave som vi håper har gitt oss gode refleksjoner og tilbakeblikk på hvordan vi opplevde deler av Covid-19 pandemien. Vi er veldig godt fornøyde med at det nærmer seg slutten, da det har vært tidkrevende å sjonglere mellom full jobb, familieliv og masterstudie. Det er noen år siden vi sist satt på skolebenken, men vi ville ikke vært uten denne erfaringen. Studieperiodene våre har startet på togturen til Kristiansand. Tiden har vi brukt til faglige diskusjoner, lest artikler, «lått og løye» og soving.

Det hadde ikke vært mulig for oss å gjennomføre studiet uten at arbeidsplassene våre hadde vært med på en tilrettelegging. Familiene våre har vist forståelse for at vi har prioritert studier foran dem. Vi vil takke alle for at de har latt oss få lov i perioder å prioritere skolen. I tillegg må vi si tusen takk til alle deltakere som har stilt opp til intervju. Til slutt vil vi takke deg, Laila Margaret Nordstrand Berg som har vært vår veileder i oppgaven. Denne oppgaven hadde vi ikke fått til uten dine konstruktive og nyttige kommentarer. Vi har stått fast, vært vage, og du har med stødig hånd fått oss videre. Tusen takk.

Desember 2021

Jørn, Brit Elin og Marie

SAMMENDRAG

Den erklærte pandemien i 2020 førte til raske og store konsekvenser for sykehuset og ansatte. Smitte ble førende for mye av driften i sykehuset og målet var å unngå smitte. Lederne fikk store utfordringer med smittesporing, karantene, hjemmekontor, smittevern, opprettholde ordinær drift, samarbeid og usikkerhet.

Bakgrunn og formål: Tema for vår studie var ledelse i helsesektoren med spesielt fokus på psykisk helsevern. Pandemien var med å påvirke valg av tema og problemstilling. Vår problemstilling til oppgaven er:

Hvordan beskriver ledere innen psykisk helsevern sitt handlingsrom og hvordan ble handlingsrommet påvirket av Covid-19 pandemien?

Metode: Masteroppgaven har vært en kvalitativ studie. Vi har brukt intervjuguide for å kunne svare på denne studien. Det ble foretatt et strategisk utvalg der 12 sykehusansatte ble intervjuet. Sykehuset består av ca. 8 000 medarbeidere som dekker et opptaksområde med nesten 400 000 innbyggere.

Oppsummering og konklusjon: Utgangspunkt for denne studien var å få innblikk i handlingsrommet til enhetsledere under krise, som Covid-19 pandemien. Gjennom studien vår har formålet vært om ledere er mer oppmerksomme på handlingsrommet sitt i en krisesituasjon. Vi har fått gode beskrivelser fra lederne hva de legger i handlingsrommet sitt. De har delt sine erfaringer med muligheter og begrensninger til å utøve sin lederrolle og hvordan de har driftet utfra økonomiske og personalmessige rammer. Deltakerne opplevde handlingsrommet sitt under pandemien til dels ulikt. Noen opplevde det uendret, noen svarte at det ble innskrenket og mindre, mens andre igjen opplevde større handlingsrom som følge av pandemien. Handlingsrom blir beskrevet som alternative måter å gjøre ting på. Dette har gitt lederne autonomi og mulighet til å utøve ledelse innunder de rammevilkårene som da var gjeldende. Alle våre deltakere har gitt uttrykk for at de opplevde å ha hatt handlingsrom under pandemien, men hvordan de har brukt det har vært avhengig av ulike faktorer.

INNHALDSFORTEGNELSE

INNLEDNING	1
1.1 Tema og problemstilling.....	1
1.2 Hva er en krise?.....	3
1.3 Pandemi.....	4
1.4 Håndtering av Covid-19 og smittereduserende tiltak.....	5
1.5 High Reliability Organization (HRO).....	6
1.6 Litteraturgjennomgang.....	7
1.7 Presentasjon av forfatterne.....	11
1.8 Avgrensninger og oppbygging av oppgaven.....	11
2. KONTEKST	12
2.1 New Public Management.....	12
2.1.1 Enhetlig ledelse og organisering av spesialisthelsetjenesten.....	13
2.1.2 Psykisk helsevern for voksne.....	15
2.2 Nasjonale beredskapsplaner.....	16
2.3 Koronakommisjonen.....	18
3. TEORI	19
3.1 Ledelsesbegrepet.....	19
3.1.1 Transaksjonell og transformativ lederstil.....	20
3.1.2 Teoriens relevans og utvikling av forskningsspørsmål.....	21
3.2 Handlingsrom.....	22
3.2.1 Handlingsrom i sykehus.....	22
3.2.2 Formelt og subjektivt handlingsrom.....	22
3.2.3 Skjønn og handlingsrom.....	23
3.2.4 Teoriens relevans og utvikling av forskningsspørsmål.....	25
3.3 Ledelse i lys av hybridbegrepet og ulike logikker.....	25
3.3.1 Management logikk.....	27
3.3.2 Den faglige logikk.....	27
3.3.3 Neo-byråkratisk logikk.....	28
3.3.4 Leadership-logikk.....	28
3.3.5 Teoriens relevans og utvikling av forskningsspørsmål.....	28
3.4 Kriseledelse.....	29
3.4.1 Faser i kriseledelse.....	29

3.4.2	<i>De fem kritiske oppgaver innen kriseledelse</i>	30
3.4.3	<i>Teoriens relevans og utvikling av forskningsspørsmål</i>	32
4.	DESIGN OG METODE	33
4.1	<i>Design</i>	33
4.2	<i>Metode</i>	33
4.2.1	<i>Intervju</i>	34
4.2.2	<i>Deltakere</i>	35
4.2.3	<i>Analyse av data</i>	36
4.2.4	<i>Etiske dilemma</i>	36
4.2.5	<i>Validitet</i>	37
4.2.6	<i>Reliabilitet</i>	38
4.2.7	<i>Overførbarhet</i>	39
5.	ANALYSE OG DRØFTING	40
5.1	<i>Forståelse av ledelse</i>	40
5.2	<i>Handlingsrom</i>	42
5.3	<i>Ledelse i lys av hybridbegrepet</i>	48
5.4	<i>Ledelse i lys av kriseledelse</i>	53
6.	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	69
	LITTERATUR	72
	VEDLEGG	78
	Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD	78
	Vedlegg 2: eProtokoll Helse Stavanger	81
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykke	82
	Vedlegg 4: Intervjuguide	86

INNLEDNING

«det virket litt som alt gikk i dvale, mens vi gikk i 100».

1.1 Tema og problemstilling

11. mars 2020 erklærte WHO Covid-19 for en pandemi (Helsedirektoratet, 2020), men smitten var allerede registrert i Norge den 26. februar 2020 da første smittetilfelle av Covid-19 ble registrert her til lands. Det var starten på den største krisen i Norge etter 2.verdenskrig der alle deler i samfunnet ble berørt (NOU 2021:6, 2021). 12.mars sa statsminister Erna Solberg at *«regjeringen kommer med de sterkeste og mest inngripende tiltak vi har hatt i Norge i fredstid»* (Løkkevik, Ording, Holmes, Buggeland, & Johnsen, 2020). Tiltakene bestod av en dugnad for å hindre smittespredning. Det har vært gjennomgående oppslutning og tillit til myndighetene, befolkningen har lyttet til rådene myndighetene har gitt og i en tale 18. mars 2020 sa statsministeren;

«når friheten har vært truet, har nordmenn gitt alt for hverandre. Dette har gitt landet vårt et fortrinn som er kraftigere enn noe våpen, og mer verdifullt enn noe oljefond: nemlig at vi stoler på hverandre» (NOU 2021:6, 2021, p. 23).

Norges beliggenhet og den spredte befolkningen er en faktor til at smitten har spredd seg langsommere enn i flere andre land (NOU 2021:6, 2021). Under pandemiutbruddet ble den politiske styringen tydelig og det var daglige pressekonferanser med statsminister, helseminister og representanter fra Helsedepartementer og Folkehelseinstituttet. Med utsikt til at sykehusene ville fylles opp av pasienter med Covid-19, ble mange råd og bestemmelser for hvordan smitten skulle håndteres en del av hverdagen for ledere og ansatte ved sykehusene. Pasienter som kunne klare seg hjemme ble utskrevet fra sykehus – med oppfølging fra primærhelsetjeneste og planlagte innleggelser og behandlinger ble utsatt der det var mulig. Dette for at sykehus kunne forberede mottak av koronapasienter.

Det ble forventet at lederne fulgte nye føringer, samtidig som de ble stående i et krysspress ift. spesialisthelsetjenestens verdier (kvalitet, trygghet og respekt) og behovet for ledig kapasitet til koronapasienter. Hverdagen med å informere om utsettelse av behandling og utskrivelse ble møtt ulikt av pasientene. Noen pasienter reagerte med sinne og avmakt, men godtok at det var slik det måtte bli. Andre pakket og reiste fra sykehuset av frykt for å bli smittet. De følte det tryggere hjemme. Dette krysspresset med å være klinisk orientert og samtidig ha krav og

forventninger fra myndigheter ble hverdagen til ledere og ansatte ved sykehusene. Sitatet i innledningen av denne oppgaven er en illustrasjon på hvordan det var å arbeide i sykehus i denne fasen. Mange deler av samfunnet ble stengt ned, og for mange ble dagene roligere fordi folk måtte holde seg hjemme og hjemmekontor ble hverdagen, for ansatte i sykehussektoren ble hverdagen hektisk, omskiftende og uoversiktlig.

Da Covid-19 pandemien slo til berørte denne alle deler av samfunnet. Vi arbeidet som ledere i spesialisthelsetjenesten da pandemien kom og opplevde først en periode med mye usikkerhet og kaos. Som nevnt overfor så ble store deler av pasientbehandling ble satt på vent og vi måtte rigge oss til å ta imot og håndtere smitte på sykehuset. Som ledere berørte dette oss i stor grad. Vi fattet raskt interesse for å studere hvordan andre ledere opplevde sin hverdag i pandemien. Som enhetsledere var vi relativt uforberedt på omfanget av pandemien. Våre medarbeidere ble veldig preget av situasjonen og det rådde stor usikkert i jobbhverdagen. Spørsmål som *kan vi bli smittet på jobb? Hvordan skal vi beskytte oss? Hvordan skal vi forholde oss til våre pasienter?* ble svært relevante. Det ble vanskelig å få pause fra de skremmende nyhetene som til alle døgnets tider ga informasjon om pandemien. Vår opplevelse var at det eksisterte stor uro og utrygghet i befolkningen generelt, og dette gjenspeilte seg også på arbeidsplassen. Vi kan stille spørsmål *om det var mulig å være forberedt? Hva har vi lært så langt og kan denne erfaringen bidra til bedre lederskap?*

Gjennom denne masteroppgaven vil vi følge opp utfordringer knyttet til ledelse. For å snevre inn tema fokuserer vi på hvilke muligheter lederne har til å foreta valg i en situasjon hvor det kommer mange direktiver fra helsemyndigheter og politisk nivå. Vi vil studere lederes handlingsrom – som kan forstås som hvilken påvirkningsmulighet ledere har på organisasjonens retning, mål og resultater (Espedal, 2011, p. 152). Studien foregår i psykisk helsevern voksne som er en del av spesialisthelsetjenesten.

Vår problemstilling for oppgaven er:

Hvordan beskriver ledere innen psykisk helsevern sitt handlingsrom og hvordan ble handlingsrommet påvirket av Covid-19 pandemien?

Formålet er at denne empiriske studien vil bidra til at ledere i helsetjenesten er mer oppmerksomme på handlingsrommet i en krisesituasjon. Når en virusinfeksjon som Covid-19 får så omfattende utbredelse at den klassifiseres som en pandemi, medfører det krise som

berører de fleste områder i et samfunn. I det følgende vil vi belyse hvordan dette med kriser kan forstås.

1.2 Hva er en krise?

Kriser kan være ulike situasjoner av trusler og usikkerhet og som krever øyeblikkelig handling (Boin & Hart, 2003).

«Krise er en uønsket situasjon med høy grad av usikkerhet og potensielt uakseptable konsekvenser for de enkeltpersonene, gruppene, organisasjonene eller statene som rammes» (Bjelland, Nakstad, & Keeping, 2018, p. 18).

En kan se på kriser som en del av ulike trusler (Rosenthal, Boin, & Comfort, 2001). Videre kan en se krise som en hendelse konsentrert i tid og rom, og hvor fellesskapet eller hvor deler av samfunnet blir utsatt for alvorlig fare og pådrar seg så store tap i forhold til sine medlemmer. I tillegg til at infrastrukturen ved den sosiale strukturen er forstyrret og oppfyllelsen av alle eller noen av de grunnleggende funksjonene i samfunnet er forhindret (Engen et al., 2016, p. 260). Kriser kan medføre kollektivt stress hvor potensialet av de fleste katastrofer kan medføre trussel om død eller skade og ødeleggelser. De bør ses på som perioder med høyt stressnivå som ødelegger det daglige mønster av rutiner, og som både truer grunnleggende verdier og den grunnleggende strukturen av det sosiale systemet (Rosenthal et al., 2001, p. 6).

Kriser i dagens samfunn består sjelden av enkeltstående hendelser, men en prosess av hendelser som fortøner seg på en uventet og negativ måte. Moderne kriser kan i økende grad kategoriseres som komplekse, avhengige og politiske. Morgendagens kriser vil ikke være de samme som dagens eller gårsdagens kriser. Kriser karakteriseres ofte av høy grad av usikkerhet. Hvordan mennesker reagerer og håndterer krisen må ses i lys av selve grunnlaget og konsekvensene av krisen. Dersom krisen er på et mer isolert område vil det kunne redusere usikkerheten og behovet for informasjon. Dagens pandemi har konsekvenser for de fleste samfunnsområder og med tilsvarende grad av usikkerhet. For ledere på sykehus medfører kriser som oftest et akutt behov for å måtte ta en avgjørelse innen sekunder, minutter, timer eller dager, og avgjørelsen kan omhandle liv eller død (Rosenthal et al., 2001, p. 7). I pandemien ble fokuset på øyeblikkelig hjelp økt, og de ansatte måtte i større grad forholde seg til å tenke akutt og mindre på planlagt behandling.

Vi kan dele kriser inn i fire hovedkategorier. Den første kategorien kriser omfatter hendelser som slutter like plutselig som de oppstår som for eksempel flykapping eller andre

gisselsituasjoner, togulykker og havari (Rosenthal et al., 2001, p. 33). Andre kriser kan bygges opp gjennom saktegående spenninger som etter hvert oppnår kritiske nivåer og dermed eksploderer. Eksempel på dette er konflikter mellom myndigheter eller ekstremistiske grupper med kulturelle ulikheter eller borgervernsgrupper. Den tredje krisekategorien beskrives som mer langvarig og kjennetegnes ofte av å være plutselige. Den når fort et kritisk punkt av mer nasjonal konsekvens som medfører politiske og organisatoriske katastrofer som ved en pandemi (Rosenthal et al., 2001, p. 34). Den siste typen kriser bruker lang tid for å bygge seg opp før den termineres. Typiske eksempler kan være miljømessige kriser hvor det har blitt dumpet olje eller plast i havet etc. Her er kjennetegnet at krisen ikke påvirker oss der og da, men vil over tid kunne medføre konsekvenser som det ikke finnes en enkel løsning for (Rosenthal et al., 2001).

Covid-19 pandemien kan belyses ut fra kategori tre, hvor kriser er mer langvarige og oppnår kritiske punkt med høye smittetall i befolkningen – ikke bare i opphavlandet, men med en global spredning i rask tempo. I det følgende vil vi gi en grundigere beskrivelse av kjennetegn ved en pandemi, siden dette er sentralt for denne oppgaven.

1.3 Pandemi

En pandemi er et sykdomsutbrudd som rammer svært mange mennesker og sprer seg over store deler av verden. Begrepet brukes hovedsakelig om infeksjonssykdommer. Det er gjennom historien beskrevet en rekke pandemier av ulikt omfang, alvorlighetsgrad og varighet. Vi kan nevne svartedauden på 1300 tallet, kolera 1817-1923, tuberkulosebakterien som ble påvist i 1882-, spanske syken som herjet i 1918-1920 og som til nå regnes som den verste influensaepidemien, HIV/AIDS som ble oppdaget 1981-, ebola fra 2013-, svineinfluensa 2009-2010 og nå Covid-19 som først ble påvist desember 2019.

Dagene før nedstengning 12. mars 2020 var mange allerede i gang med tiltak. Barn ble holdt hjemme fra skolen, folk var mindre sammen, befolkningen fulgte rådene om å holde avstand, vaske hender, hoste i albu, hjemmekontor, vakter ved innganger for å begrense antall i butikk, flere kjørte bil, færre reiste med fly, tog og buss; vi var lydige og fulgte rådene vi fikk fra styresmaktene. Mest av alt hadde vi tillit til hverandre og de som styrer. Dette ble gjort for å begrense smitte, beskytte de mest sårbare. Det innebar belastninger og konsekvenser. Det er en dugnad vi tar på vegne av fellesskapet uttalte helse –og omsorgsminister Bent Høie (Sjørli, 2020). Det ble fattet landsomfattende beslutninger og restriksjoner, det meste hjemlet i ordinær lovgivning. I tillegg ble det vedtatt en midlertidig lov (koronaloven, 2020) som ga

regjeringen fullmakt til å gjennomføre disse restriktive tiltakene. Det ble i stor grad appellert til frivillighet og solidaritet for å få befolkningen til å etterleve anbefalingene om tiltak for å forhindre smittespredning. Befolkningen utviste stor grad av tiltro til regjeringen, og kollektiv innsats for å bekjempe pandemien (Saunes et al., 2021).

Det skjedde flere endringer og innskjerpinger i løpet av våren under det første utbruddet. Det var daglige pressekonferanser og informasjon ved blant annet folkehelseinstituttet (FHI), statsministeren og helse- og omsorgsministeren. Befolkningen forsto alvor. Til tross for myndighetens oppfordring om å la være, så hamstret folk toalettpapir og tørrvarer som gjær og mel. Barnehager, skoler og universiteter ble stengt, begrepene «koronafravær», «kohort» og «karantene» ble i utstrakt bruk innført og benyttet. Det ble fravær fra jobb for sikkerhetsskyld på grunn av symptomer som kunne være tegn på Covid-19 smitte. I et forsøk på å unngå smittespredning, eller redusere smitten skulle ansatte være i karantene eller holde seg hjemme fra jobb i 10-14 dager ved mulig smitte/nærkontakt. Krav om sykemelding for å dokumentere gyldig fravær gikk en bort fra. Følgene av Covid-19 ville medføre både økonomiske kostnader og tap. Derfor ble det innført kompensatoriske støtteordninger fra stat til kommuner, og bedrifter. Følgene av de smittereduserende tiltakene innebar også blant annet stengning av svømmehaller, idrettsanlegg og treningsstudio. Mye av det vi har tatt som en selvfølge at vi kan gjøre på fritiden, ble nå stengt. Frisør, hudpleie og kulturelle arrangement ble også lukket. Det ble innført krav om karantene ved innreise til Norge. Andre smitteforebyggende tiltak som ble pålagt generelt var avstandsregler (1-2 meter), oppfordring om at alle som kunne jobbe fra hjemmekontor skulle gjøre det fremfor å møte opp på arbeidsplassen, og digitale møter fremfor fysiske møter med mange samlet i et rom. Innen helsevesenet medførte pandemien at personal i permisjon og ferie ble tilbakekalt til jobb. Dette for å sikre gjennomføring av behandlingstilbud. Ved flere institusjoner ble det iverksatt smittereduserende tiltak som skallsikring og låste dører. Det ble innført kontroll over hvem som gikk inn og ut, dette innbar screening ift. symptomer, spørsmål om en hadde vært i nærkontakt med smittede, vært utenlands osv. Helsepersonell ble i en periode også nektet å dra utenlands. Nå vil vi gå nærmere inn på håndteringen av Covid-19 i Norge.

1.4 Håndtering av Covid-19 og smittereduserende tiltak

31. januar 2020 delegerte Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) til Helsedirektoratet (H.dir.) koordineringen av helse- og omsorgssektorens innsats mot Covid-19 i samarbeid med FHI og andre berørte aktører. Helse- og omsorgsminister Bent Høie uttalte at dette var tiltak i

Nasjonal helseberedskapsplan og et føre-var-tiltak da situasjonen berørte flere aktører, både i helsesektoren og andre sektorer (Regjeringen, 2020b). «*Det er avgjørende at aktørene i helsesektor og andre sektorer viderefører og styrker det gode samarbeidet om å håndtere utbruddet*», sa helse- og omsorgsminister Bent Høie.

14. mars 2020 ble det i en pressemelding fra Statsministerens kontor gitt informasjon om at Justis- og beredskapsdepartementet overtok ansvaret for å koordinere håndteringen av koronakrisen. Krisen berørte alle sektorer i samfunnet, fra å være en helsekrise til å bli en nasjonal krise. Justis- og beredskapsdepartement har rollen som lederdepartement, de har ansvar for koordinering av krisen på departementsnivå, andre departement beholder ansvar og beslutningsmyndighet i sine saksområder. «*En sentral krisehåndtering gir oss flere verktøy for å koordinere håndtering og på denne måten understøtte helse- og omsorgssektoren som nå står i en svært krevende situasjon*» sier statsminister Erna Solberg (Regjeringen, 2020a).

Handlingsrom og mulighet for ledelse er ikke bare avhengig av leder, hans evner og personlighet, men også av type organisasjon. Vi har fokus på sykehus, og de deler av sykehus som må ta raske avgjørelser for både å redusere og avverge kriser, kan betegnes som høyrisikorganisasjoner. Vi bruker det engelske begrepet HRO videre i oppgaven.

1.5 High Reliability Organization (HRO)

HRO organisasjoner legger spesielt vekt på at god planlegging vil kunne utvikle både et mer sikkert system og en sikrere organisasjon (Aven, Boyesen, Njå, Olsen, & Sandve, 2004, p. 59). Sentrale og fellestrekk ved HRO organisasjoner er at de består av (Engen et al., 2016, p. 153); a) høy teknisk kompetanse, b) høy ytelse og kontinuerlig kontroll, c) vedvarende søken etter forbedring, d) risikodreven tilpasning, e) ofte preget av komplekse aktiviteter, f) mange incentiver og delte forventninger om pålitelighet, g) pålitelighetskultur, h) pålitelighet kan ikke erstattes, i) begrensinger i læring gjennom prøving og feiling, j) fleksible ledelsesstrukturer under kriser, k) gjentakende informasjon implementert i systemet sikrer balanse mellom input og output. Eksempler på HRO organisasjoner er ubåter, kjernekraftverk, og akuttmottak i sykehus. De kan ikke prøve og feile. En utfordring for helsevesenet er at det er delvis akutt (Sutcliffe, 2011). Helsevesenet trenger derfor at så mange prosesser som mulig er standardiserte slik at det er pasientens tilstand som er selve variabelen (Harolds, 2020). Bruken av teknologi, retningslinjer, prosedyrer og beste praksis er viktig for å forhindre menneskelige og mekaniske feil, og minimalisere andre feil (Harolds, 2020).

Sykehus jobber ut ifra to parallelle tilnærminger «forebygging» og «håndtering» av skader. Forebygging er at en forsøker å identifisere og planlegge for uønskede hendelser som kan oppstå og utarbeide prosedyrer og retningslinjer for å forhindre dette (Sutcliffe, 2011). Studier viser at HRO har mange og detaljerte prosedyrer, beredskapsplaner, regler, retningslinjer og veiledere som utarbeides for å forhindre avvik. I sykehus finnes mange eksempler på ulike protokoller, retningslinjer for klinisk praksis og sjekklister for å forhindre avvik. Likevel viser forskning at dette alene ikke er nok for å forhindre uønskede hendelser (Sutcliffe, 2011). Forskere hevder at en ikke kan forutse alle hendelser som enda ikke har skjedd, og i tillegg vil for mange prosedyrer og retningslinjer medføre for stor kompleksitet og for lite fleksibilitet (Sutcliffe, 2011). Dette kan medføre at mennesker får for liten evne til å tilpasse seg eller reagere ved situasjoner som oppstår uten forvarsel. HRO trenger både å planlegge ut fra forebygging, men også håndtering av hendelser (Sutcliffe, 2011). Det må være en balanse mellom standardisering, automatisering, og teknologi på den ene siden, og viktigheten av oppmerksomme mennesker på den andre siden (Harolds, 2020). Menneskene skal både fokusere på sikkerheten for å forutse og forhindre at potensielle problemer blir reelle, minimere feil, samt hjelpe organisasjonen til å være mer fleksibel og lære av feilene. HRO arbeider for å håndtere uønskede hendelser før de eskalerer og blir uoversiktlige og kan gjenoppta stabil kontroll (Sutcliffe, 2011). Håndtering handler ut fra tre elementer; 1) evnen organisasjonen har til å bevare kontroll og fungering selv under kritisk situasjon 2) evnen til å gjenoppta kontroll etter uønsket hendelse og 3) evnen til å lære og endre seg etter tidligere hendelser. Hensikten er at HRO ikke skal bli ufeilbarlige, men at feil som oppstår medfører at organisasjonen ikke blir satt ut av spill.

Denne lærdommen for krisebehandling i HRO er nyttig for håndteringen av pandemien, men vi kan også hente lærdom fra andre typer kriser. I neste avsnitt får vi et innblikk i dette.

1.6 Litteraturgjennomgang

Vi finner mye forskning om hva som kan være god styring og ledelse i krisesituasjoner. Om vi søker opp krise og kriseledelse i søketjenesten Oria finner vi ulike forfattere og forskere innenfor kriser og kriseledelse.

Av de forfatterne vi har fokusert på finner vi blant annet innenfor internasjonal litteratur, Arjen Boin. Boin blir regnet som en stor bidragsyter innenfor kriser og kriseledelse. Sammen med Uriel Rosenthal og Louise K. Comfort utga Boin (2001) boken «*Managing crises* :

threats, dilemmas, opportunities» kan anses som en grunnbok innenfor krise og krisehåndtering. Her beskriver de kriser blant annet som;

«en seriøs trussel mot de basale strukturene eller trussel mot de fundamentale verdiene og normene i samfunnet som under tidspress og med høy usikkerhet av konsekvenser og som gjør det nødvendig å ta kritiske avgjørelser» (Rosenthal et al., 2001).

Videre har Boin definert kriseledelse ut fra fem kritiske oppgaver; å *anerkjenne krisen, beslutningstaking, skape mening, avslutning og læring* (Boin, 2005; Boin, Hart, Stern, & Sundelius, 2005). Han fremhever det å etablere en relevant og dynamisk situasjonsforståelse, klargjøre ansvarsforholdene, sørge for nødvendig beslutningstaking, bidra til å samle ressursene, understøtte felles meningsskapning og sørge for at erfaringene blir satt sammen med den kunnskapen som til enhver tid er tilgjengelig. Boins forståelse av kriser og krisehåndtering blir sentral for analysen av vårt datamateriale, så dette følges opp med en grundigere gjennomgang i teorikapittelet.

Av norsk litteratur finner vi flere forfattere innenfor kriser og kriseledelse. Lars Weisæth (2007) ga ut boken *«Ledelse ved kriser: en praktisk veileder»*. Sammen med Ragnar Kjeserud beskriver Weisæth en praktisk veileder om hvordan man skal håndtere en krisesituasjon både i bedrift og i samfunnet for øvrig. I 2018 utga forfatterne Bjørn Bjelland og Espen Rostrup Nakstad (2018) boken *«Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid: en lærebok for helse- og beredskapspersonell på strategisk, operasjonelt og taktisk nivå»*. Boken er beregnet for å være en lærebok om norsk beredskap, kriseledelse og skadestedsarbeid innenfor helse- og beredskapssektoren. Bjelland og Nakstad vil trekkes med senere i oppgaven under kriseledelse i teorikapittelet.

Erfaringene fra en rekke alvorlige nasjonale og internasjonale hendelser som kan betegnes som kriser har bidratt til forståelsen av håndtering av kriser og kriseberedskap. Vi vil presentere et utvalg av disse i det følgende.

Tsunami

Andre juledag i 2004 rammet en tsunami Indiahavet. Denne var et resultat etter et kraftig jordskjelv utenfor kysten av Indonesia med en styrke på 9,3 målt på Richters skala. Dette førte til en rekke flodbølger. Nærmere 228 000 mistet livet, og 84 av disse var nordmenn. Denne hendelsen har nok endret manges syn på naturkatastrofer. I artikkelen *«Disaster Healthcare System Management and Crisis Intervention Leadership in Thailand–Lessons*

Learned from the 2004 Tsunami Disaster» (Peltz et al., 2006) har ulike forskere ved Cambridge University foretatt en evaluering av kriseledelse under tsunamien. Tsunamien i Indiahavet belyser en stor internasjonal krise som rammet store deler av verden og hvordan de ulike landene håndterte krisen.

Vulkanutbrudd

I april 2010 aktiviseres vulkanen Eyjafjallajökull på Island. Enorme askeskyer ble spredt over Europa. Norge var et av de landene som ble berørt av askeskyen og store deler av luftrommet ble stengt fra 15. - 20.april. I artikkelen «*Askeskyen fra vulkanutbruddet på Island i 2010 - norsk krisehåndtering og noen erfaringer*» (2012) skriver Monica Endregard, Gunn Alice Birkemo og Maren Maal i Forsvarets Forskningsinstitutt en rapport hvor de identifiserer de mest relevante aktørene på nasjonalt og regionalt nivå som bisto under askeskykrisen i 2010. De analyserte hvilken rolle de ulike aktørene hadde og hvordan samarbeidet fungerte. Videre drøfter rapporten hva slags type læring en har hatt etter askeskykrisen. Hendelsen skapte spesielt utfordringer i Nord-Norge som i stor grad er avhengig av luftambulanser (Endregard et al., 2012). Helse- og omsorgsdepartementet og helseberedskapen i Nord-Norge ble særlig berørt av krisen, da stans i sivil luftfart fikk konsekvenser for ambulanseflyvninger. Samarbeidet mellom helseberedskapen i Nord-Norge og Sør-Norge ble styrket både ved forsterkning fra helseforetak i Sør-Norge og bruk av militære ressurser. Det sivilmilitære samarbeidet ble styrket og forbedret under askeskykrisen (Endregard et al., 2012). Her var fokuset på nasjonalt nivå, mens vi ser på håndteringen av krise internt i sykehuset.

22.juli terrorangrepet

22. juli 2011 ble regjeringkvartalet i Oslo og ungdomsleiren til Arbeiderpartiet på Utøya utsatt for terrorangrep. Dette er det nærmeste vi har opplevd som en nasjonal krise i Norge i etterkrigstiden. Ingen var forberedt på dette angrepet. Helsedirektoratet ga ut rapporten «*Læring for bedre beredskap: helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011*» (Lereim & Norge, 2012). Rapporten er utgitt som en læringsrapport av helsesektorens innsats. Den beskriver helsesektorens innsats under krisen med spesielt fokus på samarbeid med andre nødetater og frivillige. I NOU 2012:14 (2012, p. 210) *Rapport fra 22.juli-kommisjonen* blir en nasjonal krise beskrevet som en krise «*der vitale samfunnsfunksjoner og viktige fellesverdier er truet, uten at nasjonens sikkerhet og suverenitet står på spill*». I rapporten har kommisjonen foretatt en gjennomgang av terrorangrepene. Kommisjonens blikk har vært

rettet mot samfunnets samlede håndtering av krisen. Ledelse i sykehus hadde samarbeid og kontakt med aktører utenfor sykehuset, i forbindelse med pasientbehandling, og dette kan sammenlignes med håndteringen av Covid-19. Samarbeidet ble viktig på de ulike nivåene for å håndtere krisen og sikre ivaretagelse av befolkningen.

Om vi søker på forskning og litteratur om pandemi i søketjenesten Oria finner vi blant annet boken «*Introduction to pandemic influenza*» (2010) skrevet av Jonathan Van-Tam og Chloe Sellwood. Boken dekker tema om pandemisk influensa ut fra *epidemiologi, vaksinerings, virologi, immunitet og offentlige tiltak*. 11.juni 2009 erklærte WHO den pågående svineinfluensa-epidemien som en pandemi der smitten ikke lenger var begrenset geografisk. I boken «*Crisis Management in Chinese Contexts*» (Chan, 2011) i kapittel 11 har forskere ved Hong Kong Polytechnic University sett på kriseledelse på kinesiske sykehus under svineinfluensa pandemien. Her skriver N. Y. Lam og Zenobia C. Y. Chan at ledere i kriser må lære av historien og være forberedt når kriser inntreffer (Lam & Chan, 2011, p. 129). Dette har vi tatt med for å vise til andre type pandemier som ikke fikk samme utfall som Covid-19.

I boken «*COVID-19: Systemic Risk and Resilience*» (2021) har forskerne Igor Linkov, Jesse M. Keenan og Benjamin D. Trump ved ulike universiteter i USA sett på blant annet forskning ved beslutningstaking, analyse, krisehåndtering og kriseledelse og sammenlignet dette med håndteringen av Covid-19 pandemien. Av norsk litteratur finner vi en artikkel skrevet av Elling Ulvestad (2020) om *Pandemi* med fokus på Covid-19. I artikkelen beskriver han blant annet om opphavet til Covid-19, smitteverntiltak og stiller spørsmål om vi kan være forberedt på en neste pandemi.

Krisehåndteringen av Covid-19 i Norge viser hvordan regjering, helse- og omsorgsdepartement, justisdepartement, skole og utdanning og arbeidsdepartement har jobbet sammen med Folkehelseinstituttet (FHI) for å slå ned/begrense smitten. Mange aktører er involvert, de opplever at viktige interesser står på spill, og at det haster å få situasjonen under kontroll.

Det er krevende å få frem eksakt og pålitelig informasjon, samtidig som det er stor interesse og pågang fra mange hold, ikke minst medier. Det er en del internasjonal og nasjonal forskning på de ulike hendelsene. Vi har valgt å forske på ledere sitt handlingsrom under Covid-19 og kommer til å bruke flere av disse bidragsyterne i vår oppgave.

1.7 Presentasjon av forfatterne

Vi som skriver oppgaven har kjent på behovet for mer kunnskap om ledelse, ikke bare «lære mens vi går». Vi er tre ledere fra spesialisthelsetjenesten som ønsket å gjennomføre et masterprogram, og valgte Master i Ledelse ved Universitetet i Agder. Covid-19 snudde om på våre siste semestre i masterstudiet. Plutselig var digital undervisning en selvfølge for resten av studiet, og våre togturer til Kristiansand fikk en brå slutt. Vi har alle ledererfaring fra psykisk helsevern. En er leder for akuttpost, en er leder for ambulans team og sistemann er avdelingssjef i psykiatrisk klinikk. Alle har vi arbeidet flere år i spesialisthelsetjenesten på ulike nivåer og har derfor god kjennskap til organisering og ledelse i sektoren før pandemien. Dette er en sektor som også til vanlig er involvert i kriser og krisehåndtering – om enn i mindre skala og annerledes enn under en pandemi. Da vi skulle velge tema var vi raskt enige om at vi ville ha med noe som omhandlet pandemien. Det er den største krisen vi har stått overfor i vårt arbeid, og krevde store og omfattende endringer raskt og vi ville følge opp med å studere hvordan dette påvirket handlingsrommet for ledere. Vår gode kjennskap til sektoren og kriseledelse før og under pandemien kan også bli en hemske og gi oss såkalte «blinde flekker» som hindrer oss i å undersøke og oppdage ting som en utenforstående ville reagert på. Vi kan også farges av våre profesjonsbakgrunner og dette kan hindre oss i å analysere med et kritisk blikk på egen sektor. Hvordan vi har håndtert dette vil diskuteres videre under kvalitetsvurderingene i metodekapitlet.

1.8 Avgrensninger og oppbygging av oppgaven

For å avgrense oppgaven har vi valgt å forske innen psykisk helsevern på sykehuset vårt da det er her vi har vår erfaring. Vi har tatt utgangspunkt i enhetsledere med personalansvar da det er de som har stått i front under endringene som kom. Med dette valget velger vi bort kartlegging og beskrivelser fra de ansatte som sikkert hadde vært et interessant studium i seg selv.

Vi fortsetter denne masteroppgaven med et kontekstkapittel som en forståelsesramme for oppgaven. I kapittel 3 blir det teoretiske rammeverket belyst. Kapittel 4 presenterer oppgavens design og metode. I kapittel 5 presenteres en analyse av studiens funn og går videre med drøfting av disse ut fra det teoretiske rammeverket. Vi avslutter masteroppgaven med en oppsummering og konklusjon i kapittel 6.

2. KONTEKST

For å forstå ledelse i krise vil vi nå se nærmere på konteksten eller rammeverket for fenomenet vi studerer. Vårt fokus på lederes handlingsrom under pandemien foregår som sagt i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er en del av det offentlige i norsk kontekst og denne sektoren har i flere tiår vært under innflytelse fra blant annet New Public Management, NPM. Premissene som har blitt lagt under denne innflytelsen er de premissene som var til stede da pandemien slo til. For å få en dypere forståelse av dette, så vil vi forklare NPM og ledelse i sektoren mer i de neste avsnitt. Deretter gir vi en bredere presentasjon av nasjonale beredskapsplaner, og Koronakommisjonen som viser noe av omfanget av styringselementer som regulerer sektoren.

2.1 New Public Management

New Public Management (NPM) har blitt en fellesbetegnelse på de siste 40 årenes forsøk på å overføre forretningsbasert tankegang over til offentlige organisasjoner (Røvik, 2007). NPM har blitt ansett som «den skjulte reformen», selv om det er mange reformer som har blitt influert av denne strømmingen, og prinsippene er hentet fra privat sektor med fokus på økt effektivisering og lønnsomhet i offentlig sektor (Nyseter, 2015, p. 209). Flere har omtalt NPM som et avgjørende brytningspunkt i styring av den offentlige sektoren (Øgård, 2014, p. 93). Fokuset ble på kostnadseffektivitet og produktivitet på bekostning av tradisjonelle måter å vurdere og måle offentlige organisasjoner på. Med NPM ble det innført mer byråkrati, omorganiseringer, nye ledelsesformer og nye systemer (Nyseter, 2015, p. 211). Ledelsesfilosofien fokuserte på å innføre forretningsprinsipper fra privat sektor, markedsmekanismer og konkurranse ut i offentlig sektor. Der ble det innført klarere skille mellom politikk og administrasjon (Guldbrandsøy & Byrkjeflot, 2013, p. 465). Ideen om profesjonell ledelse, økt konkurranse og bruk av kontrakter som styringsinstrument har vært vesentlig (Røvik, 2007). Ledelsesmodeller fra private organisasjoner og marked ble dermed styrende for den offentlige organiseringen. NPM har fokus på fleksible og utviklende styringsmodeller med fokus på lønnsomhet, og leder skal ha fokus på å belønne ansatte ut fra resultat (Bovaird & Loeffler, 2003, p. 19). På denne måten ble «*management*» begrepet innført hvor det ble lagt vekt på profesjonell orientert ledelse (Nyseter, 2015, p. 213). Ledelsen skulle bli mer desentralisert, og ansvaret skulle gå fra topp til lavere ansvarsnivå (Bovaird & Loeffler, 2003, p. 19). Med bedriftstankegangen skulle offentlig sektor ha mer fokus på markedet og kundene, og nye begrep som internmarked, egenandel,

serviceorientering, brukerstyring, voucher, franchising og konkurranse ble innført (Bovaird & Loeffler, 2003; Nyseter, 2015). Mye av kritikken mot NPM har også gått mot at offentlig sektor skulle konkurranseutsette deler av marked til private leverandører. Vi vil videre gå inn på to områder som er berørt av de markedsideologiske strømningene gjennom NPM, som er særlig aktuelle for vår oppgave. Det første er innføring av enhetlig ledelse og omorganisering av sektoren og deretter psykisk helsevern.

2.1.1 Enhetlig ledelse og organisering av spesialisthelsetjenesten

Sykehussektoren har tradisjonelt vært ledet av de profesjonelle, leger og sykepleiere, og fokus i deres ledelse var på det faglige (Torjesen, 2008). Denne formen for ledelse møtte etter hvert kritikk fra politikere og samfunnet, da sykehusene hadde stadige budsjettoverskridelser og den faglige kvaliteten var varierende. Det ble derfor nedsatt et utvalg, Steineutvalget, som skulle se på endring i ledelse av sektoren. Steineutvalget i NOU 1997:2 (1997) mente at en av de viktigste utfordringene som sykehusene stod overfor, var å utvikle en organisasjonskultur der ledere på alle nivåer tok helhetlig ansvar for alle resultater og aktiviteter, og at det utøvdes ledelsesengasjement som klart har som mål å nå dette ambisjonsnivået.

Videre sier utvalget at sykehusene styres med utgangspunkt i arbeidsgivers styringsrett, av krav og retningslinjer sykehuseier og offentlige myndigheter pålegger sykehusene. Blant annet sykehusloven, arbeidsmiljøloven, resultatkrav og ressursmessige rammer.

Styringsmyndighet og ansvar ligger i utgangspunktet hos styret og direktør, men gjennom delegering vil arbeidsgivers styringsrett og ansvar være plassert på ulike organisatoriske ledernivå i sykehuset. Delegeringen innebærer imidlertid ikke at ansvaret på de høyere organisatoriske nivåene reduseres. I tillegg styres sykehusene av fagpersoners utøvelse av faglige normer, prioriteringer, av den faktiske og dels rettslige selvstendighet som ligger i fagene, og ikke minst av at det skjer en kontinuerlig videreutvikling innen fagmiljøene (NOU 1997:2, 1997, p. 127).

Sykehuseierne har styringsrett over mål og prioriteringer for sykehuset, innenfor rammen av den nasjonale helsepolitikken (NOU 1997:2, 1997, p. 135). Steineutvalget kom med anbefaling om at det på alle nivå i sykehuset må være en person som er leder – enhetlig ledelse og denne stillingen skulle være profesjonsnøytral. Dette begrunnes med at ledelse handler om å ta et helhetlig ansvar for en virksomhet (NOU 1997:2, 1997, p. 148). Skal sykehusene fungere på en god måte er det helt avgjørende at avdelingslederne klarer å utvikle

avdelingene til gode fellesskap som samvirker til beste for pasientene (NOU 1997:2, 1997, p. 149).

Avdelingsledelsen vil i kraft av å ha lederansvar ha et resultatansvar. Dette gjelder både måloppnåelse, og at man forholder seg til rammene for virksomheten. I dette ligger også ansvar for å skaffe seg oversikt over produktivitet, kvalitet og pasienttilfredshet knyttet til den kliniske virksomheten. Dette ledernivået skal sørge for at de ulike funksjoner som skal betjene pasientene koordineres (NOU 1997:2, 1997, p. 150). Avdelingsledelsen vil også ivareta de strategiske funksjoner som følger av de økende krav og utfordringer som hver enkelt avdeling ved sykehusene blir stilt overfor. I dag fokuseres det i stor grad på om avdelingen følger budsjett, og i mindre grad på kvaliteten av tjenestene. Faglig ledelse på avdelingsnivå vil ofte måtte ivaretas av flere. Å være faglig leder er ikke i konflikt med å være organisatorisk underordnet en avdelingsleder med annen faglig bakgrunn (NOU 1997:2, 1997, p. 151). Steineutvalget gir en samlet tilslutning til at det stilles krav til at avdelingsleder skal ha reell lederkompetanse. Begrunnelsen er at den lederrollen som skal bidra til at sykehusene på en bedre måte kan nå sine mål om et mer pasientrettet tilbud. Ha evne til å motivere medarbeidere, sette felles mål og få tilslutning til disse, identifisere utviklingsbehov, initiere nødvendige endringsprosesser og koordinere ressursbruken på en hensiktsmessig måte. En formell administrativ ledelseskompetanse er et fortrinn, men ikke en nødvendighet (NOU 1997:2, 1997, p. 153).

I Spesialisthelsetjenesteloven (1999), ble enhetlig ledelse vedtatt (§ 3-9) og innført i 2001. Lederfunksjonen legges til lederrollen som innehar bestemte kvalifikasjoner. Dersom lederen ikke var lege, skulle det utpekes medisinsk faglig ansvarlig. Valøy og Karlsen (2020) hevder at dette handler om at leder har totalansvaret, men skal ta beslutninger basert på de faglige rådene fra sin eller sine medisinskfaglige rådgivere. Ut fra Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) §3-9 skal sykehusene organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Imidlertid var det vanskelig å innføre dette uten at organiseringen av sektoren støttet opp om en slik form for ledelse. Dette fordi sykehuset fremdeles var organisert etter egne hierarkier for leger, sykepleiere og et løst tilknyttet administrativt hierarki (Torjesen, 2008). Dette resulterte i en rask utredning av en ny reform som ble innført i 2002. Denne resulterte i en omorganisering av hele sektoren og delte landet inn i helseregioner. Eierskapet for sykehus ble overført fra fylkeskommunen til staten, der staten fikk styringsrett inn i sektoren og sykehusene ble organisert etter en klinikkstruktur med ansvarlige, enhetlige ledere på alle

nivåer (NOU 2016:25, 2016). Denne styringsretten fra staten, gjennom sykehussektorens hierarkier har kanskje bidratt til den effektive tilpasningen som har skjedd innad i sykehusene og bidratt til at sykehusene har klart å håndtere pandemien på en såpass effektiv måte (i sammenligning med andre land). Ansvaret for de psykisk syke er organisert i egne klinikker på de fleste sykehus, og i det følgende ser vi på det psykiske helsevernet for voksne personer.

2.1.2 Psykisk helsevern for voksne

Innflytelsen fra NPM ses i denne delen av spesialisthelsetjenesten på mange måter som i somatisk del av sykehusene ved at de må forholde seg til loven som er omtalt ovenfor i forhold til ledelse; Lov om spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) og sykehusreformen (helsedepartement, 2000). Også andre lover styrer sektoren f.eks. Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999) som omhandler krav til kvalifikasjoner og Lov om pasient- og brukerrettigheter (brukerrettighetsloven, 1999) som skal bl.a. ivareta pasientene brukermedvirkning og rettigheter. I tillegg er det egen regulering av det psykiske helsevernet gjennom Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (helsevernloven, 1999). Det som kanskje er den største forskjellen på å jobbe innen psykisk helsevern sammenliknet med somatiske helsetjenester, er at pasientene kan motsette seg behandling og være uenige i at de trenger hjelp. Pasientene fikk økte rettigheter med innføring av brukerrettighetsloven. Det betyr bl.a. pasientene har innsyn i egen journal, sykehus har egne brukerutvalg og brukermedvirkning ble styrket. Det er opprettet egne stillinger for pasienter med brukererfaring. Arbeid og tjenestetilbudet innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten er som følge av dette et bredt og variert område. De psykiske lidelsene spenner seg fra blant annet angstlidelser, depresjon, spiseforstyrrelser, psykoselidelser og selvmordsproblematikk (Reneflot et al., 2018). I tillegg har en rekke pasienter store vansker med andre komorbide lidelser som for eksempel rusproblematikk. Ruslidelser og psykiske lidelser (ROP) påvirker hverandre gjensidig og det er utarbeidet egen ROP veileder for hvordan jobbe med begge lidelsene samtidig (Helsedirektoratet, 2012).

Pasienter som er i behov av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten må henvises fra fastlege og henvisningen skal rettighetsvurderes av en spesialist innen enten psykiatri eller voksenpsykologi. Dersom pasienten er i behov for øyeblikkelig hjelp må fastlege eller legevakt henvise til akuttmottak i psykisk helsevern.

Behandling i psykisk helsevern kan blant annet bestå av individuelle samtaler, gruppetilbud og døgninnleggelser. I 2019 ble det innført egne pakkeforløp for behandling av pasienter i det psykiske helsevernet (Helsedirektoratet, 2018).

Sektoren er som vist over regulert gjennom flere typer lovverk og interne rutiner for håndtering av daglig arbeid. I tillegg er det flere typer beredskapsplaner som også er utarbeidet for å håndtere eventuelle kriser og disse vil presenteres i det følgende.

2.2 Nasjonale beredskapsplaner

I 2014 kom det egen nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa (Regjeringen, 2014). Planen fokuserer på belastningen en pandemi vil kunne ha for helse- og omsorgstjenesten og målsettingen er å sikre nasjonal beredskapsplanlegging for å kunne håndtere en influensapandemi. Planen skal beskrive rammene for både nasjonale og internasjonale pandemier. Denne planen inneholder blant annet egen tiltaksplan for hvordan håndtere en pandemisk influensa. De viktigste fasene i tiltaksplanen omhandler 1) planlegging og koordinering, 2) overvåking og vurdering, 3) forebygging og begrensning, 4) respons og 5) kommunikasjon. Noe vi kan stille spørsmål ved er om dette planverket ble brukt under pandemien.

Helsedirektoratet utga videre en plan for pandemiplanlegging høsten 2019 (Helsedirektoratet, 2019). Planen er utarbeidet som egne nasjonale faglige råd for helsesektoren i Norge og er et vedlegg til nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Planen inneholder eget kapittel om pandemiplanlegging i helseforetak. Planen omhandler ulike tiltak og temaer som helseforetakene bør ta med i pandemiplanlegging. Viktige momenter som behandlingsplasser for inneliggende pasienter, kvalifisert personell ved en pandemi, hvilke legemidler og utstyr som er viktige under pandemi, ledelse under pandemi, samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, smitteverntiltak, kommunikasjon og øvelse blir beskrevet i planen. I tillegg til de nasjonale planene finnes det regionale beredskapsplaner som også berører sektoren vi arbeider i, og denne blir omtalt i det følgende.

Regional beredskapsplan: FylkesROS 2018-2021

Hvert tredje år utarbeider Statsforvalteren i Rogaland en risiko- og sårbarhetsanalyse - FylkesROS - for Rogaland fylke (Fylkesmannen i Rogaland, 2018). Denne danner grunnlaget for felles forståelse og samarbeid om risikobildet i fylket. Det er en oversikt over sårbare

områder der en uønsket hendelse eller situasjon kan oppstå, og samtidig et forslag til håndtering av krisen dersom den oppstår. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) utarbeider en veileder til FylkesROS. Siste FylkesROS kom i 2018. I denne ble risikoområdene delt inn fra lav – middels – til høy risiko (Fylkesmannen i Rogaland, 2018). Ett av områdene som Statsforvalteren her peker på med høy risiko er smittsomme sykdommer. Disse sykdommene har potensiale til å overstige helseberedskapen kommunen og helseforetaket til daglig har ansvar for. Smittevernloven fra 1994 pålegger kommunene å ha en kommunelege som også skal fungere som smittevernlege (Fylkesmannen i Rogaland, 2018). Det legges vekt på god beredskap og håndtering av smittsomme sykdommer for å hindre at en epidemi fører til en pandemi med store/katastrofale konsekvenser.

Kommunene får store belastninger i en pandemi. I Helse Vest har Helse Fonna og Helse Stavanger utarbeidet egne smittevernplaner (Fylkesmannen i Rogaland, 2018). Ved mistanke om smitteutbrudd får sosial- og helsedirektoratet fullmakt til å vurdere ulike tiltak som; a) pålegge vaksiner, b) pålegge rapportering, c) forbud mot møter og offentlige arrangement, eller endre regulering av sosial omgang der mennesker samles, d) stenge ned virksomheter som samler mennesker (barnehage, skole, svømmehall, flyplass, butikk, arbeidsplasser osv.), e) stans eller hindringer i kommunikasjoner og f) isolering av personer i geografisk avgrenset område eller andre hindringer i deres bevegelsesfrihet inntil syv dager om gangen.

FylkesROS fastslår blant annet følgende tiltak (Fylkesmannen i Rogaland, 2018) at kommunene må ha et system for oppdatering av smittevernplanene blir oppdaterte. I tillegg må de gjennomføre smittevernøvelser. Alle virksomheter med viktige samfunnsoppgaver bør ha en kontinuitetsplan for identifisering av kritiske funksjoner og hvordan virksomheten skal opprettholde driften dersom det er mange syke samtidig. Influensavaksiner på sykehuset vårt er et eksempel på øvelse av massevaksiner og forebygging av at mange helsearbeidere blir syke samtidig.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har i veileder i kontinuitetsplanlegging laget noen hovedprinsipper for beredskap og krisehåndtering for offentlig forvaltning (Fylkesmannen i Rogaland, 2018). *Ansvarsprinsippet* sier at den organisasjonen som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for å håndtere ekstraordinære hendelser på området.

Likhetsprinsippet innebærer at den organisasjonen man opererer med under kriser, skal i utgangspunktet være mest mulig lik den organisasjonen man har til daglig. I

nærhetsprinsippet skal kriser håndteres på lavest mulig nivå. Med *samvirkeprinsippet* skal myndigheter, virksomheter og etater ha et selvstendig ansvar. Dette for å sikre et best mulig samvirke mellom relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

Avslutningsvis i kapitlet som tar for seg det kontekstuelle, vil vi skrive litt om det evalueringsarbeidet som ble presentert av den oppnevnte Koronakommisjonen i 2020.

2.3 Koronakommisjonen

I statsråd 24.april 2020 ble en uavhengig Koronakommisjon oppnevnt (NOU 2021:6, 2021). Deres mandat var å evaluere myndighetenes håndtering av pandemien. Rapporten ble levert i april 2021. I sin rapport kommer kommisjonen med både ros og ris, men den konkluderer med at myndighetene samlet sett har håndtert pandemien godt fordi Norge har vært et av de landene i Europa med lavest dødelighet. I tillegg beskrives Norge som et land som har vært minst rammet økonomisk sett. Norge var ikke forberedt da pandemien slo til, selv om det var beskrevet som en sannsynlig krise som kunne ramme oss. På tross av andre kriser som 22.juli, svineinfluensa og ebolautbrudd, har ikke myndighetene laget et scenario med planer eller gjennomført øvelser for hvilke virkemidler som er nødvendige å iverksette ved en pandemi.

Myndighetene tok sitt politiske ansvar og fattet beslutninger med innspill fra rådgivere i FHI og H.dir. Det at myndighetene har sagt at de er usikre på hvordan det vil gå beskriver kommisjonen som tillitsvekkende overfor innbyggerne. «*Vi har laget gode planer for de konkrete utfordringene vi står overfor nå, men uansett hvor godt vi planlegger, så vil vi ikke greie å forutse alle problemer*» (NOU 2021:6, 2021, p. 17). Helsetjenestene har hatt en sentral rolle under pandemien. Norge har et godt utviklet helsesystem og scorer høyt på sammenlikninger av helsesystemer på tvers av land. Spesialisthelsetjenesten er gjennomregulert og dette gir rammer for ledelse under «normale omstendigheter». I tillegg finnes egne føringer for krisesituasjoner. I neste kapittel blir det teoretiske rammeverket for denne studien presentert.

3. TEORI

I dette kapittelet presenterer vi det teoretiske rammeverket som brukes til å analysere vårt datamateriale. Vi har valgt ulike komplementære teorier (Bukve, 2021) for å få belyst ledelse fra ulike innfallsvinkler. Hovedfokus i vår problemstilling er på lederes handlingsrom, men siden dette er sterkt knyttet til ledelse, innleder vi med ulike måter å forstå ledelse før de teoretiske betraktningene om handlingsrom beskrives. Ledelse har blitt ytterligere komplisert etter reformer i sektoren, og denne kompleksiteten kan også ha innvirkning i en krisesituasjon – hvilke logikker blir da framtreddende i forhold til en mer normal situasjon? Til slutt vil vi introdusere kriseledelse som et redskap til å analysere hva som vektlegges i ulike faser av en krise. I forlengelse av hvert element i dette mangfoldige teoretiske rammeverket utleder vi antagelser og forskningsspørsmål som kan hjelpe oss i å analysere og strukturere framstillingen av våre funn i denne studien.

3.1 Ledelsesbegrepet

Ledelse kan forstås som utøving av autoritet der en leder (A) øver innflytelse på en følger (B), og forsøker å påvirke følgeren slik at den utfører ønskede handlinger (de Vries, 2001). Jacobsen og Thorsvik (2019) definerer ledelse som en rekke handlinger utført av en eller flere personer, som har til hensikt å få en annen person til å gjøre noe og for å bidra til at organisasjonen når sine mål etter beste evne. Begrepet ledelse omtales både om selve personen som utøver ledelse, men også om aktivitetene personen utøver i egenskap av å være leder (T. Strand, 2007). Ledelse kan ses på som en prosess for å påvirke hvordan menneskene tenker, deres holdninger og deres atferd for å nå et bestemt felles mål. På denne måten kan ledelse ses som en relasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

På norsk bruker vi ordet «ledelse» og i engelsk språk kan dette oversettes med både «management» og «leadership» (Røvik, 2007; T. Strand, 2007). I fortsettelsen bruker vi av og til de engelske termene, da disse angir mer innhold i begrepet ledelse. Management har sin bakgrunn i det latinske ordet manus og agere (T. Strand, 2007). Begrepet fikk sitt fotfeste innen militærterminologien som i å holde styr på komplekse og rasjonelle planlagte organisasjoner. Management handler om ledelse via styring gjennom direktivliknende påvirkning på formelle strukturer, prosedyrer og retningslinjer. Leadership handler om direkte og dialogbasert påvirkning mellom leder og den ansatte (Røvik, 2007, p. 146). Leadership skaper en visjon om fremtiden, mens management leverer det (Bovaird & Loeffler, 2003).

Disse begrepene vil utdypes nærmere i neste avsnitt om transaksjonell ledelse og transformativ ledelse.

3.1.1 Transaksjonell og transformativ lederstil

Transaksjonell ledelse har vært den tradisjonelle form for ledelse der arbeidstaker (B) leverer sine tjenester til leder (A) og får belønning/en transaksjon for sine tjenester. Ledelse består i hovedsak av to hovedelementer belønning og avviksledelse (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Når leder samhandler eller kommuniserer direkte med sin underordnede kalles dette for direkte ledelse (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Den transaksjonelle lederen er opptatt av å bygge fornuftige bytterelasjoner med sine medarbeidere, med for eksempel å lokke sine medarbeidere med belønning for å endre deres adferd eller presentere en overbevisende «vanskelig nå situasjon» (Jacobsen, 2004). På denne måten appellerer lederen til sine medarbeidere gjennom å gi belønning i bytte mot at medarbeidere yter noe tilbake (Jacobsen & Thorsvik, 2019). En transaksjonell leder kjennetegnes ofte ved at han belønner sine medarbeidere for innsats, og er mer opptatt av å finne og korrigere feil og mangler (Bass, 1990). Han kan ofte sammenlignes med begrepet for management (Berg, 2015, p. 31). Dette kan ses på som en mer instrumental relasjon mellom leder og medarbeider (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Den transaksjonelle lederen vet at han vil møte motstand for endring og må på denne måten overbevise, samt skape allianser for å kunne skape kontroll og maktbaser, for å overkomme motstanden. På denne måten er en transaksjonell leder en god politisk leder (Jacobsen, 2004).

Transformativ ledelse oppstår når ledere (A) forsøker å skape en felles interesse, økt bevissthet og får medarbeiderne (B) til å se bort fra egne interesser og heller retter blikket mot fellesskapet (Bass, 1990). En transformativ leder kjennetegnes ofte av å være en karismatisk person som både presenterer en visjon og er målbevisst (Bass, 1990). Lederen klarer å inspirere ved å skape engasjement og kommunisere store forventninger ved å presentere målet på en lettfattelig og engasjerende måte. På denne måten kan den transformative lederen sammenlignes med begrepet leadership (Berg, 2015, p. 32). Han klarer å skape engasjementet ved å vise til enkel problemløsning og intellektuell stimulering (Bass, 1990). Transformativ ledelse omhandler fire hovedelementer (Jacobsen & Thorsvik, 2019); utvikle en visjon, inspirere, hensynet til den enkelte og intellektuell stimulering. Ledelse handler om å skape en meningsfull hensikt og retning, kommunisere og støtte opp om en troverdig fasinasjon og iver

(Bovaird & Loeffler, 2003). Bovaird og Loeffler (2003) vektlegger at ledere skal sette retning for organisasjonen. Levere resultater og ruste organisasjonen slik at den både kan håndtere dagens, men også fremtidens utfordringer, og fremstå med integritet. En viktig oppgave for den transformativ leder er å skape samhold innad i hele organisasjonen (Jacobsen, 2004). Her vektlegges det at leder både skal presentere meningen med arbeidsoppgavene i organisasjonen, skape engasjement og presentere fremtidig visjoner. Den transformativ leder vektlegger mer den symbolske siden av ledelse uten å bruke tvang eller makt. Han har mer fokus på den emosjonelle kontakten og går frem som et godt eksempel og inspirator (Jacobsen, 2004).

3.1.2 Teoriens relevans og utvikling av forskningsspørsmål

Hva som anses som «god ledelse» er nesten alltid kontekstavhengig (Bjelland et al., 2018, p. 124) og mange hevder at transformativ ledelse går foran transaksjonell ledelse. Dag Ingvar Jacobsen hevder i boken *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (2004) at den ene lederstilen er vanskelig å utføre uten den andre, og de utfyller hverandre. En transformativ leder blir imidlertid ofte sett på som en mer betryggende og effektiv leder, enn en transaksjonell leder (Bass, 1990). I en krisesituasjon er det et behov for raske endringer, og hvor leder knapt har tid til å treffe sine følgere, Hvordan skal leder ha anledning til å utøve innflytelse over dem (motivere og betrygge) før neste direktiv skal implementeres? Vi har en antagelse om at i krise så må det utøves mer direktivliknende former for ledelse (transaksjonell ledelse og management). Dette kan virke beroligende på de ansatte, da det kan oppfattes som at det er noen som har kontroll og vet hvilken retning som er fornuftig. På denne bakgrunn stiller vi følgende forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål 1: *Hva preger lederstilen til lederne under pandemien?*

I arbeidslivet generelt beskrives lederegenskaper ofte gjennom tradisjonelle stereotyper i en normalsituasjon. Den transaksjonelle og transformativ lederstil kan fortelle noe om egenskaper eller prioriteringer som lederen gjør i sin ledelse, men ledelse er også avhengig av forhold utenfor sin personlighet, og for å analysere dette vil vi se på lederes handlingsrom.

3.2 Handlingsrom

Leders handlingsrom kan ses på hvilken påvirkningsgrad leder har på organisasjonens retning, mål og resultat (Espedal, 2011, p. 152). Lederens mulighet til å påvirke resultatet er ikke bare avhengig av hvilken organisasjon lederen leder, men også av de spesifikke betingelsene lederen har for å handle. Handlingsrom kan relateres til valgfrihet, trygghet og ressurser (Espedal, 2011). Strand (2018) beskriver handlingsrom som «handlingsgrad» og presenterer det som en dynamisk kombinasjon av likheter innenfor *oppgavemiljø, organisasjonen internt og leders karakter*. Et handlingsrom som åpner for frihet og autonomi kan skape indre motivasjon. For organisasjonen kan dette medføre søking og utprøving etter læring og kunnskapsformidling (Espedal, 2011, p. 152). Når handlingsrommet innebærer frihet til å velge vil denne friheten kunne være et vilkår for hvordan kompetente ledere påvirker organisasjonen sitt resultat.

3.2.1 Handlingsrom i sykehus

Offentlig sykehus blir omtalt som en ekspertorganisasjon og ekspertorganisasjoner gir lite rom for ledelse ut over det som ligger i å utøve fagkompetansen på en avansert måte (T. Strand, 2007). En leder i en offentlig virksomhet som sykehus må ifølge Strand (2007) erkjenne sin lederposisjon og sine ønsker om å lede. Leder kan prøve ut hva som er mulig innenfor sitt handlingsrom i organisasjonen og med støtte fra de som skal ledes. I tillegg står leder i spennet mellom de politisk definerte oppgaver, folkekravet og rasjonell organisering og analyser (T. Strand, 2007, p. 349). Det er mye spekulert i om ledere i offentlig sektor har mindre handlingsrom enn ledere i privat sektor og det finnes mange holdepunkter i litteraturen på at dette faktisk stemmer (Lawrence & Baldersheim, 2014, p. 147). Sykehus har mange regler, instruksjoner, prosedyrer, budsjetter som gir retningslinjer for handling i de fleste situasjoner, og hva og hvordan det skal gjøres. Dette er innført for å sikre likebehandling og forutsigbarhet, men det begrenser en leders autonomi og skjønnsutøvelse (Espedal & Kvitastein, 2012).

3.2.2 Formelt og subjektivt handlingsrom

Espedal og Kvitastein (2012) skriver om et formelt og et subjektivt handlingsrom. Det formelle handlingsrommet består av jobbkrav, forventninger, hierarki, makt, ansvar, regler, spesialisering og ressurser. En leder får lite handlingsrom med sterk styring i form av krav, rutiner og prosedyrer. En leder som gjennom læring har utviklet åpenhet, refleksjon, tillit og kompetanse til å tåle og håndtere usikkerhet, tvetydighet og konflikt vil være i stand til å tolke

handlingsrommet annerledes enn en leder som søker det trygge og sikre med liten toleranse for det komplekse og mye endringer. Læring kan føre til mer fleksibilitet eller mer rigiditet, og det forteller oss at læring påvirker handlingsrommet. Ledelse handler om valg og gjennomføring av de valg leder tar. Valgene påvirker organisasjonens retning, mål, resultat og overlevelse. Leder kan velge å vise tillit ved å dele sin kunnskap med sine medarbeidere (Espedal & Kvitastein, 2012).

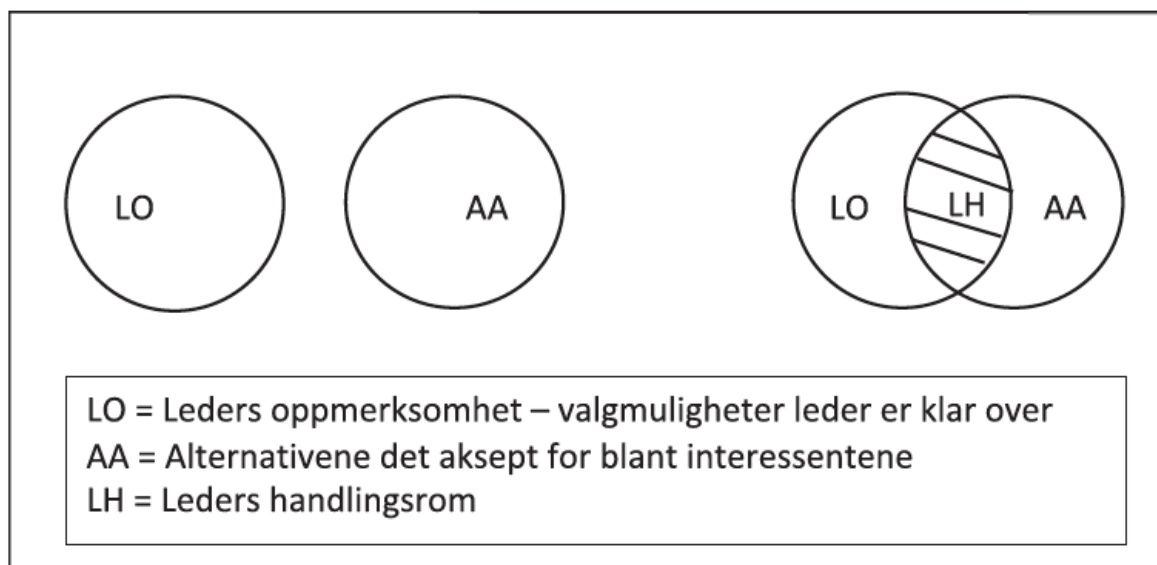
Ifølge Strand (2007) er en av faktorene som skiller lederrollene fra andre roller, at ledere arbeider i områder som er mer problematiske og uten regelstyrte rutiner og en tydelig fasit på hva som er riktig å gjøre. Ledere må ta udefinerte beslutninger. Variasjonene i handlingsrommet for samme lederrolle er avhengig av ledernes oppfatning av grenser, kunnskap om muligheter og erfaring med risiko og utprøving. Handlingsrommet er mer tilgjengelig når situasjonen er usikker. Ledere har muligheter til å påvirke dersom de vet og vil, og handlingsrommet kan på denne måten «vinn» . Ledere trenger likevel valid kunnskap for å fatte gode og riktige beslutninger (T. Strand, 2007). Kunnskapen kan være et resultat av analyser og/eller ut ifra egen læring og erfaring (Espedal & Kvitastein, 2012)

3.2.3 Skjønn og handlingsrom

Hambrick og Finkelstein (Hambrick, 2007, p. 335) introduserte begrepet «*ledelsesmessig skjønn*» om det handlingsrommet som ledere har til å påvirke aktivitetene som de driver. Ledelsesmessig skjønn kan ses som en måte å forene to motstridende synspunkter om effektene av toppledere på organisasjonsresultater. Et syn ut fra strategisk ledelse, var at toppledere i stor grad påvirker hva som skjer med organisasjonene deres. Det konkurrerende synet var at ledere har liten påvirkningsmulighet fordi organisasjoner må forholde seg til eksterne krefter som for eksempel en rekke konvensjoner og normer. De mener begge disse synspunktene er gyldige, avhengig av hvor mye ledelsesmessig skjønn eller handlingsrom som eksisterer. Skjønn eksisterer når det er flere alternativer, uten begrensninger og uklarheter mellom mål og midler. Skjønn kan komme fra miljøforhold (f.eks. industrivekst), fra organisatoriske faktorer (f.eks. et svakt styre) og fra lederen selv (f.eks. toleranse for tvetydighet). Hvis en stor grad av skjønn er til stede, vil lederegenskaper gjenspeiles i strategi og ytelse. Dersom det imidlertid mangler skjønn, spiller utøvende egenskaper ikke så stor rolle. Ledere som opplever store krav og forventninger i sin jobb kan ta enkle snarveier eller bygge sine beslutninger på tidligere erfaringer (Hambrick, 2007). Valget vil likevel være basert på egen bakgrunn og erfaring. Ledere som opplever lite krav og forventninger kan ta

mer omfattende analyser og vurderinger i deres beslutningstaking. Ledere bygger sin handlingsevne ut fra en tre faktor prosess hvor de ser hvilke valgmuligheter som eksisterer, hvordan de selekterer og oppfatter hva de ser, hører og hvordan de tolker dette.

Hutzschenreuter og Kleindienst (2013) bygger videre på Hambrick og Finkelsteins (2007) definisjon og mener at leders handlingsrom oppstår i en kombinasjon av to faktorer. Første faktor er *leders oppmerksomhet* på sine valgmuligheter, og den andre faktoren er hva som er *akseptable alternativer* for interessenter/de som sitter på makten/eierskapet. Når leder er oppmerksom på sine valgmuligheter (LO), og alternativene ansees som akseptable for interessentene (AA), mener de at leders handlingsrom (LH) er det overlappende feltet som vist i figur under (Bastesen & Lange, 2020).



Figur I. Leders handlingsrom (Bastesen & Lange, 2020)

Hambrick (2007) mener at ledere tar valg basert på deres personlige forklaringer ut fra hvilken situasjon de møter. Handlingsrom kan ses ut fra hvor mye autonomi en leder har uten at overordnede blander seg inn og kontrollerer (Lawrence & Baldersheim, 2014). På denne måten kan vi se på handlingsrommet ut fra hvor mye en leder kan foreta seg, mens hva lederen rent praktisk kan utføre kan ses ut fra hvilke handlingsmuligheter lederen har (Lawrence & Baldersheim, 2014, p. 256). Et vanlig problem er at det ofte ikke er nok handlingsevne til å kunne utføre alle oppgaver som vi står overfor til nå alle mål vi er blitt satt til å utføre (Lawrence & Baldersheim, 2014). Ledere i offentlig virksomhet kan ifølge Strand (2007) skape seg et handlingsrom for ledelse ved å prøve ut hva som er mulig innenfor det offentlige systemet, og ved å søke kreative kombinasjoner av ressurser og handlemåter.

3.2.4 Teoriens relevans og utvikling av forskningsspørsmål

Handlingsrom er interessant å studere under en pågående pandemi i en sektor som i utgangspunktet er gjennomregulert og har høyt nivå av rutiner, prosedyrer og faglige normer for ledelse. Hva skjer i en slik krisesituasjon som oppstår med en pandemi? Strand (2007) sier at det er en utbredt tro på at ledelse er en viktig faktor for å oppnå gode resultater og prestasjoner i en organisasjon – hvordan påvirkes dette under pandemien? Vi har en antakelse om at handlingsrommet endres under en pandemi, fordi når flere direktiver fra styrende myndigheter skal implementeres, må det utøves skjønn for å velge hvordan dette skal gjennomføres, rekkefølge og hvem som skal gjøre det. Ledelse kan da bli en avgjørende faktor for å oppnå ønsket resultat. På denne bakgrunn stiller vi følgende forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål 2: *Hva preger leders handlingsrom i en krise?*

Når ledere skal gjennomføre arbeidet, og utrette noe i sitt handlingsrom, må de klare å påvirke sine underordnede på en måte som gjør at de «følger» lederens innspill. For at de underordnede skal følge sin leder må de ha tiltro til sin leder. Dette kan studeres i lys av hvilke logikker som preger både leder og følger. Dette vil utdypes i neste avsnitt.

3.3 Ledelse i lys av hybridbegrepet og ulike logikker

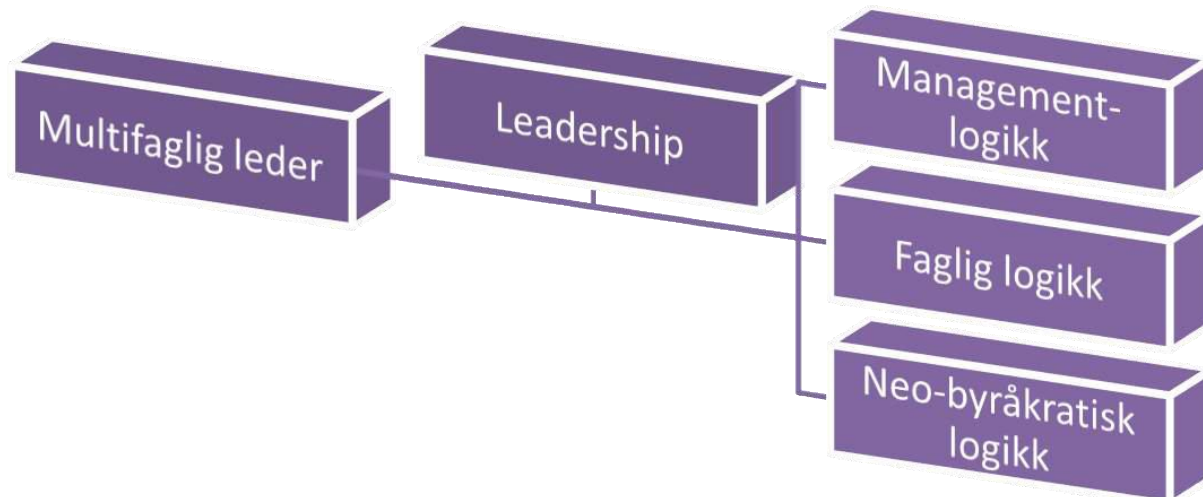
Sykehusene anses generelt sett til å være sentrale institusjoner i moderne samfunn som både skal tilføre og tilby komplekse og viktige helsetilbud til befolkningen (Byrkjeflot & Jespersen, 2014, p. 443). Ledere i sykehusene må forholde seg til mange ulike yrkesgrupper med utallige profesjoner hvor sykepleiere og leger er de mest fremtredende profesjonsrollene innenfor helse (Byrkjeflot & Jespersen, 2014). Av andre viktige yrkesgrupper i sykehus har vi personalkonsulenter, IT konsulenter, økonomimedarbeidere, renholdere etc. De ulike profesjonene har i en årrekke kjempet for retten til å være leder og dette har også medført ulikt fokus innenfor ledelse (Berg, 2015, p. 23).

I denne oppgaven fokuserer vi på ledere i spesialisthelsetjenesten. Det som er spesielt med ledere i spesialisthelsetjenesten er sammenfatningen av profesjonelt selvstyre, autonomi og den politiske styringen (Berg, 2015, p. 22). Samtidig som de ulike profesjonene har kjempet internt seg imellom med tanke på sitt eget fag og forhold rundt ledelse. På en måte kan vi si at spesialisthelsetjenesten har utviklet ulike logikker og at det oppstår uenigheter mellom de forskjellige logikkene. Thornton and Ocasio (1999, p. 804) snakker om *institusjonelle logikker* når enkeltpersoner utfører sosialt konstruerte, historiske mønster av praksis,

antagelser, verdier, tro og regler, og når de reproducerer sitt materielle livsopphold, organiserer tid og rom, gir dette mening til deres sosiale virkelighet. Institusjonelle logikker er både materialistiske og symbolske, og de gir både formelle og uformelle regler for handling, interaksjon og tolkning. Dette styrer og begrenser beslutninger for ledere i å utføre organisasjonens oppgaver og å oppnå sosial status og belønninger i prosessen. Ledelse kan knyttes til flere typer faglige logikker (Berg, 2015). Dette både motiverer og styrer handlingen i grupper og organisasjoner. Disse gruppene kan ha sine egne prinsipper, praksiser og symboler som både preger det rasjonelle og oppfattelsen av egne meninger. Felles for alle yrkesgruppene og profesjonene er at de har lange utdannelser som preger tankesettet både ut fra hvordan de skal arbeide og ikke minst hva som skal prege ledelse. De ulike logikkene kan også prege de ulike profesjonene, og profesjonenes ulike syn på ledelse kan ofte komme i konflikt med leders egen oppfatning og de politiske styringsmekanismene (Berg, 2015, p. 24).

I studier av ledelse etter de NPM- influerte reformene som har preget vestlige land, har begrepet hybrid ledelse blitt aktualisert (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle, 2010). Dette begrepet knyttes til at ulike logikker, som normalt ikke hører sammen, forenes i ledelse (Battilana & Lee, 2014). Ledelse i sykehuset har tradisjonelt vært preget av en *klinisk profesjonell logikk* (Berg, 2015, p. 25). Det finnes ulike klinisk profesjonelle logikker ut fra om du er lege eller sykepleier. Logikkene har både likhetstegn og store forskjeller. Mens sykepleiere har fokus på pleie og omsorg har legene fokus på behandling. Likevel har begge logikkene til felles at de er opptatt av fag og kvalitet. Sykehusene er politisk styrte organisasjoner og dermed gjør dette at den politiske logikken legger mange føringer for ledelse - hvor mye av fokuset har vært på lik tilgang til helsetjenestene. Den administrative logikken som følger av dette har også blitt påvirket av NPM. Gjennom NPM reformen har *management logikken* blitt introdusert og vært med å endre fokus til effektivitet, økonomisk kontroll som igjen har ført til at ledere må forholde seg til kostnadsbetraktninger, resultater og innsatsstyrt finansiering (Guldbrandsøy & Byrkjeflot, 2013, p. 470).

I en norsk studie av ledelse i sykehus etter NPM-reformene har innholdet i hybridledelsesbegrepet blitt utforsket og en modell som illustrerer hvilke logikker som preger ledelse har blitt utviklet (Berg, 2015). Vi skal nå gå litt nærmere inn på de ulike logikkene.



Figur II; multifaglig leder, hybrid lederrolle, Laila Nordstand Berg (2015)

3.3.1 Management logikk

Management logikken er mye basert på erfaringer fra amerikanske bedrifter og med innføringen av NPM hvor man importerte tenkningen fra privat til offentlig sektor (Byrkjeflot & Jespersen, 2014, p. 445). Det fokuseres på sterkere ledelse og et mer effektivt og hierarkisk ledelsessystem med mindre uklart ansvarsforhold. Dette skulle føre til mindre kostnader og økte krav og forventninger til de offentlige tjenestene. I denne forståelsen er det viktig med økonomisk kontroll og fordeling av ressurser på en effektiv måte (Kjekshus, Byrkjeflot, & Torjesen, 2013). Hybridledernes evne til å lede kollega er avhengig av kompetanse og autoritet. Ifølge Kjekshus et al. (2013, p. 113) handler det om å etablere seg i en posisjon der en kombinerer kompetanse og autoritet. Det ble mer tro på ledelse som fag, og nå organisasjonenes mål. Enhetslederne skulle på denne måten være ansvarlige for egne budsjetter og være nyskapende til hvordan lede og finne alternative måter å få økte inntekter.

3.3.2 Den faglige logikk

Den faglige logikken baserer seg på måten leder klarer å håndtere og utvikle profesjonelle prosjekter inkludert å ha styring på utdanning, forskning og juss (Byrkjeflot & Jespersen, 2014, p. 444). Denne formen for styring finner man spesielt i organisasjoner med sterke profesjoner som for eksempel i sykehus (Guldbrandsøy & Byrkjeflot, 2013, p. 470). Her presenteres den profesjonelle logikken som en rasjonalitet hvor tjenestene til pasientene blir presentert gjennom profesjonelle normer basert på ulike verdier (Byrkjeflot & Jespersen,

2014). Mens legene har arbeidet for å kunne stå for selve «behandlingen» og å kunne styre andre profesjoner, har sykepleiere arbeidet for å organisere «pleien», og arbeidet for muligheten til generelle lederstillinger.

3.3.3 Neo-byråkratisk logikk

Denne logikken kan ses på som et skifte i byråkratisk tankegang med et veiskille i forhold til hierarkier og etableringen av samtidige sentraliserte og desentraliserte former for byråkratiske regulering (Byrkjeflot & Jespersen, 2014, p. 449). Styringen foregår fra over-underordning, autoritet og makt hvor selve styringen skjer ovenfra ved hjelp av administrative midler til administrative prosedyrer som baseres i markedstankegangen (Guldbrandsøy & Byrkjeflot, 2013, p. 469). Det samles data for å kunne drive benchmarking og sammenligninger. Dette gjøres ved å implementere ulike teknikker som ytelsesvurderinger, systemer for personalvurdering, revisjon av medisin og sykepleie, systematisk pasient tilfredshetsundersøkelser, klinisk erfaringsbasert styring og kvalitetsstandarder (Byrkjeflot & Jespersen, 2014, p. 450).

3.3.4 Leadership-logikk

Midt mellom det som kalles en multifaglig lederrolle og de ulike logikkene til høyre i figuren, ligger leadership. Denne mer personlige form for ledelse blir aktivt brukt av lederne for å kunne ha mulighet til å implementere management i den sterkt fagdominerte sykehussektoren (Berg, 2015). Leadership brukes som en katalysator for å kunne forene logikker som kan oppfattes som motstridende for de ansatte. Lederen forsøker å motivere de ansatte og gå foran med et godt eksempel. Ved aktivt å bruke en slik logikk, kan det være med å håndtere de tvetydigheter som oppstår når det er omskiftelige tider – slik eksempelvis pandemien er.

3.3.5 Teoriens relevans og utvikling av forskningsspørsmål

I krisetider trenger vi at andre viser styrke og kan vise vei, og samtidig går foran og tar ansvar. Denne måten å betrakte ledelse på, som en hybrid av ulike logikker kan være med å gi en beskrivelse av innholdet av det lederne vektlegger når krisen er der. Hvor viktig er økonomi i en slik situasjon? Effektivitet blir vel viktigere enn noensinne, i alle fall i forhold til smitte, hvilken rolle har de byråkratiske sidene ved ledelse og hvordan kan lederen påvirke

sine ansatte når alt er så usikkert? Vi har en antakelse om at fokus snevres og endres i forhold til vanlig drift og stiller følgende forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål 3: Hvilke logikker blir fremtredende i ledelse i en krise?

Som nevnt i innledningskapitlet er det utviklet en egen teoretisk retning innen ledelseslitteraturen som omhandler kriseledelse. Den knyttes til hva som gjøres i ulike faser av krisen og er også et nyttig redskap til å forstå hva som skjer når krisen inntreffer. Denne teorien utledes som det siste elementet i vårt teoretiske rammeverk.

3.4 Kriseledelse

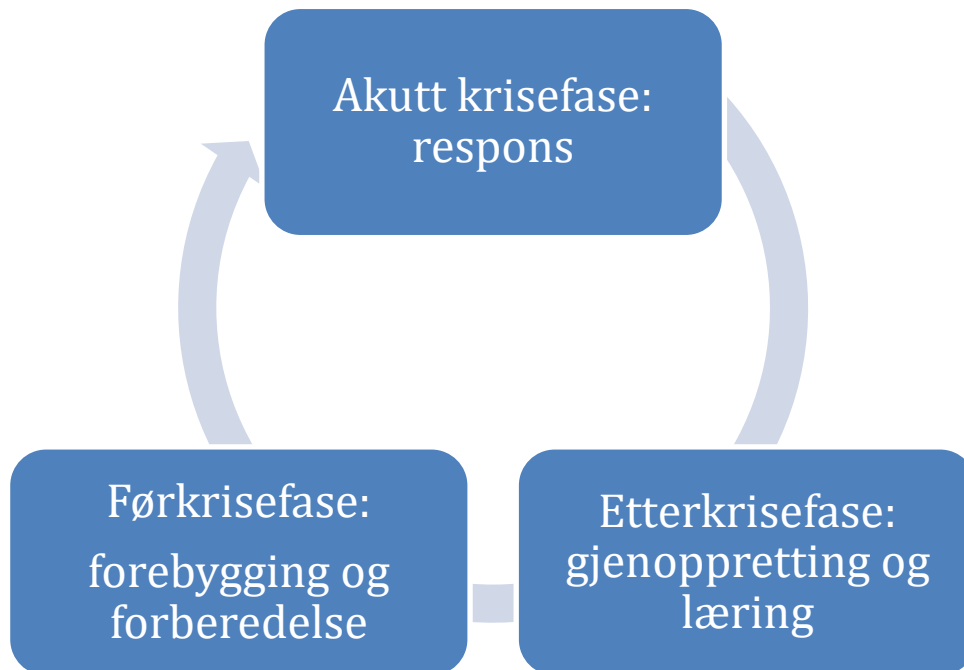
Kriseledelse kan sies å være en kontekst og kompetansespesifikk ledelsesform som brukes i situasjoner hvor organisasjoner av forskjellige årsaker har havnet i eller er i ferd med å havne i en krisesituasjon (Dale, 2020). Selve ordet *krise* stammer fra det greske ordet «krisis» som kan oversettes med plutselig forandring, avgjørende vending eller alvorlig forstyrrelse (Assmann, 2020). Vi trenger ledelse som gir retning og viser veien vi skal gå sammen. Kriser innebærer utydelighet, usikkerhet og kompleksitet. Kriseledelse kan handle om å håndtere forskjellige folk med ulike behov, samtidig, og med dårlig tid og det ledere gjør i praksis i konkrete kritiske situasjoner. Når kriser oppstår må ledere akseptere at de vet omtrent like lite som andre (Assmann, 2020).

«Krisehåndtering er summen av tiltak som iverksettes når en krise har inntruffet, for å begrense skade og bringe krisen til opphør. Ideelt sett bør så mange som mulig av disse tiltakene være planlagt på forhånd, slik at de utgjør forberedte beredskapstiltak. Om man ikke har gjort slike forberedelser, har man ikke annet valg enn å improvisere så godt det lar seg gjøre» (Bjelland et al., 2018, pp. 18-22).

3.4.1 Faser i kriseledelse

Kriser består av flere faser. En krise kan ses på som en dynamisk hendelse som starter lenge før den akutte situasjonen inntreffer og som varer lenge etter at den akutte situasjonen har roet seg (Engen et al., 2016, p. 264). Ved å se på hva som skjer før hendelsen og hva som skjer etter hendelsen kan vi ta lærdom av den. I figuren under fremstiller forfatterne kriseløpet som en sirkulær prosess hvor vi vil bevege oss fra «*akuttkrisefasen*» til «*etterkrisefasen*» før vi kommer til en ny «*førkrisefase*», hvor vi venter på neste krise (Engen et al., 2016). Tanken er at vi gjennom læring og erfaring fra forrige krise blir mer robuste til å håndtere nye kriser

gjennom en «førkrisefase». Likevel er det en risiko for at vi blir for opphengt i den tidligere krisen slik at vi ikke fanger opp hvordan ulykker kan utvikle seg, og vi ikke blir oppmerksomme nok. Weick og Sutcliffe skriver i Engen et al. (2016) at vi må være forberedt på det uventede og trekke dette tankesettet inn i planleggingen av krisehåndteringen.



Figur III: Faser i kriser (Engen et al., 2016, p. 262).

3.4.2 De fem kritiske oppgaver innen kriseledelse

Kriseledelse handler både om å identifisere, håndtere, minimere skadeomfanget, normalisere driften, håndtere ettervirkningene og evaluere (Dale, 2020). Kriseledelse involverer fem kritiske oppgaver; å *anerkjenne krisen*, *beslutningstaking*, *skape mening*, *avslutning og læring* (Boin et al., 2005). Når krisen er et faktum, må ledere iverksette de nødvendige tiltak for å håndtere konsekvensene. I det følgende vil disse elementene forklare og illustreres med tanke på dagens pandemi.

Ved å *anerkjenne* krisen må ledere vurdere trusselen og bestemme hva krisen omhandler (Boin et al., 2005). En studie har vist at dersom vi har opplevd tidligere kriser så kan vi utvikle såkalt «klarsynhet» hvor de kan forutse nye kriser (Boin, Kuipers, & Overdijk, 2013, p. 82). Når krisen er et faktum er det ofte vanskelig å skape en felles forståelse av omfanget, karakteristikken, konsekvensene og mulig utfall av den pågående krisen. At WHO så raskt kom på banen og erklærte Covid-19 som en pandemi har vært med på å gjøre det lettere for

folk å anerkjenne krisen, likeså den daglige pressekonferansen som ble holdt av norske myndigheter.

Beslutningstaking handler derfor om å ta de vanskelige avgjørelsene (Boin et al., 2005). For å kunne ta de riktige avgjørelsene må lederen klare å innarbeide en metode for å prosessere all tilgjengelig informasjon, og kunne dele informasjonen med de riktige personene for å få deres konstruktive meninger (Boin et al., 2013). Bjelland et al. (2018) hevder at de aller fleste beslutninger som fattes har sitt opphav i intuitive og analytiske tankeprosesser. God situasjonsforståelse, ressursoversikt og evne til å fatte beslutninger er nødvendig for effektiv kriseledelse. I en krise er det viktig å ha en leder som er i stand til å rydde i uklare mål og ustrukturerte oppgaver (Rake, 2008). Lederen må prioritere mellom de ulike alternativene som til dels står i konflikt med hverandre og som er knyttet både til menneskers liv og økonomiske forhold. Brun og Kobbeltvedt (2006) i Bjelland hevder at hvorvidt utfallet ender med suksess eller som en katastrofe avgjøres av kvaliteten på de beslutninger som fattes (Bjelland et al., 2018, p. 88). Lederoppgavene i en krise kan endre seg ved at det er mange ulike aktører som må samordnes (Braut, Rake, Aanestad, & Njå, 2012). Gjennom å presentere et relevant og oppdatert situasjonsbilde med ulike risikoforestillinger, vil hans beslutninger være vanskelig å undervurdere. Ledere må derfor fokusere på det strategiske ved en krise, og unngå å bli for involvert i den operasjonelle delen av krisen (Boin et al., 2013, p. 83). Effektive ledere skal på denne måten tilpasse seg krisens omfang og ikke lete etter tekniske vansker.

Ved å *skape mening* forventes det under kriser at lederen skal redusere usikkerhet og skape et konstruktivt bilde av krisen både når det gjelder hva som foregår, hvorfor det skjer og hva som må gjøres (Boin et al., 2013; Boin et al., 2005). I kriser vil befolkningen se mot deres ledere for å få en forståelse for hvordan lederne tolker situasjonen og hvilke planer de tenker å gjennomføre for å normalisere situasjonen igjen (Boin et al., 2013, p. 84). Her kan vi igjen vise til hvordan nasjonale og lokale politiske- og helsemyndigheter daglig gjennomførte pressekonferanser for å fortelle om de beslutninger som ble tatt. Noen ganger var nasjonale myndigheter først ute med en restriksjon, andre ganger var kommunene først ute.

I forhold til *avslutning*, så forventes det at ledere klarer å snu krisen fra å være akutt til mer rutine (Boin et al., 2005), med andre ord å nedskalere de strategiske og akutte tiltakene. I vårt land har lederne forespeilet hva som vil skje i ulike faser av sykdomsutviklingen, på basis av kjennskap til epidemiologi generelt. Ned- og opptrapping av tiltak har variert etter fasene av

sykdomsutviklingen i befolkningen. For å klare å skape en trygghet i befolkningen er det vesentlig med tydelig kommunikasjon ut mot befolkningen og mellom organisasjoner (Boin et al., 2013, p. 85). Det er flere holdepunkter i forskningen som viser til at dette ikke fungerer og at kommunikasjonen enten bryter sammen eller blir overbelastet (Boin et al., 2013). Kanskje vi har kommet et steg lenger nå, siden vi har god infrastruktur og landet har gode digitale løsninger. Dette letter kommunikasjonen innad og mellom organisasjoner. I Norge har myndighetene ofte påpekt at de ikke har belegg fra forskningen til å vite om de tar gode avgjørelser, men de tar avgjørelser på bakgrunn av den tilgjengelige informasjonen. Dette har i norsk kontekst fungert som støydempende og bevart tilliten til de styrende.

Det forventes også at ledere tar *lærdom* av krisen med tanke på å planlegge og trene for fremtidige kriser (Boin et al., 2005). Ledere har et ansvar for å forklare hva som ble gjort under og etter krisen, samt hvorfor dette ble gjort (Boin et al., 2013, p. 85). Videre bør ledere forklare hva som fungerte og hva som gikk galt under krisen. Hensikten er at lederne skal lære av krisen og vite hvordan de må tilpasse seg og endre dysfunksjonelle prosesser for å kunne håndtere nye kriser. Koronarapporten er et slikt tidlig tiltak for å ta lærdom av pandemihåndteringen. Organisasjoner på sin side må bli mer fleksible og ha en kapasitet til å tilpasse seg negative tilbakemeldinger (Boin et al., 2013, p. 87). For å kunne bygge vel forberedte organisasjoner, må organisasjonene konstant forbedre sin praksis. Dette gjennom analyser av sin sårbarhet, øvelser, kartlegge ulike områder og gjennomføre nettverksøvelser (Boin et al., 2013).

3.4.3 Teoriens relevans og utvikling av forskningsspørsmål

I dette kapitlet har vi presentert teorier om krise og kriseledelse. I krisetider øker behovet og ønsket om klar og tydelig ledelse. Det er ingen fasit over hvilke lederstiler som er riktige. Ledere må vise tillit til sine medarbeidere, være tilpasningsdyktige og tålmodige, ha toleranse for ulikheter og være forberedt på raske temposkifter under krisen. Vi ønsker å få beskrivelser av hvordan ledere har håndtert kriseledelse, og avslutter med følgende spørsmål:

Forskningsspørsmål 4: *Hvordan praktiserte lederne kriseledelse under pandemien?*

4. DESIGN OG METODE

I denne delen av oppgaven beskriver vi valgene vi har gjort med tanke på design og metode. Vi redegjør for fremgangsmåten hvordan vi forberedte intervjuene og hvordan vi har foretatt utvalget av deltakere. I tillegg beskriver vi intervjuprosessen, og etiske vurderinger vi har gjort underveis.

Det er viktig å redegjøre for vår fremgangsmåte, hvordan vi vurderer sammenhenger mellom vårt teoretiske utgangspunkt, vår problemstilling og opplegget vi har for utvikling og analyse av innsamlet data. Hvilke beslutninger vi tar, og hvorfor de beslutninger tas i prosjektet, gir leseren grunnlag for å vurdere kvaliteten på forskningsprosjektet og konklusjonene vi kommer frem til (Thagaard, 2018, p. 14).

«Hensikten med forskning er å frambringe gyldig og troverdig kunnskap om virkeligheten. For å klare dette må forskeren ha en strategi for hvordan han skal gå fram. Denne strategien er metoden» (Jacobsen, 2015, p. 15).

4.1 Design

Designet beskriver hvilken plan vi har fulgt med tanke på retningslinjer for valg av metode, deltakere og analyseopplegg som har vært relevant i forhold til problemstillingen vår. Thagaard (2018) mener at problemstillingen gir retningslinjer for hvordan vi utformer prosjektet – det vi kaller prosjektets design. Vi har valgt å gå i dybden på dette temaet med handlingsrom i ledelse og har derfor valgt et casestudiedesign. En casestudie kan defineres som en *«empirisk undersøkelse som studerer et aktuelt fenomen i dets virkelige kontekst fordi grensen mellom fenomenet og konteksten er uklare»* (Yin, 2014, p. 18). Vi definerer at lederes handlingsrom er vår case og dette studeres ved hjelp av en kvalitativ innfallsvinkel. Formålet med vår studie er som sagt å gi en større forståelse av handlingsrommet for ledere når kriser oppstår. Vi har tatt stilling til hva som kan være et hensiktsmessig utvalg for vår forskning, hvilken metode som gir mest data og ikke minst hvordan vi skal legge opp analysen.

4.2 Metode

Vårt valg av metode er vokst frem av hva vi skal studere og hvordan vi kan innhente relevant informasjon. Denne studien er en beskrivende empirisk studie (Thagaard, 2018). Vi bruker kvalitativ metode med intervju som forskningsmetode.

«Karakteristisk for kvalitativ forskning er at vi søker en forståelse av sosiale fenomener, enten ved en nær kontakt med deltakere i felten ved intervju eller

observasjon, eller ved analyser av tekster og visuelle uttrykksformer» (Thagaard, 2018, p. 15).

Intervju er en deltakende metode som gir forskere innsikt i personers opplevelser, synspunkter og selvforståelse. Intervju beskrives som en velegnet metode der forskere får kjennskap til hvordan deltakere opplever og forstår seg selv og sine omgivelser (Thagaard, 2018, p. 53). Vi har vært opptatt av å få kunnskap om hvordan deltakerne har forstått sitt handlingsrom i krisen. Gjennom intervju har vi fått (utviklet) data om hvordan deltakerne har beskrevet sitt handlingsrom, og hvordan de har håndtert utfordringer de fikk under Covid-19 pandemien. Med å foreta intervju har vi ønsket å få beskrivelser og se om våre antakelser stemmer overens med virkeligheten til lederne vi intervjuet.

4.2.1 Intervju

Intervju kan ses som en styrt samtale mellom forsker og den som blir intervjuet (Thagaard, 2018). Vi har valgt å utvikle en intervjuguide med 19 spørsmål (vedlegg 4) og bruke den på en semistrukturert måte. Dette innebærer at vi fulgte intervjuguiden for hver deltaker, men hadde rom for å komme med oppfølgingsspørsmål eller avklaringer underveis, dersom det var nødvendig. Det varierte hvor utfyllende hver deltaker svarte på hvert enkelt spørsmål. Vi var to som foretok intervjuene sammen og vi rullerte på dette slik at alle fikk intervjuet. Før intervjuet hadde vi avtalt at en av oss stilte spørsmålene, den andre var hovedsakelig med som observatør, men kunne komme med innspill ved behov.

Vi har fulgt en vanlig kvalitativ undersøkelsesprosess med problemstilling, undersøkelsesopplegg, datainnsamling/intervju og analyse (Thagaard, 2018). En fordel med den metoden er at prosessen blir mer interaktiv og vi kan endre problemstilling og datainnsamling underveis. En deltaker formidler gjennom ord sin oppfatning og forståelse av det vi er opptatt av. I kvalitativ metode ønsker vi å få frem hvordan deltakerne forstår og fortolker sin situasjon. Vi gjorde lydopptak av alle intervjuene, alle deltakere var informert om og hadde gitt tillatelse til det. Etter intervju ble lydfilene fordelt mellom forskerne til transkribering. Den som ikke deltok på intervjuet fikk som regel oppgaven med å transkribere til tekst, for å bli kjent med data som ble formidlet i intervjuet. Dette var en svært tidkrevende prosess. Lydopptak gir fyldig og god informasjon om dialogen mellom deltaker og forsker. På opptaket kan vi høre hvordan deltaker svarer på spørsmålene, vi får høre hvordan engasjementet deres er, om de nøler, og/eller tar pauser (Thagaard, 2018, p. 111). Det ble tatt

lite notater underveis, vi valgte å stole på lydfilene. Rollene ble byttet på slik at alle tre var innom alle oppgavene.

I intervjuene var målet vårt å være aktive lyttere, la deltaker få snakke seg ferdig før vi stilte oppfølgingsspørsmål hvis noe var uklart. Vi var opptatt av å forstå det deltaker formidlet før vi gikk videre til neste spørsmål. For oss var det viktig å ikke påvirke deltaker med våre egne erfaringer og meninger under intervjuene. Alle intervju bortsett fra det digitale startet med at deltaker signerte samtykkeskjema. Vi planla hvert intervju til 45 minutter, men de varierte i tid fra 30-60 minutt.

Av 12 intervju ble kun ett gjennomført digitalt, fordi deltakeren var på hjemmekontor. Vi mener det er en fordel å ha et deltakende intervju da vi får bedre mulighet til å observere og forstå hvordan deltaker opplever og reflekterer over sin situasjon gjennom den kontakten vi får under intervjuet.

4.2.2 Deltakere

Vi har gjennomført prosjektet ved å intervjuere ledere på flere nivå på sykehuset, totalt 12 deltakere. Vi har valgt å fokusere på ledere med personalansvar og disse er enhetsledere. Bakgrunnen for dette er at enhetsledere både må forholde seg til overordnede krav og forventninger, og har personalansvar for egen enhet. Diskusjonen vår på hvor mange deltakere vi skulle ha med i forskningen ble tatt med hensyn til tid, ressurser og det å nå et metningspunkt, som betyr at det ikke fremkom ny data som kunne tilføre nye momenter i vår forståelse (Thagaard, 2018, p. 59). Vi mener det utvalget vi har valgt, representerer et godt spekter av ledere i psykisk helsevern.

Vi valgte deltakere vi mente kunne gi oss mest hensiktsmessig informasjon for å belyse problemstillingen vår, med andre ord har vi foretatt en strategisk utvelgelse (Thagaard, 2018, p. 54). Deltakerne er fra ulike avdelinger i psykiatrisk klinikk, for på den måten å ha en bredde i deltakelsen. Det var ledere av begge kjønn, seks damer og seks menn. Det er tilfeldig at det ble en lik kjønnsfordeling, det var ikke et bevisst valg fra oss. Alle har vært i lederstilling mer enn 10 år.

Det ble sendt ut e-post med informasjon om vår forskning og om de ville delta i intervju (vedlegg 3). Alle inviterte svarte at de ville bli med. En brukte sekretær til å lage avtale, de andre sendte vi e-post med forslag til dato og tidspunkt for intervju, og vi la med samtykkeerklæring. Vår opplevelse er at det var stor vilje til å delta i intervju, utfordringen

var å finne dato og tidspunkt i en travel hverdag. Noen meldte tilbake at de ønsket å forberede seg i forkant av intervju og ba derfor om å få tilsendt spørsmålene våre. Dette diskuterte vi med vår veileder som ikke anbefalte å sende ut intervjuguide i forkant grunnet faren for strategiske svar.

På grunn av ferieavvikling fikk vi gjennomført syv intervju før ferien, og de resterende fem i løpet av august måned. Bare et av intervjuene ble gjennomført digitalt pga. hjemmekontor for deltaker. Vi opplevde ikke det problematisk. Gjennom pandemien har vi blitt godt kjent med bruk av digitale plattformer i møter, intervju og lignende. Flere av deltakerne har vært eller er kollega av oss. Dette har vi vurdert underveis hvordan det kan påvirke forskningen. Vi har valgt at de to som står lengst unna deltaker i arbeidsrelasjon har gjennomførte intervju. Vi har ikke vært helt konsekvente her, vi har gjort to unntak. Vi brukte godkjent type båndopptaker Sony. Deltaker var informert om og hadde gitt samtykke til det. Dette mener vi hadde betydning for vår tilstedeværelse og aktive lytting under intervjuet. Deltakerne ble anonymisert ved bruk av tall fra deltaker 1-12 og alle ble benevnt som «*han*».

4.2.3 Analyse av data

Når alle intervjuene var fullført og ferdig transkribert, begynte analysearbeidet. Først grovsorterte vi alle data. Deretter gjennomgikk vi intervjuene ut ifra teoretisk rammeverk som vi fordelte mellom oss. Vi grupperte alt datamaterialet hvor vi kodet ut fra vårt teoretiske rammeverk. Koding innebærer å knytte intervju spørsmål til tekst for å finne frem til for eksempel en uttalelse (Kvale & Brinkmann, 2015). På denne måten gjorde vi det mulig å systematisere under våre forskningsspørsmål og ut fra relevant teori. Vi har valgt å ta med noen sitat for å beskrive og illustrere, samt for å få frem et inntrykk av hva deltakerne formidlet gjennom ord og handling. Neste trinn var å finne frem til felles meninger og beskrivelser. I siste del av det analytiske arbeidet vekslet vi mellom våre teoretiske perspektiv og sammenlignet dette med innsamlet data.

4.2.4 Etiske dilemma

Alle forskningsprosjekt må forholde seg til de etiske aspektene ved å foreta datainnsamling og forskerne har ansvar for ikke å skade hverken individer eller organisasjoner. Før vi startet intervju prosessen fikk vi godkjenning via e-protokoll (vedlegg 2) fra forskningsavdelingen av prosjektet og intervjuguide ved vårt sykehus. Vi har også fått godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 1). Videre har klinikksjef ved psykisk helsevern og

fagdirektør godkjent deltakelse. De har gitt oss godkjenning til å gjennomføre forskningen for å innhente relevant data.

Behandling av personopplysninger er essensielt i kvalitative studier. Et prinsipp for alle forskningsprosjekt er at forskeren må ha deltakerens informerte samtykke (Thagaard, 2018, p. 22). Vi sendte e-post til deltakerne i forkant av intervju med informasjon om forskningen og forespørsel om å delta. Vedlagt var informasjonsskriv og samtykkeskjema. Vi hadde med samtykke skjema utskrift til hver deltaker, som den enkelte signerte før intervjuet startet, bortsett fra deltaker på digitalt intervju. Dette ble innhentet i forkant.

Deltaker var innforstått med hva samtykket deres innebar, og for oss ble det vurdert som frivillig deltakelse i forskningen. Vi har ikke personlige opplysninger om deltaker da det ikke har relevans for vår oppgave. Det kan være vanskelig å ivareta anonymiteten, fordi deltakerne er en avgrenset gruppe internt i sykehuset. Vi har ansvar for at ikke deltakere blir gjenkjent av andre i organisasjonen, derfor har vi laget generelle utsagn. Vi har dog tatt med sitat i forskningen som vi mener ikke avslører hvem deltakeren er. Transkribert data er oppbevart på godkjent server, samtykkeskjema og lydopptakene er oppbevart i låsbart skap, datamaterialet vil bli slettet når oppgaven er bestått. Våre drøftinger og analyser er gjennomført med utgangspunkt i transkribert utskrift fra opptak fra intervju.

Vi er opptatt av å utvise redelighet og nøyaktighet i vår presentasjon av data. Vi har vært opptatt av å oppgi kilder og ikke kopiere fra andre forfattere. I enhver forskning er målet at det er høy validitet og reliabilitet, dvs. at vi får informasjon eller data som vi kan stole på. Utfordringen kan være å ha oversikt over hvilke data som er relevant for vår problemstilling og innhente den på en pålitelig måte. Forskningsprosjektet vårt er avgrenset og vi er bevisste på at det vi studerer er en liten flik i en større virkelighet (Jacobsen, 2015, p. 22). I det følgende vil vi redegjøre for slike kvalitetsbetraktninger i forbindelse med vår studie.

4.2.5 Validitet

«Validitet knyttes til resultatene av forskningen og hvordan vi tolker data» (Thagaard, 2018, p. 189). Et viktig spørsmål blir om forskningen har målt det vi ønsket å måle. Thagaard (2018) sier at hvis resultatene av den kvalitative forskningen har som mål å gå utover det deskriptive vil analysen bli tolkninger av de fenomener vi studerer. Er de tolkninger vi har kommet frem til gyldige i forhold til den virkeligheten vi har studert? For å styrke validiteten

vil en gjennomgang av analyseprosessen være nødvendig, dette ved å stille kritiske spørsmål til hvordan en har tolket data. Silverman i Thagaard (2018, p. 18) sier at en god analyse er teoretisk refleksjon. En tekst skal ikke bare beskrive, den skal også inneholde tolkninger av fenomener vi analyserer. Hvordan vi tolker data blir preget av vår teoretiske bakgrunn. Vi er utdannet sykepleier/vernepleier, men jobber som ledere og har nå etter hvert en master i ledelse. Det vil påvirke våre tolkninger gjennom forskningen.

4.2.6 Reliabilitet

Reliabilitet er et viktig begrep i kvalitativ forskning (Jacobsen, 2015, p. 228). Reliabilitet eller pålitelighet handler om at vi som forskere redegjør for hvordan vi har gått fram i vår forskning slik at de som leser oppgaven opplever at resultatene vi presenterer er pålitelige. For at andre skal kunne gjennomføre samme forskning, er det viktig at vi beskriver de valg og refleksjoner vi har gjort underveis i forskningen vår, det vil si at de har samme betingelser. Siden vi har studert et fenomen som er så tett knyttet til første fasen i en pandemi, er det usikkert om en ny undersøkelse ville gitt akkurat de samme svarene. Dette begrunner vi med at ettersom tiden går er det sannsynlig at deltakerne husker og vektlegger noe annerledes enn på intervjuetidspunktet.

Vi har valgt å studere vår egen organisasjon. Det er fordeler og ulemper i det å studere egen organisasjon. En fordel er at det er lettere å få tilgang til deltakere, og en kjenner til språk og uformelle strukturer. En utfordring er at vi er kollega med dem vi skal intervjuer, siden vi jobber i samme klinikk. Klinikken er stor og spredt over flere lokalisasjoner, så vi har ikke nære relasjoner til dem vi har intervjuet. På den ene siden kan det være positivt at vi har en slags nærhet til deltaker, men på den andre side kan det påvirke vår tolkning av datamaterialet. I tillegg kan vi som forskere lettere forstå deltakernes virkelighet. En ulempe er at vi kan ha forutinntatte forståelser av hvordan ting er, såkalte “blinde flekker” som gjør det vanskelig å holde en “nøytral” tilnærming (Jacobsen, 2015, p. 57). Vi har ulik ledererfaring da vi har ulike typer lederstillinger. Med ulik erfaring vil vi ha større mulighet til å kunne se bredere enn om vi var fra samme arbeidssted/enhet. Vi har bevisst valgt å ikke intervjuer på enhetene vi leder. Vi mener det gir oss distanse. Det er fordeler og ulemper med valget vi har tatt, men vi mener vi vil være mindre farget av erfaringer og formeninger. Likevel kan det stilles spørsmål om vi mister viktig informasjon når vi velger bort egne enheter.

Et annet element som kan være et hinder for både gjennomførelse og analyse av datamaterialet er at vi har blitt farget av vår forforståelse (Kvale & Brinkmann, 2015). Vår forforståelse av handlingsrommet i pandemi var at ledere ikke var bevisst sitt handlingsrom og at handlingsrommet var begrenset. Det har imidlertid vært en styrke at vi har vært tre som har arbeidet sammen gjennom dette prosjektet, for å kunne stille spørsmål til hverandres holdninger og beholde et kritisk og distansert blikk.

4.2.7 Overførbarhet

Det siste aspektet vi vil diskutere er studiens gyldighet i andre situasjoner. Kvale and Brinkmann (2015) sier at en kvalitativ studie ikke er generaliserbar i *kvantitativ* forstand, men at funnene fra studien har overføringsverdi til andre case. Forståelsen av handlingsrom som dannes fra dette datasettet kan derfor ha overføringsverdi til både helsesektoren og andre sektorer som har tydelige føringer for ledelse.

5. ANALYSE OG DRØFTING

I dette kapitlet blir funnene fra intervjuene presentert og drøftet. Funnene drøftes i den rekkefølge teoriene er presentert i. Forskningsspørsmålene blir drøftet utfra teorikapitlet.

Våre data og drøftinger er disponert med utgangspunkt i fire forskningsspørsmål:

1. Hva preger lederstilen til lederne under pandemien?
2. Hva preger lederes handlingsrom i en krise?
3. Hvilke logikker blir fremtredende i ledelse i en krise?
4. Hvordan praktiserte lederne kriseledelse under pandemien?

Disse spørsmålene er egnet til å belyse vår problemstilling:

Hvordan beskriver ledere innen psykisk helsevern sitt handlingsrom og hvordan ble handlingsrommet påvirket av Covid-19 pandemien?

5.1 Forståelse av ledelse

Vårt **første forskningsspørsmål** er: *Hva preger lederstilen til lederne under pandemien?*

Lederskap

Enkelte deltakere sier noe om at de opplevde pandemien som spennende på den måten at de fikk spillerom til å tenke nytt og annerledes, samtidig som det var utfordrende å få sine medarbeidere til snu tankesettet og ikke gå inn i samme spor som tidligere. Strand (2007) beskriver at ledere kan skape seg et handlingsrom ved å forsøke ut kreative kombinasjoner av ressurser og handlemåter. Opplevelsen av ikke alltid å få konkrete beskjeder om hva du skulle gjøre, måtte tenke kreativt, og samtidig både ivareta medarbeidere, pasienter og pårørende kan være en krevende oppgave. Likevel opplevde flere av deltakerne at det var positivt å få muligheten til å tenke nytt og annerledes. Transformativ ledelse handler om å inspirere ved å skape engasjement og kommunisere forventninger (Bass, 1990). Leder må våge å ta beslutninger på uvante områder og situasjoner uten å vite hva som er rett eller galt og med hvilket utfall. Dette kom brått på og det var lite tid til å tenke og planlegge før beslutninger måtte fattes og effektueres. Deltakerne hadde forskjellige personer som de kunne rådføre seg

med. Noen hadde en assisterende avdelingsleder, mens andre ringte andre leder kolleger. Det er opplevelse av at det var lite hjelp å få fra overordnet nivå da de var like usikre og uvitende.

Det å våge å ta i bruk handlingsrommet krever mot. Det varierer hvor mye ansvar de enkelte lederne tar for å utvikle og utnytte sitt handlingsrom. Det er lettere å gjemme seg bak system og regler med mulighet for å fraskrive seg noe av ansvaret, som kan relateres som en del av en transaksjonell lederstil (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Flere deltakere uttrykte at det var muligheter for å utøve ledelse ut ifra de rammene som de hadde fått tildelt også under pandemien. Det handlet om å sikre forsvarlig drift, men i forhold til økonomi så måtte dette noen ganger brytes. Som for eksempel utvidete arbeidstider som utløser overtidsbetaling og innkjøp av nødvendig utstyr. Ut fra bl.a. NOU 1997:2 (1997) er enhetsledere ansvarlig for alt som foregår på sin enhet. Enhetsleder skal ivareta strategiske funksjoner gjennom å følge budsjett, sette felles mål for å bidra til at sykehuset på en bedre måte kan nå sine mål om et bedre pasientrettet tilbud. Dette må om nødvendig gjøres ved å initiere endringsprosesser og koordinere ressursbruken på en hensiktsmessig måte. Det som kom tydelig frem under intervjuene var at flere av deltakerne ikke har en formell lederkompetanse, men opparbeidet seg lederkompetanse gjennom erfaring som leder. Steineutvalget (NOU 1997:2, 1997) mener en formell ledelseskompentanse er et fortrinn, men ingen nødvendighet.

Deltakerne vektlegger ulike måter å utføre sitt lederskap på under pandemien. En deltaker vektlegger at han gjennom mange år som leder har bygget et samhold i personalgruppen og at han brukte dette samholdet under ledelse i pandemien. Dette kan relateres til transformativ lederstil (Bass, 1990). Han påpeker viktigheten av å finne løsninger sammen, med fokus på oppgavene og jobben som skal utføres. Å skape samhold er også en viktig oppgave for lederne (Jacobsen, 2004). Deltakerne sier noe om å være synlig til stede, være tydelig og kunne svare og gi ut informasjon. Leder viste empati og tålmodighet. Som eksempel sa flere deltakere at de ringte ansatte etter arbeidstid for å gi ut informasjon, følge opp ansatte og vise forståelse for ulike reaksjoner og følelser. Flere legger vekt på at det å delegere oppgaver var viktig under pandemien. Gjennom å delegere mye av ansvaret til sine medarbeidere, og stole på at jobben ble gjort, viste de tillit i stedet for å selv styre hele prosessen. Tillit er viktig i alt lederskap og det neste sitatet illustrerer hvordan lederne jobbet; *«og jeg overlot veldig mye til de, dette må dere finne en løsning på, dette er rammene, men det er dere som må finne løsningene»* (deltaker 1). Informasjonsflyten var viktig. Selv om lederne var usikre til tider. De rapporterte at de brukte mye av sin tid til å lese seg opp på nye rutiner og lese den

informasjon som ble sendt ut både på e-post og via intranett. «Behold roen og tenk, og tell til 10, og prøv å roe ned, og ikke minst ikke la være å svare - det har liksom vært mitt mantra» (deltaker 7). Humor og galgenhumor ble brukt som en metode for å skape samhold, fellesskapsfølelse og det å «dra i lag». Bruk av humor er et redskap som kanskje ikke får så mye/nok oppmerksomhet i ledelse.

«Sans for humor er en ferdighet som hjelper oss å mestre stress, frustrasjoner, ubehag og andre daglige problemer. Når livet blir krevende, vondt og vanskelig, kan vi bruke humor til å skape distanse. Humor øker evnen til å takle kriser, problemer og usikkerhet. Det handler ikke om at man skal fleipe bort det som er vanskelig, men se på det med et skråblikk» (Melhus, 2020).

Oppsummering

Vi stilte spørsmålet hva preger lederstilen til lederne under pandemien. Det kan se ut som at den lederstilen leder har til vanlig ble forsterket og gjeldende også under pandemien. Gjennom en transformativ ledelse ser vi at deltakerne vektla flere momenter i sitt lederskap. De var synlig tilstede, viste empati og forståelse, viste tillit og tålmodighet. Likevel hadde fåtall av våre deltakere en formell lederkompetanse og de handlet derfor mer ut fra egen erfaring som leder.

5.2 Handlingsrom

Vi vil først presentere data fra våre deltakere når det kommer til deres tolkning og vurdering av begrepet handlingsrom og ut fra sin rolle som leder. Deretter vil vi drøfte relevant teori fra teorikapittelet opp mot funnene fra intervju.

Vårt **andre forskningsspørsmål** er: *Hva preger lederes handlingsrom i en krise?*

I teori kapittelet ble handlingsrom blant annet definert som; «*hvilken påvirkningsgrad leder har på organisasjonens retning, mål og resultat*» (Espedal, 2011, p. 152). Når vi ba deltakerne beskrive sitt eget handlingsrom som leder kan vi oppsummere dette med følgende stikkord: *beslutningsmyndighet, muligheter og begrensninger til å utøve sin rolle, mulighet til å utøve ledelse og drifte utfra gitte rammer både økonomiske og personalmessige, rammevilkårene en jobber innunder, handlingsrom er alternative måter å gjøre ting på, mulighetene til å bestemme ting selv, har ressursene/økonomien du trenger*. En av deltakerne beskrev handlingsrommet slik: «*mine muligheter til å endre/gjøre ting uten å gå tre ledd*

oppover» (deltaker 10), mens en annen leder vektla dette med ulike alternativer:
«handlingsrom handler i nesten alle sammenhenger om antall alternativer som finnes»
(deltaker 12).

Deltakerne opplevde handlingsrommet sitt under pandemien til dels ulikt. Noen opplevde det uendret, noen svarte at det ble innskrenket og mindre, mens andre igjen opplevde større handlingsrom som følge av pandemien. Et fåtall av deltakerne oppga at de opplevde handlingsrommet sitt under pandemien som uendret. Som eksempel på dette ble det sagt at rammevilkårene var uendret ift. ressurser som økonomi og personell.

Av de som beskrev det innskrenket og mindre, sammenliknet med til vanlig, oppga de at de opplevde seg mer bundet og styrt. Dette i form av beskjeder og instruksjoner på hvordan ulike ting skulle utføres. En deltaker nevnte det som negativt at det var økte krav til rapportering, og det å gjøre ting på en bestemt måte. En annen deltaker trakk frem at det var forståelige begrensninger, men at det ble et redusert handlingsrom når det gjaldt undervisnings- og behandlingstilbud, både til pasienter og ansatte. Usikkerheten som en deltaker beskriver, omhandler hvordan leder skal håndtere pandemien på egen sengepost når han selv var usikker. Han bekrefter at i slike situasjoner er det da godt å få tydelige beskjeder om hva han skal foreta seg.

Deltakere opplevde også et større handlingsrom ved at ulike enheter i større grad enn til vanlig var villige til å inngå kompromiss, og ledere opplevde at de fikk større friheter. Deltakere sier at de fikk mulighet til å tenke kreativt og annerledes og dette opplevde de som positivt. De ble «tvunget» til å finne nye måter å handle på. De tenkte utenfor egen enhet og det ble utført omrokninger av sengeposter og personal, og innstillingen var løsningsorientert «dette må vi få til». En deltaker sa at han fikk økt handlingsrom når oppdraget var så tydelig og med beskjed om å løse det. Det opplevdes tillitsskapende; *«det var ingen som stilte spørsmål, lurte på hvorfor, stilte krav eller forventninger til hvordan jeg skulle løse det, bare løs det»* (deltaker 4).

En deltaker uttalte at ledelsen var like uvitende og hadde like lite kunnskaper som han hadde, derfor var det ikke så mye støtte å få fra øverste ledelsen. Flere deltakere fortalte at de jobbet svært mye i oppstarten av pandemien. Personal som ble satt i karantene, ble daglig ringt opp av sin leder for oppfølging. Mange ledere var fysisk til stede på postene og brukte mye av tiden sin i digitale møter og i telefoner. Deltakerne har noe ulik erfaring med hvordan de

opplevde den enorme informasjonsflyten som oppstod. Det ble fremhevet fra andre at sykehusledelsen kom mange ulike beskjeder, av og til utydelige, men beskrevet som gode når de var tydelige. Ved økt stress og i pressede situasjoner opplevdes det som til hjelp med klare føringer og linjer. Det ble og beskrevet et endret handlingsrom ved at tilgang, åpenhet og dialog ble større; «*på alle fronter, åpnet dører og fikk økt radius*» (deltaker 11).

Vi stilte spørsmålet tidligere i oppgaven om ledere på sykehus er bevisst på, og bruker handlingsrommet sitt. Ut fra vår analyse, kan det se ut som at deltakerne hadde en ganske lik forståelse av begrepet handlingsrom. Når vi skal belyse dette ut fra det teoretiske rammeverket, så kan det synes som at deltakernes forståelse er i tråd med en bevissthet om at handlingsrommet var alternative måter å lede på (Hutzschenreuter & Kleindienst, 2013).

Flere deltakere fikk oppdraget med å løse oppgaver knyttet til drift. Som ellers i samfunnet var det stor usikkerhet på hvordan smittesituasjonen ville utvikle seg, hvordan vi best skulle håndtere situasjonen med tanke på smitemåter, hvordan andre land håndterte situasjonen, hvor mange ville bli syke, hvilke konsekvenser ville komme og hvordan utfallet ville bli. Hutzschenreuter og Kleindienst (2013) beskriver at ledere må se hvilke valgmuligheter som finnes for deretter kunne ta stilling til hva som er akseptable alternativer for sine valg. Når leder er oppmerksom på sine valgmuligheter og har oversikt over hvilke alternativer som er akseptable står vi igjen med leders handlingsrom. Flere ledere oppga at de fikk delegert et oppdrag uten tydelig beskrivelse av hvordan det skulle løses. De fikk tidsfrister, men økonomien skulle ikke være til hindring. Var dette delegering av oppgaver som kunne løses på enhetsledernivå, var det usikkerheten på hvordan det kunne løses eller kan det være uttrykk for en ansvarsforskrivelse fra sykehusledelsen fordi de ikke visste hvordan det kunne løses? I sykehus er rammene til vanlig begrenset og dette gir føringer for handling i de fleste situasjoner med tanke på hva og hvordan ting skal utføres (Espedal & Kvitastein, 2012). Ledere opplever vanligvis en kamp om ressurser, og budsjetter kan oppleves krevende å overholde. Som ledere har vi erfaring med at ressursene som oftest er for knappe til våre oppdrag. Dette mener vi kan begrense handlingsrommet til daglig. Under pandemien fikk sykehuset tidlig signaler om at ekstra bevilgninger ville bli gitt. Det ble innført egne «koder» for innkjøp, utgifter og innleie som ble merket med «KORONA» i GAT¹. Det ble ikke stilt de

¹ ledelsesverktøy for å planlegge, utføre, kontrollere og korrigere egen virksomhet innenfor de rammer som er lagt for driften.

samme vanlige spørsmålene til hva ting ville koste. Eksempelvis ble det vurdert å kjøpe en automatisk dør til kr. 200.000 til bruk i sluse. Det ble gitt økte fullmakter og iverksettingsmuligheter for å løse oppgavene som ble pålagt som følge av pandemien.

Sykehuset som en HRO organisasjon skal både arbeide ut fra å forebygge og håndtere nye hendelser (Sutcliffe, 2011). Vi kan undre oss over om sykehuset var godt nok forberedt på pandemien. «*Jeg tror den som sier at de var forberedt på dette, den lyver*» (deltaker 11). Vi stilte spørsmål til deltakerne i hvilken grad det er mulig å være forberedt på en pandemi. Svarene sprikte. Flertallet mente at vi ikke kan være forberedt, men noen mente at vi etter denne erfaringen kan være noe mer forberedt til en annen gang, for eksempel det å etablere lager for munnbind og smittevernutstyr. Nasjonale myndigheter hadde i utgangspunktet laget oppdaterte planer for håndtering av pandemi. Sykehuset var i ferd å oppdatere eget planverk i forkant av pandemien. Nasjonal plan for pandemiplanlegging kom så sent som i 2019 (Helsedirektoratet, 2019). Likevel sier flere av deltakerne at dette planverket ikke var godt nok dekkende ift. pandemien. Å lage et planverk som dekker alle scenario, tenker vi vil være en umulig oppgave. Til det er det for mange usikkerhetsmomenter, og nye virus kan frembringe andre utfordringer enn Covid-19.

Til vanlig har sykehuset mange regler og rutiner for drift, men under pandemien ble det tydelig at ledere måtte ta beslutninger basert på usikkert grunnlag. I teorien finner vi at ledere får et større handlingsrom når ting er mer usikre (T. Strand, 2007). Denne usikkerheten var gjennomgående for hele organisasjonen. Når et oppdrag ble gitt fra sykehusledelsen, fulgte det få klare instruksjoner på hvordan løse oppdraget. De av lederne som fikk denne typen oppdrag, opplevde at de fikk stor tillit fra sykehusledelsen og med det økt handlingsrom. En av deltakerne opplevde at handlingsrommet ble mindre da de ble pålagt samdrift med annen post, dette som et resultat av fordeling av ansvar. Lawrence og Baldersheim (2014) skriver i sin teori at ledere sitt handlingsrom kan ses ut fra hvor mye autonomi lederen har uten at overordnet leder blander seg inn og kontrollerer. Ut fra våre data kan det se ut som noen fikk større autonomi, mens eksempelvis en deltaker beskrev svært begrenset autonomi.

Det ble utfordrende for noen deltakere at informasjonen som ble gitt, var uklar og massiv. Alle ledere sorterte informasjonen de fikk før den ble videresendt til sine ansatte. I begynnelsen opplevdes dette kaotisk, de ringte hverandre for å høre om andre forstod det likt. Det ble holdt nasjonale og lokale pressekonferanser. Daglige informasjonsskriv ble sendt ut fra kommunikasjonsavdelingen til alle ansatte. Dette var til god hjelp for lederne da alle fikk

den samme informasjonen som var mer avgrenset og retningsgivende. Lederne brukte sin autonomi og sitt handlingsrom for å gjøre det enklere for medarbeidere å forstå all informasjonen som ble gitt (Lawrence & Baldersheim, 2014).

I pandemien fikk alle i Norge mange nye regler å forholde seg til. Dette var også situasjonen på sykehuset. Ifølge Strand (2007) så arbeider ledere i mer problematiske områder og uten en tydelig fasit på hva som skal gjøres. For mange av deltakerne var det betryggende å få regler og tydelige beskjed på videre atferd. I sykehuset var det store endringer som ble startet med pandemien, men flertallet av våre deltakere sa likevel at de hadde muligheter for valg av løsninger. Flere så mulighetene og brukte friheten de opplevde å få, til å gjøre det beste ut av situasjonen, se gode løsninger og bruke handlingsrommet sitt klokt. Daglige pressekonferanser fra myndighetene var retningsgivende. Vi husker det ble en rutine å se på TV klokken 16:00 hver dag for å oppdateres på tilstanden i Norge. Endrede restriksjoner i samfunnet medførte også mye praktisk tilrettelegging på jobb. Det ble ulike løsninger som for eksempel overgang fra fysiske møter til digitale møter. Møtene ble kortere og mer effektive. På den andre siden mistet en fordelene med å møtes fysisk. Sykehuset hadde ikke nok digitalt utstyr til denne plutselige endringen og dette medførte store investeringer i både nytt digitalt utstyr som webkamera, konferanselyttere og nye sikrere digitale møterom. I tillegg måtte flere ha bærbare PCer. Enkelte sengeposter innførte hjemmekontor for lederne. De løste det med at leder og assisterende leder byttet på annen hver uke med hjemmekontor for å kunne ivareta drift på sengeposten hvis en ble syk. Jfr. anbefalinger om at flest mulig som kunne skulle ha hjemmekontor, samt ivareta tilstedeværelse.

Av andre nasjonale bestemmelser ble det påfølgende endringer på arbeidsplasser. Den ene uka var det 1 meter regelen, for så å endres til 2 meter og deretter tilbake til 1 meter. To av deltakerne fremhevet viktigheten av at personal får informasjon via sin leder. De pekte på det å ha leder med på beslutninger for å lettere få gjennomført endringer som flytting av poster, sammenslåing, endring av behandlingstilbud og rutiner. For å få til dette ble ledere blant annet invitert inn i beredskapsmøter. Dette tenker vi er vesentlig ut fra enhetlig ledelse hvor leder har totalansvaret for sin enhet (NOU 1997:2, 1997). Avgjørelsen å ha ledere med i de møtene kan ha bidratt til mindre motstand og konflikt hos de ansatte som ble berørt av endringene. Jacobsen and Thorsvik (2019) peker på at ved å ha med ledere så vil dette kanskje bidra til at organisasjonen når målene sine. Det å gi lederne større innsikt i beslutninger og forståelse for hvorfor endringene iverksettes, gir leder kunnskap til å videreføre beslutningen på en

tillitsvekkende måte til sitt personale. Når ledere går tilbake til sine medarbeidere for å kommunisere og videreformidle beslutninger kan dette beskrives som direkte ledelse (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Denne lederstilen kan være med å bedre samhandlingen. Dette kan ha vært med på å redusere motstanden for endringer, når de ansatte fikk forståelsen av at dette skal de håndtere sammen for å prøve å unngå smittespredning.

Vårt utgangspunkt er at ledere har handlingsrom innenfor gitte rammer. Vi tenker at ledere har muligheter for selvstendige beslutninger. Hvordan hver enkelt leder benytter seg av det, kan være knyttet opp til leders personlige og faglige trygghet, og hva han evner å utnytte av handlingsrom (Hambrick, 2007). Rommet for valg kan ha ulik praksis. Det som for noen oppleves som et krav, kan for andre ledere oppleves helt naturlig. Når det råder mye usikkerhet kan det være godt med regler og rutiner som forteller hva en skal gjøre (Espedal & Kvitastein, 2012; T. Strand, 2007). Hvis en som leder er utrygg i sin lederrolle vil det være betryggende med rutiner som forteller hva som forventes av deg. Samtidig kan det også føre til at leder blir så regelbundet at han «glemmer» å benytte seg av andre alternativer. Flere av deltakerne var opptatt av informasjonen som ble publisert hver dag, på hvordan forholde seg til Covid-19. Handlet det om at de var redd for å gå glipp av viktig informasjon, ikke få med seg de nye tiltak som skulle iverksettes, ikke være oppdatert, utrygge på hva de skulle foreta seg, redd for å gjøre feil, redd for å ikke gjøre noe eller nok?

Deltakerne fortalte om fleksibilitet ift. samdrift, de ga inntrykk av stor ansvarsfølelse. De var opptatt av å følge opp både det som helseminister Bent Høie sa, og de lokale incentiver fra sykehusledelsen. De ga uttrykk av at de var opptatt av å innrette arbeidet slik at de overordnede mål og styringskrav ble fulgt. Dersom en leder ser på seg selv som en brikke i organisasjonen, kan det oppfattes som han på en måte fraskriver seg sitt ansvar. Det kan gi et inntrykk av at han bare følger ordrer. Kan det være slik at leder selv ikke ser sitt handlingsrom, eller tørr å være bevisst på at han har valgmuligheter? Kanskje er det slik at han ikke finner handlingsrommet sitt?

Oppsummering:

Vi stilte spørsmål til hva som preger lederes handlingsrom i en krise. Deltakerne beskrev handlingsrommet sitt ulikt. Noen opplevde det uendret, noen svarte at det ble innskrenket og mindre, mens andre igjen opplevde å ha et større handlingsrom. Funnene våre viser hvordan de har brukt handlingsrommet er avhengig av personen som er i lederrollen, hans personlighet, hans faglige trygghet, medarbeidere og miljøet han er en del av. Alle våre

deltakere har gitt uttrykk for at de opplever å ha hatt handlingsrom under pandemien, men hvordan de har brukt det har vært avhengig av faktorene nevnt over. Når en leder opplever at han har handlingsrom har han samtidig et ansvar for å bruke det klokt eller best mulig.

5.3 Ledelse i lys av hybridbegrepet

Som beskrevet i kapittel 3 kan ledelse i spesialisthelsetjenesten ses ut fra ulike logikker. Disse har utviklet seg og det har oppstått uenigheter mellom de ulike logikkene. Vi vil nå drøfte våre data ut fra de tre logikkene; managementslogikk, faglig logikk, neo-byråkratisk logikk og leadership logikk.

Vårt **tredje forskningsspørsmål** er: *Hvilke logikker blir fremtredende i ledelse i en krise?*

Managementslogikk

Flere av deltakerne rapporterer at de fikk mer og mer oppgaver, og det var opp til den enkelte leder å sortere hvilke oppgaver som var viktigst å gjøre og hvilke som kunne nedprioriteres. T. Strand (2007) hevder at management handler om ledelse via styring gjennom direktivlignende påvirkning på formelle strukturer, prosedyrer og retningslinjer. Ble de formelle strukturene førende for all ledelse under pandemien? Fokus var å sikre driften av enheten etter nye og endrede rutiner. Flere overordnede saker og oppgaver ble på denne måten tilsidesatt. Flere deltakere opplevde at de hadde ubegrenset mulighet til å leie inn ekstra personellressurser. Medarbeiderne var positive til å arbeide og ville jobbe ekstra. Det var en felles opplevelse at medarbeidere «brettet opp ermene og de var positivt med», en slags «dugnadsånd». Flere deltakere antydte at desto høyere oppe i organisasjonen du satt, desto mindre kontakt har du med hva som foregår nede på gulvet. «*endringene skjedde på gulvet, tror ikke toppledelsen forstod hva det innebar*» (deltaker 1).

Det ble blant annet fokusert fra sykehusledelsen at kun pasienter med øyeblikkelig hjelp skulle prioriteres for døgninnleggelse. Likevel var det ulik forståelse for hva som omhandlet øyeblikkelig hjelp og akutt hjelp. Behandlingstilbudet til pasientene ble endret. Akuttpostene fikk mer fokus på å gi øyeblikkelig hjelp. Restriksjonene som fulgte som følge av Covid-19 førte til nye og endret behandlingstilbud. Måter å gjøre ting på som kanskje er en forbedring, men som ikke ville tvunget seg frem uten pandemien.

Flere av deltakerne sier de opplevde at avgjørelser og beslutninger som ble tatt under pandemien lettere ble akseptert. Ut fra kriseledelse og management tankegang så er det ledere

som vanligvis leder organisasjonen som også skal lede under en beredskapshendelse (Fylkesmannen i Rogaland, 2018). Dette vil kunne medføre at beslutninger blir tatt gjennom kortere prosesser og mer effektiv beslutningstaking (Boin et al., 2005).

Management logikken peker på viktigheten av økonomisk kontroll og fordelingen av ressurser (Byrkjeflot & Jespersen, 2014). Deltakerne ga en helt annen tilbakemelding. De opplevde under pandemien en unntakstilstand i forhold til dette. Under pandemien kan det se ut som om sykehusledelsen fikk en mer sentral rolle ift. styring og bestemmelse over hva som skulle gjennomføres. Ser vi dette ut fra en transaksjonell ledelse så handler dette om direkte ledelse, skape kontroll og unngå motstand (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Transaksjonell ledelse kan i mange sammenhenger ses ut fra management (Berg, 2015). Eksempelvis så ble kreftavdelingen flyttet til andre lokaler som var mindre egnet for denne pasientgruppen. Dette for å frigi enerom for å kunne ta imot pasienter som var syke med Covid-19 i disse lokalene. Avgjørelsen og gjennomføringen skjedde i løpet av kort tid, få dager. Dette har det kommet tilbakemeldinger på i en intern evaluering. Der ble det blant annet påpekt at forutsigbarhet for personalet var viktig. Dersom de måtte endre arbeidssted under pandemien var det ønskelig å bli forberedt, ikke få informasjon samme dag. Normalt ville slike endringer medføre protester og store diskusjoner blant de ansatte. Nå var det lite protester fra pasienter, pårørende og ansatte fordi Covid-19 hadde første prioritert. Det skjedde muligens så fort at alle ble litt «overrumplet» over endringen? Som en kontrast til dette sa en deltaker: *«Jeg tror at denne her, denne balansen mellom å ha prosesser og ta beslutninger, den tror jeg vi klarte ganske godt»* (deltaker 9).

Både tillitsvalgte, ledere på forskjellige nivå og fagpersoner var ukentlig med i informasjonsmøter og i drøftingsmøter når det kom til å ta beslutninger. Sykehusledelsen sier de under hele pandemien var opptatt av å trekke organisasjonen bredt med i alle avgjørelser og diskusjoner i beredskapsmøtene. Deltakerne uttrykte at de var involvert i ulik grad. Vi fikk et inntrykk av at enhetene som er fysisk lokalisert nært sykehuset var mer involvert i beslutninger enn enheter som er plassert ute i distriktet. Involveringen fra sykehusledelsen økte i takt med smittetrykket på disse enhetene. Dette mener alle er helt naturlig ift. hvor mye smittetrykket preget de.

Erfaringen fra noen deltakere var delt i synet på hvor viktig det var å bli innlemmet i driftsmessige spørsmål som ikke omhandlet sin egen enhet. Dette kan vi tolke som at ledere var opptatt av å bli inkludert når det gjelder avgjørelser som angår egen enhet. Engasjementet

beskrives mindre i forhold til andre enheter. Ledere hadde mer enn nok med å fokusere på egen enhet, mye ble snudd på hodet over natten. Deltakerne ga uttrykk for at arbeidshverdagen ikke ga rom for å prioritere deltakelse i saker som ikke angikk egen enhet.

Sykehuset har gjennomført en intern evaluering og det ble synliggjort hvor viktig mellomledere var i pandemien. Sykehusledelsen hadde fokus på å skape forutsigbarhet for alle som jobbet i organisasjonen i forhold til hvordan ting ville bli. For sykehusledelsen var det uklart i starten hvilke strukturer og hvilke medarbeidere det var riktig å spille på for å koordinere innsatsen. Det ble gjennom pandemien opprettet nye strukturer som utvidet akuttmottak i brakke og teststasjon som etter hvert ble avviklet. *«Det var en slags form for fellesskapsfølelse i situasjonen. Og så tror jeg at vi fikk til det som vi sier. Vi tok de beslutningene som var nødvendige underveis»* (deltaker 9).

Faglig logikk

Den faglige logikken tar utgangspunkt i hvordan ledelse har sitt utspring fra de ulike profesjonene som for eksempel lege og sykepleie (Byrkjeflot & Jespersen, 2014; Guldbrandsøy & Byrkjeflot, 2013). Alle deltakerne fremhevet både den støtten og viktigheten fagpersoner på smittevern hadde under pandemien. Smittevern har vært med på å gi råd til ledelsen som beslutter. Noen tenker at de har hatt beslutningsmyndighet. Det ble formidlet at både smittevern og beredskap fikk relativt brede fullmakter under pandemien. De har blitt kontaktet og har gitt klare råd og anbefalinger. Dette kan gi inntrykk av at de har hatt bestemmelsesmyndighet og ikke bare gitt råd og anbefalinger. Etter vår kjennskap til sykehusets organisering, så er smittevern organisert i stab til direktør og har ikke lederansvar med bestemmelsesmyndighet. Et eksempel på dette var da det ble spørsmål om å arrangere fagdager og/eller sommeravslutninger. Smittevernavdelingen ble kontaktet og deres anbefalinger ble tatt til etterretning av ledere. Strand (2007) sier at ledere må ha riktig/relevant kunnskap for å fatte gode og riktige beslutninger.

Det finnes ulike faglige logikker. Under pandemien kan det synes som den smittevern faglige logikken overstyrer de andre logikkene. Smittevern ble hovedfokus og tok mye av arbeidstiden til de fleste som arbeidet ved sykehuset. Nødvendig helsehjelp til pasientene ble ivaretatt. Tilbudet til pasientene ble besluttet basert på ulike verdier ut fra smitte og smittevern (Byrkjeflot & Jespersen, 2014). Planlagt behandling og poliklinisk drift ble satt på vent i en periode til forrang for øyeblikkelig hjelp behandling. Arbeidsoppgavene til ledere

som det å utvikle visjoner, strategier, fagdager og levere resultater kom i annen rekke på grunn av smitten, men personalansvaret fikk om mulig enda mer fokus nå enn ellers (Bovaird & Loeffler, 2003). Det var en felles opplevelse at smittehensyn gikk foran vanlige behandlingsforløp. Målet fra sykehusledelsen var å sikre at smitte ikke ble importert til sykehuset, eller det som kunne representere en risiko for sårbare pasienter og medarbeidere. Pasienter måtte skrives ut på kort tid for å frigjøre sengeplasser til øyeblikkelig hjelp og pasienter med eventuell smitte.

En deltaker fortalte at det var vanskelig å skrive ut pasienter for å frigjøre sengeplasser. Han sa de handlet på automatikk etter å ha fått beskjed om å skrive ut pasienter. «*Vi skrev ut uten å tenke oss så mye om*» (deltaker 2). I ettertid har de reflektert over hvor opprivende den situasjonen var, da en pasient stod med koffert i hånden og gråt på grunn av utskrivelse mot egen vilje/ønske. Flere pasienter reagerte negativt, med redsel og engstelse. Andre pasienter skrev seg selv ut frivillig da de ønsket å isolere seg hjemme. De ga uttrykk for at de var redde for å bli smittet hvis de ble værende på sykehuset. Denne redselen og utryggheten var forståelig, da sykehuset gjorde seg klar for innrykk av Covid-19 pasienter. Det ble problematisert i media om økende smittetall, antall intensivsenger i bruk, respiratorer tilgang, mangel på sykepleiere og hvordan smitten økte utenfor vårt land. Faren for smitte ved å være sosial, gå i butikken, og å ta bussen fikk folk flest med seg. Befolkningen i Norge forstod alvoret og smittehensyn ble derfor førende for hele samfunnet.

Neo-byråkratisk logikk

I en pandemi blir det økt fokus på rutiner og retningslinjer og få dette kommunisert ut til medarbeidere. Det ble utarbeidet nye rutiner og prosedyrer som ble førende for drift. I denne logikken foregår styringen ved hjelp av administrative midler hvor mye av lederansvaret flyttes fra leder til andre nivåer (Guldbrandsøy & Byrkjeflot, 2013). En gruppe fikk omdisponerte oppgaver med å kontrollere at alle enhetene fulgte smitterutiner og prosedyrer. De kontrollerte om avstandsregel ble overholdt, bruk av engangskopper osv. Internt ble de kalt «smittepoliti». De kom f.eks. med forslag til enheter som spilte yatzy at hver spiller skulle ha eget terningssett. Etter bruk måtte terningene desinfiseres. En deltaker fortalte at han brukte tid på å markere meteren i sin enhet. Han og en annen kollega krøp på gulvet med en teip og målte opp nøyaktig avstand. En annen fortalte at han gikk til innkjøp av metermål for å markere på møterom riktig avstand så det ikke ble mer enn anbefalt antall i rommet

samtidig. Alle husker kanskje helseministeren på pressekonferanse som stod på podiet med metermål i hånden? Med dette ble meteren et begrep som hele samfunnet måtte forholde seg til.

Enkelte deltakere kommenterte at det var mange nye prosedyrer å sette seg inn, hele tiden, og når en hadde fått satt seg inn i nye rutinene så ble de plutselig endret. Flere deltakere rapporterte at de opplevde at endringsprosessen ble endret under pandemien. Prosessene ble kortet inn, det ble tatt kjappe avgjørelser. Flere av avgjørelsene ble tatt fra sykehusledelsen og informert ned i organisasjonen. Dette ble formidlet blant annet gjennom hyppige beredskapsmøter, daglige e-poster og endrete rutiner. Flere av deltakerne nevnte at de gikk vel strengt ut og strammet ytterligere inn på regler enn anbefalingene strengt tatt nødvendig. Den neo-byråkratiske logikken hadde sitt utspring i en politisk logikk, der lik fordeling av goder og med krav om rapportering og dokumentasjon. Vår antakelse etter intervjuene var at under pandemien så var det ingen lik fordeling mellom godene. Der hvor behovet var størst ble godene fordelt først.

Leadership logikk

Ifølge leadership logikken så skal ledere motivere sine ansatte med å gå foran som et godt eksempel (Berg, 2015). En deltaker sier at det er viktig å trekke sine medarbeidere inn i alle beslutninger. Ingen liker å bli pålagt oppgaver uten å være med i prosessen. Han så dermed stor viktighet av å inkludere medarbeidere inn i planleggingen. Andre deltakere opplevde at de ikke fikk delta i avgjørelser og at det var en opplevelse blant medarbeiderne at de fikk beslutninger tredd nedover hodet. Krisen ga en forsterket opplevelse av viktigheten av å inkludere de ansatte i beslutningene. En deltaker valgte å «alltid svare» personalet, dette for å best mulig måte håndtere ulike reaksjoner blant personalgruppen. Han opplevde at stemningen innimellom nærmest ble «panikkartet», da ble leders fokus å beholde roen, for å best mulig klare betrygge og roe ned de av de ansatte som reagerte med frykt.

Oppsummering:

Vi stilte spørsmål til hvilke logikker som ble fremtredende for deltakerne. Ut fra management logikken så ser vi at det var lite motstand blant de ansatte når driftsmessige beslutninger skulle vedtas. Med den neo-byråkratiske logikken så ble regler og retningslinjer viktig for all

drift. Leadership logikken viser at ledere tok med seg sine medarbeidere i avgjørelser. Vår forståelse er at det er den faglige logikken som ble mest styrende og dominerende under pandemien. Smitte og smittevern ble styrende for all drift. Ledere måtte legge om driften slik at smittehensyn ble ivaretatt.

5.4 Ledelse i lys av kriseledelse

Vi har delt kapittelet etter Boin m.fl. (2005) sine fem kritiske oppgaver; *å anerkjenne krisen, beslutningstaking, skape mening, avslutning og læring*. Vi presenterer først data under punktene og går videre på drøfting i lys av teori.

Vårt **fjerde forskningsspørsmål** er: *Hvordan praktiserte lederne kriseledelse under pandemien?*

Å anerkjenne krisen

Data:

I slutten av 2019 jobbet avdeling for beredskap og smittevern med å oppdatere smittevernveileder for pandemisk influensa basert på erfaringene etter svineinfluensaen med utgangspunkt i nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa (Helsedirektoratet, 2019; Regjeringen, 2014). Denne ble ikke ferdigstilt før pandemien slo til. Arbeidet med å lage planer for hvordan sykehuset skulle håndtere pandemien ble igangsatt. Situasjonen økte raskt i alvorlighetsgrad, og da sykehuset ble satt i beredskap sa en deltaker at det opplevdes litt som en lettelse, selv om det samtidig var enormt krevende fordi situasjonen endret seg mye fra dag til dag. Da beredskapsledelsen var etablert, «*agerte vi på den måten vi er vant med når det skjer en hendelse*» (deltaker 8). Virusene fra Kina førte til at mange prosesser ble satt i gang. Vi hadde hørt om et virus fra Wuhan provinsen, men utbredelsen og hvilke konsekvenser det skulle få for verden, forsto vi ikke. Noen leste signaler tidlig og forsto at det var alvorlige ting på gang, andre var mer tilbaketrukket, og tenkte at det går nok over i likeste laget.

De ulike deltakerne har forskjellig opplevelse av den tidlige fasen av pandemien. En deltaker minnes at en ansatt hadde begynt å lese seg opp og sette seg inn i utviklingen av viruset allerede i desember 2019. Deltakeren husket at de humret og lo av dette på personalrommet. Flere deltakere regnet med at dette ville gå fort over. Det ble innført avstandsregler, antall personer som kunne sitte i samme møterom, vasking og desinfisering av både hender og

overflater, e-læringsprogrammer om håndhygiene, smitteverntiltak og innføring av hvite sykehusklær på hele sykehuset.

Personal måtte ut i karantene enten for at de selv hadde vært på reise i områder med smitte, de var nærkontakter med andre som hadde vært ute og reist, eller var smittet. Flere deltakere forteller at det ganske tidlig kom smitte inn på sengepost enten via egne ansatte eller pasienter. Sengeposter på sykehuset måtte stenges, og andre poster måtte rigges om til å være smittepost. Det var stor usikkerhet ift. både smitemåte og alvorlighetsgraden. Mat ble kastet og utstyr ble nøye rengjort. Pasienter ble på kort varsel skrevet ut for å frigjøre plass for pasienter som var i større behov for innleggelse, eller smittede. Felles for de fleste var at det var vanskelig å få tak i smittevernutstyr til bruk på sengepostene.

Drøfting:

Statsministeren sin tale viser at myndighetene tok dette på alvor. Tiltakene som ble introdusert fikk konsekvenser for hele landet. Alle måtte forholde seg til nye regler, da var det liten tvil om at det var alvor. Diskusjon om tiltakene skulle blitt iverksatt tidligere er ikke vårt mandat. Vi peker på at det var stor usikkerhet, i tiden frem til 12.mars 2020. Tegnene på en kommende krise vokste seg større dag for dag. Denne datoen har brent seg fast hos mange som starten på korona-pandemien. Med denne kriseerklæringen viser statsministeren samtidig at de har tiltak for å håndtere krisen. Norge tok tidlig grep da pandemien ble erklært av WHO. På denne måten kan vi si at Norge var tidlig ute med å vurdere trusselen og anerkjenne krisen (Boin et al., 2005).

I sykehuset hadde både smittevern- og beredskapsavdelingen fanget opp signaler på hva som var i ferd med å skje. 11.mars 2020 erklærte WHO virusutbruddet for en pandemi, Norge stengte ned 12.mars. Da viruset spredte seg ble det sendt ut informasjon fra FHI og Helsedirektoratet. Informasjonen var vanskelig å tolke, og det var uklart hvordan sykehuset skulle forholde seg til den tidlige informasjonen. Ganske tidlig i fasen gikk sykehusledelsen sammen med smittevern ut i media og informerte befolkningen om at sykehuset forberedte seg til mulig smitteutbrudd. Det er viktig med tidlig kommunikasjon ut mot befolkningen for å skape trygghet (Boin et al., 2013). Allerede i månedsskiftet januar/februar hadde sykehusledelsen ukentlig gjennomgang av smittevern og beredskap som gjaldt utviklingen i Europa. FHI inviterte tidlig i mars måned mange sentrale personer som arbeider med

smittevern til stor konferanse i Oslo. Denne var først planlagt som fysisk samling, men ble omgjort til en digital samling. Under samlingen ble det vist et intervju med en lege i Italia hvor han tryglet Norge om å forberede seg på det som han omtalte som «krigstilstander» (Huuse, Christiansen, & Grytøyr, 2020). Innslaget refererte til håndteringen av pandemien i Italia hvor svært mange døde. Dette innslaget ble kjent på alle nasjonale nyhetskanaler.

For at ledere skal anerkjenne krisen må de ha en forståelse for hva trusselen handler om (Boin et al., 2005). Statsministerens tale ved nedstengningen var sterke ord fra landets leder, og folk var opptatt av hva denne trusselen som hang over oss kunne medføre. Samtidig kan uttalelsen fra pressekonferansen oppleves skremmende. Svingningene i R-tallet² ble vi stadig oppdatert på. I vårt naboland Sverige, som vi ofte sammenligner oss med, var det lege/statsepidemiolog Anders Tegnell som styrte krisehåndteringen. Regjeringen i Sverige var ikke like involvert som i Norge. Sverige hadde også en annen strategi enn Norge ved at de valgte å gå for flokkimmunitet. Dette medførte at landet ikke stengte ned eller hadde andre strengere restriksjoner. Ser vi til USA og daværende president Donald Trump og hans formidling så bar den preg av oppildning og var mindre faktaorientert. Et eksempel på dette var da Trump under en pressebrief foreslo at man kunne sprøyte inn desinfiserende middel i kroppen som en slags «vask» for å bli kvitt Covid-19. Dersom lederen ikke klarer å kommunisere empatisk og fremstå som trygg leder med oversikt og struktur kan det føre til mer utrygghet (Bjelland et al., 2018; Boin et al., 2013). Sykehuset startet tidlig med daglige pressekonferanser hvor både administrerende direktør og fagpersoner deltok. Disse konferansene ble lagt ut på internett slik at alle kunne få dem med seg. Det ble også uttrykt usikkerhet om situasjonen, men en tydelighet i at de fulgte med på utviklingen. Dette opplevdes betryggende for befolkningen. Vi opplevde denne fremstillingen av fakta som preget av ro og tydelig ledelse.

² R står for reproduksjonstall, og viser hvor mange personer én person med koronasmitte smitter videre. Hvis R=1, vil hver smittede person i snitt smitte én annen person.

Beslutningstaking

Data:

Alle deltakere fortalte at fokuset ble endret. Fra mars var det klart at nå var det dette som var viktig, alle måtte være med å bidra i en dugnad. All elektiv virksomhet og poliklinisk drift ble endret, alle brettet opp ermene og skulle på en måte bare jobbe med koronahåndteringen. En deltaker uttalte at «*en fant på ting som vi sikkert bare gjør i krig og pandemi*» (deltaker 11). Det var omrokering av sengeposter og personal, og innstillingen var løsningsorientert og at dette må vi få til. Hva var alternativet?

«Men måter de tar beslutninger på blir annerledes, sånn at beslutningslinjene blir kortere og raskere og mer effektivt gjennomført» (deltaker 8)

«Jeg føler nesten at jeg har blitt druknet i mail. Det kom mye beskjeder om nye retningslinjer, og oppdateringer. Det har vært litt vanskelig å sortere ut. Ta inn og få det ut igjen. Hvordan skal vi bruke dette her? Jeg synes det har vært så mye» (deltaker 2)

Det kom daglig informasjon om nye retningslinjer, hvordan de skulle håndteres kunne tolkes, og ledere ga uttrykk for usikkerhet rundt det. De kontaktet andre ledere for å samsnakke for å se om de forstod det likt. Som en sa; «*når du er usikker selv, og aldri vært oppe i det før, da har det egentlig vært litt godt å få litt tydeligere beskjeder*» (deltaker 2).

Noe av det første som ble gjort var å se på hvilke personal som kunne være på jobb, og hvem som måtte hjem i karantene. Det ble ikke stilt spørsmål til hvor mye personal som var på jobb. Ledere fortalte om plutselige endringer der hele posten måtte gå i karantene. Flere satt i karantene fordi de ble ansett som nærkontakt med en som var smittet, men de var ikke syke. En deltaker sa det var ganske krevende med så mange i karantene på et såpass tynt grunnlag, «*det skulle ingenting til før en ble satt i karantene*» (deltaker 9). Personal som ble sendt hjem, var i karantene, eller var syke, ble daglig kontaktet av leder på telefon. Noen opplevde den telefonen som dagens høydepunkt. Andre har i etterkant sagt at det var greit med telefon fra leder, men ettersom dagene gikk og det var ikke noe nytt å rapportere, opplevdes det slitsomt for begge parter. Enkelte sengeposter måtte rigge seg for mottak av pasienter, som ikke kunne skrives ut til hjemmet. Samdrift mellom to avdelinger ble etablert, der den ene fikk oppgaven med mottak av pasienter, og den andre tok imot pasienter som ikke var avklart om de hadde Covid-19 smitte. Det krevde mye personale, mye overtid med lange vakter, og personale som ikke kjente hverandre jobbet tett sammen. Dette bød på utfordringer for eksempel med håndtering og skjerming av utagerende pasienter.

Mangelen på utstyr rammet også psykiatrisk klinikk. Det var nødvendig å skaffe en ekstra metalldetektor ved den ene posten for å forhindre at det kom våpen og kniver inn i posten. Utstyr ble lånt mellom enheter, mens noe utstyr kom tilsendt fra andre sykehus. Det var anskaffelse av smitteutstyr, og opplæring i bruk av det.

«Husker det var snakk om å ha noen knagger å henge frakkene på, og vi fikk ikke tak i knagger, så jeg sa skru i en spiker da, eller en skrue, skru i en skrue. Vi begynner jo ikke å lete etter knagger da. Vi må jo ha det vi trenger, da blir det en skrue i veggen. Da gjorde de det. Alle gjorde jo det som de normalt sett ikke ville gjort. Straks jeg spurte. Brøt alt som hadde med normale retningslinjer å gjøre, for å få det på plass» (deltaker 1).

En deltaker uttalte at det nærmest ble «litt panikkartet» hvordan personal ble opptatt av smitte. De ga uttrykk for at de var redd for å bli smittet. Personal ble opptatt av hva andre gjorde, hvem som gjorde hva, og om det var lov. Det kom mange spørsmål, og leder brukte mye tid på å trygge. Personalet etterspurte informasjon til tross for all informasjonen som ble gitt. En deltaker opplevde det vanskelig med spørsmål fordi han ikke visste så mye mer selv. En annen deltaker understreket at som leder handler det om å være trygg i akutte situasjoner. Alle hadde en opplevelse av at det hastet å få gjort noe. Det var få diskusjoner som handlet om uenighet eller manglende tillit. *«Alt handlet om å samle og koordinere kreftene» (deltaker 9).*

Drøfting:

Engen (2016) påpeker at en krise består av flere faser og foregår i en sirkulær prosess. I den første fasen av prosessen kaller han dette for den akutte krisefasen eller responsfasen. Her er det viktig at ledere handler og tar beslutninger. I følge Boin (2013) er det mange viktige beslutninger som skal tas i en krise, ofte gjøres de raskt, og blir tatt med stor grad av usikkerhet. Gjerne med manglende bakgrunnskunnskap der en ikke har hatt tid til å gjøre de store utgreiingene og drøftingene som en normalt ville gjort før en avgjørelse. For at de riktige avgjørelsene skal bli tatt må ledere kunne samarbeide med de rette personene for å få konstruktive tilbakemeldinger for å lette gjennomføringene.

Hvordan vil fortsettelsen bli når Covid-19 ikke lenger er aktuelt? Vil sykehuset opprettholde denne prioriteringen eller går det tilbake til gamle «rutiner»? Vil dette medføre at sengeposter blir fylt opp med pasienter som egentlig kunne klart seg hjemme og ikke trenger spesialisthelsetjeneste? Er det en økonomisk vinning i å ha høy beleggsprosent fremfor å gå

med lavt belegg? Bjelland (2018) peker på at god situasjonsforståelse, ressursoversikt og evne til å fatte beslutninger er nødvendig for effektiv kriseledelse. Det var en betydelig nedgang i innleggelser i klinikken. Klinikken hadde mye ledig sengekapasitet, likevel uteble pasientene. Noen som fikk tilbud om innleggelse takket nei i frykt for å bli smittet. Den generelle utstyrsmangelen preget klinikken i stor grad. En deltaker valgte å omgå ledelseslinjen, han beskriver at han bare møtte opp for å sikre seg smittevernutstyr til egen post. Ledere og tillitsvalgte er til vanlig opptatt av helsefremmende turnus, men dette var ikke tema nå - de måtte gjøre det de måtte. Ansatte måtte være på jobb. På posten som ble omgjort til smittepost jobbet personalet ut over normert arbeidstid. Leder fikk frie tøyler til å ta beslutninger for å sikre driften av sengeposten. Personalet strakk seg langt for å delta og opprettholde forsvarlig pasientbehandling. De var også redde for å bli smittet, men så at det var behov for dem og tok ansvar. Et paradoks var at myndighetene anbefalte hjemmekontor for flest mulig. Dette var ikke et alternativ for personal i pasientkontakt da det var nødvendig å være til stede fysisk på jobb. Når smittesituasjonen var uavklart ble det på et tidspunkt vurdert og drøftet hvem som kunne tåle smitten best. Dette var delvis en konsekvens av mangel på smittevernutstyr på sykehuset, og en av de tøffeste beslutningene en som leder tok. Det er ikke vanskelig å forstå at dette var en vanskelig avgjørelse å ta med å «spille rulett» med folks helse. Hvem kan påta seg et slikt ansvar over hvem som kan «tåle» å bli syke? Hvordan ville medieoppslagene blitt? Hvordan ville pårørende ha reagert på et slikt utfall? Hvordan ville sykehusledelsen håndtert denne kritikken? En deltaker hadde en refleksjon om statsminister Winston Churchills lederskap under andre verdenskrig. «*En utrolig leder i krig, men elendig i fred*» (deltaker 9). Deltakeren tok dette som et eksempel på at pandemien også krevde andre lederegenskaper enn i en normal hverdag. Pandemien krevde all oppmerksomhet og at han var på 24/7. Livet og hverdagen gikk i dvale, men sykehuset gikk i 100.

Sengeposter ble slått sammen i samdrift, med tydelig arbeidsfordeling og ansvar. Under kriseledelse så vil lederne sine oppgaver endres og samhandling med andre er viktig (Braut et al., 2012). Til vanlig er det diskusjoner og uenighet i arbeidsfordelingen mellom poster. Dette ble nå et ikke-tema. Samarbeidet ble beskrevet som bra i denne fasen. Det ble ikke lenger slik at de satt på «hver sin tue» og kjempet for bare sin post. Ledelse på tvers av avdelingene/samdrift. Flere deltakere poengterte at gamle vedvarende konflikter og uenigheter ble lagt vekk/mindre viktige. Det ble nødvendig å fokusere på løsninger og se utover egen enhet. Lederne måtte ha mer fokus på «her og nå», og flere inngikk i

beredskapsgruppe. Ledergruppen hadde egen beredskapsgruppe som hadde styrende funksjon og opptil tre møter per dag i starten.

I krisen antar vi at det vil være viktig med tydelig ledelse og en tilstedeværende leder. Det ble tydeliggjort at de ansatte ønsker informasjon fra sin nærmeste leder, og hvor viktig denne er.

«Jeg vil tro at dette å ha ledere med seg fremover, at de skjønner viktigheten av egen rolle i ivaretagelsen av medarbeidere og verdien av informasjon, hvordan den innrettes. Jeg tror ikke at ledere i dette sykehuset har vært nonchalante ift. ledelse tidligere heller. Noe av det som har vært tilbakemeldingen etter første fase, en type evaluering av det, det har vært ledere som har sagt noe om det ekstreme ansvaret de kjente på i denne opptrappingen av pandemien og vært utrolig fortvilet over mangel på handlingsrom» (deltaker 12).

Flere deltakere nevner at samdriften mellom sengeposter i oppstartfasen var spennende og lærerikt. Ledelsen på de ulike enhetene stod mer sammen, det ble beskrevet som en mer sammensveiset ledelse. En enhet måtte flyttes. Det er ikke noe som vanligvis gjøres uten at det blir drøftet, risikovurdert og tatt en skikkelig vurdering på, men nå var situasjonen slik at en bare måtte gjøre det. Samdrift, omrokking av sengeposter, flytting av personal og måten utfordringene ble løst på, var helt nødvendig i denne situasjonen. Det var en del diskusjoner om hvordan det skulle gjøres, hvem skal være pandemipost, og hvem gjør hva? Folk ville forskjellige ting. En deltaker sa at balansen mellom å ha prosesser og ta beslutninger, den klarte de ganske godt. En deltaker fortalte om en personalgruppe som var veldig omstillingsdyktig og god på endringer, men mente at dette ble litt voldsomt. *«Etter samdrift skulle personal fra en annen post ta imot pasienten, og vi skal gjøre drittjobben, vi skal fikse resten» (deltaker 10).*

I klinikk psykisk helsevern blir det jobbet ut fra et miljøterapeutisk behandlingstiltak som innebærer kursing og opplæring i møte med pasienter med aggresjonsproblematikk (MAP). Dette er obligatorisk, hver enkelt enhet skal trene på dette og skal ha faste tidspunkt for trening. Relasjon og trygghet mellom ansatte er viktig for håndtering av truende pasienter og potensielt farlige situasjoner. Når personal ikke kjenner hverandre så er dette med å skape usikkerhet både for personal og pasienter. Beslutningen om sammenslåing av sengeposter var ikke blitt risikovurdert med tanke på denne problematikken.

Kriseledelse medførte at mye skulle ordnes på kort tid, og det ble lange arbeidsdager. Flere av deltakerne fortalte at de måtte være med å finne praktiske løsninger og gjøre oppgaver som de

ikke hadde trodd de ville måtte komme til å være med på. Det ble også viktig å ordne mye på detaljnivå. Dette var viktig for å ivareta de ansatte, og på den måten bidra til en større opplevelse av noe kontroll på situasjonen. Som følge av Covid-19 situasjonen måtte også en del personal på sengepostene flyttes fra en enhet til en annen for å sikre forsvarlig drift, og ta høyde for smittesituasjonen.

Flere av deltakerne sa at det allerede var godt samhold i personalgruppen, og mente at dette var en klar fordel for å håndtere situasjonen da pandemien oppstod. Dette siden det ble nødvendig å tenke annerledes, og fokus måtte endres. Eksempelet som går igjen er at antall liggedøgn sank, og at det ved flere sengeposter var færre pasienter innlagt enn det som hadde vært vanlig frem til før pandemien.

Til forskjell fra vanlig ledelse, så ble en del av kriseledelsen å organisere, få til kjøpe endringer og få praktiske løsninger på plass. Dette kan ses ut fra ansvarsprinsippet hvor faglige beslutninger bør vedtas etter samme organisering som i en normal situasjon (Fylkesmannen i Rogaland, 2018). Opplæringsbehov og gjennomføring måtte gå raskt og det måtte samkjøres mer mellom enheter og nivåer. Det var og en oppfatning av at det var større aksept for kompromiss, at en ikke nødvendigvis klarte finne de beste løsningene, men «godt nok». «Oppskriften blir til mens vi går, men du må ta avgjørelser der og da» (deltaker 11). De som jobbet med smittevern på sykehuset bidro med å være tilgjengelige for drøfting og diskusjon. Alle har fremholdt kommunikasjon som viktig, både internt og eksternt. Flere av deltakerne har fremhevet viktigheten av å stå samlet også med kommunene. Dette ble begrunnet med å nå ut til hele befolkningen.

Skape mening

Data:

Sykehuset var et av de første i landet som fikk påvist Covid-19 viruset. En føde- og barselpost ble hardt rammet. Noen jordmødre som hadde vært i Sveits eller Østerrike testet positivt på Covid-19. Psykiatrisk klinikk fikk også påvist smitte. Allerede 13.mars ble det etablert en karantenepost. En sengepost som skulle ivareta pasienter som hadde potensiell smitte, eller vært i kontakt med personal som testet positivt.

«Du fikk egentlig ganske frie tøyler. Du fikk egentlig bare oppgaver til å løse. Det var ikke snakk om at ting kanskje kostet for mye, de måtte jo bare på plass. Så handlingsrommet økte på den måten. Vi hadde egentlig ganske frie tøyler, til å finne de beste løsningene selv» (deltaker 4).

En deltaker mente at ledelsen over han hadde like lite kunnskap om hvordan håndtere dette som han. Han sa at råd fra smittevern var kjærkomment, samtidig opplevde de at smittevernsrutiner fra somatisk avdeling ikke var like gjennomførbare på psykiatrisk avdeling. De fikk hjelp av smittevernsavdelingen til å se på muligheten for å lage sluse inn til en sengepost, men det ble veldig opp til de selv å finne de beste løsningene. En deltaker opplevde at psykiatrien stod i andre rekke når det kom til smittevern og smittevernsutstyr. Han tenkte det var fordi sykehuset generelt manglet smittevernutstyr. Da smitten ble påvist i psykiatrisk klinikk ble de raskt prioritert på tilgjengelig utstyr. Å ha oversikt i en så usikker og stadig omskiftende situasjon ble nokså umulig.

«du klarer ikke si ting nok ganger egentlig og du må repetere selv om det er ting du skulle tro var innlysende fordi du har sagt det 10 ganger tidligere, så må du si det enda en gang for at folk skal få det med seg. Det er jo ikke av vond vilje, men det er jo litt sånn at folk står oppi en sånn krise så er det ikke alltid ny informasjon går inn og blir værende» (deltaker 4).

Han presiserte at personal som går i store stillinger holder seg mer oppdatert og følger med på e-post enn de i mindre stillinger/ansettelsesforhold. Viktig informasjon ble skrevet ut og lagt frem, for å sikre at alle fikk det med seg, spesielt i forhold til diverse smittevernprosedyrer. Dersom det ble lagt ut et nytt e-læringskurs ble alle oppfordret til å gjennomgå det. Kommunikasjonsavdelingen har jobbet mye med å sikre at statusbrev blir kommunisert ut til alle medarbeidere etter beredskapsmøtene.

Drøfting:

Hvordan kan ledere skape trygghet i en så usikker tid? Ledere vektla å være tilstede på sengepostene både for å være synlige, men også for å kunne trygge personalet. En deltaker fortalte at han vektla å være mer med personalet ute i miljøet. Han mente at hans tilstedeværelse ga mer trygghet for personalet og at de opplevde å bli sett og hørt. Flere deltakere fortalte at de brukte store deler av tiden sin til å ringe personal i karantene. Dette for å oppdatere og ivareta. Boin (2013) vektlegger for at ledere skal kunne ivareta personalet under krisen er det viktig at de skaper en trygghet og forutsigbarhet med å kommunisere på en empatisk og troverdig måte. Informasjonen som ble gitt var til tider sprikende og endret seg hele tiden. Var informasjonsbehovet til personalet et uttrykk for økt trygghetsbehov og at de ville ha bekreftelse på at det går bra?

Alle deltakerne har beskrevet en enorm økning i møtevirksomhet. Dette var nødvendig som del av kriseledelsen for å blant annet forsøke å samkjøre og i det hele tatt håndtere følgene av pandemien. Dette var også trygghetsskapende for lederne da de ble tatt med i beslutninger og fikk informasjon. En deltaker beskrev det som å samkjøre for å skape forutsigbarhet.

Kommunikasjon fremholdes som svært viktig under krisen, for å få de ansatte med og for å ivareta. Personal trengte mye svar på spørsmål vedrørende pandemien. Deltakerne måtte hele tiden holde seg oppdatert, videreformidle sortere informasjon og iverksette planer. Det var vanskelig å holde dette oppdatert, og det var mye dobbeltarbeid. Lederne måtte oppfordre og minne ansatte på å følge med på informasjonen som ble gitt. Noen måtte ha samme informasjon flere ganger. Dette var viktig både for å sikre at alle ansatte fikk nødvendig informasjon, men også fordi deltakerne erfarte at det tok tid «før det gikk inn». HMS avdelingen på sykehuset utarbeidet en pandemiperm med gjeldende rutiner og prosedyrer. Denne var det vanskelig å holde oppdatert da rutinene stadig ble endret. Etter hvert ble dette omgjort til en digital Covid-19 håndbok.

Personalloppfølging ble en viktig oppgave for ledere under pandemien. De som satt i karantene, ble oppringt og noen fortalte at dette var dagens høydepunkt og eneste sosiale kontakten de hadde i løpet av dagen. Mye av tiden gikk til å se på serier og Netflix. Personal har ulike behov for oppfølging i en krise og dette må leder være bevisst på (Assmann, 2020).

Avslutning

Data:

Noen sengeposter fikk endret driften sin og inngikk i samdrift. Dette beskrev involverte deltakere som utfordrende ved at de jobbet ulikt på de forskjellige postene. De måtte i den perioden fordele personalet, de ansatte kom med tilbakemeldinger på hva de synes fungerte og hva som ikke fungerte. Denne erfaringen ble brukt til å evaluere alt som ble gjort fra starten både ift. pasientbehandling, hvordan smittevernet hadde fungert for å nevne noe. Flere har nevnt dette med en «ny normal»; arbeidssituasjon, smittesituasjon osv. Det vil ikke bli helt som før pandemien. Spesielt en deltaker gjorde et nummer utav de positive endringene som fulgte som følge av pandemien. De prøvde ut nye behandlingstilbud til pasientene, de ble «*tvungne til å tenke nytt*» (deltaker 7) og erfarte dette som hensiktsmessig. Med få unntak opplevde deltakerne økt arbeidsmengde. Deltakerne opplevde at det var lettere å få aksept for økt ressursbruk.

«Hvis en da tenker økonomi, så er det helt klart at i pandemien så kom det veldig tidlig beskjed om at spesialisthelsetjenesten ville få dekket utgiftene sine. Det gjorde noe med handlingsrommet» (deltaker 12).

På vei tilbake til vanlig drift var det desto vanskeligere å trappe ned det en hadde bygget opp. Nå skulle de tilbake til normal drift og ressursene som var tilført skulle tilbakeføres. Det var vanskelig å gi slipp på den tryggheten de hadde fått med økte ressurser. Ting som tidligere hadde blitt lagt til sides måtte gjenopptas. Gamle uenighet og konflikter som hadde blitt lagt til side i starten av pandemien, blusset opp igjen. Et klart tegn på normalisering.

Drøfting:

Ut fra Engen (2016) sitt kriseforløp så er det viktig at ledere klarer å gjenopprette og gå tilbake til normalen. Etter hvert kom det tilbud om vaksine til alle ansatte i prioritert rekkefølge. Det ble presisert at vaksinen var frivillig, men sterkt anbefalt. Ledere ble bedt om å lage en prioritert rekkefølge på sine ansatte noe som likevel ikke ble tatt hensyn til da vaksineringsen startet. I første omgang var det begrenset antall vaksinedoser. Vaksineringsen var et ledd i å komme tilbake til normalen. Noen få medarbeidere reserverte seg mot vaksinen av ulike årsaker f.eks. graviditet og vaksineskepsis.

Beslutningslinjene ble i starten av pandemien beskrevet som kortere, raskere og mer effektivt gjennomført, noe som er bra i en akutt situasjon. Dette ble det stilt mer kritiske spørsmål til etter hvert, hvor skal slike beslutninger tas? På vei tilbake til normalen, gikk en igjen mer tilbake til ordinær organisering og beslutningstaking. Etter påske 2020 informerte helseministeren at nå skal sykehusene tilbake til normal drift. Dette medførte at planlagte behandlinger som var utsatt skulle gjenopptas og poliklinikkene kunne igjen ta imot pasienter. Møtevirksomheten ble på vei tilbake til normalen, igjen gjennomført mer ansikt til ansikt. Noe som fremheves som en positiv faktor for dynamikken i møtene. Etter hvert som pandemien opplevdes og vurderes til å være mer under kontroll sank behovet igjen for antall møter og informasjonsflyten ble gradvis nedskalert fra daglig til ukentlige infoskriv. Myndighetene appellerte generelt til befolkningen om en felles dugnad. I denne situasjonen innebar det å være lojal til nasjonale og lokale retningslinjer for å redusere smitte. Vårt inntrykk er at befolkningen forsto dette med dugnadsånd. Det er et kjent begrep hos det norske folk. Vi er vant med å hjelpe hverandre, stille opp når noen trenger hjelp. Dugnad er frivillig, ubetalt arbeid som blir gjort i et fellesskap. Flere av deltakerne nevnte også dugnad som viktig del av pandemihåndteringen. Etter vår kjennskap så forholdt sykehuset seg til

nasjonale føringer. Personal ble oppfordret til å sykle eller bruke bil i stedet for offentlig transport til og fra jobb. Det medførte mer behov for parkeringsplasser, noe sykehuset ordnet. Bruk av munnbind er vanlig i flere enheter på sykehuset, men nå ble det innført bredere bruk, blant annet i pasientbehandling og møter for å nevne to.

Pandemien og hvordan den ble håndtert skapte en fellesskapsfølelse, og en deltaker sa det var energi i det å løse disse nye utfordringene. «*Endelig beredskapsmøte på en lørdag*» (deltaker 9). Når lederen klarer å skape en felles interesse, øker bevisstheten og får medarbeiderne til å se bort fra egne interesser, da skaper vi et bedre samarbeid (Bass, 1990). De gamle stridspunktene og uenigheter ble lagt til sides under pandemien, konfliktene startet opp igjen i etterkant. Uenighetene omhandler ofte pasientflyt og fordeling av ressurser som er begrenset i sykehus. Maktkampene har vist ulike interesser og «*what's in it for me?*» tankegang hvor de ulike lederne kjemper for seg og sin enhet. Vårt inntrykk fra deltakerne er at det ble vist en større romslighet under pandemien, men når situasjonen igjen normaliseres ønsket flere å få igjen for fleksibiliteten de tidligere hadde utvist.

«når det ikke var fullt så krise og det normaliserte seg litt mer så var det plutselig ikke et så godt samarbeid alltid allikevel» og «du merket fort at det var ikke en varig endring i forhold til samarbeidet, selv om det fungerte veldig godt under krisen» (deltaker 4).

Engen (2016) beskriver kriser som en dynamisk hendelse som starter lenge før den akutte situasjonen inntreffer og vedvarer selv om den akutte situasjonen har roet seg. En akutt krise går vanligvis over etter noen dager, pandemien vedvarte, noe som gjør den svært annerledes enn annen beredskap og krisehåndtering. Ut fra kriseteori til Rosenthal (2001) kan vi se på pandemi som en mer langvarig krise. Den oppnådde fort et kritiske punkt av mer nasjonal konsekvens som medførte politiske og organisatoriske konsekvenser. Likevel var det mye ad hoc jobbing for å løse dag for dag oppgaver. Det var viktig å lage forutsigbarhet der det gikk an, vanskeligere å forholde seg til noe en ikke vet sluttidspunktet for.

Læring

Data:

Flere ledere beskrev at de ansatte håndterte en vanskelig situasjon «*ekstremt bra der og da*», men fikk reaksjoner i etterkant når det roet seg; «*det føltes som å bli overkjørt av en buss*» (deltaker 1). Erfaring fra flere er at samholdet som allerede var opparbeidet i personalgruppen bidro til at omstillingene kunne skje raskt og så smidig som det tross alt gjorde.

Sykehuset utarbeidet våren 2020 egen Covid-19 håndbok. Denne var en samling av gjeldende prosedyrer og informasjon. Det var vanskelig å holde alle prosedyrene oppdatert til enhver tid. Løsningen ble å ha mest mulig lik ordlyd opp mot FHI sine anbefalinger.

Hvis vi får en ny pandemi, så har vi erfaring med alle mulige tenkelige og utenkelige situasjoner beskriver en deltaker. Mye handlet om å utføre de beskjeder en fikk, uten nødvendigvis å tenke så mye over det. I en ny sammenliknbar krise vil sannsynligvis erfaringene fra Covid-19 pandemien bety at flere stiller mer kritiske spørsmål til beslutningene som tas, tenker da på beskjeden å skrive ut pasienter fra sengepost for å ha ledig kapasitet med fare for dårligere behandling ved tidlig utskrivelse. «*Det var jo ganske opprivende. For pasientene også. Hadde ei som gråt i stua. Hun var helt fortvilet. Hun skulle skrives ut og det var fortvilende for henne*» (deltaker 2). En deltaker sier at tilfeldigheter bidro til at det gikk såpass bra. Antall innlagte pasienter gikk så pass mye ned at det faktisk var rom for å gjøre de nødvendige endringene, tenke de tankene som var nødvendig for å få dette til. Færre personer ble henvist til innleggelse, eller oppsøkte dette selv.

Drøfting:

Ut fra Boin (2005) sin kriseteori skal ledere ta lærdom av krisen og forberede og planlegge for fremtidige kriser. Dette kom også tydelig frem i forskningen til N. Y. Lam og Zenobia C. Y. Chan i boken «*Crisis Management in Chinese Contexts*» etter krisehåndteringen av svineinfluensaen i Kina (Lam & Chan, 2011, p. 129). De fremhevet at ledere i kriser må lære av historien og være forberedt når kriser inntreffer. I Engen (2016) sitt kriseforløp går en etter akuttkrisefasen over til etterkrisefasen hvor en skal lære gjennom erfaring fra forrige krise til å kunne være mer klar til håndtere nye kriser. Dette bunner så ut i siste ledd i kriseforløpet hvor en går over i en førkrisefase hvor fokuset vil være på forebygging og forberedelser.

Ledere har et ansvar for å forklare hva som ble gjort under og etter krisen, samt hvorfor dette ble gjort. Videre kan ledere forklare hva som fungerte og hva som ikke fungerte under krisen i

en evaluering. Hensikten er at lederne skal lære av krisen og vite hvordan de må tilpasse seg og endre dysfunksjonelle prosesser for å kunne håndtere nye kriser. Organisasjoner på sin side må bli mer fleksible og ha en kapasitet til å tilpasse seg negative tilbakemeldinger. Kan vi være forberedt på en pandemi? Hensikten med Covid-19 håndboken var god, for det er bra å ha gode prosedyrer. I etterkant viste det seg at en blir fanget av hverdagen og det er lite tid til å oppdatere og evaluere prosedyrene.

Det å gi og få tillit fremheves som suksesskriterier. Tilliten ble blant annet synliggjort ved at en ble gitt frihet ift. å løse de oppgavene de ble pålagt. Hvordan få folk til å holde ut når du som leder ser at de holder på å bli litt «utmattet». Erfaring med lavere sykefravær. Fraværet endret seg med at ansatte måtte holde seg hjemme på grunn av symptomer, og i påvente av testresultat måtte være i karantene. De var likevel kjapt tilbake igjen når negativt testresultat forelå. Flere fremhevet erfaringsutvekslingen som fant sted, og viktigheten av at det ikke bare kom fra toppen og ned. Deltakerne svarte samstemt på at det var nødvendig med økt fokus på kommunikasjon, og bedre å gi et foreløpig svar eller «vet ikke» fremfor å la være å svare til sine ansatte.

Vi tenker at det alltid vil være vanskelig å være helt forberedt på en ny krise, men vi tror gjennom erfaringen etter pandemien så vil flere se viktigheten av å ha gode beredskapsplaner. Om de ikke er helt dekkende så er det likevel mer realistiske og bedre enn ingenting. Myndighetene har siden rundt år 2000 og omlegging av forsvaret bygget ned beredskapslagre med beredskapsutstyr (Kjølleberg & Hansen, 2020). Spørsmålet er om økonomien har hatt forrang foran smitteberedskap? Norge har mange ganger vært beskyttet og ikke blitt rammet av kriser. Nå skjedde det også her. Av erfaring fra pandemien kan vi se at Norge hadde lite smittemateriell i beredskap. En av deltakerne har fremhevet at noe av lærdommen etter pandemien er at vi nå kanskje bygger opp igjen de nasjonale beredskapslagrene. Beredskapslagrene er med på å sette fokus på sårbarheten i den globaliserte verden. Det har den senere tid vært mye fokus på egenberedskap blant befolkningen generelt. Det har på denne måten blitt en bevisstgjøring rundt dette med egenberedskap. DSB har blant annet hatt flere kampanjer i forkant av pandemien med fokus på ting å ha hjemme for å sikre seg dersom krisen slår til. En av deltakerne fortalte at han tror dagens generasjon er mere forberedt, men stilte spørsmål til om neste generasjon ungdom vil huske pandemien. Vil de tenke på samme måten som oss? Det var uenighet på sykehuset på hvor forberedt vi kan være. Enkelte hevdet

at det å kunne være forberedt er umulig, mens andre mente at vi kunne bli mer forberedt. Likevel så må folk improvisere. Faren er at vi blir for opphengt i den tidligere krisen slik at vi ikke fanger opp nye momenter i fremtidige kriser (Engen et al., 2016).

I Stavanger var det et Legionella utbrudd i 2001 på et hotell. Dette utviklet seg til en lokal epidemi. Kommunen og sykehuset fikk erfaring med smittesporing og det kan ha bidratt til at Stavanger muligens var litt bedre rustet da pandemien oppstod. I vårt distrikt hadde mange oljeselskaper gått foran i kriseforberedelser og datasystemer. Dette kan sykehuset ha tatt lærdom fra gjennom det nære samarbeidet mellom sykehus, universitet og oljeselskaper. Det arrangeres årlig en samfunnssikkerhetskonferanse i vårt distrikt der krisehåndtering diskuteres. I tillegg har nødetatene felles beredskapsøvelser med kommunene og viktige samfunnskritiske bedrifter. Mulig dette har hatt betydning for håndteringen av pandemien.

Det tok tid å få vaksinen til Norge. Det var store diskusjoner hvordan denne skulle fordeles og hvem som skulle prioriteres. Flere har stilt spørsmål i etterkant om det var en riktig prioritering at eldre og de med alvorlig underliggende sykdommer stod fremst i køen. Helsepersonell og andre med samfunnskritiske yrker ble nedprioritert i første omgang.

Er det mulig å lese signalene tidligere enn det som ble gjort i denne pandemien? Noen deltakere fortalte om forberedelser og oppdatering av planverk. Vi tror det er vanskelig å ta inn over seg nyheter om smitte i fjernere strøk. Det er lett å tenke at siden dette er så langt borte så angår det ikke oss. I en travel hverdag er vi opptatt av endringer som berører oss. En deltaker trekker frem en intern evaluering som bekrefter at vi ikke er superinteressert i alt mulig alle andre steder enn der vi selv er.

Oppsummering:

Vi stilte spørsmål til hvordan ledere praktiserte kriseledelse under pandemien. Vi har tatt utgangspunkt i Boin (2005) sine fem faser for krisehåndtering *å anerkjenne krisen, beslutningstaking, skape mening, avslutning og læring*. Alle opplevde pandemien langdryg og utmattende. Etter hvert som pandemien vedvarte ble personal mer kritiske til restriksjoner og tiltak. De ble lei av at det ikke var mulig å ha sosiale sammenkomster, ta med kake på jobb, avslutninger, fagdager o.l. I starten var det flere som bagatelliserte alvorlighetsgraden og innføringen av smittevernrestriksjoner. Gjennom hele pandemien har de likevel vist endringsvilje. Dette har vært en stor påkjenning for personal og ledere. Alle deltakerne var tydelige på at leder sin arbeidshverdag i krisen medførte andre krav og forventninger enn i en

normalsituasjon. I vår studie spurte vi deltakerne om de hadde fått støtte og hvor de fikk den ifra. Svarene vi fikk var hele ledergruppen, nærmeste leder, overordnet leder, kolleger og leder på samme nivå, bedriftshelsetjeneste og smittevern. Bare en deltaker nevnte familien som støttespiller. Det var mulig spørsmålet vårt ikke var godt nok spisset eller åpent nok. Spørsmålet var formulert slik at de svarte kun ut fra jobbsammenheng.

6. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Dette har vært en kvalitativ studie hvor vi har intervjuet sykehusansatte, flertallet ledere i psykisk helsevern. Vår problemstilling for denne oppgaven var:

Hvordan beskriver ledere innen psykisk helsevern sitt handlingsrom og hvordan ble handlingsrommet påvirket av Covid-19 pandemien?

For å få svar på denne problemstillingen har vi besvart våre fire forskningsspørsmål.

Forskningsspørsmål 1: Hva preger lederstilene til lederne under pandemien?

Enkelte lederstiler kan virke mer distanserte og upersonlige i «normale tider», men kan virke betryggende i krise. Under krise kan det være behov for raske avgjørelser og dette kan ses ut fra en transaksjonell lederstil. Likevel så fulgte lederne opp med transformativ ledelse da de for eksempel ringte dem som var hjemme i karantene for å høre hvordan det gikk. Vår tolkning er at ledere brukte i hovedsak transformativ ledelse under sitt lederskap. Det kan se ut som at den lederstilen leder anvender til vanlig ble forsterket og gjeldende under pandemien.

Forskningsspørsmål 2: Hva preger leders handlingsrom i en krise?

Utgangspunkt for denne studien var å få innblikk i handlingsrommet til enhetsledere under krise som Covid-19 pandemien. Vi har fått gode beskrivelser fra lederne hva de legger i handlingsrommet sitt. De har delt sine erfaringer med muligheter og begrensninger til å utøve sin lederrolle og hvordan de har driftet utfra økonomiske og personalmessige rammer. De beskriver handlingsrom som alternative måter å gjøre ting på. Dette har gitt lederne autonomi og mulighet til å utøve ledelse innunder de rammevilkårene som da var gjeldende. Alle våre deltakere har gitt uttrykk for at de opplevde å ha hatt handlingsrom under pandemien, men hvordan de har brukt det har vært avhengig av ulike faktorer.

Forskningsspørsmål 3: Hvilke logikker blir fremtredende i ledelse i en krise?

Ut fra management logikken så ser vi at det var lite motstand blant de ansatte når beslutninger ble fattet. Regler og retningslinjer ble viktig i den neo-byråkratiske logikken. I leadership logikken ble medarbeiderne tatt med i avgjørelser. Vår forståelse er at det er den faglige logikken som ble mest styrende og dominerende under pandemien. Smitte og smittevern ble styrende for all drift. Ledere måtte legge om driften slik at smittehensyn ble ivaretatt.

Forskningsspørsmål 4: Hvordan praktiserte lederne kriseledelse under pandemien?

Lederne beskriver at det å lede under pandemi har vært spennende og lærerikt. Det var annerledes arbeidshverdager. Alle deltakerne snakker varmt om fellesskapsfølelsen som oppsto. Folk var slitne, men stod på, folk hadde respekt for hverandre og gjorde så godt de kunne. Det ble tatt mange vurderinger og tøffe beslutninger underveis i pandemien.

Diskusjonen om helsepersonell måtte utsettes for smitte for å ivareta spesialisthelsetjeneste til befolkningen ble aktualisert på grunn av manglende smittevernutstyr. Spørsmål om hvem som ville tåle sykdommen ble reist. Sykehuset arbeidet med å lage en pandemiplan for hvordan håndtere en større pandemi. Flere deltakere tok frem at en pandemiplan ikke var dekkende for denne pandemien. Vi er tvilende til om beredskapsplaner noen gang vil bli dekkende for hvordan håndtere kriser. Alle deltakerne var tydelige på at leder sin arbeidshverdag i krisen medførte andre krav og forventninger enn i en normalsituasjon.

Forskningens bidrag og forslag til videre forskning

Etter denne pandemien håper og tror vi DSB sin trusselvurdering tas mer på alvor. Vi antar at beredskapsplanene for å håndtere en influensapandemi vil medføre noe bedre forberedelser som for eksempel lager av smittevernutstyr, medisiner osv. Vi tror det er viktig å foreta en grundig og uavhengig evaluering av hele sykehuset sin krisehåndtering av pandemien.

Kommunikasjonsavdelingen fikk under pandemien en mer sentral plass. De deltok i beredskapsmøter, pressekonferanser og sendte ut informasjonsskriv. Dette førte til at alle fikk samme informasjon samtidig, noe som var trygghetsskapende. Informasjonen var konkret og tydelig. Det vil i fortsettelsen være interessant å se om kommunikasjonsavdelingen får en like betydelig rolle. Sykehuset skal etter planen over i nye bygg i 2024 og denne pandemierfaringen gir mulighet for bedre å planlegge bygningsmessige løsninger. I forbindelse med bygging av nytt sykehus ble det aktualisert om akuttmottaket var designet riktig for å kunne ta imot pandemipasienter.

Et av spørsmålene våre var «*hva tenker du at du har fått til under pandemien?*». Det var vanskelig for deltakerne å svare konkret på dette spørsmålet. Svarene gikk mer på hva enhetene fikk til, lite hva leder selv synes han hadde fått til. Vi tolker dette dithen at lederne ikke ville fremheve seg selv, men mer hva de fikk til sammen med andre. Transformativt lederskap er mer fremtredende hos disse lederne. Godt samarbeid med kommuner ble også

fremhevet. Det har vært slitsomt, men de klarte å komme seg igjennom med tydelige rammer, tillit og humor. De har klart å tenke annerledes ift. pasienter og personalgruppen, klart å holde sengeposten samlet, holde informasjonsflyten i gang, skape ro, trygge og ivareta personalgruppen og opprettholde forsvarlig drift.

Vi valgte å skrive en beskrivende oppgave. Tidspunktet for når oppgaven ble skrevet kunne ha gitt et annet resultat dersom vi valgte en annen tidsperiode for pandemien. Pandemien er ikke over og det kommer stadig nye mutasjoner av Covid-19 viruset som krever nye tilnærminger. Det kunne vært spennende å gjennomføre en lignende undersøkelse når pandemien en gang vil være over og sett hvordan ledere ville da sett tilbake på håndteringen av pandemien i forhold til ressurser, kostnader og utfallet. Det kunne vært interessant med en komparativ studie i etterkant og det kunne også vært interessant å kartlegge om lederne fremdeles er i sine lederstillinger etter pandemien, eller om omkostningene har vært så store at de har valgt å bytte jobb.

LITTERATUR

- Assmann, R. (2020). LEDERKRISE ELLER KRISELEDELSE. *Norges Handelshøyskole*, 05.04.2020. Retrieved from <https://www.nhh.no/nhh-bulletin/artikkelarkiv/2020/april/lederkrise-eller-kriseledelse/>
- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K. H., & Sandve, K. (2004). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bass, B. M. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational dynamics*, 18(3), 19-31. doi:10.1016/0090-2616(90)90061-S
- Bastesen, J., & Lange, B. K. (2020). Gårdagens suksess – morgendagens begrensning? Strategisk relevant handlingsrom: En rikere forståelse av leders handlingsrom. In J. Bastesen, B. K. Lange, H. E. Næss, & A. N. Thon (Eds.), *Ledelse av mennesker i det nye arbeidslivet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP Nordic Open Access Scholarly Publishing.
- Battilana, J., & Lee, M. (2014). Advancing Research on Hybrid Organizing – Insights from the Study of Social Enterprises. *Academy of Management Annals*, Vol 8(No 1). doi:10.1080/19416520.2014.893615
- Berg, L. N. (2015). *Multifaglig ledelse – Hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reformer*. (Philosophiae doctor (ph.d.)). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Berg, L. N., Byrkjeflot, H., & Kvaale, G. (2010). Hybrid ledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen. (Nordiske Organisasjonsstudier). Retrieved from https://bora.uib.no/bora-xmloi/bitstream/handle/1956/11612/Hybrid%20ledelse%20i%20sykehus_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bjelland, B., Nakstad, E. R., & Keeping, D. (2018). *Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid : en lærebok for helse- og beredskapspersonell på strategisk, operasjonelt og taktisk nivå*. Oslo: Gyldendal.
- Boin, A. (2005). *The politics of crisis management : public leadership under pressure*.
- Boin, A., & Hart, P. t. (2003). Public Leadership in Times of Crisis: Mission Impossible? *Public administration review*, 63(5), 544-553. doi:10.1111/1540-6210.00318
- Boin, A., Kuipers, S., & Overdijk, W. (2013). Leadership in Times of Crisis: A Framework for Assessment. *International review of public administration*, 18(1), 79-91. doi:10.1080/12294659.2013.10805241
- Boin, A., t Hart, P., Stern, E., & Sundelius, B. (2005). *The Politics of Crisis Management: Public Leadership Under Pressure*. Cambridge: Cambridge: Cambridge University Press.
- Bovaird, T., & Loeffler, E. (2003). *Public Management and Governance* (T. Bovaird & E. Loeffler Eds. Third edition ed.). Great Britain: Routledge: Taylor & Francis group.
- Braut, G. S., Rake, E. L., Aanestad, R., & Njå, O. (2012). Risk images as basis for decisions related to provision of public services. *Risk management (Leicestershire, England)*, 14(1), 60-76. doi:10.1057/rm.2011.18
- brukerrettighetsloven, P.-o. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=psykisk%20helsevern>
- Bukve, O. (2021). *Forstå, forklare, forandre : om design av samfunnsvitenskaplege forskingsprosjekt* (2. utgåve. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Byrkjeflot, H., & Jespersen, P. K. (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *The International journal of public sector management*, 27(5), 441-458. doi:10.1108/IJPSM-12-2012-0162
- Chan, Z. C. Y. (2011). *Crisis Management in Chinese Contexts*. Hauppauge: Hauppauge: Nova Science Publishers, Incorporated.
- Dale, F. (2020). Ledernytt. *Kriseledelse og sjefsskap*, 30.04.2020. Retrieved from <https://www.ledernytt.no/kriseledelse-og-sjefsskap.6308392-311239.html>
- de Vries, M. F. R. K. (2001). Creating Authentizotic Organizations: Well-Functioning Individuals in Vibrant Companies. *Human relations (New York)*, 54(1), 101-111. doi:10.1177/0018726701541013
- DSB. *Du er en del av Norges beredskap. Råd om egenberedskap* [Brosjyre]. Oslo: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Oslo kommune.
- Elling, U. (2020). Pandemi. *Naturen*(4), 128-135. doi:10.18261/issn.1504-3118-2020-04-03
- Endregard, M., Birkemo, G. A., & Maal, M. (2012). *Askeskyen fra vulkanutbruddet på Island i 2010 - norsk krisehåndtering og noen erfaringer*. (2012/01319). Retrieved from <https://www.ffi.no/publikasjoner/arkiv/askeskyen-fra-vulkanutbruddet-pa-island-i-2010-norsk-krisehandtering-og-noen-erfaringer>
- Engen, O. A., Kruke, B. I., Lindøe, P., Olsen, K. H., Olsen, O. E., & Pettersen, K. A. (2016). *Perspektiver på samfunnssikkerhet*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Espedal, B. (2011). Den norske samarbeidsorienterte leiarskapsmodellen : ein modell vi trur på. Men verkar han? In S. Askvik, B. Espedal, & H. Gammelsæter (Eds.), *Kunnskap om ledelse - Festskrift til Torodd Strand* (pp. 149-163). Bergen: Fagbokforl.
- Espedal, B., & Kvitastein, O. A. (2012). Rom for læring: betydningen av handlingsrom for ledelse. *Magma - econas tidsskrift for økonomi og ledelse*, (8/2012), 30-38. Retrieved from <https://www.magma.no/rom-for-laring-betydningen-av-handlingsrom-for-ledelse>
- Fylkesmannen i Rogaland. (2018). *Fylkesros for Rogaland 2018-2021*. Retrieved from <https://prosjekt.fylkesmannen.no/Documents/ROS%20Rogaland/Dokument/FylkesROS%20-%20Offisiell%20versjon.pdf>
- Guldbrandsøy, K., & Byrkjeflot, H. (2013). Både hierarkisk styring og nettverk - En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(4), 464-491.
- Hambrick, D. C. (2007). Upper Echelons Theory: An Update. *The Academy of Management review*, 32(2), 334-343. doi:10.5465/AMR.2007.24345254
- Harolds, J. A. (2020). Quality and Safety in Health Care, Part LXXXII: Introduction to High Reliability Organizations. *Clinical nuclear medicine, Publish Ahead of Print*. doi:10.1097/RLU.00000000000003338
- helsedepartement, D. k. s.-o. (2000). *Om lov om helseforetak m.m.* . (Ot.prp. nr. 66). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/15a4b853c7be45fb8d432b109b782961/no/pdfa/otp200020010066000dddpdfa.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling* (IS - 1948). Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og->

[psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/ /attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](#)

- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020*. (IS - 2734). Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/ /attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdb744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019). *Pandemiplanlegging - nasjonal faglige råd*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/pandemiplanlegging>
- Helsedirektoratet. (2020). *Situasjonen vi er i vil ta tid og er den nye normalen*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/situasjonen-vi-er-i-vil-ta-tid-og-er-den-nye-normalen>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- helsevernloven, P. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. (LOV-1999-07-02-62). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern>
- Hutzschenreuter, T., & Kleindienst, I. (2013). How does discretion change over time? A contribution toward a dynamic view of managerial discretion. *Scandinavian journal of management*, 29(3), 264-281. Retrieved from https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956522112001431?casa_token=wMmskzqWGgIAAAA:HqOqjtSr9JZdQs0OF4CszYSlntW96mzCg7biHhqWHKOezL1PmyELJh1i3vLWLSXK9QujAb84w
- Huuse, C. F., Christiansen, A. K., & Grytøyr, S. (2020). Italiensk lege til Norge - Vær så snill. Forbered dere. VG. Retrieved from <https://www.vg.no/nyheter/i/EWnEal/italiensk-lege-til-norge-vaer-saa-snill-forbered-dere>
- Jacobsen, D. I. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (2 utgave ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5 utgave ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Kjekshus, L. E., Byrkjeflot, H., & Torjesen, D. O. (2013). Organisering og ledelse av sykehus etter NPM - legenes tilbaketrekning? In L. Melby & A. H. Tjora (Eds.), *Samhandling for helse* (pp. 105-119). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjølleberg, E., & Hansen, S. (2020). Beredskapen som forsvant. NRK. Retrieved from <https://www.nrk.no/dokumentar/beredskapen-som-forsvant-1.14963372>
- koraloven. (2020). *Midlertidig lov om forskriftshjemmel for å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv.* (LOV-2020-03-27-17). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/2020-03-27-17>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lam, N. Y., & Chan, Z. C. Y. (2011). Crisis management plan of human swine influenza in hospital setting. In Z. C. Y. Chan (Ed.), *Crisis Management in Chinese Contexts* (pp. 129-140).
- Lawrence, E. R., & Baldersheim, H. (2014). *Det kommunale laboratorium - teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (R. E. Lawrence Ed. 3. utgave ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lereim, I., & Norge, H. (2012). *Læring for bedre beredskap : helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011.*
- Linkov, I., & Trump, B. D. (2021). *COVID-19: Systemic Risk and Resilience*: Springer International Publishing.
- Løkkevik, O., Ording, O., Holmes, M. C. S., Buggeland, S. A., & Johnsen, A. B. (2020, 13.03.2020). Dette er tiltakene til Erna Solberg: – Vi står i en vanskelig tid. VG. Retrieved from <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/2GeXaq/dette-er-tiltakene-til-erna-solberg-vi-staar-i-en-vanskelig-tid>
- Melhus, J. M. (2020). Derfor lønner det seg å ha god humor på jobben. *lederne.no*. Retrieved from <https://lederne.no/2016/11/30/humor-pa-jobben/>
- NOU 1997:2. (1997). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/?ch=1>
- NOU 2012:14. (2012). *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*. Oslo: Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning
- NOU 2016:25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten — Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/>
- NOU 2021:6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien - rapport fra Koronakommisjonen*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Teknisk redaksjon
- Nyseter, T. (2015). *Velferd på avveie - reformer, verdier, veivalg*: Res Publica.
- Peltz, R., Ashkenazi, I., Schwartz, D., Shushan, O., Nakash, G., Leiba, A., . . . Bar-Dayan, Y. (2006). Disaster Healthcare System Management and Crisis Intervention Leadership in Thailand—Lessons Learned from the 2004 Tsunami Disaster. *Prehosp. Disaster med*, 21(5), 299-302. doi:10.1017/S1049023X00003915
- Rake, E. L. (2008). *Crisis management : coping and decision making on-scene*. (no. 52). Faculty of Science and Technology, Department of Industrial Economics, Risk Management and Planning, University of Stavanger, Stavanger.
- Regjeringen. (2014). *NASJONAL BEREDSKAPSPLAN PANDEMISK INFLUENSA*. Retrieved from

- https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf
- Regjeringen. (2020a). Justis- og beredskapsdepartementet overtar kriseledelsen. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/justis--og-beredskapsdepartementet-overtar-kriseledelsen/id2693626/>
- Regjeringen. (2020b). Koronavirus blir meldepliktig sykdom og defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/koronavirus-blir-meldepliktig-sykdom/id2688415/>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Rapport - Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet Retrieved from https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Rosenthal, U., Boin, R. A., & Comfort, L. K. (2001). *Managing crises : threats, dilemmas, opportunities*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner : ideer som former det 21. århundrets organisasjon* (4 utgave 2016 ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Saunes, I. S., Vrangbæk, K., Byrkjeflot, H., Jervelund, S. S., Birk, H. O., Tynkkynen, L.-K., . . . Karanikolos, M. (2021). Nordic responses to Covid-19: Governance and policy measures in the early phases of the pandemic. *Health policy (Amsterdam)*. doi:10.1016/j.healthpol.2021.08.011
- Sjørli, H. P. (2020, 11.03.2020). Innkalling til dugnad. VG. Retrieved from <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/EWnBO3/innkalling-til-dugnad>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Strand, A. M. H. (2018). *Handlingsrom – en litteratur review. Hva er handlingsrom, hvilke komponenter består det av og hvilke konsekvenser har det?* (Masteroppgave i Ledelse, innovasjon og marked. Fakultet for biovitenskap, fiskeri og økonomi). Norges Arktiske Universitet, Tromsø.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (T. Strand Ed. 2. utgave ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sutcliffe, K. M. P. (2011). High reliability organizations (HROs). *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 25(2), 133-144. doi:10.1016/j.bpa.2011.03.001
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (1999). Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education publishing industry, 1958-1990. *The American journal of sociology*, 105(3), 801-843. doi:10.1086/210361
- Torjesen, D. O. (2008). Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i spesialisthelsetjenesten. In: The University of Bergen.
- Valøy, G.-H., & Karlsen, L. (2020). *Enhetlig ledelse - En erfaringsbasert studie fra spesialisthelsetjenesten*. (Masteroppgave). Retrieved from <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/2685625/KarlsenValoy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Van-Tam, J., & Sellwood, C. (2010). *Introduction to pandemic influenza*. Wallingford: CABI.
- Weisæth, L., Kjeserud, R., & Hana, T. (2007). *Ledelse ved kriser : en praktisk veileder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5th ed. ed.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- Øgård, M. (2014). Fra New Public Management til New Public Governance : nye forvaltningskonsepter i kommunene. In E. R. Lawrence & H. Baldersheim (Eds.), *Det kommunale laboratorium - teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (pp. 93-109). Bergen: Fagbokforl.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Prosjekttittel

Leders handlingsrom i pandemien

Referanse

336987

Registrert

07.06.2021 av Jørn André Kårstad Idsal – jajdsa17@stud.uia.no

NSD sin vurdering

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD.

Vurderingen er:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 15.06.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 28.02.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: eProtokoll Helse Stavanger

eProtokoll – Behandlet 29.06.2021

Vedrørende "2542 - Leders handlingsrom under pandemi"

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte forskningsprosjekt. Saken er blitt behandlet i møte av representanter fra Forskningsavdelingen. Det vises i denne sammenheng til godkjenning fra REK og personvern vurderingen utført av NSD.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av prosjektet under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i protokollen.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at:

- Ved endringer i protokollen ber vi om å få en endringsmelding innlevert i eProtokoll.
- Dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaene oppbevares i låsbart skap.
- Data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt og sluttmelding sendes Forskningsavdelingen i eProtokoll.
- Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes i eProtokoll.
- I eksternt finansierte prosjekter skal Stavanger Helseforskning AS signere kontrakten på vegne av institusjonen.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

På vegne av Forskningsavdelingen

Anne Terese T Gabrielsen

forskningskonsulent

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykke



Vil du delta i forskningsprosjektet

«Leders handlingsrom i pandemien»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan ledere i psykisk helsevern opplevde sitt handlingsrom ved første utbrudd av Covid – 19 pandemien. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er studenter på masterprogram i helseledelse ved Universitetet i Agder, og forskningsprosjektet er knyttet til vår masteroppgave. Formålet med prosjektet vårt er å finne ut hvordan ledere i psykisk helsevern opplevde sitt handlingsrom i Covid – 19 pandemien og hvordan dette påvirket ledelsen din.

Vi ønsker å intervju 10 ledere i relasjon til psykisk helsevern.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Veileder er førsteamanuensis Laila Nordstrand Berg fra Høgskulen på Vestlandet, Institutt for samfunnsvitenskap. Prosjektansvarlig er professor Morten Øgård, ved Universitetet i Agder, Institutt for samfunnsvitenskap.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker hovedsakelig å intervju ledere fra klinikk psykisk helsevern voksne, og aktuelle medarbeidere som har hatt en fremtredende rolle under håndteringen av pandemien.

Vi har foretatt et strategisk utvalg av deltakere som kan ha informasjon som kan belyse temaet for vår studie.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du blir med dette invitert til å delta i et intervju som vil ta inntil 45 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet. To av oss vil gjennomføre intervjuet der den ene vil lede intervjuet, og den andre vil notere.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som har tilgang til data vil være veileder og studenter
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som blir lagret på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- I masteroppgaven vil deltakerne bli anonymisert og personopplysninger vil ikke være gjenkjennelige.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 28.02.2022. Kodelisten med ditt navn og nummer vil da bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg

- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student: Brit Elin Korneliussen, telefon: 934 41 361, epost: britek17@uia.no
Student: Marie Siqveland, telefon: 976 83 607, epost: marisi17@uia.no
Student: Jørn André Kårstad Idsal, telefon: 911 39 655, epost jajdsa17@uia.no
- Veileder: Laila Nordstrand Berg, telefon: 480 64 094, epost: laila.nordstrand.berg@hvl.no
- Vårt personvernombud: Ina Danielsen, telefon: 38 14 21 40, epost: ina.danielsen@uia.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Laila Nordstrand Berg

Veileder

Jørn André Kårstad Idsal, Brit Elin Korneliussen
og Marie Siqveland

Studenter

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Leders handlingsrom i pandemien* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju. Intervju tas opp på lydbånd. Alt vil bli slettet når sensur foreligger.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Intervjuguide

1. Hvilken stilling har du?
2. Hvor lenge har du arbeidet som leder?
3. Hvilken utdanningsbakgrunn har du som er relevant for deg som leder?
4. Hva er dine kjerneoppgaver som leder?

5. Hva var det første du gjorde som leder da pandemien slo til?
6. Hvordan ble dine arbeidsoppgaver endret? Fikk du nye oppgaver i stedet for eller i tillegg til?
7. Ble du fortalt hva du skulle prioritere eller kunne du finne ut av det selv?
8. Hvordan reagerte og håndterte personalet utfordringen når pandemien inntraff?
9. Hva har din lederutøvelse betydd for utfall/håndtering i din avdeling?

10. Har du noen tanker om hvordan ledelse endres i sykehuset/psykisk helsevern under pandemien?
11. Hva har sykehusledelsen fokusert på i krisen, til forskjell for i ordinær drift?

12. Hva legger du i begrepet handlingsrom?
13. Opplever du at handlingsrommet ditt ble endret under pandemien, i så fall hva opplevde du ble endret?
14. Opplever du å ha fått noen «friheter» ift handlingsrom under pandemien?
15. Hvordan arbeidet du som leder for å få de ansatte til å iverksette stadig nye prosedyrer og samtidig ivareta de 'vanlige' prosedyrer?
16. Kan en være forberedt på en pandemi? evt hvordan?
17. Hvilken støtte har du som leder fått, og fra hvem?

18. Hva tenker du at du har fått til under pandemien?
19. Er det noe viktig vi har glemt å spørre om, som du tenker det er lurt å prate litt om?