

Handlingsrom for mellomledere i spesialisthelsetjenesten

INE EVENSEN OG NINA RUUD

VEILEDER

Dag Olaf Torjesen

Universitetet i Agder, 2019

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelse

Master

Forord

Denne masteroppgaven er et resultat av vår deltakelse ved studiet Master i Ledelse ved universitetet i Agder, med spesialisering innen Helseledelse.

Dette har vært en krevende prosess med mye diskusjon og tankevirksomhet, men også gitt inspirasjon, kunnskap og mestringsfølelse. Studiet under ett har gitt oss en meget god innføring i ledelse, dens historie, ulike perspektiver og retninger. Den har gjort oss sterkere rustet til å møte både dagens og morgendagens utfordringer og oppgaver innen helseledelse.

Vi vil takke våre informanter som sa seg villige til å delta på intervju, og delte sin kompetanse og refleksjoner med oss. Uten dere ville ikke oppgaven latt seg gjennomføre.

Takk til vår veileder førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen ved Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag ved universitetet i Agder (UIA). Du har vært tilgjengelig når vi trenger, og gitt oss gode tips for å få fremdrift i arbeidet.

Helt til slutt sender vi en stor takk til familie, kjæreste, venner og kollegaer. Tålmodighet, støtteerklæringer og heiarop fra dere har gitt oss energi til å fullføre prosjektet.

Sammendrag

Temaet for vår oppgave er mellomlederens handlingsrom i spesialisthelsetjenesten og hvilke faktorer som fremmer eller hemmer handlingsrommet. Problemstillingen er: *«Har mellomledere i sykehus handlingsrom i sin arbeidshverdag, eller er de kun utførere av overordnede bestemmelser? Hvilke faktorer er med på å hemme eller fremme handlingsrommet?»*.

Masteroppgaven er en kvalitativ studie. Vi har valgt å se på førstelinjeleders handlingsrom. Disse er på lavest mellomledernivå, og jobber nærmest de ansatte. Det er utført intervjuer av seks seksjonsledere ved vårt sykehus som er tilfeldig utvalgt og med ulik lederkompetanse og erfaring.

Undersøkelsen viser at alle informantene opplever å ha et visst handlingsrom innenfor drift, fag og egne ressurser i seksjonen. Det fremkommer også at ledererfaring er en viktig faktor for hvordan handlingsrommet både gripes og oppfattes. Gjennom kompetanse og erfaring beskriver de større tillit i organisasjonen og at dette gir dem et bredere handlingsrom.

Innenfor økonomistyring og budsjett opplever seksjonslederne ett begrenset handlingsrom. De økonomiske rammene står nedfelt i deres lederavtaler, men de er i liten grad involvert når budsjettet for de ulike seksjoner blir lagt. Store lederspenn er også en begrensende faktor for utøvelsen av handlingsrom når det ikke er lederstøtte i seksjonen. Sykehus er komplekse organisasjoner med mange ledernivå og store leder/kontrollspenn. Førstelinjeledere kan gjøre endringer innenfor de rammene som er fastlagt i lederavtaler, men organisatoriske rammer endres for ofte. Politiske føringer og endringer er utfordrende å forholde seg til da ikke alltid ressursene, rammene og budsjettet oppleves som reelle å gjennomføre.

Innhold

1.0	Innledning og bakgrunn.....	6
1.1	Utgangspunkt for studien	7
2.0	Teori.....	8
2.1	Sykehusorganisasjon.....	8
2.1.1	Lederspenn	10
2.2	New Public Management	12
2.2.1	Helseforetak	13
2.2.2	Enhetlig ledelse	13
2.2.3	Hybridledelse.....	14
2.3	Ledelsesroller	18
2.4	Handlingsrom.....	20
2.4.1	Leders handlingsrom	21
2.5	Utdanning og erfaring.....	22
2.6	Lederavtaler	23
3.0	Metode	25
3.1	Kvalitativ forskningsmetode	25
3.1.1	Forforståelse.....	26
3.2	Tematisering.....	26
3.3	Planlegging og utvalg	26
3.3.1	Utselgelse av informanter.....	27
3.4	Intervjuer	27
3.4.1	Intervjuguide.....	27
3.4.2	Gjennomføring av intervjuer	28
3.5	Transkribering.....	29
3.6	Analyse.....	29
3.7	Reliabilitet.....	30
3.8	Validitet.....	31
4.0	Analyse og drøfting.....	32
4.1	Presentasjon av informanter	32
4.2	Hvordan opplever mellomleder sitt handlingsrom?.....	34
4.2.1	Stort lederspenn	34
4.2.2	Erfaring, tillit og trygghet i lederrollen	36
4.2.3	Økonomiske begrensninger.....	38
4.2.4	Lederavtaler.....	40
4.2.5	Drøfting av analyse.....	41
4.3	Har mellomleder påvirkning i endringsprosesser?.....	43

4.3.1 Politisk styrt organisasjon.....	44
4.3.2 Involvering	45
4.3.3 Drøfting av analyse.....	46
4.4 Hvilke form for lederstøtte har mellomleder, og hvordan bruke denne?	47
4.4.1 Kommunikasjon med leder	47
4.4.2 Rapportering.....	48
4.4.3 Delegering.....	48
4.4.4 Mellom barken og veden.....	50
4.4.5 Drøfting av analyse.....	50
5.0 Oppsummering og konklusjon.....	51
5.1 Typologier	52

Litteraturliste

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

1.0 Innledning og bakgrunn

I nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er det satt fokus på førstelinjeleders handlingsrom og kompetanse.

«Det stilles store krav til ledelsen på alle nivåer i et sykehus. Kliniske førstelinjeledere er særlig viktige for å oppnå ønskede resultater. Dette er ledere som enten har økonomi-, personal- og/eller fagansvar og er nær pasientbehandlingen.² Førstelinjelederne har en sentral rolle i innføring av nye reformer, som innføring av pakkeforløp eller nye digitale verktøy, og for å følge opp den enkelte ansatte. De har dessuten det operative ansvaret for å rekruttere, planlegge bemanning, bidra til heltidskultur og beholde arbeidskraft. De er også de nærmeste til å identifisere kompetansebehov som legges til grunn for kompetanseplanleggingen.

De regionale helseforetakene og helseforetakene har ansvar for å gi førstelinjelederne tilstrekkelig handlingsrom og støtte. Helseforetakene må sørge for å gi tilbud om nødvendige kompetansehevende tiltak for ledere» (Meld. St. 7 (2019-2020)-regjeringen.no).

Dagens helsevesen er stadig påvirket av reformer initiert av politiske myndigheter. Struktur og rammevilkår endres kontinuerlig. I sykehus står målet om effektiv pasientbehandling sterkt. Det er krav om økende effektivitet, og om ressurser og tidsbruken er optimal. Som mellomledere i sykehus sitter vi med opplevelsen av lite handlingsrom. Mellomleder er definert som to eller flere nivåer under toppledelsen (Hope,2015). Dette ledersjiktet skal gjennomføre beslutningen tatt av toppledelsen, men har begrenset mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Samtaler med andre mellomledere på sykehus gir inntrykk av at dette er en hyppig problemstilling. Vi mener derfor at en studie av problemstillingen er nyttig for ledere i spesialisthelsetjenesten.

1.1 Utgangspunkt for studien

Hensikten med denne studien er å finne ut om seksjonsledere i sykehus opplever handlingsrom i sin arbeidshverdag, eller om de kun er utførere av overordnede bestemmelser. Gjennom dybdeintervjuer av ledere kan vi få mer kunnskap om handlingsrommet, og faktorer som fremmer eller hemmer dette. Vi jobber som seksjonsledere i Sykehuset Telemark, et helseforetak i spesialisthelsetjenesten, og kjenner godt til leders hverdag som førstelinjeledere. Det stilles store krav til økt effektivitet, endring og lovpålagte oppgaver. Lederspenet er stort med et gjennomsnitt på 50-70 medarbeidere. Etter innføring av enhetlig ledelse har førstelinjelederne fått overført mer ansvar og oppgaver enn de hadde tidligere.

Studien vår tar for seg hvordan lederne beskriver sitt handlingsrom og sin lederrolle i forhold til egen enhet og sykehuset som helhet, og hva de ønsker av lederstøtte. Førstelinjelederne er de lederne i helsevesenet som har det største kontrollspennet, og personal-, fag-, og økonomiansvaret er omfattende. I dette prosjektet har vi undersøkt hvordan førstelinjeledere opplever sitt handlingsrom, fordi handlingsrom er nødvendig for at ledere skal kunne ta beslutninger. Vår antagelse er at den enkelte leders oppfatning av egen lederrolle - og hva hun spesielt er opptatt av som leder - vil ha betydning for hvordan handlingsrommet tolkes. Det stilles krav til helhetlig ledelse og at ledere er samarbeidsorienterte. Dette medfører at ledere må forholde seg til at de også har et ansvar som strekker seg ut over egen enhet. Ledere må ofte balansere mellom krav og behov i egen enhet, behov i organisasjonen som helhet og krav som eksterne samarbeidspartnere stiller. Vi har sett på hvordan handlingsrommet ledere opplever å ha, preger måten de håndterer disse motstridende forventningene. Ut fra dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

«Har mellomledere i sykehus handlingsrom i sin arbeidshverdag, eller er de kun utførere av overordnede bestemmelser? Hvilke faktorer er med på å hemme eller fremme handlingsrommet?».

2.0 Teori

I dette kapitlet viser vi til organisasjonsstrukturer som kan sammenlignes med strukturen på Sykehuset Telemark. Vi benytter Mintzbergs teori om organisasjonsstruktur for å forklare sykehusorganisasjonen. Videre beskrives ulike reformer som har hatt stor innvirkning på ledelse som fag, dens rolle og utvikling.

2.1 Sykehusorganisasjon

Organisasjonens struktur handler om systemet organisasjonen har for styring, koordinering, kontroll av arbeid, spesialisering og fordeling av autoritet (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Organisasjonsstrukturen lager rammer for hvem, hvor og hvordan en tjeneste skal ytes eller et produkt skal produseres. Det ligger regler til grunn for hvem som skal tilhøre samme avdeling, hvilke roller og arbeidsoppgaver de ulike stillingene innehar og hvordan disse er relatert til hverandre. I tillegg er det ofte regler for hvordan en tjeneste eller produksjon skal utføres innenfor en gitt organisasjon (Berg, 2014). En vanlig inndeling av organisasjoner er gruppeorganisasjoner, entreprenørorganisasjoner, byråkrati og ekspertorganisasjoner (Strand, 2010). Fokus i denne oppgaven vil være byråkrati og ekspertorganisasjon fordi det er disse to organisasjonsformene som i sterkeste grad preger sykehusdrift.

Sykehus kan beskrives med at strukturen er sterkt spesialisert og dermed også horisontalt kompleks med mange klinikker, avdelinger og enheter på samme nivå. Fordelene ved det profesjonelle byråkrati er at godt faglig arbeid sikres gjennom rekruttering av fagfolk med samme bakgrunn som derigjennom bidrar til standardisering, forutsigbarhet og likeverdig behandling. De store ulempene kan ses gjennom at det er vanskelig å drive økonomistyring, da fagfolk ofte er mer opptatt av et godt tilbud til den enkelte pasient enn økonomi (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Sykehuset er en organisasjon hvor regler og prosedyrer styrer virksomheten (Strand, 2010). Det er en ekspertorganisasjon hvor kompetanse og kunnskap hos ansatte står sentralt for å levere tjenesten. De ansatte har lang utdanning, og de erfarne overfører sin kompetanse videre til de mindre erfarne (Strand, 2010). Da vår undersøkelse rundt mellomleders handlingsrom vil foregå i Sykehuset Telemark, ønsker vi å utdype hvordan organisasjonen er bygget opp. Mintzberg benytter strukturell analyse ved analysing av organisasjoner. Han deler den opp i fem elementer for analyse av strukturelle forhold (Mintzberg, 1989). Dette er illustrert i følgende figur:



Sykehuset Telemark er delt inn i horisontale sjikt. Mintzberg definerer sykehusorganisasjon som et fagbyråkrati (Høst, 2014). Sentrale kjennetegn er den operative kjernes nøkkelposisjon, standardisering av kompetanse og et beslutningssystem som er vertikalt og horisontalt desentralisert (Høst, 2014). Videre kjennetegnes et fagbyråkrati av at de har et lavt hierarki, de er arena for fagspesialisering og autonomi i yrkesutøvelsen. Problemer som skal løses er komplekse og orienteres mot løsninger for eksterne parter (Strand, 2010). Den operative kjerne er det personalet som utfører tjenestene som er direkte rettet mot brukere og pasienter. Over den operative kjerne kommer mellomledelsen. Den består av avdelings og seksjonsledere. Disse fører tilsyn, styrer og koordinerer ressurser til operasjonsarbeiderne.

Øverst i Mintzbergs modell ligger det strategiske toppunkt. Her ligger sykehusdirektøren og hans ledergruppe. De legger strategi og trekker opp de store linjene i organisasjonen (Bolman og Deal, 2018). Sykehusets består også av service og støttefunksjoner som personal- og organisasjonsavdeling, kvalitets-, forsknings- og økonomiavdeling. Dette er teknostrukturen med spesialister og analytikere som standardiserer, inspiserer og måler resultater og prosesser. De inngår ikke direkte i selve produksjonen, men påvirker den gjennom utforming av planer, opplæring og rutiner. Kantinepersonell, renholdspersonell, medisinsk-teknisk personell og merkantilt personell er eksempler på stabsstøtte som yter tjenester på tvers i organisasjon (Bolman og Deal, 2018).

Nøkkelenkomponenten i fagbyråkratiet er den operative kjerne. Disse har høy utdanning og stor grad av autonomi innenfor sitt faglige arbeidsfelt. Fagbyråkratiets koordinering er i hovedsak basert på standardisering av kompetansen, denne er først og fremst tilegnet gjennom utdanning innenfor universiteter og høyskoler. Ulike profesjonsforbund tilføyer i tillegg kunnskapsoppdatering og yrkesetiske retningslinjer (Høst, 2014). Mange av de oppgaver som skal løses kan inneholde så mye kompleksitet, at de kun kan løses ved bruk av profesjonelt skjønn. De ansatte er spesialister i sitt fagfelt og gir dem betraktelig autonomi over arbeidet de utfører. Arbeidet er ofte for komplisert til at andre kan fortelle fagfolkene hvordan de skal utføre jobben sin. Dette gir mye makt til den operative kjerne, men ledere i fagbyråkratiet har mulighet til å påvirke operatørene. Ledere bruker mye tid på konflikthåndtering i organisasjonen. Det være seg konflikter mellom ulike faggrupper og deres «revirområdet», og konflikter i spenningsfeltet mellom faglig kompetanse og administrative styringssignaler (Høst, 2014). Fagbyråkratier reagerer langsomt på endringer som skjer i deres omgivelser, og oppfattes oftest som besværende uromomenter av fagfolket (Bolman og Deal, 2018).

Mintzberg sier at sykehus er ekspertorganisasjoner med høye krav til spesialkompetanse og samhandling. Kjennetegn er sterke og parallelle autoritetshierarkier hvor spesialistkompetansen befinner seg i det han betegner som produksjonslinjen, nær pasientene. Beslutningspremissene går fra dem som står nær pasientene og oppover i hierarkiet. Det profesjonelle byråkratiet har ofte mange uformelle ledere fordi autoritet knyttes til ekspertise, og kan ofte være personer som ikke har formelle lederoppgaver. Samarbeidsproblemer kan oppstå uavhengig av organisering, gode rutiner, klar arbeidsfordeling og definert ansvaret. Behandling av pasienter krever innsats fra flere ulike avdelinger, og dette medfører et stort koordineringsbehov. Mintzberg påpeker at høyt utdannet fagfolk ikke kan kommanderes, de bør overtales med argumenter (Høst, 2014).

2.1.1 Lederspenn

Lederspenn eller kontrollspenn kan defineres som det antall ansatte en leder har personalansvar for, eller hvor mange som rapporterer til en leder (NOU 1999:10). Jacobsen og Thorsvik definerer lederspenn som: «*hvor mange personer en leder i praksis kan klare å føre tilsyn med*» (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Gjennom tradisjoner har lederspenn handlet mye om leders direktekontroll over sin ansatt, men i nyere tid forstås begrepet mer ut fra en tanke

om hvor mange ansatte en leder kan inspirere, støtte og legge til rette for. En annen måte å definere lederspenn på i vår tid kan være «oppmerksomhetsspenn» eller «tilgjengelighetsspenn» (NOU 1999:10).

En organisasjons størrelse og kompleksitet skaper behov for styring og koordinering. Max Weber var opptatt av standardisering av styring gjennom å bruke virkemidler som stillingsinstrukser, formaliserte regler og opplæring. Hvis man ikke kom i mål med virkemidlene måtte det utøves direkte kontroll. En slik organisasjonsform betegnes av Mintzberg som «maskinbyråkratiet» (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Lederspenn eller kontrollspenn handler om hvor mange ansatte som rapporterer til en enkelt leder. Det vil igjen si hvor mange ansatte en leder kan ha ansvar for uten at det oppstår problemer i form av kommunikasjon eller koordinering. Det er ikke nødvendigvis slik at størrelsen på leder/kontrollspennet avgjør hvor stor direkte kontroll som utøves. Det må også stilles spørsmål om oppgavens kompleksitet, rutiner og mulighet for standardisering. Enkle og spesialiserte oppgaver kan bety store kontrollspenn, men der det er vanskelig å standardisere kan dette gi utslag i små leder/kontrollspenn. Tradisjonelt sett har størrelsen på lederspenn vært minst på toppledernivå, mens lederspennet øker jo lengre ned man kommer i organisasjonen og er størst på førstelinjeledernivå (NOU 1999:10). I dagens samfunn er ledere i mindre grad opptatt av å utøve kontroll over de ansatte, men i større grad inspirere, støtte og tilrettelegge. Er oppgavene i en organisasjon preget av standardisering, og det er likhet mellom oppgaver, er kontrollspennet økende. Ved komplekse oppgaver og hvor det i tillegg må utvises mye skjønn er leder/kontrollspennet mindre. I disse organisasjonene har ansatte i tillegg behov for hyppig tilgang til leder for råd og veiledning (NOU 1999:10).

Henry Mintzberg arbeid omhandler mye om organisasjonsstruktur, og han omtaler også temaet kontrollspenn. Mintzberg mener at struktur handler om koordinering og arbeidsdeling, og han deler dette inn i gjensidig tilpasning, direkte kontroll, standardisering av arbeidsprosesser, resultater, kompetanse og normer (NOU 1999:10).

Ifølge Mintzberg ville alle disse mekanismer opptre i en eller annen grad innad i organisasjonen, men en vil være dominerende og bestemme hvilke type organisasjon dette er. Mintzberg mener at kontrollspenn/lederspenn i for stor grad har vært forbundet med direkte kontroll. Leders direkte kontroll er bare en av mange faktorer som avgjør hvor mange ansatte det bør være i hver enhet. Gjennom sitt arbeid har Mintzberg utarbeidet to grunnleggende

påstander om at større bruk av standardisering gir større kontrollspenn, og større behov for gjensidig tilpasning gir mindre kontrollspenn (NOU 1999:10).

2.2 New Public Management

Dette er en reform med fokus på marked. En oppfatning om at ulikheten mellom det offentlig og privat sektor ikke er så stor. Det er utviklet modeller til bruk i offentlig sektor som har likheter med privat sektor. Det offentlige presenteres for målstyring, kvalitetsstyring og Lean. NPMs mest sentrale kjennetegn er profesjonalisering av leder-rollen. Det skal skapes rom for å lede, men med krav om resultat og måloppnåelse. Lederen står nært knyttet til resultater og budsjett. Det er større bruk av indirekte kontroll, prestasjonsbasert belønningssystem, kvalitetssikring, delegering av ansvar og myndighet og mål/resultatstyring.

Brukeren kommer i fokus og gis økt innflytelse og medvirkning, eksempelvis gjennom fritt sykehusvalg (Øgård, Morten-Fra New Public Management til New Public Governance). NPM og dens ideer kom fra Storbritannia og USA på 1970-tallet. Den skulle bidra til en effektivisering av offentlig sektor, økt tilgjengelighet for brukere, reduksjon av offentlig forbruk og større ansvarliggjøring av ledelse.

Gjennom 1990 tallet har sykehussektoren i Norge gjennomgått en reformendring med større vekt på en markedsbasert helsepolitikk. To store reformer gjennom lov om enhetlig ledelse i -99, og lov om helseforetak -2002, har satt fokus på profesjonell ledelse. Det forventes at ledere skal ta større ansvar og få fullmakter til å utføre jobben. Administrasjon, forvaltning og saksbehandling er byttet ut til fordel for uttrykk som målstyring, kvalitetsledelse og effektiv ressursutnyttelse (Strand, 2010).

Ledere i det offentlige er ansatt i politisk styrte organisasjoner. Dette gir mindre handlings og styringsrom i forhold til personalfunksjonen. Ledere i denne typen organisasjoner er dessuten i større grad utsatt for innsyn fra offentligheten og media, og forholder seg sterkere til lover og regler. Offentlige ledere er mer opptatt av strategiutvikling og verdier enn private ledere (Byrkjeflot, 1997).

2.2.1 Helseforetak

Sykehusreformen er statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Tjenesten er omorganisert til selvstendige, regionale helseforetak (Ot.prp. nr. 66, 2000-2001). De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for lokale helseforetakene i sin region (Helsedepartementet, 2001). Foretakene sees på som selvstendige med stor beslutningsmyndighet og resultatansvar. Dette er ment å gi en positiv utvikling innen kvalitet, og et større rom for utøvelse av lederskap. Ansvarer blir mer målrettet og presist, samtidig som de økonomiske rammene også er blitt tydeligere. Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skal kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunns og ledelses ansvar. Helseforetakene gis stor frihet til bruk av sine ressurser innen rammen av den kontrakt eller bestilling som gis fra de regionale helseforetakene.

2.2.2 Enhetlig ledelse

Arbeidet og utredningen til Steine-utvalget førte til endring i spesialisthelsetjenestelovens §39 som inntraff i 2001. Endringen i spesialisthelsetjenesteloven (1999) lyder:

«Sykehus skal organiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglig rådgivere».

Loven gjelder alle nivå i norske sykehus, og innebærer at lederen skal ha totalansvar for både fag, personal og økonomi (Ot.prp. nr. 10, 1998-1999). Hovedintensjonen med loven er en profesjonalisering av ledelse i sykehus hvor lederen primært skal arbeide med ledelsesoppgaver og ikke i klinisk arbeid (ibid).

Lovendringen er et brytningspunkt mot tradisjonelle lederforståelser i sykehus ved at ledelsen skal være uavhengig profesjonen og enhetlig. Det skal være en resultatansvarlig leder på alle nivå i sykehuset. Lederen skal kunne ha lederansvar for alle arbeidstakere, og andre profesjonsgrupper. Eksempelvis kan en sykepleier være leder for en legegruppe (Mo,2006).

I de tilfeller hvor leder ikke er lege, må det være en lege med medisinsk faglig ansvar. Dette er spesielt aktuelt for ledere på avdelingsleder nivå. På dette nivået har det tidligere vært et

tydelig skille mellom den administrative leder som oftest en sykepleier, og den faglige leder som var lege. Lederen skal nå være profesjonsnøytral.

Dag Olof Torjesen (2008) har i sin doktorgradsavhandling blant annet tatt for seg legenes og sykepleiernes lederroller, og deres tilpasning til enhetlig ledelsesmodell. Han hevder at sykepleierne i stor grad har tilnærmet seg den form for ledelse som NPM og enhetlig ledelsesprinsipper definerer. Han beskriver hvordan sykepleiefagets ledelsessyn har utviklet seg etter 2. verdenskrig. Legen har i motsetning til dette fortsatt knyttet ledelse opp mot faglig ledelse.

2.2.3 Hybridledelse

Begrepene «hybridleder» og «hybridledelse» er lansert for å karakterisere rollen som leder i en kunnskapsorganisasjon. Definisjon av hybridledelse er ikke klart definert, men den betegner en blandingsrolle mellom faglig og generell ledelse. Dagens ledelse innebærer mere enn å kun lede faget – lederen må beherske styringsverktøyet i bedriften, og ta et helhetlig ansvar. Dette helhetlige ansvaret er ytterligere understreket gjennom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fra 2017. Helsevesenet trenger dyktige klinikere, men det trenger også «helsesystemledere» som påtar seg en lederrolle, slik at det helheten kan henge sammen på en trygg og god måte.

I sykehus er det i stor grad lege ledere som gjennomfører hybridledelse. De er satt i lederposisjoner, men fortsetter i tillegg sitt kliniske virke. Deres autoritet i eget miljø utøves gjennom faglig kompetanse innenfor medisin, og i mindre grad gjennom deres virke som leder. Eksempelvis vil en kirurg som er leder i egen seksjon også fortsette og operere pasienter. Sykepleiere vil i større grad fjerne seg fra en slik blandingsrolle gjennom å ha fullt fokus på ledelse som eget fag.

Helsepolitisk er det overordnede mål at helsetjenestene skal ha en viss tilgjengelighet som er uavhengig av økonomi og bosted, at de er kvalitativt gode og forsvarlige, og at de er omkostningseffektive (Berg, 2014). På overordnet nivå kan man si at driften i et sykehus i stor grad er styrt av skrevne regler og overvåkning av ulike målparameter for å nå disse overordnede målene. Ledelsesoppgaver kan grovt deles inn i to prosesser - beslutning og iverksettelse (Berg, 2014). Med rammer slik jeg har beskrevet over, vil ledere på de øverste

nivåene framstå som beslutningstakere og bidra til iverksetting, mens førstelinjeledere eller klinisk leder i mindre grad får innflytelse på beslutningsprosesser og i større grad er iverksettingsleder. Kliniske ledere blir da en arbeidsleder med klare instruksjoner ovenfra om hva som skal gjøres. Dette passer inn i analysen av at sykehusdriften i større og større grad kan forstås som en byråkratisk oppbygd organisasjon med høy grad av regel- og prosedyrestyring av virksomheten (Strand, 2007). Det kan ut fra dette virke som om kliniske ledere har lite handlingsrom. Ser vi imidlertid nærmere på driften lengre ut i organisasjonen og et møte med en pasient, kan dette i noen grad standardiseres gjennom rutiner og prosedyrer, samtidig er det behov for sterk grad av skjønn fra fagpersoner. Beslutningsmyndigheten og handlefriheten ligger da hos den enkelte ansatte. Organisasjonen er således hierarkisk oppbygd med klare regler og prosedyrer, samtidig som mye av beslutningsmyndighet ligger langt nede i hierarkiet hos de profesjonelle fagutøvere og de kliniske lederne (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Handlingsrommet hos ledere i sykehus og på ulike nivå, må forstås med utgangspunkt i disse rammene og denne organisasjonsfungeringen.

Det er lange ledelsestradisjoner ved norske sykehus. Sett historisk har sykehus blitt styrt og drevet av leger. Institusjonene har vært resistent mot ytre ledelses kontroll og styring (Torjesen, 2008). Professor Ole Berg bruker ordet «medikrati» om dette fenomenet (Berg, 2005). Frem til ca. 1970 tallet var sykehusavdelingen styrt av overlegen, mens en administrerende overlege styrte sykehuset som helhet (Torjesen, 2007). Todelt ledelse ble innført i norske sykehus på 1980 tallet. En overlege og en oversykepleier hadde avdelingsansvar. Overlegen brukte i hovedsak tid på pasienten, mens oversykepleierens fokus var personal, pleiefunksjoner og administrative oppgaver.

Lovfesting av enhetlig ledelse i 1999 gav sykehus frihet til å ansette ledere på ulike nivå uavhengig av faggruppe og profesjon. Gjennom dette har spesielt sykepleierne benyttet ledelsesposisjoner for å oppnå anerkjennelse, respekt og frigjøring fra medisinske hierarkier (Torjesen, 2007). Gjennom innføring av enhetlig ledelse har et av målene vært å endre, og heve synet på ledelse i sykehus. Ved at intern samordning i organisasjonen er blitt delegert nedover, har det åpnet for en mer profesjonell ledelse (Byrkjeflot, 1997). Profesjonell ledelse er å se på ledelse som et eget fag med kompetanse rundt det å utvikle strategi, innføre endringer og tilpasninger i organisasjonen. I NOU 1997:2 «Pasienten først!» viser endringer som medfølger en dreining fra fagledelse til en mer profesjonell ledelse. Det er presisert at leder må ha ledelseskompetanse. Lederoppgaver skal prioriteres av leder fremfor andre

oppgaver. Avdelingslederstillinger er ikke forbeholdt leger, men også av andre med helsefaglig kompetanse.

Innføring av Lov om helseforetak gjorde sykehus til fristilte enheter med staten som eier (Lov om helseforetak, 2001). Det ble lagt nye premisser for ledelsesområder i sykehus. En hensikt var å erstatte den tidligere medisinske og sykepleiefaglige lederstrukturen til et mer enhetlig hierarki. Linjeledelsen ble gitt et mye større totalansvar for personal, fag, økonomi og budsjett. Ledere blir satt inn i en hierarkisk styringslinje fra regionalt helseforetak til lokale helseforetaks enheter som avdelinger og klinikker (Torjesen, 2008). De aller fleste sykehus er i dag tilpasset etter denne lederreformen. Studier viser derimot at den faglige ledelsestradisjoner fortsatt gjør seg gjeldende på mange sykehus. Grunnen til dette kan ha sammenheng med et stadig større fokus på kvalitet og pasientsikkerhet i sykehus (Kjekshus, Byrkjeflot, Torjesen, 2013).

Sykehussektoren har i tillegg til Lov om helseforetak og innføring av enhetlig ledelse, også påvirket av en markedsinspirert helsepolitikk. Stykkprisfinansiering, ny pasientrettighetslovgivning og pasientens rett til fritt sykehusvalg gir ledere i sykehus et større økonomisk og resultatavhengig ansvar, og måles på prestasjoner (Torjesen, 2008). Gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus påpekes det at det finnes motsetninger mellom faglig og administrativ ledelse i dagens sykehus. Ved tidligere reformer og fornyelse i sykehusene var det fagfolket som var ekspertisen. I dagens sykehus etterspørres det ledere som kan lede helheten. Evne til omstilling og myndighet er viktigere egenskaper enn faglig kyndighet (Kjekshus, Byrkjeflot, Torjesen 2013). Mange lege-ledere opptrer i grenseroller mellom det medisinske faglige området og profesjonell ledelse. Gjennom hybridledelse opprettholder legelederen sin kliniske kompetanse og fagkyndighet ved å stå med et ben i klinikken, samtidig som det skal utøves profesjonell ledelse etter foretakslogikk (Torjesen, 2008). De nevnte reformer har gitt nye ledermuligheter for sykepleien. Den har styrket sin profesjon gjennom å ta lederroller i helseforetakene, i konkurranse med medisinerne og andre faggrupper. Det kan sees på som en bevisst strategi fra sykepleiens side for å oppnå økt status og anerkjennelse (Torjesen, 2008).

I Telemark er Sykehuset Telemark et områdesykehus. Sykehuset dekker et befolkningsgrunnlag på rundt 170 000 innbyggere- Det var i 2017 ca. 3000 årsverk. I Skien ligger hovedadministrasjonen. Sykehuset er et allsidig akuttsykehus og tilbyr diagnostikk og behandling innenfor de fleste spesialistområder.

Sykehuset har delregionfunksjon innen fire fagområder. Dette er plastikkirurg, medisinsk genetikk, fertilitetsbehandling og arbeidsmedisin.

Sykehuset Telemark eies av det [regionale helseforetaket Helse Sør-Øst](#). Etter helseforetaksreformen har antall formelle ledernivå økt fra tre til fire nivåer. I Sykehuset Telemark kan man etablere inntil tre organisatoriske nivå under administrerende direktør. Klinikk, avdeling og seksjon. Antall nivå vil imidlertid variere fra klinikk til klinikk ut fra størrelse og virksomhetens karakter. Alle klinikker, avdelinger, seksjoner og enheter har en ansvarlig linjeleder slik spesialisthelsetjenesteloven krever. Klinikkene ledes av klinikksjefen som har det overordnede ansvaret for sin enhet. Gjennom sykehusets interne organisering og lederavtaler blir fullmakter lagt til klinikksjef, avdelingsleder og seksjonsledere. Klinikk og avdelingens inntekter og utgifter blir synliggjort gjennom egne budsjetter gjeldende lønnsutgifter, variabel lønn, pasientbehandlinger og innkjøp.

Kjerneaktiviteten i sykehuset foregår i klinikkens avdelinger og seksjoner. I hver klinikk opprettes et antall avdelinger som har et helhetlig resultatansvar for sine fagområder. I avdelingene kan det være flere spesialiteter. Det skal utpekes medisinskfaglig rådgiver dersom forsvarlighetskravet krever dette. På avdelingsnivå i organisasjonen skal en søke å utnytte det faglige og ressursmessige potensialet som ligger i å etablere større enheter. Hvorvidt det er hensiktsmessig med et nivå, vil variere fra seksjon til seksjon, og er avhengig av seksjonens størrelse og sammensetning.

Mye tyder på at ledelse av helseorganisasjoner er komplisert. En studie fra 2009 viste at av 60 toppledere som har ledet helseforetakene etter innføring av reformen i 2002, hadde bare fem sittet sammenhengende frem til 2009 (Mordal, 2009). Dette viser at ledelse i sykehus er en utsatt posisjon hvor strategier skal brynes opp mot politikk, kvalitet, lokalsamfunn og ansatte. Økonomi og budsjett er satt av andre enn de som leder sykehusene, med høye krav til kutt, innsparinger og nedskjæring. Dette bidrar til ulike tilnærminger lokalt for å manøvrere innenfor de økte kravene.

Foretaksreformen og innføring av enhetlig ledelse har hatt som mål å gi ledere i sykehus større autonomi, ansvarliggjøring og profesjonalisering av ledelse. Samtidig skal leder ivareta faglige hensyn og krav. Dette kan gi innvirkning på mellomleders handlingsrom og opplevelse av autonomi i sin arbeidshverdag. I Torjesens avhandling Foretak, management og medikrati viser det til at ledergrupper i alle regioner uttrykker lite handlingsrom omkring

budsjett, organisasjonsstruktur, og at det er et stadig økende økonomisk styringsfokus. Ledere som forsøker å skille fag fra økonomi og ledelse møter lite aksept på det operative nivå.

Dagens helseforetak er utsatt for detaljert styring fra statlige eiere. Politiske føringer gir helseforetakets topledere sterke resultatkrav, og begrenset handlingsrom (Torjesen, Byrkjeflot, Kjekshus, 2013). Økt grad av sentralisering av ledelse og styringsverktøy som «overvåker» ledere gjør mulig sykehuset til en industripreget virksomhet. Arbeidet blir i større grad standardisert både i kjernevirksomheten og blant ledere (Torjesen, Byrkjeflot, Kjekshus 2013). Ledere har fått større ansvar da budsjett- og personaldrift er sterkere forankret i linjen, men samtidig begrenses handlingsrommet.

2.3 Ledelsesroller

Ledelse handler om å få det beste ut av de menneskelige ressursene (Døving m. fl. 2016). Flere har definert ledelse og vi viser til definisjonen:

«Ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd» (Yukl, G. i Jacobsen og Thorsvik, 2016:416).

Yukls definisjon retter oppmerksomheten mot tre aspekter ved ledelse for å vise hensikten med ledelse i en organisasjon. En leder er en som har en formell lederstilling og dermed kan kalle seg leder. Ledelse er knyttet til «*handlinger*» som kan utøves av andre enn den som formelt er leder. Ledelse kan knyttes til «*påvirkning*» og har til hensikt å få andre mennesker til å utføre noe. Ledelse er også knyttet til mål og hensikten er at lederens adferd *påvirker* menneskene til å jobbe målbevisst for å nå organisasjonens mål (Jacobsen og Thorsvik, 2016).

Mintzberg har kartlagt lederes ulike roller og klassifiserer lederrolle innenfor tre hovedkategorier. Mellommenneskelige roller som handler om samhandling med andre mennesker, informasjons- og beslutningsmessige roller (Grønhaug, 2011). I Mintzberg sin mellommenneskelige rolle skal sosiale funksjoner og mellommenneskelige relasjoner ivaretas. For at medarbeiderne skal trives er denne rollen viktig. En lederrolle innebærer også å håndtere sosiale, personlige og psykologiske utfordringer som oppstår ved omstilling og nedskjæringer. Det er viktig med nettverk for å utføre informasjonsrollen, her har ledere

ansvar for å skaffe seg informasjon og formidle den videre til sine ansatte. Å være informasjonsspreder handler om å spre “*nøkkelinformasjonen til nøkkelpersoner*”. Det kan være å opplyse om viktige forhandlinger til en annen leder. I en slik rolle skal en leder også være talsperson for de ansatte. Å være talsperson handler om det motsatte, om å informere om ansattes arbeid til andre avdelinger eller seksjoner. Det kan være med å skape omdømme og kan virke motiverende på arbeidsinnsatsen. Rollene illustreres i følgende figur:

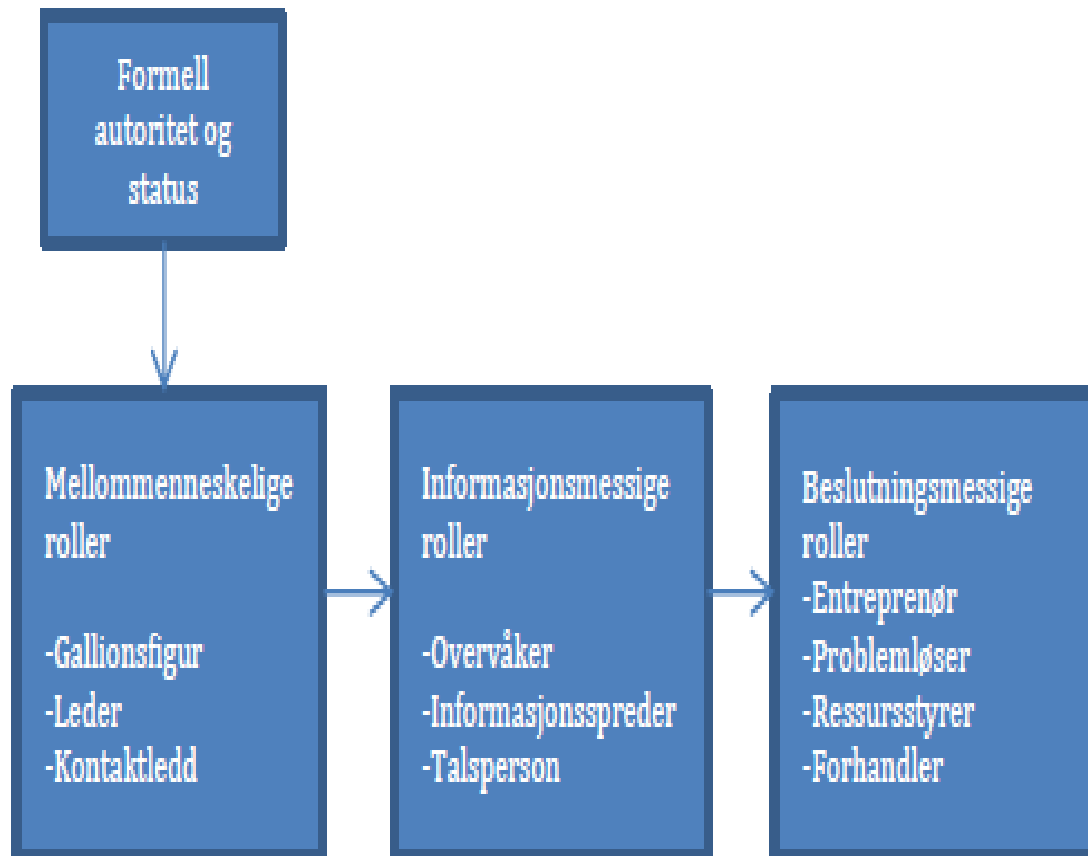
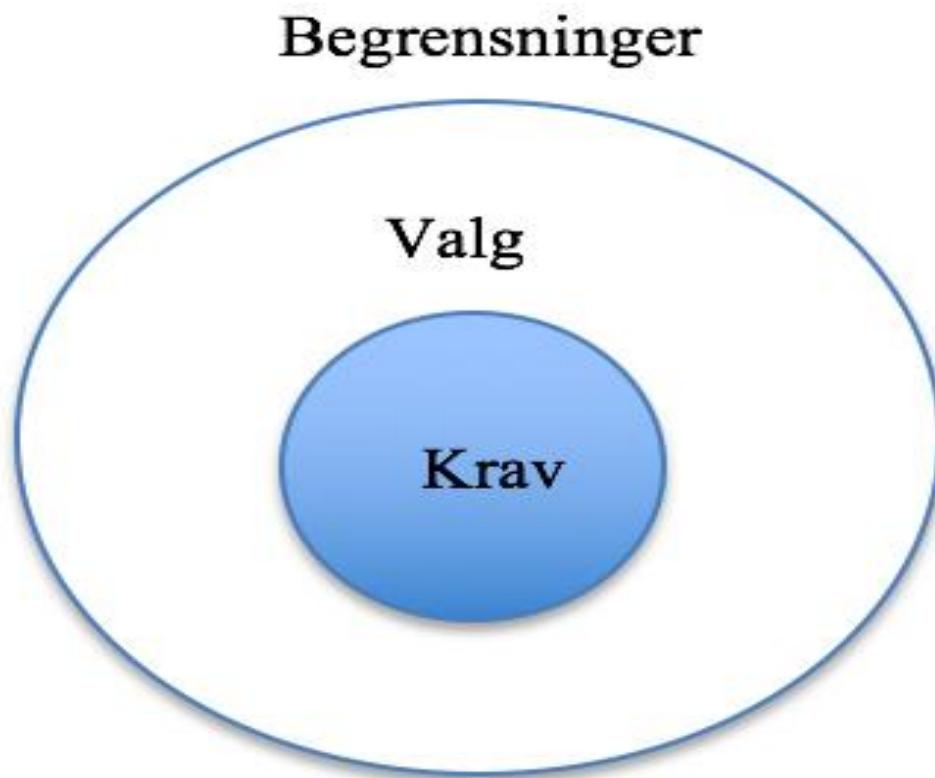


Fig. 4 Mintzberg, lederes ulike roller

Ledelse beskrives også som at man leder med hele seg, det vil si som en funksjon man blir identisk med. Det bare skjer uten at lederen har et bevisst forhold til det, eller ønsker å unngå det. Selv om en leder har et sterkt ønske om å holde seg innenfor en definert rollespesifikasjon så er det ikke til å unngå at alt ved en leder, mimikk, øyekast, kan bety noe for andre.

2.4 Handlingsrom

Sykehus er et profesjonelt byråkrati. Dette skaper rammer for ledelse og hvordan ledelse kan utøves. I mange situasjoner står ledere uten klare rutiner og rammer, men hvor de likevel må handle. De spesifikke betingelsene ledere har for å handle, kan sies å være leders handlingsrom. Begrepet handlingsrom handler om den åpningen og de muligheter ledere har til å ta egne valg og fatte beslutninger i situasjoner som ikke har et klart fastlagt handlingsmønster (Strand, 2010). Handlingsrom kan forstås som mulighetsområdet mellom krav og begrensninger som vist i figur 1.



Figur 1: Handlingsrom og områder for tolkning, utprøving og forhandling.

Kilde: Strand, 2010.

Denne modellen ble opprinnelig beskrevet hos (Stewart, 1976). Kravene refererer til det en leder må gjøre for å unngå sanksjoner eller miste sin stilling, mens begrensninger er det som

begrenser hva en leder kan gjøre med bakgrunn i for eksempel ressursituasjonen, kultur og struktur (Høst, 2015). Lederens handlefrihet ligger mellom disse begrensningene og kravene.

2.4.1 Leders handlingsrom

Leders mulighet for å ta beslutninger og deres opplevelse av handlingsrommet påvirkes av hvilket nivå i organisasjonen den tilhører. Vi ønsker i denne oppgaven å se på mellomleders handlingsrom.

«En mellomleder er enhver leder som befinner seg to nivåer under toppsjef og ett nivå over arbeidere arbeidere/førstelinjemedarbeidere, som binder sammen virksomhetens strategiske og operative nivå, og som har ansvaret for minst en del av virksomhetens forretningsprosess, men ikke forretningsprosessen som et hele» (Hope, 2015:22).

Ledelsesoppgaver kan deles inn i en beslutningsprosess og en iverksettingsdel (Berg, 2014). Toppledelsen tar beslutningene, mens mellomledere har liten eller ingen innflytelse på disse prosessene. De blir utfører og iverksetter av de beslutningene som er tatt i et overordnet nivå. I forsøk på å imøtekomme politiske krav og oppdrag om et mer veldrevet og effektivisert helsevesen, preges sykehus av hyppige endringsprosesser. Vår opplevelse er at mellomleder har liten beslutningsmyndighet i bestemmelser. Men som utformer og iverksetter av endringer er de viktige for at endringen skal lykkes. Mellomledere har ofte sterk kunnskap om organisasjonen og medarbeidere, og innehar derfor en nøkkelposisjon ved endringer i organisasjonen (Ladegård og Vabo, 2010).

I vår organisasjon som er offentlig sykehus, er seksjonsleder underlagt avdelingsleder med klinikk sjef over. Seksjonsleder er i førstelinje til personalet, og leder nærmest pasientbehandlingen. Seksjonsledere står i konstant press og har krav og forventninger fra mange hold. Lederavtaler, lovverk, forventninger fra personalet, oppdragsgivere og ledelsen over, gir innhold og rammer i arbeidshverdagen. Det snakkes om at mellomledere står i et sterkt press mellom toppledelsens beslutninger og de ansattes ønsker. Ofte er det et gap mellom toppledelsens ønske om effektivisering med tanke på økonomisk gevinst, og de ansattes opplevelse av hva som er faglig forsvarlighet.

Ledere bruker mye tid på å håndtere ulike former for forstyrrelser eller konflikter i organisasjonen. Eksempler på dette kan være konflikter som har å gjøre med de ulike

faggruppene revirerområder. Ledere er opptatt med å forhandle mellom de ulike profesjonene, og dette kan være en kilde til makt. Ledere har også nøkkeloppgaver som grensepersoner i organisasjonen. De har kontakt med de bevilgende myndigheter, andre organisasjoner og enheter man samarbeider med. Det er til enhver tid spesielt legenes og sykepleiernes normer og verdier som avgjør hva som er adekvat pleie og behandling.

Leders handlingsrom er også nærliggende å betrakte i sammenheng med makt knyttet til posisjoner og utfoldelse gjennom handling. Sett i forhold til Stewarts (i Strand, 2010) omtale av handlingsrom som noe en leder kan vinne, vil makt og tillit, og ikke minst balansen mellom disse, ha stor betydning. Tillit handler om å stole på noe en ikke har mottatt, og om at en kan motta noe uten at det stilles noen krav tilbake. Handlingsrommet er viktig da det er en motivasjonsfaktor for ledere. Handlingsrommet kan erfares ulikt fra person til person fordi dette preges av individuelle forhold. Balansen mellom makt og tillit påvirker handlingsrommet og har innvirkning for leders mulighet til å ivareta lederansvaret. Hvis ledere har tillit i organisasjonen, og fullmakt til å iverksette beslutninger kan dette være med på å gi erfaring med utprøving og risiko, og påvirke lederens handlingsrom.

Kan mellomledere styre sin egen arbeidshverdag, ellers er den preget av brannslukking? Er det tid og rom for målrettet utviklings og strategiarbeid? Det sier seg selv at handlingsrom for ledere mot vedtatte mål blir redusert hvis hverdagen er preget av brannslukking. Forskning om ledelse peker på at leders hverdag preges av avbrudd, kriser og turbulens (Strand, 2010). Langsiktig planlegging og utviklende arbeid er ofte en mangelvare. Litteraturen sier noe om at leders arbeidshverdag er oppstykket, og mestring av ledelsesoppgaver handler mye om å mestre slike arbeidsdager (Baldersheim, 2015).

2.5 Utdanning og erfaring

Torsteinsen (2017), forklarer at manglende relevant kompetanse hos ledere kan føre til at lederne fanges av sine institusjonelle omgivelser, og at det kan være utfordrende å fatte rasjonelle beslutninger. Ved å gjennomføre utdanning innen ledelse vil ens kompetanse innen ledelse øke og man vil bevisstgjøres hvordan man bedre kan utøve ledelse. Torsteinsen (2017), presiserer at man ikke må undervurdere den kompetansen som ledere uten formell lederutdanning har anskaffet seg gjennom et langt arbeidsliv, altså den ledererfaringen man

opparbeider seg gjennom å praktisere ledelse. Kompetanse defineres av Olsen (2016), som kunnskaper, ferdigheter og evner som er nødvendig for å utføre et arbeid. Kompetanse man opparbeider seg ved hjelp av utdanning kaller man formell kompetanse, men kompetanse man opparbeider seg i arbeidslivet kalles realkompetanse (Olsen, 2016).

Ledere i en organisasjon vil ha ulik utdanning og arbeidserfaring. Noen av lederne vil kanskje være høyt utdannet, både innen faget de jobber med og innen ledelse. Men fremdeles kan noen av disse mangle tyngden og erfaringen man får gjennom å praktisere faget ledelse. Andre har kanskje ingen formell lederutdanning eller utdanning innen faget, men har mye ledererfaring gjennom å ha praktisert lenge som leder. Det er viktig å få frem at ledelse er et eget fagfelt og mange er i lederstillinger uten å ha den formelle kompetansen det krever.

2.6 Lederavtaler

Lederavtalen i Sykehuset Telemark skal sikre og styrke koblingen mellom ledelse, lederutvikling og virksomhetsstyring. Den benyttes som et forpliktende styringsverktøy hvor det stilles krav til seksjonsledere. Avtalen sier også noe om hva avdelingsleder kan bistå med av ulike former for støtte. God ledelse handler om å vise gjennomføringskraft, mestre styring og tydelighet. Leder skal også tilrettelegge for mestring og motivasjon hos medarbeiderne. En leder skal være med på å skape kultur for nyskaping og læring, godt arbeidsmiljø og bevissthet. Det er viktig å se helhet og sammenheng i organisasjonen for å sikre riktig ressursutnyttelse av kompetanse. Lederavtalen er basert på forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestens, rammeverk for god virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst, samt fullmaksreglene i Sykehuset Telemark.

STHF's lederavtale skal bidra til å avklare hvilke gjensidige krav og forventninger som skal gjelde mellom Direktøren og seksjonsledere. Seksjonsleder rapporterer i det daglige til avdelingsleder.

Gjennom lederavtalen skal avdelingsleder og seksjonsleder legge grunnlag for vurdering og evaluering av hvordan krav i klinikken gjennomføres, og hvordan dette legges til rette for i seksjonen. Lederavtalen er et verktøy for å definere resultatmål og måloppnåelsen av.

Lederavtale legges ved som vedlegg i oppgaven. Denne viser hva seksjonsleder har totalansvar for og beslutningsmyndighet til.

Økonomistyring er et element i en leder avtale. Avdelingsleder har ansvar for å følge opp seksjonens budsjett og at avdelingens totale drift ligger innenfor rammer som er vedtatt i årsbudsjett, og eventuelle budsjettendringer. Oppfølgingen skjer gjennom oppfølgingsmøter i løpet av året og i årlig medarbeidersamtale. Viktige virkemidler er god økonomistyring og effektiv tjenesteproduksjon. Seksjonsleder bør arbeide målrettet med ledelse, kultur og holdninger knyttet til økonomistyring hos alle ansatte i seksjonen.

En mellomleder som er ansvarlig for sin seksjon må ha fullmakter som gir henne innflytelse over arbeidsprosesser i seksjonen. Dette kan gjelde økonomiske disposisjoner, ansettelse, ressursstyring og fordeling av arbeidsoppgaver (Baldersheim, 2015). Handlingsrommet ligger på organiserings og personellsiden, og med liten økonomisk disponering innenfor budsjett. Det er oftest hyppige rapporteringer til overordnet styringsnivå angående ressursbruk og budsjett. I tillegg er det ofte rapportering på mange andre kvalitetsindikatorer. Disse kan være spesifisert i lederavtaler som resultatkrav til lederne (Baldersheim, 2015).

3.0 Metode

Vi har valgt å bruke kvalitativ metode. Målet med oppgaven er å forstå mer enn å forklare (Malterud, 2011) Vi ønsker å utforske og beskrive hvordan mellomledere oppfatter sitt handlingsrom, og faktorer som hemmer eller fremmer denne oppfattelsen. Et formål med studien er hvordan mellomleder opplever sitt handlingsrom i arbeidshverdagen, ikke i mengde og fordeling. Gjennom kvalitativ metode er målet større forståelse fremfor formalisering (Malterud, 2011).

Denne undersøkelsen er et casesdesign hvor dybdeintervju er metoden som anvendes gjennom et intensivt opplegg (Jacobsen, 2015). Gjennom dybdeintervjuer har vi samlet informasjon som vår problemstilling søker, nemlig mellomleders opplevelse av handlingsrommet. Casestudiet går i dybden på problemet og tar for seg mange variabler, men relativt få enheter (Jacobsen, 2015). En slik undersøkelse tar utgangspunkt i dem som blir studert og deres subjektive oppfattelse av fenomenet som studeres. De opplever derfor oftest undersøkelsen som relevant, og med riktig beskrivelse av deres virkelighet. En slik intensiv undersøkelsesopplegg vil da gi høy grad av intern gyldighet. Intern gyldighet sier noe om i hvilken grad det er empiri for oppgavens konklusjoner (Jacobsen, 2015).

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Det åpne og individuelle intervjuet er den vanligste datainnsamlingsmetoden innenfor kvalitativ metode (Jacobsen, 2015). Jacobsen (2015) mener at åpne intervjuer er egnet når det er få enheter som skal undersøkes. Intervjuer er tidkrevende, og gir store datamengder som skal struktureres (Jacobsen, 2015). Vi vil gjennom denne oppgaven undersøke den enkeltes oppfattelse og fortolkning av sitt handlingsrom som mellomleder. Det er deres subjektive opplevelse som gir empiri til de faktorer som hemmer eller fremmer oppfattelsen av å ha et handlingsrom som mellomleder i sykehus.

3.1.1 Forforståelse

Begrepet forforståelse beskrives av Malterud (2011) som den personlige ryggsekken man tar med seg inn i et forskningsprosjekt. Hvordan studien presenteres er avhengig av erfaringer, hypoteser, teoretisk referanseramme og faglig perspektiv (Malterud, 2011).

Aadland (2004) beskriver viktigheten av å være bevisst sine holdninger og sin forforståelse. Det er viktig å møte intervjuobjektene med et åpent sinn, og med avstand fra egen lederrolle. Vi bringer med oss vår forforståelse, og dette vil prege vår tolkning av data som samles gjennom intervjuene. Siden vår forforståelse vil påvirke oppgaven, er det viktig å beskrive den, og også kunne endre den underveis i oppgaven. Den forforståelsen vi har ved oppstart av studien, vil utfordres underveis gjennom forskningslitteratur og respondentenes innspill. Vi har i mange år jobbet som seksjonsledere i spesialisthelsetjenesten, og har gjennom erfaring og observasjon fått inntrykk av et begrenset handlingsrom hos mellomledere. Vi har selv hatt opplevelse av lite handlingsrom i vår arbeidshverdag som seksjonsledere. Denne forforståelsen tar vi med oss inn i analysearbeidet.

Det vil være mange fordeler knyttet til forskning på et felt vi kjenner godt, men det kan være vanskelig å distansere seg fra problemstillingen og utøve objektivitet.

3.2 Tematisering

For belysning av vår problemstilling har vi valgt kvalitativ metode. Dette fordi metoden vil gi oss dybde i undersøkelsen. En kvantitativ metode i form av spørreskjema, vil gjøre det vanskeligere å gå i dybden. Det kan gi et overfladisk preg fordi metoden skal nå mange enheter, og kan dermed ikke være for kompleks. Det er dessuten lite rom for en utdypende spørsmålsstilling.

3.3 Planlegging og utvalg

I planleggingsfasen har vi sett på mellomleders handlingsrom i arbeidshverdagen ved Sykehuset Telemark. Vi har valgt førstelinjeledere. Disse er på samme nivå som oss selv, og vi kan derfor lettere identifisere oss med intervjuobjekter for å få en felles forståelse av tema. Vi valgte å intervju seks personer som tilhører kirurgisk klinikk, og akutt og beredskapsklinikken.

3.3.1 Utvelgelse av informanter

Vi har valgt å intervju seksjonsledere i Sykehuset Telemark innen kirurgi klinikk, og akutt og beredskapsklinikken. Det er gjort en skjønnsmessig utvelgelse. Vi mener at dette er ledere som kan gi oss svar på vår problemstilling da deres arbeidshverdag er preget av mål og resultatstyring, samt raske skifter og endringer i driften. Det er utarbeidet en intervjuguide med spørsmål som skal gi oss svar på kunnskapen vi søker i intervjuene.

Blant våre informanter er tre av dem erfarne ledere med mer enn syv års erfaring i samme stilling, og tre har maksimalt to års erfaring som seksjonsledere. Dette kan gi oss et bilde på om erfaringsbiten har noe å si i forhold til opplevd handlingsrom som leder. Videre har fire ledere ledelsesutdanning, mens to ikke har utdanning innen ledelsesfaget. Alle informanter har et stort lederspenn med ca. 50-70 ansatte i sin seksjon.

Våre informanter ble kontaktet på mail. Da de hadde godtatt forespørselen fikk de tilsendt intervjuguide og møteinnkalling for tid og sted.

3.4 Intervjuer

Vi har intervjuet seks seksjonsledere. Intervju som metode krever at man velger antall informanter, og hvordan det skal gjennomføres. Vi valgte å gjøre individuelle intervjuer fremfor gruppeintervjuer. Underveis i intervjuet ønsket vi å føre en samtale med informanten og stilte oppfølgingsspørsmål hvis noe måtte utdypes. Dette tror vi gav respondentene mulighet til å fortelle mest mulig fritt. Vi benyttet individuelle intervjuer slik at det var lettere å styre samtalen. En til en relasjon gir et godt utgangspunkt for å skape tillit mellom intervjuer og den som intervjues (Jacobsen,2015).

3.4.1 Intervjuguide

Vi har utarbeidet en intervjuguide som fokuserer på tema som undersøkelsen skal belyse. Den inneholder fakta-spørsmål gjeldende ledererfaring, kompetanse og utdanning. Intervjuguiden ble videre bygd opp i en rekkefølge hvor vi startet med lette introduksjonsspørsmål som alder, utdanning, antall år og erfaring som leder. Dette ble gjort for å lette stemningen å få informantene i prat, men dette var også relevant i forhold til undersøkelsen. Videre har vi formulert spørsmål som dekker seksjonsleders opplevelse av arbeidshverdag knyttet til styring

og ledelse, påvirkningskraft i endringsprosesser, handlingsrommet, beslutningsmyndighet og lederstøtte.

Vi kjørte et testintervju hvor intervjuguide ble noe endret og revidert når det gjaldt spørsmålsformulering. Dette for å få et mer utdypende svar på tematikken. Gjennom testintervjuet fikk vi tilbakemelding fra respondent om spørsmålene opplevdes relevante i forhold til oppgavens tema. Dette ble også en test på tidsramme i forhold til antall spørsmål og besvarelse fra intervjuobjektet. Vi opplevde prøveintervjuet svært nyttig da det gav oss refleksjoner rundt hvordan vi fungerte som intervjuere. Vi oppdaget blant annet at det er fort å bli så fokusert på spørsmålsformuleringen at man glemmer å lytte til svaret. Da er det vanskelig å stille oppfølgingsspørsmål.

I etterkant av vårt testintervju stilte vi oss spørsmål rundt vår problemstilling og dens ordlyd. Utgangspunktet vårt med å stille spørsmålet om mellomleder *har handlingsrom*, ble endret til mellomleders *oppfatning av sitt handlingsrom*. Endring av problemstillingens ordlyd mener vi vil gi oss mer utdypende svar fra intervjuobjektene.

3.4.2 Gjennomføring av intervjuer

Intervjuene ble gjennomført i arbeidstiden på intervjuobjektens arbeidsplass. Det ble benytte lydopptak av alle intervjuer med samtykke fra samtlige. Intervjuet tok fra 50 minutter til en time. Da vi var to intervjuere fordelte vi oppgaver mellom oss slik at en kjørte intervju, og en hadde ansvar for lydopptaket, og å være en aktiv lytter. Gjennom å være to er vår opplevelse at vi fikk stilt gode oppfølgingsspørsmål og klarte å lytte aktivt til de svarene intervjuobjektet gav. Intervjuguiden startet med enkle fakta spørsmål om bakgrunnsinformasjon innen erfaring, kompetanse og utdanning, og på den måte kom både intervjuer og intervjuobjektet godt i gang slik at seansen ble bra. Avslutningsvis fikk intervjuobjektene tilføre det de selv ønsket. Noen hadde ingen tilføyelser, mens andre hadde flere poenger de ville få frem i lys av oppgavens tematikk og problemstilling.

3.5 Transkribering

Vi kjørte lydopptak via mobiltelefon, og intervjuene ble transkribert i sin helhet. Vi valgte å transkribere intervjuene samme dag, eller dagen etter, da vi hadde det ferskt i minne.

Lydopptak anbefales for å sikre at opplysninger og fortellinger kommer i sin helhet.

Transkriberingen er et krevende arbeid som har tatt tid.

3.6 Analyse

Vårt datamateriale etter alle intervjuer er mange timers lydopptak og notater. Denne store informasjonsmengden gir oss mange ulike synspunkter og perspektiver på vår problemstilling. Ut fra dette materialet skal vi finne det som er relevant for oss.

Vi har valgt å analysere gjennom en innholdsanalyse (Jacobsen, 2015). Det baserer seg på at det som blir sagt i intervjuet kan reduseres til færre, men mer overordnede kategorier (Jacobsen, 2015). Stoffet skal sammenstilles, mønstre skal frem og spesielle avvik eller underliggende årsaker påpekes (Jacobsen, 2015). Over i selve analysen må igjen gjøre en utvidelse av data. Alt settes inn i en større sammenheng, og vi må reflektere over sammenhenger mellom kategoriene.

Våre hovedtemaer i intervjuguiden er brukt som overordnede kategorier. Vi kategoriserte etter intervjuobjektens opplevelse av mulighet for styring og ledelse innenfor sitt ansvarsområde, deres påvirkningskraft under endringsprosesser tilhørende deres ansvarsområde, hvilken form for lederstøtte de opplever. I vår intervjuguide etterspør vi erfaring, kompetanse og utdanning som leder, og hvor lenge de har sittet i stillingen. Ut fra dette har vi utarbeidet en tabell. Intervjuobjektene er her inndelt etter erfaring og kompetanse, og gir oss en mulighet til å se om det er en sammenheng mellom erfaring/kompetanse og opplevd handlingsrom.

Under hver av hovedkategoriene har vi laget underkategorier som ble inndelt ut fra om intervjuobjekter hadde likt eller ulikt syn av eksempelvis påvirkningskraft i endringsprosesser. Ved ulike oppfattelser av et tema har vi skrevet ned hva de opplever som forskjellig, og det samme har vi gjort ved like synspunkter. Det er dette som skal danne grunnlaget for vår analyse og drøfting.

De sentrale detaljer som kan gi ny innsikt i et fenomen må trekkes frem. Den kvalitative analysen veksler mellom detaljer og helheten, og beskrives som en hermeneutiske metode (Jacobsen, 2015).

Jacobsen (2015) inndeler analysen av kvalitative data i tre faser. Det første er beskrivelsen av materialet som er samlet gjennom intervjuer. Andre fase handler om å systematisere og kategorisere den uoversiktlige informasjonen vi sitter med. Stoffet må også reduseres for å skape oversikt, og formidle funn. I den tredje fasen skjer en sammenbinding. Fortolkning av data, lete etter meninger og årsaker.

Analysen er en stor og krevende prosess. Gjennom de refleksjoner og diskusjoner vi gjør underveis i arbeidet håper vi å finne en forståelse av hva som er essensen, og klare å sette dette inn i en større sammenheng.

3.7 Reliabilitet

Reliabilitet sier noe om hvorvidt vi kan stole på funn som fremkommer (Jacobsen, 2015). Det er undersøkelsens nøyaktighet, konsistens og databehandling i ettertid. Reliabilitet har med pålitelighet eller troverdighet å gjøre. Reliabilitet kan sees i sammenheng med spørsmålet om resultatene kan reproduseres på et senere tidspunkt av andre forskere (Kvale og Brinkmann, 2015). Reliabilitet kan påvirkes av ulike forhold. Tidspunkt, situasjon og forholdet mellom forsker og enhet kan virke inn på svarene (Kvale og Brinkmann, 2015).

Vi har forsøkt å beskrive gjennom dette metodekapittel vår forskningsprosess, og vært åpne om de valg som er tatt underveis. Gjennom lydopptak har vi fått med oss alt intervjuobjektene har sagt. Dette materialet har vi transkribert ord for ord. Intervjuobjektene har selv lest igjennom og godkjent det transkriberte intervjuet. Da vi er ansatt i samme type stilling som våre intervjuobjekter, var vi nøye med å ikke kommentere svar og komme med egne meninger under intervjuene. Vi kan stille spørsmål til om svarene ville vært annerledes om intervjuene var utført av forskere utenfor sykehuset. Men sett fra en annen vinkel kan vår rolle i sykehuset ha bidratt til økt åpenhet, ærlighet og tillit i intervjusituasjonen.

3.8 Validitet

Validiteten er gyldigheten av studiet som er gjort, og om resultatet gir de svarene problemstillingen ønsker å avklare. Metoden og problemstillingen må være egnet til å undersøke det den skal (Kvale og Brinkmann, 2015).

Validitet deles inn i intern og ekstern. Intern validitet er om våre data dekker de konklusjoner vi trekker (Jacobsen, 2015). Dette studiet gir en subjektiv og nær beskrivelse av hvordan mellomledere i sykehus oppfatter sitt handlingsrom, og faktorer som hemmer og fremmer dette. Det er intervjuobjektene egne oppfatninger som vil ligge til grunn for de konklusjoner som tas. Ekstern validitet handler om i hvilken grad funnene i vår undersøkelse kan generalisere til å gjelde andre mellomledere i spesialisthelsetjenesten. Utvalget i en kvalitativ metode er for liten til å kunne overføres til en større populasjon, og kan dermed sees på som en svakhet. Vi tenker at våre funn i undersøkelsen vil være overførbare til mellomledere i vår egen organisasjon, men også til mellomledere i spesialisthelsetjenesten for øvrig.

4.0 Analyse og drøfting

I dette kapittelet går vi inn i vårt datamateriale og gjør analyse på bakgrunn av problemstilling og teori. Etter resultatpresentasjon av hvert funn følger drøfting i lys av empiri og oppgavens teoretiske rammeverk. Det er flere dilemmaer som kan oppstå i skjæringspunktet mellom ansvar for organisasjonen som helhet og mellom ansvaret for seksjonen. Vi har sett på hvordan seksjonslederen opplever sitt handlingsrom når de skal imøtekomme kravet om helhetstenkning og å være ansvarlige, og i hvilken grad de ser på sitt ansvarsområde når det gjelder organisasjon som helhet.

Styringsideologien New Public Management har blant annet fokus på effektivitet og produktivitet. Dette kan hindre samspill på tvers av organisatoriske- og fagspesialitetsgrenser og reduserer helhetsforståelsen blant annet fordi lederne måles på resultat kun for egen seksjon. Det totale samfunnsoppdraget, og balansen mellom ansvaret for sykehuset og egen seksjon, er utfordrende for alle ledere, og spesielt for seksjonslederen som førstelinjeledere.

4.1 Presentasjon av informanter

I denne tabellen presenterer vi en oversikt over informantenes erfaring, utdanningsbakgrunn og antall årsverk de leder. I tillegg er også særtrekk og egenskaper hos hver enkelt informant satt skjematisk inn i tabellen.

Informanter	Kompetanse	Leder- erfaring	«leder- spenn»	Head-lines	Egenskaper
Informant 1	Grunnutdanning sykepleier Ingen formell lederutdanning	3 år	50	Budsjettstyrt, handlingsrom ift faget, lojalitet – krysspress, stedfortreder, lederspenn	Tydelig og rettferdig, trygg på seg selv, skille sak og person, god struktur
Informant 2	Grunnutdanning sykepleier	2 år	60	Lite handlingsrom ovenfor budsjett,	Rettferdighet, lydhør og tilstede

	Master i ledelse			stort lederspenn, krysspress	
Informant 3	Grunnutdanning sykepleier Ingen formell lederutdanning	1,5 år	40	Handlingsrom ift drift og eget personale. Tillit i det faglige, økonomi overstyres fra øverste ledelse. Lederavtalen gir lojalitet, har stedfortreder lederspenn stort.	Tillit hos ansatte, lojalitet og rettferdig
Informant 4	Grunnutdanning sykepleier Master i ledelse	8 år	60	Styrt ovenfra. Lederavtaler brukes ikke i det daglige, trenger støttepersonell og delegere til, stor lederspenn, ledererfaring gir handlingsrom. Tillit hos leder.	Rettferdighet, lojal oppover og nedover i linjen.
Informant 5	Grunnutdanning sykepleier 30 studiepoeng ledelse	12 år	50	Tidsnok og tilstrekkelig informasjon fra leder. Ikke handlingsrom ift lederavtalen, krysspress, stort lederspenn. Opplever tillit	Lydhør, endringsvillig, sette medarbeider i stand til å gjøre en god jobb

				og trygghet som leder.	
Informant 6	Grunnutdanning sykepleier 60 studiepoeng i personalledelse og annen lederkompetanse	17 år	70	Lederspenn, erfaring, ensomhet i rollen, krysspress	Endre, skape, se utvikling

4.2 Hvordan opplever mellomleder sitt handlingsrom?

Ved gjennomgang av intervjuer med våre informanter, og systematisering av data vil vi videre i dette punktet legge frem hovedfunn. Dette er mellomleders opplevelse av de faktorer som fremmer og hemmer handlingsrommet i arbeidshverdagen.

Opplevelse av handlingsrom er basert på våre informanters subjektive følelser og tanker om krav og begrensninger i organisasjonen. En mellomleder kan dermed ha det samme formelle handlingsrommet som en annen, men likevel oppleve det ulikt.

4.2.1 Stort lederspenn

Alle våre seks informanter vektlegger det store lederspennet som en hemmende faktor i forhold til opplevd handlingsrom i arbeidshverdagen. De er alle nærmeste leder for mellom 40-70 ansatte.

Informant 5:

«Lederspennet er for stort. Det gir begrensninger for handlingsrommet mitt. Tror at mindre seksjon skaper mer tid til å tenke, mer tid til hver ansatt og at jeg får tid til å ta kontakt med min leder. Jeg jobber nesten på impuls noen ganger. Har ikke tid til å tenke igjennom ting».

Det er et kjent fenomen at ledere i helsesektoren er de som har det største lederspennet i offentlig sektor, og at førstelinjeledere er den gruppen med det største lederspennet innad i helsesektoren. De har i tillegg mange relasjoner de skal ivareta som ansatte, kollegaer, pårørende og pasienter. Informant 5 har lederansvar for 50 ansatte. Hun uttrykker at hun har

altfor liten tid til hver ansatt. Samtidig blir mange oppgaver nærmest gjort i affekt da det ikke er tid for å tenke eller reflektere der dette kreves. Mange lederoppgaver handler om utarbeidelse av god strategi. Dette krever tid til å tenke igjennom ting. Det kan virke som et stort lederspenn «spiser opp» handlingsrommet til denne lederen.

Informant 2:

«Det jeg opplever som utfordrende i hverdagen er det store antall ansatte jeg leder. Jeg er nærmeste leder for mange, ja, vi er over 50 ansatte. Det hemmer jo handlingsrommet mitt. Jeg føler jeg ikke har tid til å møte hver og en på en god måte. Det jeg driver med er mye brannslukning»

Denne informanten har lederansvar for 50 ansatte. Hun har betydelig kortere ledererfaring enn informant 5, men de har en felles oppfatning av at stort lederspenn går utover handlingsrommet. Det å drive med brannslukningsarbeid er utilfredsstillende arbeidsmåte for leder.

Informant 4:

«Det er et krav at jeg skal ha medarbeidersamtaler med hver og en ansatt hvert år, men med så mange så tar jo dette veldig mye av min tid. Det går utover mitt handlingsrom til å gjøre andre oppgaver, og det at jeg kan bruke litt tid på oppgaven. I tillegg er det så mange andre administrative krav. Blir bare mer og mer av det».

Denne informanten har jobbet som leder i 8 år og opplever at kravene og oppgavene relatert til det administrative til stadighet øker. Og at stort lederspenn følgelig fordrer flere krav og mer rapportering. Informanten opplever at krav om årlige medarbeidersamtaler setter begrensninger

4.2.2 Erfaring, tillit og trygghet i lederrollen

I vår gjennomgang av alle intervjuer kommer det klart frem at erfaring som leder gir seg utslag i opplevd handlingsrom. Det kan forstås som at ved erfaring prøves det ut grenser, det tas større risiko og man kjenner til mulighetene i organisasjonen. Det kan være enklere å se at man har valgmuligheter og dermed et større handlingsrom. Det kan synes som om erfaring gir tillit både opp i systemet, og også tillit hos ansatte. Har man tillit er det lettere å ikke kun se de begrensninger alle må-krav setter. Våre informanter med lang ledererfaring har opparbeidet seg trygghet til å ta beslutninger, sette i gang tiltak, tenke utenfor boksen. Ledere med mindre erfaring kjenner ikke på denne tryggheten og har vanskelig for å skape seg handlingsrom på samme måte.

Informant 4:

«Jeg opplever å bli hørt. Tror det har noe med min erfaring å gjøre. Jeg opplever mer tillit enn før. Min leder kjenner meg, og gir meg tillit, og derfor opplever jeg nok at jeg har større påvirkningskraft nå enn for noen år siden».

Denne informanten påpeker at det er opparbeidet seg en tillit til leder over tid og gjennom erfaring. Dette gir vedkommende større påvirkningskraft.

Informant 5:

«Siden jeg har lang fartstid som leder i min seksjon har jeg både tilliten og tryggheten til å ta beslutninger som gjelder mitt ansvarsområde. Tror erfaring som leder er viktig for å kjenne at man ikke bare utfører oppgaver, men faktisk er med på å påvirke og bestemme».

Denne informanten med 12 års erfaring sier noe om at erfaringsbiten påvirker bestemmelse og beslutningsgrunnlaget. Leder blir her ikke kun en utfører av overordnede bestemmelser, den har større påvirkningskraft og bestemmelsesrett.

Informant 3:

«Siden jeg har vært leder i så kort tid forstår jeg ikke alltid når det kan gjøres annerledes-stort sett tenker jeg at jeg har et sånn og sånn handlingsrom»

Informanten har kort fartstid som leder og uttrykker at det da ikke er så enkelt å se sitt handlingsrom. Det kan være vanskelig å finne ut hvor langt utenfor rammene man kan gå.

Informant 1:

«Jeg tar mye kontakt med min leder ved de fleste beslutninger. Det er som en sikkerhetskontroll for meg, en sparring. Det gir trygghet for min beslutning. Min leder får også gjensidig trygghet. Han vet hva jeg gjør og tenker».

Denne informanten har kort erfaring, og mangler tillit og trygghet. Hun støtter seg til sin leder for å få «godkjent» beslutninger som ligger under hennes ansvarsområde. Det kan stilles spørsmål til om hun da får tatt selvstendige valg.

Informant 4:

«Jeg sier ifra når det er beslutninger jeg ikke er enig i. Jeg har en trygghet i meg selv i forhold til å komme med innspill. Den tryggheten til å si ifra har utviklet seg gjennom erfaring. Jeg var falmende i starten».

Informanten beskriver her en utvikling fra en usikker start som leder, men at gjentakende situasjoner og erfaring gir trygghet til å si ifra. Erfaring gjør at man vet hvordan man bør argumentere, lese spillet og ha større forståelse av hva som skjer i organisasjonen.

Informant 6:

«Jeg synes jeg har stort handlingsrom, handler sikkert om erfaring, når det gjelder ansatte, og hvordan jeg håndterer ansatte. For eksempel ved tildeling av permisjoner i spesielle situasjoner for ansatte. Der føler jeg at jeg har et godt handlingsrom. Det gir mening i jobben Og i det føler jeg meg veldig trygg også».

Her beskriver leder et handlingsrom i forhold til å håndtere ansatte og den enkeltes behov. Hun har erfaringen og tryggheten til å gjøre det som sannsynligvis er best i den spesielle situasjonen, ikke følge en mal og behandle alle likt. Det er en kunst hos leder å se enkeltindivider og «kjenne» hva som er riktig her og nå. Det er når man har funnet dette handlingsrommet at mange ledere opplever jobben sin som meningsfull og at man virkelig leder.

Informant 2:

«I de situasjoner hvor jeg som leder må ta valg basert på skjønn. Ja, for det hender jo at ikke alt er nedfelt i lover og retningslinjer, da tenker jeg at det har noe med erfaring å gjøre. Hva er riktig å gjøre liksom, hva har jeg lov til-slike spørsmål dukker opp da».

Utsagnet forteller noe om å forstå hvilke valg og muligheter man har som leder. Det kan oppfattes som at en ny leder er veldig regelstyrt og redd for å basere sitt valg på skjønn.

4.2.3 Økonomiske begrensninger

Seksjonsledere står i direkte kontakt med det Mintzberg kaller produksjonslinjen, der tjenesten til pasienter og pårørende utføres (Grønnhaug, 2011). Førstelindelederne har ansvar for at driften styres innenfor seksjonens fastlagte budsjett. Styringen av økonomi er en prosess som foregår kontinuerlig. Sykehusets toppledelse er ansvarlig for å legge strategiske planer, avdelings og seksjonsnivå har ansvar for å arbeide mot å holde seg innenfor lagte budsjetttrammer. Selve budsjettprosessen handler om å beregne hva driften av sykehuset, og hver enkelt seksjon kommer til å koste. Det blir gjort nødvendige prioriteringer for å holde kostnader innenfor budsjetttrammer. Alle våre informanter påpeker økonomi og budsjett som hemmende i forhold til opplevd handlingsrom. To av informantene påpeker at budsjett skaper begrensninger, men at det er fastlagt og til for å følges. Det er viktig at mellomledere er talsmann for sin seksjon når det pågår forhandlinger i organisasjonen. I intervjuene kan det synes som at alle informantene har liten påvirkning når budsjetttrammer for sin seksjon legges. Videre sier alle at de har god oversikt over sin fullmakt og budsjetttramme gjennom sin lederavtale.

Informant 3:

«Jeg har noe styringsrom, men det er veldig budsjettstyrt. Budsjettet sier noe om hva jeg kan gjøre i forhold til bemanning, fagdager, sende folk på kurs. Mye handler om hva vi har råd til. Dette setter noen begrensninger. Men jeg har jo en klar ramme å forholde meg til i det minste».

Det påpekes her at budsjett skaper naturligvis begrensninger for hva leder kan støtte opp om av fagdager og kurs. Men at dette er klarlagt i lederavtaler og man må forholde seg til det.

Informant 1:

«Når det gjelder budsjett opplever jeg lite handlingsrom. Det økonomiske er veldig styrt ovenfra. Selv om jeg har min lederavtale med budsjett opplever jeg ikke det reelt. Ved innkjøp som er innenfor mitt budsjett må jeg allikevel spørre ledelsen over meg om lov»

Hun opplever innskrenket handlingsrom i forhold til det økonomiske og til de krav hun er satt til å holde seg innenfor i det gjeldende budsjettet.

Informant 5:

«Jeg opplever at jeg blir hørt, og jeg har et handlingsrom innenfor de rammene jeg har i lederavtalen, men handlingsrommet begrenses da jeg ikke har nok innflytelse i budsjettprosessene. Jeg får bare tildelt et».

Denne informanten opplever handlingsrom innenfor hennes rammer i lederavtalen. Det som begrenser opplevelsen av et handlingsrom er at hun ikke er tilstede der avgjørelser om seksjonens budsjett blir lagt.

Informant 3:

«Kostnadsbelagte saker er vanskeligere når det gjelder opplevd handlingsrom. Jeg har et budsjett, men dette oppleves ikke alltid reelt i forhold til drift av seksjonen. Nei, jeg opplever ikke handlingsrom i forhold til budsjett og økonomi».

Det kan være sprik mellom tildelt budsjett og opplevd mulighet for å drifte en seksjon forsvarlig innenfor denne budsjetttrammen. Informant 3 uttrykker at budsjettkrav kan gi begrensninger i handlingsrom.

Informant 4:

«Handlingsrommet finnes som man kan jobbe i. De økonomiske rammer er jo begrensende, men de er lagt og gjør at jeg vet hva jeg må forholde meg til».

Seksjonslederen må drifte egen seksjon innenfor budsjett. De har budsjettansvar for sin egen seksjon.

Informant 1:

«Jeg har stor tillit når det gjelder det faglige. Den økonomiske biten er veldig styrt».

Til tross for at seksjonslederne opplever at det er et økende fokus på økonomi, får de likevel til å prioritere kvalitet og pasientsikkerhet. De opplever forskjellige grader av verdikonflikter i forhold til god behandling og omsorg til den enkelte pasienten, men de understreker at de jobber systematisk med fag- og kvalitetsforbedring helt i tråd med Spesialisthelsetjenestelovens krav i § 3-4 a.

4.2.4 Lederavtaler

Våre informanter hadde alle en signert lederavtale med sin avdelingsleder. Flere av seksjonsledere kommenterte at den kommer like «overraskende» hvert år, og de opplever at den ikke er gjennomarbeidet med dem eller at de har mulighet å påvirke. Vi oppfatter utsagnene slik at lederavtalene i stor grad utformes på sykehusets premisser, og allikevel opplever seksjonslederne et eierskap til innholdet av lederavtalen.

Som beskrevet i kapittel 4.2.1 signerer ledere lederavtaler og har egne budsjett som de er forpliktet til å holde, og de har en viss grad av handlingsrom innenfor budsjettet. Ledere forholder seg til de inngåtte avtalene, er lojale og jobber for å nå målene i avtalene. Ved innføring av NPM modellen og satsningen som helseforetaket har gjort i forhold til ledere opplever seksjonsledere at de har fått styrket sine kunnskaper og ferdigheter innenfor ledelsesfaget. Det har også opp gjennom årene blitt lagt vekt på at ledere skal gjennom et lederutviklingsprogram.

Informant 6:

«Min lederavtale omhandler mest de økonomiske rammer. Handlingsrommet er avhengig av hvor god kommunikasjon jeg har med min sjef, og hvor gode prosesser vi har».

Informant 5:

«Jeg opplever ikke alltid min lederavtale som reell. Den er klar i forhold til det antall årsverk jeg skal drifte, men hvis noen slutter er det ikke automatikk i at jeg kan lyse ut stillingen. Det

må helt opp på direktørnivå, og med gode begrunnelser. Da opplever jeg lite handlingsrom som mellomleder».

Lederne visste ikke hvorfor de måtte få godkjenning for å lyse ut stillinger. Det kan tenkes at denne regelen bare inngikk som ett av mange ledd lederne måtte forholde seg til i utlysingsprosessen. Denne lederen sier at hun ikke har full styringsrett når det gjelder sitt ansvarsområde, selv om det er innenfor de krav og forventninger som ligger i lederavtalen. Det kan oppfattes som deltalestyring at en organisasjon har mange rutiner som er knyttet til ansettelsesprosess. Rutinene kan samtidig representere en trygghet for den enkelte leder fordi det innebærer en kvalitetssikring av ansettelsesprosessene. Det er rimelig å tro at årsaken til at ingen av informantene ville bruke tid på å stille spørsmål ved denne regelen, var at den egentlig ikke representerte noen betydning for dem. Erfaringen deres var at de alltid hadde fått bekreftende positive svar på sine søknader om utlysning hos administrasjon.

Informant 4:

«Ja, jeg har en lederavtale som er underskrevet, og som fornyes hvert år. I den står jo mine fullmakter, ja, egentlig mitt handlingsrom. Men jeg bruker nok ikke lederavtalen i det daglige. Leser den nøye når jeg får den- men den oppleves ikke som et arbeidsverktøy for meg i det daglige virke som leder».

En lederavtalen kan være mer konkret og mer praksis nær slik at det kunne blitt litt lettere å snakke om utviklingsarbeidet i oppfølgingsamtalene med sin leder.

Informant 2:

«Lederavtalen hmm..den ligger jo der, men kanskje er det sånn at hverken sykehuset eller jeg som mellomleder er lojal nok mot avtalen?».

Ingen av informantene utdypet den delen av lederavtalen som utdypet kvalitetsutdyping. Det ble kun kommentert på den økonomiske delen.

4.2.5 Drøfting av analyse

Våre informanter uttrykker det store lederspennet som en faktor som kan virke hemmende på handlingsrommet. Disse har alle mellom 40-70 ansatte de er leder for. Det fremkommer at de

synes det er vanskelig å se hver og en ansatt, og å gi dem individuelle råd og veiledning. Det oppleves som meget krevende, om nesten umulig å gjennomføre årlige medarbeidersamtaler og individuell oppfølging som følge av samtalen med så mange ansatte. Lederspenn blir av mange oppfattet som antall ansatte som rapporterer direkte til leder. Mintzberg mener at standardisering av arbeid gir rom for større leder/kontrollspenn (NOU 1999:10). Innenfor en sykehusorganisasjon er arbeidet preget av standardisering og retningslinjer. Allikevel oppfatter våre informanter lederspennet som utfordrende. Førstelinjelederrollen har over tid vært i endring fra å utøve direkte kontroll over ansatte, til å bli en rolle som i større grad skal veilede, støtte og legge til rette for faglig og personlig vekst hos de ansatte. Gjennom våre intervjuer kan det gis inntrykk av dette er tidkrevende for leder, og en utfordrende rolle å fylle. I en hverdag preget av brannslukningsarbeid, kan det være vanskelig for lederen å finne handlingsrom for opptre som veileder og tilrettelegger for sine ansatte. På den andre side er det viktig å påpeke at sykehus er en ekspertorganisasjon med faglig kyndighet og ekspertise. De ansatte har prosedyrer og retningslinjer de forholder seg til, og er ut fra sin faglige bakgrunn selvstendige i jobben. Leders hverdag er i mindre grad preget av skjønnsmessige vurderinger enn det kan være i andre typer bedrifter, eksempelvis entreprenørorganisasjon.

NPM handler i stor grad om å profesjonalisere leder-rollen. Det skal skapes rom for å lede samtidig med krav om resultat (Øgård). I følge Berg (2014), kan ledelsesoppgaver deles inn i beslutningstaking og iverksetting. Innad i et sykehus vil ledere på øverste nivå ta beslutningen, mens førstelinjeledere blir iverksettere (Strand, 2010). Seksjonsledere får gjennom dette instruksjoner ovenfra om hva som skal gjøres. Våre informanter beskriver til tider dette som begrensende for handlingsrommet. De opplever i mindre grad å være med når beslutninger tas. Samtidig har de stort ansvar for budsjett og personaldrift. Våre funn i undersøkelsen samsvarer med Torjesens avhandling Foretak, management og medikrati (2008), hvor ledergrupper uttrykker lite handlingsrom omkring budsjett og et stadig økende fokus på økonomi.

I budsjettet er ca. 75 % bundet opp av lønninger. Dette begrenser de økonomiske virkemidler og disposisjonsmuligheter seksjonsleder har i forhold til sitt handlingsrom og total ansvar for eksempel økonomi på sin seksjon i henhold til sine lederavtaler. I tillegg beskriver seksjonsledere at de ved ansettelse ikke hadde noe frihet med hensyn til lønnsbetingelser, og at det må søkes direktøren om å få lov til å utlyse faste stillinger.

Selv om de holdt seg innenfor sine budsjetterammer måtte de her alltid be om tillatelse fra ledelsen over. Dette mener de er en unødvendig begrensning som ikke er i samsvar med det ansvaret de er delegert i henhold til sin lederavtale.

Samlet kan man si at ifølge seksjonsledere er det en fordel å ha den kunnskapen og kompetansen som man får gjennom erfaring, men at man ikke må være for gammel slik at man ikke lenger er våken, fleksibel og nytenkende. Noen mener derfor at ca. 50 år er en passende alder, andre mener at dette kan man oppnå betydelig tidligere.

Dette bekreftes av Strand (2010) som en vanlig holdning i organisasjoner; at økende alder forbindes med tap av energi, tiltaksevne og mental klarhet. Imidlertid mener han at dette ikke er dokumentert, og derfor mer er et uttrykk for en antagelse om at det er en sammenheng mellom alder og funksjonsevne. Lederne vi intervjuet påpeker at det er det subjektive handlingsrommet de måler, og derfor så flyttes grensen med erfaring. Ledere med lang erfaring har en større kunnskap om seg selv som leder og organisasjonen (Strand, 2010). De av våre informanter med lengst erfaring (8, 12, 17 år), beskriver at tillit som leder medfører større innflytelse på viktige beslutninger. Tillit er bygget gjennom erfaring som leder og påvirker i stor grad deres opplevelse av økt handlingsrom.

Videreutdanning innen ledelse er viktig for å styrke den formelle kompetansen.

Undersøkelsen viser at seksjonsledere med høyere utdanning og/eller mer ledererfaring opplever sitt handlingsrom som større. De forstår og benytter seg av sitt potensielle handlingsrom i større grad enn seksjonsledere med mindre lederutdanning og/eller ledererfaring.

4.3 Har mellomleder påvirkning i endringsprosesser?

Mange administrative oppgaver er tidkrevende og dette går utover mellomleders mulighet for å arbeide med planer og strategier innenfor sitt arbeidsområde. Dette kan medføre at ledernivået over tar beslutninger i dette arbeidet, og mellomleders innsikt uteblir i de saker som gjelder hans seksjon. Viktig kunnskap kan dermed utebli i det strategiske arbeidet når endringer skal planlegges. Dette kan også medføre til at pålagte endringer i organisasjonen mislykkes eller tar lengre tid enn forventet.

4.3.1 Politisk styrt organisasjon

Endringer i en organisasjon kan komme som en konsekvens av beslutninger tatt på politisk nivå, som for eksempel pakkeforløp kreft. Ett av målene er å få flyten for diverse undersøkelser og behandling, til å utføres raskere og mere effektivt for pasientene. Politiske krav om et veldrevet og effektivt sykehusvesen gir hyppige endringsprosesser.

Sykehus er en ekspertorganisasjon som er politisk styrt. Det er i stor grad detaljstyring fra statlige eiere. Mål og styringsverktøy gir ledere en opplevelse av å bli «overvåket».

Helsevesenet er påvirket av reformer utarbeidet av politiske myndigheter, og politiske skifter som gir endringer i struktur og rammevilkår. Førstelinjeledere blir iverksettere av endringer. Deres posisjon og kunnskap om seksjonen og ansatte gir dem en viktig rolle og et stort ansvar for at endringen kan lykkes.

Informant 4:

«Større endringsprosesser på et overordnet nivå fra departement eller innen helseforetaket har jeg lite påvirkning på. Da handler det om å forstå endringsmålet, og de tiltak som skal til for å nå dette».

Endringer presenterte fra ett overordnet nivå oppleves som at det ikke er mulighet for å påvirke. Disse endringen presenteres ferdig utarbeidet og vedtatt, uten mulighet for å gjøre endringer. Mellomleder har en viktig og sentral rolle i endringsarbeidet. Overordnet ledelse forventer engasjement og oppslutning om endringsarbeidet.

Informant 5:

«Jeg mener gode endringsprosesser gir best resultat fordi da er det større sjanse for å få til en vellykket endring, da vi er enige om endringen og mine medarbeidere har vært med på det. Derfor trenger man tid for å gjennomføre dette, og det er her jeg mener at jeg som leder kommer for sent inn i prosessen og mine ansatte føler de får «tredd» saker ned over hodet».

De fleste informantene gav uttrykk for at de hadde mulighet til å påvirke endringsprosesser innenfor egne rammer og egne seksjoner. Det er krevende å jobbe med endringsprosesser. Det er viktig at det er godt gjennomarbeidet og at en har en god plan for hva en skal presentere for sine medarbeidere, for å kunne få dem med på endringen.

4.3.2 Involvering

Førstelinjeledere er viktige for å oppnå ønskede resultat i endringsprosesser. Det er de som er nærmest de ansatte. De har dessuten en nærhet og et helhetsblikk på seksjonen som favner økonomi, kompetanse, fag og pasientbehandlingen.

Informant 1:

«I store prosjekter opplever jeg å ikke bli hørt, at jeg ikke har noen innvirkning».

Informant 6:

«Mange prosesser bare går, og du får beskjed om prosessen. Da må du bare ta det. Altså at dette er ferdig diskutert».

Det hjelper ikke å være involvert, fordi argumentene de kom med allikevel ble oversett, og prosessen styrt fra øvrig ledelse.

Informant 4:

«Endringsprosesser jeg deltar i fra start gir meg større engasjement. Det gir eierfølelse og motivasjon til å få til endringen på en god måte i min seksjon».

For å klarer å realisere en strategi må du ha medarbeiderne med deg. Du må skape en forståelse for endringens nødvendighet og innhold, og hvordan endringen skal gjennomføres.

Informant 3:

«Opplever til tider å komme litt seint inn i endringsprosessen. Mye er allerede bestemt, og jeg føler at min påvirkning blir ubetydelig. Selv om det er jeg som sitter nærmest driften eller seksjonen som skal endres».

Informant 5:

«Har nok ikke noe særlig påvirkning høyere opp i klinikken. Blir invitert og er med i mange prosjekter, men opplever at dette som oftest ikke blir omsatt i drift».

Organisasjonen trenger sterke mellomledere. Ledelsen må legge til rette for dialogene og dynamikken. Det gjør du ikke på et allmøte ved å informere om prosjekter som skal starte opp. Det å bli involvert tidlig i prosessen, er viktig for å kunne være med å ta avgjørelser som kan få betydning for ens seksjon.

4.3.3 Drøfting av analyse

I følge Jacobsen (2016) må ledelsen i endringsprosesser skape en forståelse av at endringen er viktig, riktig og god. Ved å formidle at de har tro på forbedring bruker mellomledere inspirerende motivasjon. Dette må gjøres gjennom å argumentere for bedre tjenester til brukere, bedre oppfølging av personal (bedre for de ansatte), raskere beslutningsavklaringer (enkler å få avklaringer fra ledelsen). Flere av informantene uttrykker at de er iverksettere av endringer som er besluttet av ledelsen i øvre sjikt. De opplever dette som hemmende for handlingsrommet. Dette er beskrevet av Berg (2014), hvor han deler ledelsesoppgaver inn i to prosesser- beslutning og iverksettelse. Førstelinjelidere får liten innflytelse på beslutningsprosesser, og får instruksjoner ovenfra om endringen og hvordan den skal iverksettes.

Alle våre informanter beskriver en arbeidshverdag preget av hyppige endringsprosesser. De opplever seg selv som meget sentrale i utforming og iverksetting av endringer for at dette skal lykkes i deres seksjoner. Dette bekreftes av Ladegård og Vabo (2010), som sier at mellomledere har sterk kunnskap om organisasjonen og de ansatte, og dermed har nøkkelroller ved endringer i organisasjonen. Mintzberg sier at fagfolk med høy utdannelse ikke kan kommanderes, men heller overtales med argumenter (Høst, 2014). I fagbyråkratier oppfattes dessuten mange endringer som unødvendige og uromønter (Bolman, Deal, 2018).

Mellomledere påpeker horisontale nettverk som nyttige. De opplever at alle er på lik linje og opplever et godt samhold og fortrolighet ved det. Ved å støtte seg til kolleger i stedet for overordnede slipper mellomlederne å avsløre svakhet overfor ledernivået over. Samtidig kan ledere på samme nivå i samme situasjon bedre forstå utfordringene. De bruker hverandre for å gi hverandre støtte og omtanke i og rundt frustrasjon om en felles situasjon. Flere mellomledere sier at de også har brukt overordnet til fortrolige samtaler om egne utfordringer. Ledere på leder nivå over vil være mindre utsatt for etiske dilemmaer, fordi de sitter med de

strategiske beslutningene og trekker i de store linjene. Derfor kan det oppleves som bedre å støtte seg til ledere på likt ledernivå.

4.4 Hvilke form for lederstøtte har mellomleder, og hvordan bruke denne?

Opplever seksjonsledere støtte i sin arbeidshverdag? Leder står ofte i etiske utfordringer, konflikter, rapporteringer og mye administrativt arbeid. Våre informanter ytrer ulike behov. Mange kjenner også på utfordringen i forhold til delegering av arbeid. Flere beskriver sin lederjobb som ensom.

4.4.1 Kommunikasjon med leder

Informant 2:

«Jeg opplever lederstøtte fra min nærmeste leder, men savner til tider litt mer tilstedeværelse. Til tider føler jeg meg litt ensom, selv om det er så mange fine ansatte i min seksjon».

Lederstøtte kan handle om alt det en leder trenger for å mestre og å ivareta lederansvaret på en god måte. Det favner blant annet om personlig lederutvikling, det å få avlastning med ulike oppgaver, og hjelp til å forstå og håndtere mangfoldet av ulike lederverktøy. Selv om lederen er en del av en stor seksjon med mange ansatte, kan hun allikevel føle seg ensom og ingen å dele hverdagsproblematikk med.

Informant 4:

«Tillit er viktig. Jeg må vite at jeg kan stole på min leder og at hun ikke holder ting skjult. Jeg har også mine lederkollegaer-vi som er på lik linje i sykehuset. Henter mye støtte og tips fra dem».

Informant 5:

«Når jeg søker støtte hos nærmeste leder forventer jeg at mine ord forvaltes rett. Dette ligger i ordet støtte at om noe rammer meg i lederjobben kan jeg gå til min leder, og ikke føle at min ærlighet brukes mot meg».

Leder må, slik vi ser det, være en som en kan regne med som sin og som bruker sin makt på en måte som de ansatte opplever som tillitsvekkende. En leder som har tillit hos sine ansatte

kan oppleve det som lettere å ta beslutninger og kan slik få et større handlingsrom, men må huske at alle tillitsforhold må arbeides kontinuerlig med og preges av gjensidighet.

Informant 3:

«Jeg kan ringe min leder, og er trygg på støtte om jeg trenger det. Lederkollegaer er de jeg mest bruker og føler best utbytte av å diskutere med og reflektere med».

Denne informanten opplever nyttig lederstøtte fra ledere i samme linje. Disse sitter oftest med det samme utfordringsbildet og vet hvor skoen trykker.

4.4.2 Rapportering

Informant 6:

«Ønsker mer administrativ støtte enn vi har fra HR. Det er mye rapportering som tar tid»

Informant 4:

«Jeg synes det er mye rapportering som tar tid. Det administrative arbeidet tar hele arbeidsdagen. Ville vært nyttig med administrativ støtte for eksempel fra sekretær».

Supporttjenestene fjernes mer og mer som lederstøtte i sykehus. Seksjonsledere bruker mye av sin tid på styringssystemer. At organisasjonen har gode supporttjenester tilgjengelig kan derfor bidra til at lederne ikke må bruke unødig tid på å håndtere de ulike administrative styringssystemene som GAT, læringsportalen mm.

4.4.3 Delegering

En leder er avhengig av andre mennesker for å kunne skape resultater. Denne avhengigheten er spesielt stor i sykehus, hvor man anser menneskene som den viktigste ressursen.

Informant 3:

«Jeg har assisterende leder. Det er bra, men kommer an på hvor god jeg er på delegering. Ikke så lett å vite hva jeg bør sitte med selv og hva jeg kan delegere bort».

En av lederne fortalte at hun opplevde å være for lite synlig for sine medarbeidere og sa at medarbeiderne kom med tilbakemeldinger som bekreftet dette.

Synlighet innebærer det at lederen er fysisk synlig for ansatte, og har to hensikter. For det første bidrar synlighet til at lederen får oversikt. For det andre har synlighet til hensikt å bidra til at de ansatte opplever å bli sett av lederen. Det er imidlertid ikke gitt at lederen oppnår at de ansatte føler seg sett, selv om lederen er fysisk synlig.

Informant 2:

«Jeg har nok mange oppgaver jeg kunne delegert bort til for eksempel sekretær, men det er jo ikke så lett å delegere heller. Da hadde jeg fått større handlingsrom til å lede ansatte-ikke bare drive med administrasjon».

Gjennom delegering får en som leder frigitt tid til mer overordnende og viktigere arbeidsoppgaver, og en slipper å bli budent opp i detaljer. Det er viktig å ha en plan og strategi for hva som skal delegeres bort. Det handler om å gi sin stedfortreder ansvar for å oppnå et bestemt resultat, og også gi myndighet og fullmakter som trengs for å kunne ivareta dette ansvaret. Det er selvfølgelig viktig at du er helt sikker på at stedfortreder har forstått sitt ansvarsområde fullt ut.. Det kan være kostnadsbesparende å benytte delegering som strategi i stedet for å ansette flere medarbeidere i form av formelle administrative og faglige støttefunksjoner.

En av lederne fortalte at hun opplevde å være for lite tilgjengelig for sine medarbeidere og sa at medarbeiderne kom med tilbakemeldinger som bekreftet dette.

Informant 1:

«Jeg er forholdsvis ny og har litt vanskelig for å delegere bort oppgaver. Føler jeg må ha oversikt selv, mulig det blir bedre med erfaring».

Det å kunne delegere er en ferdighet som kan trenes, for å kunne finne ut hvilke oppgaver som kan delegeres bort.

4.4.4 Mellom barken og veden

Informant 3:

«Jeg må være lojal mot det som er bestemt i klinikken selv om jeg ikke er enig. Det å være iverksetter av en beslutning jeg ikke er enig er vanskelig».

Mellomlederen sitter i posisjonen mellom ansatte og toppledelse i en organisasjon. Denne midtre posisjonen kan være utfordrende spesielt når endringer skal iverksettes, og de kan oppleve et krysspress som blir vanskelig å håndtere (Balogun, 2003). Endringen kan også påvirke direkte lederen. Han må eventuelt forholde seg til usikkerhet knyttet til egen fremtidig posisjon og oppgaver. Mellomlederne må bidra inn mot de ansatte for at de skal kunne håndtere endringene, samtidig som virksomhetens drift skal ivaretas. Handlingsrommet påvirkes av den enkelte leders oppfatning av rammene, kjennskap til muligheter og erfaring med utprøving av risiko. For å bruke skjønn og våge å ta risiko trenger ledere tilbakemelding på eget lederskap.

4.4.5 Drøfting av analyse

Funnene viser at store lederspenn kan påvirker relasjonen mellom leder og medarbeiderne negativt. Store lederspenn vanskeliggjør både det å være en synlig leder samt etablering og vedlikehold av gode relasjoner til de ansatte. Men det er ikke utelukkende størrelsen på lederspennet i seg selv som definerer hvorvidt arbeidshverdagen krever mer enn de som ledere klarer å håndtere. Støttefunksjoner, både i form av fagsykepleier og administrative støttefunksjoner, endrer på lederrollens betingelser. På samme måte som økt lederspenn potensielt reduserer forutsetningene for godt lederskap, bedrer støttefunksjoner betingelsene for at lederen kan utøve godt lederskap og fylle lederrollen på en god måte. Med dette som utgangspunkt er det grunn til å hevde at støttefunksjoner moderer effekten av brede lederspenn.

Denne undersøkelsen viser at våre informanter har alle støttefunksjoner i sine seksjoner i ulik grad. Det fremgår at de uerfarne seksjonsledere har vanskelig for å delegerer bort oppgaver fordi de er redde for å miste oversikten. Dette kan virke inn på opplevd handlingsrom i arbeidshverdagen.

5.0 Oppsummering og konklusjon

Seksjonslederne vi har studert opplever at de har handlingsrom til tross for at de ofte står i dilemmaer som kan synes motstridende. De viser at de benytter både kreative løsninger og tar risiko, noe som forutsetter at de har tillit i sin lederposisjon i organisasjonen. Våre funn viser at erfaring som leder med utprøving og risiko påvirker leders handlingsrom. Våre informanter med lengst ledererfaring uttrykker å ha et bredere handlingsrom enn de med kortere fartstid som leder. Gjennom vår undersøkelse så vi at selv om en stor del av seksjonsledernes arbeidsdager går med til å utføre administrativt arbeid, har seksjonslederne likevel handlingsrom og motivasjon til å lede.

Sykehus er komplekse organisasjoner med mange ledernivå og store leder/kontrollspenn. Førstelinjeledere kan gjøre endringer innenfor de rammene som er fastlagt i lederavtaler, men organisatoriske rammer endres for ofte. Politiske føringer og endringer er utfordrende å forholde seg til da ikke alltid ressursene, rammene og budsjettet oppleves som reelle å gjennomføre. Endringer skjer i høyt tempo, og er preget av kompleksitet og mer som en kontinuerlig prosess enn noe som skjer av og til.

Ledere i sykehuset opplever ikke seg selv som marionetter uten handlingsrom, de opplever at de har noe over middels handlingsrom. Dette resultatet vi har trukket fra som en kjapp og overfladisk konklusjon kan betraktes på flere måter. På den ene siden er det et premiss i et byråkrati at styring og ledelse skjer gjennom prosedyrer og regler som kan ses på som begrensninger av handlingsrommet (Strand, 2010). Det kan ut fra dette argumenteres for at det egentlig ikke er ønskelig at ledernes handlingsrom blir for stort. Hvis alle ledere har et stort handlingsrom vil alle kunne gjøre mer eller mindre som de vil. Styrken ved den byråkratiske organiseringen (Jacobsen & Thorsvik, 2013) vil da kollapse og miste sin funksjon.

Funnene viser at store lederspenn reduserer lederens kontroll over arbeidet, parallelt med at kompleksiteten og lederbelastningen øker. Drøftingen har vist at den totale arbeidsbelastningen for lederen er viktigere enn antall personer man er leder for. Kompetanse og erfaring, gir bedre forutsetninger for å nyttiggjøre strategier for å håndtere brede lederspenn.

Lederspenn inngår som en del i en større organisatorisk kontekst og må forstås deretter. Den organisatoriske strukturen gir rammebetingelsene som lederen opererer under og påvirker lederrollen og det lederskapet som utøves. Strukturen i en organisasjon er, som Mintzberg (1979) påpeker, viktig da den handler om hvordan arbeidsoppgaver skal fordeles og hvordan man koordinerer at arbeidet blir fullført. Lederen er sentral i denne funksjonen og må derfor gis så gode vilkår som mulig, for å sikre at man klarer å nå gitte mål med optimal bruk av ressurser.

5.1 Typologier

Basert på våre hovedfunn i denne studien har vi utarbeidet en tabell og gjort en typologisering av våre informanter. Ut i fra informantenes beskrivelse av opplevd handlingsrom er de plassert i en av fire typologier: De rutinerte, de frustrerte, de lojale, de styringstrøtte.

	Opplevd handlingsrom	Mindre grad av opplevd handlingsrom
Lederspennet, og det trange budsjett	<p>«De rutinerte»</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opplever tillit i organisasjonen - Kostnadsbelagte saker er vanskeligere når det gjelder opplevd handlingsrom - Opplever et mindre handlingsrom ift budsjett og økonomi - Stort handlingsrom ift personalledelse. Kjenner sine ansatte. - Bruker støttepersonell der det er nyttig. - Er trygg og tør å si i fra i organisasjonen. 	<p>«De frustrerte»</p> <ul style="list-style-type: none"> - Får lite informasjon – får ikke være med som en strategisk leder - Krysspress – ledelse versus fagfolk - Mye handler om hva vi har råd til – dette setter noen begrensinger! - Mye er styrt ovenfra - Er lite synlig for de ansatte. - Vanskelig for å delegere bort oppgaver.
Endringsprosesser	«De lojale»	«De styringstrøtte»

	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke for stor skille mellom de ansatte og leder. - Kan dele frustrasjoner i lederlinjen, men ikke med ansatte - Legge vekk egne motiver - Lojal både oppover og nedover i linjen - Godtar at mange beslutninger er tatt av ledelsen over - Bruker leder over meg mye – er som ett sikkerhetsnett. 	<ul style="list-style-type: none"> - Det er mye rapportering som tar tid. - Det er stadig endring, nye målsetninger. - Får i mindre grad påvirke før beslutninger er tatt. - Ønsker mer lederstøtte.
--	--	--

Tabellen over er en oppsummering av våre empiriske funn. Den gir et bilde på de utfordringer seksjonsledere står i. Samtidig viser den at seksjonsledere har ulike opplevelser av opplevd handlingsrom. I vår undersøkelse har alle seksjonsledere opplevelse av handlingsrom, men erfaring, tillit og trygghet har betydning for hvor stort de tolker mulighetsrommet mellom krav og begrensninger.

Vi avslutter oppgaven med å gjenta ord fra vår innledning. Dette synes vi uttrykker essensen i vår studie. I nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er det fokusert på førstelinjeleders handlingsrom og kompetanse:

«De regionale helseforetakene og helseforetakene har ansvar for å gi førstelinjelederne tilstrekkelig handlingsrom og støtte. Helseforetakene må sørge for å gi tilbud om nødvendige kompetansehevede tiltak for ledere» (Meld. St. 7 (2019-2020)-regjeringen.no).

LITTERATURLISTE

- Aadland, E. (2004). «Og eg ser på deg»: vitenskapsteori i helse og sosialfag. 2 utgave, 3. opplag 2007. Oslo: Universitetsforlaget.
- Baldersheim, H. (2015). *Mellomlederen- krumtapp i kommunen. Fra handlingsrom til handlingsevne*. Gøteborgs universitet.
- Berg, O. (2005). *Fra politikk til økonomikk*. Tidsskriftets skriftserie.
- Berg, O. (2010). *Sykehusene og den legelige selvstendighet. Innledende betraktninger om hvordan den faglige suksess førte til politisk nederlag: Historien fra ca. 1900 til ca. 2000*.
- Berg, O. (2014). *Styring og ledelse i helsevesenet - en innføring. Rammebetingelser for helsesektoren, lederroller og bruk av støttesystemer for ledelse*.
- Bolman, L G., Deal T E (2018). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, HR, politikk og symboler*. Gyldendal.
- Byrkjeflot, H (1997): *Fra styring til ledelse*. Fagbokforlaget.
- Forelesningsnotater fra Styringsverktøy i offentlig sektor. Vår og høstsemester 2017, ORG929-1.
- Grønhaug, K., Hellesøy, O.H., Kaufmann, G. 2011: *Ledelse i teori og praksis*. Fagbokforlaget.
- Helsedepartementet (2001): *Sykehusreformen – noen eierperspektiver. (rapport, 14.09.2001)*
- Hope, O. 2015: *Mellom-lederen*. Gyldendal.
- Høst, T. 2014, (3. utgave): *Ledelse i helse og sosialsektoren*. Universitetsforlaget.
- Høst, T. (2015, feb. 28.). *Hva slags ledere trenger vi i Helse-Norge?* Hentet fra psykologisk.no: <http://psykologisk.no/2015/02/hva-slags-ledere-trenger-vi-i-helse-norge/>
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse og sosialfagene*. 2 utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget. Cappelen Damm akademisk
- Jacobsen, D.I (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser innføring i samfunnsvitenskapelig metode*
- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. 2016: *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget.
- Kvale. S. & S. Brinkmann (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kjekshus L, Byrkjeflot H, Torjesen D (2013). *Organisering og ledelse av sykehus etter NPM- legenes tilbaketrekning?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ladegård G, Vabo S. 2010: *Ledelse og styring*. Fagbokforlaget.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. 7 (2019-2020)-regjeringen.no

Mintzberg, Henry (1979). *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Prentice-Hall

Mintzberg, H. (1989): *Mintzberg on Management. Inside Our Strange World of Organizations*. New York: The Free Press.

Mintzberg, H. (2009). Å jobbe som leder: Myter og fakta. I Ø. L. Martinsen, *Perspektiver på ledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mordal, E. (2009). *–mange går-noen står. Hva kjennetegner ledelses og organisasjonsforståelse til toppledere som har «overlevd» i helseforetakene etter reformen 2002*. ADM 750 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse.

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

NOU 1999:10: *En bedre organisert politi- og lensmannsetat*. Justis- og beredskapsdepartementet.

Olsen, T. H. (2016). Kompetanseutvikling. I Mikkelsen, A. & Laudal, T. (red.). *Strategisk HRM 2* (s. 251-290). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Ot.prp. nr. 66, 2000-2001.

Ot.prp. nr. 10, 1998-1999.

Strand, T. 2010, (2. utgave): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Stewart, R. (1976). *Contrast in management: A study of different types of managers 'jobs: Their demands and choices*. London: McGraw-Hill

Torjesen, D O, Byrkjeflot H, Kjekshus L E (2013). *Ledelse i helseforetakene*. En gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus. Kunnskap om ledelse.

Torjesen, D O (2008). *Foretak, management og medikrati*. ATM-skriftserie nr. 26/2008.

Torjesen, D O (2007). *Kunnskap, profesjon og ledelse*. Tidsskrift for samfunnsforskning 02/2007.

Torsteinsen, H (2017). *Autonomi, ledelse og innovasjon*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

[http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/11612/Hybrid%20ledelse%20i%20sykehus 2010.pdf?sequence=1](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/11612/Hybrid%20ledelse%20i%20sykehus%202010.pdf?sequence=1)

Vedlegg 1:

INTERVJUGUIDE

Innledende spørsmål:

Hvilken formell kompetanse og erfaring har du som leder?
Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
Hvilke egenskaper og ferdigheter mener du er viktig for ledelsesutøvelse?
Hva motiverte deg til å søke denne stillingen?

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

Oppfølgingsspørsmål:

Har du oversikt over fullmakter? Stillingsinstruks / fullmakts- matrise ?

Hvordan påvirker strømmen av informasjon du får handlingsrommet ditt?
Mottar du den informasjon du tenker er nødvendig?
Er det andre som kan påvirke ansvarsområdet som i utgangspunktet er tillagt deg?

Blir dine innspill hørt?

Opplevelse av påvirkning i lederteamet. Ex. Opplever du å bli hørt?

Har du et eksempel på en situasjon der du har opplevd å ha stort handlingsrom og vice versa?

Tenker du at du har muligheter for å påvirke endringsprosesser som angår ditt ansvarsområde?

Oppfølgingsspørsmål:

Kan du utdype dette?

Blir dine tilbakemeldinger tatt med?

Opplever du at du involveres ved endringsprosesser?

Finnes det forskjell på endringsprosesser som du selv har iverksatt eller som er iverksatt av andre?

I hvilke sammenhenger vil du si det er viktig for en leder å kunne være kreativ?

Oppfølgingsspørsmål:

Problemløsninger. Ex.

Når nye tiltak / endringer skal iverksettes?

Lederrollen

Hva vil du si om leder som rollemodell og på hvilken måte påvirker dette deg i beslutningsprosesser? Motivasjon, krysspress

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan vil du beskrive deg selv som leder? Tillit hos ansatte

Hva er det som gjør at du opplever deg som leder? Valgmuligheter

Hvordan håndterer du situasjoner der lederkravene oppleves som motstridende?

Lederstøtte

Hvilken form for lederstøtte har du fra leder og med ledere?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvilke former for ekstern lederstøtte har du?

Er det noen av disse som betyr mer for deg?

Er det noen andre former for lederstøtte du kan tenke deg?

Oppsummering

Vi har nå stilt en del spørsmål for å prøve å belyse på hvilken måte den enkelte leders opplevde handlingsrom påvirker ønsket og viljen til å lede.

Er det noe du vil si avslutningsvis?

Vedlegg 2:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Har mellomledere i sykehus handlingsrom i sin arbeidshverdag, eller er de kun utførere av overordnede bestemmelser? Hvilke faktorer er med på å hemme eller fremme handlingsrommet?

Bakgrunn og formål

Bakgrunn for studiet er en interesse for mellomlederens sin oppfattelse av handlingsrom i spesialisthelsetjenesten. Problemstillingen søker å finne svar på om oppfattelsen er at de har handlingsrom i sin utførelse av sin ledelse. Prosjektet er en del av mastergradstudiet ved UiA. Informantene er valgt ut med bakgrunn i deres posisjon i organisasjonen.

Hva innebærer deltakelse i studiet?

Studiene vil basere seg på intervju av ledere på om lag 1 timers varighet. Spørsmålene vil omhandle lederes opplevelse av sitt handlingsrom, hvordan dette defineres av den enkelte og forståelsen av krav og forventninger.

Hva skjer med informasjon om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun vi som skriver oppgaven som vil ha tilgang til informasjonen som blir gitt i intervjuet. Deltakerne og organisasjonene de er en del av, vil bli anonymisert og vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. desember 2019.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studiet, og du kan når som helt trekke ditt samtykke uten å oppgi årsak. Dersom du trekker deg, vil tidligere opplysninger gitt fra deg bli trukket ut av studiet. Har du spørsmål til studiet kan du kontakte Ine Evensen mobil nr. 99039781 e-post: pein@sthf.no, Nina Ruud tlf. 95171759 e-post: niru@sthf.no, eventuelt vår veileder professor Dag Olaf Torjesen e-post: Dag.o.torjesen@uia.no.

Studiet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.