

Relasjonsledelse og måloppnåelse i spesialisthelsetjenesten

JOYCE PIGAO
FRODE NORDHELLE

VEILEDER

Linda Hye og Morten Øgård

Universitetet i Agder, 2020

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Forord

En lærerik prosess ble på en måte avsluttet da masteroppgaven ble levert, men så fortsetter den på en måte likevel. Ny kunnskap og nysgjerrighet vil vedvare hos forfatterne i lang tid framover. Kunnskapen vi har tilegnet oss omhandler en ørliten del av hvordan ledelse utøves i vår egen organisasjon. Vi har belyst en liten flik, knapt stor nok til å kunne defineres som en sannhet engang. Der ligger også kimen til å undersøke videre. Nysgjerrighet på hvordan relasjonsferdigheter har sammenheng med andre mål? Om kanskje relasjonsferdigheter hos lederne har større sammenheng på mål som ikke måles i dag – eller kan måles, for den saks skyld?

Den tidkrevende delen av oppgaven pågikk i hele 2020. Året som etter hvert snudde en hel verden på hodet og satte opp begrensninger og sperrer som vi ikke aldri hadde forestilt oss. Vi jobbet dette året på Sørlandet Sykehus HF og var en del av kriseledelsen i klinikken som jobbet med smittevernberedskap for pasienter og ansatte. Timeloggen viste arbeidsuker på 150-200% med fokus på alt annet enn masteroppgave. Vi ble et halvt år forsinket med masteroppgaven, men sitter igjen med en god følelse av å ha levert på mange områder i 2020.

Andre rundt oss har nok merket at tiden har vært krevende.

Våre respektive familier har merket arbeidspresset og skal for ettertiden vite at vi har vært takknemlige for deres velvilje og fleksibilitet.

Våre kollegaer og medarbeidere i DPS Østre Agder og Avd. for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) har hatt prioritert.

En spesiell takk til respondentene som også er våre gode kollegaer, og tusen takk til SSHF som har gitt oss mulighet til å delta på masterprogrammet i ledelse.

Vi hadde heller ikke kommet i mål uten veiledning fra Linda Hye og Morten Øgård og praktisk hjelp fra UiAs gode SPSS-hjelpere.

Helt til slutt en ørliten takk til hverandre, vi to som ikke kjente hverandre før vi begynte på masterstudiet, men som fant et samarbeidsfellesskap som satte mål og nådde dem i tide.

Artig!

Skype, desember 2020, Joyce Pigao og Frode Nordhelle

Sammendrag

Masteroppgaven tar for seg en moderne ledelsesretning kalt relasjonsledelse og undersøker om relasjonskompetanse har sammenheng med måloppnåelse i spesialisthelsetjenesten.

Teorien om relasjonskompetanse hentes fra Jan Spurkeland sin bok «Relasjonskompetanse» (Spurkeland, 2017a) hvor 13 ulike relasjonsferdigheter belyses. Spurkeland har forsket på relasjonsferdighetene opp mot kontrollvariabelen «Resultatorientering».

I sin masteroppgave har Lisa Eiken (Eiken, 2016) tatt Spurkelands teori inn i skolen. Hun har undersøkt om relasjonsferdigheter har sammenheng med måloppnåelse for skoleledere (rektorer). Målindikatorerne i undersøkelsen hennes var «overordnede vedtatte mål» og «enhetens egne mål». Hun fant at relasjonskompetanse har stor sammenheng med måloppnåelse i skolen.

Vår masteroppgaven tar Spurkelands teori inn i spesialisthelsetjenesten, nærmere bestemt rus- og psykiatrifeltet. Pasientbehandlingen preges for en stor del av å skape trygge relasjoner mellom pasient og behandler for å oppnå endring og bedring. Det er nærliggende å tenke at relasjonsledelse overfor medarbeiderne som benytter relasjonelle ferdigheter i sitt daglige virke er hensiktsmessig med tanke på måloppnåelse.

Så blir spørsmålet hva som er «måloppnåelse» i spesialisthelsetjenesten?

Helseforetakets målindikatorer er «harde» og kvantifiserbare, inkludert mål innenfor økonomi og personalarbeid, men også kvalitetsmål på pasientbehandlingen. Vi valgte ut fire mål: «Epikrisetid» og «Ventetid» er kvalitetsmål på pasientbehandling. «Aktivitet» er ett mål relatert til økonomi og «Sykefravær» er ett mål innenfor personalarbeid. Vi undersøkte sammenhengen mellom måloppnåelse på de fire målene og relasjonsferdigheter i henhold til Spurkeland.

Undersøkelsen er kvantitativ og utvalget 49 enhetsledere, seksjonssjefer, avdelingssjefer og klinikkdirektør på undersøkelsestidspunktet ved Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH) ved Sørlandet Sykehus HF (SSHF).

Analysene viser at lederne har høy grad av relasjonsferdigheter og måloppnåelse når vi ser på gjennomsnittsskårer, men gjennomsnittsskårene skjuler at det er stor spredning blant lederne på både relasjonsferdigheter og på måloppnåelse.

Spredningen er interessant i seg selv fordi den kan indikere uønskete forskjeller som overordnet ledelse bør være seg bevisst.

Vi finner sammenheng mellom relasjonsferdigheter hos lederne og samlet måloppnåelse. Dette er i samsvar med både Spurkeland og Eikens undersøkelser.

Våre funn viser imidlertid et mer nyansert bilde når vi ser på hvert mål for seg og undersøker hvert mål for sammenheng med ledernes relasjonsferdigheter.

I forhold til måloppnåelse på «Ventetid» og «Aktivitet» finner vi ingen signifikant sammenheng mellom relasjonsferdigheter og måloppnåelsen. Relasjonskompetanse har ingen sammenheng med måloppnåelse her.

I forhold til måloppnåelse på «Sykefravær» og «Epikrisetid» finner vi signifikante sammenhenger. Enkelte som kan tyde på at noen relasjonelle ferdigheter har sammenheng med måloppnåelse.

Ledernes grad av ferdigheter innen «Prestasjonshjelp» og «Relasjonsbygging» har signifikant sammenheng med måloppnåelse på «Sykefravær».

Ledernes grad av ferdigheter innen «Tilbakemelding», «Konflikthåndtering», «Prestasjonshjelp», «Tillit», «Emosjonell modenhet» og «Resultatorientering» har signifikant sammenheng med måloppnåelse på «Epikrisetid».

«Tilbakemelding» synes å ha størst signifikant sammenheng med måloppnåelse på «Epikrisetid». Lederne er imidlertid svakest på «Tilbakemelding». Kan opplæring, trening og fokus på denne ferdigheten øke måloppnåelsen?

Det eksisterer en faglig frustrasjon over foretaksmodellens målinger. Koding og registreringer opptar mer og mer av helsepersonell sin tid. Ledere blir i større og større grad formidlere av krav ovenfra, kontrollører av egne medarbeidere og leverandør av tall og data oppover. Spagaten mellom «harde» tall og mål i sykehuset og Spurkelands relasjonsledelse blir tydelig i masteroppgaven.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	7
1.1. Bakgrunn for valg av problemstilling.....	7
1.2. Problemstilling.....	8
1.3. Oppgavens struktur og avgrensning	8
2. Oppgavens kontekst	9
2.1. Den helsepolitiske konteksten	9
2.2. Ledelsesorganisasjonen i KPH	11
2.3. Verdier og forventninger til ledere i KPH	13
2.4. Lederutvikling	14
2.4.1. Enhetslederprogrammet	14
2.4.2. Lederplattform under utvikling	14
2.4.3. Videreutdanning i ledelse.....	15
2.5. Kompetanse til ledere og medarbeidere	15
2.6. Klinikkens tilbud og spagater	16
3. Teoretiske perspektiver på ledelse	17
3.1. Definisjon på ledelse	17
3.2. Relasjonsledelse.....	19
3.3. Relasjonskompetanse.....	21
3.3.1. Menneskeinteresse	21
3.3.2. Tillit.....	22
3.3.3. Dialogferdigheter individ	23
3.3.4. Tilbakemelding.....	23
3.3.5. Dialogferdigheter i gruppe	24
3.3.6. Relasjonsbygging	24
3.3.7. Synlighet.....	25
3.3.8. Utvikling.....	26
3.3.9. Kreativitet.....	26
3.3.10. Konfliktåndtering.....	26
3.3.11. Emosjonell modenhet	27
3.3.12. Humor	27
3.3.13. Prestasjonshjelp	28
3.3.14. Resultatorientering.....	28
3.4. Måloppnåelse.....	28
3.4.1. Ventetid	31
3.4.2. Aktivitet.....	31
3.4.3. Sykefravær	32

3.4.4.	Epikrisetid	32
4.	Metode	33
4.1.	Bakgrunn for valg av metode	33
4.2.	Valg av forskningsdesign	34
4.3.	Kvalitativ eller kvantitativ metode?	34
4.4.	Utvalg og gjennomføring av undersøkelsen	35
4.4.1.	Utvalg av respondenter	35
4.4.2.	Spørreskjemaet og gjennomføring av undersøkelsen	35
4.5.	Analyser	36
4.6.	Kvalitet på data	37
4.6.1.	Validitet	37
4.6.2.	Reliabilitet	37
4.6.3.	Feilkilder	38
4.7.	Etiske betraktninger	39
5.	Analyser og drøfting	41
5.1.	Hvem er respondentene?	41
5.2.	Relasjonskompetanse og måloppnåelse	41
5.2.1.	Funn ledernes relasjonskompetanse	42
5.2.2.	Funn ledernes måloppnåelse	44
5.3.	Sammenheng mellom relasjonskompetanse og måloppnåelse	47
5.3.1.	Funn mål om ventetid	48
5.3.2.	Funn mål om aktivitet	49
5.3.3.	Funn mål om sykefravær	50
5.3.4.	Funn mål om epikrisetid	51
5.3.5.	Oppsummering	55
5.4.	Betydning av funn og alternative forklaringer	55
5.5.	Oppsummering av empiriske funn	57
6.	Avslutning og veien videre	59
6.1.	Teoretiske og praktiske implikasjoner	59
6.2.	Avslutning	60
	Litteraturliste	61
	Figurliste	62
	Tabell-liste	63
	Forkortelser	64
	Vedlegg 1: Spørreskjema	65
	«Egen evaluering av relasjonskompetanse»	65
	Vedlegg 2: Samletabell korrelasjoner	77

1. Innledning

Nå telte han deg også! Utsagnet finner vi igjen i Alf Prøysens eventyr om geitekillingen som kunne telle til 10. I dagens sykehus må en leder ha bæreevne til å bli telt. Helselederen som vurderes som god, leverer på måltall fastsatt i sykehuset. Det handler om økonomisk, men også faglig gevinstrealisering for å oppnå riktig produksjon eller levere i henhold til budsjetter på pasientretta aktiviteter. Resultatene formidles hver måned via målekort og månedsrapport.

Dette står i kontrast til at helsetjenesten –innenfor psykiatri og rusbehandling – skal produsere resultat ved hjelp av myke råvarer som følelser og tanker hos pasienten.

En helseleder må produsere harde mål av de myke råvarene for å innfri tellekanter og definerte resultatmål i produksjonslinjen.

Hvilke egenskaper må en helseleder inneha for å levere på dette?

1.1. Bakgrunn for valg av problemstilling

Helseledere skal levere på mål. Et sykehus defineres som en høykompetent spesialistorganisasjon (Bolman & Deal, 2014; Strand, 2007) hvor medarbeidergruppen er profesjonsutdannede og eksperter innenfor sine fagfelt. (Hein, 2013).

Spenningen mellom tjenestetilbudet helse og rammeverk for utøvelse av tjenestene er påtakelige. På den ene siden skal de profesjonsutdannede og deres ledere hjelpe mennesker med livsproblemer innenfor rus og psykiatri. Hver pasient er unik og fordrer høy grad av tilpasningsevne, faglig dyktighet og «kunstnerisk» fleksibilitet hos behandlere, ledere og organisasjon. På den andre siden blir kompetanse og behandlingsformer mer og mer standardiserte. Utfallsmål defineres. Økonomien styres etter innsats. Ansvarlige myndigheter vil ha rapporter på mange parameter (O. Berg, 2006; Wyller et al., 2013).

Hvilke personlige egenskaper, hvilken kompetanse og ferdigheter må en leder ha for å oppnå høy måloppnåelse? Nytten av å vite mer om dette vil i rekrutteringsprosessene være å finne riktige egenskaper og ferdigheter hos søkere til lederstillinger. For allerede ansatte ledere kan det utvikles relevante opplæringstiltak når man vet noe om hva som er viktig for måloppnåelse.

1.2. Problemstilling

Det finnes mange ledermodeller i dag som hevder å gjøre en leder til en god leder (Northouse, 2019; Strand, 2007; Van Wart, 2008; Yukl, 2010). En modell er Spurkelands relasjonsledelse. Han hevder at relasjonskompetanse har betydning for hvordan ledere utøver sin ledergjerning (Spurkeland, 2017a).

Oppgavens problemstilling er å undersøke om relasjonskompetanse fører til høy måloppnåelse i helsesektoren:

- Hvilken relasjonskompetanse har helseledere i Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH) ved Sørlandet Sykehus HF (SSHF)?
- Har deres relasjonskompetanse sammenheng med deres måloppnåelse?

1.3. Oppgavens struktur og avgrensning

Oppgaven starter med å trekke historiske utviklingslinjer av norsk helsepolitikk med fokus på ledelse.

Etterpå defineres begrepet ledelse, og til slutt presenteres Spurkelands teori om relasjonsledelse. Sammenheng mellom ledelse og mål sees i lys av det ovennevnte.

Deretter redegjøres det for oppgavens undersøkelse, spørreskjema og respondentene.

Dette etterfølges av en analyse- og drøftingsdel. Til slutt oppsummerer oppgaven funn med dertil tilhørende refleksjoner og implikasjoner for forskning- og praksisfeltet.

2. Oppgavens kontekst

I denne delen av oppgaven gis først en kort beskrivelse av oppgavens helsepolitiske kontekst. Deretter beskrives organisasjonen som undersøkelsen gjennomføres i, med fokus på områder av betydning for ledelse i sykehuset.

2.1. Den helsepolitiske konteksten

For å beskrive den historiske utviklingen i norsk helsepolitikk med betydning for utvikling av ledelse i helsesektoren tas det utgangspunkt i den norske velferdsmodellen for ca. 100 år siden. I beskrivelsen av den historiske utviklingen er det lagt vekt på å beskrive historisk utvikling spesielt relevant for sykehussektoren i dag.

Den politiske demokratiske styringen av Norge førte til etableringen av en velferdsstat på 1900-tallet hvor statens hovedoppgave var å omfordele, det vil si å rette opp i det som var ulikt fordelt i samfunnet. Staten ble den allmenne problemløser inntil markedskreftene mer og mer begynte å påvirke omfordelingen med bakgrunn i tillat konkurranse. Over tid tok markedet over flere samordnings- og nyskappingsoppgaver som staten tidligere hadde styrt, noe som resulterte i en større faglig styrt stat. Flere oppgaver ble overlatt til styringsfagfolk og merkantil inspirert omorganisering av offentlige sektor fant sted.

Thatcher-regjeringen i Storbritannia og Reagan-regjeringen i USA i perioden 1970-1990-tallet utfordret den faglig styrte stat, og åpnet opp for at staten igjen skulle organiseres som en aktiv regulator av samfunnsressursene. Staten skulle eie og drive viktig verdiskapende virksomheter i samfunnet som for eksempel infrastruktur, utvalgte industrier, skoler og sykehus. Forskjellen fra på 1900-tallet var nå at staten, som myndighetsinstans, var eier og bestiller av virksomhetene, men at virksomhetene var fristilt og profesjonelt ledet. Dette skjedde i betydelig grad i 1980- og 1990-årene, også i Norge, selv om graden av privatisering var mindre i Norge enn for eksempel i USA og Storbritannia. Nasjonaliseringen av sykehusene og omdannelsen av dem til målstyrte helseforetak (2002) er et resultat av statens regimeskifte. Dette regimeskiftet kalles ny offentlig ledelse, bedre kjent som New Public Management (NPM). Ny offentlig ledelse kjennetegnes av en endring fra «politisk» politikk til «økonomisk» styrt politikk hvor såkalte eksperter, økonomer og jurister, sammen med de folkevalgte styrer de offentlige tjenestene etter mål og resultat.

Endringen fra en omfordelingspolitikk i regi av velferdsstaten til en effektiviseringspolitikk styrt planøkonomisk av en folkevalgt stat og et profesjonelt byråkrati ser vi resultatet av i dagens helsesektor. Professor Ole Berg sier om ny offentlig ledelse:

«Den kommer imidlertid delvis i to versjoner, én basert på privatisering og konkurranse, den andre på hierarkisk planstyre. I motsetning til hva man ofte hevder, er det den siste, den venstreorienterte formen for ny offentlig ledelse, som dominerer. I den grad det er skjedd privatisering, har de private tilbyderne vært eller blitt store og dermed basert seg på sentralisert planlegging de også» (O. Berg, 2014).

Etableringen av den norske velferdsstat til en planstyrt økonomisk foretaksmodell (NPM) er etterfulgt i 1990-, særlig 2000-årene, av et nytt regime under betegnelsen «New Governance». «Governance» betyr samstyring og har vekt på at styring og ledelse av staten skjer i samstyring mellom stat og «bruker». Sistnevnte forstås som borgere av samfunnet som deltakere og brukere av offentlige tjenester. Til en viss grad oppfattes det at samstyringen har vært en del av den offentlige styringen hele tiden, også i utøvelsen av NPM, men at samstyring på grunn av økende utfordringer har fått fornyet oppmerksomhet nettopp for å øke effektivisering enda mer (O. Berg, 2006). Her er brukeren del av en mer-effektivisering ved at digitalisering, internasjonalisering og ikke minst utviklingen av nye mer effektive styreformer utvikles sammen med brukeren med det formål å gi raskere og bedre tjenester.

Imidlertid er det fortsatt slik at den nye, nå «gamle», styringen og ledelsen (NPM) dominerer (O. Berg, 2006). NPM raffineres i både offentlige og private organisasjoner gjennom såkalte «stordriftsfordeler» og «standardisering». Digitaliseringen har også på mange måter styrket utviklingen av denne formen for styring, og den har gjort det enklere for arbeidsgivere å overvåke og nærstyre sine medarbeidere. I helsevesenet i Norge har planstyreutviklingen vært offensiv etter årtusenskiftet:

«Kvalitetsindikatorne er altså med på å gjøre at behandlerne utsettes for en stadig mer presis målstyring både ovenfra og nedenfra, altså en slags (uintendert) knipetangsmanøver».
(O. Berg, 2006 s. 86)

Prosedyrebasert behandling, også kalt evidens- eller kunnskapsbasert, har gjort styringen av helsevesenet enklere. Berg (O. Berg, 2006) beskriver videre at den historiske utviklingen etter 2002 mer og mer har gått i retning at det er logikken i industrien som legges til grunn for hvordan omorganiseringen i sykehuset finner sted. Slik gjøres sykehusene om til bedrifter

hvor omsorg og behandling av pasienter omtales som «produktivitet» og mestring eller bedring omtales som «gevinstrealisering».

Frempek i videreutvikling gir såkalte Nettverksteorier, som også har sitt utspring i «governance»-tenkningen, mulighet til utbredelse. Hovedtanken er at det i dagens internasjonale og digitaliserte samfunn er behov for å samarbeide og styre i et nettverk for å få til gode resultat. I en globalisert verden kan det tenkes at Nettverksteorier kan sette positiv fokus på sosiale og kulturelle dimensjoner i styring og effektivisering av samfunnet/verden som NPM ikke favner.

En såkalt recoveryorientert helsetjeneste kan være et eksempel på en slik utvikling. Teorien om recovery strekker seg tilbake til humanpsykologiens tankegods som legger vekt på å forstå enkeltmennesket slik det er. Recovery legger vekt på at behandler og pasient er likeverdige partnere i behandlingen og sammen må få til mestring og tilfriskning (Langeland, 2014; Slade, 2015). Recoverymodellen er internasjonal og fremmes mer og mer i psykiatrien som en mulig bedre behandlingsform, hvor felles plattform er et ressursorientert språk og bedre helse uttrykkes i pasientens subjektive følelse av å være bedre (Aarre, 2018). Recovery utfordrer sterkt dagens industrielle behandlingsmodell, men kan være en mulig utvei fra det Ole Berg beskriver som: «den politikk-økonomikk-logikk vi ser ut til å være låst fast i» (O. Berg, 2006 s. 110).

Oppsummert har den historiske utviklingen hatt betydning for utviklingen av ledelse i helsesektoren generelt. I oppgaven er sykehuset, nærmere bestemt KPH, undersøkelsens kontekst som beskrives nærmere i neste kapittel.

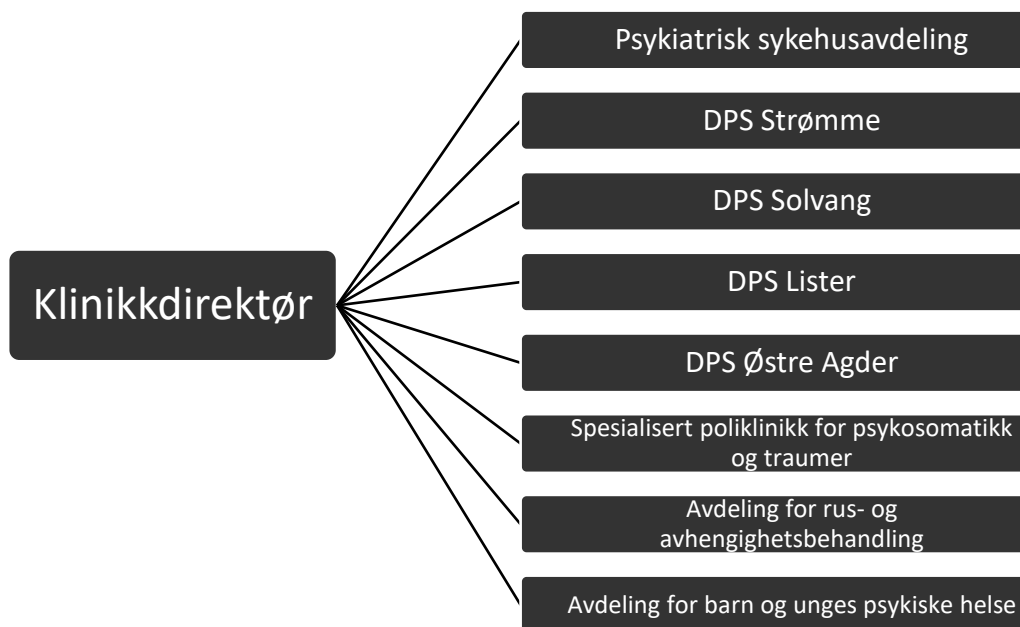
2.2. Ledelsesorganisasjonen i KPH

KPH er en av ni klinikker i SSHF med ca.1500 medarbeidere fordelt på lokasjoner i hele Agder.

Klinikken består av åtte avdelinger. Fire av avdelingene er Agderovergripende, mens de fire Distriktpsikiatriske sentrene (DPS) har sine definerte opptaksområder.

KPH har behandlingstilbud til barn, unge og voksne innenfor allmennpsykiatriske-, rus- og akutte tilbud samt spesialiserte tjenester innenfor ulike diagnosespesifikke områder.

Klinikkens organisasjonskart er oppført nedenfor:



Figur 1- Organisasjonskart KPH

Ledelse i SSHF utføres på fem nivåer gjeldende for alle sykehusets klinikker. Ledere på alle fem nivåer har faglig og administrativt ansvar med økonomi og personalansvar. Ledernivåene er som følger:

1. Administrerende direktør
2. Klinikkdirektør
3. Avdelingssjef
4. Seksjonsleder (*brukes kun der det er behov for et ekstra nivå)
5. Enhetsleder

KPH har gjennomgående fire ledernivåer med ett unntak pr i dag: Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) hvor seksjonsleder er del av lederlinjen.

2.3. Verdier og forventninger til ledere i KPH

Ledelse i SSHF er definert i sykehusets retningslinje «Ledelse i SSHF»¹ og utdrag fra retningslinjen beskriver følgende:

«Ledelse i SSHF handler om å ta ansvar for og jobbe for økt pasienttilfredshet, kontinuerlig forbedring av pasientsikkerhet og bedre behandlingsresultater, økt arbeids glede og mer effektiv ressursbruk. Arbeidsprosesser skal kunnskapsbaseres, fornyes, forenkles, samordnes og gjøres mer brukervennlige for å gi økt tjenestekvalitet for organisasjonen.»

Videre beskriver retningslinjen sykehusets forventninger til ledere:

«Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten setter krav til systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid, inkludert systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Ledere på alle nivåer skal fremme en trygg meldekultur. Ledere skal ta i bruk nye kunnskapsbaserte og moderne behandlingsmetoder. Ledere ved SSHF skal være:

- *Ansvarlige og helhetstenkende*
- *Endringsvillige og handlekraftige*
- *Kommuniserende og inspirerende*
- *Gjennomføringsdyktig, mål- og resultatrettet*
- *Samarbeidsorientert*
- *Involverende.»*

Ledelse i sykehuset skal også være tuftet på sykehusets verdigrunnlag som er respekt, faglig dyktighet, tilgjengelighet og engasjement. Ledere skal i tillegg kjenne til og utføre ledelse i tråd med de planer og styringsverktøy sykehuset til enhver tid er underlagt. Oppsummert finnes det en mengde retningslinjer i sykehuset under tittelen: «Virksomhetsstyring i SSHF»². Disse er oppsummert nedenfor, og er dokumenter på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå som totalt sett beskriver utførelse av ledelse i SSHF:

¹ Virksomhetsintern retningslinje

² Virksomhetsintern retningslinje

- Beslutningsorganer og møtestruktur
- Oppfølgingsmøter SSHF
- Styring av SSHF - Stabenes rolle overfor klinikkene
- Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak
- God virksomhetsstyring - Grunnlag for god pasientbehandling
- Fullmaktsstyring i SSHF - nivåer og fullmakter.

I tillegg er Helsedirektoratets «*Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren*» veivisende for sykehusets ledere (Helse_og_omsorgsdepartementet, 2017).

2.4. Lederutvikling

Lederutvikling i SSHF gjennomføres hovedsakelig i regi av Organisasjonsavdelingen. Rekruttering av nye ledere skjer som regel ved at allerede ansatte i sykehuset søker på en utlyst lederstilling. Dette medfører at ledere på nivå 3-5 er ledere med en helsefaglig utdanning.

2.4.1. Enhetslederprogrammet

Et formalisert rekrutteringsprogram for ledere i sykehuset finnes ikke pr i dag, men det gjennomføres årlig et enhetslederprogram ved sykehusets Organisasjonsavdeling. I tillegg gjennomføres årlig HMS-grunnkurs³ for ledere og «den lille lederskolen» torsdager via digitalt eller fysisk oppmøte. Sistnevnte er en times undervisning med relevante tema for ledere på alle nivå i sykehuset.

2.4.2. Lederplattform under utvikling

På nivå 1-3 er det ikke institusjonalisert lederutviklingsprogrammer i sykehuset pr i dag, men det jobbes med utviklingen av en såkalt lederplattform i SSHF. Hvordan innholdet i plattformen skal se ut er p.t. ukjent.

³ Kurs i helse, miljø og sikkerhet

2.4.3. Videreutdanning i ledelse

Klinikkdirektør, avdelingssjef og enhetsleder har mulighet til å søke videreutdanning i ledelse. Disse er som oftest i regi av UIA, høyskole, fagforbund eller andre private tilbydere. Det har vært en lengre og pågående debatt i sykehuset om behovet for å gi ledere mer formell kompetanse i både økonomi, juss, ledelse m.m. Bakgrunnen for dette er at ledere i systemet har meldt utfordringer med å håndtere vanskelige personalsaker/konflikter, omstillinger og utfordringer knyttet til alvorlige hendelser hvor lovverk og etikk er utfordrende. I tillegg er ledere i sykehuset permanent underlagt utfordringen med å prioritere riktig, og sikre et forsvarlig helsetilbud av høy kvalitet. Samhandlingskompetanse vurderes også som nødvendig med hensyn til samarbeid innad i sykehuset og med en rekke eksterne samarbeidspartnere.

2.5. Kompetanse til ledere og medarbeidere

I KPH jf. «Figur 1- Organisasjonskart KPH» består klinikkledergruppen av klinikkdirektør og åtte avdelingssjefer. Klinikkdirektøren er av profesjon psykologspesialist, mens avdelingssjefene fordeler seg på yrkesgruppene psykolog/psykologspesialist (2), psykiatrisk sykepleier (5) og lege (1).

I klinikkens totale ledergruppe finner vi 49 avdelingssjefer, seksjonsledere og enhetsledere. Størsteparten av seksjons- og enhetslederne er såkalte hybridledere (L. N. Berg, 2017).

Noen av avdelingene har kliniske medarbeidere med 20% funksjon som teamleder i sin 100% stilling. Teamleder har i definert stillingsprosent oppgaver knyttet til teamets daglige drift, men regnes ikke som del av lederlinjen.

Klinikkens medarbeidergruppe består hovedsakelig av yrkesgruppene spesialsykepleier/psykiatrisk sykepleier, psykolog/psykologspesialist og psykiater. Andre yrkesgrupper er ergoterapeut, (klinisk) sosionom, vernepleier, treningsterapeut, jobbspesialist m.m.

2.6. Klinikkens tilbud og spagater

KPH har et uttalt ønske om å tilby tverrfaglig spesialisert rus – og psykiatrisk utredning og behandling. Helsetjenestene skal være tilgjengelige i hele Agder og så langt mulig være preget av likeverdighet uavhengig av hvor pasienten bor (Helse_og_omsorgsdepartementet, 2020).

Politiske føringer og samfunnets utfordringer gjenspeiles i de tjenestetilbud KPH tilbyr og utvikler. Helseministeren har lagt stor vekt på at vi i Norge skal bygge pasientens helsetjeneste: «Ingen beslutning om meg uten meg!»⁴. Brukermedvirkning og pasientens forståelse for hvordan oppnå mestring eller tilfriskning skal ivaretas – også i spesialisthelsetjenesten.

Dette har betydning for det tankegodset som har oppstått i klinikken i senere år hvor vi står i en spagat mellom effektivisering og planstyring på den ene siden og en recoveryorientert helsetjeneste der pasienten viser vei på den andre. I spagaten finner vi store reformer som skal implementeres i helsetjenesten: Pakkeforløpet og utviklingen i retning av digitalisering og innovasjon for å møte pasienten på fleksible digitale arenaer (avstandsoppfølging), hjemme, mer oppsøkende og ambulant.

I et slikt spenn med mange – i vår forståelse – sprikende retninger skal lederutvikling i sykehuset og i vår klinikk finne sted.

⁴ Helseminister Bernt Høie i Sykehustalen 2018.

3. Teoretiske perspektiver på ledelse

Ledelsestrendene er mange og over tid har ulike ledelsesteorier vokst frem påvirket av tiden vi lever i, den aktuelle samfunnsdebatten og det herskende politiske klima (Northouse, 2019; Strand, 2007; Van Wart, 2008; Yukl, 2010).

Utviklingen av ledelse i helsesektoren må sees i sammenheng med den historiske utviklingen i norsk helsepolitikk (O. Berg, 2006).

I kapittel 3.1 gis definisjoner på ledelse. Etterpå ser vi nærmere på relasjonsledelse i kapittel 3.2.

Kapittel 3.3 gir informasjon om relasjonskompetanse før måloppnåelse i sykehuset utdypes nærmere i kapittel 3.4.

3.1. Definisjon på ledelse

I faglitteraturen er det vanskelig å finne en enkel omforent definisjon på ledelse (Strand, 2007, s.18). Ulike lederteorier har utviklet seg over tid og ofte i samsvar med den historiske utviklingen i samfunnet slik skissert i punkt 2.1.

Northouse beskriver at de fleste definisjoner av ledelse involverer at ledelse *er en prosess*, består i å *påvirke andre*, finner sted *i en gruppekontekst* og innebærer *måloppnåelse* (Northouse, 2019). Hans definisjon på ledelse er:

«Leadership is a process whereby an individual influences a group of individuals to achieve a common goal.» (Northouse, 2019, s. 5)

Yukl oppsummerer flere definisjoner på ledelse (Yukl, 2010, s.21):

«Leadership is «the behavior of an individual...directing the activities of a group toward a shared goal.» (Hemphill and Coons, 1957)

“Leadership is about articulating vision, embodying values, and creating the environment within which things can be accomplished.” (Richards and Engle, 1986)

“Leadership is “the ability of an individual to influence, motivate and enable others to contribute toward the effectiveness and success of the organization...” (House et al., 1999)

Ledelse kan også sees på i lys av ulike ledelsesteorier. Montgomery van Wart oppsummerer i sin bok «Leadership in public organizations» (Van Wart, 2008) ulike ledelsesteorier (s. 15):

- «The great man theory» (pre 1900-tallet),
- «Trait theory» (1900-tallet til 1948),
- «Contingency theory» (1948 til 1980-årene),
- «Transformational theory» (1978 til nå),
- «Servent theory» (1979 til nå),
- «Multifaceted theory» (1990-nå).

Ledelsesteoriene kan tradisjonelt deles inn i transaksjonell og transformatorisk ledelse (Northouse, 2019; Van Wart, 2008; Yukl, 2010).

Transaksjonell ledelse tar utgangspunkt i den psykologiske tilnærmingen Behaviorisme som har fokus på menneskets atferd. Skinners atferdsteori om positiv forsterkning har hatt stor betydning for å forklare hvordan atferd oppstår og kan endres på. Transaksjonell ledelse er ledelse hvor innsats (=atferd) settes i sammenheng med belønning. I «rendyrket» betydning innebærer dette et kontraktfestet bytteforhold mellom leder og medarbeider. Medarbeider får lønn for å gjennomføre arbeidsoppgaver knyttet til et mål. Leder kontrollerer at arbeidsoppgaven utføres i tråd med oppdraget.

I ledelseslitteraturen har teori om transformasjonsledelse tradisjonelt hatt fokus på spørsmål om tillit, respekt og lojalitet mellom leder og ansatt. Relasjoner står i sentrum for ledelse:

«Transformasjonsledelse dreier seg ikke bare om enkeltoppgaver og resultater, men hva som betyr noe for oss som mennesker, og om hvordan og i hvilken grad de oppgavene vi driver med i jobben, gir mening til våre liv.» (Knudsen et al., 2015 s. 478-479).

Transformatorisk ledelse vil i «rendyrket» betydning innebære at leder bruker sine personlige egenskaper (karisma) og ferdigheter til å motivere og mobilisere medarbeider til å nå mål.

Todelingen som beskrevet ovenfor dominerer faglitteraturen om ledelse, men det er interessant å kort trekke frem teoretikere som har andre tilnærminger til ledelse. Adizes, Kotter, Bass og Quinn og Rohrbaugh beskriver forskjellige dimensjoner av ledelse. Her betraktes ledelse gjennom spørsmål som «ledelse for hva» eller «ledelse – for hvilket formål» (Knudsen et al., 2015 s. 481).

Ledelsesteoriene uttaler seg også om lederstil. Lederstil handler om hva ledere skal fokusere på, i hvilken grad ledelse utgjør en forskjell, om ledelse er medfødt eller mulig å lære, og hvilken lederstil som er mest virkningsfull eller best å bruke.

Yukl – som eksempel - sammenlikner lederstil/-atferd ut fra transaksjonell og transformatorisk ledelse (Yukl, 2010 s. 278):

Transformational Behaviors	Transactional Behaviors
<ul style="list-style-type: none">- <i>Idealized influence</i>- <i>Individualized consideration</i>- <i>Inspirational motivation</i>- <i>Intellectual stimulation</i>	<ul style="list-style-type: none">- <i>Contingent reward</i>- <i>Active management by exception</i>- <i>Passive management by exception</i>

Figur 2: Transformational and transactional behaviors

Oppsummert viser litteraturen at det finnes flere ledelsesdefinisjoner og at ledelsesteoriene tradisjonelt har gått i to retninger, transaksjonell og transformatorisk ledelse.

3.2. Relasjonsledelse

Relasjonsledelse er en retning innenfor transformatorisk ledelse. Dette er en videreutvikling av human relations-ledelsesteorier som har fokus på mellommenneskelige forhold i ledelse (Northouse, 2019; Strand, 2007; Van Wart, 2008; Yukl, 2010).

Videreutvikling av human relations-ledelsesteorier kan i dag gjenfinnes som aktuelle trender innenfor ledelse som får mye oppmerksomhet (HRNorge, 27.10.2016; Knippenberg, 06.09.2015; Kuvaas, 2014), men hvor det er gjort lite forskning på om slik type ledelse har sammenheng med måloppnåelse.

Relasjonsledelse tar utgangspunkt i et humanistisk menneskesyn der kommunikasjon, verdier og følelser er i fokus. Tankegodset stammer fra humanpsykologien som hadde tro på det iboende gode i mennesket og dennes betydningen av gode relasjoner for å skape endring. Relasjonsledelse har et positivt menneskesyn hvor mennesker ønsker å gjøre sitt beste.

Denne ledelsestilnærmingen forutsetter grunnleggende respekt for andre mennesker og handler om å få fram det beste i hver medarbeider. Spurkeland (Spurkeland, 2017a) sier at relasjonsledelse utøves best når medarbeideren er i dialog med sin leder og opplever å ha medbestemmelsesrett.

I human-relationstenkningen tones ledelse som kontroll ned og medarbeidere skal primært ikke styres og overvåkes. Istedenfor er det avgjørende hvordan gruppen fungerer og hva den yter (Strand, 2007). Denne måten å tenke på setter det menneskelige og sosiale i sentrum og blir slik et alternativ til et teknisk-økonomisk rasjonale.

Spurkeland knytter relasjonsledelse til å handle om «*det gåtefulle spenningsfeltet mellom to individer*» (Spurkeland, 2017b s. 19). Han beskriver at utgangspunktet i relasjonsledelse handler om det som foregår mellom mennesker i det han beskriver som «*påvirkningsrommet*». Han hevder at vår tids ledelsesmuligheter ligger innenfor det vi kan kalle «*personlig påvirkning*».

Teorien om relasjonsledelse bygger på hovedpremissene: Bevissthet om avhengighet og bevisstheten om relasjonelt mot (Spurkeland, 2017b s. 49).

Bevisstheten om avhengighet betyr at ledere og medarbeidere går inn i en organisasjon for å skape noe sammen med andre. Alle må være aktive og ta initiativ i samspillet.

Relasjonelt mot går på evnen og viljen til å møte mennesker ansikt til ansikt. Det handler om å gi tydelige tilbakemeldinger, også av ubehagelig karakter når det er nødvendig.

Relasjonsledelse handler om full åpenhet mot medarbeiderne også ved konflikt.

Oppsummert er relasjonsledelse en retning innenfor humanpsykologi som framhever relasjonstenkning og det mellommenneskelige samspillet mellom leder og medarbeider. Samspillet kvalitet har sammenheng med medarbeiderens produktivitet.

Spurkeland har arbeidet med begrepet «Relasjonskompetanse» over tid og utviklet et verktøy som måler ulike dimensjoner ved dette begrepet.

3.3. Relasjonskompetanse

Spurkeland definerer relasjonskompetanse slik: *«ferdigheter, evner, kunnskaper og holdninger som etablerer, utvikler, vedlikeholder og reparerer relasjoner mellom mennesker»* (Spurkeland, 2017a, p. 17).

Det operasjonelle innholdet i begrepet relasjonskompetanse består av 14 ferdigheter og i det følgende beskrives kort disse relasjonsferdighetene som samlet utgjør begrepet relasjonskompetanse.

3.3.1. Menneskeinteresse

I følge Spurkeland er menneskeinteresse det grunnleggende elementet i relasjonskompetanse. Det er hovedpremisset for å kunne jobbe med relasjoner. Under dette kommer:

1. Generell positiv nysgjerrighet på mennesker
2. Aktivt engasjement i andre mennesker
3. Sosial intelligens
4. Evne til å vise positive følelser overfor andre.

Hertil kommer det å se helheten i andre mennesker og forstå at alle er såkalte «24-timers mennesker», at livene består av mer enn arbeidstiden og at alt influerer på alt. Spurkeland hevder at leder må kjenne til overskriftene i det andre menneskets 24-timers liv og først da kan se dennes totalsituasjon og engasjere seg empatisk i ledelse av dette mennesket.

Sosial intelligens betyr i hvilken grad man har evne og intensjon for å opprette kontakt med den man skal lede. Spurkeland hevder at relasjonskvalitet finnes i fire nivåer:

Kjærlighetsrelasjon, vennskapsrelasjon, vennlighetsrelasjon og respektrelasjon. Den siste skaper lite energi og gir liten «effekt», mens de over har stigende grad av emosjonelle kvaliteter ved seg og gir dermed økende kvalitet på relasjonen.

3.3.2. Tillit

Spurkeland vier tillit mye plass. Tillit er bærende i alle relasjoner. For ledere i norsk kultur skaffes nødvendig innflytelse og påvirkningsmulighet gjennom tillit og ikke gjennom posisjon. Derfor blir evne til å bygge tillit svært viktig. Følgende dimensjoner er særlig relevante:

- Integritet: Samsvar mellom tale og handling
- Kompetanse: Faglig kunnskap og mellommenneskelig kunnskap
- Konsistens: Forutsigbarhet, enhetlig opptreden og konsekvens
- Lojalitet: Villighet til å stille opp for en annen person og støtte vedkommende
- Åpenhet: Ærlig og sannhetstro opptreden
- Moral: Avgjørende for lederes opptjening av tillit.

Det er et poeng at tillit aldri er en konstant faktor, men en emosjonell tilstand som kan bevege seg ut fra gjentatte tillitsskapende interaksjoner – eller det motsatte; tillitsbrytende interaksjoner. Ledelse er å jobbe med tillit hver dag.

I en jobbrelasjon kan man ha delt tillit. Dette betyr at man kan ha faglig tillit til en person, men mangle personlig tillit til vedkommende. «Geniale lasaroner» er kollegaer eller medarbeidere som man bærer over med fordi deres faglige bidrag er uovertruffent.

Spurkeland gjør til sist et poeng av at en leder som begår tillitsbrudd bare har to muligheter:

1. Ta sin hatt og gå, eller
2. legge seg flat, innrømme svikt og få betingelsene for fornyet tillit diktert.

Han mener ledere som har ansvar for andre menneskers sikkerhet og liv burde fratres ved feil og større uhell.

3.3.3. Dialogferdigheter individ

Spurkeland opererer med tre ulike samtaleformer:

1. Dialog, som har som formål å bedre kontakt og forståelse mellom to personer.
2. Diskusjon, som har som formål å drive fram dypere innsikt i et tema.
3. Debatt, som er en verbal kampform med angrep og forsvar.

Dialog er den sentrale samtaleformen med tanke på en leders relasjonskompetanse. Dialogen er et verktøy for å gjennomføre medarbeidersamtaler. Medarbeidersamtalen er en fortrolig samtale mellom to personer og et av Spurkelands tilbakevinnende statements er at «*du kan ikke lede mennesker uten å kjenne noe til livet deres*». (Spurkeland, 2017a, s.66)

3.3.4. Tilbakemelding

Spurkeland hevder at mange medarbeiderundersøkelser viser at tilbakemeldingskulturen står svakt og at dette er et norsk problem. Han mener videre at de fleste lederutviklingstiltak har dette på agendaen, men at det mangler mye på praksis og gjennomføringsevne. Han skiller mellom tre former for tilbakemelding:

1. Positiv tilbakemelding: Ros
2. Negativ tilbakemelding: Ris
3. Ingen tilbakemelding: Neglisjering

Neglisjering er psykisk trakassering og forbudt ved lov. Dermed er ros og ris de aktuelle tilbakemeldingsverktøy. Spurkeland trekker opp fire delferdigheter som man kan trene på:

1. Kunsten å ta imot ros: Dette er viktig både for den som får ros, men ikke minst for den som gir rosen.
2. Kunsten å gi ros: Ros er ferskvare og må komme raskt etter en rosverdig innsats. Ros må ikke bli fraser og talemåter.
3. Kunsten å ta imot ris: Dette betegnes som den vanskeligste ferdigheten fordi den møter menneskets naturlige forsvarsmekanismer og følelsesmessig ubalanse.

4. Kunsten å gi ris/korrigeringer: Ris er også ferskvare, men avsender må være i emosjonell balanse når budskapet overbringes. Spurkeland har et eget begrep på det å komme over terskelen for å gi ris. Han kaller det *relasjonelt mot* (Spurkeland, 2017b, s.112).

3.3.5. Dialogferdigheter i gruppe

Kompetansen «Dialogferdigheter i gruppe» handler mest om møteledelse. Spurkeland hevder at lederen gir seg inn på noe uforutsigbart og spennende hver gang et møte starter fordi få eller ingen møter blir slik de er tenkt. Kaos rår mye av grunnen når mennesker møtes. Han skiller mellom fire prosesser som skjer i løpet av mange møter:

1. Agenda – den planlagte og den virkelige
2. Prosessen – improvisasjon og fleksibilitet
3. Sanseinntrykk, observasjoner og intuisjon
4. Konklusjoner og resultater

Han peker på to hovedområder innen resultatområder for et møte:

1. Saksresultat – konklusjoner og saksprodukt
2. Relasjonsresultat – styrke, samhold, motsetninger, nærhet, støtte, tillit, vennskap, lagånd osv.

Spurkeland påstår at alle «*vet at relasjonsresultat er basis for saksresultat*» (Spurkeland, 2017a, s. 129).

3.3.6. Relasjonsbygging

Evnen til relasjonsbygging fremheves som en av de viktigste kompetansene vi har; vi bytter jobb mange ganger i løpet av en yrkeskarriere, vi skifter bopel oftere enn før, vi inngår i kortere eller lengre engasjementer av ulike slag osv. Med andre ord må vi raskt kunne etablere nye relasjoner. Fire faser pekes på:

1. Etableringsfase; øyekontakt, håndtrykk, hudkontakt i første møte, smil, navn (fornavn) osv.
2. Testfase; gi de involverte trygghet i hva som er å stole på og hva som må modifiseres
3. Tillitsfase; partene i relasjonen opplever hverandre som forutsigbare og troverdige på atferd
4. Vedlikeholdsfasen; alle viktige relasjoner behøver fornyelse og vedlikehold gjennom f.eks. medarbeidersamtaler

I boka handler «Relasjonsbygging» mest om lederens ferdigheter i de fire fasene når han/hun møter nye medarbeidere som skal ledes.

I spørreskjemaet tar derimot «Relasjonsbygging» mest for seg i hvilken grad lederne oppfatter seg som brobyggere til andre enheter i organisasjonen og andre samarbeidspartnere. Altså hvordan leder bruker relasjonsferdigheten overfor andre virksomheter og organisasjoner. Bare ett spørsmål – av fem – handler om hvordan lederen er i møte med nye mennesker. Det er derfor nærliggende å anta at resultatene på akkurat dette område mer omhandler relasjonsbygging på virksomhetsnivå enn på individnivå.

3.3.7. Synlighet

Spurkeland hevder at synlighet er primært en holdning og et prioritert valg som innebærer flere dimensjoner:

- Tilgjengelighet
- Fysisk tilstedeværelse i sosiale situasjoner
- Oppsøkende atferd
- Tid til samtaler
- Tydelighet

Han viser videre til sin egen undersøkelse der ledere med stor geografisk avstand til sine medarbeidere skårer lavt på denne dimensjonen. Relasjonsorienterte ledere har synlighet som prioritert arbeidsform.

3.3.8. Utvikling

Spurkelands perspektiv er at utvikling av egne ansatte er ledelsesarbeid og ikke administrasjon. Og utvikling er et viktig tiltak mot sabotasje, som i denne sammenheng beskrives som det som kan oppstå når medarbeidere ikke gjør sitt beste, ikke er lojale.

Kompetansekartlegging er et sentralt virkemiddel, og i beste fall får vi også kartlagt realkompetansen til medarbeideren som et tillegg til formalkompetansen man kan lete opp i personalarkiver (vitnemål, attester osv). Realkompetanse inneholder alt en person har i ryggsekken av erfaringer, breddekompetansen.

Videre er medarbeidersamtalen en sentral utviklingsarena som bør munne ut i en utviklingsavtale der både medarbeiderens breddekompetanse og dybdekompetanse (spisskompetanse) er med.

3.3.9. Kreativitet

Et menneskes kreativitet assosieres ofte med høy selvtillit, fleksibilitet, originalitet, antikonvensjonalitet, uavhengighet og frihetssøking. Hovedhensikten med et kreativt arbeidsmiljø er å få mer ut av menneskets totalkompetanse.

I en hverdag der fornyelse og forbedring pågår kontinuerlig, betoner Spurkeland betydning av å skape et klima for kreativitet, for å slippe til «galskapen», for å være løsningsfokuset og komme videre.

3.3.10. Konflikthåndtering

Spurkelands definisjon på konflikt er «*relasjonelle spenninger som gir og krever energi*» (Spurkeland, 2017a, s. 225). Konflikt er naturlig i relasjoner, også i organisasjoner. Konflikter kan deles inn i tre kategorier:

- 1) Personkonflikter
- 2) Interessekonflikter
- 3) Verdikonflikter

Spurkeland hevder at konflikter ofte gjennomgår tre stadier:

- 1) Irritasjonsstadiet
- 2) Misnøyestadiet
- 3) Konfliktstadiet

Ledere skal være ressurspersoner i konfliktspørsmål og må ha kompetanse på konfliktløsning. Spurkeland hevder at konflikter trenger løsninger, ikke primært utredninger og diagnostiseringer. Det er et poeng å fokusere framover når man jobber med konfliktløsning.

3.3.11. Emosjonell modenhet

Emosjonell modenhet er en av de viktigste relasjonsferdighetene, ifølge Spurkeland. Dyktige ledere har innsikt i sitt eget følelsesregister. Ledere må være gode på mentalisering, som vil si å fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer for det indre livet.

Relasjonsledelse er å ta i bruk og håndtere egne og andre menneskers følelser. Spurkeland hevder at ingen kan legge følelser igjen hjemme og komme nøytrale på jobben – eller omvendt. Spurkeland viser til forskning av Staw og Barsade som viser at personer med stabile positive emosjoner gjør det bedre i arbeidslivet enn mennesker med negative emosjoner (Spurkeland, 2017a, s. 276). Spurkelands konklusjon er at ledere bør velges fra gruppen med positive emosjoner.

3.3.12. Humor

Spurkelands definisjon på humor er «*en mental aktivitet som skaper munterhet og positive emosjoner*» (Spurkeland, 2017a, s. 283). Han snakker om «varm humor» (lyst, lek, vennlig, uten mål/beregning, vil ikke skade/såre, drar folk sammen) versus «kald humor» (ironi, sarkasme, beregnende, vil skade/såre, trekker folk fra hverandre) og understreker selvsagt at det er den varme humorens plass i ledelsen som er viktig for kropp og sjel, som stressmestring.

3.3.13. Prestasjonshjelp

Spurkeland definerer prestasjonshjelp som «*Enhver personlig relasjonell påvirkning som får et annet menneske til å kjenne seg psykisk sterkere, mer kompetent og i stand til å ta i bruk det beste i seg selv.*» (Spurkeland, 2017a, s. 300)

Prestasjonshjelp betinger noen grunnholdninger:

- Uselviskhet hos prestasjonshjelperen
- Evnen til å vise aktiv hjelpsomhet
- Det kollektive framfor det individuelle; i et fellesskap må noen yte for at fellesresultatet skal bli bra
- Å unne andre suksess
- Evnen til å vise storhet og romslighet

Coaching, veiledning, utvikling og trening inngår i begrepet prestasjonshjelp.

3.3.14. Resultatorientering

Denne dimensjonen er ifølge Spurkeland ikke en relasjonsferdighet. Han beskriver den som en kontrolldimensjon for de 13 første for å sjekke om relasjonskompetansen skaper resultater. Spurkeland fastslår med stor sikkerhet at relasjonsdimensjonene påvirker resultatoppnåelsen hos en leder (Spurkeland, 2017a, s. 318).

Som tidligere påpekt i punkt 3.2 er det gjort lite forskning på om ledelsestrender med fokus på ledernes mellommenneskelige kvaliteter har sammenheng med måloppnåelse. I undersøkelsen har vi valgt å se på dette.

3.4. Måloppnåelse

I kapittel 3.1 er ledelsesteoriene presentert. I definisjonene av ledelse er det å nå mål et felles kjennetegn. Den helsepolitiske konteksten, slik skissert tidligere i oppgaven, beskriver hvordan målstyringspolitikken for alvor kom til helse-Norge med helseforetaksloven og implementeringen av Helseforetaksreformen i 2002 (O. Berg, 2006; helsedepartementet,

2001). Det finner sted en overgang fra styring gjennom regler og rutiner, til styring gjennom mål, resultater, kvalitet og konkurranse (Øgård, 2014). Øgård beskriver NPM utfra et tredelt fokus: Tro på ledelse, bruk av indirekte kontroll og brukerfokusering.

1. *Tro på ledelse* betyr at lederen ansvarliggjøres i en produktiv og effektiv organisasjon. Ledelse utøves ved bruk av desentralisering, delegering, profesjonalisering av lederrollen, disiplinering av arbeidsstyrken gjennom produktivitetskrav og lederkontrakter knyttet til resultat.
2. Bruk av *indirekte kontroll* betyr blant annet prestasjonsbasert belønningssystem, kvalitetsfokus, mål- og resultatstyring, benchmarking og evaluering.
3. *Brukerfokusering* innebærer blant annet valgfrihet for bruker/pasient, rettighetsfokus og brukerundersøkelser for å optimere tilbud.

Med dette som bakgrunn gjenfinnes det samme fokuset på måltall og kontroll i helsevesenet som i den industrielle økonomien.

Tredelingen tydeliggjør sammenhengen mellom *tro på ledelse* og mål. Sammenhengen mellom type ledelse og mål beskrives nedenfor.

Van Wart (Van Wart, 2008) og Yukl (Yukl, 2010) beskriver teoretiske sammenhenger mellom ulike typer ledelse og mål. Eiken (Eiken, 2016 s. 27-28) har satt dette opp i to oversiktlige matriser fordelt mellom transaksjonsledelse og transformasjonsledelse. Matrisene viser ulike lederstiler med tilhørende lederstrategier og resultatmål.

Dette oppsummeres her som følger:

- I transaksjonsledelse er mål «harde». Økt effektivisering og høy produktivitet er målet. Mål detaljbeskrives og tallfestes. Leder når mål ved bruk av styringssystemer som kontrollerer medarbeidere i forhold til å nå målene. Arbeidskontrakten til medarbeiderne beskriver bytteforholdet mellom lønn og arbeidskraft. Den dekker medarbeidernes primærbehov som er viktige for å mobilisere og motivere medarbeideren til måloppnåelse.
- I transformasjonsledelse er mål i sammenlikning «mykere». Organisasjonsutvikling = medarbeiderutvikling og for å nå mål er det fokus på utvikling, samhold og visjon. Leders

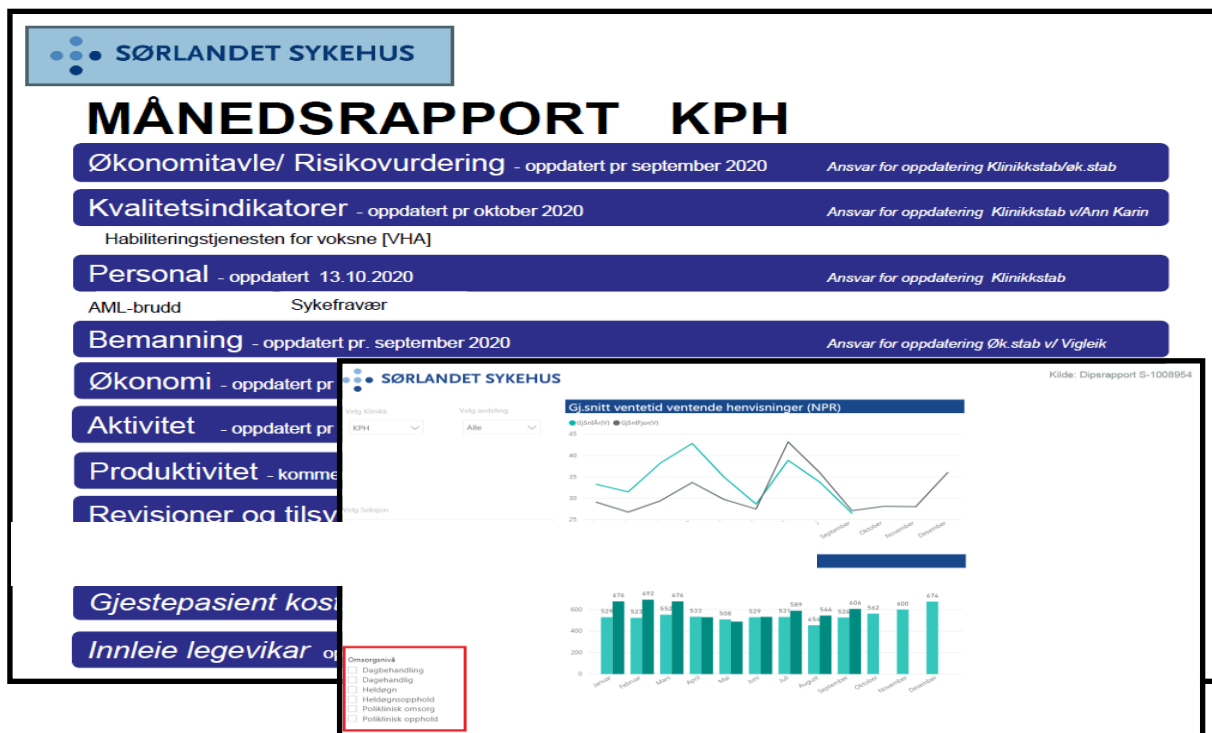
personlige egenskaper er viktige for å mobilisere og motivere medarbeideren til å bidra til måloppnåelse.

I et helseforetak er mål i hovedsakelig «harde». Helseledere jobber med måloppnåelse ved hjelp av styringssystemer.

Mål gis i Oppdrag- og bestillerdokumentet (Helse_og_omsorgsdepartementet, 2020) fra regjeringen. Målene operasjonaliseres i linjen fra departementet til regionalt helseforetak til lokalt helseforetak og så videre i klinikkplan og virksomhetsplaner i avdelinger og enheter.

I utvelgelsen av relevante mål til denne undersøkelsen, er det gjort et lite utvalg av klinikkens egne mål. Hver avdelingen i klinikken rapporterer i målekort månedlig, og hver måned får klinikken, avdelingene og enhetene tilbakemelding på oppnådd resultat.

I månedsrapporten finnes kvalitetsindikatorer, økonomitavle, personaldata med mer:



Figur 3 - Illustrasjon av månedsrapport, innholdsfortegnelse og eksempel på et måleparameter

I oppgavens undersøkelse spørres lederne om måloppnåelse på fire konkrete mål tatt ut av månedsrapporten. Målene følger nedenfor.

3.4.1. Ventetid

Ventetid er antall dager pasienten venter på første oppmøte til utredning og/eller behandling etter at pasienten er tildelt rett til nødvendig helsehjelp⁵ i spesialisthelsetjenesten.

Det er ulike krav til ventetid i klinikken. Gjennomsnittlig ventetid skal være mindre enn 40 dager innen psykisk helsevern for voksne, mindre enn 35 dager innen psykisk helsevern for barn/unge og mindre enn 30 dager i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Helse_og_omsorgsdepartementet, 2020, p. 5).

I spørreskjemaet er ikke antall dager oppgitt, men regnes som kjent for respondentene.

3.4.2. Aktivitet

Aktivitetsbegrepet er sammensatt og ulikt for henholdsvis poliklinisk behandling og døgnbehandling.

Konsultasjoner i poliklinisk virksomhet omhandler individualterapi, familieterapi og gruppeterapi. Antall konsultasjoner er definert på enhets-, avdelings- og klinikknivå. Det har vært en forventning i klinikken over flere år at hver poliklinisk behandler må ha minimum tre konsultasjoner daglig. Konsultasjoner måles i ISF-poeng (ISF = innsatsstyrt finansiering) som differensierer mellom type konsultasjon og innholdet i konsultasjonen. Det gjennomføres også video- og telefonkonsultasjoner, og på grunn av koronapandemien har klinikken for 2021 egne budsjett for disse.

For døgnbehandling er beleggprosenten det mest konkrete målet. Det finnes også andre parameter for å måle aktivitet som antall liggedøgn og antall utskrivninger.

⁵ Rett til nødvendig helsehjelp defineres i nasjonale prioriteringsveiledere fra Helsedirektoratet

I spørreskjemaet er ikke konsultasjonstall, ISF-poeng eller beleggspersent oppgitt, men regnes som kjent for respondentene.

3.4.3. Sykefravær

Sørlandet Sykehus HF har et overordnet mål om totalt 6,5% sykefravær (korttids- og langtidssfravær).

Sykefraværet måles på enhets-, avdelings- og klinikknivå. Erfaringsmessig er det store variasjoner mellom enheter og avdelinger, og lederne i KPH har sammen med bedriftshelsetjenesten og tillitsvalgte kontinuerlig fokus på dette målet.

I spørreskjemaet er ikke 6,5%-målet oppgitt, men dette regnes som kjent for respondentene.

3.4.4. Epikrisetid

Epikrisetid er tiden mellom avslutning av pasientens behandling og formell utsendelse av dokumentet.

Avslutning defineres i poliklinikk som pasientenes siste konsultasjon. I døgntilrettelagt defineres avslutning som når pasienten forlater bygget. Éndags-epikrise betyr å sammenfatte pasientens utredning og behandling raskest mulig etter avslutning og senest innen 24 timer.

OBD krever at minst 50% av epikrisene skal være sendt innen én dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB (Helse_og_omsorgsdepartementet, 2020, p. 5).

I spørreskjemaet er ikke 50%-målet oppgitt, men dette regnes som kjent for respondentene.

Oppsummert betraktes undersøkelsen utvalgte mål som «harde» mål og omfatter «Ventetid», «Aktivitet», «Sykefravær» og «Epikrisetid». Ledere tar i bruk omfattende styringssystemer for å kontrollere medarbeidere og nå mål.

4. Metode

Ettersom forskning handler om å få tak og systematisere kunnskap for å belyse et fenomen, er metoden som velges viktig for å treffe så presist som mulig slik at vi kan få tak i kunnskapen vi er ute etter.

Dette kapittelet tar for seg vurderingene bak valg av metode, hvilket design som er valgt og hvordan man har kommet fram til utvalget. Etske betraktninger, reliabilitet, validitet og ev feilkilder på datamaterialet beskrives nedenfor.

4.1. Bakgrunn for valg av metode

En metode er en måte å samle inn empiri på, data om virkeligheten (Jacobsen, 2018).

To begreper er viktige: Ontologi og epistemologi. Ontologi er et gresk ord som betyr «slik ting faktisk er», læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. Epistemologi er læren om kunnskap, i hvilken grad det er mulig å få sann kunnskap om verden.

Metoden er hjelpemiddel, teknikken, til å gi en beskrivelse av virkeligheten.

To sentrale spørsmål er om man skal velge induktiv eller deduktiv tilnærming og om man skal samle inn kvantitative eller kvalitative data? En induktiv tilnærming går fra empiri til teori mens en deduktiv tilnærming betyr at man går fra teori til empiri. En kvantitativ tilnærming har som utgangspunkt at den sosiale virkeligheten kan måles ved hjelp av tall. En kvalitativ tilnærming har som utgangspunkt at virkeligheten er for kompleks til å måles med tall og at man må samle inn data ved hjelp av ord.

Dette leder videre til et skille mellom to hovedtilnærminger: Positivistisk tilnærming og fortolkningsbasert tilnærming. Den positivistiske tilnærmingen tar utgangspunkt i studiet av naturvitenskapelige fenomener og henviser til det som positivt er til stede (kan sanses og erfares). Det studerte er stabilt og ny kunnskap bygger kumulativt på den forrige. Den nøytrale forskeren finner virkeligheten gjennom objektive metoder og mål. Den fortolkningsbaserte tilnærming er en reaksjon på positivismen og peker på at det er forskjell på å studere fysiske ting og samfunnsskapte fenomener. Det studerte er dynamisk, unikt og særegent. Virkeligheten er slik mennesker oppfatter virkeligheten og studeres av ikke-objektive forskere som fortolker virkeligheten.

Vår undersøkelse har en deduktiv tilnærming ved at vi bruker Spurkelands teori om relasjonsledelse og tar den inn i vår organisasjon for å finne empiri. Spurkelands teori er kvantifisert gjennom et spørreskjema som måler relasjonsferdighetene i tallstørrelser, og undersøkelsen hans er gjennomført på flere områder og sektorer tidligere, sist blant rektorer i Agder (Eiken, 2016).

4.2. Valg av forskningsdesign

I valg av forskningsdesign handler det om å finne det designet som er best egnet til problemstillingen. Vårt mål er å finne ut noe om virkeligheten blant KPH-lederne på ett gitt tidspunkt.

En slik studie kalles for tverrsnittsstudie og er den vanligste formen for undersøkelser. Den gir mulighet for å undersøke hele, avgrensede populasjoner. Den gir gode muligheter for å se på hvordan ulike fenomener varierer sammen og benyttes ofte til å uttale seg kausalt.

Et ekstensivt design har mange enheter (N) og få variabler. Det har som formål å få en presis beskrivelse av omfang, utstrekning og hyppighet på tvers av kontekster.

Et intensivt design har få enheter (N), men mange variabler. Formålet er å få en så helhetlig beskrivelse som mulig med tanke på den enkeltes forståelse og fortolkning av fenomenet.

Ettersom undersøkelsen ser på hele ledergruppen i én organisasjon, har den et *ekstensivt design* selv om N ikke er stort. Det fås spesifikk skåring på spesifikke variabler innenfor en definert gruppe respondenter i samme organisasjon.

Undersøkelsen søker å beskrive situasjonen så helhetlig som mulig i utvalget slik den er i dag samt hvilke variasjoner som kan forekomme. Undersøkelsen har altså et *deskriptivt design*.

4.3. Kvalitativ eller kvantitativ metode?

I valg av metode for innsamling av informasjon, har datatype som skal samles inn avgjørende betydning for metodevalg; kvalitativ eller kvantitativ metode?

En kvalitativ studie har metoder som individuelt/åpent intervju, fokusgruppeintervju, observasjon og dokumentundersøkelse. Metoden er som regel intensiv med få enheter og er gjerne foretrukket når kunnskapen om fenomenet man vil undersøke er liten eller man vil

utvikle nye hypoteser om et fenomen. Fordelen er at man har mulighet til å gå i dybden. Ulempene er bl.a. at det er tidkrevende å gruppere svarene samt at man stadig får ny input som kan gjøre det vanskelig å vite når man har nok og kan avslutte undersøkelsen.

En kvantitativ studie har metoder som spørreskjema (pr. post eller web), standardisert telefonintervju og personlig/standardisert intervju. Metoden er ekstensiv og hensikten er å få inn informasjon som lett kan systematiseres og standardiseres til en relativt lav kostnad. Ulempene er at respondentene tvinges inn i ferdige svaralternativer som gjør at informasjonen kan bli overflatisk.

Denne undersøkelsen er kvantitativ. Den ble gjennomført ved at link til et elektronisk spørreskjema ble sendt ut pr. mail til et lukket antall respondenter. Deretter ble dataene analysert dataene med tanke på frekvens og samvariasjon.

4.4. Utvalg og gjennomføring av undersøkelsen

I dette avsnittet redegjøres for utvalg av respondenter, hvordan undersøkelsen er utført og hvordan dataene analyseres.

4.4.1. Utvalg av respondenter

Respondentene er ansatte i KPH ved SSHF. De omfatter 49 lederne på nivå 2, 3, 4 og 5 (enhetsleder/seksjonsleder, avdelingssjef og klinikkdirektør).

Lederne er spredt på de åtte avdelinger i klinikken og er til sammen 40 behandlingenheter (poliklinikker og døgnenheter).

Studentene bak undersøkelsen jobber selv som ledere i organisasjonen og er ikke inkludert i respondentgruppen.

Formelt er det søkt sykehuset om og fått godkjenning for å gjennomføre undersøkelsen i respondentgruppa.

4.4.2. Spørreskjemaet og gjennomføring av undersøkelsen

Undersøkelsen består av et elektronisk spørreskjema med 81 spørsmål som bygger på Spurkelands indikatorer på relasjonsferdigheter.

Svaralternativene er en gradering fra 1-8, fra «helt uenig» til «helt enig». Spurkeland rangerer relasjonsferdighetene i tre grupper: Høy, middels og lav. Høy går fra 6 til 8, middels fra 4-6 og lav er under 4. Denne inndelingen gjør Spurkeland ut fra en undersøkelse med nær 1500 respondenter som skåret ca. 250 ledere (Spurkeland, 2017a).

Spørreskjemaet er komplett med egne indikatorer for måloppnåelse (mål på ventetid, aktivitet, epikrisetid og sykefraværspersent).

Respondentene ble også spurt om kjønn, aldersgruppe, ledererfaring og lederkompetanse.

Spørreskjemaet ble første gang sendt ut fra UiA 07.05.20 ved hjelp av SurveyXact⁶ med to purringer pr. mail (15. mai og 25. mai).

Svarprosenten ble 61.

4.5. Analyser

Analyseverktøyet brukt er SPSS⁷.

Først er alle delspørsmål innenfor en relasjonsferdighet gruppert sammen. Det samme er gjort med de fire spørsmålene om måloppnåelse.

Deretter er det gjort en gjennomsnittsberegning (univariat analyse) på både relasjonskompetanse og måloppnåelse for å se fordelingen av disse hos lederne i undersøkelsen. I gjennomsnittsberegningen er også standardavviket tatt med.

Etterpå er det gjort en korrelasjonsanalyse (bivariat analyse). Analysen viser sammenhengen mellom både den totale relasjonskompetansen og de enkeltvise relasjonsferdighetene til respondentene sett opp mot de fire målvariablene.

Analyseverktøyet SPSS markerer signifikant korrelasjon som følger:

- **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
- *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Analyse og drøfting relateres til SPSS markeringer for signifikante eller ikke signifikante sammenhenger.

⁶ Digitalt spørreskjemaverktøy, eies av Rambøll

⁷ IBM® SPSS® Statistics

4.6. Kvalitet på data

Dataenes kvalitet henger sammen med validitet, gyldighet og mulige feilkilder. Dette redegjøres for nedenfor.

4.6.1. Validitet

Validitet betyr gyldighet som i forskningsmessig sammenheng igjen deles inn i indre og ytre gyldighet.

Den indre gyldigheten er knyttet til om måleapparatet (standardisert spørreskjemaet) måler det som ønskes målt. Den ytre validiteten er knyttet til i hvor stor grad funnene i spørreundersøkelsen kan generaliseres fra utvalget til populasjonen. (Jacobsen 2018 s. 351 ff). I denne undersøkelsen er utvalget lik populasjonen og populasjonen er alle lederne i KPH.

Ledere i KPH utøver helhetlig ledelse som innbefatter personalansvar, økonomisk ansvar og faglig ansvar. Populasjonen utøver helhetlig ledelse i sitt daglige virke. Det styrker validiteten på undersøkelsen ettersom respondentene bes om å komme med sin subjektive forståelse av egne relasjonsferdigheter ut fra gitte spørsmål og sin egen oppfatning av måloppnåelse.

Målene er konkrete og lederne har til enhver tid oversikt over dem gjennom internrapporter og dashbord. En må derfor regne med at ledernes subjektive målskåring ville vært sammenfallende med offisielle rapporter og måltall dersom vi hadde kryss-sjekket.

Gyldigheten på hver enkelt respondent sitt svar vurderes derfor som høy (Spurkeland, 2017a).

4.6.2. Reliabilitet

Med reliabilitet menes om resultatene er pålitelige. Man må spørre seg om måten undersøkelsen er blitt gjennomført på kan være årsaken til resultatene.

Spørreskjemaet er godt testet fra før og har en reliabilitet som er større enn 0,8 (Spurkeland, 2017a, s. 78). Dette regnes som høy reliabilitet og det er stor sjanse for at man hadde fått samme resultat uavhengig av hvilken forsker som utførte undersøkelsen. Spørsmålene er helt like til alle respondentene og det er ingen kontakt mellom forsker og respondent.

Konteksten som respondenten befinner seg i, kan ha betydning for reliabilitet. Konteksten til respondentene er ikke kjent, men en kan anta at de har fylt ut skjemaet i arbeidstiden på sitt eget kontor og jobb-PC hvor de fikk linken til undersøkelsen tilsendt.

Det må anføres at våren 2020 var preget av COVID-19, og KPH-lederne hadde en annerledes og krevende arbeidshverdag fram medio mars og utover våren. Da spørreskjemaet ble sendt ut i begynnelsen av mai, var imidlertid den mest krevende krisesituasjonen håndtert.

Selv om det er umulig å si noe sikkert, antas det at konteksten ikke har hatt stor innvirkning på svarene som omhandler egen vurdering av relasjonskompetanse og måloppnåelse.

Undersøkelsen er digitalt gjennomført med høy presisjon og dataprogrammet SPSS benyttes til koding og behandling av dataene. Dette medfører mindre mulighet for feil enn om skriftlige spørreskjema skulle blitt behandlet manuelt.

4.6.3. Feilkilder

Det vil alltid være mulighet for feilkilder og man må være kritisk til egen undersøkelse.

I denne undersøkelsen er det flere mulige feilkilder:

1. N er 30 og man kan tenke seg at respondenter tror at det ut fra alder, kjønn, antall år med erfaring og formell kompetanse kan være mulighet for gjenkjenning. Forskerne som utfører undersøkelsen er både sideordnet og overordnet kollega til respondentene. Dette kan tenkes å styre respondentenes svar i bestemte retninger eller påvirke om de svarer.
2. Respondentene kan ha ulik grad av selvinnsett med tanke på egen relasjonskompetanse og vekte svarkategoriene ulikt.
3. Kategoriene for måloppnåelse kan gi rom for tolkning ettersom man skal gradere dem og ikke bare svare ja eller nei på om man er innenfor et målkrav eller ikke.
4. Noen respondenter kan ha krysset etter innfallsmetoden eller etter ulike mønstre i svaralternativene.
5. Ledere i KPH har en travel arbeidshverdag og kan ha valgt å ikke prioritere deltakelse i undersøkelsen.
6. Til enhver tid er det konstituerte ledere i klinikken som kan ha valgt å ikke svare fordi de ikke har grunnlag for å vurdere f.eks. måloppnåelse.
7. En annen mulig feilkilde er forskernes egen forståelse og oppfatning av de empiriske dataene. Dette kan forhindres ved å beskrive og gjengi tabeller så korrekt som mulig.

4.7. Etiske betraktninger

Forskningsetikk innbefatter tre grunnleggende krav knyttet til forholdet mellom forsker og dem det forskes på: Informert samtykke, krav til privatliv og krav til riktig presentasjon av data (Jacobsen, 2018, p. 47ff).

Informert samtykke innebærer kompetanse (at den som undersøkes må være i stand til å bestemme selv om han eller hun vil delta i undersøkelsen), frivillighet (at den som undersøkes må få velge fritt om han eller hun vil delta), full informasjon (at den som undersøkes må ha full informasjon om undersøkelsens hensikt) og forståelse (at den som undersøkes skal også ha forstått informasjonen).

Krav til privatliv berører hvor følsom informasjonen som samles inn er, hvor privat informasjonen som samles inn og hvor stor mulighet det er for å identifisere enkeltpersoner ut fra dataene.

Krav til riktig presentasjon av data betyr at man skal forsøke å gjengi resultater fullstendig og i riktig sammenheng. Respondenten har krav på fullstendig gjengivelse. Man skal ikke forfalske data og resultater. Åpenhet er et absolutt krav til forskningsformidlingen, at valg i løpet av forskningsprosessen så langt som mulig gjøres eksplisitt.

Det ble laget et informasjonsskriv som ble sendt ut sammen med linken til spørreskjemaet. Spørreskjemaet startet med en samtykkeerklæring der respondenten bekreftet å ha forstått informasjonen. Undersøkelsen var frivillig, men det ble purret formelt pr. mail og uformelt ved muntlige påminnelse.

Undersøkelsen berørte ikke respondentenes privatliv direkte, men elementer i undersøkelsen kan nok oppfattes som følsom ettersom det måler hvordan man er som leder. Respondentene kan i tillegg få tanker om at de blir gjenkjennbare ut fra personlige data. Vurderingen er imidlertid at det ville bli et omfattende arbeid å finne ut av og uansett preget av stor grad av usikkerhet.

Dataene presenteres i nøyaktige tabeller hvor utregningsmetoder gjengis og kan etterprøves.

Det ble søkt og gitt godkjenning av SSHF v/klinikkdirektør til å gjennomføre undersøkelsen. Ettersom respondentene er ansatte og ikke pasienter, var det ikke behov for godkjenning av sykehusets Forskningsavdeling.

Til slutt noen betraktninger rundt det å studere egen organisasjon.

Jacobsen drøfter fordeler og ulemper ved å studere egen organisasjon (Jacobsen, 2018).

Fordelen er at man kjenner organisasjonen og er kjent av respondentene.

Ulemper kan være at man er forutinntatt og «blind» for sider ved organisasjonen som man burde ha sett. Det kan også være vanskelig å holde en kritisk avstand og ubevisst spille en rolle i undersøkelsen ved f.eks. at man i uformelle sammenhenger snakker om undersøkelsen på en måte som gir respondentene «nye» tanker som gjør at de svarer annerledes enn de ville gjort ellers.

Vi ser at dette kan være reelle ulemper for oss. Vi mener at det standardiserte spørreskjemaet sikrer at innsamlede data ikke farges av vår eventuelle forutinntatt. Den andre ulempen ved at vi har snakket om masteroppgaven og undersøkelsen i uformelle sammenhenger med respondentene, er nok reell selv om vi har vært bevisste på dette og ikke har «røpet» for mye av intensjonen med undersøkelsen.

Jacobsen advarer mot å studere egen organisasjon dersom man ønsker å «bevise» at noe er galt. På et overordnet plan har dette vært et aspekt som i sin tid ledet til at vi ønsket å undersøke relasjonsferdigheter mot måloppnåelse. Vi må innrømme at vi er skeptiske til deler av styringsverktøyene som har blitt innført de siste årene der mål og resultatet omtales med termer som ligger til dels langt fra behandlingsinnholdet som vi gir til pasienter med rus- og/eller psykiske problemer. Undersøkelsen handler om å finne ut mer om hva slags ledelse som fungerer best for å tilfredsstille målindikatorer vi er noe skeptiske til. Dette har vi vært bevisste på, men vil likevel nevne her som en refleksjon under kapitlet om etiske betraktninger.

Oppsummert vurderes det at etiske implikasjonene er ivaretatt i undersøkelsen.

5. Analyser og drøfting

Undersøkelsens hensikt er å måle relasjonskompetansen til lederne i virksomheten og se om ferdighetene har sammenheng med måloppnåelse.

Lederne evalueres hyppig på måloppnåelse, og målstyring får daglig fokus hos dem.

Målekortet inneholder tall på alle måleindikatorer som bearbeides av staben i klinikkledelsen til en månedsrapport som til tross for navnet distribueres fortløpende etter hvert som det kommer nye relevante tall og data som lederne må være oppdaterte på.

Forskningsspørsmålene som ønskes besvart er:

1. Hvilken relasjonskompetanse har helselederne i KPH ved SSHF?
2. Har deres relasjonskompetanse sammenheng med deres måloppnåelse?

I analysekapitlet presenteres først generelle trekk ved respondentene.

Deretter presenteres analysene fra undersøkelsen.

5.1. Hvem er respondentene?

Før datamaterialet undersøkes, skal vi se på hvem respondentene i undersøkelsen er.

Respondentene er kvinner og menn (70/30). Aldersmessig er de fleste lederne mellom 41 og 60 år gamle. Respondentenes ledererfaring (antall år som leder) viser at 40% har under 5 års ledererfaring. 40% har mer enn ti års erfaring, halvparten av disse igjen har over 20 års ledererfaring.

Oppsummert er lederne en sammensatt gruppe med tanke på kjønn, alder og ledererfaring. I denne undersøkelsen vil disse variablene ikke bli analysert videre.

5.2. Relasjonskompetanse og måloppnåelse

Relasjonsledelse handler om at ledelse benytter relasjonell kompetanse i utøvelsen av ledelse.

Relasjonskompetanse er inndelt i 14 relasjonsferdigheter (menneskeinteresse, tillit, dialogferdigheter individ, tilbakemelding, dialogferdigheter i gruppe, relasjonsbygging, synlighet, utvikling, kreativitet, konflikthåndtering, emosjonell modenhet, humor,

prestasjonshjelp og resultatorientering). Nedenfor vises hvordan lederne skårer på de ulike relasjonsferdighetene.

Spurkeland rangerer relasjonsferdighetene i høy, middels og lav hvor høy går fra 6 til 8, middels fra 4-6 og lav er under 4.

5.2.1. Funn ledernes relasjonskompetanse

I tabell 1 er ledernes skårer rangert fra høyeste til laveste gjennomsnittlig skåre og med tilhørende standardavvik.

Tabell 1- Lederne gjennomsnittsskårer på dimensjonene i relasjonskompetanse og standardavvik

	Gjennomsnitt	Standardavvik
Prestasjonshjelp	6,99	,719
Humor	6,98	,961
Kreativitet	6,87	,616
Dialogferdighet gruppe	6,81	,775
Konflikthåndtering	6,79	,953
Emosjonell modenhet	6,79	,693
Relasjonsbygging	6,77	,855
Synlighet	6,73	,906
Tillit	6,64	,700
Dialogferdigheter individ	6,56	,952
Utvikling	6,55	,782
Menneskeinteresse	6,51	,627
Resultatorientering	6,38	,868
Tilbakemelding	6,29	,708

N = 30. Skala 1-8.

Først beskrives den samlede relasjonskompetansen (gjennomsnitt) og deretter spredningen på ledernes relasjonsferdigheter (standardavvik).

Ledernes gjennomsnittlige skårer er fra 6,99 til 6,29. Jf. Spurkelands inndeling der kategorien «høy» er fra 6-8, er ledernes relasjonskompetanse på et høyt nivå.

Forskjellen mellom den høyeste og laveste gjennomsnittsskåren på ledernes relasjonskompetanse er 0,7 poeng.

De to høyeste skårene er på «Prestasjonshjelp» og «Humor». De to laveste er «Tilbakemelding» og «Resultatorientering».

Resultatene på disse ferdighetene kommenteres og drøftes nedenfor.

Resultatene viser at lederne i KPH er best på «Prestasjonshjelp» og «Humor». I spørreskjemaet har de under «Prestasjonshjelp» svart på spørsmål om de opplever seg som hjelpsomme, om de gjør andre gode, om de gir andre ære for gode prestasjoner, om de får andre til å prestere bedre og om de gir støtte for at medarbeidere skal prestere bedre. Dette kan tolkes som om lederne er hjelpsomme og flinke til å hjelpe medarbeiderne opp og fram.

Under «Humor» har lederne svart på spørsmål på om de gir humor godt spillerom: Stimulerer god humor, bruker humor for å få kontakt, får medarbeiderne til å slappe av/få en lett tone i arbeidsmiljøet. Dette kan tyde på at lederne er blide og lette å omgås med og at de bevisst bruker humor i utøvelse av ledelse.

Når det gjelder «Tilbakemelding» har lederne skåret på i hvilken grad de gir ærlige tilbakemeldinger på medarbeidernes gode og svake prestasjoner, om de tror medarbeiderne er i tvil om hva de mener om jobbutførelse og om de som ledere er gode til å ta imot ris og ros. Tilbakemeldinger er blant annet viktig for å styrke motivasjon, læring og tillit mellom leder og medarbeider. Gjennomsnittsskåren er på høyt nivå med tanke på å gi tilbakemeldinger, men ferdigheten rangeres likevel lavest i undersøkelsen.

«Resultatorientering» er den nest laveste skåren. Spurkeland definerer ikke resultatorientering som en relasjonsferdighet, men som en kontrollvariabel. Her har lederne skåret seg på om de leverer gode resultater, om de stimulerer til gode resultater, om de formidler resultatkrav og om de har høye mål for resultatoppnåelse.

Det at dette området skårer lavest kan lede til spørsmål om lederne generelt er mindre opptatt av at medarbeiderne leverer målbare, konkrete resultater? Kan det hende at leder definerer resultater og mål annerledes enn medarbeidere? Kan det hende at ledere som har ansvar for resultat er ambivalente til fastsatte resultatmål? Fagpersoner vil ofte ha fokus på mestring, tilfriskning og helbredelse som er subjektive mål som ikke kan kvantifiseres i tall.

Respondentgruppen er selv fagpersoner og jobber for en stor del ut mot medarbeiderne som har pasientkontakt, og der kan det være vanskelig å være enige om hva som ligger i begrepet «resultat».

Foreløpig ser det ut som gjennomsnittslederen i KPH er flink til å fasilitere for fagfolkene slik at de kan yte best mulig hjelp til pasientene. De er hjelpsomme og unner andre suksess og

ære. Omgangstonen er lett og preget av humor for å skape et godt arbeidsmiljø hvor medarbeiderne trives og gleder seg til å komme på jobb.

På den andre siden kan det se ut som om lederne er mindre flinke til å gi medarbeiderne ærlige tilbakemeldinger. Etersom lederne oppfatter seg som gode prestasjonshjelpere kan man spørre om det er derfor de er tilbakeholdne med å gi negative tilbakemeldinger (ris) på en tydelig måte slik at læring og endring kan skje hos medarbeiderne?

Så langt er det gjennomsnittresultatet hos lederne som er drøftet.

I tabellen fremkommer det imidlertid spredning blant respondentene på relasjonsferdigheter. Det er størst spredning innenfor «Humor», «Konflikthåndtering», «Dialogferdigheter individ» og «Synlighet» og «Resultatorientering». Lederne i samme organisasjon framstår dermed med ulik grad av relasjonsferdigheter selv om de har et høyt gjennomsnittresultat.

Svar på problemstillingen «Hvilken relasjonskompetanse har helseledere i Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH) ved Sørlandet Sykehus HF (SSHF)?» kan oppsummeres som følger:

- Lederne i KPH har høy gjennomsnittlig relasjonskompetanse.
- Relasjonsferdighetene «Prestasjonshjelp» og «Humor» skårer lederne høyest på av de 14 dimensjonene mens de skårer lavest på «Tilbakemelding» og «Menneskeinteresse» samt «Resultatorientering».
- På alle relasjonsferdighetene skårer lederne høyt, men det er spredning i nivået mellom lederne. Dette forfølges ikke videre i oppgaven.

Nivåforskjellene mellom relasjonsferdigheter kan ha sammenheng med måloppnåelse. For å undersøke dette, må vi først se på funn på ledernes måloppnåelse.

5.2.2. Funn ledernes måloppnåelse

En hovedfunksjon til en leder er å nå mål og resultat som virksomheten har satt. I spesialisthelsetjenesten er måloppnåelse et mangetydig begrep. Hvilket svar man får på spørsmål om hva måloppnåelse er, vil avhenge av hvor i organisasjonen lederen er plassert og hva den er opptatt av.

«Resultatorientering» har vi sett på ovenfor. Kategorien kan fungere som kontroll for om relasjonskompetanse har noe å si for måloppnåelse. «Resultatorientering» er et generelt begrep for en leder å skåre seg på, derfor er det i undersøkelsen valgt fire definerte mål som lederne graderer seg ut fra.

Målene er beskrevet i kapittel 2.4:

1. Vedtatte mål om ventetid
2. Vedtatte mål om aktivitet
3. Vedtatte mål om sykefravær
4. Vedtatte mål om epikrisetid

Lederne skårer seg ut fra den samme graderingen som for relasjonsferdighetene (fra 1 = helt uenig til 8 = helt enig).

Tabell 2 viser hvordan lederne skårer seg på måloppnåelse i forhold til disse målene.

Tabell 2- Ledernes gjennomsnittsskårer på måloppnåelse og standardavvik

	Gjennomsnitt	Standardavvik
Enheten min oppnår vedtatte mål om ventetid	6,80	1,710
Enheten min oppnår vedtatte mål om aktivitet (konsultasjonstall i poliklinikk, beleggsprosent i døgnet)	6,57	1,251
Enheten min oppnår vedtatte mål om sykefraværprosent	6,03	1,273
Enheten min oppnår vedtatte mål om epikrisetid	5,83	1,744

N = 30. Skala 1-8.

Først beskrives den samlede måloppnåelsen (gjennomsnittet) og deretter spredningen på ledernes måloppnåelse (standardavviket). Lederne samlede måloppnåelse er høy.

Gjennomsnittsskårene på måloppnåelse er fra 5,8 til 6,8. Forskjellen mellom den høyeste og laveste gjennomsnittsskåren er nesten 1 poeng. «Ventetid» har høyest gjennomsnittsskåre og «Epikrisetid» lavest.

Resultatene på «Ventetid» og «Epikrisetid» er undersøkelsens *pasientrelaterte* mål. Disse resultatene handler om henholdsvis antall dager pasienten venter på første oppmøte til utredning og/eller behandling og tiden mellom avslutning av pasientens behandling og formell utsendelse av dokumentet.

«Aktivitet» og «Sykefravær» er undersøkelsens indikatorer innenfor henholdsvis produksjon/økonomi-området og personal.

«Aktivitet» har økonomiske implikasjoner for den aktuelle avdelingen/enheten. Hver leder på alle nivåer har budsjettansvar og helt konkrete, tallfestede budsjettmål. Polikliniske konsultasjoner gir direkte inntekter gjennom ISF-systemet, og lave konsultasjonstall medfører reduserte inntekter.

Lederne skårer seg høyt på måloppnåelse på «Aktivitet».

Det siste målet, «Sykefravær», har lavere måloppnåelse enn «Ventetid» og «Aktivitet». Sykefraværsprosenten skal i sykehuset ikke overstige 6,5% og inkluderer både kort- og langtidsfravær. Grad av måloppnåelse på «Sykefravær» kan blant annet ha implikasjoner på arbeidsmiljø og pasientbehandling.

Så langt er det gjennomsnittresultatet hos lederne som er beskrevet og drøftet. Nedenfor drøftes spredningen (standardavviket) blant lederne på måloppnåelse.

Standardavviket viser at gjennomsnittlig spredning er fra 1,2 poeng til 1,7 poeng. Det er størst variasjon i måloppnåelse på «Epikrisetid» og «Ventetid» (1,7 på begge), altså de to pasientrelaterte målene som er med i undersøkelsen. Målene som omhandler produksjon/økonomi og personal, «Aktivitet» og «Sykefravær» (1,2 på begge), viser en noe lavere spredning, men er fortsatt høy.

Det betyr at selv om ledergruppen har et gjennomsnittlig høyt resultat på måloppnåelse, viser spredningen at det varierer mye fra leder til leder i hvilken grad de oppnår målene.

Oppsummert er ikke måloppnåelse hos KPH-lederne så homogen som det umiddelbart kan se ut som ut fra gjennomsnittskåren.

Det neste interessante spørsmålet blir om måloppnåelse og spredningen har sammenheng med ledernes ulike relasjonsferdigheter?

5.3. Sammenheng mellom relasjonskompetanse og måloppnåelse

Ledernes relasjonskompetanse og måloppnåelse er høy. Det er betydelig variasjon mellom lederne, både når det gjelder ledernes relasjonsferdigheter og måloppnåelse.

Nedenfor ser vi sammenhenger mellom relasjonsferdigheter og måloppnåelse.

I tabell 3 vises først en korrelasjonsanalyse på samlet relasjonskompetanse mot samlet måloppnåelse.

Tabell 3 – Funn korrelasjon mellom samlet måloppnåelse og samlet relasjonskompetanse

	Samlede SSHF-mål (ventetid, aktivitet, epikrisetid, sykefravær)	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
Samlet relasjonskompetanse	,509**	,004

N=30. **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

En sammenheng på 0,509 er en signifikant korrelasjon mellom samlet relasjonskompetanse og samlet måloppnåelse.

I det påfølgende sees det på samvariasjonen mellom relasjonskompetanse og de fire ulike måloppnåelsene: «Ventetid», «Aktivitet», «Sykefravær» og «Epikrisetid».

Signifikante sammenhenger peker på at enkelte relasjonsferdigheter har større eller mindre sammenheng enn andre når det gjelder grad av måloppnåelse.

5.3.1. Funn mål om ventetid

Måloppnåelse på «Ventetid» er det målet lederne skårer høyest på, men som også har høy spredning. Tabell 4 viser korrelasjonen mellom relasjonsferdighetene og måloppnåelse på «Ventetid».

Tabell 4- Funn korrelasjon mellom måloppnåelse ventetid og relasjonsferdigheter

	Ventetid	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
Menneskeinteresse	-,030	,877
Tillit	-,039	,837
Dialogferdigheter individ	,207	,273
Tilbakemelding	,215	,253
Dialogferdigheter gruppe	,350	,058
Relasjonsbygging	-,008	,964
Synlighet	-,090	,636
Utvikling	,153	,421
Kreativitet	,119	,530
Konflikthåndtering	,324	,080
Emosjonell modenhet	,044	,816
Humor	,018	,924
Prestasjonshjelp	,246	,191
Resultatorientering	,039	,838

N = 30

Analysene viser ingen signifikante korrelasjoner mellom relasjonsferdigheter og måloppnåelse. Det betyr at det ikke kan påvises sikker samvariasjon mellom noen relasjonsferdigheter og måloppnåelse på «Ventetid».

«Ventetid» handler om å gi pasientene behandling så raskt som mulig. Resultatet fra undersøkelsen viser at «Ventetid» ikke har sammenheng med en eller flere relasjonsferdigheter. Den manglende sammenhengen er interessant. Ved betraktning av sammenhengen mellom måloppnåelse og relasjonsferdigheter på et generelt nivå (samlet måloppnåelse – tabell 3) påvirker relasjonsferdigheter måloppnåelse. Denne sammenhengen bortfaller imidlertid når vi isolerer «Ventetid» fra de andre målene.

Spredningen blant lederne på måloppnåelse her må bety at det er andre forhold enn relasjonskompetanse som spiller inn. Hvilke andre forhold dette eventuelt kan være, er ikke gjenstand for drøfting i denne undersøkelsen.

5.3.2. Funn mål om aktivitet

Måloppnåelse på «Aktivitet» har nest høyest skåre hos lederne. Her er spredningen blant lederne høy, men likevel den laveste i undersøkelsen. Tabell 5 Tabell 5- Funn korrelasjon mellom måloppnåelse aktivitet og relasjonsferdighet viser korrelasjonen mellom relasjonsferdighetene og måloppnåelse på «Aktivitet».

Tabell 5- Funn korrelasjon mellom måloppnåelse aktivitet og relasjonsferdigheter

	Aktivitet	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
Menneskeinteresse	-,006	,977
Tillit	,115	,545
Dialogferdigheter individ	-,137	,471
Tilbakemelding	,063	,742
Dialogferdigheter gruppe	,110	,563
Relasjonsbygging	,240	,201
Synlighet	,129	,496
Utvikling	,070	,712
Kreativitet	-,047	,806
Konflikthåndtering	,018	,924
Emosjonell modenhet	,120	,526
Humor	,317	,088
Prestasjonshjelp	,280	,133
Resultatorientering	-,027	,886

N = 30

Analysene viser heller ikke her for signifikante korrelasjoner mellom relasjonsferdigheter og måloppnåelse. Det betyr at det ikke kan påvises sikker samvariasjon mellom relasjonsferdigheter og det å nå mål om aktivitet.

«Aktivitet» handler om produksjonsvolumet hos medarbeiderne og i enheten. Resultatet fra undersøkelsen viser at «Aktivitet» heller ikke henger sammen med en eller flere relasjonsferdigheter.

Som ved «Ventetid» er den manglende sammenhengen interessant fordi sammenheng på generelt nivå (samlet måloppnåelse – tabell 3) bortfaller imidlertid når vi isolerer «Aktivitet» fra de andre målene.

Spredningen blant lederne på måloppnåelse må også her bety at det er andre forhold enn relasjonskompetanse som spiller inn. Hvilke andre forhold dette eventuelt kan være, er ikke gjenstand for drøfting i denne undersøkelsen.

5.3.3. Funn mål om sykefravær

Vi har over sett at måloppnåelse på «Sykefravær» har nest lavest skåre hos lederne. Her er spredningen blant lederne høy, men likevel den nest laveste i undersøkelsen. Tabell 6 – Funn korrelasjon mellom mål om sykefravær og relasjonsferdigheter viser korrelasjonen mellom relasjonsferdighetene og måloppnåelse på «Sykefravær».

Tabell 6 – Funn korrelasjon mellom mål om sykefravær og relasjonsferdigheter

	Sykefravær	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
Menneskeinteresse	,297	,110
Tillit	,347	,060
Dialogferdigheter individ	,047	,806
Tilbakemelding	,280	,135
Dialogferdigheter gruppe	,140	,462
Relasjonsbygging	,375*	,041
Synlighet	,313	,092
Utvikling	,216	,251
Kreativitet	,208	,270
Konflikthåndtering	,046	,810
Emosjonell modenhet	,204	,280
Humor	,348	,059
Prestasjonshjelp	,377*	,040
Resultatorientering	,244	,194

N=30 *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Analysene viser signifikant korrelasjon mellom relasjonsferdighetene «Prestasjonshjelp» og «Relasjonsbygging» og måloppnåelse på sykefravær.

«Prestasjonshjelp» handler om å gjøre andre gode og det er denne ferdigheten lederne har høyest skåre på (jf. tabell 1).

Sykefravær kan som nevnt handle om mange ting. Det kan skyldes forhold som ligger helt utenfor arbeidsplassen, om fysiske eller psykiske forhold på arbeidsplassen og om opplevelse av mestring på jobb – for å nevne noen.

Når det gjelder leders mulighet til å gjøre en forskjell, dreier det seg først og fremst om å påvirke forhold på arbeidsplassen. Sann sett er det logisk at «Prestasjonshjelp» er en signifikant relasjonskompetanse. Rollen som fasilitator innebærer å legge til rette for at andre oppnår gode resultater. Mestring, trivsel og sykefravær kan være relevante sammenhenger her, og da er det betryggende at lederne skårer høyest på akkurat «Prestasjonshjelp».

Samvariasjonen mellom «Relasjonsbygging» og «Sykefravær» er umiddelbart vanskeligere å forstå. «Relasjonsbygging» handler ikke først og fremst om relasjoner til de man leder, men at man er en brobygger til andre enheter i og utenfor organisasjonen, en døråpner for medarbeiderne til viktige samarbeidspartnere, flink til å pleie kontakt med samarbeidspartnere, god i møte med nye mennesker og foretrekker menneskemøter framfor skriftlige kontaktformer. Lederne skårer midt på treet på ferdigheten «Relasjonsbygging».

Sammenhengen kan, på samme måte som for «Prestasjonshjelp», handle om å fasilitere for medarbeiderne. Når virksomheten har gode relasjoner til viktige samarbeidspartnere, både internt og eksternt, «smøres» arbeidshverdagen til helsepersonell og gir dem opplevelse av mestring. Motsatt kan dårlige relasjoner til samarbeidspartnere føre til frustrasjon, oppgitthet og manglende opplevelse av å ha gjort en forskjell for pasienten. Når hjelperne samarbeider dårlig, går det ut over pasientens oppfølging og behandling.

Undersøkelsen viser at relasjonsferdighetene «Prestasjonshjelp» og «Relasjonsbygging» har sammenheng med måloppnåelse på «Sykefravær».

5.3.4. Funn mål om epikrisetid

Over er det vist at måloppnåelse på «Epikrisetid» både har lavest skåre hos lederne og høyest spredning blant lederne. Tabell 7 viser korrelasjonen mellom relasjonsferdighetene og måloppnåelse på «Epikrisetid».

Tabell 7- Funn korrelasjon mellom måloppnåelse på epikrisetid og relasjonsferdigheter

	Epikrisetid	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
Menneskeinteresse	,106	,577
Tillit	,396*	,030
Dialogferdigheter individ	,249	,184
Tilbakemelding	,566**	,001
Dialogferdigheter gruppe	,256	,172
Relasjonsbygging	,168	,374
Synlighet	,363*	,049
Utvikling	,353	,056
Kreativitet	,288	,123
Konflikthåndtering	,501**	,005
Emosjonell modenhet	,375*	,041
Humor	,351	,057
Prestasjonshjelp	,456*	,011
Resultatorientering	,362*	,049

N = 30. **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Analysen viser at måloppnåelse på «Epikrisetid» har den høyeste forekomsten av signifikante markører og dermed viser at relasjonskompetanse ser ut til å ha sammenheng med måloppnåelse på «Epikrisetid».

Analysen viser signifikante, men varierende sammenheng mellom måloppnåelse på «Epikrisetid» og relasjonsferdigheter. Rangert etter signifikant grad av korrelasjon gjelder dette ferdighetene:

- «Tilbakemelding»,
- «Konflikthåndtering»,
- «Prestasjonshjelp»,
- «Tillit»,
- «Emosjonell modenhet» og
- «Resultatorientering».

Relasjonsferdigheten med høyest korrelasjon til «Epikrisetid» er «Tilbakemelding» som handler om å gi ris og ros på en slik måte at medarbeideren forstår tilbakemeldingen og innretter seg etter den.

Dette er samtidig den ferdigheten lederne skårer lavest på.

Ferdigheten «Tilbakemelding» ser ut til å ha størst sammenheng med målet om epikrisetid, men at det p.t. ser ut til at potensialet med å bruke «Tilbakemelding» ikke er tatt full ut blant alle lederne i KPH.

«Konflikthåndtering» har nest høyest korrelasjon til «Epikrisetid». Relasjonsferdigheter innen konflikthåndtering innebærer å ta konflikter tidlig på alvor, ikke unnvike vanskelige samtaler, mekle i vanskelige samarbeidsforhold og være uredd i konfliktsituasjoner.

Den sterke sammenhengen mellom konflikthåndtering og måloppnåelse på epikrisetid er ikke uten videre åpenbar. En mulig forklaring på sammenhengen kan være at ledere vil unngå konflikt fordi de har lavere formell fagkompetanse enn medarbeiderne de leder (i et profesjonshierarki). Lederne må være uredde og forberedt på konflikter eller vanskelige samtaler når de skal gi en «ekspert» en tilbakemelding om ferdigstilling av epikrise.

Et annet moment kan være at i mange enheter er epikriseskriving et samarbeidsprosjekt med flere fagdisipliner involvert. Profesjonenes autonomi og ekspertenes anstrengte forhold til ledelse er et fenomen i ekspertorganisasjoner (Strand, 2007, s. 269ff) og kan bety at fagpersoner med ulike profesjoner er uenige om bl.a. hvem som skal gjøre hva.

Et aktuelt eksempel i KPH er en pågående prosess hvor det undersøkes om andre profesjoner enn psykolog- og legespesialister kan skrive og signere epikriser uten ko-signering fra en spesialist. Her er flere hensyn i spill; måloppnåelse på epikrisetid, faglig forsvarlighet, tradisjon m.m. Kan profesjonskamp med tanke på hvilken profesjon som skal ha siste hånd på en epikrise før den sendes ut, faktisk ha sammenheng for at ledernes måloppnåelse her?

«Prestasjonshjelp» betyr at leder er en hjelpsom person som gjør andre gode, gir andre æren og støtter andre slik at deres prestasjoner blir bedre. Helseledelse handler mye om å fasilitere for at andre kan levere gode resultater. Lederne i KPH skårer høyest på ferdigheten «Prestasjonshjelp» og det kan synes som om denne relasjonskompetansen har sammenheng med måloppnåelse på epikrisetid.

«Tillit» er også en relasjonsferdighet med signifikant sammenheng med måloppnåelse på epikrisetid. «Tillit» betyr leders integritet, kompetanse, konsistens, lojalitet, åpenhet, ærlighet

samt moral. Forklaringen på at tillit har sammenheng med måloppnåelse på epikrisetid kan handle om at medarbeiderne ser på leder med respekt og rollemodell som tillitsfullt plasserer ansvar hos sine medarbeidere. I motsatt fall kan medarbeiderne reagere med motstand om leder viser lite tillit og mer kontroll.

«Emosjonell modenhet» innebærer mentaliseringsferdigheter til ledere som fortolker egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer for det indre livet. Relasjonsledelse er å ta i bruk og håndtere egne og andre menneskers følelser. Ledere med denne type ferdigheter forstår og respekterer fagpersonens autonomi. I denne autonomiforståelsen har lederen, som i «Tillit», tiltro til at fagpersonene gjør så godt de kan. Når lederen har forklart bakgrunnen for oppgaven, så forstår og respekterer fagpersonene målet og vil forsøke å levere i henhold til målkravene.

«Resultatorientering» er som nevnt tidligere ikke en relasjonsferdighet, men en kontrollvariabel. Her har lederne skåret seg på om de leverer gode resultater, om de stimulerer til gode resultater, om de formidler resultatkrav og om de har høye mål for resultatoppnåelse.

Det er litt vanskelig å si hvorfor «Resultatorientering» har signifikant sammenheng med «Epikrisetid» og ikke på de andre målene. En antakelse kan være at det er kort tidsspenn mellom utført arbeidsoppgave og måloppnåelse (24 timer). Tilbakemelding på oppnådd eller ikke oppnådd måloppnåelse er kort.

Det ser ut til at lederne har verktøy i relasjonsverktøykassa til å klare måloppnåelse på «Epikrisetid». Hva er så årsaken til at lederne likevel skårer lavest på måloppnåelse her selv om de har relasjonsferdigheter som skal til?

Epikrisetid er et omdiskutert kvalitetsmål på pasientbehandling. Det kreves til dels omfattende ressursprioritering og logistikk for å oppnå målet. I tillegg skal brukermedvirkning skje i prosessen med å skrive epikrisen, og pakkeforløpet krever epikrise for gjennomføring av godt samarbeid mellom tjenestenivåene. Opplevs dette som for komplekst til at lederne tror de kan påvirke det og ikke benytter seg mer av relasjonsferdighetene de har, f.eks.

«Tilbakemelding»?

Noen fagfolk vil være uenige i å prioritere epikrisetid høyt i en travel pasienthverdag. Det er ikke utenkelig at også lederne, som har fagbakgrunn, kan mene det samme. Derfor kan det være at lederne bevisst nedprioriterer «Epikrisetid» som mål.

Undersøkelsen viser at relasjonsferdighetene «Tilbakemelding», «Konflikthåndtering», «Prestasjonshjelp», «Tillit», «Emosjonell modenhet» og «Resultatorientering» har sammenheng med måloppnåelse på «Epikrisetid».

5.3.5. Oppsummering

I kapittel 5.3 er sammenhengen mellom relasjonskompetanse hos lederne og deres måloppnåelse belyst.

Svar på problemstillingen «Har deres relasjonskompetanse sammenheng med deres måloppnåelse?» kan oppsummeres som følger:

- Undersøkelsen finner ingen sammenheng mellom relasjonskompetanse og måloppnåelse på «Ventetid» og «Aktivitet».
- Undersøkelsen finner signifikant sammenheng mellom noen spesifikke relasjonsferdigheter og måloppnåelse på «Sykefravær».
- Undersøkelsen finner signifikant sammenheng mellom noen spesifikk relasjonsferdigheter og måloppnåelse på «Epikrisetid».

5.4. Betydning av funn og alternative forklaringer

Spurkeland, som har utviklet indeksene for relasjonskompetanse, har et evalueringsmateriale på ca 1500 respondenter som fordeler seg på en vurdering av ca 250 ledere som kommer fra ulike organisatoriske nivåer, ulike organisasjoner fra både privat og offentlig sektor. Han tar for seg relasjonskompetanse holdt opp mot «Resultatorientering» og finner en sterk sammenheng mellom en leders relasjonskompetanse og vedkommendes generelle resultatoppnåelse.

Spurkelands konklusjon er at relasjonskompetanse er en viktig forutsetning for resultatoppnåelse (Spurkeland, 2017as. 18).

Eiken smalner inn Spurkelands undersøkelse og ser på skolesektoren, nærmere bestemt på 103 rektorer fordelt på 103 ulike grunnskoler i Vest-Agder. I tillegg operasjonaliserer hun «Resultatorientering» i to mål: 1) I hvilken grad rektoren oppnår vedtatte overordnede mål, og 2) i hvilken grad rektoren oppnår enhetens egne mål.

Eiken finner sammenheng mellom relasjonsferdigheter og målindikatorene. De viktigste relasjonsferdighetene for rektorene synes å være «Kreativitet», «Utvikling» og «Dialogferdigheter» i tillegg til «Resultatorientering» (Eiken, 2016s. 46 ff).

Eikens konklusjon er at rektorene har høy relasjonskompetanse og høy grad av måloppnåelse, og at det er stor sammenheng mellom disse.

Vår undersøkelse ser på ledere i spesialisthelsetjenesten, nærmere bestemt 30 ledere ved KPH på Sørlandet Sykehus. Som Spurkeland og Eiken måler vi relasjonskompetansen og måloppnåelse.

Relasjonskompetansen måles med samme spørreskjema som Spurkeland og Eiken.

Vi vil først bemerke funnet på lederens skårer på «Resultatorientering».

«Resultatorientering», jf. Spurkeland, burde logisk sett ha sammenheng med måloppnåelse.

Det viser ikke våre funn bortsett fra på «Epikrisetid» hvor det er signifikant sammenheng.

Hvorfor er det slik? Har vi å gjøre med ledere som ikke er opptatt av resultater generelt, men bare av epikrisetid?

Tilbakemeldinger på manglende måloppnåelse på «Epikrisetid» kommer primært fra interne kontrollere, og resultatene monitoreres innad i organisasjonen på gruppenivåer (for henholdsvis poliklinikk og døgnbehandling). Ledelsen havner på en måte i en intern «gapestokk». I tillegg berører manglende epikrise samarbeidet med eksterne samarbeidspartnere. Dårlig samhandling havner fort på toppledernes bord og medfører avvik som må rettes for å forhindre utvikling av dårlig samarbeidsklima.

Når det gjelder mål, har Spurkeland og Eiken valgt generelle mål for å skåre måloppnåelse mens vi har valgt reelle, konkrete mål i vår sektor for å se hvilke relasjonsferdigheter som konkret henger sammen med måloppnåelse.

Faglitteraturen (Northouse, 2019; Strand, 2007; Van Wart, 2008; Yukl, 2010) viser til at ledelse er komplekst, mangfoldig og avhengig av kontekst.

Funn i vår undersøkelse støtter opp under at man ikke utelukkende kan støtte seg på én lederteori, og utfordrer Spurkelands teori om at relasjonsledelse alene har entydig sammenheng med resultatoppnåelse.

Spurkelands teori om relasjonsledelse må i lys av våre funn derfor differensieres. Eiken har differensiert noe og funnet sammenhenger som fremhever enkelte relasjonsferdigheter som

viktigere enn andre. Vår ytterligere differensiering viser at det kan være avgjørende *hvilke konkrete mål* man tester relasjonsferdighetene opp mot for å si noe sikkert om sammenhenger.

Samtidig er heller ikke mål alene avgjørende. Det er mange faktorer å ta hensyn til for å forklare sammenhenger mellom ledelse og måloppnåelse, og fellesbetegnelsen er *konteksten* som ledelse utøves i. Vi gjengir fra Van Wart ((Van Wart, 2008 s. 275) kontekstuelle faktorer som har betydning for måloppnåelse selv om dette ikke har vært gjenstand for undersøkelse i denne oppgaven:

- Oppgaver som skal løses i organisasjonen, mål
- Organisasjonens kjennetegn
- Lederens egenskaper og ferdigheter
- Lederes etikk, kjønn etc.
- Medarbeidernes oppfatning/forståelse av en leders egenskaper
- Hvem er medarbeiderne som skal ledes

I vår undersøkelse har vi vist at relasjonsledelse kan ha sammenheng med måloppnåelse på noen bestemte mål, men ikke alle mål. Slik sett er det ikke tilstrekkelig å fokusere på én lederorientering for å nå de mål vi har i vår klinikk. Med Van Warts oppsummering ovenfor kan andre faktorer ha sammenheng med måloppnåelse. Oppsummert kan vi si at ledelse er mangfoldig.

5.5. Oppsummering av empiriske funn

Resultatene åpner opp for noen interessante avsluttende kommentarer basert på undersøkelsens funn.

KPH-lederne generelt har høy relasjonskompetanse og høy måloppnåelse. Sammenliknet med funn hos Spurkeland og Eiken var dette som forventet.

Spredningen på resultatene for både relasjonsferdigheter og måloppnåelse er påfallende, uten at det umiddelbart kan forklares. Denne spredningen viser at det er forskjell på lederne når det gjelder både relasjonsferdigheter og måloppnåelse. Hva kan være årsaken til spredningen og er en slik spredning akseptabel i en og samme ledergruppe?

Undersøkelsen finner ingen sammenheng mellom de 14 relasjonsferdighetene og måloppnåelse på verken «Ventetid» eller «Aktivitet».

Undersøkelsen finner signifikant sammenheng mellom lederens relasjonskompetanse og måloppnåelse på både «Sykefravær» og «Epikrisetid»:

- Det er signifikant sammenheng mellom «Sykefravær» og ferdighetene «Prestasjonshjelp» og «Relasjonsbygging».
- Det er signifikant sammenheng mellom «Epikrisetid» og ferdighetene «Tilbakemelding», «Konflikthåndtering», «Prestasjonshjelp», «Tillit», «Emosjonell modenhet» og «Resultatorientering».

Undersøkelsen finner ingen sammenheng mellom måloppnåelse på noen av målene og relasjonsferdighetene opplistet nedenfor:

- «Menneskeinteresse»
- «Dialogferdigheter – individ»
- «Dialogferdigheter – gruppe»
- «Synlighet»
- «Utvikling»
- «Kreativitet»
- «Humor»

Disse syv utgjør halvparten av Spurkelands relasjonsferdigheter og man kan spørre seg om de er uvesentlige for måloppnåelse i spesialisthelsetjenesten? Ville noen andre av klinikkens mål ha vist sammenheng på disse relasjonsferdighetene?

Innledningsvis beskrev vi vår nysgjerrighet på Spurkelands relasjonsledelse. Vi bruker relasjonelle ferdigheter i pasientarbeidet for å fremme god psykisk helse, og vi tenkte at relasjonelle ferdigheter som f.eks. «Menneskeinteresse» ville ha noe å si for samspillet mellom leder og medarbeider. Dette kan jo være riktig, men det gode samspillet har tilsynelatende ikke sammenheng med måloppnåelse.

6. Avslutning og veien videre

I denne masteroppgaven har målet vært å finne ut hvilken relasjonskompetanse helseledere i Klinikk for psykisk helse- psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH) har og om deres relasjonskompetanse har sammenheng med måloppnåelse.

Funnene våre viser at lederne i KPH har gjennomsnittlig høy relasjonskompetanse på alle relasjonsferdighetene. Vi finner videre at lederne har høy måloppnåelse på de fire målene vi undersøkte: «Ventetid», «Aktivitet», «Sykefravær» og «Epikrisetid». Vi finner ulik grad av sammenheng mellom relasjonskompetanse og måloppnåelse. Dette er redegjort for og drøftet i kapittel 5.3.

6.1. Teoretiske og praktiske implikasjoner

Undersøkelsen har implikasjoner for forskningsfeltet. Det er gjennomført lite forskning på relasjonskompetanse sin betydning for ledelse og måloppnåelse. De få studiene som er gjort på relasjonskompetanse tar ikke for seg spesifikke ledergrupper i ulike sektorer. Dette har heller ikke Spurkeland gjort, men han har vist at relasjonskompetanse har betydning for resultater.

Vår undersøkelse har tatt Spurkeland og Eikens forskning inn i et nytt ledelsesfelt, nemlig ledelse av rus- og psykiatri på spesialisthelsetjenestenivå. Vi har - som Eiken - sett på om det er sammenheng mellom relasjonsferdigheter og måloppnåelse. Til forskjell fra Eiken har vi i vår undersøkelse valgt konkrete mål og sett på sammenhengen mellom disse konkrete målene og lederens relasjonsferdigheter.

Helsesektoren er stor og fagfeltet rus- og psykiatri er bare en liten del av dette. Det behøves derfor mer forskning på relasjonsledelse med større N innenfor fagfeltet vi har undersøkt. I tillegg behøves mer forskning innenfor andre fagområder. Dette vil kunne gi svar på om våre funn kun er gyldige for rus- og psykiatri eller om funnene kan generaliseres utover vårt fagfelt.

Vi anbefaler derfor at undersøkelsen repeteres innenfor samme type klinikker og fagfelt i andre sykehus samt i andre type klinikker og fagfelt enn i rus – og psykiatri.

Undersøkelsen kan også ha implikasjoner for praksisfeltet. Nye nøyaktige verktøy for å finne de *riktige lederne* med den *riktige profilen* til å jobbe i sykehusene vil være interessant for foretaksledelsen i alle sykehus. Med resultat- og måloppnåelse som hovedfokus i sykehusene vil ledere med ferdigheter til å påvirke mål i ønsket retning være attraktive.

Ettersom vi finner ulik grad av sammenheng mellom relasjonskompetanse og måloppnåelse blir utfordringen derfor å skille ut de relasjonsferdigheter som henger sammen med måloppnåelse. Undersøkelsen kan utvides ved at man undersøker relasjonsferdighetene på *alle* KPH sine konkrete mål. Slik kan man finne sammenhengene mellom relasjonsferdigheter og mål for å gjøre opplæring og trening av relasjonsferdigheter effektiv og treffsikker med tanke på måloppnåelse.

Vi anbefaler derfor at undersøkelsen med alle relasjonsferdigheter og alle mål gjennomføres og repeteres inntil det dannes et tydelig bilde av hvilke relasjonsferdigheter som har sammenheng med måloppnåelse.

Med dette som bakgrunn kan sykehuset bruke kartleggingen til å finne frem til ledere som har de relasjonsferdighetene som er nødvendige for å nå konkrete mål i klinikken. Kartleggingen kan både være en del av en ansettelsesprosess og brukes i kompetanseheving for å styrke lederens relasjonsferdigheter på de områder som har sammenheng med måloppnåelse. I de såkalte toppleder-programmene til Helse Sør-Øst Regionalt Helseforetak i dag brukes ikke et slikt verktøy, selv om det er et ønske å ha ledere i sykehusene med høy resultatorientering.⁸

6.2. Avslutning

Ledere i KPH har høy relasjonskompetanse og høy måloppnåelse. Vi har funnet sammenhenger mellom relasjonsferdigheter og måloppnåelse i spesialisthelsetjenesten på enkelte mål, men ikke på alle.

Våre funn viser imidlertid et mer nyansert bilde når vi ser på hvert mål for seg og undersøker hvert mål for sammenheng med ledernes relasjonsferdigheter.

Funnene har ledet til implikasjoner for forskning- og praksisfeltet som vi vurderer er interessante å undersøke videre og anses som et bidrag til ledelsesforskning på relasjonsledelse og måloppnåelse.

⁸ Virksomhetsinterne dokumenter

Litteraturliste

- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, L. N. (2017, 01.03.2017). *Hybridledelse i helsetjenesten*. Power point-presentasjon. ORG 937 Ledelse og reformer i helsetjenesten. Kristiansand.
- Berg, O. (2006). *Fra politikk til økonomikk - Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo: Den norske lægeforening.
- Berg, O. (2014). Fra "New public management" til "New public governance". Retrieved from <https://sykepleien.no/fra-new-public-management-til-new-public-governance>
- Bolman, L. G., & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. (5 (2) ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eiken, L. (2016). *Relasjonsledelse og måloppnåelse i skolen*. (Master). Universitetet i Agder, Kristiansand.
- Hein, H. H. (2013). *Primadonnaledelse*. København: Gyldendal Business.
- Helse_og_omsorgsdepartementet. (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren*. (I 2016 hefte 14). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring>
- Helse_og_omsorgsdepartementet. (2020). *Oppdragsdokument 2020 Helse Sør-Øst RHF*. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdrag_sdokument-2020-helse-sor-ost-rhf_.pdf
- Helseforetaksloven, (2001).
- HRNorge, B. (Producer). (27.10.2016). Samtale om lederskap: Bleikliamodellen. [videofilm] Retrieved from <https://www.hrnorge.no/aktuelt/hrtv-samtale-om-lederskap>
- Jacobsen, D. I. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Cappelen Damm Akademisk AS.
- Knippenberg, D. (06.09.2015). *Valuebased leadership*. Paper presented at the EAWOP Work and Organizational Psychology, Oslo. You Tube-film retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=rSLI2kOQcrM>
- Knudsen, H., Flåten, B.-T., Falkenberg, J., Holbek, J., Johnsen, Å., & Stensaker, I. (2015). *Strategisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Kuvaas, B. (2014, 28.07.2014). Stoler du på dine ansatte? *BI Business Review*. Retrieved from <https://www.bi.no/forskning/business-review/articles/2014/07/har-du-tillit-til-dine-ansatte/>
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer - en kunnskapsoppsummering*. (1/2014). Retrieved from <https://www.napha.no/hefter/>
- Northouse, P. G. (2019). *Leadership. Theory & Practice* (8 ed.). United Kingdom: Sage Publications.
- Slade, M. (2015). *100 råd som fremmer recovery - En veiledning for psykisk helsepersonell*. (1/2015). Retrieved from <https://www.napha.no/hefter/>
- Spurkeland, J. (2017a). *Relasjonskompetanse* (2 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Spurkeland, J. (2017b). *Relasjonsledelse* (5 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2 utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget Bergen.
- Van Wart, M. (2008). *Leadership in public organization*. New York: M.E. Sharpe, Inc.
- Wyller, V. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., . . . Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 13.0238(133), 655-659. doi:10.4045
- Yukl, G. (2010). *Leadership in Organizations* (7 ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Øgård, M. (2014). Det kommunale laboratorium. Linjer og paradokser i lokal politikk og organisering. In H. Baldersheim & L. Rose (Eds.), (3 ed., pp. 93-109). Bergen: Fagbokforlaget.

Figurliste

Figur 1: Organisasjonskart KPH	12
Figur 2: Transformational and transactional behaviors.....	19
Figur 3: Illustrasjon av månedsrapport, innholdsfortegnelse og eksempel på et måleparamenter	30

Tabell-liste

<i>Tabell 1 - Ledernes gjennomsnittsskårer på dimensjonene i relasjonskompetanse og standardavvik</i>	<i>42</i>
<i>Tabell 2 - Ledernes gjennomsnittsskårer på måloppnåelse og standardavvik</i>	<i>45</i>
<i>Tabell 3 - Funn korrelasjon mellom samlet måloppnåelse og samlet relasjonskompetanse ...</i>	<i>47</i>
<i>Tabell 4 - Funn korrelasjon mellom måloppnåelse ventetid og relasjonsferdigheter</i>	<i>48</i>
<i>Tabell 5 - Funn korrelasjon mellom måloppnåelse aktivitet og relasjonsferdigheter</i>	<i>49</i>
<i>Tabell 6 - Funn korrelasjon mellom mål om sykefravær og relasjonsferdigheter.....</i>	<i>50</i>
<i>Tabell 7 - Funn korrelasjon mellom måloppnåelse på epikrisetid og relasjonsferdigheter</i>	<i>52</i>
<i>Tabell 8 - Samletabell - Funn korrelasjon mellom enkeltvise måloppnåelser og enkeltvise relasjonsferdigheter</i>	<i>77</i>

Forkortelser

ABUP: «Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri»

ARA: «Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling»

DPS: «Distriktpsikiatrisk senter»

HELFO: «Helfo (opprinnelig Helseøkonomiforvaltningen) er [Helsedirektoratets](#) ytre etat)»

IA: «Inkluderende Arbeidsliv»

ISF: «Innsatsstyrt finansiering»

KPH: «Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling»

NPM: «New Public Management» en fellesbetegnelse for en rekke prinsipper og metoder for organisering og styring av offentlig virksomhet med *markedet* som forbilder

PSA: «Psykiatrisk sykehusavdeling»

SPSS: Statistikkprogrammet «IBM® SPSS® Statistics»

SPST: «Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer»

SSHF: «Sørlandet Sykehus Helseforetak»

TSB: «Tverrfaglig spesialisert behandling», rus- og avhengighetsbehandling

UIA: «Universitetet i Agder»

Vedlegg 1: Spørreskjema

«Egen evaluering av relasjonskompetanse»

I denne undersøkelsen vil du i 15 spørsmålsbolker bli stilt ovenfor ulike utsagn som du skal ta stilling til.

Utsagnene i de 14 første bolkene vurderes på en skala på 1-8.

1 betyr helt uenig og 8 betyr helt enig.

Du må forsøke å være ærlig slik du selv opplever deg som utøver av ledelse. Det betyr at du ikke må være spesielt beskjeden eller spesielt selvrosende under avkryssingen. Prøv å være tydelig på sterke og svake sider.

Den siste bolken er fire enkle bakgrunnsvariabler

Lykke til!

Med vennlig hilsen

Universitet i Agder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Relasjonsledelse og måloppnåelse i KPH ved Sørlandet Sykehus HF?*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i spørreundersøkelse

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020.

Spørsmålsbolc 1

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg kjenner til mine nærmeste medarbeideres livssituasjon	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg har god innsikt i mine medarbeideres kompetanse	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg involverer alle mine medarbeidere i mål og strategiarbeid	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg er en god coach for laget mitt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg utnytter lagets kompetanse til smarte samspill	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Spørsmålsbolc 2

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg spør ofte mine medarbeidere om råd	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg viser mine medarbeidere tillit	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg delegerer oppgaver og ansvar slik medarbeiderne selv ønsker	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg gir stor frihet til å utføre oppgaver slik medarbeiderne selv ønsker	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg kontrollerer lite og er ikke opptatt av detaljstyring	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Spørsmålsbolk 3

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg liker å ha medarbeidersamtaler	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg er god til å lytte aktivt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg er ikke redd for å stille nærgående spørsmål	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg ser på samtalen som min viktigste arbeidsform	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg gir medarbeiderne mye tid og påvirkning i våre samtaler	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Spørsmålsbolk 4

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg gir ærlige tilbakemeldinger om medarbeidernes gode prestasjoner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg gir ærlige tilbakemeldinger om medarbeidernes svake prestasjoner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Mine medarbeidere er sjelden i tvil om hva jeg mener om deres jobbutførelse	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg er god til å ta imot ros	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg er god til å ta imot ris	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Spørsmålsbolk 5

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
I min gruppe legger jeg vekt på å skape en god dialog	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
I mine gruppemøter er det høy grad av likeverdighet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg viser god interesse for de lavmælte i våre møter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Våre møter er preget av spørsmål og aktiv lytting	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Møtene våre er sjelden preget av maktkamp og heftige diskusjoner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Spørsmålsbolk 6

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg er brobygger til andre enheter i organisasjonen/utenfor organisasjonen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg er døråpner for mine medarbeidere til viktige samarbeidspartnere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg er flink til å pleie kontakten med viktige samarbeidspartnere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg er god i møte med nye mennesker	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg vil foretrekke et møte fremfor å skrive i en vanskelig sak	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Spørsmålsbolk 7

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg er synlig i egen bedrift/enhet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg avsetter tid til kontakt med alle i min enhet/avdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg oppsøker hver medarbeider ofte	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg regnes for å være opptatt av synlig ledelse	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg er lett tilgjengelig for mine medarbeidere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Spørsmålsbolk 8

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg vet å verdsette mine medarbeideres kvalifikasjoner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Mine medarbeideres utvikling blir godt ivaretatt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg gir systematisk veiledning og støtte til mine medarbeidere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg opplever at jeg motiverer mine medarbeidere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg opplever at jeg skaper motivasjon til å yte mer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Spørsmålsbolk 9

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg er våken for ideer og forslag fra mine medarbeidere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg utnytter enhetens kreative kapasitet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg oppmuntrer mine medarbeidere til nytenkning	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg etterspør medarbeidernes kreative evner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg ser at samholdet mellom meg og mine arbeidere blir	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
styrket gjennom skapende arbeid								

Spørsmålsbolk 10

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Hos meg blir konflikter tatt på alvor	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg unnviker ikke vanskelig samtaler	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg har evner til å mekle i vanskelige samarbeidsforhold	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg er uredd i konfliktsituasjoner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg løser de fleste konflikter på irritasjonsstadiet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Spørsmålsbolk 11

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg kan vise følelser på jobben	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg takler godt andres følelser	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg er god til å sette meg inn i andres situasjon	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg kan lese utenpå folk hvordan de reagerer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg er flink til å tolke sinnsstemninger	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Spørsmålsbolc 12

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Humor får godt spillerom hos oss	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg stimulerer god humor i vår enhet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg bruker ofte humor i vår enhet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg bruker ofte humor som kontaktskapende tilnærming	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg vil at min humor skal få mine medarbeidere til å slappe av	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg opplever at jeg skaper en lett tone i miljøet vårt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Spørsmålsbolk 13

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg er en hjelpsom person	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg gjør ofte andre gode	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg gir ofte andre del i æren av gode prestasjoner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg får andre til å prestere bedre	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg gir støtte for at medarbeidere skal prestere bedre	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

Spørsmålsbolk 14

	1 - Helt uenig	2	3	4	5	6	7	8 - Helt enig
Jeg er resultatorientert	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg leverer gode resultater	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Jeg stimulerer gruppen min til gode resultater	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>
Ingen i min gruppe er i tvil om mine resultatkrav	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>	(8) <input type="checkbox"/>

1 - Helt uenig 2 3 4 5 6 7 8 - Helt enig

Jeg har høye mål for resultatoppnåelse

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

I hvilken grad mener du enheten din oppnår vedtatte mål om **ventetid**?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

I hvilken grad mener du enheten din oppnår vedtatte mål om **aktivitet** (konsultasjonstall i poliklinikk, beleggsprosent i døgnet?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

I hvilken grad mener du enheten din oppnår vedtatte mål om **epikrisetid**?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

I hvilken grad mener du enheten din oppnår vedtatte mål om **sykefraværsprosent**?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)

Spørsmålsbolk 15

Kjønn: Kvinne

Mann

(1)

(2)

Alder: under 30 år 31-40 år 41-50 år 51-60 år 61-70 år over 70 år
(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Antall år i lederstilling med personalansvar:

Under 5 år 5-10 år 10-20 år over 20 år
(1) (2) (3) (4)

Formell lederkompetanse:

Ingen	Interne kurs/program	Høyskole/universitet	Høyskole/universitet
		videreutdanning	masternivå
		under master nivå	
(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

Takk for dine svar!

De er nå lagret.

Med vennlig hilsen

Universitet i Agder

Vedlegg 2: Samletabell korrelasjoner

Tabell 8 – Samletabell - Funn korrelasjon mellom enkeltvise måloppnåelser og enkeltvise relasjonsferdigheter

	Ventetid		Aktivitet		Epikrisetid		Sykefravær	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
Menneskeinteresse	-,030	,877	-,006	,977	,106	,577	,297	,110
Tillit	-,039	,837	,115	,545	,396*	,030	,347	,060
Dialogferdigheter individ	,207	,273	-,137	,471	,249	,184	,047	,806
Tilbakemelding	,215	,253	,063	,742	,566**	,001	,280	,135
Dialogferdigheter gruppe	,350	,058	,110	,563	,256	,172	,140	,462
Relasjonsbygging	-,008	,964	,240	,201	,168	,374	,375*	,041
Synlighet	-,090	,636	,129	,496	,363*	,049	,313	,092
Utvikling	,153	,421	,070	,712	,353	,056	,216	,251
Kreativitet	,119	,530	-,047	,806	,288	,123	,208	,270
Konflikthåndtering	,324	,080	,018	,924	,501**	,005	,046	,810
Emosjonell modenhet	,044	,816	,120	,526	,375*	,041	,204	,280
Humor	,018	,924	,317	,088	,351	,057	,348	,059
Prestasjonshjelp	,246	,191	,280	,133	,456*	,011	,377*	,040
Resultatorientering	,039	,838	-,027	,886	,362*	,049	,244	,194
Ledererfaring	-,130	,503	-,217	,259	,189	,326	,152	,430

N=30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).