

**”Mellom barken og veden”
-en studie av endringsprosesser ved innføring av klinikkmodell.**

*”Det kan kreve spesielle muskler å holde seg oppegående ”mellom barken og veden”
sammenlignet med den som står på toppen av en tinde” (Brock -99).*

Anita Kvarsnes

Elin Martinsen

BE320E Masteroppgave

MBA HHB

Abstract (engelsk sammendrag)

In this study from the MBA program in Bodø graduate school of business we have focused on the role the middlemanager has in change and the management of change in Norwegian hospitals. Our main focus has been *"How can one describe the leader's role in major change processes?"*

The study is a qualitative approach, where we have preformed qualitative interviews with five respondents who all are middel managers in different clinics of the hospital. We have used respondents from to diffrent hospitals. The litterature and the context for analysis of our results have been management litterature, organization litterature and strategic litterature from the MBA program at Bodø graduate school of business. Our backgroun as nurses and leaders in one of the hospitals have formed the basis of our research expertise.

We found that middle managers have little decision-making authority in major decisions about the change, but has great influence in how the changes to be performed. Clinic organization was carried out differently in all the clinics we surveyed, and they also had different number of management levels.

The leaders personal qualities and where she was recruited from was significant to her way in managing change processes. Communication and information are of great importance for the implementation of change processes. The work environment and culture within the various clinics are also described by respondents as important factors the leader must work with in the processes of change.

Førord

Temaet i denne oppgaven er mellomlederens rolle i store endringsprosesser. Hovedfokus vil være på hvordan mellomlederen ser på seg selv i sin rolle. Vi vil takke veilederen vår Inger Johanne Pettersen for god veiledning og kloke ord når vi stod fast. Vi vil også takke våre 5 respondenter som så villig stilte opp på intervju

Vi vil også benytte anledningen til å rette en helt spesiell takk til familiene våre for å ha vært overbærende med våre lange dager og tilhørende fravær, konsentrasjon om faglig utvikling og ikke minst vår fjernhet fordi tankene har vært andre steder selv når vi har vært hjemme.

Bodø juni 2010

Anita Kvarsnes

Elin Martinsen

Sammendrag

I tidsskriftet Sykepleien i januar i år sier Helseminister Anne Grethe Strøm-Ericsen at alle er nødt til å oppdatere seg og vi må finne nye måter å organisere oss på. Det å skape trygghet i endring er et viktig tiltak, denne tryggheten skal ledelsen og organisasjonen skape i samspill og hun anbefaler sykepleierne å bli glad i endringer. Endring og endringsledelse er temaer som aldri går ut på dato og dette ønsker vi å se nærmere på gjennom problemstillingen vår ”*Hvordan kan man beskrive mellomlederens rolle i store endringsprosesser?*”

For å belyse problemstillingen utførte vi fem intervjuer av ulike enhetsledere, tre ved Nordlandssykehuset Bodø HF og to ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Vi har analysert våre resultater ved å benytte teoretiske modeller fra organisasjonsteori, ledelsesteori, kommunikasjonsteori og endringsledelse. Dette er emner vi har gjennomgått på vårt MBA-studie. Vi bruker kvalitativ intervjuemetode og casebeskrivelse for å komme frem til vårt empiriske materiale som vi senere analyserer opp mot teorien vi benytter. Vår egen bakgrunn som sykepleiere ved den ene institusjonen vi gjør intervjuer i og som MBA studenter har dannet grunnlaget for vår forskningskompetanse.

Gjennom analyse av intervjumaterialet, sammenfattet med teorien vi mener er viktig for å kunne belyse disse temaene, kom vi frem til følgende funn; mellomlederne har liten beslutningsmyndighet i de store beslutningene om endringen, men har stor innflytelse når det gjelder hvordan endringene skal utføres. Den enkelte mellomleder følger de beslutningene som blir fattet av ledelsen, men innenfor de rammene som er gitt har henne.

Klinikkorganiseringen var utført forskjellig i alle klinikkene vi undersøkte og de hadde også ulikt antall ledernivå. Vi hadde ventet å finne relativt lik organisering i de ulike klinikkene, så dette overrasket oss. Kanskje spesielt at antall nivå var forskjellig og den betydning det vil ha for innflytelsen til lederen som sitter nærmest de ansatte. Vi fant ingen funn som tydet på profesjonskamp innenfor sine ansvarsområder. Mellomlederens personlige egenskaper og hvor hun er rekruttert fra har betydning for hennes måte å håndtere endringsprosesser.

Kommunikasjon og informasjon er av stor betydning for gjennomføring av endringsprosesser, alle våre respondenter er enige i dette, og lys av teorien vi har presenterer stemmer dette godt overens. Arbeidet med arbeidsmiljø og kultur innad i de ulike enhetene er blir også trukket

frem av respondentene som viktige faktorer mellomlederen må ta hensyn til og jobbe med i endringsprosesser.

Vår analyse viser at mellomlederen har en viktig rolle som bindeledd mellom toppledelse, de ansatte og pasientgruppen ved enheten. Endringstakten i samfunnet er stadig økende og det er viktig at mellomlederen har kunnskap om endringsprosesser og hvordan disse bør tilrettelegges i sin enhet.

Innholdsfortegnelse

Abstract (engelsk sammendrag).....	1
Forord.....	2
Sammendrag.....	3
Innholdsfortegnelse.....	5
1 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Forskningsspørsmål.....	9
1.3 Begrepsdefinisjon og avgrensning.....	10
1.4 Oppgavens oppbygging.....	11
2 Teori.....	12
2.1. Sykehuset som arena for ledelse.....	12
2.1.1 Selvledelse.....	14
2.1.2 Profesjonsgrupper.....	15
2.1.3 Lederrolle.....	17
2.1.4 Mellomlederen.....	20
2.2 Endring og endringsledelse.....	21
2.2.1 Hva er endring?.....	22
2.2.2 Ulike typer endringer.....	22
2.2.3 Endringsprosesser og endringsstrategier.....	24
2.2.4 Ledelse av endringsprosesser.....	27
2.3 Forutsetninger for ledelse.....	30
2.3.1 Motivasjon.....	30
2.3.2 Relasjoner og lojalitet.....	32
2.3.4 Mål og visjoner.....	34
2.3.5 Motstand mot endring.....	35
2.3.6 Kommunikasjon i organisasjoner.....	36
2.3.7 Formell og uformell kommunikasjon.....	38
2.3.8 Ledelse av samhandlingskompetanse.....	39
2.4 Oppsummering.....	40
3 Metode og design.....	41
3.1 Innledning.....	41
3.2 Forskningsdesign.....	42
3.2.1 Casedesign.....	42
3.3 Kvalitativ forskningsmetode.....	42
3.3.1 Forskningsprosessen.....	43
3.3.2 Forskerrollen.....	44
3.3.3 Forskerens etiske ansvar.....	44
3.4 Datainnsamling.....	45
3.4.1 Valg av respondenter.....	45
3.5 Kvalitativt intervju.....	47
3.6 Kvalitativ dataanalyse.....	47
3.7 Styrker og svakheter ved forskningsdesignet.....	50
3.7.1 Validitet.....	50
3.7.2 Reliabilitet.....	50
4 Empiri.....	51
4.1 Innledning.....	51
4.2 Sykehusene som forskningsfelt.....	51

4.3 Mellomlederen som forskningsfokus.....	53
4.4 Intervjuer.....	54
4.4.1 Organisering.....	55
4.4.2 Respondentene.....	57
4.4.3 Sykehuset som arena for ledelse.....	62
4.4.4 Endring og endringsledelse.....	64
4.4.5 Kommunikasjon og informasjon.....	68
4.4.6 Forutsetninger for ledelse.....	72
4.5 Sammendrag.....	75
5 Analyse.....	77
5.1 Innledning.....	77
5.2 Organisering.....	77
5.3 Forutsetninger for lederrollen.....	80
5.4 Endring og endringsprosesser.....	84
5.5 Kommunikasjon og informasjon.....	88
5.6 Forutsetninger for ledelse.....	91
5.7 Sammendrag.....	95
6 Konklusjon.....	97
Referanseliste.....	98
Appendiks.....	101

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helseminister Anne Grethe Strøm-Ericsen sier i en artikkel i Tidsskriftet Sykepleien at omstillinger er en del av det å jobbe i dag. Helsevesenet er veldig teknologisk drevet, det fører til økt effektivitet. Flere sykdommer blir oppdaget og flere pasienter blir behandlet. Dette gjør at alle er nødt til å oppdatere seg og vi må finne nye måter å organisere oss på. Det å skape trygghet i endring er et viktig tiltak, denne tryggheten skal ledelsen og organisasjonen skape i samspill og hun anbefaler sykepleierne å bli glad i endringer (Tidsskriftet Sykepleien 19.01.10).

Organisatoriske, tekniske og mellommenneskelige endringer setter store krav til ansatte og ledere i organisasjoner som skal gjennomgå endringene. Kunnskap om endringsprosesser og hvordan disse bør tilrettelegges for at både det enkelte individ og organisasjonen som helhet skal mestre disse endringene, er en sentral utfordring for lederne av de ulike enhetene.

I norske sykehus flere roller en leder kan ha, i denne oppgaven skal vi fokusere på mellomlederens rolle i de store endringsprosessene. Mellomlederen sitter i en spesielle situasjon, da denne kjenner nært på seg det presset som kommer fra pasientene og pårørende når det kommer til kvalitet på pleie og behandling. Samtidig har mellomlederen et krav fra sin ledelse om omstilling og endring uten at dette skal gå på bekostning av pasienter eller effektivitet. Det er altså en kompleks og vanskelig rolle mellomlederen sitter i. Her øves det press fra flere kanter, mellomlederen er bindeleddet som skal kommunisere og formidle beskjeder mellom ansatte, klinikkjef, pasient og pårørende. Med andre ord har mellomlederen veldig mange mennesker å forholde seg til i sin hverdag som leder.

Som sykepleiere ved en norsk sykehusavdeling er vi med på endringsprosesser nesten daglig, noen små og nesten umerkelige, mens andre er mer omfattende og tidkrevende. Den ene av oss jobber som mellomleder i en av klinikkene ved Nordlandssykehuset, hun har vært ansatt i avdelingen i 22 år og har vært leder der de siste 9 år. Den andre er ansatt i samme enhet som spesial sykepleier og har jobbet der i seks år, vi har derfor nært kjennskap til noen av de mange endringsprosessene som sykehuset har vært gjennom. Det at vår egen organisasjon

gjennomgår omfattende endringer som har større eller mindre konsekvenser for vår arbeidsplass har vært ett av motivene bak denne oppgaven.

Et ønske om å lære mer om hva som skjer, hvorfor det skjer og hvordan mellomlederen kan være med i en slik prosess har motivert oss til å jobbe med denne oppgaven. I vårt MBA studie har vi hatt mye undervisning både i Strategi og ledelse, Organisasjonsteori og Positivt lederskap, alle disse emnene er sentrale elementer i endringsprosesser. Gjennom studiet og vår arbeidserfaring ble interessen for endringsprosesser fattet og vi ønsket derfor å gjøre dette til en viktig del av vår masteroppgave.

Det foreløpige oppdragsdokumentet som Nordlandssykehuset Helseforetak (NLSH HF) og Universitetssykehuset Nord-Norge Helseforetak (UNN HF) har fått fra Helsedepartementet for 2010, sier at tilpassingskrav som er vedtatt i liten grad skal berøre tjenestetilbudet, dette vil si at det må prioriteres i pasientbehandlingen, men at tilbudet til tross for dette ikke skal forringes. Det sies også at dersom målsettingen om resultatmessig balanse og gjennomføringen av aktivitetsvekst kommer i konflikt med hverandre, skal resultatmessig balanse prioriteres fremfor andre oppgaver. (Oppdragsdokument 2010)

NLSH HF og UNN HF har i 2010 har ett samlet krav om å levere ett regnskapsmessig overskudd på 42 mill kroner.

Styret i NLSH HF vedtok 19.juni 2008 å starte ett prosjekt med innføring av ny organisasjonsmodell som slutt resultat. Prosjektet skulle beskrive 6-8 klinikker for NLSH sin medisinske virksomhet. Prosjektet ble gjennomført, de ulike klinikkene ble formet og i desember 2008 ble det fattet vedtak i styret om at NLSH HF skulle organiseres i klinikker. 1.september 2009 ble klinikkmodellen iverksatt og NLSH HF er nå organisert i 8 separate klinikker.

UNN HF har også vært gjennom den samme store endringsprosessen. De innførte klinikk modellen 1.april 2008. Målet for omstillingen var i følge Administrerende direktør Tor Ingebrigtsen å styrke faglig samhandling, utvikle bedre kvalitet på våre tjenester, øke forskningsaktiviteten og styrke samarbeidet mellom Universitetet i Tromsø og UNN. Det har også vært et mål å oppnå økonomisk balanse (unn.no).

I følge lov om spesialisthelsetjenester (§3.9) skal alle sykehus fra 01.01.2001 organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Lederen skal ha et total ansvar, og lederstillingen skal være åpen for alle relevante profesjonsutøvere. Reformen skulle ha økt fokus på ledelse og en styrket ledelsesfunksjon. Det er dette som blir kalt enhetlig ledelse. Enhetlig ledelse har ført til at flere sykepleiere sitter i lederstillinger høyere opp i organisasjonene og i dag er flere av klinikksjefstillingene i både NLSH HF og UNN HF besatt av sykepleiere.

Det er disse omorganiseringene som er bakgrunn for vår oppgave. Her er det mange problemstillinger man kan ta fatt i, men vi ønsket å fokusere på mellomlederens rolle i endringsprosesser. Vi har fokus på ledere av sykehusavdelinger og alle lederne vi intervjuer er sykepleiere.

Mellomlederen er en viktig del av gjennomføringen av store endringsprosesser. Vi mener at det vil være vanskelig å foreta endringer nedover i organisasjonen hvis ikke mellomlederen er en inkludert del av denne prosessen. Det er han eller hun som har den daglige kontakten med de ansatte i avdelingen og det er han eller hun som kjenner miljøet her. Med bakgrunn i våre erfaringer fra sykehuset og den kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom MBA-studiet, mener vi at vi har et godt utgangspunkt for å kunne studere mellomlederens rolle i endringsprosesser.

1.2 Forskningsspørsmål

Temaet endringsprosesser er stort og omfattende og det er skrevet masse god litteratur om dette emnet. Omorganisering i helsevesenet er ikke noe nytt fenomen og vi tror at det kommer til å være en viktig del av mellomledernes hverdag i fremtiden også. Men hva gjør lederne som er med på disse prosessene, hva er deres oppgaver og hvordan blir de en del av prosessen? Vårt hovedfokus i denne oppgaven er som sagt på mellomlederen og han eller hennes rolle i denne prosessen.

Vår tittel på oppgaven er: *"Mellom barken og veden"* - En studie av endringsprosesser ved innføring av klinikkmodell. Ut fra dette har vi utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

"Hvordan kan man beskrive mellomlederens rolle i store endringsprosesser?"

Mellomlederen har mange oppgaver i dagens sykehus. Vi har valgt å ha hovedfokus hos den lederen som er nærmest de ansatte, den som før gikk under betegnelsen avdelingssykepleier,

men som i dag kan ha mange ulike titler, alt etter som hvordan sykehuset har valgt å navngi sine ledere. Disse lederne sitter som oftest både med personal, økonomi og faglig ansvar for en sykehus avdeling. Det er altså den sykepleiefaglige lederen vi ønsker å studere, hun som har det daglige ansvaret i enheten og som er nærmeste overordnede til sykepleierne i avdelingen.

1.3 Begrepsdefinisjon og avgrensning

For å avklare vår problemstilling nærmere har vi følgende begrep som vi vil definere. Dette er emner vi mener er sentrale for forståelsen av vår problemstilling.

En lederrolle vil i følge Jacobsen og Thorsvik (2007) bestå av to delvis overlappende elementer. Det mønsteret av atferd som en leder utviser for å fylle sine lederforpliktelser. De forventninger andre har til lederens atferd. Disse rollene kan enten være sammenfallende eller de kan også stå i konflikt med hverandre, atferd og forventninger stemmer ikke alltid overens.

Mintzberg (i Jacobsen og Thorsvik 2007) klassifiserer lederrollen i tre ulike kategorier; han har tre interpersonelle roller, tre informasjonsroller og 4 beslutningsroller. Til sammen utgjør disse en integrert helhet av roller.

Organisasjoner endrer seg når det er ubalanse mellom enten interne forhold, som for eksempel ny teknologi og nye målsetninger, eller mellom organisasjonen og dens omgivelser, for eksempel politiske og økonomiske faktorer (Jacobsen 2004). Det er dette som defineres som endring i organisasjoner.

Endringsprosesser kan betraktes som oversettelsesprosesser, der ulike mennesker forsøker fra sine ulike ståsteder – å omdanne abstrakte ideer og tankekonstruksjoner til konkrete objekter og handlinger (Jacobsen 2004)

Ledelse er den prosess som innebærer å influere aktiviteten til et enkelt menneske eller en gruppe for å nå mål i en gitt situasjon (Berg 2003)

Hovedoppgaven til mellomlederne er å sette mål for virksomheten, organisere, administrere og mellomlederen innehar viktige kommunikasjons funksjoner som bindeledd mellom

operativt nivå og det institusjonelle nivå. På det operative nivå finner vi mellomledere som har det daglige oppsyn med kjerneaktivitetene i organisasjonen, enhetslederne.

Vi ønsker i vår oppgave å se nærmere på prosesser som har organisatoriske konsekvenser for enhetene vi studerer, dette betyr at det er prosesser som endrer hverdagen til de ansatte og oppbyggingen av enheten til de ansatte. Dette har vi definert som store endringsprosesser.

1.4 Oppgavens oppbygging

Vår oppgave bygger på ett kvalitativt intervju av fem mellomledere i norske sykehus. Studiet er avgrenset til å gjelde NLSH HF og UNN HF. Tre av respondentene jobber ved NLSH og to ved UNN, vi har intervjuet både kvinner og menn.

Kapittel 2 inneholder teori som vi mener er relevant for å belyse vårt problem. Kapittel 3 er metode kapittelet, her beskriver og begrunner vi hvilken forskningsmetode vi har valgt å bruke for å gjennomføre denne studien. Kapittel 4 er vårt empiri kapittel, her vil vi presentere NLSH HF og UNN HF, bakgrunn og gjennomføring av deres omlegging til klinikkmodell og her vil vi også presentere de funn vi kom frem til gjennom våre intervjuer. Kapittel 5 vil bestå av en diskusjon av funnene opp mot allerede presentert teori. Til slutt har vi Kapittel 6 som består av konklusjonen på funnene våre og en avslutning på oppgaven.

2 Teori

Vi skal i dette kapitlet ta for oss hva som er spesielt med sykehuset som arena for ledelse, hvordan endring og store endringsprosesser foregår i organisasjoner og hvilke forutsetninger det er viktig å tenke på når det kommer til mellomlederens rolle i store endringsprosesser.

2.1. Sykehuset som arena for ledelse

En leder, defineres som en som har en eller flere underordnede som rapporterer til seg. (Colbjørnsen 2004, s. 27). Det hevdes at et effektivt lederskap må tuftes på en helhet som består av både administrative prosedyrer, visjonære kulturer og gode relasjoner mellom ledere og underordnede. Et aktivt lederskap blir stadig viktigere både for offentlige og private virksomheters måloppnåelse. Lederskap bygger på en relasjon mellom ledere og medarbeidere. Ledelse er administrasjon og kulturbygging, og det vil alltid være tilstede en menneskelig dimensjon mellom leder og underordnet. Det er ikke mulig å forholde seg til sine medarbeidere uten å ta hensyn til den relasjonelle faktoren, ledelse er mer enn faglig og kulturbasert (Colbjørnsen 2004). Berg sier følgende om ledelse:

”Ledelse kan på samme tid både være meget enkelt og meget komplekst. Ledelse er på den ene side sunn fornuft satt i system. På den annen side innebærer ledelse uforutsigbarhet, tvetydighet, kaos, konflikter og motsetninger. Det er i samspillet mellom det enkle og det komplekse som gjør ledelse spennende” (Berg 2008, s.49).

Dagens ledelsesforskning peker på at ledelse er grunnleggende forskjellig fra administrasjon. Administrasjon fokuserer på produksjon, problemløsning og effektivitet, ledelse er å skape visjoner, gi mening og lage retningslinjer for hvordan organisasjonen skal utvikle seg (Jacobsen og Thorsvik 2007) .

Høst sier videre at administrative oppgaver som å lage budsjett, sette opp ferielister, turnusplanlegging og generell saksbehandling er noe annet enn å lede folk, ledelse er situasjonsbestemt og har med påvirkning av mennesker gjennom kommunikasjon i forskjellige situasjoner (Høst 1997).

I en NOU leser vi følgende om ledelse og organisering i sykehus: (...)”*utfordringen knyttet til utformingen av ledelse i sykehus kan i stor grad knyttes an til rolleforståelse, holdninger og*

organisasjonskultur... Når utvalget¹ har vurdert endringer i den formelle lederstrukturen i sykehusene, må dette forstås slik at hovedmålet er å skape rolle- og holdningsmessig endring i sykehusene” (NOU 1997, s. 93).

1. januar 2001 ble det gjort endring i Spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-9), med lovkrav om enhetlig ledelse på alle nivå i norske sykehus. Det betyr at det totale ansvaret for hver resultatenheter skal ligge på en person. Norske sykehus har en lang tradisjon med todelt ledelse, hvor ansvaret på avdelingsnivå, har vært delt mellom en avdelingsoverlege og en oversykepleier. Endringen innebar at avdelingens overlege og oversykepleier skulle erstattes med en rendyrket lederstilling. Hovedintensjonen med reformen var et ønske om en resultatansvarlig leder på hvert nivå i sykehuset. Formelt sett ble det ikke knyttet faglig kompetansekrav til leder stillingene. I praksis har dette betydd at legenes ”monopol” på lederstillinger i helsevesenet opphørte. Den nye lederstillingen var i utgangspunktet profesjonsuavhengige, og intensjonen var å ansette en profesjonell leder for de kliniske avdelingene i sykehusene. Så lenge de statlige føringene ble overholdt, ble det opp til hvert enkelt helseforetak å definere kvalifikasjons krav. Dette førte til debatt rundt profesjonskampen i helsevesenet, med fokus på hvilke utdanningskrav som skulle stilles ved ansettelse av nye avdelingsledere (Sveri 2004).

Reformen har fått konsekvenser for mellomlederen (avdelingssykepleieren/enhetslederen) på laveste nivå. Da stillingen som oversykepleier ble borte, førte det til utvidede oppgaver og økt selvstendighet for avdelingssykepleieren, som måtte overta en del av oppgavene oversykepleier tidligere hadde ivaretatt. Avdelingssykepleieren ble en del av avdelingslederens ledergruppe, og fikk en ny rolle som sykepleiefaglig, strategisk, administrativ og økonomisk leder av sin enhet (Berge, Sykepleien 2002, 90(13):34-38.).

Tradisjonelt har helsevesenet vært hierarkisk organisert. Hvis man tenker seg en skala med demokrati på den ene siden og hierarkisk struktur på den andre siden, ser man ytterpunkter kjennetegnet ved fallende demokrati. I et demokrati er det medbestemmelse, i et hierarki klare kommandolinjer. I en hierarkisk struktur vil det være posisjonen i hierarkiet som bestemmer hvem som skal gjøre hva, og hvem som har medbestemmelsesrett. Strukturen kjennetegnes med at ansvar, oppgaver og makt henger sammen på hvert trinn i hierarkiet. Den plassen den

¹ Steineutvalget

enkelte yrkesgruppe har i dette systemet er bestemmende på hvor stort handlingsrom den enkelte yrkesgruppe har. Dess lenger opp i systemet, dess mer anseelse, makt og ansvar. Dette har tradisjonelt hatt en sammenheng med utdanning og lønn (Thornquist 2009).

2.1.1 Selvledelse

Dagens ledere har medarbeidere med høy kompetanse, som både krever og forventer høyere grad av selvstendighet enn hva ansatte tidligere har gjort. På bakgrunn av dette er en ny form for ledelsesfilosofi kommet på bane: teorier om selvledelse. Teorier om selvledelse bygger på anerkjente psykologiske teorier. Da særlig på teorier om motivasjon og læring, målstyring, selvbestemmelse og sammenhengen mellom våre individuelle forutsetninger for adferd og miljømessige rammer og forutsetninger for adferd (Martinsen 2004).

”Medarbeidere kunne tidligere ses på som brikker i organisasjonens streben etter å oppnå resultater, mens medarbeidere innen et selvledelse perspektiv er tiltenkt å være medansvarlige for organisasjonens arbeid knyttet til planlegging, beslutningstaking og evaluering” (Martinsen 2004, s. 293).

Selvledelse handler om å lære medarbeiderne til å lede seg selv. Dette skal man gjøre ved å legge forholdene til rette slik at medarbeiderne kan være mest mulig selvstendige og de skal føle eierskap overfor jobbene sine (Berg 2008).

Der selvledelse innføres, må den klassiske lederrollen endres. Lederen vil få en ny rolle som overordnet koordinator og støttespiller. Ferdigheter som evne til å lytte, veilede og støtte medarbeidere blir viktige ferdigheter hos leder (Martinsen 2004).

Klassisk, styrende ledelse	Selvledelse
Ytre observasjon av fremdrift	Egen observasjon av fremdrift
Tildelte målsetninger	Selvdefinerte målsetninger
Ytre administrert belønningssystem	Indre belønning og ytre belønning for Selvledelsesadferd
Motivasjon basert på ytre kompensasjon	Motivasjon også basert på arbeidets naturlige belønninger
Ekstern kritikk	Selvkritikk
Ekstern problemløsning	Egen problemløsning
Ekstern planlegging	Egen planlegging
Ekstern oppgavedesign	Egen design av oppgaver

Tabell 1: karakteristika ved klassisk, styrende ledelse og selvledelse (Kilde: Martinsen 2004 s. 293).

2.1.2 Profesjonsgrupper

Fag og ledelse har vært knyttet tett sammen i helsevesenet, med leger som faglig og administrativt ansvarlige. Legene har det overordnede medisinske ansvaret, og er premissgiver for de andre yrkesgruppene i sykehuset. Dette har ført til at legen tradisjonelt har blitt betraktet som naturlig leder i sykehuset. Fra 70 tallet har sykepleiergruppen satset sterkt på administrativ kvalifisering, og etter innføringen av enhetlig ledelse i 2001, ble det er svært opphetet debatt om hvem som skulle lede sykehusavdelinger, leger eller sykepleiere (Thornquist 2009).

Spesialisering betyr at arbeidsoppgaver stykkes opp og at den som utfører oppgavene får færre oppgaver å konsentrere seg om. I følge Berg (2009) vil leger vil se på den vertikale spesialiseringen som av begrenset verdi og underordnet den horisontale. Av den grunn bør legen eller legespesialisten lede, og ledelse må i stor grad sees på som praktisk, basert på sunn fornuft (bondevett, skipperskjønn). Legen bør lede fra en delvis spesialisert posisjon: Han må primært være medisinsk (klinisk) aktiv, og ha lederoppgaven som en tilleggsoppgave. Han må ha det Berg beskriver som en heisstatus. Berg sier videre at den vertikale spesialiseringen er en utskillelse av styrings og forvaltningsoppgaver fra den produktive virksomheten, i

sykehuset er dette oppgaver relatert til forebygging, behandling og omsorg. Det som skjer når styrings og forvaltningsoppgavene skilles ut, er at de også blir spesialisert. Resultatet er at man får en horisontal spesialisering av vertikale (hierarkiske) oppgaver. Det skaper igjen behov for et nytt styringsnivå, for å koordinere styringen av første styringsnivå. Slik fører også den vertikale spesialisering til at det blir stadig flere styringsnivå. På toppen, på det siste vertikale spesialiseringsnivå må det alltid være en person som kan ta den endelige, overordnede samordning (Berg 2009).

I dag preges strukturen i helsevesenet av en mer horisontal organisering, og det er offisiell politikk å vektlegge samarbeid. Flere grupper av helsepersonell har gått fra å være legens medhjelpere til selvstendige yrkesutøvere med ansvar for både planlegging og utøvelse av arbeidsoppgaver. Det tradisjonelle forholdet, med et "naturlig" mønster av over og underordning, blir i dag forstått som sosialt og kulturelt skapt, og de tidligere underordnede vil ikke finne seg i denne ordningen lenger. Det historiske forholdet mellom lege- og sykepleiergruppen har endret seg. Sykepleierne har overtatt mange av legens oppgaver både når det gjelder behandling og administrasjon. Det snakkes i dag om "flukten fra sykesengen". Oppgaver legene oppfatter som mindre statuspregede er overtatt av sykepleierne, sykepleierne har igjen frigjort seg fra rutine- og lite statuspregede oppgaver, som igjen er overlatt til hjelpepleierne (Thornquist 2009).

Dermed introduseres begrepet makt. Makt kan defineres som *"en aktørs evne til å overvinne motstand for å oppnå et ønsket mål eller resultat"* (Jacobsen og Thorsvik 2007 s. 153).

Makt kan være knyttet til mange ulike forhold, blant annet til hvor man befinner seg i informasjonsstrømmen i en organisasjon. Faktorer som påvirker dette er hvor man er plassert i den formelle strukturen, personlig nettverk, fysisk plassering og hvordan uformelle informasjonskanaler fungerer i organisasjonen. Makt kan i tillegg være knyttet til personlig egenskaper, utstråling, kunnskap, autoritet og "tyngde". Det er ikke mulig å finne de reelle maktstrukturene i en organisasjon bare ved å studere det formelle hierarkiet. Alle i en organisasjon vil ha en viss grad av makt, og uformelle maktforhold er tett koblet til kulturen i en organisasjon (Jacobsen 2004).

Ledelse handler med andre ord om å påvirke andre mennesker. I denne sammenhengen blir lederens makt viktig. Den tyske sosiologen Max Weber sier at den som har makt, er i stand til å sette sin vilje gjennom, om nødvendig mot motstand. Makt kan her forstås som lederens mulighet til å påvirke holdninger og adferd hos de ansatte, i den retningen lederen ønsker (Høst 1997). Maktbegrepet knyttes til yrkesprofesjoner:

”Diagnostikk og behandling er som nevnt de oppgavene som rangerer høyest i det helsefaglige oppgavehierarkiet, med diagnostikk i en særstilling. Leger har her et spesielt ansvar og en spesiell forpliktelse. Det knytter seg makt til å definere helseproblemer; det dreier seg om retten til å skape bestemte virkelighetsbilder og bestemme hvilke problemer som hører inn under medisinsens og helsevesenets ansvarsområde (Thornquist 2009, s. 339).

Halvor Fauske (referert i Molander og Terum 2008) hevder at en profesjon er ikke et yrke, men et middel til å kontrollere yrket. Han støtter seg til en studie i medisinsk sosiologi gjort av Eliot Friedson. Friedson har sett på relasjoner og arbeidsfordeling mellom leger og de andre profesjoner slik den er definert i lovverket, og satt dette opp mot den status legepraksis har fått. Han hevder at legenes krav er ideologiske og yrkesmonopolet svakt begrunnet, og at legenes status er politisk betinget. De nyter godt av en statlig beskyttelse av yrkesmonopolet som gjør at de kan opprettholde sin autoritet over klienter og andre yrkesgrupper. Han argumenterer for at den autonomi som legene er gitt, gir dem autoritet ut over det den profesjonelle autoriteten skulle tilsi (Molander og Terum 2008).

2.1.3 Lederrolle

Teori om lederrollen knyttes tett opp mot lederposisjon, fordi det forventes at de som innehar lederposisjoner skal utøve ledelse. Dette beskriver Jacobsen og Thorsvik på følgende måte:

- ”1. Det mønster av adferd som en leder utviser for å fylle sine lederforpliktelser.*
- 2. De forventninger andre har til lederens adferd.” (Jacobsen og Thorsvik 2007, s. 385)*

Berg (2008) sier at nye utfordringer og former for organisering krever nye lederroller. Tradisjonelt har de viktigste lederoppgavene vært å sette mål, planlegge, organisere, motivere og kontrollere. Dette har preget den sterke og autoritære leder, som har vært opptatt av å ha full kontroll. Betingelsen for at denne måten å styre på skal fungere, er at lederen til en hver tid vet hva som foregår i organisasjonen. Faren her er at medarbeiderne ikke blir involvert i

prosessen, de får ikke eierskap og føler ikke ansvar for å identifisere og løse problemer. De vil heller ikke si fra dersom noe går galt og vil heller holde tilbake og filtrere informasjon (Berg 2008). I løpet av de siste 20 årene har det vært forsket på lederroller, funnene tyder på at skal lederen takle dagens utfordringer, kreves det nye lederroller (Senge 1991, Bass og Avolio 1994, Kouzes og Posner 1995, Bradford og Cohen 1997, Pfeffer 1994, Blanchard 2007). Felles for disse forskerne er at de trekker frem leder roller som er lite autoritære, legger vekt på visjoner og medvirkning fra de ansatte. Lederen bør være et forbilde og inneha en støttende rolle (Berg 2008).

Berg trekker frem fem ulike lederroller som ledere bør ha, ideolog, strateg, sosial arkitekt, teamutvikler og trener. Det betyr ikke at den enkelte leder må kunne alt, men at lederteamet bør være sammensatt på en slik måte at disse rollene er dekket. (Berg 2008)

Lederrolle	Ledelsesnivå	Oppgave
Ideolog	Ideologisk ledelse	Utvikle de grunnleggende tanker og ideer som bedriften bygger sin eksistens på
Strateg	Strategisk ledelse	Tilpasning til og påvirkning av organisasjonene omgivelser
Sosial arkitekt	Administrativ ledelse	Utvikle organisasjonens interne strukturer
Teamutvikler	Operativ ledelse	Det daglige samspillet med medarbeiderne
Coach	Selvledelse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utvikle og lede seg selv 2. Utvikle medarbeiderne til å lede seg selv.

Tabell 2 (Berg 2008 s. 17).

Mintzberg har beskrevet ti roller han hevder er typiske (referert i Jacobsen og Thorsvik 2007). Han tar utgangspunkt i lederens formelle autoritet og status, og beskriver tre interpersonelle roller en leder kan ha: gallionsfigur, anfører og forbindelsesledd. Disse rollene gir opphav til tre informasjonsroller: informasjonssamler, informasjonsspreder og talsmann. Som til sist gir opphav til fire beslutningsroller: driftsherre, kriseløser, resursfordeler og forhandler.

Interpersonelle roller: Er de rollene som dreier seg om kontakt med andre mennesker. I og utenfor organisasjonen. Kan både være fysisk, verbal og symbolsk (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Rollen som gallionsfigur, er rollen til organisasjonens symbolske overhode. En synlig oppgave, som handler om å representere organisasjonen utad. I noen tilfeller er enhetslederen enhetens toppfigur, med oppdrag som å holde tale eller representere enheten ved forskjellige anledninger.

Rollen som anfører, handler om hvordan man påvirker sine underordnede, og kjennetegnes ved at man gir underordnede ros og anerkjennelse, motiverer og kritiserer dem. Rollen gir ansvar for ansettelser, opplæring, evaluering, avlønning, forfremmelser og avskjedigelse. Mandatet er bredt og lederen gis anledning til ”å blande seg inn” i det meste. En annen viktig oppgave i denne rollen er å legge til rette arbeidssituasjonen slik at medarbeiderne gjennom sitt arbeid fremmer organisasjonens mål.

Rollen som forbindelsesledd, handler om å knytte organisasjonen og omgivelsene tett sammen. For enhetslederen vil dette spesielt gjelde å knytte sammen andre enheter internt i organisasjonen (Høst 1997).

Informasjonsroller: Lederen vil motta mye informasjon, behandlingen av denne informasjonen er en sentral lederoppgave (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Rollen som overvåker, lederen er en informasjonssamler, som samler og mottar informasjon som gir oversikt og innsikt i hva som foregår både i egen organisasjon og i omgivelsene. Lederens personlige nettverk er sentralt, den uformelle informasjonen er viktig for lederens rolle.

Rollen som informasjonsformidler, der lederen sender inn informasjon utenfra, og formidler informasjon mellom ansatte. Mintzberg skiller mellom to typer informasjon, den objektive som kan testes om den er falsk eller sann og den verdiorienterte, som sier noe om hvordan man ønsker at noe skal være.

Rollen som talsmann, der lederen uttaler seg på vegne av organisasjonen og sender informasjon ut. Ofte rettet mot enten de som har innflytelse på styringen eller til brukere av tjenesten (Høst 1997).

Beslutningsroller: Ligger ofte til topplederen, men også mellomlederen kan ta beslutninger på sitt nivå (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Rollen som entreprenør, der lederen tar initiativ og utformer de bevisste endringer i organisasjonen. Enten for å utnytte ressursene bedre eller å løse oppgavene på en bedre måte. Rollen som kriseløser, kriser oppstår plutselig, og det hevdes at lederens innflytelse er større i kriser enn i rolige perioder. Krisesituasjonene kan dreie seg om konflikter mellom medarbeidere, konflikter mellom ulike seksjoner innad i organisasjonen eller krisesituasjoner med tap av ressurser.

Rollen som ressursfordeler, innebærer å fordele goder som for eksempel penger, tid, materiale, utstyr og arbeidskraft. Lederen skal treffe beslutninger om bruk av ressursene og beskytte dem. Mintzberg viser til tre viktige elementer i ressursfordelingen, planlegging av tid, programmering av arbeid og godkjenning av beslutninger.

Rollen som forhandler, peker på at lederen kan forhandle med ansatte, organisasjoner, overordnede myndigheter osv. (Høst 1997).

Mintzbergs klassifisering av lederrollen kan brukes til observasjon og identifikasjon av ledelse. Det er en innbyrdes sammenheng mellom rollene, og lederskapet er betinget av hvordan de ulike rollene blir utført.

”En leder som for eksempel prioriterer ned rollen som forbindelsesledd og derved mister tilgangen til informasjon, vil antageligvis ha problemer med strategisk planlegging i rollen som entreprenør” (Jacobsen og Thorsvik 2007 s. 389).

2.1.4 Mellomlederen

I litteraturen finner vi at det er vanlig å skille mellom tre ledelsesnivåer i organisasjoner. Det institusjonelle nivå, det administrative nivå og det operasjonelle nivå (Jacobsen og Thorsvik 2007).

På det institusjonelle nivå finner vi toppledelsen. Toppledelsen har ansvar for å definere overordnede mål, langsiktig planlegging og budsjettarbeid. Toppledelsen utgjør ofte en ledergruppe, hvor hvert enkelt medlem har spesifiserte funksjoner i organisasjonen.

Det administrative nivå er mellomledere som har et overordnet ansvar for deler av organisasjonens virksomhet. Hovedoppgaven til disse mellomlederne er å sette mål for virksomheten, organisere, administrere og innehar viktige kommunikasjons funksjoner som

bindeledd mellom operativt nivå og det institusjonelle nivå. Disse mellomlederne kan også ha viktige symbolfunksjoner som sjef for sin avdeling. På det operative nivå finner vi mellomledere som har det daglige oppsyn med kjerneaktivitetene i organisasjonen, enhetslederne. Enhetslederen har personalansvar for sin gruppe medarbeidere, og det fører ofte til nære relasjoner til medarbeiderne. Lederoppgavene vil ofte omfatte veiledning og koordinering av arbeide. En viktig funksjon er de sosiale relasjonene til medarbeiderne, der oppmuntring, støtte og motivasjon er en del av arbeidet. Her ligger også en kilde til problem, som hevdes er særegent for ledelse av mindre grupper. Behovet for vennskapelig kontakt med medarbeiderne kan føre til at enhetslederen kvier seg for å styre og kontrollere, og å gi negative tilbakemeldinger (Jacobsen og Thorsvik 2007).

I en artikkel i Stat og styring 6/99, sier Brock om mellomlederen, at det er OK mellom barken og veden. Posisjonen kan høres trang ut, men er rik på utfordringer og muligheter. Rik på muligheter for å gjøre feil, og dermed også rik på muligheter for å lære.

”Godt mellomlederskap dreier seg om å finne ut av en hårfin, men avgjørende distinksjon. Det er distinksjonen mellom det å la andre bestemme og det å bestemme seg for å gjøre det en annen sier. Det førstnevnte er abdikasjon og dårlig mellomlederskap. Godt mellomlederskap er å bestemme over seg selv og egen avdeling - også når man gjør noe fordi topplederen har sagt det” (Brock 99).

Andsem hevder at mellomlederen er i en evig skvis. Mellom eierskap til toppleders beslutninger og forståelse for medarbeiders hverdag, mellom fokus på utøvende lederskap og fokus på operativt faglig arbeid, mellom fellesskap på toppen og fellesskap blant medarbeiderne, mellom prioritering av hva som haster og hva som er viktig (Andsem 2010).

2.2 Endring og endringsledelse

De aller fleste bedrifter opplever at de eksterne omgivelsene er i stadig endring og endringstakten i samfunnet øker. Når samfunnet er i endring, endres også det offentlige rolle i samfunnet. Markedene endrer seg, nye produkter og tjenester blir introdusert, nye materialer blir utviklet eller oppdaget, nye lover og reguleringer blir utarbeidet. For å være med i denne utviklingen, er det viktig å være med på og kanskje også i forkant av disse endringene.

2.2.1 Hva er endring?

I følge Jacobsen og Thorsvik (2007) kan man helt generelt si at organisatorisk endring har funnet sted når en organisasjon utviser forskjellige trekk på to ulike tidspunkter.

Planlagte endringer er en type endring som skjer fordi mennesker ser noen problemer, setter seg mål for å løse disse, og iverksetter løsninger (Jacobsen 2004). Endring av organisasjoner kan romme alt fra de små og nesten ubetydelig til de store omfattende endringene som omfatter alle i organisasjonen og som fører til store endringer i den enkeltes arbeidshverdag. Endringer kan finne sted som følge av endring i oppgave, teknologi, struktur, kultur eller atferdsprosesser. Hver og en av disse endringene kan føre til at maktbalansen i en organisasjon endres, og at forholdet til omgivelsene endres (Jacobsen og Thorsvik 2007). For å kunne forske på dette er det altså viktig å kunne si noe om hva som endret seg, man må ha et før og etter perspektiv.

2.2.2 Ulike typer endringer

1. Revolusjon versus evolusjon

Her handler det om hvor omfattende endringen er. Snakker vi om en naturlig utvikling hvor endringene skjer ved hjelp av små skritt som til sammen fører til en vesentlig endring. Disse endringene kan i ett kort tidsperspektiv være nesten usynlige, men hvis man studerer bedriften over tid vil man se at mye har endret eller om man vil; utviklet seg.

En revolusjon består av store omfattende endringer som gjennomføres over et relativt kort tidsperspektiv. Dette betyr ofte at bedriften endrer sine mål og strategier. Man kan både ved en evolusjon og en revolusjon ende opp på det samme sted, men det vil være tidsfaktoren som vil være den største forskjellen og med dette også opplevelsen av endringen for de ansatte (Jacobsen og Thorsvik 2007).

2. Reaktiv eller proaktiv

Her tenker man seg at endringen kan være enten en reaksjon på noe som allerede har oppstått, eller det kan være en endring på grunn av en forventning om noe som kommer. Det kan være endringer i eller utenfor organisasjonen som man reagerer på. Nadler og Tushman mener at disse endringene kan komme i form av ”fininnstilling”, tilpasning, reorientering eller gjenskaping (Jacobsen og Thorsvik 2007).

3. Endringens innhold

Her tenker vi oss ett skille ved om endringen er strukturell eller kulturell. En endring av strukturen kan vi tenke oss er en endring i arbeidsoppgaver, måten bedriften er organisert på eller hvem som bestemmer hva.

En endring i bedriftens kultur er mer rettet mot det enkelte medlem av organisasjonen og hvordan deres holdninger og meninger er. Det er viktig å huske på at endringer i kulturen ofte påvirker strukturen i organisasjonen og omvendt. Enkelte har hevdet at her kan man ikke si enten-eller, men det er ofte snakk om et både-og perspektiv (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Planlagt endring betrakter endring som en beslutning som taes av mennesker som har sett at det har skjedd noe i eller utenfor organisasjonen som man trenger å reagere på. Reaksjonen er en endring av egen organisasjon. Planlagt endring forutsetter i følge Jacobsen og Thorsvik tre sentrale elementer. Organisasjonen må ha klare mål for hvor den vil, man må ha sikker kunnskap om hvilket behov man har for endring, de ulike tiltak eller løsninger og hvilken effekt disse tiltakene eventuelt vil få. Til sist forutsettes det at det er mulig å iverksette de planlagte endringene slik de var intendert (Jacobsen og Thorsvik 2007).

”En organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål” (Jacobsen og Thorsvik 2007).

”Organisasjonsendring er et slags kaos. En mengde forhold endres på samme tid, omfanget av endringene i omgivelsene og den ofte forekommende motstanden fra ulike grupper skaper en mengde av sammenhengende prosesser som er ekstremt vanskelig å forutsi og nesten umulig å styre” (Jacobsen 2004 s. 183).

Endringer på organisasjonsnivå gjelder endringer som berører organisasjonen som helhet. Selv om mange planlagte endringsprosesser er svar på endringer i organisasjonens omverden, det ytre miljø, er også indre forhold med på å fremskynde endringstiltak. Store planlagte organisasjonsendringer gjør beslag på betydelige ressurser for det foretaket det gjelder.

2.2.3 Endringsprosesser og endringsstrategier

I litteraturen beskrives det to grunnleggende forskjellige strategier for endring av organisasjoner:

Strategi E

E står for economic eller økonomisk og beskrives som følger:

”Strategi E har som formål å skape økt økonomisk verdi, ofte uttrykt i form av avkastning for eierne. Strategiens fokus er på formelle strukturer og systemer. Den er drevet fram av toppledelsen med betydelig hjelp fra eksterne konsulenter og med bruk av finansielle incentiver. Endringen er planlagt og programmatisk” (Jacobsen 2004 s.185).

Se vedlegg 1 for skisse.

Strategi E er en lineær prosess hvor det ene stadiet følger det neste. Det er viktig at man ikke hopper over noen av stadiene før man beveger seg videre til det neste.

Den første oppgaven man starter med er å analysere situasjonen som organisasjonen har kommet i. Etter en grundig analyse går man i gang med arbeidet med å finne hvilke mål organisasjonen har med endringene dine ønsker å foreta. Benchmark-analyser som er knyttet til kostnads- og prestasjonsnivåer i organisasjonen blir ofte lagt til grunn for gjennomføringen av prosessen (Amundsen 2005). Jo mer konkrete målene er, jo lettere er det å måle om de blir oppnådd og jo vanskeligere er det for ledelsen og de ansatte og overse de i ettertid. Klare mål vil også kunne virke som en motivasjons faktor siden det vil være lettere å dokumentere eventuelle resultater. Ved gjennomføringen av slike prosjekter blir det ofte etablert egne prosjektgrupper som består av personer både fra organisasjonen og fra deltakere i analysefasen (Amundsen 2005). For å kunne bruke denne strategien, må man ha en klar og synlig toppledelse. Toppledelsen vil her være den som sitter på store mengder informasjon siden, både fordi de fungerer som bindeleddet mellom organisasjonen og omgivelsene, men også fordi den får informasjon sendt fra alle deler av organisasjonen. Toppledelsen skal ha ett helhetsperspektiv og de har den formelle makt til å foreta endringer når de finner det nødvendig ut fra informasjonen de har tilgjengelig (Jacobsen 2004).

I strategi E er det organisasjonens formelle elementer som man bør begynne med når man ønsker en endring. Den sier ikke at kulturen ikke er viktig, men tilhengerne mener at man bør begynne med de formelle elementer før man ser til kulturen i organisasjonen. Dette fordi det er først og fremst de formelle elementene i en organisasjon man kan kontrollere. Et annet viktig poeng er at ved å endre de formelle strukturene, vil det ofte fremtvinge atferdsendringer hos mennesker. Ett nytt arbeidsmønster vil kunne føre til ny informasjonsflyt.

Strategi E har et tydelig fokus på endring av de formelle elementene og dette kan vitne om en organisasjon med handlekraft (Jacobsen 2004).

Et av de sentrale punktene i denne modellen er strategisk analyse. Strategisk analyse er en prosess som skal gi bedriften et grunnlag for å forholde seg til de utfordringer som ligger i og utenfor organisasjonen (Roos 2005). Her er SWOT og PEST analysene viktige verktøy. SWOT kobler både de interne og de eksterne forholdene til organisasjonen, mens PEST analysen ser på organisasjonens eksterne forhold (Jacobsen og Thorsvik 2007).

For å motivere de ansatte i en slik strategisk endringsprosess vil tilhengerne av Strategi E bruke finansielle incentiver. Belønningen må da rettes mot den atferd som fører til ønsket endring, belønningene må være realistiske å oppnå og det må være fremlagt både individuelle, organisatoriske og gruppe belønninger.

Strategi O

O står for organization og beskrives som følger:

”Strategi O har som formål å utvikle organisasjonens menneskelige ressurser slik at de blir i stand til å iverksette strategi og å lære fra de erfaringer man har fra endringstiltak.

Strategiens fokus er utvikling av kultur for å skape stort engasjement. Virkemidlene som benyttes, er en utstrakt grad av deltakelse, og man baserer i mye mindre grad på konsulenter og finansielle incentiver. Endring er noe som skjer sakte, og den er mindre planlagt og programmatisk” (Jacobsen 2004 s.185).

Se vedlegg 2 for skisse

Strategi O skiller seg vesentlig fra Strategi E ved at det her snakkes mer om utvikling enn om klare og definerte endringer fra et tidspunkt til et annet. I motsetning til Strategi E som følger en linje, sier man her at endring er en sirkulær prosess hvor man hele tiden vil ende opp ved utgangspunktet, men at utgangspunktet da har vært gjennom en endring. Endring er altså en kontinuerlig prosess (Jacobsen 2004).

Prosessene er av en mer langsiktig karakter og initiativet ligger enten i virksomhetens verdigrunnlag eller ett ønske fra ledelsen om å ta ut ekstra verdi i organisasjonen gjennom å kontinuerlig å forbedre seg (Amundsen 2005).

Definerende trekk ved de to strategiene:

	Strategi E	Strategi O
Mål	Økonomisk forbedring	Læringsevne
Ledelse	Instruerende og kommanderende	Delegerende og støttende
Innhold	Strategi, struktur og systemer	Mennesker, grupper og kultur
Planlegging	Sekvensiell og analytisk	Interaktiv, eksperimenterende og inkrementell
Motivasjon	Bruk av finansielle incentiver	Indre motivasjon, ønske om å endre
Konsulenter	Eksterne spesialister	Prosesskonsulenter

Tabell 3 Oversikt over hovedforskjellene mellom strategi E og O (Jacobsen 2004 s. 211).

2.2.4 Ledelse av endringsprosesser

Erik Johnsen sier at ledelse er definert som et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker. I denne definisjonen av ledelse setter man fokus på ledelsesfunksjonen og ikke den enkelte leder. Her er lederatferden atskilt fra lederen som person (Busch m.fl 2007). Det har også i den senere tid vokst frem et økende fokus på lederens kommunikative funksjon, betydningen av at organisasjonen har en felles visjon og hvordan språket kan brukes for å motivere personalet.

I nyere teorier om ledelse, lages det et skille mellom administrasjon og ledelse hvor administrasjon skal få eksisterende tiltak til å fungere, mens ledelse er å endre det bestående (Jacobsen 2004).

Busch m.fl (2007) mener at når det gjelder organisatoriske endringer er ledelsessystemet spesielt viktig, hvis ikke ledelsen fungerer, vil endringen skje mer tilfeldig. Dette kan føre til at endringsprosessen blir styrt av tilfeldige krav fra interessentene og de blir ikke satt inn i en større sammenheng. Integreringen av endringsprosessene må foretas av ledelsen, hvis denne ikke fungerer, vil endringsevnen svekkes.

For å sikre en bærekraftig og godt gjennomført endringsprosess er det viktig med aktiv ledelse av og lederskap i denne prosessen (Amundsen 2005). Her er det altså viktig at de ansatte og ledelsen har et forhold til prosessen de skal være en del av.

Lederstil E

I lederstil E er det toppledelsen i organisasjonen som har hovedfokus, dette fordi det er denne gruppen som har makt og makt er ett av de viktigste elementene i denne lederstilen.

Lederstil E er i ikke i så stor grad opptatt av å minske motstanden mot endring, den forsøker heller å skape et godt grunnlag for å takle motstanden når den kommer. Ledelsen ser på de ulike gruppene i organisasjonen som grupper med uforenelige interesser og dermed er motstand noe som må bekjempes for at endring skal finne sted (Jacobsen 2004).

Ledere som vil benytte seg av lederstil E, vil før de starter en endringsprosess måtte sikre seg at de har den nødvendige makt og støtte i organisasjonen. Amundsen sier at erfaring tilsier at når man har 20 % oppslutning for den ønskede endring, er det tilstrekkelig. Det er da viktig å poengtere at det ikke er likegyldig hvilke disse 20 % er (Amundsen 2005). Støtten må komme fra den delen av organisasjonen som er viktige interessenter for endringen.

Først må lederen starte arbeidet med å analysere situasjonen, slik at han eller hun får oversikt over mulige kilder til støtte og til motstand. Når dette er gjort, må man analysere disse grupperes maktbaser og også lederens egne maktbaser og hvordan han eller hun kan bruke disse. En maktbase er grunnlaget som en person har for å utøve makt, de må kontrollere noe som gjør dem mektigere enn andre. Ulike maktbaser kan være hierarkisk posisjon, kontroll over ”dagsorden”, kontroll over informasjon og kontroll over arbeidsoppgaver. (Thorsvik 2007). For at en maktbase skal ha noen virkning, må ledelsen ha kontroll over en ressurs som de andre ønsker seg og det må være vanskelig å skaffe denne ressursen et annet sted (Jacobsen 2004). En annen ting lederen må ha fokus på er hvilke maktbaser en eventuell motstander mot endringen kan ha kontroll over og hvorvidt både deres egne og motstandernes maktbaser vil virke hvis det blir forsøkt å bruke disse.

Å analysere hvordan en endringsprosess vil slå ut i en organisasjon vil ofte kunne ha store feilkilder ved seg. Det er vanskelig, om ikke umulig, å kunne forutsi hvordan den enkelte person vil reagere på en endring, men meningen med en slik analyse, er at man skal være forberedt på ulike reaksjoner og motkrefter som kan dukke opp og hvilke maktmidler som kan brukes for å motvirke disse (Jacobsen 2004).

Her spiller alliansedannelse en rolle, en sterk allianse kan mobilisere nok makt til at motstand blir vanskelig og i tillegg hindrer man de man går inn i allianse med å gå i allianse med motparten.

Lederstil O

Ved bruk av lederstil O ser man organisasjoner som kulturer hvor det er viktig å skape en felles plattform å stå på med tanke på verdier, normer og visjoner. For å gjøre endringer ved hjelp av denne lederstilen må man derfor ha fokus på endring av kultur. Dette vil igjen føre til endringer i systemene og strukturen (Jacobsen 2004). Et slik kulturelt perspektiv gjør at vi må se nærmere på hvordan organisasjoner fungerer og hvordan menneskene i disse organisasjonene utvikler felles mønster av meninger og holdninger (Jacobsen og Thorsvik 2007). Når disse meningene, verdiene og holdningene skal endres, må det ikke bare gjøres hos noen få, men hos store deler av organisasjonen for at det skal ha effekt.

Symbolisk ledelse er et sentralt tema i Strategi O. Edgar Schein hevder at endring av kultur avhenger av fem ulike elementer. Det første er hva lederen er opptatt av, hva han eller hun

evaluerer og kontrollerer. Her får de ansatte mulighet til å se hva lederen mener er viktig. Det neste er emosjonelle utbrudd hos lederen, fordi disse oppfattes som sterke signaler på menneskene rundt lederen. Viktig er det også å legge merke til hva lederen ikke reagerer på. Som punkt tre kommer reaksjoner på kriser og viktige hendelser. Hvilke signaler sender lederen ut i ”dårlige tider”. Kriterier for belønning og status er neste fokus punkt. Blir det å ta risiko belønnet eller møter man disse med straff uansett hvordan utfallet er. Dette gir sterke signaler om hva som er viktig for organisasjonen. Til sist har vi kriterier for rekruttering og seleksjon. Hva blir vektlagt når nye medarbeidere skal ansettes, settes for eksempel lojalitet eller resultater høyest? (Jacobsen 2004).

Et viktig buskap her er at det må være konsistens mellom de ulike signaler som gies for å kunne endre kulturen i organisasjonen. Ellers vil endringene kun føre til forvirring. Å lede organisasjonskultur henger ofte sammen med utstrakt bruk av ”eksempelets makt”. Lederen påvirker de ansatte gjennom sine endringer, men her er det viktig at han eller hun er klar over hvilken virkning man har på den ansatte og huske at man påvirker de enkelte medlemmene av organisasjonen ulikt og at ikke alle tolker din atferd likt. På samme måte som lederen må tolke de ansattes reaksjoner. En kulturell endringsprosess kan ofte utvikle seg til å bli en forhandlingsprosess mellom ledelsen og de ansatte. Dette krever åpenhet og mulighet for meningsutveksling. Noen verdier og holdninger er dessuten sterkere forankret i organisasjonen enn andre og dette er det viktig å ha respekt for hvis man skal gjennomføre endringer av disse (Jacobsen 2004). Ledelsen må fremlegge visjoner som skaper entusiasme og som fører til endring av retning og mening.

I Strategi O blir ledelsen sett på som mindre viktig i endringsprosesser enn Strategi E og det samme gjelder for lederrollen. Det er de ansatte som er det viktigste elementet i endringsprosessen, det er tross alt de som skal gjennomføre endringene. Ledelsen har dog i tillegg til tidligere nevnte oppgaver også en viktig rolle i forhold til å være støtte. Lederen må kunne utfordre de ansatte og stimulere de til økt ytelse. Dette kan blant annet gjøres ved hjelp av coaching. De senere år har begrepet coach kommet mer og mer i fokus, her er det den enkelte ansatte som skal trenes (Jacobsen 2004). Coaching er å hjelpe andre til å lykkes ved å ha personlige samtaler med de slik at de kan hjelpe seg selv til å nå sine mål (Berg 2008). Lederstilen vil her være preget av å støtte den enkelte, ikke kontrollere.

2.3 Forutsetninger for ledelse

Det finnes mange forutsetninger for mellomlederens rolle i endringsprosesser og vi vil her komme inn på de vi mener er de viktigste for vår problemstilling. Forutsetninger handler blant annet om hvilke egenskaper, erfaringer og kompetanse en mellomleder trenger for å lede i endringsprosesser.

2.3.1 Motivasjon

Det blir hevdet at det enkelte individ er organisasjonens viktigste ressurs. Både personlige trekk ved det enkelte individ, og ytre forhold knyttet til organisasjonen kan påvirke den enkeltes ytelse og prestasjoner i arbeidet. Ytelse og prestasjoner er knyttet til resultat av adferd som kan føres tilbake til motivasjon.

Motivasjon er antatt å være betinget både av individuelle behov og trekk ved den sosiale tilhørighet som individet er en del av. Motivasjonen fører til at individet retter sin oppmerksomhet mot hva som må gjøres, og gjør sine tanker om å handle, innholdet vil være betinget både av individets tenkning og egne preferanser, og de oppgaver og retningslinjer organisasjonen har gitt for handling (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Motivasjon deles inn i ytre og indre motiv, der behov, ønsker og interesser er eksempler på indre motiv, og belønning kan være eksempel på ytre motiv.

Johannesen og Olsen introduserer begrepet personlig motivasjonsstrategi, som relaterer seg til steg og operasjoner som folk utfører for å oppnå mål og ønsker. Den personlige motivasjonsstrategien er ulike måter å oppmuntre seg selv for å oppnå mål og drømmer, strategien involverer forestillinger og visualisering. Våre verdier styrer vår utvelgelse av mål, og våre handlingsstrategier er påvirket av våre verdier, som igjen vil påvirke våre handlinger. Ut fra dette ser vi at våre verdier kan forstås som prinsipper og kvaliteter vi streber etter og som virker styrende på aktiviteter i hverdagen, verdiene er kilde til motivasjon. De målene vi setter oss, er uttrykk for våre verdier. Verdier er ofte forbundet med kriterier. Verdi relaterer seg til det vi etterstreber og ønsker å oppnå, og kriterier relaterer seg til de standarder vi benytter for å ta beslutninger for at verdiene skal oppnås. Kriterier og verdier må samsvare, ellers kan det lett oppstå indre spenninger som hemmer motivasjonen. To personer med samme verdigrunnlag kan handle forskjellig i samme situasjon, dette kan komme av at deres kriterier er ulike (Johannesen og Olsen 2008).

”Felles verdigrunnlag er det limet som holder ulike sosiale system sammen. Verdikonflikter er ofte kilden til disharmoni og spenninger i og mellom sosiale system. Det kan lett lamme motivasjonen til den enkelte og systemet som helhet” (Johannesen og Olsen 2008, s. 139).

Forskeren Herzberg gjennomførte på 60 tallet studier omkring trivsel på arbeidsplassen. Hans funn var at ansattes tilfredshet var knyttet til arbeidsoppgavenes karakter, mens mistriivsel var knyttet til arbeidsmiljøet og hvordan de ansatte ble behandlet. Forhold som fremmer tilfredshet kalte Herzberg *”Motivasjonsfaktorer”*, og de som påvirker mistriivsel for *”Hygienefaktorer”*. Han konkluderte med at Motivasjonsfaktorene skaper trivsel i den grad de er til stede, men ikke nødvendigvis mistriivsel hvis de ikke er til stede. Hygienefaktorene kan skape mistriivsel hvis de ikke er til stede, men ikke trivsel hvis de ikke er til stede (Jacobsen og Thorsvik 2007).

<p>Motivasjonsfaktorer</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeidsoppgavenes karakter, at de er utfordrende, interessante og varierte. 2. Ansvar for eget arbeid, og kontroll over egen arbeidssituasjon. 3. Prestasjoner og selvtilfredshet ved å gjøre en god jobb. 4. Anerkjennelse fra andre for vel utført arbeid. 5. Forfremmelse. 6. Vekst. 	<p>Hygienefaktorer</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedriftens personalpolitikk og administrative systemer. 2. Ledernes kompetanse og måte å lede underordnede på. 3. De mellommenneskelige forhold mellom overordnede og underordnede. 4. Arbeidsforholdene omkring oppgavene som skal løses. 5. Lønn. 6. Status 7. Sikkerhet i jobben 8. Forhold ved arbeidet som påvirker fritiden og privatlivet.
<p>Trivsel</p> <p>I den grad de er til stede, men ikke mistrivsel i den grad de ikke er til stede.</p>	<p>Mistrivsel</p> <p>I den grad de ikke er til stede, men ikke trivsel i den grad de er til stede</p>

Tabell 4 Herzbergs motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer.

(Jacobsen og Thorsvik 2007, s. 226)

2.3.2 Relasjoner og lojalitet

”Lojalitet er ikke det samme som å være lydige. Å opptre lojalt vil være å fremme avdelingens eller virksomhetens interesser og slutte seg opp mot dens mål og misjon” (Høst 1997, s. 82).

Helsevesenet er organisert etter en hierarkisk struktur, med flere ledd ned til enhetslederen. Enhetslederen er leder for en gruppe ansatte og har et definert ansvarsområde. Enhetslederen har ingen leder under seg. I denne sammenhengen kan det være lett å oppfatte seg selv både som leder og kollega. Enkelte kan oppleve en lojalitetskonflikt i og med at de blir medlemmer av to grupper samtidig, både i ledergruppen og blant de ansatte i egen enhet (Høst 1997).

I denne situasjonen kan lederen oppleve krysspress, i boken "Å være leder i helse og sosialsektoren", defineres dette begrepet som et press som oppstår når flere sender motstridende forventninger til en person. Enhetslederen vil ofte ha sterk lojalitet til den gruppen hun daglig arbeider sammen med, og må forvente tilbake sterke forventninger om lojalitet fra den gruppen hun leder. Samtidig forventer arbeidsgiver lojalitet i forhold til at enhetsleder tar arbeidsgiveransvar, og følger opp organisasjonens overordnede mål (Høst 1997).

Høst refererer i sin bok til Stiang (1987), som beskriver to hovedtyper roller som kan være typiske for enhetslederens arbeidssituasjon, identifikasjon enten oppover eller nedover. Kollegalederen, har lav lederidentitet, identifiserer seg med sine kollegaer og vil gjerne være "venn". Lederen har et ønske om å styre sammen med sine kollegaer, i stedet for å styre over. Det blir viktig å forsøke å oppfylle de underordnedes forventninger, og presentere deres signaler oppover i systemet.

Administratoren, liker å lede og har høy lederidentitet. Administratoren identifiserer seg oppover i systemet og ønsker å oppfylle de forventninger som kommer ovenfra (Høst 1997).

I sykehuset hender det at enhetslederen er rekruttert fra egen avdeling, og i tillegg til at hun kan ha samme fagutdanning som sine underordnede. Enhetslederen kan i denne situasjonen føle konflikt knyttet til at hun ser på seg selv mer som fagperson enn som leder, dette fenomenet er beskrevet i litteraturen som "førstekollega". Faglig dyktighet kan i denne situasjonen være en viktig forutsetning for at enhetslederen skal få aksept som leder (Høst 1997).

"Man kan være lojal overfor en organisasjon og en avdeling selv om man er uenig med ledelsen hvordan man skal nå målene. Det vil være en form for lojalitet å gi uttrykk for denne uenigheten. Når beslutningen er fattet, må man på tross av at man har vært uenig, følge opp vedtaket, hvis ikke, opptrer man illojalt. Det er tross alt ledelsesnivået over som har det endelige ansvaret (Høst 1997, s. 83).

Dagens organisering er stor grad basert på lojalitet, i boken "Fremtidige strategier og organisasjonsformer", hevder forfatterne at gamle dyder som lojalitet er på vikende front. Det er verken lojalitet eller identitet som binder team sammen, med derimot resultater den enkelte

kan vise til i forhold til de mål og forventninger som ledelsen utvikler. Ledelse blir et spørsmål om målutvikling, strategi og kulturell integrasjon, ikke klassisk styring og kontroll. Teammedlemmene får en tilhørighet, og ikke nødvendigvis lojalitet til den organisasjonen de tilhører. Tankegangen bak er at folk alltid tilpasser seg slik at deres interesser ivaretas (Johannesen og Olsen 2009).

2.3.4 Mål og visjoner

Helt generelt kan man si at et mål er en beskrivelse av en ønsket fremtidig tilstand (Jacobsen og Thorsvik 2007). Målene skal fungere som noe vi kan styre mot.

Målene operasjonaliserer virksomhetens overordnede verdisyn og uttrykker hva som er viktig, og hva organisasjonen etterstreber (Roos 2005).

Et mål kan ha flere ulike dimensjoner. De kan ha ulik tidshorisont, noen mål er langsiktige og kan ofte endres underveis, mens andre kan være konkrete og tidsbegrenset i sin utforming slik at det er lett å gå tilbake for å vurdere om målet er oppnådd eller ikke.

Mål skal skape motivasjon, de skal virke samlende på de ansatte, de skal informere omverden om hva vår bedrift holder på med og det skal kunne brukes til å måle resultatene våre.

For å lykkes som leder skaper du et mål og engasjerer andre til å nå målet sammen med deg. Det er viktig at målet har en motiverende effekt på de ansatte. De ansatte må se en mening i arbeidet og endringene de jobber mot, ellers er det vanskelig å få de til å dra lasset.

En visjon representerer et fremtidsbilde av hvordan en ønsker at en organisasjon skal utvikle seg. Den representerer ledelsens syn på hva en ønsker å oppnå i fremtiden. Visjonen skal motivere og engasjere medlemmene av organisasjonen og den skal sette rammer for videre arbeid. En visjon skal virke som en drivkraft for bedriften. Den skal være mer langsiktig enn målene er og den skal gi signaler om hvilket ambisjonsnivå vi har. En god visjon skal gi mening for de som jobber i organisasjonen, den skal være lett å kommunisere, den skal appellere til følelsene hos de ansatte ved at den skaper stolthet, entusiasme og engasjement. Til sist skal den også være handlingsorientert, det vil si at den skal danne et grunnlag og være retningsgivende i beslutningsprosesser (Berg 2008).

2.3.5 Motstand mot endring

Motstand mot endring er et generelt trekk ved menneskers reaksjoner og det trenger ikke nødvendigvis være et negativt trekk ved en person, men snarere et bevis på at han eller hun bryr seg om organisasjonen de jobber i. Likegyldighet hadde vært et mer bekymringsverdig trekk ved en organisasjons ansatte.

Å finne aksept for endringen er viktig for hvordan den enkelte endringsprosess blir fulgt opp og hvilke resultater som vil følge av den. Hvis medarbeideren ikke forstår hvorfor endringen er nødvendig, ikke identifiserer seg med den eller at de ikke er villige til å endre sin arbeidsmåte vil man heller ikke kunne oppnå ønsket resultat (Amundsen 2005).

Motstand mot endring kan gå gjennom flere faser og ofte øker motstanden i intensitet. Fasene går fra apati eller likegyldighet til passiv motstand, så til aktiv motstand for til slutt å ende opp med aggressiv motstand (Jacobsen 2004).

Et annet viktig skille som kan gjøres i forhold til motstand mot endring er om den skjer før eller etter vedtaket om endringen er fattet. Slike vedtak fattes ofte i formelle organer høyt oppe i de ulike systemer. Motstand før slike vedtak blir fattet, blir ofte ansett som en diskusjon eller innspill fra berørte parter i den eventuelle sak. Dette til tross for at diskusjonen kan være engasjerende og ladet med følelser. Det er derimot motstanden etter et vedtak er fattet som byr på utfordringer og problemer i den enkelte organisasjon som ønsker å gjennomføre endringen (Jacobsen 2004).

For å forstå motstand mot endring er vi nødt til å forstå hvordan endringer påvirker de menneskene som skal gjennomføre de. Det er de som får oppleve konsekvensene av endringene på kroppen og som kan velge hvordan de skal utføre endringer som er blitt pålagt eller som er uunngåelige. Motstand mot endring kan være en viktig medvirkende faktor til om endringsprosesser foregår uten komplikasjoner eller ikke.

Motstand mot endring kan ha mange årsaker; frykt for det ukjente, brudd på en psykologisk kontrakt, tap av identitet, symbolsk orden endres, maktforhold endres, krav om nyinvesteringer, dobbeltarbeid i en periode, sosiale bånd brytes, kan forekomme utsikter til personlig tap eller det kan være eksterne aktører som ønsker stabilitet (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Alle endringer vil ha en følelsesmessig komponent knyttet til seg og ulike endringer vil skape ulike følelsesmessige reaksjoner og i mange tilfeller vil dette fremkalle psykologiske forsvarsmekanismer hos menneskene i organisasjonen (Jacobsen 2004).

2.3.6 Kommunikasjon i organisasjoner

I boken "Hvordan organisasjoner fungerer", defineres kommunikasjon i organisasjoner: "*som en kontinuerlig prosess hvor medlemmene opprettholder og forandrer organisasjonen gjennom å kommunisere med individer og grupper av mennesker både internt og eksternt*" (Jacobsen og Thorsvik 2007, s.250).

Å kommunisere innebærer at personer sender budskap gjennom ulike kanaler og dette budskapet er ment til å påvirke mottakeren. Johannessen og Olsen hevder i sin bok, at i overgangen til et globalisert kunnskapssamfunn, vil vi se store endringer i måten å kommunisere på. Under sammenslåing og etablering av nye større enheter, er det viktig å være oppmerksom på hvordan andre organisasjons kulturer kommuniserer for å kunne forstå og bli forstått (Johannessen og Olsen 2008).

"Hvis en mottaker ut fra sin forståelseshorison fortolker et budskap på en måte som er svært annerledes enn det en avsender i en kommunikasjonsprosess legger til grunn, vil det resultere i misforståelser som igjen kan ha mange uheldige konsekvenser"(Nordby 2009, s. 19).

I helsevesenet kan vi oppleve at personer med helsefaglig bakgrunn og økonomer har forskjellige forståelseshorisonter. Sykepleieren med sin helsefaglige bakgrunn, vil ofte ha en tankegang preget av sinnelagsetikk, med vekt på myke verdier som nærhet, empati og livskvalitet. Økonomen vil være mer preget av en konsekvensetisk tankegang, hvor konsekvenser kan knyttes til fenomener som kan telles eller måles. Uenighet og misforståelser kan oppstå fordi fenomener blir tolket ut fra forskjellige etiske ståsteder (Nordby 2009).

Organisasjoner er avhengige av at de ansatte arbeider sammen for å løse organisasjonens oppgaver. Ledelsen har en viktig informasjonsoppgave i å formidle hva organisasjonen står for. Informasjon om hvilke mål som skal realiseres, hvilke oppgaver de ansatte skal løse i fellesskap og hva som kreves av den enkelte ansatte. Samarbeid og koordinering omkring arbeidsoppgavene blir viktig og krever at informasjon blir kommunisert både mellom

gruppemedlemmer og mellom ledere og ansatte. Hvis kommunikasjonen fungerer dårlig, kan det føre til at utøvelsen av ledelse bli vanskelig, samarbeidet blir dårlig og føre til at medarbeiderne kan bli både frustrerte og demotiverte (Jacobsen og Thorsvik 2007).

”Kommunikasjon er en helt fundamental prosess i organisasjoner. Kommunikasjon er sentral i prosesser som konflikter og konfliktløsning, forhandlinger, rekruttering og assimilering, samarbeid i grupper og ellers, beslutningstaking, møtevirksomhet på ulike nivåer fra arbeidsgrupper til styre. Kort sagt, kommunikasjon er kanskje den enkelttingen det er viktigst å være god på, fordi den griper inn i alle andre prosesser” (Sætre 2009).

Psykologi, moderne språk og – bevissthetsfilosofi peker på fire kommunikasjonsbetingelser som må være tilstede for å oppnå god kommunikasjon (Nordby 2009).

1. Et felles språk der det knyttes felles forståelse om verbale og ikke verbale språklige uttrykk.
2. Oppmerksomhet, sender må nå frem til mottaker med det budskapet som ønskes kommunisert.
3. Assosiasjoner, misforståelser kan oppstå hvis mottaker tilskriver avsender andre oppfatninger enn det som var ment. Dette oppstår lett hvis partene har forskjellige forståelseshorisonter.
4. Holdninger og verdier, avsender kan ha andre holdninger og andre verdier enn mottager tror, og dette kan føre til misforståelser. Dette kan også assosieres med dobbeltkommunikasjon, der det ikke er samsvar mellom avsenders kroppsspråk og det som sies (Nordby 2009).

Som leder kan det være nyttig å klargjøre hva som er hensikten i kommunikasjonen. Intensjon er koblet til det vi ønsker skal bli resultatet av kommunikasjonen. Man kan velge å ha som grunnregel at det alltid ligger en positiv intensjon bak adferd (Johannesen og Olsen 2008). I kommunikasjons sammenheng blir det viktig å finne den positive intensjonen. Responsen må komme på det vi tror er den positive intensjonen bak adferden, og ikke på selve adferden. Målet er å forstå og forholde seg til adferd, uten at man trenger å være enig i selve adferden. Kommunikasjonsstrategi ved skille mellom intensjon og adferd er:

1. Anta at all adferd har en positiv intensjon
2. Å skille mellom de negative uttrykkene og den grunnleggende positive intensjonen.
3. Å identifisere og respondere på den positive intensjonen, og ikke på adferden.

4. Å alltid tilby den andre valgmuligheten, slik at den andre kan forstå sin egen positive intensjon uten at personen føler at han blir låst i sin egen atferd (Johannesen og Olsen 2008).

2.3.7 Formell og uformell kommunikasjon

Når medarbeidere møtes vil det alltid foregå uformell kommunikasjon. Forskning har vist at uformell kommunikasjon sprer informasjon raskere enn formell kommunikasjon, og det viser seg at underordnede har en tendens til å tro mer på den uformelle kommunikasjon enn formell kommunikasjon fra ledelsen (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Uformell kommunikasjon har både negative og positive effekter. Rykter kan spres, slik at de svekker arbeidsmoralen og skaper mistillit til både ledere og medarbeidere, samtidig som at rykter kan ha positiv effekt når de reduserer usikkerhet og skaper gruppetilhørighet.

Hvis ledere ikke gir saklig informasjon om hva som foregår, kan det føre til økt aktivitet av uformell kommunikasjon og ryktedannelse. Når medarbeidere føler seg velinformert og forstår de forhold som har betydning for dem, vil det dempe ryktespredning (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Kompleksitetsperspektivet peker på at det er viktig å være oppmerksom på den uformelle kommunikasjonen som foregår i en organisasjon. Stacey (2000) kritiserer systemtankegangen som tolkningsramme i menneskelige relasjoner, og hevder at organisasjonens virkelighet skapes i relasjoner og interaksjon mellom mennesker. Relasjoner skaper begrensninger og må sees på som maktrelasjoner. Samtaler i organisasjoner handler både om offisielle og uoffisielle tema (Johannesen 2005).

Stacey er opptatt av de uformelle foras betydning, han kaller dette skyggeorganisasjonen. Med dette menes uformelle sammenhenger hvor folk snakker sammen. I sykehuset er dette et kjent begrep, ”skylleromspraten”, som beskriver de uformelle samtalene som foregår rundt omkring på arbeidsplassen, som er en salig blanding av bemerkninger og analyser, sladder og kloke råd. Ofte blir dette sett på som noe negativt, en ukultur. Stacey forstår dette på en annen måte. Han understreker viktigheten av uformelle fora, her diskuteres saker som er viktige for folk, men som kan være vanskelig å si i formelle sammenhenger. Dokken sier at samtalene i skyggeorganisasjonen like gjerne kan bidra destruktivt som kreativt. Han sier videre at det som avgjør om vi har robuste relasjoner eller ikke, avhenger av om de tema som eksisterer i skyggeorganisasjonen kan bli brakt inn i legitime fora på konstruktivt vis. Det er først når

sakene kommer opp at det er mulig å kunne ordne opp, skape mening og avklare ting (Dokken 2008).

2.3.8 Ledelse av samhandlingskompetanse

I følge Johannessen og Olsen er vår samhandlingskompetanse bygget opp av kommunikasjon, påvirkning og erfaringsoverføring, dette er grunnleggende sosiale mekanismer som er knyttet til denne formen for kompetanse.

Når det gjelder kommunikasjonen tenker man her på det budskap som en person sender gjennom ulike kanaler, dette budskapet skal ha en viss påvirkning på mottakeren. I dag har man mange ulike kanaler for kommunikasjon, ny teknologi, nye måter å organisere oss på samt den økende endringstakten er noen av den utviklingen som har endret vår måte å kommunisere på i samfunnet de siste årene (Johannessen og Olsen 2008).

Organisasjoner som slås sammen og det faktum at enheter innenfor organisasjoner i dagens samfunn blir større fører til at vi er avhengig av ny kunnskap om kommunikasjon. Her er evnen til å lytte og formidle egne erfaringer videre en viktig del (Johannessen og Olsen 2008).

Relasjoner og ulike nettverk har blitt et viktigere tema i dag enn det var for en tid tilbake. Det å inneha ferdigheter i kommunikasjon og samhandling er en forutsetning for å fylle en profesjonell rolle og bygge relasjoner til mennesker rundt deg. I dagens sykehus har vi en sterkt økende grad av tverrfaglighet, samarbeid og ulike former for avhengighet, dette fører til et økende behov for kunnskap innenfor området samhandlingskompetanse.

Samhandlingskompetanse utvikles fordi menneskene kontinuerlig forsøker å tilpasse seg den omverdenen de til enhver tid er en del av (Johannessen og Olsen 2008). Utvikling av samhandlingskompetanse er læring av hvilke grenser for samhandling som eksisterer i den sammenheng vi til enhver tid befinner oss i. Vi lærer oss å kjenne de sammenhengene ved hjelp av kommunikasjon, påvirkning og erfaringsoverføring (Johannessen og Olsen 2008). Et viktig tema i samhandlingskompetanse er redselen for sosial avvisning, samhandlingskompetanse blir i denne sammenheng å hindre at noen kommer i en posisjon hvor de føler seg sosialt avviste. Videre er respekt, ansvar og verdighet viktige etiske aspekter ved samhandlingskompetansen og forventninger blir sett på som styrings- og kontrollmekanismer.

2.4 Oppsummering av teorikapittel

Gjennom dette kapitlet har vi presentert teori vi mener må ligge til grunn for å kunne analysere våre empiriske funn opp mot vårt forskningsspørsmål. I kapittel 2.1 har vi tatt for oss hva som er spesielt med sykehuset som arena for ledelse. Med bakgrunn i lovkrav og ledelsesteori har vi sett på rammene rundt ledelse i sykehus. Fag og ledelse har tradisjonelt vært tett knyttet sammen i helsevesenet, dette preger oppbygging og struktur. Strukturen i sykehuset er i endring og preges i dag av en mer horisontal organisering, dette har ført til endringer i mellomlederens rolle og ansvarsområde.

I kapittel 2.2 har vi tatt for oss endring og endringsledelse. Endringer i organisasjoner som sykehuset kan være av ulik karakter, fra små og ubetydelige til store og omfattende endringer som får konsekvenser for den enkeltes arbeidshverdag. For å kunne belyse dette har vi presentert teori om ulike endringsprosesser og måter å tenke endringsstrategi, og vi har sett på teori om ledelse av endringsprosesser.

I kapittel 2.3 kommer vi inn på hvilke forutsetninger mellomlederen har for ledelse i store endringsprosesser. Mellomlederens motivasjon og personlige egenskaper blir av betydning for arbeidet med arbeidsmiljø og trivsel. I endringsprosessene vil man oppleve motstand mot endring, i denne sammenhengen blir det viktig å sette klare mål. Kommunikasjon er viktig i endringsprosesser. Å snakke samme språk og ha samme forståelseshorisont blir vesentlig når ulike profesjoner og kulturer skal samarbeide mot felles mål. Måten vi kommuniserer på har betydning for hvordan vi blir oppfattet og hvordan vi når frem. Det må i tillegg rettes oppmerksomhet mot den uformelle kommunikasjonen som foregår i organisasjonen. Det er viktig å kunne kommunisere for å samhandle godt.

3 Metode og design

3.1 Innledning

Å beskrive mellomlederens rolle i endringsprosesser i en sykehus avdeling kan gjøres på flere måter, alt etter hva det er man ønsker å ha fokus på i denne prosessen. I dette kapitlet skal vi belyse hvordan vi har valgt å gjøre det i denne oppgaven. Av de mange ulike måten man kan gå frem for å studere mellomlederens rolle i endringsprosesser falt valget vårt på ett kvalitativt design.

Ved bruk av metodelære følger man en planlagt måte å samle inn data eller empiri på. Denne empirien skal beskrive den virkeligheten man ønsker å undersøke. En empirisk forsker har strenge krav til måten han innhenter empirien sin på hvis han skal ha belegg for å hevde sine konklusjoner offentlig. Forskingen må være systematisk, grundig og den må være preget av åpenhet (Johannessen m.fl. 2008).

Objektivitet er ett av de viktigste trekkene hos forskere, dette kan være vanskelig fordi forskerne ofte deltar i det samfunnet de forsker på (Johannessen m.fl 2008). Siden vi som skriver denne oppgaven er ansatt ved det ene sykehuset vi skal studere, er vi helt klart en deltaker i dette samfunnet. Dette vil gjøre vår forskerrolle forskjellig fra en utenforstående. Vi vil muligens ha en mer virkelighetsnær oppfatning av hvordan organisasjonen fungerer. Dette kan være både positivt og negativt for vår tolkning av funnene vi kommer frem til. Vår tolkning vil være subjektiv og vil være preget av at vi har førstehåndskunnskap om organisasjonen som vi studerer. I tillegg vil vår analyse være preget av vår oppfatning av respondentenes svar. Siden antallet respondenter kun er fem, vil ikke våre funn kunne generaliseres, men kun være representativt for de vi har intervjuet. Johannessen m.fl sier også at samfunnsforskeren studerer mennesker som kommuniserer tilbake og som også tolker sin egen hverdag, dette har konsekvenser for hvordan forskeren skal gjøre sine undersøkelser og hvordan han i ettertid skal tolke resultatene han kom frem til.

3.2 Forskningsdesign

I startfasen av et studie er det mange valg som må gjøres, man må ta stilling til hva, hvem og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. Dette betegnes som design i forskningen (Johannessen m.fl 2008). Man må også tenke på hvilket tidsperspektiv man har, hvilket utvalg man skal velge og hva slags data som skal samles inn.

3.2.1 Casedesign

I følge Johannessen m.fl 2008 kommer ordet case fra latin casus som betyr ”tilfelle”. Et casedesign kan være flere ting; både studieobjekt og en forskningsdesign. I vår oppgave bruker vi to studieobjekter som bakgrunn for vårt prosjekt. Et studieobjekt kan være et program, en aktivitet, et individ eller som i vårt tilfelle; et sammensatt system som jo både NLSH HF og UNN HF er. Vi skal i tillegg se på bestemte hendelser og roller i dette sammensatte systemet, og det kan også i seg selv være ett eget case(Johannessen m.fl 2008).

Robert K. Yin sier at fem komponenter er viktige ved utførelsen av ett casedesign:

1. *Forskningsspørsmål*

Her er det best å bruke ”hvordan” eller ”hvorfor” spørsmål.

2. *Teoretiske antakelser*

Forskeren gjør seg noen antagelser om svar på sitt forskningsspørsmål før han starter på resten av prosessen.

3. *Analyseenheter*

Hvem eller hva skal man studere. For eksempel individer eller ulike sosiale settinger.

4. *Den logiske sammenhengen mellom data og antagelsene*

Hvordan skal vi analysere dataene når de er samlet inn

5. *Kriterium for å tolke funnene*

Her skal man tolke de funnene man gjør opp mot eksisterende teori på området (Johannessen m.fl 2008).

3.3 Kvalitativ forskningsmetode

Samfunnsvitenskapen har ett skille mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative metodelæren henter mye fra naturvitenskapelig metode, men er også tilpasset det faktum at det er mennesker og menneskelige fenomener som studeres. Ett skille mellom kvalitativ og

kvantitativ metode er at den kvantitative metoden opererer med tall og vektlegger opptelling og utbredelse av fenomenet man studerer, mens den kvalitative fokuserer på tekst og legger vekt på fortolkning av data (Johannessen m.fl.2008).

Den kvalitative metoden, som er den som vi har valgt til vår oppgave, er empiri i form av ord. Den empirien vi velger å bruke kan komme fra forskjellige kilder og noe av den eksisterer bare fordi vi har samlet den inn. Denne typen undersøkelser kalles derfor empiribaserte kvalitative undersøkelser (Johannessen m.fl 2008).

Data innsamlingen kan gjøres på to ulike måter. Enten gjennom observasjon, hvor forskeren bruker sine egne sanseinntrykk av handlinger og samhandling i konkrete situasjoner. Eller gjennom intervjuer hvor dataene bygger på respondenten sier i samtale med forskeren (Johannessen m.fl 2008). I vår oppgave bruker vi i første hånd intervjuer, men vår oppgave vil også bære preg av den kunnskapen vi har gjennom vår erfaring fra sykehuset. Vårt ståsted vil påvirke analysen og vår tolkning av data. Dette vil føre til at vår oppgave vil få ett mer nært forhold til virkeligheten enn hvis vi hadde valgt oss ut sykehus som vi ikke er ansatt ved, eller en helt annen type organisasjon og studere store endringsprosesser i.

I følge Johannessen m.fl 2008 kan man ha fire ulike feltroller:

	Skjult	Åpen
Deltaker	Fullstendig deltaker	Observerende deltaker
Ikke deltaker	Ren observatør	Tilstedeværende observatør

Tabell 5 En typologi over feltroller (Johannessen m.fl 2008 s.130)

3.3.1 Forskningsprosessen

Forskningsprosessen går som oftest over flere faser. Forskeren gjør forberedelser, hun foretar datainnsamling, hun analyserer dataen og til slutt lages det en rapport over funnene man har gjort. Som forberedelse til vår undersøkelse gikk vi gjennom relevant litteratur for vårt emne, vi skrev ett foreløpig teorikapittel til oppgaven og vi utarbeidet en intervjuguide som vi skulle benytte under intervjuene. I tillegg til litteratur om blant annet endring, ledelse, roller,

kommunikasjon, makt og mellomledere har vi funnet informasjon om de to sykehusene vi skal bruke som eksempler i oppgaven vår. Både oppdragsdokument, spesialisthelsetjenesteloven og ulike styrevedtak er brukt i oppgaven for å belyse vår problemstilling.

Intervjuene ble foretatt over 2 uker. 3 av de ble gjort ved Nordlandssykehuset Bodø og to ved Universitetssykehuset i Tromsø. Etter at intervjumaterialet var samlet inn gikk vi i gang med transkribering og bearbeidelse av innsamlet data. Vi måtte så gå tilbake å vurdere teorigrunlaget vårt på nytt ut fra de funnene vi kom frem til. Analysen av innsamlet materiale var den avsluttende delen av oppgaven.

3.3.2 Forskerrollen

En kvalitativ studie involverer forskeren på en helt annen måte enn en kvantitativ studie vil gjøre. Det kvalitative studie har en mye større grad av forsker involvering enn det kvantitative når det gjelder innsamling av dataene. Feltarbeideren oppholder seg over en periode der hvor dataene hentes fra (Aase 2007). Å observere innebærer at forskeren er tilstede i situasjoner som er relevante for studien man skal gjøre (Johannessen m.fl. 2008). Ofte velger man ut en del av en organisasjon som man ønsker å studere fordi det å studere hele organisasjoner vil være for omfattende. Vi har valgt å se på mellomlederens rolle. Siden en av oss er nettopp mellomledere i den ene institusjonen vi skal undersøke og den andre jobber ved sammen institusjon og har fått med seg deler av den prosessen vi skal studere, vil vi ut fra Johannessen m.fl. karakterisere oss som en observerende deltager. En observerende deltager er en type felt rolle, forskeren er her en del av det miljøet som studeres, og han eller hun deltar i den ordinære samhandling mellom aktørene. Vi er ikke ute i feltet for å observere og ta notater om det vi har observert, men i oppgavens analysedel vil vi også bruke våre egne erfaringer fra endringsprosesser i sykehus og derfor kaller vi oss også observerende deltagere. Vi erkjenner med dette å ha et studie felt som er bevegelig og det er viktig at vi er bevist den medformende kraft vi har når vi skal analysere materialet vi har samlet inn (Aase 2007)

3.3.3 Forskerens etiske ansvar

Etikk begrenser seg ikke til feltarbeidet, men omfatter hele forskningsprosessen. Når man intervjuer mennesker kommer man nært innpå deres tanker og følelser. Det er viktig at forskeren behandler disse tankene og følelsene med aktsomhet. Informantene skal være

anonyme og deltagelsen skal være frivillig. Vi opplyste våre respondenter om dette både før, under og etter intervjuet, slik at de hadde mulighet til å trekke seg hvis de måtte ønske dette.

I tillegg til det etiske ansvaret som forskeren har overfor sine intervjuobjekter, står vi også i et dilemma når det gjelder å forske ved egen arbeidsplass. Fordi vi bruker av våre egne erfaringer i analysen av det innsamlede materialet har vi vært skjulte observatører i sykehuset i flere år uten å være klar over det selv. Gjennom vårt arbeid med endring i vår avdeling kommer mange av de erfaringene som vi vil bruke senere i vår oppgave. Det er viktig for oss å være klar over at vårt grunnlag vil farge både vår utforming av intervjuguide, våre forventninger og vår tolkning av respondentenes svar. Det er vår subjektive oppfatning som kommer til uttrykk når vi legger til grunn våre egne erfaringer.

3.4 Datainnsamling

Når man skal samle inn data til forskningsprosjekter er det mange måter dette kan gjøres på. I dette kapitlet skal vi beskrive hvordan vi valgte respondenter, hvordan vi rekrutterte respondenter og vi vil legge frem en kort intervjustatistikk.

3.4.1 Valg av respondenter

Når man velger å benytte seg av kvalitativ metode er målet som oftest å komme inn på de personene som man mener tilhører den fokus gruppen vi er interessert å vite noe om: man ønsker å få mest mulig informasjon om et begrenset antall respondenter (Johannessen m.fl 2008). Når man skal velge disse respondentene må man tenke nøye gjennom hvilken utvalgsstørrelse man skal ha, hvilken utvalgsstrategi man skal bruke og hvordan disse personene skal rekrutteres. Dette er viktig fordi prosessen har stor innflytelse på analysen av dataene og utvalget sier også noe om hvilke konklusjoner man kan trekke av materialet i ettertid (Johannessen m.fl 2008).

Respondent eller informant: Informanter er personer med god kunnskap om fenomenet, men som ikke selv representerer dette. Hvis en person har direkte kjennskap til det som skal studeres og han eller hun selv har deltatt i hendelsene, blir de betraktet som respondenter (Jacobsen 2005). Vi vil ut fra denne definisjonen betegne våre intervjuobjekter som respondenter.

Det kan være vanskelig å avgjøre hva som er ett stort nok antall respondenter, noen hevder at man har nok respondenter når man ikke får mer ny informasjon ved intervjuene (Johannessen m.fl 2008). Ved studentarbeider som vårt er, har man også begrenset med tid til rådighet og dette kan hemme utvalgsstørrelsen når det gjelder kvalitative undersøkelser.

Ved kvalitative undersøkelser velges utvalget sjeldent tilfeldig, da dette som oftest er lite hensiktsmessig. Her foretas strategiske valg, forskeren velger selv ut målgruppen han ønsker informasjon fra ut fra hensiktsmessighet (Johannessen m.fl 2008). Dette kan gjøres på flere måter.

Når vi valgte å studere endringsprosesser i NLSH HF og UNN HF var dette et bekvemmelighetsutvalg. Dette er et vanlig valg for forskere å ta og dette gjøres fordi det er enklest og mest bekvemmelige.

Det er mange ulike måter å rekruttere respondenter på; man kan blant annet bruke ulike registre, annonsere eller foreta personlig rekruttering.

Vi har valgt å rekruttere respondenter gjennom å kontakte deres kliniksjefer på e-post. Disse kliniksjeferne har så fått fremlagt hvilke type roller eller stillinger vi er ute etter å intervju, så har kliniksjeferne plukket ut aktuelle personer og formidlet kontakt for oss. Vi hadde kun kontakt med respondentene per e-post i forkant av intervjuene.

Ved ett tilfelle måtte vi velge en leder som satt ett ledd høyere opp en vi hadde planlagt fordi den som satt i den stillingen vi ønsket å snakke med akkurat hadde blitt tilsatt i jobben og hadde ingen kunnskap om den prosessen vi ønsket å intervju hen eller henne om. Derfor valgte vi å gå til den nærmeste lederen, som det viste seg i ettertid at hadde vært like mye involvert i den prosessen vi ønsket å studere som de andre vi har intervjuet.

Respondent	Intervjudato	Varighet
1	11.mars	38 min
2	17.mars	54 min
3	17.mars	50 min
4	25. mars	43 min
5	25.mars	1 time

Tabell 6 Skisse over intervjuene

3.5 Kvalitativt intervju

Det avhenger av forskningsspørsmålet hva slags informasjon som skal samles inn under de kvalitative intervjuene. Forskningsspørsmålet kan være beskrivende, fortolkende eller teoretisk. Hensikten med intervjuet er å få frem beskrivelser av respondentens hverdagsverden, for så å fortolke hva det er han eller hun beskriver (Johannessen m.fl 2008).

Det kvalitative forskningsintervjuet karakteriseres av Steinar Kvale som en samtale med en struktur og et mål (Johannessen m.fl 2008). De to partene er ikke likestilt i samtalen, og hva slags informasjon som kommer frem er avhengig av spørsmålene som blir stilt.

Ett kvalitativt intervju kan være strukturert, delvis strukturert, ustrukturert, ha faste svar alternativer eller gjennomføres som gruppeintervju. Til forskjell fra kvantitative spørreskjemaer er spørsmålene i kvalitative intervjuer alltid åpne uansett hvilken struktur man bruker. Respondenten står fritt til å svare hva han eller hun ønsker og forskeren har derfor mindre innflytelse på svarene han får (Johannessen m.fl 2008).

De semistrukturerte eller delvis strukturerte intervjuene kan også kalles intervjuer basert på en intervjuguide. Intervjuguiden er ikke det samme som et spørreskjema, her har forskeren på forhånd valgt ut ulike temaer som skal gjennomgås, disse temaene bygger på forskningsspørsmålet. Intervjuguiden kan bygges opp med en innledning, fakta spørsmål, kompliserte og sensitive spørsmål, før man avrunder med noen avsluttende spørsmål. Vår intervju forespørsel og intervjuguide ligger som vedlegg 3 og 4.

Et intervju kan dokumenteres på ulike måter, det er mest vanlig å bruke båndopptager, diktafon, videokamera eller gjøre skriftlige notater.

3.6 Kvalitativ dataanalyse

Det kan være vanskelig å få noe fornuftig ut fra store mengder data som er samlet inn ved hjelp av et kvalitativt intervju. Man har store mengder ustrukturerte data og det er derfor viktig å redusere informasjonsmengden slik at det går an å få oversikt nok til å begynne å jobbe med den (Johannessen m.fl. 2008).

Dataanalysen har to hensikter:

Tematisering og organisering av data

Her skal man redusere, systematisere og ordner materialet slik at det blir håndterlig, uten at man mister viktig informasjon i prosessen.

Analyse og tolkning

Her skal man finne viktige elementer i materialet man har fått. Vi skal altså analysere og tolke og utvikle perspektiver på den informasjonen som kom frem i intervjuet (Johannessen m.fl 2008).

De kvalitative datamaterialet kan deles organiseres på tre ulike måter;

Tverrsnittsbasert og kategorisk inndeling av data; betyr å konstruere et system for å indeksere, det vil si å sette merkelapper slik at vi kan identifisere og finne igjen spesielle temaer i materialet. Kontekstuell dataorganisering; her er man ikke opptatt av å se på hele datamaterialet, men velger seg heller ut deler, kontekster eller caser som man vil studere nærmere. Bruk av diagrammer og tabeller; disse kan brukes på egenhånd eller som hjelp til å underbygge tverrsnittsbasert og kontekstuell organisering.

De ulike metodene støtter ulike måter å forklare den sosiale virkelighet på (Johannessen m.fl 2008).

Data skapes gjennom en fortolkende prosess. I følge Aase (2007) fremkommer data ved at de enkelte observasjonene blir plassert i de respektive kategoriene som forskeren mener de ”hører hjemme i”. Vi har valgt å klassifisere våre data etter vårt teorigrunnlag som er presentert i kapittel to. En del funn kan gjerne høre hjemme i flere kategorier, da våre temaer er nøye knyttet til hverandre. Det altså vi som kategoriserer de data vi har funnet og dette vil derfor bære preg av vår subjektive oppfatning av hvor de enkelte funn hører hjemme.

Som tidligere nevnt under kapittelet om casesdesign sier Yin at analysen av data foregår i fase fire. Han har to ulike analysestrategier: analyse baser på teoretiske antagelser og analyse ved hjelp av beskrivende casestudier.

Ved analyse basert på teoretiske antagelser følger forskeren de teoretiske antagelsene han eller hun hadde skissert opp i begynnelsen av prosjektet. Disse antagelsene er bestemmende

for analyseprosessen videre. Man kan bruke *mønstermatching*, som vil si å se etter sammenhenger og mening og søke etter mønster som passer sammen. Yin sier at hvis empirisk baser mønster passer sammen med et forutsagt mønster har vi høy grad av mønstermatching. *Forklaringskjeder* bygger opp en teoretisk forklaring rundt casen. *Tidsserieanalyse* gjøres ved å analysere data i forhold til enkle, komplekse eller kronologiske tidsperioder (Johannessen m.fl 2008).

Ved å analysere data ved hjelp av en utvikling av casebeskrivelse vil forskeren fremheve de data som best beskriver en case. Dette for å få frem kompleksiteten og mangfoldet i casen.

I den siste fasen av analysen er studiens utgangspunkt avgjørende, her finner vi de ulike kriteriene for å tolke funnene. En analyse basert på teoretisk antagelse har som formål å utvikle en ny teori, mens et utgangspunkt med casebeskrivelse har som formål å komme opp med en beskrivelse av en person, en gruppe, hendelse, prosess eller liknende gjennom utvikling av blant annet typologier og historier.

Når vi skulle starte intervjuprosessen, tok vi først kontakt med de ulike klinikksjefene ved avdelingene hvor vi ønsket å finne respondenter. Vi forklarte hva oppgaven vår gikk ut på i korte trekk og forklarte hvilke personer/roller vi var ute etter å intervju. Vi ønsket så tillatelse til å gjennomføre disse intervjuene, samt at klinikksjefen henviste oss videre til aktuelle kandidater.

Alle klinikksjefene svarte ganske umiddelbart på henvendelsen, de var positive til forespørselen og gav oss navn på mellomledere vi kunne kontakte. En av mellomlederne vi kontaktet ved UNN fikk vi aldri svar fra, så da kontaktet vi en ny, hun var positiv til forespørselen og vi avtalte intervju to uker senere. Alle intervjuer ble foretatt ved respondentens arbeidsplass, de ble tatt opp på digital båndopptaker og senere transkribert. Alle intervjuer er i dag slettet. Vi har også vært nøye med å anonymisere alle data, ingen verken personer, klinikker eller avdelinger er nevnt ved navn og fordi respondenten ikke vil kunne gjenkjennes har de ikke lest gjennom intervjuet i ettertid.

3.7 Styrker og svakheter ved forskningsdesignet

3.7.1 Validitet

Validitet i kvalitativ forskning går ut på om forskeren har fått funn som reflekterer problemstillingen hun utforsker (Johannessen m.fl 2008). For å styrke vår validitet koblet vi teoriguide til teori og erfaring. Vi koblet også vår nærhet til feltet sammen med vår datainnsamling ved å velge respondenter som også sitter nært feltet. I ettertid ser vi at det kunne vært hensiktsmessig å gjort et prøveintervju for å finne ut om intervjuguiden var godt nok formulert. Vi gjorde noen små justeringer i spørsmålene underveis for å få svar på det vi ønsket.

3.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet er et spørsmål om nøyaktighet og om man kan kontrollere selve undersøkelsen, presentasjonen og tolkningen av resultatet. Dette vil være vanskelig når man har gjennomført ett kvalitativt intervju slik som vi har gjort. Ifølge Johannessen m.fl vil det være så å si umulig for en annen forsker å duplisere en annen forsker sin kvalitative forskning. Observasjonen vi gjør og tolkningen vi foretar er bygget på vår egen erfaring og denne er unik for oss. For å styrke vår pålitelighet har vi forsøkt å gi en så god beskrivelse som mulig av vårt case og gjennom dette metode kapitlet forsøkt å redegjøre for hvordan vi har gått frem.

Vår tolkning av intervjuene vil på enkelte områder være farget av vår bakgrunnskunnskap og den rollen vi har sittet i, men vi har forsøkt å være bevisste på vår rolle som forskere. Det er mye positivt ved å forske i egen organisasjon, men til tider kan det være vanskelig å ikke legge sin egen forståelse av problemene som oppstår til grunn når man skal analysere. Det er også viktig at også respondenten tolker spørsmålene vi stiller han eller henne og det er ikke sikkert den tolkningen er lik vår mening med spørsmålet. Hvis denne studien skulle vært gyldig og generaliserbar, måtte vi både hatt flere respondenter og vi måtte intervjuet mellomledere ved organisasjoner som vi ikke har forkunnskap om når vi starter studien.

4 Empiri

4.1 Innledning

I dette kapitlet vil vi legge frem våre empiriske data. Først presenteres sykehuset og mellomlederen som forskningsfelt. Vår problemstilling, vår bakgrunn og vår metodiske tilnærming i forbindelse med våre kvalitative intervjuer er beskrevet i kapittel 3. Kapittel 2, danner basis for utvelgelsen av relevant informasjon fra respondentene. Informasjonen vi har trukket ut er organisert i fem underkapitler hvor vi presenterer våre viktigste funn. Til slutt i kapitlet har vi en oppsummering av disse hovedfunn.

4.2 Sykehusene som forskningsfelt

Sykehusene handler på bestilling fra Helse-Nord RHF. Gjennom oppdragsdokument 2010 gir Helse Nord RHF sin bestilling til helseforetakene ut fra de prioriteringer og økonomiske rammer staten har gitt.

”Helse Nord RHF skal sørge for en spesialisthelsetjeneste i Nord Norge som ivaretar de overordnede verdier om kvalitet, trygghet og respekt og med god tilgjengelighet. Verdigrunnlaget skal være synlig i styrende dokumenter og brukes aktivt i oppøvelsen av etisk refleksjon som styringsredskap. Prosjekt Verdibasert Hverdag skal bidra til å bygge en felles organisasjonskultur gjennom økt oppmerksomhet om verdier og etikk” (Foreløpig oppdragsdokument 2010).

Det er utarbeidet etiske retningslinjer som gjelder for alle ansatte i helseforetakene i Helse Nord og Helse Nord RHF. Målet med dette er at alle ansatte skal bli bevisst sitt etiske ansvar. Dette er ikke detaljerte regler, men en overordnet rettesnor for den enkelte ansatt.

Helse Nord har trygghet, kvalitet og respekt som sine nedfelte verdier. Målet er å kunne *”levere de helsetjenester innbyggerne har behov og krav på, uansett egen økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn, til riktig tid og med riktig kvalitet, kompetanse og effektivitet.”* Videre sies det *”tillit og troverdighet er viktig for oss og våre brukere.”*, *”Helse Nord skal være et arbeidsfellesskap der medarbeidere lojalt bidrar til virksomhetens visjoner, mål og verdier, har meningsfulle oppgaver og opplever personlig vekst og utvikling.*

Vi skal sammen skape en helsetjeneste vi kan være stolte av og som er respektert av andre”
(nettsider helse nord).

Helse Nord fremhever verdiene kvalitet, trygghet og respekt. Dette bygger på verdigrunnlaget Helseforetaks reformen 2002 fremmet. Gjennom prosjektet verdibasert hverdag (oppdragsdokument 2010) som skal gjennomføres i perioden 2009-2011, er intensjonen å skape et forhold mellom de ansatte, lederne og organisasjonen med verdigrunnlaget som felles utgangspunkt. (Helse Nord nettside) Prosjektet har valgt verdibasert ledelse, medarbeiderskap og organisasjonen/arbeidsplassen som prosjektets fokusområder. Lederkompetanse på alle nivå skal bygges for å sikre helhetlig ledelse. Det skal være fokus på verdibasert ledelse og det skal utvikles lederutviklingsprogram i tråd med prosjekt verdibasert hverdag.

Det stilles krav til kvalitet og prioritering. Implementering av nye prioriteringsveiledere er viktige verktøy både for å ivareta pasientens rettigheter og frister for behandling.

Det er krav til økt aktivitet ved å spesifisere antall DRG- opphold som skal utføres innenfor hvert helseforetak Ny kompetanse implementeres og utvikles på en rekke områder. Det er nødvendig å styrke kompetanseoppbyggingen i Helseforetakene i årene fremover. Personalet har behov for både vedlikehold og utvikling av kompetansen. Det stilles også krav om utvikling av strategisk kompetanseplan for 2010.

Det er vedtatt i styret at Helse Nord RHF skal gå med overskudd på totalt 195 millioner kroner i 2010 for å sikre fremtidige investeringer, av dette har NLSH HF krav om å levere et regnskapsmessig overskudd på 32 mill og UNN HF skal levere et regnskapsmessig overskudd på 10 mill.

Foreløpig Oppdragsdokument for 2010 sier at de vedtatte tilpasningskrav i liten grad skal berøre tjenestetilbudet, men det forventes at gjennomføring av resterende del av tiltaksplan vil få konsekvenser for tilbudet til pasientene. Dette krever riktig prioritering i pasientbehandlingen. Jamfør pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Prioritering skal ivaretas ved omstilling og skal skje i samarbeid med vernetjenesten, de ansatte og brukerne. For å sikre gjennomføringskraft for de oppdrag og mål som skisseres, må overordnet risikostyring, intern kontroll og arbeidet med omstilling følges opp i alle ledd i helseforetaket. Samhandling mellom fag, organisasjon og økonomi skal ivaretas. Nasjonale og

regionale prioriteringer skal ivaretas ved omstilling. Omstilling er naturlig og nødvendig for å kunne utvikle og forbedre helsetilbudet.

Dette som her er beskrevet, viser at sykehusene styres av mange ulike krav og forventninger fra myndigheter, befolkning og ansatte. Mellomlederen sitter midt oppe i disse kravene og må forholde seg til disse hver eneste dag. Kravene er formulert i oppdragsdokument, budsjett, retningslinjer og verdigrunnlag.

4.3 Mellomlederen som forskningsfokus

I sykehuset har det tradisjonelt vært en sykepleier med lang fartstid fra avdelingen, ofte uten formell lederkompetanse, som har bekledd stillingen som avdelingssykepleier. Gjennom flere omstillingsprosesser og ledelsesmodeller har avdelingssykepleierens oppgaver og ansvarsområde endret seg. Tidligere lå hovedvekten på rent administrative oppgaver som å skaffe vakter og å påse at driften gikk forsvarlig, i tillegg til arbeidet med pasientene. Dagens mellomleder har ofte ansvar for fag, personalledelse og økonomi, og er i liten grad ansvarlig for pasientrettet arbeid.

Da NLSH omorganiserte til klinikkmodell fra høsten 2009, ble tittelen endret fra avdelingssykepleier til enhetsleder. En profesjonsnøytral tittel, selv om de fleste av dagens enhetsledere er sykepleiere. Mange med videreutdanning innen sykepleie og flere har ulike lederutdanninger i tillegg. En endring av tittel gir åpning for at også andre profesjoner kan bekle denne stillingen. UNN har valgt å beholde avdelingssykepleiertittelen etter omleggingen til klinikkmodell, men her fant vi også varianter som seksjonsleder og seksjonssykepleier.

Organisering er forskjellig innenfor begge sykehusene, med varianter som er mer eller mindre hierarkisk oppbygd, tilsynelatende uavhengig av størrelsen på den enkelte klinikken. De fleste klinikkene er organisert med en tredelt ledelse, med klinikkjef, avdelingsleder og enhetsleder. Enhetsledere/avdelingssykepleierne i disse klinikkene, er underlagt avdelingsleder når det gjelder rapportering, og sitter ikke i klinikkjefens ledergruppe. Vi fant en klinikk som hadde løst dette annerledes og hadde fire lederledd. De hadde valgt å beholde den tradisjonelle organiseringen med avdelingssykepleier som rapporterte til oversykepleier og overlege. I tillegg er det satt inn et nytt ledd med avdelingsleder, som igjen er underlagt

klinikkssjef. Andre klinikker hadde en flatere struktur med kun to ledd, der enhetsleder er direkte underlagt klinikkssjef, og sitter i klinikkssjefens ledergruppe.

Det er utarbeidet stillingsinstrukser på begge sykehusene for enhetsleder/avdelingssykepleier etter maler utformet av personalavdeling. På bakgrunn av dette har de ulike klinikkene utarbeidet stillingsinstrukser tilpasset lokale behov. Stillingsinstruksen gir retningslinjer for organisasjonsmessig plassering og kompetansekrav, den sier noe om stillingens formål, ansvar og myndighetsområde. Den gir også retning for økonomi og driftsansvar, personalansvar og samarbeidsforhold både innad i klinikken og utad. Instruksen gir i tillegg kriterier for vurdering av jobboppgjør. Vi har brukt stillingsinstruks fra den enheten vi tilhører som eksempel på hvilke oppgaver og ansvar som kan være tillagt stillingen som enhetsleder eller avdelingssykepleier (se vedlegg nr.5). Her legges det vekt på at enhetslederen/avdelingssykepleieren er ansvarlig for at det skjer kontinuerlig utvikling av faglige og administrative standarder innenfor eget ansvarsområde og er ansvarlig for at tilgjengelige ressurser disponeres hensiktsmessig. Enhetslederen/avdelingssykepleieren er ansvarlig for planlegging og samordning, dette betyr ansvar for effektiv og økonomisk bruk av personell, lokaler og utstyr internt i enheten og på tvers i klinikken. Enhetslederen er ansvarlig for å motivere personalet i henhold til klinikkens målsetning, og bidra til et positivt samarbeidsklima både internt i egen enhet og på tvers innen klinikken. Enhetsleder er i tillegg ansvarlig for at økonomien holdes innenfor budsjettets rammer og han eller hun har ansvar for rekruttering og ansettelser av personale innen egen enhet i henhold til enhetens kompetansebehov (Org.plan K/B klinikk NLSH). Dette viser oss at de ulike enhetslederne har mange oppgaver og ansvar. Stillingen som enhetsleder er både kompleks og sammensatt, og man har et stort ansvar overfor mange mennesker. Den enkelte enhetsleder trenger stor kompetanse på mange ulike felt for å kunne utføre sine arbeidsoppgaver på en god måte. Med både fag-, personell- og økonomiansvar trenger enhetslederen mange ben å stå på for å utføre sin jobb.

4.4 Intervjuer

Begge sykehusene vi studerer i denne oppgaven har gjennomgått store endringsprosesser de siste årene. Felles bakgrunn for disse prosessene er krav fra Helse Nord om bedre økonomisk styring og balanse i budsjett. Dette kommer i tillegg til et ønske om større effektivitet i pasientbehandlingen. Vi tok utgangspunkt i klinikkmodellen da vi intervjuet våre

respondenter. Våre respondenter gav imidlertid uttrykk for at de anser endringsprosessen i sykehuset som en kontinuerlig prosess, som verken har begynt eller endt med omleggingen til klinikkmodell.

I utgangspunktet skulle man tenke seg at omlegging til klinikkmodell innenfor det samme helseforetaket ville føre til en lik organisering av klinikkene. Dette viste seg ikke å være tilfelle. Ingen av de fem klinikkene vi studerte var likt organisert, selv ikke innen samme sykehus. Titler og ansvarsområder viste seg å være ulike. Alle våre respondenter hadde personalansvar for rundt 40 ansatte. I det følgende vil vi presentere klinikkene, respondentene og de viktigste funnene vi kom frem til gjennom våre intervjuer. Vi har organisert presentasjonen slik at vi starter med å presentere de ulike klinikkens organisering før vi går over på presentasjon av de ulike respondentene og deres erfaringer og bakgrunn. Så følger sykehuset som arena for ledelse. I neste kapittel kommer vi på inn temaer om endring og endringsledelse. Kommunikasjon og informasjon blir videre presentert før vi tilslutt kommer inn på de ulike forutsetninger for ledelse. I sammendraget oppsummerer vi våre fem hovedfunns.

4.4.1 Organisering

Klinikk 1 har klinikkssjef som øverste leder, klinikkssjef er lege og sitter i direktørens ledergruppe. Klinikken har assisterende klinikkssjef og to avdelingsledere. Avdelingsleder er sykepleier og er enhetsledernes nærmeste overordnede og avdelingslederen er også leder for legene i klinikken. Vår respondent er enhetsleder. Enhetslederne har tilknyttet seg en assisterende enhetsleder i 50 % stilling. Enhetslederen har personal og fagansvar for sin enhet. Respondent 1 har månedlige møter med avdelingsleder *”Det kan være vanskelig å nå frem til klinikkssjef når man hele tiden må gjennom avdelingsleder. Jeg kunne ønsket i enkelte saker å gå direkte til klinikkssjef eller assisterende klinikkssjef”* (Respondent 1).

Klinikken har hatt store innsparingskrav og har gjennomgått omfattende endringer. Dette har ført til sammenslåing av ulike avdelinger, endringer i kompetansebehov, nedbemanningsprosesser og oppsigelser. Endringsprosessene kom i gang før omlegging til klinikkmodell startet. *”Her var det meste gjort forut for klinikkdannelsen”* (Respondent 1). Vi valgte å ta utgangspunkt i den store omleggingen som skjedde før selve klinikkdannelsen kom til, fordi det var her de største konsekvensene viste seg å være.

Klinikk 2 har også klinikkssjefen som øverste leder. Avdelingen er ikke ferdig med siste omorganisering, og organisasjonskartet er derfor ikke helt klart. Slik som det ser ut i skrivende stund, har klinikkssjefen øverste ansvar, og rett under henne finner vi enhetsleder som igjen har en assisterende enhetsleder under seg. Her skal avdelinger slås sammen og tre enhetsledere skal bli til to. Klinikken blir til sammen også redusert med 10 senger. Det blir her ikke sagt opp personale, men flere stillinger har blitt holdt vakant i lengre tid for å unngå oppsigelser. Vår respondent er enhetsleder i klinikken, og hun har møter en gang i uken med klinikkssjefen og de andre enhetslederne. Respondenten syntes det er positivt å ha hyppig kontakt med klinikkssjefen.

Klinikk 3 har klinikkssjef som øverste leder, klinikkssjef er sykepleier og sitter i direktørens ledergruppe. Klinikkssjef har en rådgiver. Klinikken har 5 avdelingsledere, med ansvar for flere enheter. En er lege, en er merkantil leder og de øvrige er sykepleiere. Avdelingslederne er enhetsledernes nærmeste overordnede. Enhetslederne for sengeområdene har assisterende enhetsleder. Enhetsleder har personal, fag og økonomi ansvar for sin enhet. Vår respondent er enhetsleder, hun har ukentlig møter med andre enhetsledere i sengeområdet og månedlige møter med avdelingsleder. Enhetslederen har i denne klinikken ingen formelle møtepunkter med klinikkssjefen. Klinikken har gjennomgått omfattende endringer, med sammenslåing av enheter, endringer i kompetansebehov og reduksjon i sengetall. Endringsprosessene kom i gang før omlegging til klinikkmodell, og beskrives som en pågående kontinuerlig prosess. *”Det har vært en kontinuerlig prosess, nå er kortposten nedlagt, så fra i februar (2010) måtte vi organisere avdelingen på nytt”* (Respondent 3)

Klinikk 4 har klinikkssjef som øverste leder, klinikkssjef er lege og sitter i direktørens ledergruppe. Klinikkssjef har rådgiver, og klinikken har avdelingsleder. Klinikken har todelt ledelse på avdelingsnivå, med avdelingsoverlege og oversykepleier. Avdelingsleder er deres nærmeste overordnede. Klinikken har flere avdelinger med avdelingssykepleier som leder. Oversykepleier er avdelingssykepleierens nærmeste overordnede. Avdelingen vi studerte hadde to avdelingssykepleiere, og ingen assisterende avdelingssykepleier. Vår respondent var avdelingssykepleier. Avdelingen har teamledelse møte med avdelingsleder og oversykepleier, avdelingssykepleier har ikke noe formelt møtepunkt med klinikkssjefen. Avdelingssykepleier har personal og fagansvar i sin avdeling. Omlegging til klinikkmodell har i liten grad ført til endringer i denne avdelingen. Klinikken har gjennomført endringer med bakgrunn i

økonomiske innsparingskrav. Dette har ført til omlegging av drift, i første rekke større samarbeid i forhold til sambruk av ressurser. Det er etablert en ”klinikk kompetent pleiegruppe”, som skal sikre sambruk av personale og hindre bruk av eksternt innleie. ”Vi er ikke slått sammen med noen, vi var en stor avdeling i utgangspunktet, så vi er ikke slått sammen med noen andre avdelinger i denne omstillingen, så egentlig har det påvirket oss veldig lite.” (Respondent 4).

Klinikk 5 har ifølge organisasjonskartet klinikk sjefen øverst, så sitter det en avdelingsleder før seksjonslederen og til slutt har de en seksjonssykepleier som sitter nærmest de ansatte. Her er alle lederstillingene besatt av sykepleiere. Klinikken er delt inn i tre avdelinger. Vår respondent er seksjonsleder og har faste møter med klinikk sjef og avdelingsleder. Seksjonslederen har personal-, fag- og økonomiansvar for sin enhet.

Vi ser her at ingen av de fem klinikkene har lik organisering, de har mange likhetstrekk, men ingen er helt like, selv ikke innenfor det samme sykehuset. Respondent 1 trekker frem at en positiv ting med omorganiseringen til klinikkmodell har vært at ”Vi vet nå i alle fall hvilken struktur vi har, bare det er jo bra. Vi vet hvor linjene går.” (Respondent 1).

Alle våre respondenter har ulike grader av personal-, fag- og økonomiansvar, titlene de har er seksjonsleder, avdelingssykepleier og enhetsleder. I de ulike klinikkene er det også ulikt antall nivå, noen har fire, mens andre kun har to ledd av ledere. Det er også til dels store forskjeller på hvem som sitter i ledergruppe sammen og hvem som ikke gjør det. Klinikksjefene er både leger og sykepleiere, mens våre respondenter, som er den lederen som sitter nærmest de ansatte er alle sykepleiere. Ut fra dette ser vi at til tross for en omfattende omlegging til klinikkmodell, er alle de ulike klinikkene organisert forskjellig og de samme lederrollene har ulike titler. Dette kom svært overraskende på oss.

4.4.2 Respondentene

Respondent 1 var ferdig utdannet sykepleier i 2000, hun har formell lederutdanning og har vært leder for sin enhet i 2,5 år. Respondenten var ansatt ved avdelingen når hun søkte enhetslederstillingen og er derfor rekruttert fra egen arbeidsplass. ”Da jeg gikk på personalledelse og kompetanseutvikling, fant jeg ut at jeg hadde lyst til å prøve meg i en lederstilling. Jeg søkte jo bevisst på den” (Respondent 1). Hun deltar i liten grad i stell, men

hjelper til når det er behov for det. Respondenten sitter ikke i ledergruppe, men enhetsledere i klinikken har månedlige møter med avdelingsleder. Respondenten har avdelingsleder som sin nærmeste overordnede, og anser denne som sin viktigste støttespiller. Respondenten har personal og fagansvar, men ikke økonomiansvar og hennes leder betegnelse er enhetsleder.

Respondent 2 er enhetsleder og har jobbet ved enheten i 18 år, helt siden hun var ferdig med grunnutdanningen. Hun var assisterende avdelingssykepleier i enheten i ca 6 år før hun ble avdelingssykepleier for ca. 3 år siden, den gang ble hennes stilling endret fra assisterende avdelingssykepleier og til avdelingssykepleier, hun har ikke formell lederutdanning. Hun har aldri søkt på verken assisterende avdelingssykepleier eller avdelingssykepleier stillingen, de har blitt tilbudt henne før utlysning har funnet sted. Hun er derfor rekruttert fra egen avdeling. Etter omleggingen til klinikkmodell er hennes tittel blitt omgjort til enhetsleder. I enhetslederens stillingsinstruks er hun ikke tenkt å jobbe i pleien, men når det er økt press i avdelingen hjelper hun til. Gjennom intervjuet kommer det frem at hun flere ganger er igjen etter arbeidstid eller kommer inn på helg for å hjelpe til og støtte de ansatte når det er hektisk. *”Altså, er det ikke nok hender og føtter i avdelingen så går jeg ut å hjelper til og på en lørdag kan jeg godt sette meg opp på en vakt selv.”* Men *”Det er over 60 ansatte som jeg har ansvar for, så det meste av min tid går til den daglige driften av posten”* (Respondent 2).

Respondent 3 var ferdig utdannet sykepleier i 1981, har formell lederutdanning og har vært leder for sin enhet i 3 år. Respondenten er rekruttert utenfra, hun har ledererfaring fra andre avdelinger samt allsidig erfaring fra ulike sykepleierstillinger. I tillegg har respondenten videreutdanning i sykepleie. Respondenten deltar i liten grad i pleiemessig arbeid. Hun sitter ikke i ledergruppe, enhetslederne i klinikken har ukentlige møter med avdelingsleder. Respondenten deltar i KVAM utvalg og klinikkutvalg. Respondenten har avdelingsleder som sin nærmeste overordnede, og anser de andre enhetslederne i klinikken som sine nærmeste samarbeidspartnere. Hun har fag, personal og økonomi ansvar.

Respondent 4 var ferdig utdannet sykepleier i 2001, hun har formell lederutdanning og har vært leder for sin enhet i 5 år. Respondenten er rekruttert fra egen arbeidsplass. Respondenten deltar i stell og sengevask hvis det er behov, men det er ikke arbeidsoppgaver som ligger til stillingen. Klinikken er organisert med teamledelse, og respondenten siter i lederteam sammen

med avdelingsleder, oversykepleier, avdelingssykepleier og en representant for hjelpepleierne, lederteamet har månedlige møter. Respondenten har oversykepleier som sin nærmeste overordnede, og anser den sykepleiefaglige ledelsen i klinikken som sine nærmeste samarbeidspartnere. Respondenten har personal og fagansvar.

Respondent 5 er seksjonsleder og har ansvar for 35 stillinger og seksjonssykepleieren. Har jobbet ved avdelingen i 17 år og har vært ansatt som avdelingssykepleier ved avdelingen før han fikk jobben som seksjonsleder. Respondenten har vært sykepleier i 31 år og jobbet få år som sykepleier før han var avdelingssykepleier ved ulike institusjoner og til slutt ble ansatt ved enheten han nå jobber ved. Respondenten har ikke formell lederutdanning. I seksjonslederens stillingsinstruks er det ikke skrevet at han eller hun skal delta i pleien, men i sjeldne tilfeller ved for eksempel akutt mangel på personale hjelper han til.

På spørsmål om pasient rettet arbeid, svarer respondenten: *”Det spørres hvordan man definerer pasient rettet arbeid, men i liten grad går jeg inn på rommene. Kun i krise tilfeller”* (Respondent 5).

Respondentenes erfaringer og bakgrunn

Fire av respondentene var rekruttert fra egen avdeling, de opplevde både positive og negative sider ved det. De fleste mente at det var mest positivt, selv om de kom opp i situasjoner der det hadde vært tøft og vanskelig.

Respondent 1 opplevde å måtte si opp tidligere kollegaer, og hun syntes det hadde vært en tøff prosess å være i, - med omstilling og oppsigelser. Om lederrollen sier hun *” du går inn i en ny rolle, som du må være veldig bevisst, ja, det å gå fra å være kollega til leder”* (Respondent 1). Hun fikk coach i etterkant av prosessen, og en del av denne veiledningen gikk på hennes rolle som leder.

Respondent 2 hadde verken søkt jobben eller tenkt å søke stillingen, hun var assisterende avdelingssykepleier og fikk en SMS mens hun var på ferie; *”når du er tilbake er du avdelingssykepleier”* (Respondent 2). Om å være rekruttert fra egen avdeling sa hun at *”det kan være både en fordel og en ulempe at jeg kjenner de ansatte godt, samarbeidet er veldig godt, men det kan godt hende at avdelingen hadde vært tjent med noen utenfra”* (Respondent 2).

Respondent 4 syntes det hadde gått greit, og trekker frem fordelene av at hun kjenner avdelingen på godt og ondt. ”Jeg kjenner problemene som personalet står i til daglig” (Respondent 4). Kulturen i avdelingen tilsier at det tradisjonelt ” har vært rekruttert fra sykepleier staben og opp i lederstillinger, det er ganske vanlig her” (Respondent 4).

Respondent 3 var rekruttert utenfra, hun sier at ”Fordelene var jo at jeg kunne se ting med nye øyne, jeg var jo ikke opphengt i noe. Jeg kjente ingen og absolutt alt var nytt, ja jeg kom jo her med blanke ark. Ulempene var jo at jeg ikke kjente folk, nei, jeg kjente ingen på avdelingen, jeg kjente ikke pasientgruppene heller” (Respondent 3).

Flere av respondentene kom inn på dette med lojalitet og lojalitetskonflikt i endringsprosessene. Respondent 1 sa at ”jeg kom av og til i skvis i forhold til dette med lojalitet, ja og det med egne verdier, at en ikke alltid kan si alt, ja, sånne konflikter kom jeg i, men jeg vet hvor lojaliteten min må være, jeg fikk i alle fall lært det her i denne konflikten” (Respondent 1).

Respondent 5 sier at han ”kom i lojalitetskonflikt med de ansatte enkelte ganger, men ikke sånn at jeg har måttet gi meg på hva som helst uten å si i fra”. Han sier videre at ”Når en bestemmelse først er tatt, så må man som leder ta en avgjørelse, skal man være med eller ikke, og så må man gjøre det beste ut av det” (Respondent 5).

Respondent 1 sier at hun ser på det å være i en endringsprosess som en del av jobben, ”jeg synes det er spennende, å få det til, at vi når målene og at vi klarer å snu noe negativt til noe positivt. Vi har fått det slik vi ønsket det. Jeg synes det er både spennende og lærerikt å jobbe sånn. Jeg har ikke motstand mot endringer, de kan føre til positive ting” (Respondent 1). Det var motiverende for henne å se at avdelingen ville ha nytte av prosessen. Hun la vekt på at med å gå gjennom prosessen som medførte oppsigelser av flere hjelpepleiere ved hennes enhet, ville enheten få utnyttet kompetansen bedre, og at de faglig sett ville bli bedre rustet til å ivareta pasientene.

Respondent 2 trekker frem at hun alltid har trivdes i avdelingen og at hun har et helt fantastisk personale, for henne virker dette som en motivasjonsfaktor for å gjennomføre

endringsprosesser. Hun sier om sitt personale: *"De er helt fantastiske. Jeg blir aldri ferdig av å skryte av dem. De gir meg veldig mye"*(Respondent 2).

Respondent 4 synes endring er spennende, *"jeg må si at da føler jeg at verden går fremover"*(Respondent 4), hun sier at det er ikke alltid at endringer er til det bedre, *"som leder må du prøve å være positiv til endringer, hvis du er negativ, tror jeg at de som er under deg også blir negativ til endringer"* (Respondent 4).

Respondent 5 var litt mer tvilende i starten, og sier at *"når jeg hadde bestemt meg, så ble det å prøve å ivareta mine ansatte som var det viktigste, jeg ønsket jo å bidra til at det skulle bli en best mulig løsning"* (Respondent 5). Han kommer også inn på at en av motivasjonsfaktorene for ham ble hensynet til pasientgruppen: *"i tillegg hadde jeg mye følelser for pasientgruppen i min gamle avdeling og ønsket å bidra til at deres tilbud ikke ble rasert"* (Respondent 5). Han mener det er viktig å stoppe opp noen ganger og gjøre noe annet, og få nye utfordringer, og legger til at *"Så fikk jeg mer lønn, og det motiverer jo"* (Respondent 5). Respondent 3 som var rekruttert utenfra, hadde en litt annen motivasjon til gjennomføring av prosessen, *"Nei, herregud, man må jo bare gjøre det, det er ikke noe spørsmål altså. Du er bare nødt, skal det fungere må du bare gjennomføre det"* (Respondent 3).

4 av våre 5 respondenter var rekruttert fra egen avdeling. 3 av respondentene hadde lederutdanning. En av respondentene var startet i sin lederstilling før hun tok lederutdanningen. De to uten lederutdanning var erfarne sykepleiere, rekruttert fra egen avdeling. De 4 respondentene som var rekruttert fra egen avdeling, ga uttrykk for at de så på dette som en fordel, men en var klar på at det også kunne innebære utfordringer i gjennomføringen av endringsprosessene. Vårt inntrykk er at det er forskjeller i engasjement, motivasjon og lojaliteten hos de fem respondentene. Vi antar at det er en sammenheng hvor mellomlederen er rekruttert fra, og at det også har en sammenheng om hun har formell lederutdanning eller ikke. Vi ser altså at erfaring og bakgrunn spiller en viktig rolle i mellomlederens opptreden i endringsprosesser. Her kommer også konflikten som ofte oppstår når man endrer rolle innenfor samme arbeidsplass til uttrykk.

4.4.3 Sykehuset som arena for ledelse

Ledergrupper og ledergruppemøter er en viktig del av ledelse i sykehus og organiseringen av denne. I store organisasjoner er det viktig at de ulike nivåene møtes og utveksler informasjon og erfaringer. Alle enhetslederne tilhørte en ledergruppe, men det var ulik organisering på de forskjellige gruppene og det var til dels store forskjeller på hvem som satt i de ulike gruppene.

Respondent 2 uttalte at *”Det er en god ledergruppe, vi kommer fra ulike plasser. Her er det rom for å ta opp det meste, ingenting er for dumt å spørre om”* (Respondent 2). Hun har ledermøter med klinikkjefen og de andre enhetslederne i klinikken. Respondent 4 sitter i en gruppe med andre enhetsledere og en oversykepleier, her er ikke klinikkjefen tilstede på deres ledermøter. Hun beskriver gruppen som *”Det er en veldig fin gruppe, folk kan være åpne og du kan si eller lufte tanker der og problemer blir diskutert”* (Respondent 4). De holder en ganske uformell tone utenfor møtene, da kan de gjerne snakkes inne på kontorene til hverandre eller ta ett lunch møte, men de forsøker å ha formelle ledermøter en gang i måneden. I den femte enhet sier vår respondent at *”Ledergruppen har fungert veldig bra. Jeg har kunnet kontakte både klinikklederen og avdelingslederen når jeg har hatt behov for det”* (Respondent 5). Han sitter i gruppe sammen med klinikkjefen, avdelingslederen og de andre seksjonslederne i klinikken. Han uttaler også at *”De har vært tilgjengelige for å ta opp ting og vi har vært flinke til å backe opp hverandre”* (Respondent 5). Respondent 1 uttaler at når man går inn i en lederrolle må man være bevisst på at man går inn i en ny rolle. Dette gjelder spesielt når man er rekruttert fra egen avdeling. Hun har opplevd prosessen med oppsigelser av ansatte som veldig tøff og hun har fått coaching på det å gå i fra å være kollega til å være leder.

Samtlige av våre respondenter uttalte at de hadde nære samarbeidspartnere i endringsprosessen og at den viktigste var den nærmeste overordnede. Den nærmeste overordnede kunne som tidligere nevnt ha forskjellig roller på grunn av de ulike klinikkenes oppbygging. Respondent 2 uttalte at *”det har vært veldig god kommunikasjon mellom meg og min leder. Vi har jobbet sammen lenge og hun kjenner meg godt og har forståelse for den jobben jeg gjør”* (Respondent 2). Respondenten har faste møtepunkter med klinikkjefen hver uke og i tillegg ringer de når de trenger å snakke med noen. I enhet 3 forteller respondenten oss at avdelingslederen er hennes nærmeste leder, at de har faste møtepunkter og at de snakker sammen på enhetsleder møter. Her er ikke klinikkjefen tilstede, hun har ikke et fast

møtepunkt med han eller henne. Hun beskriver avdelingslederen som sin viktigste samarbeidspartner *"Hun har holdt meg orientert hele tiden, og vi har snakket på enhetsledermøtene og hatt endringsprosessen oppe som tema"* (Respondent 3).

Respondent 5 beskriver endringsprosessen som så omfattende at uten engasjement fra sin leder så vet jeg ikke hvordan dette skulle latt seg gjennomføre. De har hatt god kommunikasjon og hun uttaler at *"min nærmeste overordnede har vært min viktigste samarbeidspartner i denne prosessen"* (Respondent 5).

Våre funn viser i liten grad at det eksisterer profesjonskamp i helsevesenet når det gjelder enhetsledernes rolle i endringsprosesser. Våre respondenter kommer i liten grad inn på dette fenomenet når vi stiller direkte spørsmål om emnet. Klinikk 1 har en struktur med tredelt ledelse, her er avdelingsleder sykepleier og har det administrative ansvaret for legene i klinikken. *"Han har vel legene under seg nå, når det gjelder vaktplaner og sånn"* (Respondent 1). Her er det medisinskfaglige ansvaret lagt til en avdelingsoverlege.

Respondent 1 uttaler at *"Legene respekterer meg, vi finner løsninger i lag"* (Respondent 1). De har ingen problemer med å samarbeide og er godt innkjørt i ulike rutiner i forhold til hvem som tar seg av hvilke oppgaver. Respondenten påpeker at legene og sykepleierne representanter satt sammen i grupper som samarbeidet om løsninger i prosessen rundt endringen i enheten.

Respondent 3 beskriver samarbeidet på følgende måte: *"Jeg har et godt samarbeid med legene, vi tar sikte på å møtes en gang i måneden, der seksjons og avdelingsoverleger møtes, så kan vi ta opp ting som er felles for de ulike seksjonene"* (Respondent 3). I denne sammenhengen kommenterer hun at en av enhetslederne i klinikken er lege, men at legen ikke deltar i sammen med de andre enhetslederne i formelle møtepunkter og enhetslederfora. *"Hun har vel andre møte punkter"* (Respondent 3).

Klinikk 4 har valgt å beholde den gamle strukturen i avdelingen med en to delt ledelse på avdelingsnivå, her kommer det frem at det var overlegens ønske å beholde den gamle strukturen. Respondent 4 mener at legene ikke har hatt mer enn sykepleierne å si i omorganiseringen, idet at føringene kom ovenfra. Respondenten trekker frem at samarbeidet mellom den sykepleiefaglige ledelsen og legene er godt. I den femte klinikken har de sykepleiere i alle lederstillingene og legene har det medisinske ansvaret på de ulike

avdelingene, men dette har ikke ført til konflikter. Han opplever også samarbeidet som veldig bra.

Ut det vi har skrevet ovenfor, kan vi si at betydningen av nære støttespillere er viktig for lederne. Det å være en del av ett leder team gir god støtte, og vi finner ikke uttalelser som indikerer at profesjonskampen mellom leger og sykepleiere er et problem når det kommer til endringsprosesser i de enhetene vi har undersøkt. Vår konklusjon her er at alle respondentene ser på ledergrupper og gode samarbeidspartnere som meget viktig i en endringsprosess og at det ikke pågår en profesjonskamp i denne prosessen, men at legene og sykepleierne som sitter som mellomledere tvert imot samarbeider for å finne frem til gode løsninger i endringsprosessen.

4.4.4 Endring og endringsledelse

Respondentene våre opplever å ha liten eller ingen beslutningsmyndighet når det gjelder de store endringene som angår deres klinikk og sin enhet. Flere uttaler at det blir gitt liten tid på å gjennomføre endringene som har blitt besluttet av ledelsen ved sykehusene.

Respondent 1 forteller oss at klinikkdannelsen har foregått på et mer overordnet nivå i deres enhet, det har ikke påvirket de så mye. *"Det var jo en prosess som ble styrt ovenfra"*

(Respondent 1). Denne klinikken har som tidligere nevnt klinikksjefen som øverste leder og en avdelingsleder som er nærmeste leder til vår respondent. *"Jeg ble hørt på, men ikke sett i min rolle og den belastningen jeg stod med"* (Respondent 1). Hun uttalte også at det er lettere for ledelsen å sitte der oppe og ta avgjørelser når du ikke har personalet så nært. Dette var en av de enhetene som hadde de størst omveltningene i sin endringsprosess, her var det flere ansatte som ble sagt opp.

Respondent 2 sier at de til tross for at sammenslåingen og flyttingen av ny post kun er dager unna, har de enda ikke fått skriftlig fra Helseforetaket at de godtar sammenslåingen slik den har blitt foreslått. *"Dette er noe klinikksjefen og direktøren jobber med. Det er ikke på mitt nivå"* (Respondent 2). Til tross for at vår respondent har klinikksjefen som sin nærmeste overordnede og ikke har en avdelingssjef, er hun ikke deltagende når de overordnede beslutningene skal taes. Hun får være med i ettertid, slik at hun har innflytelse på utførelsen av beslutningene.

Respondent 3 beskriver omleggingene hos de som en kontinuerlig prosess, men at gjerne de skulle hatt mer tid til å forberede seg internt i enheten siden det er her de største omstillingene skjer. *”Vi måtte bare forholde oss til at det skjedde, det skjer ut fra en dato og det må vi jobbe ut fra”* (Respondent 3). Her gikk det bare en uke eller to fra avgjørelsen ble tatt og til deler av avdelingen var lagt ned.

Hos respondent 5 skjedde også endringene raskt. *”Det å slå sammen de to seksjonene kom veldig overraskende og kjapt. Direktøren bestemte det i forbindelse med innsparinger”* (Respondent 5). De ansatte har her uttalt til respondenten at det var unyttig å komme med innspill, man ble ikke hørt uansett. *”Det er nok i stor grad riktig, hvert fall i forhold til de store linjene”* (Respondent 5). Respondent 5 sier også at med så drastiske endringer var det naturlig at det måtte bestemmes litt opp i systemet.

Flere av respondentene uttalte at de fleste endringer var økonomisk motivert. Omleggingen til klinikkmodell var en konsekvens av tiltak for å effektivisere og spare penger. Som tidligere nevnt har to enheter måttet si opp personale som følge av endringene, mens en av enhetene ikke har ansatt nye sykepleiere for å erstatte de som har sagt opp i den siste tiden før omleggingen. Dette har ført til en reduksjon i bemanningen, selv om ingen har mistet jobben. Vikarene som har vært ansatt har dog ikke fått videre vikariater i enhet 2.

I respondent 1 sin enhet var det et krav til å spare vel 10 millioner som lå bak omleggingen av avdelingen og reduseringen i antall stillingshjemler. *”Totalt sett ble det spart inn en masse, ja mange millioner”* (Respondent 1).

Respondent 2 uttaler at det har blitt redusert stillingshjemler, men at ingen har blitt sagt opp. *”En del stillinger har blitt holdt vakante både her og på den posten vi er blitt slått sammen med for å forhindre oppsigelser”* (Respondent 2). Klinikken har blitt redusert med vel 10 senger.

Ved respondent 3 sin enhet ble det redusert med vel 22 senger totalt, dette skulle føre til besparelser blant annet på driftskostnader. I respondent 5 sin klinikk har en avdeling blitt lagt ned og 20 pleiere har blitt sagt opp. *”Omorganiseringen har litt med omleggingen til klinikkmodell å gjøre. Også har det i veldig stor grad med økonomi å gjøre. Det var et stort krav vi fikk på oss, sykehuset skulle spare inn mye”* (Respondent 3). Sykehusene i dag skal

spare og oppgavene skal spisse seg mot det som er helt nødvendig å gjøre i et sykehus mener respondent 5.

Respondentene mener selv de har stor innflytelse når det gjelder hvordan endringsprosesser skal gjennomføres i egen enhet, men da innenfor gitte rammer. De er delaktige i utformingen av konsekvensene av de beslutningene som ledelsen over dem har tatt. Respondent 1 uttaler at *"jeg har stor beslutningsmyndighet overfor mitt personale"* (Respondent 1). Hun har fag og personal ansvar og sier selv at hun føler seg ganske fri til å ta beslutninger i sin enhet. Hun har også rom for å ta initiativ til beslutninger og endringer. Respondent 2 uttaler at hun har stor beslutningsmyndighet i avdelingen, jeg har støtte hos klinikkjefen. *"Jeg har stor frihet under ansvar"* (Respondent 2). I forhold til hvordan endringen av avdelingen skulle foregå i praksis har hun blitt spurt og vært deltagende hele veien, nesten for mye og i alle sammenhenger.

I enhet 3 uttaler respondenten at i forhold til beslutningsmyndighet kommer det an på hvilke beslutninger som skal taes. *"Jeg føler jeg har mulighet til å påvirke både oppover i systemet og her på enheten."* *"Jeg har fått sagt det jeg har ønsket, men om det har blitt sånn, nei, det har det jo ikke trengt å bli"* (Respondent 3). Hun var overrasket og nesten litt skremt når hun begynte ved enheten over hvor stor makt hun som leder hadde. *"Det ble hele tiden henvist til at du er jo leder, du bestemmer. Jeg hadde sett for meg at det skulle være mer demokratisk"* (Respondent 3).

Ved enhet 4 har de selv fått velge hvordan de skulle samarbeide med de andre avdelingene i klinikken når det gjaldt omleggingen til klinikkmodell. *"Det var veldig åpent, vi kunne gjøre som vi ville etter at bestemmelsen ble tatt"* (Respondent 4). Respondent 5 har tidligere uttalt at direktøren og klinikkjefen står for de store beslutningene mens han selv mener at: *"innenfor de rammene jeg har til disposisjon, så har jeg rimelig stor frihet, men de rammen er strammere enn jeg hadde før, både i forhold til økonomi og struktur"* (Respondent 5). Han påpeker også at han ble hørt mer på når detaljene skulle utformes enn når de store beslutningene om omlegging skulle foretas.

Flere av avdelingene har hatt en kraftig reduksjon i antall senger, men det er bare to avdelinger som har måttet sagt opp personale som en følge av denne reduksjonen. De andre

avdelingene har hatt en høy turn-over og har latt stillinger stå vakante. Den største motstanden mot endringer har naturlig nok kommet ved de avdelingene som har måttet si opp personale.

Respondent 1 beskriver reaksjonene på følgende måte: *”Det har vært mange reaksjoner, de gråt og de var sinte. Jeg tok dem ofte inn på kontoret. Noen var sykemeldte, jeg trodde nesten de skulle være sinte på meg for alltid”* (Respondent 1).

I enhet 2 har det blitt redusert 10 senger til sammen, ingen har blitt sagt opp, men dette er fremdeles usikkert da de ikke har fått godkjent sin nye bemanningsplan. De har løst problemet med redusert antall stillingshjemler ved at *”Når folk har søkt seg over til andre plasser i det siste har vi ikke utlyst fast stillinger på nytt. Vi har bare gitt vikariater”* (Respondent 2). Dette har ført til at noen har søkt seg til andre plasser der de får faste jobber og det uttrykker respondenten vår stor forståelse for. Enhet 5 var en av de enhetene som gjennomgikk de mest drastiske endringene. De skulle nedbemanne med 20 stillinger. *”Det var en del som fikk oppsigelser. Av de 20 som ble sagt opp er det en 2-3 som blir arbeidsledige”* (Respondent 5). En del av sykepleie personalet sluttet, de mente i følge respondenten vår at dette gikk over stakk og stein og denne prosessen kunne de ikke være en del av. *”På den måten fikk vi redusert noen stillinger, men vi mistet jo en del bra kompetanse som vi strever med å bygge opp igjen nå”* (Respondent 5). Motstanden mot endringene har vært stor i enheten. *”Sammenslåingen var veldig vanskelig, det ble mye støy og det var mye avisskriveri. Selv direktøren reagerte på hvor mye skriving det ble. Det ble skrevet både om et rasert tilbud og om brutte løfter til pasientgrupper”* (Respondent 5). I denne enheten har de også hatt en høy turn-over blant seksjonssykepleierne. De har forsøkt å se på løsninger for å avlaste disse da blant annet ved å opprette teamledere. Respondenten uttaler at *”Det å legge til rette for den personen som sitter i en slik stilling er utrolig viktig”* (Respondent 5).

Vår vurdering her er samlet sett at det er to viktige punkter som skiller seg ut. Vi ser at mellomlederen har liten eller ingen beslutningsmyndighet når det gjelder de store avgjørelsene, disse blir tatt på et nivå som ligger over mellomlederen. Derimot har mellomlederen når det kommer til gjennomføringen av endringene som er vedtatt.

4.4.5 Kommunikasjon og informasjon

Gjennom de fem intervjuene vi gjorde, kom det frem at våre respondenter mener at god kommunikasjon med de ansatte er en nøkkelfaktor i endringsprosesser, og alle har understreket viktigheten av å involvere de ansatte. Informasjon ble trukket frem som svært viktig, respondent 1 kom inn på at åpen og ærlig informasjon samt klare og tydelige mål er viktig for å skape oppslutning om endring i enheten. Hun trekker frem at det er viktig at de ansatte får tillit til at den informasjonen som kommer fra ledelsen er sann. Respondent 2 mente at "Informasjon er viktig for å få de ansatte med" (Respondent 2), dette ble understreket av respondent 5 som mente at "det viktigste å fokusere på i en endringsprosess er informasjon, informasjon og informasjon" (Respondent 5).

Flere av respondentene var inne på at det var nødvendig med mye informasjon, det eksisterte et nærmest umettelig informasjonsbehov hos personalgruppen. Respondent 2 gir uttrykk for at informasjonen har vært god, men at de ansatte har følt stor usikkerhet rundt endringene og det har ført til stort behov for informasjon. "*Jeg synes vi har fått veldig god informasjon, men det er jo alltid noen som ikke er fornøyde*" (Respondent 2). Respondent 5 sa blant annet "*Fra ledelsen var det faste møter hvor man informerte, ellers så har jeg inntrykk av at det aldri ble nok informasjon*" og "*Vi forsøkte å formidle det vi visste, men både vi og de ansatte burde visst enda mer*" (Respondent 5). Han opplevde å få ros for måten informasjon til de ansatte var håndtert på, "*Vi har hatt intern revisjon på den endringsprosessen som avdelingen har kjørt, og da fikk vi ros for det her med informasjon*" (Respondent 5).

Det ble benyttet flere kanaler for å formidle informasjon i klinikkene. Alle respondentene mente at personalmøter var viktige fora for å både gi informasjon og motta informasjon. Respondent 1 gav uttrykk for at "*Personalmøter er en viktig kanal for informasjon*" (Respondent 1). Hun hadde vært gjennom en stor endringsprosess i sin enhet. Hun opplevde reaksjoner fra de ansatte i forbindelse med at medarbeidere ble oppsagt, hun erfarte at det ble nødvendig å gå inn å styre kommunikasjon. "*Avdelingen valgte å styre hvilke spørsmål de ansatte fikk komme med i disse møtene. Vi kunne ikke la det ta helt av. Synes det ble rett at disse møtene ble styrt. Jeg tror vi hadde kommet dårligere ut hvis de virkelig hadde fått lov til å ta ut sine reaksjoner når alle var samlet*" (Respondent 1). Det ble viktig for henne å formidle til de ansatte at dette var en tøff prosess for alle parter, men at det kom til å bli bedre etterpå, at endringer faktisk kunne føre til noe positivt for den enkelte.

Flere hadde erfaringer fra å kalle inn til ekstraordinære personalmøter når det var viktige ting som skulle diskuteres eller informeres om. Respondent 3 sa at *”Vi tok opp på personalmøtene hvordan vi skulle organisere arbeidet. Det er jo det som er det øverste organet våres her, der vi har mulighet til å komme med forslag og innspill på hvordan vi skal jobbe”* (Respondent 3).

Mailsystemet blir mye brukt til å viderefordre informasjon som kommer fra klinikkledelsen. Respondent 3 bruker mail når de ansatte skal informeres om beslutninger tatt av ledelsen *” Det kommer referater fra møtene, og disse blir videresendt til personalet. Vi skriver selv innforskriv til de ansatte hver måned, der vi tar med informasjon ovenfra, hvis det er noe nytt da”* (Respondent 3). Respondent 2 sier at *”Klinikksjefen har vært her og informert hele tiden. Vi har fått mail om all korrespondanse som har foregått og hun har vært klar med hva vi kan gå ut med og hva vi ikke kan gå ut med”* (Respondent 2). Hun kommer her inn på at lederen har en oppgave i å sortere den informasjonen som hun får, og at ikke nødvendigvis all informasjon skal ut til alle. Enhetslederen må hele tiden vurdere hva som er viktig at de ansatte får informasjon om. Informasjon kan være med på å skape trygghet, og senke frustrasjonsnivået i enheten.

Respondent 4 sier at i hennes avdeling har de valgt å informere personalet hele veien, og vært åpne for at de ansatte kunne komme inn til henne hvis det var noe de lurte på, hun mente at det var en fordel at de var velinformerte om situasjonen. Hun rettet oppmerksomhet mot at *”vi kan ikke styre den kommunikasjonen som foregår mellom sykepleierne på de ulike avdelingene, så vi har bedt dem komme inn og snakke med oss. Da har vi fått klargjort hvilken informasjon vi sitter med, og det blir ikke en masse rykter som går nede i garderobene”* (Respondent 4).

Alle respondentene trakk fram at de ansatte ble oppfordret til å komme med innspill i prosessen. De mente det var viktig at de ansatte fikk en følelse av å bli hørt, men flere var usikre på om de ansattes meninger ble tatt hensyn til i endringsprosessene. Respondent 2 sa at *”jeg vet ikke hvorvidt de opplever å bli hørt på, men vi har i hvert fall pratet veldig mye om omleggingen og det har kommet mange fornuftige forslag”* (Respondent 2). Respondent 4 mente at det var viktig at forslagene ble vurdert, selv om de ikke gikk gjennom. *”Det er ikke*

alt som lar seg gjøre av rådene kommer med, men de blir i alle fall hørt” (Respondent 4).

Respondent 5 mente at det var viktig for samarbeidet at de ansatte fikk komme med innspill. I hans enhet hadde de gjort dette i samarbeid med verneombud og de tillitsvalgte. *”Det er viktig at man får sagt det man mener, slik at ledelsen blir klar over konsekvensene av beslutningene. Jeg har kommet med innspill til min leder, av og til har de blitt tatt til følge, andre ganger ikke”* (Respondent 5).

Mellomlederne brukte i stor grad ledermøter for å få formidlet de ansattes meninger oppover i systemet. Respondent 1 hadde en god dialog med avdelingsleder og de hadde daglig kontakt. Men hun gav uttrykk for at det kunne være vanskelig å komme videre med de ansattes meninger, fordi hun opplevde å alltid måtte gå gjennom et ledd for å få behandlet sine saker. *”Så mange ganger har jeg ønsket å kunne gått mer direkte med saker til klinikkssjef”* (Respondent 1).

Flere av respondentene mente at det er viktig å fokusere på hvordan ting blir formidlet til personalet. Det kan lett oppstå misforståelser i kommunikasjon. Respondent 1 sa at *”Vi var veldig bevisste på dette med kommunikasjon i prosessen, hvordan vi gir informasjon.”* og at *”noen ganger blir det galt uansett hvordan du gjør, fort så kan noe bli feil”* samt at *”vi hadde en på teamet som var god på dette med kommunikasjon, det betyr mye hvordan ting blir sagt”* (Respondent 1). Hun la vekt på at det var et godt samarbeid i ledergruppen, der de kunne få hjelp og utnytte hverandres sterke sider.

Respondentene mener også at åpenhet og ærlighet er viktig i prosessen. Respondent 1 sa *”Gi informasjon, vær ærlig, åpen og tydelig. Ha klare mål og vær til å stole på”* (Respondent 1). Respondent 3 hadde opplevd at endringene kom svært raskt, nærmest fra en uke til en annen. Hun sa at *”Det er viktig å fokusere på åpenhet om hva som skjer, sånn at folk kan være forberedt. For det er mye lettere hvis du er forberedt enn at det skal komme over natta”* (Respondent 3). Respondent 4 mente at det var viktig å være ærlig, *”Hvis ikke tror jeg at vi hadde blitt gjennomskuet tvert og vi hadde mistet det gode samarbeidet med personalet”* (Respondent 4). Hun ønsket å gå ut med det de visste til personalet, hvis ikke fryktet hun at det kunne bli vanskelig. *”Man trekker hverandre opp, bygger ting på rykter, og det er vanskelig å slå ned på ryktene hvis kulturen i avdelingen er sånn at de tror ledelsen holder igjen ting de ikke vil ut med”* (Respondent 4). Respondent 5 gir uttrykk for at det er ikke

mulig å ha full kontroll på kommunikasjon i en endringsprosess, *”Vi forsøkte å formidle det vi visste, men på en annen side så er det en del ytre forhold som gjør at man kunne ikke vite all”* (Respondent 5). Han opplevde at personalet hadde tatt kontakt med media, *”De ansatte brukte avisene for å få frem sitt syn”* (Respondent 5).

Respondentene er oppmerksomme på den uformelle praten som foregår i enheten. En av respondentene kommenterer at hun er sikker på at det forekommer prat, det er helt naturlig. *”Vi er jo mennesker, vi er nå sånn skapt at vi prater litt”* (Respondent 2). Respondent 1 mener at den uformelle praten ikke er så vanskelig å få tak i, hun har jobbet lenge i enheten, og kjenner de ansatte så godt at hun vet når det er noe på gang. Hun hadde fått råd en gang om å skaffe seg støttespillere i avdelingen som hun kunne stole på, og mener selv at hun får en del informasjon herfra. Men sier, *”jeg vet heldigvis ikke alt”* (Respondent 1). Respondent 2 sier at hun bruker å spørre rett ut om det er noe som foregår der ute på skyllerommet og kjøkkenet. Hun oppfordrer de ansatte til å komme til henne hvis det er noe, *”hvordan kan jeg vite det hvis de ikke kommer og sier det til meg”* (Respondent 2). Respondent 3 mener at det ikke er noen sterke maktkonstellasjoner i hennes enhet, de ansatte gir uttrykk for at det tidligere hadde vært et problem med baksnakking i enheten, men at dette ikke var et problem lenger. Respondent 4 mente at det var viktig å ha fokus på den uformelle kommunikasjonen som foregår i enheten. *”Jeg tror den uformelle praten har veldig stor påvirkning. Jeg tror den her snakkingen på møterommet og skyllerommet har en stor innvirkning på hvordan en omorganisering blir”* (Respondent 4).

Enhetslederen er bindeleddet mellom de ansatte og klinikkledelsen, lederen mottar mye informasjon som skal bearbeides og videreformidles. Alle respondentene ser på personalmøter som fora der lederen kan gi informasjon og få tilbakemeldinger fra personale. Medarbeidersamtaler er brukt som verktøy, både for å kartlegge, og for å bli bedre kjent med personale. Respondentene peker på at det må legges vekt på åpenhet og ærlighet i kommunikasjonsprosessen, og at lederen må være tydelig. Det er viktig å ha med de ansatte i prosessene, verneombud og de tillitsvalgte er samarbeidspartnere. Det legges vekt på at måten ting blir sagt på er betydningsfull, det kan lett oppstå misforståelser. Det blir pekt på at i store endringsprosesser er informasjonsbehovet nærmest umettelig. Det er viktig å ha fora hvor de ansatte kan komme frem med sine meninger, det hevdes at det i blant er nødvendig å styre hva som kan tas opp i fellesmøter. Det er nødvendig å ha en dialog med de ansatte, og ha oppmerksomhet på den uformelle kommunikasjonen som foregår i organisasjonen.

Viktigheten av god og tydelig kommunikasjon fremtrer som en fellesnevner for mange av svarene som våre respondenter har gitt oss på alle de tidligere nevnte områdene. Uten kommunikasjon stopper enhver endringsprosess opp.

4.4.6 Forutsetninger for ledelse av endringsprosesser

I denne siste delen av presentasjon av intervjumaterialet vil vi diskutere ulike forutsetninger som vi mener er viktige for at mellomlederen skal kunne være deltakende i endringsprosesser. Disse forutsetningene er mange og kan til dels være personavhengig, vi har her trukket frem de mest fremtredende i vårt intervjumateriale.

Våre respondenter hadde opplevd at endringene enhetene hadde gjennomgått, hadde konsekvenser for arbeidsmiljø, ofte først i negativ retning, etter hvert hadde de fleste opplevd at endringene hadde hatt positiv innvirkning på arbeidsmiljøet. Respondentene opplevde utfordringer i forhold til å få ulike kulturer til å samarbeide. Arbeidet med kultur og kulturrendring ble sett på som en viktig oppgave for enhetslederen.

Respondent 1 hadde opplevd endringer som medførte oppsigelser av flere medarbeidere. Oppsigelsene hadde preget arbeidsmiljøet, det var mange i enheten som mistet nære kollegaer som de hadde jobbet lenge sammen med. *”Det var veldig mye, folk som gråt og var forbannet, de fleste av dem vi måtte si opp var sykemeldt i perioder”* (Respondent 1). Hun kom også inn på at det medførte store utfordringer å få de ansatte med i denne prosessen. Det var mange som måtte gå (10 hjelpepleiere), disse ønsket det ikke selv og det påvirket de andre i avdelingen. Hun mente at det var viktig å fokusere på å ivareta arbeidsmiljøet, *”det er jo det som er vanskelig”*. Hun sier videre at enheten har fått mye positivt ut av endringen, de har fått et mye bedre arbeidsmiljø enn før prosessen startet. *”Vi ser i ettertid at det førte til positive endringer for de som måtte gå også. Noen må kanskje ha et påtrykk utenfra for å få endringer i livet sitt. Alle ser ut til å ha fått det bra”* (Respondent 1).

Respondent 3 sier at da hun startet i lederjobben var det et kjempe høyt sykefravær i enheten. De jobbet med dette og fikk sykefraværet ned, men sier at *”vi arva en masse da vi igjen ble slått sammen med en annen avdeling, så det har vi kjempa med, nå er vi kommet oss ned igjen”* (Respondent 3). Sammenslåing av avdelinger førte til nye gruppesammensetninger og utfordringer til hvordan to forskjellige fagfelt og personalgrupper med ulike kulturer skulle

flettes sammen. *”Vi har jobbet mye med holdninger. Det tror jeg har nyttet, for folk trives, det er ikke lenger baksnakking, som det var for noen år siden, så, ja, de sier i alle fall at det er store forandringer”* (Respondent 3).

Respondent 4 sier at det ikke er gjennomført store endringer i avdelingen. Klinikken har gjort endringer som har ført til økt samarbeid om pleieressursene i klinikken. De har satt sammen en klinikk kompetent pleiegruppe. *”Den klinikk kompetente gruppen har hospitert, og det har ført til at sykepleierne prater mer seg i mellom, det har ført til en økt forståelse til hvordan det er rundt om på de forskjellige enhetene. Det har vært veldig positivt for oss”* (Respondent 4).

Respondent 5 hadde erfaring fra store endringer og korte frister, med oppsigelser og sammenslåing av enheter. Hans erfaring var at å arbeide med arbeidsmiljø var noe av det viktigste i prosessen. *”Det var to ulike kulturer som skulle samarbeide. Å få de to kulturene til å smelte sammen best mulig har vært prioritert nummer en”* (Respondent 5).

Flere av respondentene så på kompetanseheving både som en viktig faktor for å forberede personalet til å takle nye utfordringer og som motivasjonsfaktor. Respondent 2 sier at før flytting til ny avdeling skal skje, skal de i gang med kompetanseheving på tvers av avdelingene. Klinikkledelelsen i enheten 3, hadde gått ut til personalet og sagt at hvis de ønsket å jobbe i enheten, måtte de kunne arbeide med alle pasientgruppene etter omorganiseringen. Ingen kunne forbeholde seg retten til å bare skulle jobbe med en pasientgruppe. Gjennom kompetanseheving hadde enhetslederne forsøkt å gjøre personalet trygge. Respondent 3 sier at *”Vi har brukt kursdagene og konsentrert oss om å trygge personalet. I tillegg var det jo to kulturer som møttes, så det har tatt tid å rive ned gjerder, få folk til å samarbeide og kunne gå overalt. Men nå har vi fått det til”* (Respondent 3).

Respondent 4 har erfart at kompetanseheving har vært en motivasjonsfaktor for personalet til å være med på endringene, *”de lar seg motivere av at de får mer kunnskap”* (Respondent 4). Hun mener at det har med trygghet og utrygghet å gjøre, at avdelingene tidligere hadde jobbet i *”sine bobler”*, de kjente ikke hverandre og de var til tider irriterte på hverandre. Økt grad av hospitering og kompetanseheving hadde ført til økt samarbeidet. Gjennom kompetanseheving på tvers av avdelingen er de blitt bedre kjent med hverandre og hverandres arbeidssituasjon.

Det har ført til at det er lettere å ta en telefon og høre hvordan det er på de andre enhetene. ”Så hjelper vi hverandre” (Respondent 4).

Alle respondentene gjennomførte medarbeidersamtaler, og så på disse samtalene som verdifulle. Spesielt respondenten som var rekruttert utenfra så på disse samtalene som en viktig arena for å bli kjent med personalet og for at personalet skulle bli bedre kjent med henne. Samtalene ble i stor grad brukt til kartlegging, både av karriereplaner og kompetanse, mindre til ren informasjon. Respondentene mente at det var av stor betydning at de hadde en jevnlig kontakt med de ansatte, tilgjengelighet var et viktig stikkord i denne sammenhengen.

Respondent 1 mente at det var viktig å være tilgjengelig i prosessen, ”Jeg var mye ute i avdelingen for å fange opp reaksjoner, og for å hente de inn, noen var på sammenbruddets rand” (Respondent 1). Respondent 2 prøver å være tilgjengelig for de ansatte, ”Jeg har sagt at hvis det er noe, så må de være snill å komme til meg. De ubehagelige samtalene må jeg jo også ta” (Respondent 2), hun sier at hun er mye ”ute i posten og vaser” og at hun prioriterer å spise lunsj sammen med de ansatte. Hun mener det er viktig å ”bruke litt tid, vise at du bryr deg. Jeg tror det gir gevinster på lang sikt selv om det koster litt” (Respondent 2). Hun har bedt personalet komme til henne hvis det er noe de ønsker å ta opp, ting som ikke fungerer, drift eller personale. ”Jeg må få vite det slik at jeg kan få gjort noe med det” (Respondent 2).

Respondent 3 sier følgende om sin tilgjengelighet for personalet, ”jeg har en åpen dør hele tiden, det har jeg, og jeg spiser lunsj sammen med dem” (Respondent 3). Respondenten var rekruttert utenfra, og ble overrasket da hun oppdaget at det ikke hadde vært vanlig at lederen spiste sammen med de ansatte. ”Så det har jeg gjort hver bidige dag. Jeg blir så forskrekket når jeg hører at folk setter pris på det, det skulle bare mangle, tenker nå jeg” (Respondent 3). Respondent 4 har en lederfilosofi som går på at hun skal være tilgjengelig for personalet. Hun har valgt å begynne et kvarter tidligere på vakt slik at nattevaktene skal få anledning til å treffe henne. Hun har gitt personalet beskjed om at hun ”gjerner er over for å prate med dem, de kan ringe meg når de måtte ønske, så jeg prøver å være veldig tilgjengelig, i perioder kan det være ganske slitsomt. Men jeg tror det er verd det” (Respondent 4). Respondent 5 mente selv at han var tilgjengelig for de ansatte. Han sier at ”jeg har i likhet med mine to ledere prøvd å være mest mulig tilgjengelig. De ansatte kan komme hit når de ønsker”, i tillegg er

han tilgjengelig både på dag og kveldstid, ”så det er folk som ringer meg privat. Jeg tror det er viktig at moderne ledere er tilgjengelig” (Respondent 5).

Våre respondenter trakk fram arbeidet med arbeidsmiljø og kultur som en av sine roller i endringsprosessene. I alle enhetene hadde det vært større og mindre endringer, de ”store” endringene hadde vært preget av oppsigelser og sammenslåinger av ulike enheter. De ”mindre” endringene hadde ført til nye måter å arbeide på og økt samarbeid ut over de gamle avdelingsgrensene. Alle hadde vært gjennom endringer der de hadde møtt utfordringer i forhold til ulike avdelingskulturer. Felles var at alle hadde opplevd endringer som hadde hatt konsekvenser for arbeidsmiljø. Alle så på opplæring og kompetanseheving som en viktig faktor for å bygge felles kultur. De mente at hvis personalet ble trygge i sine nye arbeidsoppgaver ville det ha positiv virkning på arbeidsmiljø og kultur, som igjen ville virke inn på samarbeidet mellom de ansatte. Respondentene mente selv at de var tilgjengelige for personale, noen var mer tilgjengelig enn andre.

I denne delen har vi tatt for oss de forutsetningene våre respondenter mener er viktige for sin rolle i endringsprosesser. Våre funn viser at respondentene fremhever motivasjon, arbeidsmiljø, kultur, tilgjengelighet og kompetanseheving som meget sentralt for sin rolle i endringsprosesser. Dette er med på å gjøre rollen både fremtredende og betydningsfull. Kompetanseheving blir et virkemiddel i denne sammenhengen. Endringer i ett stort sykehus involverer mange mennesker der samarbeid, kultur og et godt arbeidsmiljø er viktig for resultatet.

4.5 Sammendrag

I dette kapitlet har vi presentert våre empiriske data fra de intervjuene vi har gjennomført, og vi har presentert sykehusene, klinikkene, enhetene og respondentene vi har intervjuet. Vi kan oppsummere fem hovedfunn ut fra diskusjonen ovenfor:

- Klinikkene er ulikt organisert. De har mange like trekk, men selv ikke innenfor det samme sykehus er de ikke likt organisert. Det blir både brukt varierende antall nivåer i klinikkene og det blir brukt ulike titler på lederne på de samme nivåer i klinikkene. Som en følge av ulik organisering var også sammensetningen av

ledergruppe forskjellig i klinikkene. Ingen av respondentene opplevde profesjonskamp innenfor sine ansvarsområder.

- Respondentene har ulik formell kompetanse, og det kan virke som om det har en betydning for engasjementet til mellomlederen om hun er rekruttert fra egen avdeling eller ikke. Lojalitet til de ansatte og lojalitet til beslutninger foretatt av ledelsen var dilemmaer som enhetslederne kom i, kanskje spesielt de som var rekruttert fra egen avdeling. Alle respondentene ser på gode støttespillere som meget viktige i endringsprosesser. Deltagelse i et lederteam gir god og viktig støtte i omfattende endringsprosesser.
- Mellomlederen har liten eller ingen beslutningsmyndighet når det gjelder de store beslutningene i en omfattende endringsprosess. Når det kommer til gjennomføringen av prosessen, har derimot mellomlederen stor myndighet innenfor gitte rammer. Dette får konsekvenser for den rollen som mellomlederen har når det kommer til endringene.
- Kommunikasjon har stor betydning i endringsprosesser. Alle våre respondenter understreket betydningen av god kommunikasjon for å gjennomføre endringer og for å få de ansatte med på endringene som var besluttet. Behovet for informasjon henger nøye sammen med kommunikasjonen i enheten og hvordan denne foregår. Informasjon til mellomlederne blir sett på som en av de viktigste nøklene til gjennomføringen av endringsprosessen.
- Godt arbeidsmiljø, betydningen av kultur og viktigheten av kompetanseheving er også et tema som flere av våre respondenter kommer innpå når vi snakker om forutsetninger for ledelse av endringsprosesser.

I neste kapittel skal vi analysere våre funn. Vi vil da ta utgangspunkt i de fem hovedfunnene vi har summert ovenfor og analysere disse ut fra de teoriene vi presenterte i kapittel 2. Analysen vil også bære preg av egne erfaringer fra tilsvarende endringsprosesser.

5 Analyse

5.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi ta for oss hovedfunnene som ble presentert i det foregående kapittel og analysere disse opp mot teorien fra kapittel 2. Vi vil også bruke våre egne erfaringer fra endringsprosesser i sykehus når vi analyserer våre funn. Vi har plukket ut de fem funnene som vi mener representerer det viktigste i intervjumaterialet. Vi har fokusert på mellomlederens rolle i endringsprosesser. Derfor starter vi her med organiseringen av de ulike klinikkene, og vi fortsetter med respondentenes bakgrunn og erfaringer. Deretter går vi videre til selve endringsprosessene og hvordan beslutninger blir tatt. Kommunikasjon blir lagt frem som nest siste hovedfunn før vi til slutt kommer inn på hvilke forutsetninger mellomlederen må ta i betraktning når hun skal lede endringsprosesser.

5.2 Organisering

Det var styret i Helse Nord som tok initiativet til omleggingen til klinikkmodell ved NLSH HF og iverksatte denne omleggingen gjennom vedtak. Dette ble gjort med en tanke om å få til en mer lik struktur i de ulike delene av sykehuset. Dette skulle igjen føre til et godt og sikkert pasientforløp, god faglig utvikling og kvalitetssikring, kulturbygging og økonomisk bærekraftig utvikling (Styrevedtak nov.2008). Vi ble derfor svært overrasket da det viste seg å være store forskjeller i hvordan de ulike klinikkene hadde løst omleggingen. Det var ulikt antall nivåer i de forskjellige klinikkene og det ble ikke brukt samme betegnelse på lederne på samme nivå i organisasjonen. I følge vedtaket som styret i NLSH HF fattet 13.nov 2008 skulle modellen etableres med følgende ledernivåer; klinikksjef, avdelingsleder, seksjonsleder og enhetsleder. Seksjonsnivået skulle bare brukes i særtilfeller. Ved UNN HF var målet for omstillingen også blant annet økonomisk balanse, styrke faglig samhandling og å utvikle kvalitet på tjenesten.

Kun to av klinikkene vi undersøkte opererer med en tre delt ledelse hvor man har klinikksjef, avdelingsleder og enhetsleder. Ved klinikk 2 hadde de kun klinikksjef og enhetsleder. Ved klinikk 4 var de organisert med både klinikksjef, avdelingsleder, oversykepleier og avdelingssykepleier. Klinikk 5 hadde klinikksjef, avdelingsleder, seksjonsleder og seksjonssykepleier. Dette fører til at beslutninger skal gjennom flere ledd før man kommer til der hvor endringer faktisk skal ta sted. Den hierarkiske strukturen som sykehusene er bygget

på kommer lett til syne i bildet som mellomlederne viser oss. Motsetningen til et hierarki, vil være et demokrati. I et demokrati vil det være en stor grad av medbestemmelse når beslutninger skal tas, mens i et hierarki gjøres dette gjennom rene kommando linjer (Thornquist 2009). I et hierarki er det din posisjon i hierarkiet som avgjør hvem som er meningsberettiget i hvilke saker. Respondent 1 beskriver dette ved sin uttalelse: *"Det var en prosess som ble styrt ovenfra"* (Respondent 1) og respondent 2 kommer med uttalelser som *"Det er ikke på mitt nivå"* (Respondent 2). De klinikkene vi studerer, bærer et preg av å være rene hierarkier i sine beslutningsprosesser, mens innad i de ulike enhetene foregår det demokratiske prosesser når beslutningene skal settes ut i livet. Flere av respondentene gir da uttrykk for at de ansatte blir hørt når det gjelder hvordan prosessene skal gjennomføres. Dette vil vi komme nærmere inn på i kap. 5.4.

Gjennom lovkravet som kom i 2001 ble enhetlig ledelse innført på alle nivå ved norske sykehus. Dette betyr at resultat ansvaret ved den enkelte enhet skal ligge på en person. Oversykepleieren forsvant i de fleste avdelinger, men som vi ser av vår undersøkelse er det fremdeles steder som har beholdt den rollen. Klinikk 4 opererer fremdeles med oversykepleier som ett ledd i sin ledelsesstruktur og klinikk 5 har seksjonsleder. I det hierarkiske systemet som sykehuset er ser vi tydelig at jo lenger ned i rekken du kommer jo mindre beslutningsmyndighet har du. Profesjonskampen kom til syne i mange sykehus under omleggingen til enhetlig ledelse og et interessant funn vi gjorde var at ingen av våre respondenter mente at dette var tilstede lenger. Tidligere ville både legene og sykepleiere ofte forsøke å forsvare sin rolle som leder i enheten. I vår undersøkelse uttaler samtlige respondenter at dette ikke er et problem i deres enhet. Vi tror dette kommer av at på det nivå som våre ledere sitter, har det vært tradisjon for at det er sykepleiere som dekker denne rollen. Etter at den todelte ledelsen med oversykepleier og avdelingslege forsvant, førte det til flere arbeidsoppgaver for enhetslederen og denne rollen ble en mer selvstendig rolle. Det har derfor ikke vært legene som har hatt ansvaret som den daglige driften av en enhet. Det er ingen av våre mellomledere som opplever konkurranse om sin posisjon fra andre profesjonsgrupper, som for eksempel legene.

Det respondentene fremhever er et godt samarbeid mellom legene og sykepleierne som ledere. Sykepleieren har overtatt mange av legenes tidligere administrative oppgaver, dette var etter vårt inntrykk kanskje noen av de oppgavene som legene ser på som mindre status pregede

oppgaver (Thornquist 2009). Tidligere var det en oppfatning blant legene at den beste legen selvfølgelig også skulle være leder, men han skulle i tillegg opprettholde sin status som en god kliniker. Legene har ikke tradisjon for å gi avkall på sin rolle som medisinsk behandler selv om han påtar seg lederoppgaver, dette mener vi er den store forskjellen mellom leger som ledere og sykepleiere som ledere. Sykepleieren forsvinner fra sykesengen når de blir ledere. De går inn i rene administrative/leder stillinger og har etter dette liten eller ingen pasient kontakt.

Dette støttes av respondentens uttalelser med hensyn til hvor mye de deltar i pasientpleie. Respondent 2 er kun i avdelingen i krisetilfeller, ved akutt mangel på personale kan hun gå inn i pleien i avdelingen. Det samme uttaler respondent 4. Respondent 5 kan være med å hjelpe til i enkelt tilfeller, men da som oftest når det gjelder administrative oppgaver som hvor pasienten skal flyttes når han eller hun er ferdig behandlet. Vi finner altså ikke tegn til at det foregår en profesjonskamp i forhold til hvem som skal ha lederansvar i de ulike avdelingene. Ved klinikk 5 hadde de sykepleiere i alle lederstillingene og det ble oppfattet som helt uproblematisk. I dagens sykehus er det i følge Thornquist fremdeles et statushierarki når det gjelder arbeidsoppgaver og arbeidsfelt, hvor diagnostikk og behandling går foran pleie og omsorg (Thornquist 2009). Kanskje er det av den grunn profesjonskampen ikke kommer så sterkt til syne når det gjelder lederstillinger. Det gir mer status å være en del av diagnostisering, forskning og behandling enn det gjør å være leder eller administrator.

Alle våre respondenter er med i en ledergruppe. Men på grunn av den ulike organiseringen er sammensetningen på disse ledergruppene også veldig forskjellig. En ledergruppe består av en samling personer med individuelle mål og oppgaver. Verken respondent 1, 3 eller 4 sitter i ledergruppe med klinikksjefen, men de har egne møter med henholdsvis avdelingsleder og oversykepleier. Det er altså bare to av våre fem respondenter som har et formelt møtepunkt med sin klinikksjef. Vi antar at dette kan være med på å minimere enhetslederens innflytelse. Hun har ingen formelle møtepunkter hvor hun kan få fremlagt sine synspunkter uten at de har vært innom ett ekstra ledd før de blir formidlet. Hun har ingen garantier for at hennes meninger blir fremstilt til klinikksjefen på den måten hun ønsker det.

Alle våre respondenter mener at den ledergruppen de sitter i fungerer bra. Respondent 2 sier at det er en god gruppe og det er rom for å ta opp det meste, hun sitter altså i ledergruppe med

klinikkensjefen og de andre enhetslederne i klinikken. Respondent 4 sitter ikke i gruppe med klinikkensjefen, men mener også at gruppen fungerer godt og at man kan være åpen og løfte tanker i møtene. Hun poengterer også at lederen i klinikken holder en uformell tone utenom møtene og har da jevnlig samtaler.

Vi tror også det er viktig å være oppmerksom på hva slags informasjon som blir formidlet til de ansatte gjennom den uformelle kommunikasjonen. Det viser seg at underordnede ofte har større tiltro til den uformelle enn de har til den formelle kommunikasjon (Jacobsen og Thorsvik 2007). Her har mellomlederen et stort ansvar for at også informasjon som kommer til henne gjennom ledergruppemøter blir formidlet videre til de ansatte.

5.3 Forutsetninger for enhetslederrollen

Organisering i sykehuset har endret seg etter innføringen av enhetlig ledelse. Utgangspunktet var at det totale ansvaret på hvert nivå skulle ligge hos en person. Dette innebar at oversykepleierstillingen ble fjernet i mange avdelinger, noe som medførte at flere opprinnelige oversykepleier oppgaver overført til avdelingssykepleieren eller enhetslederen. Enhetslederen var i denne sammenhengen tenkt som en del av avdelingsleders ledergruppe og inneha rollen som sykepleiefaglig, strategisk, administrativ og økonomisk leder av sin enhet. Våre funn peker på at oppgavene og ansvaret som lå til enhetslederrollen, var forskjellig i de ulike enhetene vi studerte. Alle respondentene hadde personalansvar og sykepleiefaglig ansvar for sin gruppe medarbeidere, tre av respondentene hadde økonomiansvar.

I vår studie var det to enhetsledere som ikke hadde økonomiansvar. Enhetene hadde ulik organisatorisk oppbygging, og vi fant at i de enhetene som bar preg av mest hierarkisk oppbygging, var økonomiansvaret lagt til lederen høyere opp i systemet (avdelingslederen). Dette syntes ikke å ha noen sammenheng med om avdelingssykepleieren hadde formell lederutdanning eller ikke, idet de to enhetslederne som oppgav at de ikke hadde økonomiansvar, begge hadde formell lederutdanning. Vi mener dette kan ha sammenheng med det store fokuset på økonomistyring fra sykehusets ledelse. Avdelingslederen vil sitte med en større oversikt over det totale økonomibildet for hele avdelingen, og kunne gjøre økonomiske disponeringer ut fra dette.

Enhetslederen har personalansvar for sin gruppe medarbeidere og har derved en viktig funksjon i de sosiale relasjonene til medarbeiderne. I sykehuset er det lange tradisjoner for at avdelingssykepleieren er rekruttert fra egen avdeling. De fire respondentene som var rekruttert fra egen avdeling mente at det både hadde fordeler og ulemper med å være rekruttert fra egen avdeling. Alle trakk frem at det hadde sine fordeler med å kjenne både personalet og pasientgruppen godt. Respondenten som var rekruttert utenfra bekreftet dette, hun så på det som en ulempe at hun ikke kjente verken ansatte eller pasientgruppen, men hun mente at fordelene var at hun kunne komme inn og se alt med nye øyne, uten å være opphengt i noe. Respondent 1 mente at det var viktig å være bevisst på at hun gikk inn i en ny rolle som leder av enheten. Fra å være kollega til å være leder. Det hadde vært problematisk i starten, da hun som fersk leder fikk ansvar for omfattende endringsprosesser i enheten. Hun hadde hatt hjelp fra coach etter endringsprosessen. Blant annet hadde hun fått veiledning rundt sin egen rolle som leder. Respondent 4 så på det som en fordel å være rekruttert fra egen avdeling, det var helt vanlig i hennes enhet. Hun mente det var viktig for de ansatte at hun ble representert inn i ledergruppen: *”jeg kjenner avdelingen, på godt og ondt, jeg kjenner de problemene som personalet står i til daglig”* (Respondent 4).

Det som kjennetegner enhetslederstillingen i sykehuset, er at enhetslederen ikke har noen leder under seg. Dette kan være en krevende rolle å gå inn i. Det er ikke vanskelig å forestille seg at det kan oppstå situasjoner der det oppstår problematiske maktforhold eller at enhetslederen kan komme i lojalitetskonflikt. Jacobsen (2004) sier at alle i en organisasjon vil ha en viss grad av makt, og uformelle maktforhold er tett koblet til kulturen i en organisasjon. Som tidligere kollega kan relasjonene til ansatte påvirke, lederen må være bevisst i forhold til sin rolle. Det kan være lett å la seg påvirke av de uformelle maktstrukturene, som man kjenner godt fra tidligere. For lederen er rekruttert fra egen enhet kan båndene til de ansatte være sterke. Dette kan føre til at enkelte kan oppleve konflikt i forhold til gruppetilhørighet når de går inn i lederstillingen. Spesielt i forhold til hvor lojaliteten må være, i gruppen blant tidligere kollegaer eller ledergruppen.

Andsem (2010) beskriver at den største overgangen hun opplevde da hun gikk fra å være medarbeider til mellomleder, var å bli ekskludert fra sosiale sammenhenger med sine tidligere kollegaer, samtidig som hun ikke var helt inne i varmen hos topplederne. Hun opplevde dette som frustrerende, men følte at hun sto nærmere de ansatte enn ledergruppen. Med lojalitet til

toppleders beslutninger gikk hun i team med de ansatte. Som mellomleder er det nødvendig å være lojal til toppledelsens beslutninger samtidig som man er en *"forlengnet arm"* (Andsem 2010), fra egen enhet. Mellomlederen er et viktig forbindelsesledd mellom de ansatte og toppledelsen. Respondent 5 kommenterte at når en bestemmelse først var tatt, måtte han som leder bestemme seg om han ville være med eller ikke, og gjøre det beste ut av det: *"jeg kom i lojalitetskonflikt med de ansatte enkelte ganger, men ikke sånn at jeg har måttet gi meg på hva som helst uten å si fra"* (Respondent 5). Vi mener at det er nødvendig med avstandsforhold mellom lederen og de ansatte for å opprettholde nøytralitet og troverdighet som leder, men samtidig må denne avstanden ikke blir for stor. Vi opplever i hverdagen at glede og humor er en betydningsfull sosial faktor, Andsem (2010) seier at det er viktig å sette av uformelle lommer, der det faglige setes til side. Uansett posisjon i hierarkiet, er det viktig å ha et bevisst forhold til at glede og humor skaper begeistring og samhørighet.

Oppgaver som å motivere, støtte og oppmuntre medarbeiderne er viktige lederoppgaver og kan føre til at lederen har behov for vennskapelig kontakt. Dette kan igjen gjøre det vanskelig å styre og kontrollere, eller å komme med negative tilbakemeldinger til de ansatte. Vi ser at i denne sammenhengen kan lederen lett havne i krysspress (2.2.3). Enhetslederen kan komme i den situasjonen at hun oppfatter seg som både leder og kollega. Arbeidsgiver forventer at enhetsleder tar arbeidsgiveransvar og enhetsleder vil kunne føle sterk lojalitet til sin enhet og sine kollegaer, som igjen forventer lojalitet fra sin leder. Respondent 1 hadde opplevd dette: *"jeg kom av og til i skvis i forhold til dette med lojalitet, men jeg vet hvor lojaliteten min må være, jeg har i alle fall lært det her i denne konflikten"* (Respondent 1). Hun siktet her til at for å kunne gjennomføre prosessen med nedbemanningen, måtte hun være lojal til det oppdraget hun hadde fått, selv om hennes tidligere kollegaer hadde andre forventninger til henne.

Enhetslederen har en posisjon der det er mulig å komme i krysspress på flere områder. Mintzberg (i Jacobsen og Thorsvik 2007) beskriver at rollen som forbindelsesledd handler om å utvikle relasjoner til grupper og personer i og utenfor organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik 2007).

Omgivelsenes krav til lederen og virksomheten vil ha innvirkning på enhetslederens oppfattelse av hvordan ledelsesfunksjonen bør utøves. Det er ikke bare de ansatte som har krav og forventninger. Enhetslederen vil oppleve krav fra pasienter og pårørende, krav som

stilles fra toppledelse og oppdragsdokument om effektivitet og kostnadsreduksjoner. Vi antar at en av enhetslederens viktigste oppgaver er knyttet til å finne balansen mellom de ansattes individuelle behov og organisasjonens behov, og på denne måten rette innsatsen mot å realisere overordnede mål.

I kapittel 2.2.3 beskriver vi to hovedtyper roller som kan være typisk for enhetslederens arbeidssituasjon, kollegalederen og administratoren (Høst 1997). Dette er to ulike roller der kollegalederen identifiserer seg nedover og administratoren oppover. Kollegalederen identifiserer seg med sine kollegaer, og vil heller styre sammen med sine kollegaer enn over dem. Det blir viktig å oppfylle forventninger og presentere kollegaenes signaler oppover i systemet. Administratoren liker å lede, har høy lederidentitet og identifiserer seg oppover i systemet. Våre funn viser en tendens til at de enhetslederne som er rekruttert fra egen avdeling i større grad kunne identifiseres i rollen som kollegaleder enn i rollen som administrator. Men samtidig observerte vi at våre respondenter var bevisste i sin rolle som ledere. På spørsmål fra oss om hvem de anså å være sin nærmeste støttespiller og samarbeidspartner, svarte alle respondentene at det var enten nærmeste leder eller en annen enhetsleder i avdelingen som det var naturlig å samarbeide med. Ingen mente at de ansatte i enheten var den nærmeste samarbeidspartneren eller støttespilleren. Enhetslederen som var rekruttert utenfra, kunne vi mer identifisere i administratorrollen.

Enhetslederne i vår studie har samme fagutdanning som sine medarbeidere. Litteraturen beskriver at det i denne sammenhengen kan oppstå konflikt i forhold til at lederen ser på seg selv mer som fagperson enn som leder (2.3.2). Høst (1997), hevder at faglig dyktighet kan være en viktig forutsetning for at mellomlederen skal få aksept som leder. Dette samsvarer med vår egen erfaring, der det i praksis oppleves at det er en sammenheng mellom faglig dyktighet og autoritet. Det oppleves som at det kan være større autoritet forbundet med faglig dyktighet enn med formell lederkompetanse. Noe som igjen kan ha sammenheng med den tradisjonelle organiseringen i sykehuset. I den rollen legene tradisjonelt har hatt i sykehussystemet, har autoritet vært knyttet til faglig dyktighet og prestasjoner i klinikken. Som sykepleier arbeider man ofte i team og det vil også her følge makt med faglig dyktighet.

Mellomlederen kommer i blant opp i vanskelige saker der beslutninger må tas på magefølelse og sunn fornuft. I sykepleiergruppen har det vært satset på formell lederutdanning blant

mellomlederne, og vi finner i enkelte stillingsbeskrivelser for enhetsledere, at det er kompetansekrav om formell lederutdanning. Den som blir tilsatt i stillingen må forplikte seg til å ta videreutdanning i ledelse. Tre av våre fem respondenter hadde videreutdanning i ledelse, de andre to hadde lang erfaring som sykepleiere. Helse Nord sier i sitt oppdragsdokument at det skal satses på kompetanseheving blant ledere for å gjøre dem bedre rustet for sine oppgaver og utfordringer, og vi mener at dette er riktig satsing fordi det vil kunne lette lederutfordringene. Formell utdanning kan være med på å skape nye forståelseshorisonter mellom toppledelse og enhetslederen, enhetslederen får innblikk i toppledelsens ”språk”, dette kan være med på å styrke enhetslederen i de beslutninger som skal tas, og gi mulighet til å både klargjøre og bevisstgjøre gjennom lik tolkning av fenomener.

5.4 Endring og endringsprosesser

Både NLSH HF og UNN HF har vært gjennom flere store endringsprosesser i tillegg til omleggingen til klinikkmodell. I dagens sykehus er målet ofte stadig mer dagbehandling og kortere ligge tid for inneliggende pasienter; altså et mer effektivt helsevesen med en høy turnover av pasienter. Dette fører til utfordringer for dagens mellomledere som skal drive avdelingene som er i stadig endring. Mellomlederne vi har intervjuet påpeker at endring og endringsprosesser ikke har klare start og slutfaser, men at organisasjonen er i stadig endring.

Respondent 3 beskriver hvilken hverdag de står overfor på en god måte i sin uttalelse: ”Vi måtte bare forholde seg til at det skjedde, det skjer ut fra en dato og det må vi jobbe ut fra”(kap 4.4.4). Dette illustrerer hvilket press mellomlederen er under når det gjelder ulike endringsprosesser. Beslutningene blir tatt på et overordnet nivå, men det er enhetsleders ansvar å sette de ut i live og sørge for at tidsskjemaet blir fulgt. Slike prosesser som beskrives her, er preget av det litteraturen kaller strategi E (kap.2.2.3), respondentene beskriver toppledelsen som beslutningstakeren og det hele foregår som en lineær prosess som starter med toppledelsens utredning av et behov eller et krav, og ender opp som ett tiltak som mellomlederen må sette ut i livet.

Respondent 5 sier at direktøren tatt beslutningen om å legge ned en avdeling i forbindelse med omlegging og innsparing, og at det kom overraskende og kjapt. Her kommer mellomlederen i en skvis mellom toppleders beslutninger som hun må forholde seg til, og

en forståelse for den jobben som de ansatte gjør og pasientgruppen som blir lidende under en nedleggelse. Når enhetslederen heller ikke blir gitt tid til å forberede de ansatte på omfattende endringer, vil jobben hennes bli krevende. Flere av respondentene våre kommenterer at tidsaspektet ved en endring kan være vanskelig og utfordrende. Det kan virke som om hvor omfattende endringen er, ikke har noen innvirkning på hvor lang tid det blir gitt på forberedelser. Det økonomiske kravene kommer foran mellomlederens ønske om mer tid til å gjennomføre endringer. I enhet 3 gikk det kun to uker fra avgjørelsen ble tatt og til deler av avdelingen var lagt ned og ved enhet 5 var de forespeilet flere år før enheten skulle flyttes og slås sammen, mens når det økonomiske presset ble for stort, ble endringene foretatt i løpet av få måneder. Her foretar altså toppledelsen en reaktiv endring jf kap 2.2.2. Ledelsen reagerer på en vanskelig økonomisk situasjon ved å foreta kutt i både antall senger og antall stillinger. Endring beskrives også i følge Jacobsen og Thorsvik (2007) som enten en revolusjon eller en evolusjon, her er det tidsaspektet som er den store forskjellen. Sluttresultatet av endringen kan være det samme, men tiden som brukes på gjennomføringen vil være avgjørende for om endringen betegnes som en revolusjon eller en evolusjon. Spesielt enhet 3 og 5 fikk kort tid på å gjennomføre drastiske endringer som vil kunne betegnes som en revolusjon, mens man innenfor enhet 4 har fått bestemme endringstakten mer selv. De har til tross for at det er 9 år siden enhetlig ledelse ble innført, fremdeles oversykepleier og de fikk også selv velge hvordan de skulle organiseres innad i klinikken. Her kan det virke som om endringstakten mer har form som en evolusjon.

Krysspress er noe en mellomleder til stadighet blir utsatt for, kanskje spesielt fordi det er han eller hun som står i situasjonen med de ansatte og pasientene, mens topplederne foretar beslutningene uten å føle endringene på kroppen. Funksjonen som bindeledd er etter vår mening er av de viktigste oppgavene mellomlederen skal utføre, både som formidler oppover i organisasjonen om situasjonen i enheten og som formidler ned til de ansatte når det gjelder beslutninger og pålegg foretatt av den øverste ledelsen. Å være mellomleder er en ensom øvelse og derfor er nettverket til lederen spesielt viktig. Nettverket vil også kunne redusere det krysspresset som mellomlederen står i hvis det er tett bygd sammen og hun sørger for flere muligheter for å få formidlet meninger både oppover og nedover i systemet. Vår erfaring tilsier at det å bli hørt, selv om en ikke nødvendigvis får gjennomslag for sine meninger, et viktig insentiv til et godt samarbeide i en endringsprosess.

I en endringsprosess kan organisasjonen velge flere strategier for hvordan denne skal gjennomføres. NLSH og UNN har ganske klare trekk som tyder på at de tar i bruk det som litteraturen kaller strategi E. Fokuset på økonomi er i følge våre respondenter sterkt. De uttalte at endringsprosesser i stor grad er økonomisk motivert og at målet er redusert pengebruk eller bedre utnyttelse av de ressursene man har til rådighet. Dette er i tråd med vår oppfatning og bekreftes av vedtaket som styret i NLSH gjorde i nov. 2008 (Vedtak styremøte 2008). Vår erfaring i endringsprosesser av et slikt omfang, er at topplederne utad legger fokus på effektivisering og samling av kompetanse som hovedargumenter, mens mellomlederne får føle det økonomiske aspektet av endringer sterkest. Både lederne ved NLSH og lederne ved UNN gir uttrykk for at det ikke er selv klinikkmodell strukturen og omleggingen til denne som har vært den store jobben, men heller konsekvensene av nedskjæringer og endringer som følge av omleggingen.

Et viktig funn i vår undersøkelse er at til tross for at alle mellomlederen gir uttrykk for liten beslutningsmyndighet når det gjelder de store og overordnede beslutningene, uttaler alle at de har stor myndighet innenfor gitte rammer. Dette er betegnende for mellomleder rollen. Respondent 4 uttaler at vi kunne gjøre som vi ville etter at bestemmelsen ble tatt og respondent 5 sier at hun har stor frihet innenfor de rammene hun har til disposisjon, men at rammene har blitt strammere enn de var før. I følge Berg (2008) er selvledelse det å legge forholdene til rette slik at medarbeiderne kan være selvstendige og føle eierskap til jobbene sine. Det er mellomlederne som har størst kunnskap om enheten, både pasientgruppen og de ansatte. Respondent 1 har rom for å ta initiativ og ta beslutninger innenfor gitte rammer og respondent 2 har vært deltakende hele veien i prosessen med å gjennomføre vedtatt endring. Hun sier selv at hun nesten har vært for mye med og i alle sammenhenger. Respondent 3 var overrasket over hvor stor beslutningsmyndighet hun hadde innad i enheten. Disse sitat er gode eksempel på selvledelse i praksis. Toppledelsen gir her mellomlederne mulighet til å utvikle sin egen lederrolle, topplederne vil her være støttespiller for den enkelte mellomleder.

De ulike endringene har i følge noen av våre respondenter hatt store konsekvenser for personalet. Flere av avdelingene har fått redusert antall senger med dertil reduksjon i personale og ved to enheter har personale blitt sagt opp. Når det kommer til konsekvensene endringene har hatt på personalet, er det på dette området motstand mot endring har kommet til uttrykk. De enhetene som har opplevd størst endring er naturlig nok de avdelingene som

har vært nødt til å si opp ansatte. I kap 2.3.5 sier vi at motstand mot endring er et bevis på at den ansatte bryr seg om organisasjonen den jobber i. Mellomlederen vil i denne sammenheng opptre som kriseløser. En oppsigelse vil for de fleste mennesker oppleves som en krise i livet og den nærmeste leder vil være den som må ta ”støyten” når det gjelder reaksjoner fra de ansatte. Våre respondenters uttalelser støtter dette. Vi mener at mellomlederens rolle som kriseløser er av stor betydning for å klare å oppnå aksept for endringen som enheten er påtvunget. Spesielt når det gjelder slike omfattende endringer som det her er snakk om. Her er det viktig at hun tar seg tid til å høre på hva de ansatte har å si, selv om hun ikke kan etterkomme deres ønsker. Jacobsen påpeker at et viktig skille i motstanden er om den skjer før eller etter at beslutningen er tatt. I våre tilfeller var motstanden størst før beslutningen var endelig. Dette mener vi kan være en sunn form for motstand, fordi den vil skape debatt om endringen. Det vil føre til at flere synspunkt og mulige konsekvenser kan bli belyst. I følge teorien er Ledestil E (kap 2.2.4) ikke så opptatt av å redusere motstanden mot endring, den gjør heller et forsøk på å takle motstanden når den kommer. Ved å bruke denne formen for lederstil vil mellomlederen potensielt kunne skape mye ”støy” i en organisasjon. Det blir vanskelig for de ansatte å føle eierskap til beslutningene. De enkelte mellomlederne kan analysere hvordan en slik omfattende endring vil slå ut, men i følge Jacobsen(2004) se kap 2.2.4 vil en slik analyse ha store feilkilder ved seg. Dette fordi det vil være meget vanskelig å forutsi hvordan de enkelte personer vil reagere på endring. Til tross for dette vil mellomlederen ha hjelp av en slik analyse fordi det skal gjøre oss forberedt på ulike reaksjoner som kan komme og hvilke maktmidler som kan brukes for å motvirke disse. I vår studie fikk mellomlederne ofte kort tid på gjennomføring når beslutninger ble fattet, dette vil gjøre det vanskelig å forberede de ansatte eller analysere konsekvenser av beslutningen. Motstand mot endring vil man da også få liten tid til å forberede seg på.

I de klinikkene vi har studert, ser vi aktive ledere, deres rolle i gjennomføringen av den besluttede endring bærer preg av å være entreprenører. Her tar lederen initiativ og de utfordrer til bevisste endringer i organisasjonen. Dette gjør de for å etterkomme toppledernes beslutninger og i følge litteraturen er dette en form for samhandlingskompetanse. Samhandlingskompetanse beskrives som en måte å kontinuerlig tilpasse seg den omverdenen man er en del av. Våre respondenter viser slik samhandlingskompetanse og mellomleder rollen er preget av stor grad av samhandling, både innenfor egen organisasjon og utad til andre organisasjoner når pasienter skal overflyttes. Økt fokus på samhandling vil både styrke

mellomlederens kunnskap og enhetens muligheter for å påvirke beslutninger som angår enheten.

5.5 Kommunikasjon og informasjon

Alle våre respondenter så på kommunikasjon og informasjon som en viktig lederoppgave i endringsprosessene de hadde vært gjennom. Respondentene understreket betydningen av god kommunikasjon for å gjennomføre endringer og for å få de ansatte med på endringene som var besluttet. I følge Mintzberg (i Jacobsen og Thorsvik 2007) vil lederen ha 3 informasjonsroller: overvåker, informasjonsformidler og talsmann. I rollen som overvåker, er lederen informasjonssamler. I rollen som informasjonsformidler sender lederen informasjon inn i enheten, og formidler informasjon mellom de ansatte. I rollen som talsmann uttaler lederen seg på vegne av organisasjonen og sender informasjon ut. (2.2.1)

I kapittel 2.3.6 har vi sett på kommunikasjonsteori, kommunikasjon innebærer å sende budskap gjennom ulike kanaler, budskapet vil være med på å påvirke mottakeren. Nordby (2009) peker på at det er fire betingelser som må være tilstede for å oppnå god kommunikasjon. For det første må det etableres et felles språk, som er knyttet både til verbale og ikke verbale uttrykk. For det andre må sender nå frem til mottaker med budskapet, noe som krever oppmerksomhet. For det tredje må det eksistere en felles forståelse horisont og til slutt er det viktig at det er etablert felles holdninger og verdier.

Enhetslederen har stor tilgang på informasjon, dette gjør lederen i stand til å sette seg inn i både det som foregår i enheten og i omgivelsene. Det er helt nødvendig for enhetslederen å ha møtepunkter og informasjonskanaler der det er mulig å skaffe informasjon utenfra. For at informasjon i det hele tatt skal være mulig, må det foregå kommunikasjon mellom leder og de ansatte. Johannesen (2008) sier at i dag har vi mange kanaler for kommunikasjon, ny teknologi og nye måter å organisere oss på har endret vår måte å kommunisere på. Det gir oss mange mulige måter til å informere, blant annet gjennom personlig kontakt, personalmøter og møter med de ansattes representanter, sykehusenes nettsider, mail og sms. Vår erfaring er at mailsystemet blir mye brukt til å sende informasjon fra sykehusledelsen og ned i systemet. Noen ganger blir man nærmest overlesset av ulike mail. Dette blir bekreftet av respondentene, som sier at det er viktig å sortere den informasjonen som skal videreformidles til personalet. Det som videresendes må ha relevans, hvis ikke kan det oppfattes som støy, og man kan

oppleve at de ansatte ikke leser det de får tilsendt. Behandling av informasjon blir derfor en sentral lederrolle. Enhetslederen er et viktig forbindelses ledd mellom sykehusledelsen og enheten. Informasjon må sorteres og utvelges, slik at det blir oversiktlig og overkommelig, samtidig som informasjonen er så fullstendig at den gir et best mulig bilde av situasjonen. Enhetslederen må oppfatte og tolke signaler fra de ansatte og omgivelsene, dette avhenger av at lederen og de ansatte har en felles forståelsehorisont og snakker samme språk. Dette krever det også at lederen er tilgjengelig for de ansatte slik at de får mulighet til å formidle sitt syn, og at misforståelser kan oppklares direkte.

Andsem (2010) sier at vi mennesker har lettere for å utføre oppgaver når vi forstår sammenhenger og tar eierskap til de beslutninger som tas. Hun mener at informasjon er forpliktende, og at informerte medarbeidere kan av den grunn ikke unngå å ta ansvar. Hun sier videre at det gjennom informasjon er det lettere å skape forståelse for de viktige oppgavene, og at det på denne måten kan skapes en felles forståelse om prioriteringer fra topp til bunn. Dette understreker viktigheten av å ha etablert en felles forståelsehorisont og at det er etablert et felles språk. Med dette som utgangspunkt, ser vi at lederen må være tilgjengelig både for å gi tilbakemeldinger, og for å kunne oppklare eventuelle misforståelser.

Flere av respondentene opplevde at de ansatte hadde et nærmest umettelig behov for informasjon. Dette gjaldt spesielt de enhetene der endringene hadde skjedd i løpet av kort tid, og de enhetene der det hadde vært stor usikkerhet rundt nedbemanning og oppsigelser. Colbjørnsen (2004) sier at ledelse kan være både enkelt og komplekst, og innebærer uforutsigbarhet, tvetydighet, kaos, konflikter og motsetninger. Det er samspillet mellom det enkle og det komplekse som gjør ledelse spennende. Erfaringer fra ledelse viser oss at det ikke er mulig å ha full kontroll. Utfordringen blir å kunne leve med vissheten om at ledelse innebærer uforutsigbarhet og mangel på kontroll.

Begge sykehusene har som målsetting at alle medarbeidere skal få tilbud om en medarbeidersamtale av sin nærmeste leder en gang i løpet av året. Tre av våre respondenter sa at de brukte samtalen aktivt som et hjelpemiddel for å skaffe seg informasjon. Medarbeidersamtaler kan være et godt redskap for kartlegging av kompetanse og karriereplaner. Vår erfaring tilsier at det er helt nødvendig med tettere kontakt med den

enkelte ansatt enn den årlige samtalen, derfor mener vi at samtalen har en begrenset betydning når det gjelder informasjon og kommunikasjon med de ansatte.

I rollen som informasjonssamler blir lederens personlige nettverk sentralt, spesielt for å få kjennskap til det som skjer i de uformelle miljøene i enheten. (2.2.1) En av respondentene mener at den uformelle kommunikasjonen ikke er så vanskelig å få tak i. Jacobsen og Thorsvik (2007) hevder at det alltid vil foregå en uformell kommunikasjon når medarbeidere møtes. Den uformelle kommunikasjonen har både positive og negative effekter, negativt ved at rykter spres på en slik måte at den svekker arbeidsmoral og skaper mistillit til ledere, positivt ved at den kan redusere usikkerhet og skape gruppetilhørighet. Forskning viser at uformell kommunikasjon har en tendens til å spre informasjon raskere enn formell kommunikasjon, og det viser seg at når medarbeidere føler seg velinformert vil det dempe ryktespredningen. (2.3.2)

En annen respondent kommer inn på dette temaet og kommenterte at hun tror at det er viktig å ha fokus på den uformelle kommunikasjonen i enheten, og hun mente at den uformelle praten på møterommene og skyllerommet hadde innvirkning på de ansatte. Stacey (i Johannessen 2002) understreker viktigheten av de uformelle fora på arbeidsplassene, han hevder at her blir de sakene som har betydning for folk diskutert. Samtalene vil inneholde både offisielle og uoffisielle tema. Disse temaene må komme opp i dagen, Dokken (2008) sier at det er først når disse sakene kommer opp at det er mulig å ordne opp, skape mening og avklare ting. Vi mener dette understreker viktigheten av at lederen er tilgjengelig, og åpen for å lytte på de ansatte. I vår studie fant vi at respondentene i stor grad var tilgjengelige for de ansatte. Alle respondentene mente at det var svært viktig at de var tilgjengelige i den prosessen de hadde vært gjennom. Ingen av respondentene hadde arbeidsoppgaver knyttet til pleie, men kunne hjelpe til hvis det var behov. Flere signaliserte at de uansett var ute i avdelingen for å fange opp reaksjoner og hva de ansatte var opptatt av.

Flere av respondentene mener at ærlighet og åpenhet er viktig. En av respondentene var inne på at det ikke var hensiktsmessig at personalet kjente til alle detaljer, men at det var viktig at den informasjonen som kom ut var sann, og en annen respondent fortalte at hun kom i lojalitetskonflikt overfor personalet, fordi hun følte at hun ikke kunne gå ut med alt hun visste. Vi mener at dette viser hvor vanskelig balansegangen i kommunikasjon er. Jacobsen og

Thorsvik (2007) sier at hvis kommunikasjonen fungerer dårlig, kan utøvelsen av ledelse bli vanskelig. Det er et balanseforhold der det er viktig at leder og ansatt gjensidig kan stole på hverandre. Hvis ikke kan samarbeidet bli dårlig, og medarbeiderne kan bli både frustrerte og demotiverte.

En av respondentene kom inn på det at det var viktig hvordan informasjon ble formidlet ut til personalet, fordi det lett kunne oppstå misforståelser. Johannesen og Olsen (2008) peker på at det kan være nyttig å klargjøre hva som er hensikten med kommunikasjonen. I mange situasjoner, kan det være nyttig å skaffe seg kjennskap til hva som ligger bak reaksjonene hos ansatte. Som leder kan en velge å ha en kommunikasjons strategi som skiller mellom intensjon og adferd. (2.3.3) Tanken er å ha som grunnregel at det ligger en positiv intensjon bak handlingen. Det blir derfor viktig at lederen identifiserer intensjonen bak handlingen, og gi respons på det hun mener er den positive intensjonen bak handlingen, og ikke på selve adferden. Målet med denne tenkemåten blir å forstå og forholde seg til adferd, uten å være enig i adferd.

I rollen som talsmann uttaler lederen seg på vegne av organisasjonen og sender informasjon ut. Denne informasjonen er ofte rettet mot de som har innflytelse på styringen. Som vi tidligere har vært inne på (5.3), viser våre funn at enhetslederne mener at de ikke har stor innflytelse på beslutninger tatt av ledelsen. Respondentene mener likevel at det var deres oppgave å formidle de ansattes syn oppover i organisasjonen. De ansatte ved alle enhetene blir oppfordret til å komme med innspill i prosessen, og respondentene mente at det var viktig at de ansatte fikk en følelse av å bli hørt. Respondentene brukte ledermøtene til å formidle de ansattes syn oppover i systemet, og alle mente at god kommunikasjon med sin nærmeste overordnede var viktig for å kunne sikre at de ansattes meninger kom videre i systemet.

5.6 Forutsetninger for ledelse

Lederen har roller som innebærer kontakt med andre mennesker, Mintzberg (i Jacobsen og Thorsvik 2007) beskriver dette som interpersonelle roller. Det handler om den kontakten lederen har både i og utenfor organisasjonen, både fysisk, verbal og symbolsk. I vår studie fant vi at alle respondentene så på arbeidet med arbeidsmiljø og kultur som en av sine viktigste oppgaver i forbindelse med endringsprosessene. Uansett om enheten hadde vært gjennom store eller små endringer, la respondentene vekt på at endringene hadde hatt

konsekvenser for arbeidsmiljøet, og at de største utfordringene lå i å forene ulike kulturer. Som vi har pekt på i kapittel 2.1.3, sier Mintzberg (i Jacobsen og Thorsvik 2007) at lederskapet bygger på en relasjon mellom leder og medarbeidere, og lederens rolle innebærer blant annet både å være sosial arkitekt og operativ leder. Helse Nord har i oppdragsdokument 2010, satt fokus på ledelse og sier at *”ledelse handler mye om å skape en felles forståelse og samhold på en arbeidsplass rundt felles verdier, og ledelse er den enkeltfaktor som påvirker arbeidsmiljøet mest”*.

Johannesen og Olsen (2008) legger vekt på at felles verdigrunnlag er viktig, det er verdigrunnlaget som holder ulike sosiale system sammen. Verdiene styrer utvelgelse av mål og vil påvirke våre handlinger. Johannesen og Olsen (2008) påpeker at man må være oppmerksom på at verdiene er forbundet med kriterier. Kriteriene er de standarder vi benytter for å ta beslutninger for å oppnå verdier. Dette betyr at selv om personer har samme verdigrunnlag, kan de ha ulike kriterier og derved handle forskjellig i samme situasjon (2.1.3). Nordby (2009) sier at i helsevesenet kan vi oppleve at blant annet personer med helsefaglig bakgrunn og økonomer kan ha forskjellige forståelseshorisonter. Uenighet og misforståelser kan oppstå fordi fenomener blir tolket ut fra forskjellig etiske ståsteder (2.8.1).

Dette fenomenet kan også oppstå når ulike kulturer skal slås sammen. Dette bekreftes i stor grad av en respondent, som opplevde at etter sammenslåingen av to ulike avdelinger ble det nye gruppesammensetninger og utfordringer i forbindelse med dette. Vi mener at her viste de forskjellige kriteriene seg ved at enhetene som ble sammenslått, hadde kulturer med ulik holdning til sykefravær til tross for at enhetene var innen samme sykehus. Lederen har en stor oppgave med å identifisere de ulike kulturene og hva som påvirker forskjellig adferd.

Dokken (2008) mener at det er helt naturlig at det finnes forskjeller. *”Organisasjoner opptrer ikke som samstemte helheter, fordi de består av mennesker som er forskjellige, og som dels ønsker seg det samme og dels ønsker forskjellige ting”* (Dokken 2008, s.237). I denne sammenhengen mener vi at enhetslederens tilgjengelighet er av betydning. Ved å være oppmerksom og lyttende, vil lederen få kjennskap til det som foregår i de uformelle grupperingene i avdelingen. Her kan lederen være med og påvirke med å delta i samtalene, og diskutere med de ansatte. Det er viktig å rette oppmerksomheten mot småpratene som foregår mellom de ansatte. Her vil de ulike maktkonstellasjonene komme frem. Jacobsen (2004) sier

at alle i en organisasjon vil ha en viss grad av makt og uformelle maktforhold er tett koblet til kulturen i en organisasjon. Lederen vil etter vår mening, alltid inneha en viss makt, og har mulighet til å påvirke holdninger og adferd hos de ansatte.

Nyere forskning trekker frem at det faktisk at dagens medarbeidere har høy kompetanse, gjør at medarbeiderne forventer høyere grad av selvstendighet (2.1.1). Dette krever en ny lederstil som fokuserer på å skape felles plattform med tanke på verdier, normer og visjoner. Her mener vi at fokuset må være på endring av kultur, som vi er inne på i kapittel 2.2.4. I denne sammenhengen er det de ansatte som blir det viktigste elementet. Det er de som skal gjennomføre endringene.

Jacobsen (2004) sier at å lede endringer i organisasjonskultur ofte henger sammen med utstrakt bruk av ”eksempelets makt”. I teorien om selvledelse er dette sentralt. Her må den klassiske lederrollen endres, og lederen vil få en ny rolle som koordinator og støttespiller. I selvledelsesteorier snakkes det om ”superledelse”, som sikter til at lederen må bli ”super” gjennom å utvikle medarbeiderne på en slik måte at de oppdager sitt eget potensial. Hovedregelen er at *”du kan bare endre andres adferds ved å endre din reaksjon på andres adferd”* (Johannesen og Olsen 2008, s. 107).

Dokken (2008) peker på at dersom man som leder ønsker at noe skal prege arbeidet i bedriften, må en ta seg tid til å formidle dette nedover i organisasjonen. Denne formidlingen må skje i direkte kommunikasjon. Forståelse vil oppstå i interaksjonen, vi mener at det er viktig at lederne tar seg tid til samtale med de ansatte. En av respondentene mente at det var viktig for henne i samtalene å signalisere til de ansatte at hun var positiv til endringer.

Begrepet personlig motivasjonsstrategi relaterer seg til steg og operasjoner folk utfører for å oppnå mål og ønsker. Det handler om ulike måter å oppmuntre seg for å oppnå mål og drømmer. Johannesen og Olsen (2008) sier at vår utvelgelse av mål styres av våre verdier, verdiene blir en kilde til motivasjon. Forskning viser at mange motiveres mest av anerkjennelse (Andsem 2010). Vår erfaring er at dette er lett å glemme i en hektisk hverdag, vi tror at det gjør en stor forskjell at den enkelte medarbeider blir sett og hørt, ofte er det bare en liten tilbakemelding som skal til. Lederen får formidlet hva hun synes er viktig, og på denne måten fremmet organisasjonens mål. Jacobsen og Thorsvik (2007) sier motivasjon

fører til at individet retter sin oppmerksomhet mot hva som må gjøres, og gjør sine tanker om å handle, innholdet vil være betinget av både individets tenkning og egne preferanser, og de oppgaver og retningslinjer organisasjonen har gitt for handling.

Våre funn bekrefter at enhetslederne i stor grad var motiverte for å gjennomføre endringsprosessene i sin enhet, de gav uttrykk for at det tross alt var spennende. En respondent peker på at det var viktig å ha mål, hun ble motivert av målene og å kunne se at de ble nådd. Enhetens mål var konkrete og tidsbegrenset, og det var i ettertid mulig å kontrollere om målene ble nådd. Dette viser viktigheten av at de ansatte må se mening i arbeidet og endringene de jobber mot, ellers ville det bli vanskelig å få de ansatte med. For en annen respondent ble det viktig å formidle til de ansatte at omstillingsprosessen var tøff for alle parter, men at målet var at de skulle få det bedre etterpå, at endringene kunne føre til noe positivt for den enkelte.

Motstand mot endring kan, som vi har vært inne på i kapittel 2.3.5, ha mange årsaker. Jacobsen (2004) sier at endringer har en følelsemessig komponent knyttet til seg, endringene vil skape følelsemessige reaksjoner og kan fremkalle psykologiske forsvarsmekanismer. I de enhetene der endringene hadde vært størst, hadde respondentene opplevd dette. Vår erfaring tilsier at motstand ikke nødvendigvis behøver å være negativt. Det handler mer om at de ansatte bryr seg om organisasjonen de jobber i. For å få aksept for endringen, blir det viktig å fokusere på hvorfor endringen blir gjort, og hva som er målet.

Herzbergs (i Jacobsen og Thorsvik 2007) studie viste at de ansattes tilfredshet var knyttet til arbeidsoppgavens karakter, mens mistrivsel var knyttet til arbeidsmiljøet og hvordan de ansatte ble behandlet. (2.1.3) Faktorer som påvirker mistrivsel kalte han for ”hygienefaktorer”, lederens kompetanse og måte å lede underordnede på, samt de mellommenneskelige forhold mellom overordnede og underordnede ble sett på som hygienefaktorer. Han konkluderte med at hygienefaktorer kan skape mistrivsel hvis de ikke er tilstede, men ikke nødvendigvis trivsel hvis de er tilstede (Jacobsen og Thorsvik 2007). Flere av våre respondenter hadde erfaring med å bruke kompetanseheving som inspirasjons og motivasjonsfaktor. En av respondentene mente at det har med trygghet og utrygghet å gjøre. Kompetanseheving ble sett på som en viktig faktor for å forberede de ansatte på å takle nye utfordringer. Kompetansehevingen de hadde gjennomført i enhetene, hadde blant annet ført til

økt samarbeid over de gamle avdelingsgrensene. Våre funn viser at mestring er et viktig stikkord her, det vil si å gi de ansatte mulighet til faglig påfyll øker sjansen for at de mestrer nye situasjoner. Mestring handler her om å om å ha den kompetansen som er relevant i situasjon, det øker muligheten for at den ansatte tar riktige beslutninger ut fra den enkelte situasjon (Andsem 2010). Herzbergs studier viste at de ansattes tilfredshet var knyttet til arbeidsoppgavens karakter. Han pekte på at motivasjonsfaktorer førte til trivsel i den grad de var tilstede, men ikke mistrivsel i den grad de ikke var tilstede. Motivasjonsfaktorer kan blant annet knyttes til arbeidsoppgavens karakter, at de er utfordrende, interessante og varierte, ansvar for eget arbeid, og kontroll over egen arbeidssituasjon. Kompetanseheving er et godt virkemiddel i denne sammenhengen, og kan blant annet være med på å gi de ansatte nye redskaper for å takle nye oppgaver og minke motstand mot endring.

5.7 Sammendrag

Vi har i dette kapitlet analysert de fem hovedfunnene i vårt empirimateriale, vi har drøftet våre funn opp mot den teori vi mener er relevant fra fagområdet. Vår analyse vil være preget av vår bakgrunn fra helsevesenet, der våre erfaringer vil være med å prege de vurderinger vi har gjort. Vårt første hovedfunn viser at til tross for at omleggingen til klinikkmodell var foretatt på et overordnet nivå, ser utformingen forskjellig ut i alle klinikkene vi undersøkte. Det samme gjelder for de ulike ledergruppene som våre respondenter er medlem av. Profesjonskampen er ikke et tema i de ulike klinikkene, men de fremholder heller samarbeidet mellom legene og sykepleierne som ledere.

I drøftingen av vårt andre hovedfunn, har vi sett at rekrutteringssted kan ha betydning for enhetslederens rolle. Enhetslederen blir utsatt for stort press, bevissthet rundt rollen kan være med på å hindre lojalitetskonflikt. Enhetslederens ansvar blir i stor grad definert ut fra organisering innad i klinikken. Dette viser seg ikke å ha med lederens formelle kompetanse å gjøre. Autoritet kan like gjerne forbindes med faglig dyktighet som med formell utdanning. Det satses på fra Helse Nords side å gi sykepleieleidelsen formell lederkompetanse, noe som vi vurderer som riktig vei å gå.

Vårt tredje hovedfunn viser at mellomlederens beslutningsmyndighet i store endringsprosesser er liten. De har derimot stor myndighet når det gjelder gjennomføringen av allerede vedtatte beslutninger. Det kommer tydelig frem at sykehuset er et hierarkisk system

hvor mellomlederen er det viktige bindeleddet mellom toppledelsen og de ansatte og pasientgruppene.

Videre fant vi at kommunikasjon og informasjon som var vårt fjerde hovedfunn sees på som viktig i endringsprosesser. Enhetslederen får en sentral rolle som forbindelsesledd mellom ledelsen over og de ansatte. Felles språk og forståelseshorisont er av stor betydning for gjennomføringen av endringer i klinikkene. Samtidig er det viktig for enhetslederen å være oppmerksom på det som skjer i de utformelle fora i enhetene, tilgjengelighet blir av stor betydning.

Vårt siste hovedfunn viser at arbeidet med arbeidsmiljø og kultur er en viktig oppgave for enhetslederen. Endringene hadde medført konsekvenser for arbeidsmiljø, uansett om de hadde vært små eller store. Arbeidet med å forene kulturer samt å finne felles mål og verdier trekkes frem som en av enhetsledernes viktige roller i endringsprosesser.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har vi belyst problemstillingen: hvordan beskrive mellomlederens rolle i store endringsprosesser. Vi har innhentet kvalitative data gjennom forskningsintervju og sekundærkilder. Vi har benyttet teori som er relevant med utgangspunkt i den teori vi har blitt presentert for gjennom MBA studiet ved Handelshøyskolen i Bodø. I arbeidet med gjennomføringen av den kvalitative metoden har vi brukt våre kunnskaper og erfaringer som fagpersoner innen helsevesenet.

I tråd med kvalitativ forskningsmetode er våre funn kun gyldige for et avgrenset område. Våre funn er likevel interessante eksempler på enhetslederens rolle i store endringsprosesser. Vi har i vår studie funnet at enhetslederen har en viktig rolle i endringsprosesser, og de har store utfordringer som forbindelsesledd mellom toppledelsen og de ansatte.

Organisasjoner er forskjellige, og det vil de være i ulike situasjoner over tid. Noen faser er mer rolige, mens andre er preget av stor grad av endring. Det som derimot er ganske klart er at mellomlederne i disse organisasjonene trenger å få definert sin rolle av den øverste ledelsen i organisasjonen. En klart definert rolle vil være et bidrag til en mer levelig situasjon for ledere som trekkes i alle retninger, og dette vil gi de et bedre grunnlag for ledelse.

Vår studie viser at mellomlederens personlige egenskaper og hvor hun er rekruttert fra har betydning for hennes måte å håndtere endringsprosesser. Kommunikasjon er en viktig forutsetning for god endringsledelse, det samme gjelder fokus på kultur og arbeidsmiljø. Mellomlederen har liten beslutningsmyndighet i de avgjørende bestemmelsene, men de har likevel stor påvirkningskraft i utformingen av vedtatt endring. Nære samarbeidspartnere og tilhørighet til en ledergruppe er betydningsfullt for mellomlederrollen.

Videre forskning på dette området vil kunne være å få førstehåndsinformasjon fra både toppledere og de ansatte i enhet om mellomlederens rolle og hvilken påvirkning hun kan ha i endringsprosesser. Dessuten bør slike studier gjøres i andre sykehus og i andre klinikker for å kunne utvikle sammenlikninger på tvers av institusjoner og endringer over tid.

Referanseliste

- Aase, Tor Halfdan og Erik Fossåskaret (2007). *Skapte virkeligheter – Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Universitetsforlaget, Oslo
- Amundsen, Jan Sverre (2005). *Verdiskapende endring – veien mot beste praksis*. Gyldendal, Oslo.
- Andsem, Berit W: Dritten i midten Artikkel i Ledernytt.no
<http://www.ledernytt.no/dritten-i-midten.4515883-112538.html>
- Bastøe, Per Øyvind m.fl(2002). *Organisasjoner i utvikling og endring – Oppgaveløsning i en ny tid*. Gyldendal forlag, Oslo
- Berge, Aslaug Wiig (2002). *Sykepleien*, 90(13):34-38
- Berg, Morten Emil (2008). *Ledelse verktøy og virkemidler*. 3.utgave Universitetsforlaget, Asker.
- Berg, Ole(2009). *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltningens utvikling fra 1809 til 2009*. Rapport fra helsetilsynet 8/2009
- Brock, Arild (1999). *Godt mellomlederskap*. Artikkel i Stat og styring nr 6/99
http://E:\Godt_mellomlederskap.html
- Busch, Tor m.fl (2007). *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Universitetsforlaget, Otta.
- Busch, Tor m.fl (2003). *Endringsledelse i det offentlig*. 3.utg Universitetsforlaget, Oslo.
- Colbjørnsen, Tom (2004). *Ledere og lederskap*. AFFs lederundersøkelser. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Colbjørnsen, Tom m.fl (2001). *Norske ledere i omskiftelige tider*. AFFs lederundersøkelse. Fagbokforlaget, Bergen

Griffin and Stacey (2005). *Complexity and the Experience of leading Organizations*. Routledge

Høst, Tor (1997). *Å være leder i helse- og sosialsektoren*. Tano Aschehoug, Otta.

Jacobsen, Dag Ingvar (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? –Innføring i samfunnsvitenskapelig metode 2. utgave*. Høyskoleforlaget, Kristiansand.

Jacobsen, Dag Ingvar (2004). *Organisasjonsendring og endringsledelse*. Fagbokforlaget, Bergen.

Jacobsen, Dag I og Thorsvik, Jan (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer 2.utgave* Fagbokforlaget, Bergen.

Johannessen, Asbjørn m.fl (2004). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag. 2.utg* Abstrakt forlag, Oslo.

Johannessen, Jon-Arild og Bjørn Olsen (2009). *Fremtidige strategier og organisasjonsformer. Verdiskapning i en globalisert kunnskapsøkonomi*. Cappelen Damm AS,

Johannessen, Jon-Arild og Bjørn Olsen (2008). *Positivt lederskap – Jakten på de positive kreftene*. Fagbokforlaget, Bergen.

Johannessen, Stig (2002). *Å skape orden i kaos. Ledelse i en kompleks verden*. Artikkel i Magma nr.1 2002

Lov om spesialisthelsetjenester. www.lovdatab.no

Martinsen, Øyvind L (red) (2004). *Perspektiver på ledelse, 2. utgave* Gyldendal Norsk Forlag AS

Molander, Anders og Lars Inge Terum (2010). *Profesjonsstudier*. Artikkel i Tidsskrift for kjønnsforskning nr.10

Nordby, Halvor (2009). *Kommunikasjon og helseledelse*. Cappelen, Oslo.

Oppdragsdokument fra Helsedepartementet til Helse Nord HF

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/Oppdragsdokument_2010/Oppdragsdokument%202010%20-%20Helse%20Nord%20RHF.pdf

Roos, Goran m.fl (2005). *Strategi- en innføring* 4. utgave. Fagbokforlaget, Bergen.

Strand, Torodd (2006). *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2.utg Fagbokforlaget, Bergen.

Strøm-Ericsen, Anne Grethe (2010). *Bør bli glad i endringer*. Artikkel i Tidsskriftet Sykepleien 19.01.10

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=309311

Styrevedtak NLSH HF. Innføring av klinikkmodell

<http://www.nlsh.no/article60206-3018.html>

Sveri, Torgeir(2004): *Reformen "Enhetlig ledelse" i møte med sykehus praksis*

Sætre, Alf Steinar (2009). *Kommunikasjon i organisasjoner*. Fagbokforlaget, Bergen.

Thornquist, Eline (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helse tjenesten* 2.utg Gyldendal forlag, Bergen.

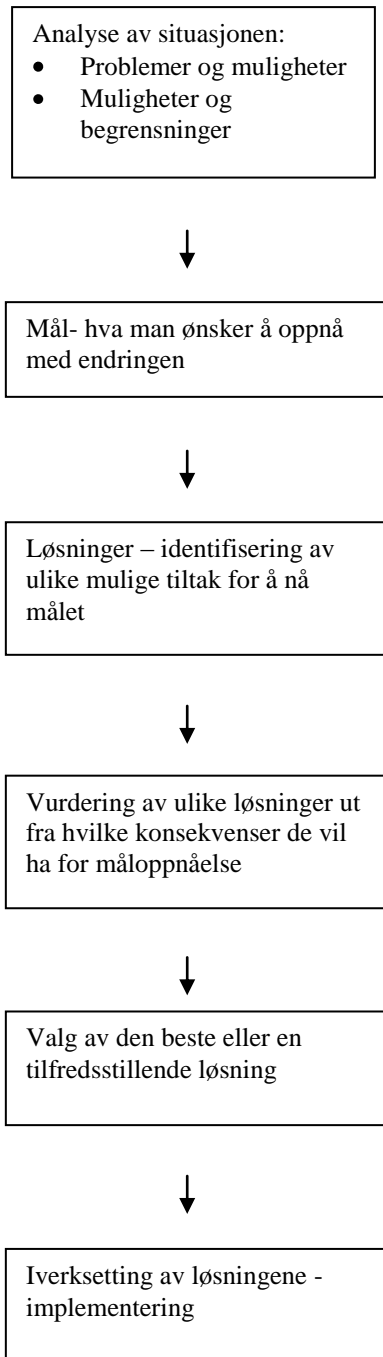
Beer, Michael og Nitin Nohira (2001). *Breaking the code of change*. Artikkel i Tidsskriftet Harvard Buisness school.

<http://hbswk.hbs.edu/item/2166.html>

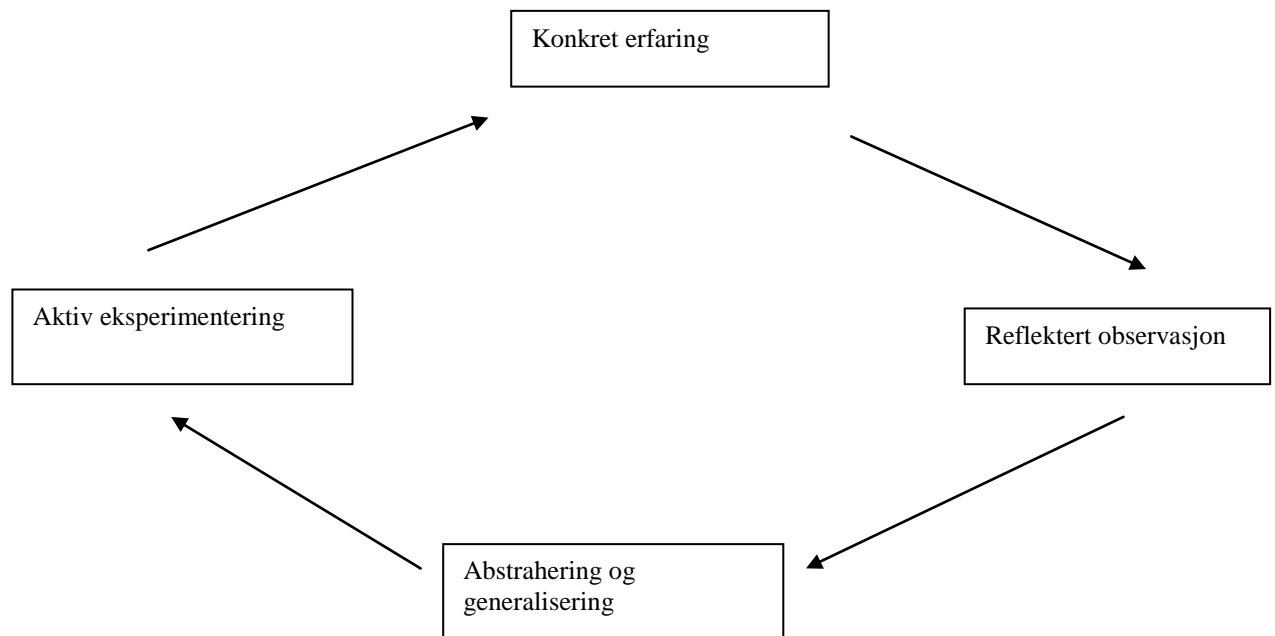
Appendiks

Vedlegg 1

Strategi E



Vedlegg 1: Strategi E: endring som en sekvensiell prosess (Kilde: Jacobsen 2004 s. 186)

Vedlegg 2**Strategi O**

Vedlegg 2: Strategi O: endring som en kontinuerlig prosess

(Kilde: Jacobsen 2004 s. 198)

Vedlegg 3

Anita Kvarsnes og Elin Martinsen

Handelshøyskolen i Bodø

Bodø 21.02.2010

Intervjuforespørsel

Vi er to sykepleiere som jobber ved Nyfødttintensiv i Bodø. Anita Kvarsnes er enhetsleder og Elin Martinsen jobber ved avdelingen som spesial sykepleier. Ved siden av jobb har vi det siste halvannet året tatt en MBA(Master i Business and administration) ved Handelshøyskolen i Bodø. Som et ledd i utdanningen skal vi nå foreta en kvalitativ undersøkelse rundt emnet endringsprosesser og mellomlederens rolle i disse.

Formålet med oppgaven er å se på Nordlandssykehuset omlegging til klinikkmodell og hvilken rolle mellomlederen har spilt i denne prosessen. For å ha et sammenligningsgrunnlag vil vi også intervju mellomledere ved UNN.

Oppgavens problemstilling er ” Hvordan kan man beskrive mellomlederens rolle i store endringsprosesser?”

Intervjuet vil foregå som en samtale med veiledende spørsmål og vil ta ca. 1 time. Vi vil ta opp samtalen med båndopptager/diktafon og siden skrive ut intervjuet. Båndene vil bli destruert etter at prosjektet er avsluttet. Vi vil ikke være ute etter sensitive opplysninger. Vil også informere om at du når som helst under intervjuet kan avbryte, uten å oppgi grunn. Hvis det er ønskelig, kan du få tilbakemelding på resultatet av undersøkelsen i ettertid. På forhånd takk.

Med vennlig hilsen

Anita Kvarsnes og Elin Martinsen

Vedlegg 4**Intervju guide**

- Presentasjon av oss selv og oppgaven.
- Presentasjon av informant: Utdannelse, erfaring (som sykepleier, leder og antall år), hvor er du rekruttert fra og beskriv kort organisasjonen du jobber i? Hvem anser du å være din nærmeste overordnede? Hvilke fordeler/ulemper ser du i forhold til hvor du er rekruttert fra?
- Omlegging til klinikkmodell eller andre store endringsprosesser: Fortell kort hvordan dette har foregått i din enhet.

Lederen sin rolle i endringsprosessen i organisasjonen

1. Har du klare retningslinjer og mål som du jobber etter?
2. Mener du selv at de ansatte i enheten er klar over målene for omorganiseringen?
3. Hva er etter din mening viktig å fokusere på i en endringsprosess?
4. Hvordan får du ansatte med i endringsprosesser?
5. På hvilken måte var de ansatte involvert i prosessen?
6. Kan du gi eksempler?
7. Hvem anser du som din viktigste samarbeidspartner i prosessen?
8. Hvilke utfordringer opplever du i forhold til eventuelle uenigheter innad i enheten når det gjelder omleggingen?
9. Kom gjerne med eksempel
10. Hvordan mener du at ledergruppen ivaretar hverandre?

Mellomleder rollen

1. Hva gir deg motivasjon til å gjennomføre prosessen?
2. Hva mener du er viktig for å skape oppslutning om endringer i enheten?
3. Kunne du selv ta initiativ i prosessen?
4. Hvordan mener du at din tilgjengelighet er for de ansatte?
5. Hva var viktig for deg å få formidlet til de ansatte i endringsprosessen?
6. Hvordan skaffet du deg oversikt over de ansattes reaksjoner på endring?

7. Hvordan håndterte du de ansattes reaksjoner på endring?
8. Hvordan forholder du deg til pålegg som de ansatte er uenig i?
9. Kan du gi eksempler?
10. Har din rolle som leder endret seg i løpet av prosessen?
11. Opplever du selv at du er en aktiv deltaker i ledergruppemøter?
12. Hvor stor beslutningsmyndighet mener du selv at du har?

Lederen sin rolle i kommunikasjon

1. Hvordan mener du at informasjonsflyten var i endringsprosessen?
2. Kan du gi eksempler?
3. Hvilke arenaer har de ansatte for å fremme sine syn?
4. Hvordan ivaretar du de ansattes behov for å bli hørt i en endringsprosess?
5. Hvordan får du et bilde av den uformelle kommunikasjonen i enheten?
6. Kan du gi eksempler?
7. Hvordan tror du dette påvirker gjennomføringen av prosessen?
8. Hvordan fremlegger du for personalet avgjørelser foretatt av ledelsen?
9. Hvordan formidler du de ansattes meninger oppover i systemet?
10. Kan du gi eksempler?
11. Hvordan har kommunikasjonen vært i relasjonen mellom deg og din nærmeste overordnede?

Vedlegg 5**Kvinne/barn-klinikk****Side 106 av 3**
Prosedyrekode:
Gjelder fra:
Revisjon nr.:**Kvalitetssikringssystem, Kvinne/barn-klinikk****Utarbeidet av: Nina Jamissen****Godkjent av:****Revidert av:**

Stillingsbeskrivelse for enhetsleder ved nyfødtintensiv enhet ved Kvinne/barn-klinikk

Stillingsbeskrivelsen er revidert i forbindelse med ny organisasjonsplan ved etablering av Kvinne/barn-klinikk

1. Organisasjonsmessig plassering og kvalifikasjonskrav

- Enhetsleder er direkte underlagt klinikksjef og inngår i klinikkens ledergruppe.
- Enhetsleder er faglig og administrativt overordnet alt personell som er tilsatt ved enheten
- Enhetsleder må ha norsk autorisasjon som sykepleier, og bør i tillegg ha lederutdanning og gode lederegenskaper. Hun må beherske norsk skriftlig og muntlig.

2. Stillingens formål

- Enhetsleder skal sikre kvaliteten og ivareta det faglige ansvaret for utøvelse av sykepleiefaget og den direkte pleie til pasientene og deres pårørende.
- Enhetsleder skal sammen med klinikksjef sørge for en hensiktsmessig kompetansebygging i forhold til brukernes behov og sykehuset og klinikkens målsetting. Herunder planlegge og iverksette opplæringstiltak som har relevans for avdelingens personell.
- Enhetsleder har personal og budsjettansvar og skal sørge for et godt arbeidsmiljø nærmest brukerne.

3. Ansvar og myndighetsområde

- Enhetsleder er ansvarlig for kvaliteten på sykepleietjenesten og har ansvaret for at den sykepleiefaglige standarden er basert på kunnskapsbasert, forskningsbasert og erfaringsbasert sykepleie. Enhetsleder skal følge med i faglig utvikling og påse at enheten innfrir de krav som stilles til god pleiefaglig standard og optimal bruk av ressurser. Tjenesten må til enhver tid være i overenstemmelse med gjeldende lover og forskrifter.
- Enhetsleder er ansvarlig, i samarbeid med ass. enhetsleder og fagutviklingsykepleier, for opplæring av pleiepersonell i enhetens funksjon og virke.
- Har ansvar for å utvikle og vedlikeholde arbeidsmiljø og omgivelser som understøtter den kliniske praksis og omsorgen for brukere og pårørende.
- Skal fremme samarbeid med den medisinske tjeneste, andre faggrupper og ledere.

- Er ansvarlig for kvalitetssikring og kvalitetsvedlikehold i egen enhet og har ansvaret for at enheten har et velfungerende system for internkontroll.

Økonomi og driftsansvar:

- Enhetsleder er resultatansvarlig overfor klinikkjef og skal kunne forklare og dokumentere avvik i forhold til bl.a. ressursbehov.
- Enhetsleder er ansvarlig for planlegging og utarbeidelse av handlingsplaner i overensstemmelse med aktuelle brukerbehov, personellbehov og enhetens overordnede mål.
- Enhetsleder er daglig leder for pleietjenesten og har myndighet i forhold til prioriteringer og budsjettdisponeringer innen godkjente rammer
- Enhetsleder er ansvarlig for at rutiner i forhold til dokumentasjon og journalføring tilfredsstillende gjeldende avtaler og gjennomføres etter faglige normer samt lover og forskrifter.
- Enhetsleder er ansvarlig for at medikamenthåndteringsrutinene følger gjeldende lover og regler.
- Enhetsleder er ansvarlig for pleietjenestens rutiner og prosedyrer og at disse evalueres og forbedres.
- Enhetsleder er ansvarlig for at enheten har informasjonsrutiner som sikrer at de ansatte får den informasjon de har behov for i sitt arbeid, og for gode informasjonsrutiner til omgivelsene.

Personalansvar:

- Enhetsleder har arbeidsgiveransvar for alt personell som er ansatt ved enheten. Det skal legges til rette for veiledning og videreutvikling slik at den enkelte ansatte blir best mulig i stand til å møte brukernes behov.
- Enhetsleder skal veilede nytilsatte i avdelingens verdier og idegrunnlag.
- Enhetsleder har ansvar for rekruttering, intervju og tilsetting av personell.
- Enhetsleder er, sammen med tillitsvalgte, ansvarlig for utarbeidelse av turnusplaner for ansatte ved enheten, og skal sammen med tillitsvalgte sørge for at arbeids- og vaktordninger er tilfredsstillende og oppfyller gjeldende lover og regler. Det samme gjelder turnus for studenter.
- Enhetsleder er ansvarlig for ivaretagelse av utdanningsoppgaver som inkluderer pleiepersonell
- Enhetsleder er ansvarlig for oppfølging av studenter og deres veiledere, og koordinering av studentenes behov for læresteder i henhold til gjeldende studieplan.
- Enhetsleder skal ha regelmessige medarbeidersamtaler med sine ansatte.
- Enhetsleder skal legge til rette for aktiv medbestemmelse for ansatte og samarbeide med

plasstillsvalgte og verneombud i henhold til bestemmelser i AML, interkontroll og gjeldende avtaleverk.

4. Samarbeidsforhold

- Enhetsleder skal samarbeide med andre enhetsledere i foretaket, legetjenesten, plasstillitsvalgte, verneombud og andre avdelinger / enheter i sykehuset, som er nødvendig for driften.
- Enhetsleder har sammen med klinikkssjef og de ansatte ansvar for det samlede arbeidsmiljø og har også ansvar for at arbeidsmiljøkravene ivaretas og innarbeides i driften.
- Enhetsleder skal samarbeide med skoler og institusjoner som har praksisplasser i enheten.

5. Pasientrettigheter

- Enhetsleder skal sørge for at de ansatte er kjent med brukernes rettigheter og klageadgang, og hvem brukerne kan henvises til for å få nødvendig hjelp til å fremme evt. klager.
- Enhetsleder er sammen med klinikkssjef og avdelingens ledergruppe ansvarlig for at pasientskader, nestenuhell og ulykker meldes etter gjeldende regelverk.

6. Kriterier for vurdering av jobbopplyselse

- At måloppnåelse og ressursbruk er i samsvar med enheten, klinikken og sykehusets planer.
- At enheten fungerer serviceorientert og tar tilbakemeldinger fra brukerne på alvor.
- At enheten har evne til å tilpasse seg omstilling og fornyelse
- At enhetens tjenester er tilpasset brukernes behov innenfor de ressurser vi har til disposisjon.
- At enhetsleder bidrar aktivt til samarbeid og felles resultat for klinikken som helhet

7. Forøvrig

- Enhetsleder plikter å holde seg ajour med utviklingen i eget fagområde, ledelse og endringer i lover og regler innenfor eget felt.
- Enhetsleder er ansvarlig for at den kliniske utøvelsen av faget skjer i overensstemmelse med yrkesetiske retningslinjer
- Andre arbeidsoppgaver og ansvarsområder innen den enkelte enhet og avdeling kan tillegges enhetsleder som tillegg til denne stillingsbeskrivelse