

*”fjernledelse fungerer greit når det e
røde roser og morsdag hver dag”*

**I spenningsfeltet mellom nærhet og fjernhet – en studie
fra Vesterålen**

BE311E Masteroppgave vår 2012

Av Trine P Haugen

AVSTANDSOVERSIKT FRA VESTERÅLEN TIL DE ANDRE TO SYKEHUSENE I HENHOLDSVIS HÅLOGALANDSSYKEHUSET HF OG I NORDLANDSSYKEHUSET HF

Hålogalandssykehuset:

Stokmarknes – Harstad: ca 170 km

Stokmarknes – Narvik: ca 300 km

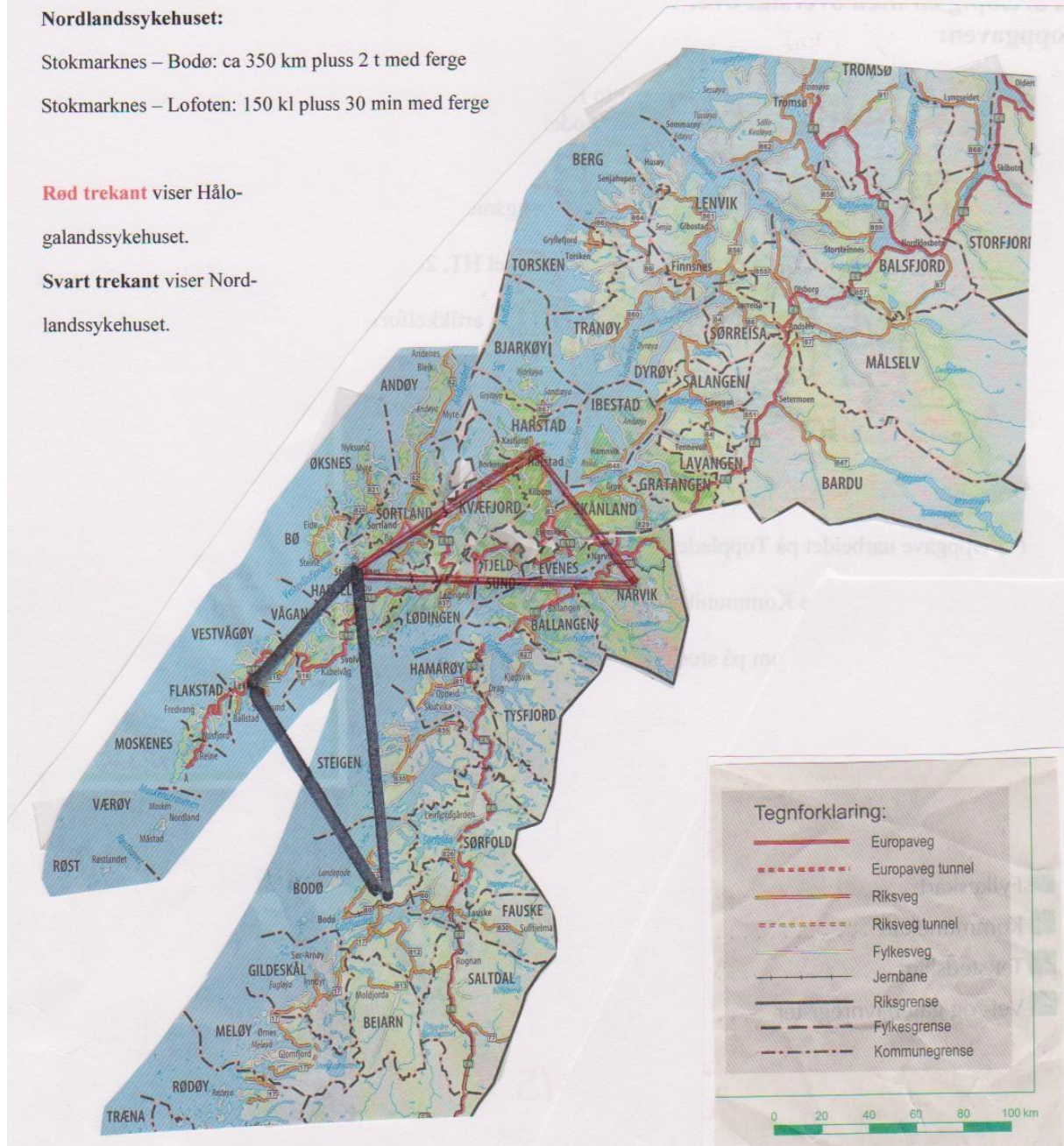
Nordlandssykehuset:

Stokmarknes – Bodø: ca 350 km pluss 2 t med ferge

Stokmarknes – Lofoten: 150 kl pluss 30 min med ferge

Rød trekant viser Hålogalandssykehuset.

Svart trekant viser Nordlandssykehuset.



Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som en del av MBA utdanningen ved Universitetet i Nordland. Oppgaven er blitt skrevet våren 2012 og har vært en krevende men svært lærerik prosess for meg. Temaet ble valgt med bakgrunn i midt engasjement og interesse for de ulike organiseringene sykehuset har vært en del av gjennom årene.

Vilkår for ledelse i sykehus er et stort og komplekst forskningsfelt og jeg har her valgt et begrenset område som står meg veldig nært, med de fordeler og ulemper det medfører. Konsekvensene av Odelstingsproposisjon nr 66, 2000 - 2001 "Lov om helseforetak av 2001" har medført store endringer på mange felt på forholdsvis få år. Som en sentral leder i Vesterålen gjennom disse årene har prosessen rundt denne forskningsstudien vært både avklarende og befriende med hensyn til å bearbeide en opplevelsrik periode.

Mandag 30. mai 2012 markerte Nordlandssykehuset inngangen til en ny epoke som tilbyr av sykehustjenester i Vesterålen da grunnsteinen i det nye sykehuset ble lagt ned av Regi- onrådsleder i Vesterålen og ordfører i Bø kommune, Sture Pedersen. Her var innbudte fra det politiske Vesterålen, representanter fra regionalt Helse Nord nivå og et stort oppbud av lokal og sentral ledelse i Nordlandssykehuset. Øyeblikket var stemningsfullt og fremtidsrettet og ble et "øyeblikk" til å ta med seg videre i hverdagens utfordringer.

I arbeidet med denne oppgaven har det til tider vært krevende å være familie med mange ettermiddager foran pc`n , så takk til deres tålmodighet. Jeg har også hatt stor nytte og glede av mange inspirerende innspill og veiledning fra min veileder professor Inger Johanne Pettersen.

Stor takk til mine kollegaer som satte av tid til intervju, det er en utfordring å skulle reflektere over en så lang periode i løpet av rimelig kort tid. Men deres innspill er min hovedempiri og har dermed gitt meg et betydningsfullt bidrag til oppgaven. Takk til dere alle tre!

Sortland i Vesterålen, 10. juni 2012

Trine P Haugen

Sammendrag

Temaet for denne oppgaven er ledelseskontekst rundt ledere i sykehus etter helseforetaksreformen 2002 og frem til i dag. Studien analyserer endringer av rammevilkår rundt ledere i Vesterålen og den baseres på et utvalg empiri og intervju av sentrale ledere i Vesterålen. Målet med oppgaven er å analysere hvordan endringer påvirker ledere og deres opplevelse av autentisitet gjennom perioden.

Følgende hovedfunn ble gjort:

- Organisatoriske endringer har ført til lokalt bortfall av toppledelse og beslutningsmyndighet samt bortfall av nær og uformell kommunikasjon gjennom perioden. Sterkest angis dette etter klinikkorganiseringen av Nordlandssykehuset
- Det angis en felles utvikling fra dyp mot grunn autentisitet frem til klinikkorganiseringen av Nordlandssykehuset.
- Tre av fire ledere i Vesterålen har en opplevelse av grunn autentisitet pr i dag.

Studien viser en utvikling fra en ledelseshverdag med god kommunikasjon opp mot toppledelse og beslutningsmyndighet til en dekket tilstand der beslutninger tas av en toppledelse geografisk borte fra Vesterålen. Lite utbygde telekommunikative løsninger fører til at lokale lederne pr i dag opplever å være dårlig informert om sentrale forhold i Nordlandssykehuset. Dette preger den enkelte leder sin oppfatning av egen autentisitet.

Abstract

The purpose of this thesis is to study the context around leaders in hospitals after the healthcare reform in 2002, up to the present day. The study analyzing the changes of parameters around leaders in Nordlandssykehuset Vesterålen, and it is based on empirical data and interviews with key leaders in Vesterålen. The aim of the thesis is to analyze how changes affect the leaders and their experience of authenticity, during the period.

The main findings:

- Organizational changes have led to loss of senior management and decisionmaking authority, as well as close communication during the period. This is strongest identified after the organization of the hospital into 8 clinics in 2010.
- I found a common development from deep authenticity to basic authenticity until the organization of the hospital in to clinics.
- Three out of four leaders in Vesterålen experience basic authenticity today.

The study shows a development from a management characterized by good communication network with the top management and the decisionmaking authority, to a decoupled state where decisions are made by a topmanagement distant from Vesterålen. Poorly developed solutions regarding telecommunications makes local leaders feel themselves not informed about matters of importance. This affects each leaders perception of authenticity.

Liste over vedlegg og figurer

Figur 1: Ledelse og beslutningsmyndighet i Vesterålen	18
Figur 2: Intervjustatistikk.....	21
Figur 3: Milepælsoversikt 2002 – 2012.....	29
Figur 4: Fremstilling av empiriske data opp mot Mintzberg sine organisasjonsmodeller med rammevilkårsendringer og autentisitetst vurderinger.....	48

---- * ----

Vedlegg 1: Intervjuguide.....	52
Vedlegg 2: Vedlegg til intervjuguide.....	62
Vedlegg 3 Søknad om tillatelse for intervju.....	65
Vedlegg 4: Erklæring om tillatelse for bruk av datamateriale.....	66

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	9
1.1 Fra tema til problemstilling.....	9
1.2 Forsknings spørsmål.....	9
1.3 Sentrale begrep i oppgaven.....	10
1.4 Avgrensning av oppgave.....	10
1.5 Oppgavens struktur.....	10
2.0 Teori	12
2.1 Organisasjonsstruktur.....	12
2.2 Ledelse i organisasjoner.....	13
2.3 Beslutningsmyndighet.....	14
2.4 Kommunikasjon i organisasjoner.....	15
2.5 Etikk og ledelse.....	16
2.6 Oppsummering av teorikapittel.....	18
3.0 Metode	19
3.1 Valg av metode.....	19
3.2 Validitet og reliabilitet.....	20
3.3 Innsamling og analyse av data.....	21
3.4 Forskningsetiske vurderinger.....	23
4.0 Empiri	24
4.1 Annen empiri.....	24
4.1.1 Lokalsykehuset Vesterålen pr 2001.....	24
4.1.2 Evaluering av Hålogalandssykehusets foretaksmodell.....	25
4.1.3 Styresak 52/2008; Vedtak om Klinikkorganisering av Nordlandssykehuset.....	26
4.1.4 Koordineringsmøter i Vesterålen.....	26
4.2 Organisering og struktur av sykehuset i Vesterålen 2002-2012.....	27
4.3 Ledelse og beslutningsmyndighet av Vesterålen 2002-2012.....	30
4.4 Kommunikasjon og samhandling på ledernivå.....	32
4.4.1 Kommunikasjon og samhandling med nærmeste leder.....	32
4.4.2 Kommunikasjon og samhandling med lederkollegaer Lokalt.....	33
4.4.3 Kommunikasjon med toppledelsen.....	33
4.5 Lederes opplevelse av autentisitet.....	35
4.5.1 Autentisitet frem til klinikkorganiseringen.....	35
4.5.2 Lederes opplevelse av autentisitet i dag.....	37
4.6 Oppsummering av hovedfunn.....	38
5.0 Analyse	39
5.1 Organisering og struktur.....	39
5.1.1 Lokalsykehusperioden.....	39
5.1.2 Hålogalandssykehusperioden.....	39
5.1.3 Nordlandssykehuset.....	40
5.2 Ledelse og beslutningsmyndighet i Vesterålen.....	41

5.3 Kommunikasjon og samhandling på ledernivå.....	42
5.3.1 Lokalsykehuset i Vesterålen før helseforetaksorganiseringen.....	42
5.3.2 Hålogalandssykehusperioden.....	42
5.3.3 Nordlandssykehuset.....	43
5.4 Lederes oppfatning av autenticitet	45
5.4.1 Autenticitet frem til i dag.....	45
5.4.2 Autenticitet i Vesterålen pr i dag.....	46
5.5 Oppsummering.....	47
6.0 Konklusjoner med forslag til nye forskningsoppgaver.....	50
Litteraturliste.....	51

1.0 Innledning

1.1 Fra tema til problemstilling

Konteksten for oppgaven er ledelse i sykehus etter helseforetaksreformen i 2001 (Lov om helseforetak, (Odelstingsproposisjon nr 66, 2000 - 2001). Her vil jeg studere sammenhengen mellom organisasjonsendringer og opplevelse av egen autentisitet slik lederne i Vesterålen har opplevd dette gjennom perioden.

Jeg har som leder på samme geografiske sted fra 1992 mange års erfaringer med ulike organiseringer. Jeg har dermed relevant erfaringer fra alle de organisasjonsendringene som sykehuset har vært en del av gjennom perioden. Jeg vil da kunne belyse oppgaven med min egen erfaringsbaserte praksis og refleksjoner.

Det er tidligere ikke forsket på hvordan ledere opplever sin lederhverdag når det gjennom flere år er gjennomført ulike organisatoriske endringer. Forholdene rundt meg i min ledelsehverdag påvirker meg i min ledergjerning. Det påvirker meg som leder og person, identitet som individ og som en del av en større helhet. For å undersøke om mine egne erfaringer og oppfatning av virkeligheten har relevans som er overførbart til andre har jeg innhentet data gjennom intervju av lederkollegaer her i Vesterålen.

1.2 Forskningsspørsmål

Hensikten med masteroppgaven er å belyse de ulike endringer av rammevilkår som er gjennomført i perioden 2002 til 2012. Rammevilkårene som her blir belyst er struktur og organisering, ledelse og beslutningsmyndighet samt kommunikasjon og samhandling. Deretter ønsker jeg å belyse de konsekvenser dette har for den enkeltes leder sin opplevelse vedrørende egen identitet og autentisitet. Jeg har derfor formulert følgende forskningsspørsmål:

Hvordan opplever ledere at rammevilkårene for lederskap har endret seg etter helseforetaksreformen i 2001 og frem til i dag? En studie fra sykehuset i Vesterålen.

Oppgaven velges belyst gjennom følgende antagelser for å studere forskningsspørsmålet:

- Organisasjonen i Vesterålen har vært gjennom ulike former for organisasjonsmodeller gjennom periodene frem til den vi har i dag.

- Lederne i Vesterålen er gjennom periodene blitt mer fjern fra både ledelse og beslutningsmyndighet.
- Kommunikasjon og samhandling har gjennom periodene gått fra tett og nær til ”telekommunikativ” og fjern.
- Disse endringene av rammevilkårene rundt mellomlederne i Vesterålen antas å virke inn på den enkelte leders opplevelse av egen ledelseshverdag.

1.3 Sentrale begreper i problemstillingen

Mitt forskningsspørsmål krever definering av følgende begrep:

Rammevilkår definerer jeg som organisasjonsstruktur og kommunikasjonsprosess, ledelse og beslutningsmyndighet. Som ledere i Vesterålen inkluderer jeg alle somatiske avdelingsledere i sykehusområdet i Vesterålen. Lederskap defineres ut fra den kontekst som lederskap blir utøvet i. Sykehuset i Vesterålen har hatt ulike betegnelser gjennom perioden fra før helseforetaksreformen og frem til i dag. Frem til 2002 var betegnelsen lokalsykehuset Stokmarknes, deretter ble sykehuset betegnet som ”divisjon Vesterålen” i hålogalandssykehusperioden. I Nordlandssykehuset ble Vesterålen i perioden før klinikkorganiseringen betegnet som ”Nordlandssykehuset, lokalsykehuset Vesterålen”. Etter klinikkorganiseringen blir avdelingene i Vesterålen betegnet ut fra hvilken av de 8 klinikkene en tilhører som for eksempel: Nordlandssykehuset, akuttmedisinsk klinikk avdeling Vesterålen, enhet for felles intensiv og legevakt.

1.4 Avgrensninger for oppgaven

Jeg vil gjøre følgende avgrensninger av problemstillingen: Vurderinger og skisseringer er sett ut fra mellomledernivået i det somatiske Vesterålen, her inkludert lokal direktør. Det vil være andre vilkår som kunne være like relevante for å beskrive endringer i kontekst for ledelse, men jeg har valgt disse. Jeg vil også avgrense oppgaven til å bruke ledere med samme erfaringsbakgrunn som jeg og som er i organisasjonen pr i dag. Dette medfører at oppgaven kan ha mistet innspill fra ledere som har valgt å forlate organisasjonen. Kildematerialet for å løse oppgaven vil være teori som vi har gjennomgått i løpet av studiet, samt forelesningsnotater og artikler, relevante rapporter og referater samt intervjumateriale.

1.4 Oppgavens struktur

I oppgavens første del skisseres de organisatoriske endringene i Vesterålen periode for periode, i en milepælsoversikt. Lokal organisering settes opp mot kjente teoretiske organisasjons-

modeller som gir et bilde på hvilke modeller ledere i Vesterålen har vært og er en del av. Her gir jeg også en beskrivelse av hvor ledelse og beslutningsmyndighet har befunnet seg gjennom periodene. Beskrivelsen baserer seg på vurderinger av nær kontra fjern relasjon sett ut fra Lederne i Vesterålens sitt ståsted.

Jeg har brukt en milepælsoversikt for å dele forskningsperioden inn i tre hovedperioder. Disse periodene er utgangspunkt for endringene av rammevilkårene som det vises til. Jeg har formulert tre antagelser som jeg ønsker å belyse gjennom empiri, intervjudata og annen relevant teori. Relevant teori vil bli presentert i et eget kapittel. Metodekapittelet vil utdype valgte forskningsmetode, avklare innebygde svakheter og forskningsetiske dilemmaer. Empirikapittelet vil inneholde data fra intervjuene samt funn fra relevante rapporter og evalueringer. I analysekapittelet ses hovedfunn og annen empiri opp mot valgt teori. Siste kapittelet vil ta for seg konklusjoner og vise andre mulige forskningsoppgaver.

2.0 Teori

For å studere rammevilkår rundt lederne i Vesterålen har jeg valgt å bruke teorier fra Jacobsen og Thorsvik (2010) som beskriver organisasjonsstruktur, ledelse, beslutningsmyndighet og kommunikasjon.

Jeg velger å bruke teori fra Charles Taylor sin bok ”Autentisitetens etikk” (1998) for å beskrive en etisk dimensjon. Han beskriver en innfallsvinkel for å forstå det moderne menneske og de verdiene som individet identifiserer seg med og som også er en del av den enkeltes identitet. For å belyse ledelse har jeg valgt å bruke en artikkel av Ims og Jakobsen (2010) som omhandler det forfattere mener er et vesentlig behov for at ledere pr i dag innehar både selvforståelse og virkelighetsforståelse for å kunne håndtere de store utfordringene som en står over for i dagens samfunn.

2.1 Organisasjonsstruktur

Organisasjonsstruktur kan betegnes som organisasjonens skjelett som viser hvordan organisasjonen henger sammen, samt hvordan det er tenkt å fungere for de menneskene som jobber der. Organisasjonsstruktur er viktig for å kunne få de forskjellige individene i en organisasjon til å samhandle best mulig. Organisasjonsstrukturens virkning på den enkeltes adferd kan generelt deles inn i tre deler: fokus, koordinering og stabilitet.

I Jakobsen og Thorsvik (2010:87) viser forfatterne til Henry Mintzberg som skisserer et sett empiriske observasjoner der organisasjoner har ulike formelle strukturer. Mintzberg presenterer et bilde av organisasjoner der alle organisasjonene i varierende grad, består av 5 hoveddeler. Disse hoveddelene er: operativ kjerne, en mellomledelse, en toppledelse, en teknostruktur og en støttestruktur. Her er operativ kjerne, mellomledelse og toppledelsen det vi kaller linjeledelsen, mens teknostruktur og støttestruktur er stabsfunksjoner.

Mintzberg skisserer ulike modeller der disse 5 elementene antar ulik størrelse og betydning: entreprenørorganiseringen, maskinbyråkratiet, det profesjonelle byråkratiet, den innovative organisasjonen og til den divisjonaliserte organisasjonen. Sett ut fra en sykehusorganisasjon vil det beskrives slik: I den operative kjernen finner man de ansatte som jobber direkte inn mot pasientbehandling og pleie, mellomledelsen er de lederne som befinner seg mellom de

nærmeste linjelederne med personalansvar og toppledelsen. Oppgavene er blant annet å formidle informasjon oppover og nedover i systemene, samt føre tilsyn med og koordinere produksjonen. Toppledelsen i sykehuset er direktøren som har det øverste administrative ansvaret. Teknostrukturen som består av personal, økonomi/regnskap, IKT, og teknisk personell er personell som ikke er direkte med i selve produksjonen men som utformer, legger til rette, lærer opp og fører kontroll med driften. Støttestrukturen som bla består av rengjøring, kantinedrift, sentralbord og lønnsutbetaling er strukturer som er nødvendig for at organisasjonen skal fungere. Jeg presentere her tre av Mintzberg sine modeller:

Det profesjonelle byråkratiet kjennetegnes med profesjonalisering der de ansatte i den operative kjernen er tildelt mye beslutningsmyndighet samt handlefrihet i det daglige arbeid. Beslutningsmyndigheten kan desentraliseres da den operative kjernen består av profesjonelle dedikerte yrkesutøvere som innehar spisskompetanse for å løse de pålagte arbeidsoppgavene.

Den divisjonaliserte organisasjonen kjennetegnes ved at de ulike avdelingene også kaldt divisjoner, er koordinert og styrt. Ulike avdelinger er samlet under en ledelse og skal koordineres gjennom felles regler og hierarkisk kontroll. Disse er i all hovedsak uavhengig av hverandre (på norsk kalt konsernstruktur). Drifter ofte som egne bedrifter der divisjonslederne er delegert beslutningsmyndighet samt resultatansvar, ofte med egne styrever. Kompleks struktur forsøkes koordinert gjennom målstyring og sterk resultatevaluering.

Maskinbyråkratiet kjennetegnes ved en horisontal arbeidsdeling og spesialisering samt uttrakt bruk av regler og prosedyrer. Maskinbyråkratiet kjennetegnes ellers av sentralisert beslutningsmyndighet og høy grad av formalisering som vises gjennom skriftlige regler og prosedyrer, høy grad av teknostruktur og mye administrasjon for å få utarbeidet regler samt sørge for at de blir fulgt.

2.2 Ledelse i organisasjoner

I Jakobsen og Thorsvik (2010) finner vi følgende: ”Ledelse er en spesiell adferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdninger og adferd”.

(Jakobsen et al. 2010:381) Innenfor en organisasjon vil ledelse kunne defineres som å få andre til å arbeide for å realisere bestemte mål, motivere andre til å yte mer samt få dem til å trives i arbeidet. Dette viser at ledelse først og fremst er en prosess mellom mennesker. Ledelse og administrasjon er ofte to begreper som brukes sammen. Administrasjon kan beskrives som å

fokusere på produksjon der det å løse problemer på en effektiv måte, der atferd beskrives som veiledning, tilbakemeldinger og støtte. Ledelse beskrives som å skape visjoner, fylle virksomheten med mening og lage generelle retningslinjer for hvordan organisasjonen skal utvikle seg.

2.3 Beslutningsmyndighet

I følge Jakobsen og Thorsvik beskrives en beslutning som: ”et valg mellom ulike alternativer der valget innebærer en forpliktelse til handling”. En beslutningsprosess kan betraktes som en sammensetning av tre separate faser:

Innsamling av informasjon → Prioritering/Beslutning → Iverksetting

(Jakobsen et al, 2010:279 fig 9.1)

Beslutningsmyndighet i en organisasjon vil være avhengig av hvilken posisjon en har, hvilke mål vedkommende skal realisere, hvilke regler og prosedyrer som er gitt samt de kulturelle føringene. I en organisasjon med en formell struktur vil arbeids og ansvarsområde være gitt ut fra hvilken posisjon en innehar. Dette gir den enkelte en prioriteringsveiledning for hva han skal konsentrere seg om. Struktur definerer også ulike beslutningsprosedyrer som skal benyttes for å komme frem til vedtak der disse beslutningsprosedyrene ofte dannes på bakgrunn av rutiner og regler. Dess flere regler en organisasjon har, jo større innslag er det trolig av regelstyrte beslutninger.

Kollektive beslutninger som vanskelig kan avgjøres på et lavere nivå blir flyttet opp på et høyere nivå i hierarkiet. Jo mer kompliserte og spisse disse organisasjonene er dess høyere opp må en for å få avklaringer og beslutninger . Gråsoner er situasjoner der et problem vanskelig lar seg plassere hos noen konkret og ingen er direkte interessert i å ta tak i eller løse problemet. Det kan være uenighet mht mål, strategier eller hvilke tiltak som skal settes i verk. Spørsmålet om fordeling og plassering av beslutningsansvar har alltid vært et sentralt spørsmål i organisasjoner (Jakobsen et al. 2010:80).

I enhver organisasjon må graden av sentralisering eller desentralisering mht beslutningsmyndighet vurderes ut fra hvilke fordeler og ulemper dette gir organisasjonen som helhet. Ofte vil beslutningsmyndigheten variere fra område til område i en organisasjon.

2.4 Kommunikasjon i organisasjoner

”Kommunikasjon er den prosessen der personer eller grupper sender eller utveksler informasjon, der menneskelige handlinger ikke bare dreier seg om fornuftig tenkning men kanskje like mye motivert av sterke følelser” (Jacobsen et al 2010 :251). Videre sier forfatterne at i en kommunikasjonsprosessen er det en bestemt rekke av handlinger som overføres fra en sender til en mottaker. Valg av kommunikasjonskanal forteller oss om hvilke muligheter en har for å formidle en ”rik” informasjon (dvs. bl.a.: se og høre hverandre, mulighet til direkte å kunne gi tilbakemeldinger). Brev, e-post og formelle rapporter er kanaler som i liten grad formidler rik informasjon, mens ansikt til ansiktssamtaler, videokonferanser og telefonsamtaler i høy grad vil være formidlere av rik informasjon. Flere studier av kommunikasjonsprosesser i organisasjoner viser at de aller fleste helst vil bruke ansikt til ansiktskommunikasjon når budskapet er komplekst eller på annen måte lett kan missoppfattes (Jacobsen et al., 2010).

Uformell kommunikasjon foregår kontinuerlig der medarbeidere møtes over kaffekoppen, ved kopimaskinen, før morgenrapporten, før og etter møter. Mulighetene er utallige og sentrale temaer kan være ting som skjer, ting som ikke skjer og sist men ikke minst når personalet debatterer sine ledere. Ved å formidle informasjon uformelt skapes engasjement og motivasjon blant medarbeiderne. Spesielt ved nye begivenheter og endringer kan dette være en måte å skape entusiasme og endringsfokus.

I Jakobsen og Thorsvik (2010) kan man lese hva organisasjonen går glipp av når der ikke er rom for uformelle kommunikasjon. Man mister utvikling av sosiale relasjoner, oppvekst av tillit, sosialisering inn i nye miljøer, inkludering som hvem skal være ”en av oss”, utvikling av felles sosial identitet for å utvikle en kollektiv fortolkning av hva som skjer og fremmer til læring. Lederes ”gjøren og laden” blir ofte tolket i den uformelle kommunikasjonen samt at leders mandat for ledelse blir ”gitt” dem.

I Jakobsen og Thorsvik (2010:269 fig 8.5) vises det til tre av de mest kjente kommunikasjonsnettverkene som er fremkommet etter analyser av grupper på fem personer: ”sirkelen”, ”hjulet” og ”alle kanaler”. ”Hjulet” er et eksempel på et sentralisert kommunikasjonsnettverk fordi et medlem i gruppa (navet) er mer sentralt i kommunikasjonen enn de andre. ”Sirkelen” og ”alle kanaler” er eksempler på desentraliserte nettverk fordi ingen personer har en mer sentral posisjon enn de andre. Forskjellen mellom disse to er at i ”sirkelen” kan det enkelte medlem

bare kommunisere med en eller begge naboene, mens i ”alle kanaler” kan hvert medlem i gruppen kommunisere med alle andre.

I Jakobsen og Thorsvik (2010:270 fig 8.6) vises fire ulike kommunikasjonsroller som ansatte kan inneha som kan være av strategisk betydning for kommunikasjonen i organisasjoner. Disse fire betegnes som ”dørvakt”, ”kosmopolitt”, ”liaison” og ”opinionslederen”. Dørvakta filter og definerer kommunikasjon som relevant for å forhindre unødig belastning for de andre, der liaisonrollen kan defineres som en sambandsoffiser eller et forbindelsesledd. Opinionslederen har en dominerende posisjon i organisasjonen, mens personer med et særlig ansvar for å ta seg av organisasjonens relasjoner til omgivelsene kalles kosmopolitter.

IKT løsninger og kommunikasjon: Vi har gått fra en enkel og oversiktlig kommunikasjonsarena med brev, rapporter, telefon og ansikt-til-ansiktsmøter til en ”IKT-revolusjon”. Der nye muligheter som e-post, chat, felles databaser, nettmøter, video og telefonkonferanser plasserer seg mellom skriftlig kommunikasjon og ansikt-til-ansiktsmøter. Her gir teknologien det moderne menneske muligheter til å kommunisere uten å ta hensyn til tid og rom.

2.5 Etikk og Ledelse

Ordet etikk stammer fra det greske ordet ”ethos” som betyr holdning eller karakter. Ordet autentisitet kommer fra gresk og betyr ekthet. Charles Taylor uttrykker i sin bok ”Autentisitetens etikk” (1998) et ønske om å restaurere Autentisitet som moralsk ideal hvor sosiale relasjoner og motiver utenfor individet er grunnleggende viktig. Taylors innfallsvinkel er å forstå det moderne menneske og forstå de verdiene som individet identifiserer seg med og som også er en del av den enkeltes identitet.

Taylor sier ”det generelle trekket med menneskelivet er dets fundamentale dialogiske karakter” Taylor(1998:45). Det er gjennom dialogen med andre mennesker at vi blir i stand til å forstå oss selv og dermed definere en egen identitet. I motsetning til et ideal som sier at kun ved å frigjøre oss mest mulig fra andre menneskers innflytelse skaper vi vår egen identitet, mener Taylor at det nettopp er gjennom dialogen og fellesskapet med andre at det dannes og opprettholdes en identitet. Videre er det et sant menneskelig trekk at identitet utvikles gjennom dialog med andre.

”Lederen, ledelse og autentisitet” er en artikkel av professorene Knut Ims og Ove Jakobsen fra 2010, som omhandler det forfattere mener er et vesentlig behov for at dagens ledere innehar selvforståelse og virkelighetsforståelse for å kunne håndtere de store utfordringene som en står ovenfor i dagens samfunn. Her kommer begrepet autentisitet inn og artikkelforfatterne konstaterer at begrepet har fått økt oppmerksomhet innenfor ledelse og bedriftsutvikling, ”god ledelse dypest sett blir et spørsmål om lederens autentisitet” og viser til ”motet å være sann mot seg selv innenfor en horisont av viktige verdier”.

Artikkelforfatterne skiller mellom to vurderinger. Grunn autentisitet er en selvforståelse der individet blant annet oppfatter seg selv som autonomt og uavhengig av andre. Dyp autentisitet oppnår en ved at individet oppfatter seg selv som en integrert del av en større sammenheng og forutsetter en organisk virkelighetsoppfattning der alle levende vesener inngår i dynamiske nettverk. Her viser artikkelforfatterne til både den engelske filosofen Alfred North Whiteheads, og til vår egen norske filosof Alfred Næss. Begge disse filosofene understreker at virkeligheten er å betrakte som en levende organisme der alle deler virker sammen i et integrert samspill og der alt er i stadig forandring. Videre leses: ”Ledere kan ikke utvikle dyp autentisitet uten at de opplever en sammenheng mellom de arbeidsoppgavene de utfører, bedriftens mål, samfunnets overordnede verdier og de økosystemene aktivitetene inngår i. Det vil si at dyp autentisitet er forankret i vår bevissthet om sammenhengen mellom oss selv som individ, som organisasjons og samfunnsmedlem og som del av naturen”.

I overensstemmelse med aristotelisk etikk mener artikkelforfatterne at den beste måten å utvikle vår selvforståelse og utvikling av dyp autentisitet på går gjennom dialogbasert refleksjon over egen praksis. Artikkelen viser her til den greske filosofen Sokrates sitt viktigste motto: ”kjenn deg selv! Forstå deg selv”! Artikkelforfatterne viser også til Charles Taylor som mener at vi må delta i kommunikativ dialoger med omgivelsene for å utvikle dypere verdier og normer. Sterke vurderinger kjennetegnes i følge Taylor av at vi er i stand til ikke bare å finne ut hva vi ønsker men også å trenge inn i spørsmålet om det vi ønsker er ønskverdig. Det å utvikle og etablere arenaer for kommunikativ samhandling samt å tillate åpen og kritisk dialog, blir dermed sentrale elementer i prosessen frem mot dyp autentisitet hos ledere. Artikkelforfatterne avslutter ved å hevde at artikkelen gir et godt belegg for å hevde at ledere med dyp autentisitet er bedre rustet til å møte de komplekse og globale utfordringene og endringene som næringsliv og offentlig forvaltning i økende grad blir konfrontert med. Med utgangspunkt i en organisk virkelighetsforståelse utvides ansvarsfølelsen og ansvarshorisonten radikalt.

2.6 Oppsummering av teorikapittel

Jeg har her valgt teori som kan være med å belyse mine antagelser og besvare mitt forsknings-spørsmål. Jeg viser til figur 1 som sammenstiller ledelse og beslutningsmyndighet i Vesterålen. I denne figuren kan man gå inn på hvilket som helst tidspunkt mellom 2002 og 2012 og vurdere disse rammevilkårene opp mot nær og fjern.

Min antagelse om lokale ledere i Vesterålen sitt forhold til toppledelse og beslutningsmyndighet var at før helseforetaksreformen var både toppledelse og beslutningsmyndighet til stede (nær) i Vesterålen. Deretter var min antagelse at dette forholdet endret seg både vannrett og loddrett utover i perioden. Med bakgrunn i de endringene av geografiske avstand som lederne i Vesterålen har hatt til disse rammevilkårene fra 2002 frem til i dag, vil dette kunne betegnes gjennom vurderinger av nært og fjernt.

Figur 1: Ledelse og beslutningsmyndighet i vesterålen

Ledelse ->

	1	2	3	4	5
1	Pr 2001				
2					
3					
4					
5					

Be-
slutnings-
myndighet.

Jo lengre til høyre en kommer vannrett i figuren, jo fjernere er ledelse. Dess lengre ned en kommer i figuren loddrett, jo fjernere er beslutningsmyndighet.

1 = nær 2 = ganske nær 3 = uavklart 4 = ganske fjern 5 = fjern

Vurderingen av nærhet kontra fjernhet med hensyn til disse rammevilkårene blir også brukt i empiri og analysekapittelet og videre trekkes dette inn i for å belyse autentisitet og identitet.

3.0 Metode

3.1 Valg av Metode

Min ontologi er knyttet til min arbeidshverdag som mellomleder ved et lokalsykehus i et helseforetak. Mitt verdigrunnlag er utviklet gjennom mange års erfaring som leder og knyttet til min fagutdanning som sykepleier og leder. Som mangeårig leder ved et lokalsykehus vil min ontologi være preget av mine subjektive erfaringer. Ved å bruke mine egne erfaringer sammen med annen innhentet empiri og data er målet å kunne belyse de ulike forsknings-spørsmålene i oppgaven på en interessant måte. For å studere om mine egne erfaringer og oppfatning av virkeligheten har en mer generell lovmessighet, innhentes det data gjennom kvalitative intervju av lederkollegaer her i Vesterålen. Oppgaven belyser utvalgte antagelser som er fremsatt på bakgrunn av mine erfaringer.

Min egen rolle i undersøkelsen er basert på ”åpen deltagelse” (Johannessen m.fl 2011) i feltet som studeres. I all hovedsak er det rollen Observerende deltaker som brukes her, der jeg som forsker er en del av miljøet som studeres og deltar i den ordinære samhandlingen mellom aktørene. Forskingen er åpen og de andre deltakerne er kjent med min status som forsker. Jeg har også latt meg selv bli intervjuet av en annen og har brukt dette i analysekapittelet. Dette for bedre å kunne intervju de andre og for lettere å kunne sammenstille mine og innformantenes vurderinger.

Ved å bruke innspill fra andre gjennom referater fra ulike møter sammen med uttalelser gitt i andre evalueringssammenhenger og rapporter, vil jeg kunne definer meg som fullstendig deltaker. Dette fordi aktørene ikke visste at disse uttalelsene senere vil bli gjenstand for forskning. Jeg velger her en induktiv tilnærming fra empiri til teori som i korthet går ut på at man trekker slutninger fra det spesielle til det mer allmenne (Johannessen m.fl 2011).

Jeg har med bakgrunn i egen vurdering av de organisatoriske endringene sammen med konkrete organisatoriske trekk (teori), utledet en milepælsoversikt (fig 3) som skisserer organisatoriske forhold i Vesterålen gjennom hele perioden. Videre beskriver jeg tre antagelser som vil være bakgrunn for analysen av data fra kvalitative intervjuer sammen med annen empiri og teori. Jeg har derfor beskrevet følgende antagelser:

- Både ledelse og beslutningsmyndighet er blitt mer og mer fjern fra lederne i Vesterålen gjennom milepælens perioder frem til der vi er i dag.
- Forholdene for kommunikasjon og samhandling har gått fra å være tette og nære i lokalsykehuset i Vesterålen til formelt og fjernt i Nordlandssykehuset pr i dag.
- Endringene av rammevilkår rundt mellomlederne i Vesterålen virker inn på den enkelte leders oppfatning av egen ledelseshverdag og at dette kan beskrives gjennom refleksjoner rundt informantenes opplevelse av egen autentisitet.

For å belyse problemstillingen settes intervjudata og data fra annen empiri og teori opp mot mine antagelser. Slik kan jeg drøfte antagelsenes allmenne holdbarhet. Datainnsamling er gjort ved at empirisk data er hentet fra ulike referater, rapporter og dybdeintervjuer gjennomført med tre informanter. Deretter drøftes empiriske funn opp mot valgt teori.

3.2 Validitet og reliabilitet

I følge Johannessen m fl. 2011, er krav om reliabilitet innenfor kvalitativ forskning lite hensiktsmessig. Dette fordi det oftest blir brukt semistrukturerte intervjuer noe som også er tilfelle i min oppgave. Reliabilitet går ut på å sikre at innhenting av data er gjort på en slik måte at dataene er til å stole på. For å forsikre at informantene i best mulig grad er inneforstått med hva jeg er ute etter å få svar på, har jeg lagt ved en bredere beskrivelse av de begrepene som spørsmålene i intervjuguiden er utarbeidet rundt. Dette ble tilsendt informantene sammen med intervjuguiden.

Oppgavens validitet er ”i hvilken grad forskerens fremgangsmåte og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten” (Johannessen m fl 2011:73). Dette mener jeg blir ivaretatt både gjennom mine valg av informanter og oppbygging av intervjuguide. Det krever også ekstra oppmerksomhet rundt dilemmaer der den enkelte informants anonymitet må vektlegges opp mot lett gjenkjennbare forhold.

Vedrørende strategisk utvalg av informanter for å belyse mitt forskningsspørsmål mener jeg at utvalget er relevant, fordi forutsetninger for å belyse ledere i Vesterålen sine opplevelser av lokalt lederskap er oppfylt. Forhold som erfaring fra alle tre periodene samt lederstilling pr i

dag er vektlagt. Her er det viktig at jeg er oppmerksom på min egen rolle under intervjuene, da det vil kreve aktpågivenhet fra meg som intervjuer for å forhindre at mine oppfatninger og refleksjoner influerer på informantene.

3.3 Innsamling og analyse av data

To av intervjuene er foretatt på mitt kontor der det var størst mulighet for ro rundt intervjuene. Det tredje intervjuet lot seg ikke gjennomføre slik som for de to andre og jeg valgte derfor å intervju informant pr telefon etter at han hadde fått tilsendt intervjuguiden, noe som fungerte veldig greit. Gjennomføringen av intervjuene tok mellom 2,5 t til 3 timer, da det viste seg at informantene trengte god tid for å reflektere rundt og fordype seg i temaer spørsmål.

Informantene er alle pr i dag hentet fra avdelingsledernivået i tre ulike klinikker som er det høyeste nivået som er representert i Vesterålen pr i dag. Informantene har hatt ulik plassering gjennom periodene, der to av informantene var mellomledere med et nivå mellom seg og stedlig direktør og den tredje informanten var tidligere en del av toppledelsen gjennom periodene. Disse tre pluss meg selv utgjør avdelingsledernivået i det somatiske Vesterålen og har mellom 10 og 30 års erfaring som ledere på sykehuset.

Figur 2: Intervjustatistikk

Temaer: Informant:	tidspunkt:	stilling:	nærmeste leder:
Informant 1	<ul style="list-style-type: none"> • Lokalsykehusperioden • Hålogalndssykehusperioden • Nordlandssykehuset før Klinikorganisering • Etter klinikkorganisering 	Oversykepleier Oversykepleier (ute av organisasjonen) Avdelingsleder	Områdeleder (en lege) Områdeleder (en lege) (ute av organisasjonen) Klinikksjef
Informant 2	<ul style="list-style-type: none"> • Lokalsykehusperioden • Hålogalndssykehusperioden • Nordlandssykehuset før Klinikorganisering • Etter klinikkorganisering 	Oversykepleier Oversykepleier Oversykepleier Avdelingsleder	Områdeleder (en lege) Områdeleder (en lege) Områdeleder (en lege) Klinikksjef
Informant 3	<ul style="list-style-type: none"> • Lokalsykehusperioden • Hålogalndssykehusperioden • Nordlandssykehuset før Klinikorganisering • Etter klinikkorganisering 	Økonomisjef Lokal direktør Lokal direktør Avdelingsleder	Direktør Foretaksdirektør Foretaksdirektør Klinikksjef

En utbredt analyseform av kvalitative data er å fokusere på meningsinnholdet som er en vanlig metode innen fenomenologisk forskningsdesign. (Johannessen m fl 2011) Videre er det vanlig å kategorisere meningsinnholdet i ulike kategorier slik at forskeren kan gi en oversikt over de sentrale temaene. Intervjuguiden ble bygd opp slik at spørsmålene blir stilt til alle tre periodene i milepælsplanen og spørsmålene er kategorisert etter temaer.

Intervjuguiden tar for seg spørsmålene i en tematisk rekkefølge, organisering og struktur, beslutningsmyndighet og ledelse, kommunikasjon og samhandling samt identitet og autentisitet. Jeg la ved et vedlegg til intervjuguiden som beskrev og definerte de ulike begrepene. Intervjuguiden gjør bruk av både faktaspørsmål, adferdsspørsmål og holdningsspørsmål og jeg har kombinert holdningsspørsmålene med kunnskapsspørsmål for å nyttegjøre informantenes lange erfaring i emnet. (Johannessen m fl 2011). Da periodene som informantene skal relatere svarene sine til strekker seg flere år bak i tid, er det viktig at spørsmålene inviterer til refleksjon rundt temaene. Viser til at ”intervjuguide” og ”vedlegg til intervjuguide” ligger som vedlegg til oppgaven.

Noen av hovedspørsmålene besvares med fritekst mens flesteparten av detaljspørsmålene besvares med bruk av skalaverdier. Jeg har her brukt skalaer med 5 eller 7 verdier og alle skalaverdspørsmålene er å oppfatte som oppfølgingsspørsmål til hovedspørsmålene i intervjuet. Disse svarene blir brukt i analysen for å underbygge ”meningsgraden” av hovedspørsmålene og som bakgrunn for summering av hovedfunn i empirikapittelet. Intervjuene ble først skrevet ut fortløpende og deretter sammenstilt slik at det var mulig å trekke ut hovedtemaer. Dette ble videre sammenfattet til hovedfunn som analyseres i oppgaven.

Gruppering av hovedtemaer ble gjort etter følgende mal:

1. Fremstille data vedrørende informantenes oppfatning av lokal struktur og organisering gjennom periodene. Sette data inn i en milepælsplan.
2. Sammenstille data vedrørende informantenes svar på spørsmålene som omhandlet ledelse og beslutningsmyndighet gjennom periodene.
3. Sammenstille data vedrørende informantenes oppfatning av kommunikasjonspraksis og samhandling gjennom periodene.
4. Sammenstille data fra informantene som direkte omhandlet spørsmålet omkring Autentisitet.

Videre sammenstiller jeg intervjudataene inn mot oppgavens antagelser. Empirikapittelet avsluttes med oppsummering av hovedfunn som systematisk blir behandlet i analysekapittelet.

3.4 Forskningsetiske vurderinger

Jeg har studert et utvalg ledere i Vesterålen sin oppfatning av sin ledelseskontekst på bakgrunn av endringer av rammevilkår gjennom perioden. Dette gjøres gjennom å intervju utvalgte ledere i Vesterålen om deres erfaringer, holdninger og oppfatninger rundt disse temaene. Dette har utfordret meg på flere områder både mht hvordan samle inn data og hvordan presentere dataene. Det er ulike etiske dilemmaer som måtte løses, som for eksempel at informantene har tillatt at data fra intervju med dem kan og vil bli brukt i oppgaven selv om fullstendig anonymitet ikke kan garanteres. Forholdene i Vesterålen er oversiktlige og i enkelte tilfeller vil man kunne utlede hvem av informantene som besvarte hva, derfor skal informantene godkjenne intervjudataene før oppgaven kan brukes.

Det er et faktum at min egen kjennskap til temaet og lange erfaring som leder både gir positive og utfordrende dilemmaer. Det positive er at både informantene og jeg har erfart flere felles problemstillinger og jeg har hatt nære lederrelasjoner med informantene gjennom flere år. Dette har forhåpentligvis ført til en større åpenhet mht refleksjoner og svar. Utfordringene ligger i å unngå å komme informantene for nær slik at mine oppfatninger og refleksjoner ikke influerer på informantenes svar. Eneste plass der mine vurderinger blir tilkjennegjort er i analysekapittelet.

Prosjektet er ikke av en slik karakter at det må innhentes tillatelse fra datatilsynet eller søke om tillatelse om konsesjon for innsamling av data.

4.0 Empiri

Empirikapittelet starter med et kapittel om annen empiri der jeg først kort presenteres sykehuset i Vesterålen pr 2001 som viser konteksten rundt sykehuslederne i Vesterålen før helseforetaksreformens oppstart 01.01.02. Helseforetaksreformen gjorde hels norge om til 5 regionale helseforetak der hvert av de regionale foretakene besto av et ulikt antall datterhelseforetak. Vesterålen var fra 2002 frem til oppløsningen høsten 2006 en del av Hålogalands-sykehuset HF, som var et av fem helseforetak som tilhørte region Helse Nord. Hålogalands-sykehusperioden presenteres her gjennom en evalueringsrapport: ”Agenda 2004” som var ei bestilling fra Helse Nord for å evaluere Hålogalandssykehusets daværende foretaksmodell. Denne rapporten tok for seg prosessen rundt og konsekvensene av prosjektet ”Prosjekt Ny Ledelse”, forkortet til PNL.

Nordlandssykehusperioden startet umiddelbart etter oppløsningen av Hålogalandssykehuset høsten 2006. Sykehuset i Vesterålen ble her i foretak sammen med sykehusene i Lofoten og i Bodø. Høsten 2008 ble det igangsatt en prosess for å utrede klinikkorganisering av Nordlandssykehuset. Styrevedtak 52/2008 ”Vedtak av klinikkorganisering av Nordlandssykehuset” ble iverksatt høsten 2010 og markerte en ny endring mht ledelseskontekst for mange av ledergrupperingene i Nordlandssykehuset. Jeg vil her vise til den delen av vedtaket som fikk konsekvenser for lederne i Vesterålen. For å videre belyse noen konsekvenser av dette vedtaket viser jeg til referat fra to møter i koordineringsutvalget i Vesterålen. Deretter gjengis erfaringer fra mine tre informanter og hvert punkt avsluttes med et lite sammendrag. Til slutt oppsummeres hovedfunnene.

4.1 Annen empiri

4.1.1 Lokalsykehuset i Vesterålen pr 2001

Lokalsykehuset i Vesterålen var en helhetlig organisasjon med toppledelse, mellomledelse, teknostruktur og fullverdige stabsfunksjoner. Alle mellomlederne var fagpersoner og saksbehandlere på egne felt der de fleste satt i direktørens ledergruppe. Beslutningsmyndighet fulgte linja og var delegert nedover etter ulike kriterier. Kommunikasjonen innad var tett og nær, informasjonstilgangen var lik og ble kommunisert fra en toppledelse fysisk til stede på sykehuset i Vesterålen. Kommunikasjonen mellom sykehuset sine brukere, det politiske miljøet og sykehusledelsen kunne foregå både gjennom fysiske møter og på rimelig kort varsel.

4.1.2 Evaluering av Hålogalandssykehusets foretaksmodell

Hålogalandssykehuset igangsatte ”Prosjekt Ny Ledelse” 25/6-02 dette prosjektet var ei bestilling fra Helse Nord og inneholdt følgende klare styringssignaler: Foretakene skulle organiseres etter foretaksovergrepene prinsipper, både for kliniske funksjoner og for stab og støttefunksjoner. Formålet var å utvikle Hålogalandssykehuset til ett foretak med en ”god ledelses og organisasjonsstruktur som fremmer helsereformens mål og intensjoner”, samt et ønske om en flatere ledelsesstruktur. Prosjektet startet med omorganisering av toppledelse samt stabs og støttefunksjonene som medførte 9 direktørstillinger med ansvarsområder som både var overlappende og tversgående. Dette ble svært uoversiktlig og uforutsigbart mht ledelseslinjer og ansvarsområder. Organiseringen måtte reverseres etter kort tid.

Hvorfor lyktes ikke HHF med prosjektet? Agenda-rapport (2004) peker på flere faktorer:

- *Ulike organisasjonsprinsipper: geografisk og foretaksovergrepene på samme tid som førte til vansker med å få på plass gode samhandlingsrutiner mellom det geografisk organiserte og de foretaksovergrepene.*
- *Organiseringen fremstår ikke som klar mht hvem som har ansvaret for hva- og hvor de ulike sakene hører hjemme. Tungvinte rutiner, særlig nevnes innkjøpsrutinene.*
- *Lite tilgjengelighet til beslutningsledere for uformelle drøftelser lokalt.*
- *Ikke tatt høyde for den ”kulturelle åpningsbalansen” (ingen naturlig kjennskap eller samhandling med hverandre tidligere, kom også fra to fylker).*
- *Geografiske realiteter, hvor mye skal en investere i å kompensere for store avstander?*
- *Det ble stilt spørsmål med tidsbruken til lederne, mht reisetid, møter og overnattingskostnader. Kostnader som opplevdes som store men også et nødvendig onde for å kompensere for de geografiske skillene.*

I rapporten leses videre:

”De var tre selvstendige sykehus i to forskjellige fylkeskommuner med ulik historie, identitet og kultur. En del av denne kulturen besto også i ulike oppfatninger av hverandre. De fysiske avstandene mellom sykehusene legger klare begrensninger på fellesskap, konkret samarbeid og dermed samhandling. Det er også begrenset hva det er mulig å sette inn Avstandskompenserende tiltak. Organisering av foretaksstrukturen i Helse Nord RHF ble ikke foretatt med grunnlag i lokale prosesser, Hålogalandssykehuset ble dermed et objektivt faktum skapt gjennom et vedtak på regionalt nivå.”

Rapporten konkluderte med at til syvende og sist var det et faktum at foretaksledelsen ikke maktet å prioritere de overordnede strategiske ledelsesoppgavene. ”Den var blitt for operativ i sin arbeidsform og for detaljert i sin stil. Det var et stort mediefokus og press lokalt til denne organiseringa. Man kunne stadig lese i avisene om dårlig økonomistyring og ”direktører på reise”. Hålogalandssykehuset forbrukte ikke bare 9 direktører men også 5 foretaksdirektører før Vesterålen gikk ut.

4.1.3 Styrevedtak 52/2009, vedtak om klinikkorganisering av NLSH

Vesterålen ble 01.09.06 en del av Nordlandssykehuset som frem til 01.09.10 driftet med lokal direktør i Vesterålen og Lofoten. Lokal direktør hadde til da rollen som bindeleddet i sykehuset i Vesterålen og var en del av foretaksdirektørens lederteam. Sommeren 2009 startet OU-prosessen for å klinikkorganisere Nordlandssykehuset. Vedtak ble fattet før jul i 2009 og klinikkorganiseringen var stort sett gjennomført ved årsskiftet i 2010. Det var stor motstand mot klinikkorganiseringen fra hele vesterålssamfunnet der både leder og ansatte ved sykehuset, støttegrupper samt hele det politiske miljøet var skeptisk til fjerning av lokal stedlig ledelse. Styreleder i Nordlandssykehuset ønsket å vise at dette var en utfordring som styret tok alvorlig og hadde intensjon om å redusere dette lokale tapet av ledelse. I punkt 2 i styreleders forslag til nytt vedtak, som også ble vedtatt, kan vi lese:

”Styret ser at ledelse på distanse, med de utfordringene vi står overfor kan være svært krevende og at det er viktig å sikre lokal representasjon i ledelsen. Styret vil vise til sitt vedtak i juni om at den nye modellen skulle avveies mot hensynet til stedlig ledelse. Etter styrets mening vil ikke organiseringen av en samhandlingsenhet i fagavdelingen være den optimale løsningen når en avviker avdelingsdirektørfunksjonen. Styret ber derfor direktøren som et ledd i arbeidet med å sikre gjennomføring av ny organisering, samt etablere tillitskapende forutsetninger for prosessen, etablere en lederfunksjon lokalt i Vesterålen og Lofoten som inngår i direktørens ledergruppe. Den lokale lederens hovedoppgaver er koordinering mellom klinikkene/fagene lokalt, videreutvikle samhandlingen internt i helseforetaket, og videreutvikle samhandlingen mellom foretaket og primærhelsetjenesten.”

Pr i dag i 2012 er det enda ikke ansatt noen lokal koordinator som skulle sitte ved direktørens bord for å sikre lokal representasjon. Det er heller ikke så vidt jeg har brakt på det rene vært etterspurt av styret i Nordlandssykehuset, frem til i dag.

4.1.4 Koordineringsmøter i Vesterålen

Selv om det ikke er noen koordinatorfunksjon i Vesterålen pr i dag har det vært forsøkt å gjennomføre koordineringsmøter lokalt. På disse møtene møter alle avdelingslederne pluss enhetsledere for de enheter der avdelingsleder sitter i Bodø. For 2010 og 2011 har det vært noen få møter, det viste seg vanskelig å få gjennomført møtene på grunn av uavklarte ansvarsforhold rundt de meldte sakene samt ingen forankring opp mot toppledelsen. Lederne så liten nytten i å prioritere tid til disse møtene. Våren 2012 ble det på nytt forsøkt å forankre disse møtene i toppledelsen og i referat fra første møte kan vi lese hvilke krav som ble fremsatt av lederne i Vesterålen:

”Vi ønsker å opprettholde koordineringsmøtene dersom de får en form som er hensiktsmessig for oss i Vesterålen. Administrerende direktør eller viseadministrerende direktør, inviteres til neste møte som vi ønsker

avhold allerede i februar 2012”.

Det andre møte ble avholdt i mars og i dette referatet leses at diskusjonene omhandlet de oppfatningene lederne i Vesterålen hadde av å være uten toppledelse, stabsfunksjoner og minimal beslutningsmyndighet.

... ”Rent faglig er klinikkmodellen vurdert som bra. Hva angår manglende lokale stab/støtte-funksjoner, vil direktøren se på dette og vurdere om det bør være større nærhet til disse ressursene.. Det ble påpekt et vakuum som hadde oppstått ved fjerning av lokal stabsfunksjon og det ble bemerket at dette var å ”gå to skritt tilbake” i forhold til tidligere velfungerende modell. Fra avdelingslederne ble det påpekt ”et beslutningsvakuum” blant avd. ledelsen i Vesterålen. De påpekte behovet for større beslutningsfullmakt som følge av lang avstand til klinikkjefene.”

4.2 Organisering og struktur av sykehuset i Vesterålen 2002 - 2012.

Informantene fikk spørsmål angående organisering og struktur lokalt i Vesterålen til alle tre periodene. Alle tre informantene gjenga den samme strukturelle modellen med operativ kjerne med ledelse, mellomledelse og toppledelse. Informantene refererte til den samme opplevde tilgangen på ledelse og stabsfunksjoner. Informant 3 beskriver lokalsykehusperioden slik:

”Vi var relativt lik øvrige sykehus på den tiden og vi dro fordel av å være en liten organisasjon med nærhet og kort beslutningsvei”.

Informantene var også samstemte i deres beskrivelser av organiseringer og strukturendringer i hålogalandssykehusperioden. Først ble de tre sykehusene: Narvik, Harstad og Vesterålen omtalt som divisjoner, med hver sin divisjonsdirektør. Deretter ble det raskt igangsatt et prosjekt ”Ny Ledelse” (PNL) der hoved-målsettingen var å finne ei organisering som ”omdannet” 3 sykehus til 1:

”Det var betydelige forsøk på strukturelle endringer, men ble bare delvis gjennomført. Målet var endring fra lokalsykehus til tanken om ”ett sykehus på 3 steder”. Endringen ble bare delvis gjennomført gjennom at det ble opprettholdt divisjonsdirektør ved alle 3 enhetene”.

Konsekvensene av PNL var at det ble opprettet 9 direktørstillinger, der alle tre informantene i denne perioden opplevde forvirring og uklare myndighetsforhold mellom disse 9 direktørene. Informant 1 beskrev det slik etter ett av mange møter i Harstad:

”Det var jo bare kaos, han obersten (foretaksdirektør) hadde tapetsert veggan med plana og visjona!”

Dette ble ingen suksess og viser til forhold beskrevet under p 4.1.2. Organiseringen av 9 direktører med foretaksovergrepene myndighet på tvers av geografi og hverandre, ble reorg-

anisert tilbake til utgangspunktet med tre divisjonsdirektører og en foretaksdirektør. Men den påbegynte sentraliseringen av stabsfunksjoner ble ikke reversert.

Ved overgangen til Nordlandssykehuset ble organiseringen med lokale direktører videreført. Organisasjonen i Vesterålen kom inn i et foretak hvor Bodø var det klart største sykehuset og hvor også stort sett alle stabsfunksjoner lå. Disse stabsfunksjonene lå ikke i direkte tilknytning til sykehuset, men i et eget bygg ca 1 km unna. Informantene oppgir alle at der var ingen avveininger eller diskusjoner vedrørende om Vesterålen skulle få beholde noen større grad av stabsfunksjoner. Organisasjonen i Vesterålen måtte raskt innordne seg de rutiner og samarbeidsformer som var gjeldende i NLSH. Informant 3 beskriver det slik:

”Ved overgang til NLSH ble stort sett modellen med lokal ledelse videreført, men hvor vi mistet ytterligere stab og støtte. Vi ble en liten del av en betydelig byråkratisk og regelstyrt organisasjon og ble nok fra NLSH nok oppfattet som en ubetydelig ”satellitt”.

Figur 3 på neste side, viser en fremstilling av organisasjonsstrukturen i Vesterålen gjennom periodene, der hver periode blir presentert gjennom organisering av ledelse og beslutningsmyndighet, samhandlingsmønster og kommunikasjon. Jeg har her brukt Mintzberg sine 5 hoveddeler som utgangspunkt.

Figur 3: Milepælsoversikt 2002 - 2012

<p>Rammevilkår: →</p> <p>Tids-Linje:</p>	<p>Organisering og Struktur: Mintzbergers 5 hoveddelar:</p> <p>Toppleidelse Mellomledelse Operativ kjerne Teknostruktur Støtte struktur</p>	<p>Kjennetegn på organisasjonsform:</p> <p>Hva finner vi lokalt?</p> <p>ledelsesnivå og beslutningsmyndighet, samhandling og kommunikasjonsmønstre, strategi og størrelse.</p>
<p>Lokalsykehuset i Vesterålen frem til 01.01 2002</p>	<p>Toppleidelse Mellomledelse Operativ kjerne Teknostruktur Støtte struktur</p>	<p>Kjennetegn: Operativ kjerne, stor beslutningsmyndighetl, stor fagautonomi., nær og ansikt til ansikt kommunikasjon mellom alle deler. Tett samhandling med oversiktlig organisering, geografisk og fysisk samlet. Kort vei mellom ledelse og produksjon., støtte og teknostruktur på plass.</p>
<p>Hålogalands sykehuset 2002-2007</p>	<p>Regionalt helseforetak: Helse Nord med direktør, styre og styreleder. Helseforetak: med direktør, styre og styreleder</p> <p>Lokalt: Toppleidelse ved lokal direktør Mellomledelse Operativ kjerne Teknostruktur Støtte struktur – på tur ut av sykehuset</p>	<p>Kjennetegn: Divisjonisering: Narvik, Harstad og Vesterålen som egenstyrte divisjoner i Hålogalandssykehuset Lokalt: Divisjon Vesterålen sin struktur nær lik som i lokalsykehusperioden.</p> <p>Prosjekt ny ledelse: Utydelig foretaksledelse. 5 foretaksdirektører på 5 år. Periode med 9 Direktører. Foretaksovergrepene ledelse på kryss og tvers, beslutningsmyndighet overlappende og uavklar. Stor grad av uformell og ukoordinert kommunikasjon og samhandling. Fører til reorganisering.</p>
<p>Nordlandssykehuset 2007 til høst 2010 Før klinikkorganisering.</p>	<p>Regionalt helseforetak: Helse Nord med direktør, styre og styreleder. Helseforetak: med direktør, styre og styreleder</p> <p>Lokalt: Toppleidelse:- marginalisert Mellomledelse Operativ kjerne Teknostruktur: minimal Støtte struktur: delvis</p>	<p>Kjennetegn: Nordlandssykehuset er en organisasjon med et klart fysisk skille mellom stabsfunksjonene og operativ kjerne (ca 1 km), flere støttefunksjonene var også stasjonert utenfor kjerneområdet. Ingen kultur for nær samhandling mellom toppleidelse og stabsfunksjon, inn mot operativ kjerne.</p> <p>Klinikkorganisering des 2009. Lokalt går organisasjonen i Vesterålen. inn i en vakuumlignende tilstand, mht kommunikasjon, samhandling og informasjonsflyt. Minimal beslutningsmyndighet, da lokal direktør var ”på oppsigelse”.</p>
<p>Nordlandssykehuset Sept 2010 -2012, Etter klinikkorganisering.</p>	<p>I tillegg til Foretaksdirektør: Foretaksovergrepene: 8 Klinikksjefer</p> <p>Lokalt: Mellomledelse Operativ kjerne Teknostruktur: ingen Støtte struktur: delvis</p>	<p>Overordede kjennetegn: Sentralisert ledelse og administrasjon: omfattende stabsfunksjoner, og sterk formalisering. Massiv bruk av spesifiserte styringsparametre og ulike indikatorer. Svært liten direkte kontakt mellom toppleidelse og operativ kjerne.</p> <p>Kjennetegn lokalt: Ingen lokal overordnet leder, ingen stabsfunksjoner til støtte for lokal mellomledelse. Ingen koordinator. Sykehuset i Vesterålen blir delt opp i 8 klinikker. Loddrett ledelseshierarki formelt, ingen formell ledelsestruktur for lokal samhandling.</p>

4.3 Ledelse og beslutningsmyndighet i Vesterålen 2002 - 2012

Informantene ble i intervjuene bedt om å beskrive sin oppfatning av ledelse og beslutningsmyndighet gjennom periodene. Alle tre informantene beskriver en utvikling der beslutningsmyndigheten suksessivt har forlatt sykehuset i Vesterålen. Selv mens lokale direktører enda var til stede beskriver informantene en stadig sentralisering av beslutningsmyndighet. Informant 3 beskriver dette slik:

"Jeg var avd. direktør i tidligere organisasjon med vide fullmakter lokalt som også ble delegert nedover i organisasjonen. I hålogalandsperioden ble dette noe innskrenket og pr. i dag blir beslutninger fattet "på avstand" og av ledere uten lokal innsikt".

Informantene angir også en annen felles oppfatning parallelt med at beslutningsmyndighet og toppledelse forlater Vesterålen:

"Ledelse lokalt har tapt terreng og blitt erstattet av administrasjon og skjemastyring. Bortfall av lokal stabsstøtte har også bidratt til at leder blir i økende grad bundet opp til administrative oppgaver".

I hålogalandssykehusperioden beskriver alle tre informantene en periode av beslutningsdragkamp mellom 9 ulike direktører som hadde ansvarsområder som infiltrerte seg i hverandre ved de tre divisjonene. Flertallet av disse direktørene satt i Harstad og informant 1 beskriver det slik:

"Beslutningsmyndigheta lå i Harstad, overgripende, overlappende og uklar. Kun 2 av 9 direktører satt i Vesterålen".

Men mot slutten av perioden beskriver informantene en tilstand der lokale ledere har grepet et lokalt beslutningsrom. Denne oppfatningen deles av alle tre informantene og informant 2 beskriver denne situasjonen i Vesterålen mot slutten av hålogalandssykehusperioden slik:

"Det oppsto et vakuum før oppløsninga, det greip vi lokalt og tok tilbake noe av beslutningsmyndighet og fullmakte, ingen brydde seg jo. Det gikk rimelig greit - vi kunne jo dette fra før".

I perioden før Nordlandssykehuset ble klinikkorganisert hadde Vesterålen enda lokal direktør, men vedrørende muligheten for lokal beslutningsmyndighet var dette allerede blitt en utfordring, informant 3 hadde oppsummerer informantenes felles oppfatning av Nordlandssykehuset allerede før klinikkorganisering er bestemt:

"Regelstyring innebar en betydelig økt innflytelse av stabene rundt direktøren i Bodø, Nordlandssykehuset var gjennomgående stabsstyrt og med redusert innflytelse til linjen".

Etter Klinikkorganiseringen er det ikke lengre lokal toppledelse med beslutningsmyndighet til stede i Vesterålen og informantene beskriver en felles oppfatning av at beslutningsmyndighet

nesten er å betrakte som fraværende på mellomledernivå i Vesterålen. Informant 1 gir følgende oppfatning av hvordan fjernledelse oppleves av noen som sitter fjernt:

”Fjernledelse fungerer greit når det e” røde roser og morsdag hver dag”, men når det knives tel – da må ledelsen sitte nært!... Klinikklederan utøve i mye større grad hverdagsledelse i Bodø enn de gjør her. Min klinikkleder gjør ting i Bodø som han aldri har gjort før oss her og det e vi enig om at sånn må det være. Det er flinke folk i Bodø, det er ikke det. Men de har ikke evne, vilje eller tid til å ta tak her og ikke rekke de over alt heller.”

Vedrørende opplevelse av ledelsesutfordringer mellom Vesterålen og Bodø sier informant 2 det slik:

”Toppledelsen er fjern og klinikkledelsen er kommet i mellom. Våre problem her i Vesterålen drukner i utfordringer som de har i Bodø. De har mer enn nok med sine egne utfordringer... Interessen kan oppfattes som lite til stede i Bodø for våre utfordringer, de er opptatt av egen utbygging. Hadde vi bare vært et av tre like sykehus...”

Informanten følger videre opp med:

”Det aller beste hadde vært om direktøren hadde innsett at han har tre lokalisasjoner, og forstått at han burde være én dag her, én dag i Lofoten og tre dager i Bodø – det hadde vært det aller beste.”

Informant 3 har følgende betraktning av konsekvensene etter klinikkorganiseringa:

” Etter min mening har klinikkorganiseringen ført til en stert fraksjonering av ledermiljøet i Vesterålen, hvor lokal ledelses og beslutningskraft er blitt erstattet av betydelig regelstyring.”

På spørsmål om hvordan lederne i Vesterålen innretter seg mht bortfall av toppledelse og beslutningsmyndighet lokalt, beskriver informant 1 det slik:

”Vi kan jo ikke ringe Bodø for alt, derfor burde beslutningsnivået være større her ute enn i Bodø, ellers blir vi handlingslamme her. Av og til må jeg bare skjære gjennom og så får jeg stå for det”.

Vedrørende toppledelsens fravær i Vesterålen, kommenterer informanten slik:

”Direktøren har sjøl beklaga at de har hatt for lita tid til Vesterålen, og at de har dårlig samvittighet for at de har vært så lite synlig”.

Oppfatning av lokale beslutningsmyndigheten blir av informant 2 utdypet slik:

”Mye detaljstyring nå – alt skal være ”peise” likt, uansett om det passer her eller ikke. Skal det leies inn en legevikar, så skal det helt opp til ass foretaksdirektør for å få signatur på et skjema. Skal en få ting til å fungere – så må vi gå ut over våre fullmakter, og håpe at det ikke blir oppdage.. gjør jeg dette på rett måte – så går det bra. Heller ikke spørre om ting en vet svaret på, selv om det er påkrevd, da blir det bare et forferdelig byråkrati. ... detaljfokus på ting gjør at muligheten for å ta de avgjørelsene som jeg synes vi burde, ikke er tilstede.”

Informant 1 uttaler følgende om hvordan han ser på ledelse av prosessen inn mot det nye sykehuset lokalt i Vesterålen:

”Når vi kommer over i nytt sykehus så har dem to valg, enten å oppgradere beslutnings myndigheten her lokalt, eller så må de sende noen over fra Bodø.. foretaksledelsen kan ikke fjernlede prosessen på samme

måte som de gjør nu.

Alle informantene viser til et stadig tap av beslutningsmyndighet gjennom periodene, sterkest angis tapet etter klinikkorganiseringen av Nordlandssykehuset. Det angis også av innformantene en felles oppfatning av at beslutningsmyndigheten ser ut til å være smalnet inn også for klinikksjefsnivået og at mange driftsavgjørrelser må helt til topps i organisasjonen.

4.4 Kommunikasjon og samhandling på ledernivå

4.4.1 Kommunikasjon og samhandling med sin nærmeste leder

Gjennom periodene frem til klinikkorganiseringa av Nordlandssykehuset er informant 1 og 2 lik i sine svar mht hvordan dette ble organisert og gjennomført. Begge to hadde kort vei til sin leder over seg (legeledere) og slik var situasjonen lokalt helt frem til klinikkorganiseringen ble innført, informant 2 beskriver det kort slik:

”Under min områdeleder var det enkel saksbehandling ved korte møter”.

Informant tre hadde samme forholdet til sin leder som informantene 1 og 2 frem til han skiftet lederrolle til direktør i Hålogalandssykehusperioden i 2003, etter 2003 har hans leder alltid befunnet seg fysisk borte fra han. For de andre to informantene var forholdet til nærmeste leder i Hålogalandssykehusperioden rimelig lik som i lokalsykehusperioden da de samme lederkonstellasjonene var gjeldende i begge disse periodene. I Nordlandssykehusperioden ble tilgangen til informasjon oppfattet som vanskeligere, selv for legelederne. Som informant 3 beskriver det:

”Nordlandssykehuset Vesterålen ble oppfattet som en ubetydelig satellitt og kommunikasjonen var preget av dette.

Informantene beskriver kommunikasjonen både som etterskuddsvis og lite avklarende. På spørsmål vedrørende bruk av telekommunikasjon for å opprettholde kontakt og kommunikasjon i Nordlandssykehuset, svarer informant 1 følgende:

”Det kunne virke som det var en mental barriere mot å bruke telestudio, særlig fra foretaksledelsen, noe som faktisk var heilt nødvendig for at vi skulle kunne følge med. Dermed blei vi ekskludert her i Vesterålen.

Alle informantene angir at kommunikasjonsmønsteret har endret seg fra nært, uformelt og fysisk i lokalsykehusperioden, gjennom rimelig lik i Hålogalandssykehusperioden, til telekommunikativt, formelt og fjernt i Nordlandssykehuset. Dette da spesielt etter klinikkorganiseringa i sept 2010.

4.4.2 Vedrørende kommunikasjon og samhandling med lederkollegaer lokalt

Det var også en felles oppfatning blant informantene vedrørende at fra å være i en liten og oversiktlig organisasjon der kommunikasjon og samhandling fløt rimelig greit, var overgangen ved å skulle praktisere dette innenfor et geografisk spredt område ganske stor. Informant 1 beskriver Hålogalandssykehusperioden slik:

”vi var jo konstant på reise til et eller anna møte i Harstad, det blei faktisk flest møta på ferga mellom oss lokale ledere! Vi var flere her som var ”Gullkortkunder” på Thonhotellet i Harstad”.

Overgangen fra Hålogalandssykehuset til Nordlandssykehuset blir også beskrevet rimelig likt av informantene med hensyn til en kommunikasjonspraksis, en praksis som mye baserer seg på formell kommunikasjon mellom lederne i sykehusene og med lite rom for uformell dialog. Geografien setter en stopper rent praktisk og det oppfattes heller ikke å være kultur i NLSH for den tette kommunikasjonen. Informantene opplever dette å være et økende problem etter klinikkorganiseringen. Informant 2 uttrykker det slik:

”Vi er ikke lengre så opptatte av totalen i Vesterålen, man har nok med seg sjøl. Strukturen tvinger oss jo også til å tenke mer vertikalt i organisasjonen og mindre horisontalt oss i mellom”.

Alle informantene angir en utvikling fra fast og kjent møtестruktur i lokalsykehusperioden, gjennom uformelle og lite planlagte ”kaffekopptreff” på Hålogalandsferga til minimal og formell kontakt i Nordlandssykehuset. Det angis også her en opplevd forverring etter klinikkorganiseringen.

4.4.3 Kommunikasjon med toppledelsen

Alle informantene var samstemte i at det var det enkle forhold ved lokalsykehuset i Vesterålen, som informant 1 beskriver slik:

”Var det noe jeg lurte på, så tok jeg bare turen opp i administrasjonen til direktøren, og så avklarte vi det oftest der og da. Det er utrolig hva som kan løses gjennom en uformell prat!”

Det var også en felles oppfatning av at ”Hålogalandssykehusperioden” kan karakteriseres gjennom informant 1 sin beskrivelse slik:

”Mange og hyppige møta med alle direktøran i Hålogalandssykehuset, det var jo 9 stykker av dem en periode, men det var mest prat og lite konkret innhold å forholde seg til. Lokal direktør måtte ofte ”forsvare” hva som var gjort. Mye kaos og rot, det var jo en grunn til at Hålogalandssykehuset gikk tel helvete...”

Når det gjelder Nordlandssykehuset og kommunikasjon mellom Vesterålen og toppledelsen i Bodø beskriver informant 2 en annen profil:

”Den var svært begrensa og kun noen få innbudte fikk være med på møter i Bodø. Etter klinikkorganiseringa er kommunikasjonen nesten totalt fraværende”.

Det angis en felles oppfatning av at både den formelle og den uformelle kommunikasjonen mellom Vesterålen og overordnet ledelse i Bodø var på et minimum. Etter klinikkorganiseringen med innføring av 8 klinikkjefer ble stort sett all kommunikasjon med toppledelsen borte. Dette er et forhold som alle tre informantene beskriver som lite tilfredsstillende og informant 2 har følgende beskrivelser som oppsummerer dette slik:

”Pr i dag er det slik at vi har bare 2-3 månedlige treff i klinikken, og da på telestudio. Når jeg ringer så er det for å få avklart noe og vise versa... Når det gjelder beskjed om ulike møter og små kurs kommer beskjed veldig seint, jeg kan da ofte ikke være med. Har da annet å gjøre også!... Skulle ønske en tettere nærhet i team til leder, ikke noe løsning med korte fysiske møte der det ikke blir tid til noe som helst... Savner direkte kontakt med toppledelsen”.

Vedtaket om klinikkorganisering av Nordlandssykehuset inneholdt også en egen ”passus” vedrørende opprettelse av en Koordinatorfunksjon som skulle sitte ved foretaksdirektørens bord. Denne koordinatoren skulle kompensere for det fravær av link opp mot foretaksledelsen som bortfall av lokal direktør medførte. Denne koordinatorfunksjonen er ikke pr dato oppretta, men det er innført et koordineringsmøte der lederne lokalt skal kunne ta opp stort og smått med hverandre. Informantene angir alle at det å møtes i en setting der ingen har et overordnet ansvar for innmeldte saker, ikke er tilfredsstillende. Informantene angir et uttalt ønske om at foretaksledelsen stiller på disse møtene. Informant 2 beskriver innhold og representasjon til koordineringsmøtene pr i dag på følgende måte:

”Ikke fornøyde med ”buksestrikkmøtene” (les koordineringsmøter), disse fungerer ikke. Ikke vits å kaste bort tiden på møter det ikke er noe innhold i.... Ville hatt direkte linje til direktøren, et forpliktende samarbeide med foretaksdirektøren direkte... klinikkjefene har mer enn nok med sitt i Bodø, de har ikke tid til bagateller her i Vesterålen.

Alle tre informantene beskriver en sein informasjonsflyt og lang saksbehandlingstid der konsekvensene er at en ikke kan gjøre bruk av svarene, enten fordi de kommer for sent eller at svarene tyder på en overfladisk saksbehandling. Informant 2 beskriver det slik:

”Man vet ikke hvilken info vi får i forhold til kollegaer i Bodø, men vi vet at de får denne informasjonen før oss. I de fleste tilfeller lang saksbehandling, og mange ganger tyder svarene på en saksgang som har vært såsom-så, da svarene ikke kan bruke til noe”.

Vedrørende utviklinga av IKT-support i Vesterålen der tjenesten var både tilgjengelig og oppegående i P1 til den pr i dag oppleves som svært distansert og lite tilgjengelig, kan informant 1 sin beskrivelse av lokal supporttilgang pr i dag oppsummeres i et ord: *ræva!* Noe som langt på vei støttes av de to andre informantene. Informant 2 har løst utfordringene rundt opplevd dårlig IKT service på følgende måte:

”Jeg har skaffet meg personlig service gjennom personlige direktenummer. Når de ser at det ringe fra min telefon så tar de den. Ringer det fra et annet nr så tar de den ikke. Fraksjoneringa innen IKT har ført til at

de har måtte spesialisere seg på forskjellige ting,... slik at det skal være umulig å svare lokalt. Strukturen har tvunget support frem. Abonnerer også på "Virtuelt møterom", dette fungerer ypperlig, telestudio fungerer jo nesten aldri."

Vedrørende utviklingen mht IKT-service og support lokalt, beskriver informant 3 utviklingen samt gir en forklaring på hvorfor dette var opplevd som et problem ved overgangen til Nordlandssykehuset.

"Vi gikk fra å ha en lokal ikt-avdeling med stor utviklingskraft og god support, til bortimot ingenting... dette er fordi Nordlandssykehus-miljøet ikke hadde kultur for å bruke denne teknologien

Alle informantene angir et kommunikasjons og samhandlingsmønster med toppledelsen fra nær og tilgjengelig i lokalsykehusperioden, gjennom mange og hastepregede i hålogalandsykehusperioden, til tilnærmet fraværende i Nordlandssykehuset. Noe som ble svært tydelig etter klinikkorganiseringa i 2010.

4.5 Lederes opplevelse av autentisitet.

4.5.1 Autentisitet frem til klinikkorganiseringen:

Alle informantene beskriver begrepet "autentisitet" for dem som ektehet omkring egne verdier og det som kjennetegnet dem selv. Dette var ikke et uttrykk som de brukte eller kjente spesielt til men refleksjonene rundt innholdet i begrepet kjente de seg igjen i. Informant 1 beskriver det slik:

"Det første jeg tenker på er ækthet, hva som kjennetegner meg.. Nei vil vel ikke sei at æ tenke på det.. jo kanskje ubevisst i frustrasjonsøyeblikk – ja særlig nu, når æ tenke meg om! Det er for så vidt ingen som har spurt meg om hvordan æ har det som leder. Først nu at æ egentlig reflekter rundt dette".

Informant 2 beskriver sin refleksjon rundt dette slik:

"Mine egne verdier, hvordan jeg kan være meg sjøl. Å være ekte i samspillet med klinikken, sykehuset, Helse Nord og lignende. Ikke brukt dette begrepet – men innholdet reflekterer jeg over hver da, og det føles veldig relevant egentlig uansett periode".

Informant 3 har en lignende oppfatning av begrepet:

"Å skape et fornuftig bilde for meg sjøl om formål og mål for organisasjonen, å koble dette med de verdier jeg som enkeltmennesket identifiserer meg med. Det føles viktig å reflektere over det og jeg forsøker hele tiden".

Informantene var helt samstemte i sin oppfatning av dyp autentisitet i lokalsykehusperioden.

Følgende uttalelse fra informant 2 beskriver det alle ga uttrykk for:

"Veldig tett mellom ledernivåene – tett dialog, en slags åpen-dør-dialog. Vi hadde oversikt over hverandre og hadde felles mål. Toppledelse og administrasjon var tilgjengelig på plassen".

Ved overgang fra å være et eget sykehus i Vesterålen til å være en av tre sykehusdivisjoner i Hålogalandssykehuset ble av informantene beskrevet som starten på reisen mot en grunnere autentisitet. De tette og nære relasjonene lokalt var enda til stede men toppledelsen var fysisk flyttet til Harstad. Det ble tidlig igangsatt prosesser på å sveise divisjonene sammen med en visjonen ”fra tre til én”. For å visualisere dette ble det bestemt at Hålogalandssykehuset sin logo skulle være tre hestehover av ulik størrelse. Det hadde da vært store diskusjoner rundt hva logoen egentlig signaliserte. Informant 1 beskrev et ”visjonsmøte” i Harstad slik:

”...det ble en tre dagers krangel om Visjon og om størrelsene på blomstene.. der det kulminerte med følgende kommentar fra en Vesterålslege: så kan en jo diskutere hvemsom skal være den minste Hestehoven!”

Dette var en beskrivelse av de interne forhold som ikke på noe tidspunkt forbedret seg, tvert i mot. På spørsmål om følt lojalitet til ledelsen samt trygghet i organisasjonen i hålogalandsperioden, oppsummerer informant 1 i sitt følgende sitat denne turbulente perioden slik:

”Vi følte en økt misstillit til foretaksledelsen, vi følte oss ekskludert både fra ledelse og fagmiljø, vi ødela jo foretaket... Vi hadde jo bestemte oss på et tidspunkt, vi skulle ha slutt på dette! Helse Nord hadde ikke annet valg da det ble sådd tvil om både kvalitet og sikkerhet.. Allikevel har jeg alltid følt lojalitet til nærmeste leder, ikke kunna fortsette i jobben viss ikke. Følte meg trygg tross alt, de kunne jo ikke sei opp alle sammen!”

Informant 2 beskriver utviklingen av en subkultur, med en sterk lokal forankring:

”Utvikling av subkultur – dypere følelse av Autentisitet innefor subkulturen – utenfor subkulturen følte man ikke denne Autentisiteten... Felles ytre fiende, sammensveisa oss lokalt mht nærmeste leder, økt ansikt-til-ansiktsdialog, høy entusiasme og vi inkluderte hverandre i svært stor grad... En intens periode!.. Ja, vi følte en sterkere og sterkere misstillit til toppledelsen - det blei grunnen bare verre og verre”.

Informant 3 sier det slik:

”Perioden var preget av stor usikkerhet mht organisasjonsendringer og stadig skifte av leder, dette gjorde lederhverdagen inn mot resten av toppledelsen uforutsigba, og det innvirket på min opplevelse av dyp autentisitet”.

I 2007 ble det overgang til Nordlandssykehuset og perioden før klinikkorganisering ble beskrevet av informant 3 slik:

”Ved overgang til NLSH ble modellen stort sett videreført med lokal ledelse, men hvor vi ble en del av en Betydelig mer byråkratisk og regelstyrt organisasjon. Vi ble nok fra Nordlandssykehuset i Bodø oppfattet som en ubetydelig ”satellitt... allerede her merket man et regimeskifte.. man ble i mindre grad både sett og hørt. Etter min mening førte klinikkorganiseringen til en sterk fraksjonering av ledermiljøet i Vesterålen hvor lokal ledelses og beslutningskraft ble satt helt på sidelinja. Autentisiteten i denne perioden vil jeg beskrive som avventende men på tur mot grunnere farvann..”

Alle tre informantene anga at de ville betegne seg som i en dyp grad av Autentisitet i lokal-sykehusperioden. Dette vedvarte noe utover i hålogalandssykehusperioden, men fikk en helt klar subkulturtilhørighet i perioden før sammenbruddet. Autentisiteten angis følt svært dyp mht organisasjonen lokalt i Vesterålen, mens autentisitetstilhørighet til Hålogalandssykehuset

som helhet var liten. Vesterålen var en samlet og tett organisasjon som gikk inn i Nordlandssykehuset. Ved overgang til Nordlandssykehuset angis det en åpen og avventende holdning til det nye organisatoriske foretaket. Ingenting var endret lokalt enda, men det oppleves en forventning fra Bodø av at Vesterålen skulle innpasse seg gjeldende administrasjon og ledelse uten noen form for diskusjoner.

Følelse av autentisitet til Nordlandssykehuset på dette tidspunktet oppleves av informantene som grunnere. Toppledelsen angis å være fjern og lite tilgjengelig og utover våren 2008 ble det klart at Nordlandssykehuset skulle klinikkorganiseres og de lokale direktører i Lofoten og Vesterålen skulle bort. Informantene oppgir en hverdag preget av mangel på informasjon, økende usikkerhet og isolasjon som grunn til dette.

4.5.2 Lederes opplevelse av autentisitet i dag:

Når vi kommer til refleksjoner informantene har pr i dag omkring opplevelse av egen autentisitet så kom det ulikheter frem. Informant 1 opplever situasjonen pr i dag på denne måten:

”Mer viktig nå enn i Hålogalandsperioden, da jeg følte at vi ikke har den eksistensielle kampen for tilværelsen pr i dag. Føler en heilt anna ro i klinikken mht behandlingstilbud, større optimisme. Føler personlig mer og økt motivasjon for å jobbe her. Autentisiteten er dermed blitt dypere og dypere for meg, men jeg ser at her vil jeg og informant 2 være veldig uenig, det veit , da kirurgifaget er i en heilt anna situasjon ”.

Med hensyn til lojalitet, trygghet og innflytelse svarer informanten følgende:

”Jo, jeg føler meg trygg i organisasjonen og lojalitet føle jeg alltid i linja viss ikke noe spesielt skjer som røkter ved den. Det er vel sånn at jeg tror nok klinikkjefen hører på hva jeg har å si, men om det har noen innflytelse mht avgjørelser, det veit jeg nu ikke helt.”

For de to andre informantene var forhold rundt autentisitet av en annen karakter. Informant 2 sin beskrivelse dekker også informant 3 sin oppfatning av dette pr i dag:

”Det å være i en sammenheng er viktig, det føler jeg ikke at jeg er i dag. Det gjøres ogbesluttet ting i dag som jeg verken synes er rett eller viktig. Jeg føler meg langt fra dyp autentisitet i dag, nesten helt mot grunn autentisite., dette fordi jeg føler at mine verdier og prioriteringer ikke verdsettes i Bodø. Tryggheten er heller ikke som før.”

Vedrørende lojalitet og det å bli ”sett og hørt”, uttaler informant 3 følgende:

”Lojalitet.. jo på mange måter, men jeg spør ikke før jeg må. Tøyer grensene litt ønsker å være lojal men må ha litt handlingsrom for god drift. Det er vanskelig å vurdere om jeg blir hørt og sett, vi treffes jo fysisk veldig sjeldent. Om mine meninger spiller noen rolle, så tror jeg ikke det.”

Videre beskriver informant 2 sin lederhverdag slik:

”Når det gjelder ordene entusiasme, meningsberettiget og nysgjerrig, - så er det vel ikke ord jeg ville brukt for

å beskrive min hverdag. Jeg er mer akseptert enn inkludert i lederteamet, og dette går nok utover åpenhet, kreativiteten og entusiasmen. Sikkert mulig å få dette bedre til, men forholdene legger ikke til rette for det.”

To av informantene angir en opplevelse av grunn autentisitet i dag en opplevelse som bare er blitt forsterka etter klinikkorganiseringen. Dette begrunnes i dårlig kommunikasjon, samt fravær av kontakt med og innflytelse på toppledelsen. En av informantene angir at han føler en økende grad av autentisitet som grunnlag i positive endringer som ”må” komme med det nye sykehuset.

4.6 Oppsummering av hovedfunn

Ut fra annen empiri og fra intervjudata vil jeg presentere følgende hovedfunn:

Organisering og struktur samt ledelse og beslutningsmyndighet: Alle informantene viser til de samme organisatoriske endringene gjennom periodene som har ført til bortfall av toppledelse og beslutningsmyndighet gjennom perioden. Sterkest angis dette etter klinikkorganiseringen av Nordlandssykehuset.

Kommunikasjon og samhandling: Alle informantene angir endringer som fra nært og uformelt, gjennom splittet og hektisk til telekommunikativt og fjern. Det angis et forverret bilde etter klinikkorganiseringa av Nordlandssykehuset.

Ledere og autentisitet frem til klinikkorganiseringen: Alle tre informantene angir fra dyp mot grunn autentisitet.

Ledere og autentisitet pr i dag: To av informantene angir en opplevelse av forsterket grunn autentisitet som begrunnes i dårlig kommunikasjon og sein informasjon, samt minimal beslutningsmyndighet, kontakt og innflytelse med toppledelsen. En av informantene føler en økende grad av autentisitet pga forventninger inn mot nytt sykehuset og en opplevelse av faglig ro i sin klinikk.

5.0 Analyse

Informantene angir i all hovedsak en nesten helt identisk fremstilling av hvordan endringene av de ulike rammevilkårene har fortonet seg gjennom periodene. Denne fremstillinga er også i overensstemmelse med min egen opplevelse av perioden. Frem til klinikkorganiseringen av Nordlandssykehuset angir informantene en felles opplevelse av sin egen autentisitet. For perioden etter klinikkorganiseringen av Nordlandssykehuset så angir informantene en ulik personlig oppfatning av autentisitet.

5.1 Organisering og struktur

Det som kjennetegnet sykehusene i perioden før foretaksorganiseringen var deres organisatoriske likhet. Store og små sykehus var organisert omtrent likt. Mintzberg har typologisert ulike modeller av organisasjonsstrukturer der sykehusene pr 2002 ofte ble betegnet som profesjonelle byråkratier (Jakobsen et al. 2011). Ved å sette de strukturelle endringene som sykehuset i Vesterålen har gjennomgått etter foretaksreformen opp mot Mintzberg, fant jeg at frem til klinikkorganiseringen av Nordlandssykehuset har organisasjonen i Vesterålen endret seg etter mønster av Mintzberg's ulike modeller. Etter klinikkorganiseringen har Vesterålen utviklet seg ytterligere.

5.1.1 Lokalsykehusperioden

I perioden før foretaksorganiseringen var fagprofesjoner sterkt representert på alle nivå av ledelse som i de aller fleste profesjonelle byråkrati. Avgjørelser ble stort sett fattet på bakgrunn av faglige vurderinger som hadde pasientrelatert fokus mht prioriteringer og behandling. I det profesjonelle byråkratiet er beslutningsmyndigheten ofte delegert nedover i linja og beslutninger kan ofte fattes etter rask saksbehandling (Jakobsen et al. 2011). Dette var forhold som både informantene og jeg var godt kjente med og var en aktiv del av. For både informantene 1 og 2 som hadde en legeleder over seg og jeg som hadde direktøren over meg, besto ledelseshverdagene våre av saksavklaringer og prioriteringer som førte til beslutninger. Organisasjonen i Vesterålen var oversiktlig og håndterbar mht lederspenn for direktøren.

5.1.2 Hålogalandssykehusperioden

Hålogalandssykehuset besto av tre sykehus (Harstad, Narvik og Vesterålen) som ikke hadde noen felles forhistorie eller samhandlingsmønster, disse sykehusene tilhørte også to forskjel-

lige fylker. I helseforetakene ble det etablert et nytt toppledernivå under en regional felles foretaksadministrasjon. Det ble flere direktører både i høyden og i bredden i hvert foretak samt eierskapsstyring gjennom styremøter og oppdragsdokumenter. Foretaksdirektør i Hålogalandssykehuset kalte sykehusene for divisjoner og lokale direktører ble dermed divisjonsdirektører. Divisjonstanken der hver divisjon i all hovedsak var uavhengig av hverandre under en samlet toppledelse fungerte greit så lenge prinsippene for divisjonenes drift var avklart og tydelige (Mintzberg ref Jakobsen et al. 2011). Da økonomiske innsparingskrav og føringer for funksjonsfordeling ble presentert ble ledelsesutfordringene på alle nivå tydelige. Den sentrale toppledelsen i Harstad fikk store problemer med å selge dette budskapet inn til selvstyrte og beslutningsvante divisjoner.

Prosessen mot en ny ledelsesorganisering av foretaket startet nesten umiddelbart etter helseforetaksreformen som vises til i kap 4.1.2. For å begrense det divisjonaliserte selvstyre startet en sentralisering av stabsfunksjoner inn til Harstad, samtidig ble det strammet noe inn på den delegert beslutningsmyndighet nedover i linja fra divisjonsdirektør. I kapittel 4.1.2 fremkommer begrunnelser som kan forklarer hvorfor toppledelsen i Hålogalandssykehuset aldri klarte å forene lederne i foretaket rundt en felles visjon. I stedet utviklet det seg sterke lederallianser mellom lederne på hver divisjon, særlig var dette tydelig i Vesterålen. Denne alliansen kommuniserte hurtig og raskt internt, var vant til å organisere seg selv samt å beslutte lokalt. Mintzberg (ref Jakobsen et al. 2011) beskriver utviklingen av suboptimalisering innenfor divisjonene som en fare i denne organisasjonskonfigurasjonen, der divisjonens egne mål blir viktigere enn hovedorganisasjonens mål. Til slutt var samarbeidsutfordringene blitt så store og uoverstigelige at Helse Nord oppløste Hålogalandssykehuset sommeren 2006.

5.1.3 Nordlandssykehuset

September 2007 ble organisasjonen i Vesterålen en del av Nordlandssykehuset, der informantene beskriver en opplevelse av Nordlandssykehuset i Bodø som en byråkratisk og regelstyrt organisasjon. Dette er en oppfatning som jeg deler med informantene, det oppfattes videre en høy grad av formalisering der beslutningsmyndighet var sentralisert og man styrte og koordinerte gjennom mange skriftlige regler og prosedyrer (Jakobsen et al 2011). Nordlandssykehuset fremsto med de kjennetegn som Mintzberg beskriver i et maskinbyråkrati. Lederne i Vesterålen var vant til en organisering som var basert på at mye av administrasjonen ble foretatt av de ansatte i administrasjonen der f.eks papirarbeidet rundt vikarinneleie til en avdeling ble utformet og forelagt vikaren av personalsekreter ved administrasjonen lokalt. I Nordlands-

sykehuset hvor administrasjonen ikke fysisk til stede ved sykehuset, var det nærmeste personalleder som gjorde denne administrasjonen etter utarbeidede regler og prosedyrer fra personaladministrasjonen.

Klinikkorganisering ble svaret på spørsmålet om hvordan håndtere økonomiutfordringer og stort lederspenn for direktøren. Nordlandssykehuset ble fraksjonert i 8 klinikker med klinikk-sjefer. Alle klinikk-sjefene fikk arbeidssted i Bodø og de lokale direktørene i Vesterålen og Lofoten ble avviklet. Dermed er avdelingsledernivået (4 stk i somatikk) høyeste ledernivå i Vesterålen pr i dag. For å bøte på avstand og høy grad av fraksjonering er formaliseringen gjennom regel og indikatorstyring intensivert og det er store krav til skriftlig saksbehandling helt nede på enhetsledernivå. Med utgangspunkt i Mintzberg (ref. Jakobsen et al. 2011) sine typologisering vil jeg beskrive det klinikkorganiserte Vesterålen som en samling av mindre tannhjul litt på siden av det store maskinbyråkratiet i Bodø

5.2 Ledelse og beslutningsmyndighet i Vesterålen

Foretaksorganiseringen i 2002 førte først og fremst toppledelsen ut av Vesterålen, samtidig som både stabsfunksjoner og lokal beslutningsmyndighet litt etter litt fjernet seg fra organisasjonen i Vesterålen. Denne utviklingen fortsatte etter å ha blitt en del av Nordlandssykehuset og informantene har beskrevet at denne utviklingen ble ekstra synlig etter at de lokale direktørene forsvant med klinikkorganiseringen. Her finnes ingen ”koordinatorfunksjon med fast plass ved direktørens bord” i Vesterålen slik vedtak i styresak 52/2008 hadde forutsatt (kapittel 4.1.3). Det faktum at dette punktet i styrevedtaket ikke er oppfylt er ved flere anledninger påpekt fra lederne i Vesterålen både tjenestevei til klinikk-sjefsnivå, og i andre fora. Det ble etter klinikkorganiseringen innført et formelt koordineringsmøte som trolig var tenkt å skulle være koordinatorens møte med lederne lokalt. Disse møtene fremsto dessverre uten reelt innhold da det ikke ble opprettet en koordinatorfunksjon lokalt (kapittel 4.1.4). I informant 2 sin omtale av koordineringsmøtene som ”buksestrikk møter” viser på hvilket nivå sakene som blir diskutert ligger og hvilken beslutningsmyndighet som befinner seg lokalt i Vesterålen pr i dag. Intervjumaterialet viser til at større saker ofte krever involvering fra klinikk-sjefsnivå eller enda høyere, der informantene angir en opplevelse av både langtrukket og sporadisk saksbehandling. Dette fører ofte til at samme sak blir satt opp på møte etter møte.

Situasjonen som av informantene blir beskrevet som organisatorisk fjern fra både toppledelse, beslutningsmyndighet, informasjonsflyt og samhandling er helt i tråd med min opplevelse av ledelseshverdagen. Dette gjelder både innad i egen klinikk og mellom avdelingene og enheter lokalt i Vesterålen. Det beskrives som uhensiktsmessig og ikke inneha lokal beslutningsmyndighet over viktige faktorer som innleie av vikarer, innkjøp av ulike artikler - som oppleves som helt nødvendig for effektiv drift. Både informantene og jeg har erfaringer med at det kan ta veldig lang tid å få gjennomført ulike bestillinger som medisinske forbruksvarer, mobiltelefoner eller en enkel barbermaskin. Det oppleves en felles problemutfordring med hensyn til hvem som skal vurdere dette, hvem klarer og hvem skal utføre. På bakgrunn av både de organisatoriske, ledelses og beslutningsmessige forhold, mener jeg å kunne betegne situasjonen for organisasjonen i Vesterålen som et dekket maskinbyråkrati.

5.3 Kommunikasjon og samhandling på ledernivå

5.3.1 Lokalsykehuset Vesterålen før helseforetaksorganiseringen

Både informantene og jeg opplever å ha gått fra en ledelseshverdag der møter, planlegging, utfordringer og samhandling ble løst i en nettverksbasert og tett organisasjon. En kommunikasjon som stort sett varierte mellom uformelle og formelle fysiske møter. Uforutsette hendelser eller henvendelser utenfra kom til en organisasjon som hadde alle forutsetninger for å møte dem fysisk til stede. Teorien betegner dette som en ”rik” kommunikasjon der man kan gi og få tilbakemeldinger direkte og det vises til studier som konkluderer med at man kan unngå mange missforståelser ved å møtes ansikt til ansikt. (Jakobsen et al. 2010) I praksis opplevde både informantene og jeg at det ofte ikke tok lang tid fra en sak ble aktualisert før direktørens ledergruppe kunne samles, der den som hadde direkte relasjon til ei sak naturlig ble saksbehandlet. Vi i direktørens ledergruppe var stort sett alltid à jour med de enkelte avdelingene sine utfordringer og planer. Utfordringene mht rekruttering var et felles satsningsområde fordi tilført kompetansepersonell var et felles løft i organisasjonen.

5.3.2 Hålogalandsperioden

Her gikk lederne i Vesterålen over fra å være ledere i en lokal organisasjon på ca 400 ansatte, til å være leder i Vesterålen i en organisasjon på ca 1200 ansatte spredt over tre geografisk områder. Både informanter og dokumenter viser til en stor utfordring for hele organisasjonen å skulle kommunisere og samhandle på en arena som ”over natta” ble tredoblet både i antall og omkrets. Det beskrives videre å være både utfordrende og tidskrevende og stadig være på

reise til alle møtene i Harstad, vist til i kapittel 4.1.2. Organiseringen med 9 direktører førte også til en hel del forvirring rundt hvem av direktørene som egentlig hadde siste ordet i saker av overlappende karakter, noe som ofte medførte til at vedtak ikke ble gjennomført i praksis. Både informantene og jeg opplevde at den tette og nære kommunikasjonspraksis som vi lokalt var ”sosialisert” inn i, ikke fungerte i denne geografisk spredte organisasjonen. Divisjonene snakket ikke samme språk eller hadde samme referanserammer.

Lederne i Vesterålen var av den oppfatning at Harstad var ganske overdimensjonert med sine tredoblede antall kirurger som skulle betjene et opptaksområde kun ca 4000 innbyggere større enn Vesterålen sitt opptaksområde. Mens Harstad derimot mente at det umulig kunne være faglig kvalitet på tjenesten i Vesterålen med så få faste kirurger. Dette ble også kommunisert ut i media og det lyktes ikke toppledelsen i Harstad å sette en stopper for denne negative medieutviklingen. Situasjonen tydeliggjorde ytterligere Hålogalandssykehusets store kommunikasjonsutfordring, den stadig økende misstilliten som vokste frem mellom divisjonene. På tross av mange møter og friske samtaler fant ikke ledergruppen sammen i noe fellesskap. Det var stadig verbale trefninger omkring fagtilbud og kvalitet, dimensjonering, ressursforbruk og funksjonsfordeling. På slutten av hålogalandsperioden var det nesten ingen kommunikasjon verken mellom ledere, eller innad i fagmiljøene. Kommunikasjon både utad i media og innad i organisasjonen i Vesterålen var preget av betegnelser som **når** og ikke **om** Hålogalandssykehuset ville bli oppløst.

5.3.3 Nordlandssykehuset

Allerede fra starten merket lederne fra Vesterålen at en var kommet inn i en annen kommunikasjons og samhandlingshverdag. Kommunikasjonen mellom lederne i Vesterålen og Bodø er blitt beskrevet av alle tre informantene som både begrenset og formell. Dette er en oppfatning som også jeg deler. Etter klinikkorganiseringa av Nordlandssykehuset i september 2010, angir informantene en økende dårlig kommunikasjon og samhandling. Alle tre informanter beskriver en ledelseshverdag der det kan gå både dager og uker uten at det forekommer noen dialog, samt at den kommunikasjonsformen som praktiseres stort sett er telekommunikativ. Både informantene og jeg har erfaring med at når telekommunikasjon ikke fungerer, eller at teknologien ikke kan betjenes - så isoleres vi bort fra viktig informasjon og samhandling. Det oppleves heller ingen felles plan i klinikkene for å kompensere for kommunikasjonsutfordringene som blir beskrevet her. Når teknologien ikke fungerer eller at IKT-kompetanse ikke er tilgjengelig så blir det ingen telekommunikasjon og planlagte telestudio-

overføringer må settes opp senere. Både informantene og jeg har erfaring med at dette ”koker bort i kålen” og blir ikke gjennomført.

Innformant 2 oppgir at han savner direkte kontakt med toppledelsen og ønsker ei direkte linje til direktøren i et forpliktende samarbeid. Videre beskriver han en oppfatning av at klinikkjefene har mer enn nok med oppgaver i Bodø og viser til at mange saker må helt opp til toppledelsen for avklaring. Lang saksbehandling oppleves som en hovedregel, samt at det kommuniseres dårlig ut til mellomlederne i Vesterålen hvor i systemet den enkelte sak befinner seg. Dette er også erfaringer fra min klinikk. Dette indikere klart at dagens kommunikasjon og samhandling mellom klinikkjefer og mellomledere, ikke er i tråd med de forventningene som lederne i Vesterålen har til sine klinikkjefer.

I Jakobsen og Thorsvik (2011) finner en skissert hvilke ulike kommunikasjonsnettverk og kommunikasjonsroller ansatte kan ha. Teorien skisserer ulike kommunikasjonsnettverk som brukes for å løse kommunikasjonsutfordringer. Disse nettverkene er både sentraliserte og desentraliserte og det angis at desentraliserte nettverk fungerer best der beslutningsmyndighet er delegert. Som beskrevet tidligere i oppgaven oppleves beslutningsmyndigheten i Nordlandssykehuset å være sentralisert, noe som preger dagens kommunikasjonsnettverk da all kommunikasjon må inn til sentrale aktører i Bodø. De samme aktørene som sitter på den nødvendige informasjon og beslutningsmyndighet.

I Nordlandssykehuset pr i dag finner vi mange av de nettverksaktørene som beskrives i kapittel 2.4. Både ”dørvakta” som er kommunikasjonssjefen, ”kosmopolitten” som er samhandlingsenheten og ”opponionsleder” som er klinikkjefene, er aktører i organisasjonen i dag. Spørsmålet er hvor synlig disse aktørene er utenfor Bodø. Pr i dag sitter alle disse funksjonene i Bodø og besøker Vesterålen bare sporadisk. Når det gjelder rollen som ”liaison”, en person som skal kople ulike enheter og grupper sammen uten selv å være medlem av noen av dem, er det vanskeligere å peke på hvem som har denne rollen. De lokale direktør som var på lokalsykehusene hadde denne rollen frem til klinikkdannelsen. Trolig det var denne rollen som styreleder i Nordlandssykehuset tenkte at en lokal koordinator skulle fylle. Denne rollen finnes ikke lokalt i dag og det er heller ingen annen aktør som ivaretar disse oppgavene pr i dag.

5.4 Lederes opplevelse av autentisitet

5.4.1 Autentisitet frem til i dag

Alle tre informantene beskriver sin forståelse av begrepet autentisitet som ektehet og muligheten til å kunne være seg selv. Informantene angir en opplevelse av dyp autentisitet i perioden som lokalsykehuset i Vesterålen, mens hålogalandsperioden var begynnelsen på reisen mot en grunnere autentisitet med unntak av perioden rett før oppløsningen av foretaket. Dette er helt i overensstemmelse med min opplevelse av disse to periodene. I hålogalandssykehusperiodens siste tid oppleves autentisitet faktisk å befinne seg på sitt dypeste lokalt, samtidig som lederne i Vesterålen opplever å være omtrent helt isolert fra de andre lederne i foretaket.

Dette viser også ”agendarapport 2004” som er omtalt i kap 4.1.2, rapporten evaluerte de interne forholdene i foretaket til å være preget av liten samfølelse, fellesskap og konkret samarbeid. Rapporten viser også til bakgrunnen i ulike fylkeskommuner der det hadde utviklet seg ulik historie, identitet og kultur. Forfatterne Ims og Jakobsen viser i sin artikkel at god ledelse viser til motet å være sann mot seg selv og mot sine viktige verdier og at dette dermed blir et spørsmål om lederens autentisitet. I følge Taylor (1998) var det nettopp gjennom dialogen og det økte fellesskapet med hverandre lokalt, at lederne i Vesterålen opprettholdt sin sterke identitet i denne perioden. Et interessant spørsmål her er hva denne dype lokale autentisiteten gjorde med vårt forhold til resten av organisasjonen. Var det dette samholdet lokalt til hinder for å utvikle gode relasjoner til resten av Hålogaland eller var det slik at denne utviklingen var en naturlig følge av økende isolering?

I Nordlandssykehuset møtte vi en organisasjon som var blitt ”kjent ”med Vesterålen gjennom presseoppslag gjennom 5 år. Media vist ofte til Vesterålen som en sterk aktør for å få oppløst Hålogalandssykehuset. Dette preget lederne fra Vesterålen i sitt møte med Bodø og det syntes også å prege våre kollegaer i Bodø. Det skapte i mange tilfeller en ekstra dimensjon i en kommunikasjonshverdag som allerede opplevdes distansert. I følge autentisitetens etikk som omtales i kapittel 2.5, er en forutsetning for å kunne utvikle dyp autentisitet som leder en tilstedeværelse av dialog og en oppfattelse av å være en integrert del av en større sammenheng. I Nordlandssykehuset oppleves det og bli kjent med hverandre for å utvikle uformelle relasjoner som lite prioritert. Økonomiske utfordringer prioriterer ikke unødige reiser på tvers av organisasjonen. Derfor kan nettopp mangelen på arenaer for diskusjoner og uformelle sosiale

treff samt minimal formel møtestruktur, være grunnlag for opplevelse av grunnere autentisitet til Nordlandssykehuset.

Et annet interessant funn er det at ledere i Vesterålen som representerte områder som stadig er gjenstand for endringer, funksjonsfordeling eller bortfall av tilbud opplever å bli urolige når kommunikasjonen stilner. Da kommer tvilen og mistenksomheten frem: hvem snakker sammen nå? Hva bestemmer de? Hvorfor blir ikke vi snakket til? Informantene viser også til felles opplevelser av at problemene her i Vesterålen drukner i forhold til utfordringene som hverdagen gir i Bodø og at klinikksjefene har mer enn nok med det. Informantene og jeg har en felles opplevelse av at bevisstheten omkring utvikling av et felleskap mellom oss ledere, ikke er vektlagt av toppledelsen i Nordlandssykehuset.

5.4.2 Autentisitet i Vesterålen pr i dag

Sammen med de endringene av rammevilkår som er beskrevet som ytterligere forverret etter klinikkorganiseringen, er det også et annet aspekt som må nevnes. Alle har vi en historie med oss, et opparbeidet ”rykte” som farger de relasjonene man bygger i dag. For å bygge tillit og trygge relasjoner med hverandre må mennesker møtes for å samtale og å være sammen. Det gjelder særlig mellom klinikksjefer og sine lederteam i geografisk spredte organisasjoner. Vesterålens historie eller rykte kan trolig trekkes helt tilbake til Hålogalandsperioden der vi av flere ble sett på som litt egenrådige og selvstyrte. Ved overgangen til Nordlandssykehuset falt det et par betegnende uttalelser fra daværende styreleder i NLSH som ble referert i media. Tesen var at vi måtte ikke tro at vi kunne oppføre oss slik i Nordlandssykehuset som vi hadde ”holdt på” i Hålogalandssykehuset og det har ved enkelte anledninger vært situasjoner som har indikert at vi enda har et ”rykte” på oss i Bodø. Pr i dag bruker flere klinikker betegnelsen ”dåkker der ute” for å betegne aktører fra Vesterålen. Det naturlige motstykke til ”ute” er ”inne” og uheldige ordvalg kan føre til følelse av både ”ekskludering” og det å være på en ”ubetydelig satellitt” som noen av informantene beskrev det.

Dette er opplevelser som danner et bakteppet for både informant 2 og 3 samt min oppfatning av autentisitet pr i dag. Informant 2 oppsummerte at det å være i en sammenheng er viktig og det føler han ikke i dag. Det besluttes ting i dag som han verken synes er rett eller viktig. Han føler ikke dype autentisitet pr i dag, men heller mer mot grunn autentisitet. Dette fordi han opplever at hans verdier og forslag til prioriteringer ikke når frem i Bodø.

Informant 1 oppgav samme grad av autentisitet som de to andre frem til i klinikkdannelsen, men angir en økende følelse av autentisitet pr i dag på bakgrunn av opplevelse av trygghet og ro i sin organisasjon med hensyn til både fagtilbud og pasientgrunnlag lokalt. Samtidig som informanten oppgir at behovet for den tette og fysiske kommunikasjonen med sin klinikksjef ikke i stor grad er til stede, uttrykker han stor bekymring for mangelen på lokal beslutningsmyndighet og viser til at handlingslammelse kan medføre at dårligere løsninger blir valgt til slutt.

5.5 Oppsummering

Gjennom analysen har jeg gått gjennom hovedfunnene fra intervjuene og sett disse opp mot annen empiri samt valgt teori. Funnene var strukturert slik at de direkte kan relateres til mine antagelser som var utarbeidet for å best mulig kunne svare på mitt forskningsspørsmål.

Jeg har gjennom figur 3 fremstilt Vesterålen ved å sammenstille lokale strukturendringer opp mot Mintzberg sine organisasjonsformer (ref Jakobsel og Thorsvik 2011). Jeg har gjennom figuren beskrevet sykehuset i Vesterålen gjennom oppgavens tre perioder. Ledelse og beslutningsmyndighet oppleves som på en konstant reise bort fra Vesterålen gjennom periodene og det vises også til en oppfatning av at både toppledelse og beslutningsmyndighet er fjernt fra Vesterålen pr i dag.

I figur 4 på neste side settes rammevilkårsendringer og autentisitetsopplevelsene gjennom perioden sammen med Mintzberg sine modeller. Her har jeg sammenfattet lokale kjennetegn fra figur 3 sammen med vurderinger av lokal ledelse og beslutningsmyndighet fra figur 1. Siste rute i figur 4 vannrett, er ikke en rein modell fra Mintzberg men fremkommer på bakgrunn av at både ledelse og beslutningsmyndighet er definert som fjernt fra Vesterålen, strukturelle endringer har medført toppledelse og stabsfunksjoner bort fra Vesterålen, samt at tre av fire informanter opplever en grunn autentisitet pr i dag. Dette gjør at jeg har valgt og definert nåværende organisering i Vesterålen som et dekket maskinbyråkrati.

Funn fra intervjuene viser en klar oppfatning av at kommunikasjon og samhandling ikke fungerer optimalt mellom lederne i Vesterålen og sine klinikksjefer i Bodø, pr i dag. Det angis et nesten totalt fravær av kommunikasjon med toppledelsen.

(Oppsummeringen fortsetter etter figur 4).

Figur 4: Organisatoriske endringer i Vesterålen gjennom perioden opp mot Mintzberg sine modeller, med rammevilkårsendringer og lokale lederes autentisitetsopplevelser.

Organisasjons- Former: → Lokale kjenne- tegn pr periode:	”det profesjo- nelle byrå- krati” Mintzberg	”den divisjo- naliserteorga- nisasjon.” Mintzberg	”maskinbyrå- kratiet” Mintzberg	det dekkede maskinbyrå- krati” Egen definisjon
Lokalsykehusperioden frem til 2002: Direktør, profesjonalisert ledelse med beslutningsmyndighet. Akuttfunksjoner samt fullverdig teknostruktur og stabsfunksjoner.	Ledelse: nær Beslutnings- myndighet: nær Kommunikasjon Nær og uformell Autentisitet: dyp			
Hålogalandssykehusperioden 2002 – 2007: Lokal direktør i et divisjonalisert geografisk Vesterålen, uavhengig av hverandre innenfor foretaket. Hver divisjon har (enda)delegert beslutningsmyndighet og ansvar. Målstyring og resultatansvar.		Ledelse: nokså nær til uavklart Besl. myndighet: nokså nært til uavklart Kommunikasjon Fjernere og uforutsigbar Autentisitet: Grunnere totalt, men dypfølt lokalt i siste periode.		
Nordlandssykehuset før klinikkorganiseringen 2007 - 2010 Lokal direktør som før, men det ønskes endringer pga: suboptimalisering og uoversiktlig stort lederspenn, samt ønske om bedre økonomistyring. Lokal direktør i Vesterålen avsondres mer og mer fra Bodø.			Ledelse: nokså fjern Beslutningsmyndighet: nokså fjern Kommunikasjon: Formell og begrenset Autentisitet: Grunnere	
Nordlandssykehuset etter klinikkorganiseringen og frem til i dag: Ingen lokal direktør, minimalt med stabsfunksjoner, minimal teknostruktur og støtte. Sentralisert overordnet ledelse og beslutningsmyndighet til Bodø. Mellomledere fremstår som lokale administratorer uten reell innflytelse og beslutningsmyndighet				Ledelse: fjern Beslutnings- myndighet: fjern Kommunikasjon Fjern og telekommunikativ Autentisitet: tre av fire ledere: grunn

Autentisitetetsbegrepet angis av informantene som et forståelig begrep for å definere sin lederhverdag der endringene rundt struktur, ledelse, beslutningsmyndighet, kommunikasjon og samhandling spiller inn. Beskrivelsen av egen autentisitet oppfattes lik av alle fire avdelingslederne (de tre informantene pluss meg) i Vesterålen frem til klinikkdannelsen. Alle fire avdelingslederne opplevde en ekstra dyp autentisitet lokalt i vakuumperioden på slutten av hålogalandsperioden. Det vises også til en felles opplevelsen av isolasjonen fra de andre i foretaket i denne perioden.

To av informantene pluss meg selv angir at endringene av rammevilkår er av en slik karakter at det medfører en oppfattning av økende grunn autentisitet i vår lederhverdag pr i dag. Det er verken ro eller forutsigbarhet rundt fagtilbud og dimensjonering i disse klinikkene sine avdelinger og enheter i Vesterålen, men for av en av informantene medfører ikke disse endringene av rammevilkår til opplevelse av redusert opplevelse av egen autentisitet pr i dag. Denne informanten ser på utsiktene til et nytt sykehus som starten på positiv utvikling, selv om endringene av rammevilkårene oppleves like negativt av denne informanten.

6.0 Konklusjon og forslag til videre studier

Denne studien fra Vesterålen viser at de endringene som er foretatt av rammevilkårene fra helseforetaksreformen i 2002 og frem til i dag, virker inn på lederes lederhverdag. Studien viser også at disse rammevilkårsendringene har ført til at ledere som befinner seg geografisk borte fra stabsfunksjoner og toppledelse er blitt fjernere fra beslutningstakerne i helseforetakene. Studien indikerer videre at organisering i klinikker på tvers av geografi med sentralisert toppledelse og stabsfunksjoner, forsterker konsekvensene av avstand for ledere.

Erfaringer fra studien antyder også at disse endringene av rammevilkår ikke alene virker inn på lederes oppfatning av egen lederhverdag, men at forhold rundt fagtilbud og fagutvikling spiller en rolle for lederes hverdag.. Studien antyder videre at ledere som opplever uro og usikkerhet rundt fagtilbud og fagutvikling i sin klinikk, ytterligere merker fjernhet til beslutningsmyndighet og toppledelse. Et annet funn fra studien i Vesterålen er at i situasjoner med svak og utydelig toppledelse på distanse, kan det utvikle seg sterk og dyp lokal autentisitet som kan virke isolerende fra helheten.

Her vil være flere spørsmål å stille i videre studier. Et tema som kan være av interesse å studere nærmere er hvordan en lokal koordinator i direktørens stab, kan finne sin rolle lokalt mellom 8 egenstyrte klinikker. Jeg ser her utfordring for en slik koordinator med hensyn til å ikke ”trække rundt” på klinikkjefenes myndighetsområder.

Et annet tema for undersøkelse kan være hvordan å utvikle bedre kommunikasjonsarenaer innenfor klinikkorganiserte og geografisk spredte foretak. Egen erfaring viser at god kommunikasjon ikke bare er et spørsmål om teknologi men også et spørsmål om å ta på alvor at dialog og samhandling er nødvendig for utviklingen av en god ledelse.

Et tredje tema kunne være hvordan utvikle gode beslutningsrutiner slik at lokale ledere får en større rolle ved lokale beslutninger. Informantene i denne studien etterlyser en økt lokal beslutningsmyndighet. Det er et viktig å utvikle rammevilkårene slik at lederne kan lede de ansatte på en best mulig måte og ikke bruke unødig energi på en uhensiktsmessig ledelseskontekst. Slik sikrer vi våre pasienter den beste kvaliteten på vårt tilbud i alle klinikkene.

Litteraturliste

Brytting, Tomas. (2005): *Företagsetik*, Lieber ekonomi

Hauglin, Otto. (2004): *Hålogalandssykehuset HF, Evaluering av foretakets organisasjonsmodell*, Agenda Utredning & Utvikling AS. (Malmskrivervn 35, postboks 542, 1302 Sandvik, Ref: R4693)

Ims, Knut. Jacobsen, Ove. (2010): *Lederen, ledelse og autentisitet*, Masterstudium i helseledelse, ”Etikk og ledelse”, forelesninger og artikler til samling 19-21 januar 2011, red. Jacobsen, Ove. Universitetet i Nordland. ove.jacobsen@uin.no

Jacobsen, Dag I. Thorsvik, Jan. (2010): *Hvordan organisasjoner fungerer*, Fagbokforlaget Bergen.

Johannesen, Asbjørn. Christoffersen, Line og Tufte, Per. (2011): *Forskningsmetode for økonomisk – og administrative fag*, Abstrakt forlag Oslo

Nordlandssykehuset HF, styresak 52/08: *Organisasjon og ledelse av Nordlandssykehuset – Forslag til ny overordnet modell*, Styreprotokoll 13 november 2008

Nordlandssykehuset, Samhandlingsavdelingen (2012): *Referat fra koordineringsmøte 25.01.12*, Saksnummer 2012/325.

Nordlandssykehuset, Samhandlingsavdelingen (2012): *Referat fra koordineringsmøte 07.03.12*, Saksnummer 2012/325/LAR002.

Nyeng, Frode. (2010): *Vitenskapsteori for økonomer*, 5. opplag Abstrakt forlag

Taylor, Charles. (1998) *Autentisitetens etikk*, 6.opplag 2008 Cappelens Akademiske Forlag

Vedlegg 1:

Intervjuguide:

Bakgrunn:

1. Alder?
2. Yrkesbakgrunn?
3. Hvilken stilling og plassering har du i organisasjonen pr i dag?
4. Ditt ansvarsområde?
5. Hvor lenge har du vært leder?

Litt generelt om ledelse og endringer rundt deg som leder:

1. Hva tenker du på når du hører ordet ledelse, kort ut fra din erfaring som leder?
2. Er endringer av rammevilkår for ledelse, noe du kjenner deg igjen i gjennom dine år som leder?
3. Har du noen formening om at dine muligheter for å ta beslutninger som leder, har endret seg gjennom denne perioden fra 2002 og frem til i dag?
4. Kan du kort beskrive hva du som leder vil legge i begrepene Identitet og Autentisitet?
5. Vil du si at begrepene Identitet og Autentisitet er forhold som du reflekterer over i din lederhverdag?
6. Er dette relevante spørsmål når du tenker på din lederhverdag?

1.0 Milepælsperiode (pr 2002):

”Lokalsykehuset Vesterålen”

1.1 Kan du gi en kort beskrivelse av Organisasjonsstruktur lokalt i Vesterålen ved inngang til Foretaksreformen pr 2002, gjennom følgende spørsmål:

- 1) Hvilke hoveddeler besto organisasjonen i Vesterålen av pr 2002?
- 2) Hvor var din organisatoriske plassering på dette tidspunkt?
- 3) Hvordan oppfattet du organisasjonsstrukturen i Vesterålen sammenlignet med andre lokalsykehus i Norge?
- 4) Andre kommentarer?

1.2 På en skala fra 1 til 5, hvor vil du beskrive at beslutningsmyndigheten befant seg i organisasjonen, i følgende saker?

Her er desentralisert = nært, mens sentralisert = fjernt, og definerer seg til organisasjonen utenfor Vesterålen.

Skalaverdier: 1=nært, 2=nokså nært, 3=uavklart, 4=nokså fjernt, 5=fjernt

1. Beslutning omkring ønsket lokal omorganisering, etter strukturelle endringer?
2. Avgjøre mht prioriteringer mellom Avdelinger/Enheter?
3. Avgjørelser vedrørende kurs: perm og andre utgifter?
4. Myndighet til omdisponeringer innenfor eget budsjett?
5. Beslutte ut fra lokale behov for investeringer/kasseringer?
6. Andre kommentarer?

1.3 Hvordan vurderer du forholdet mellom Ledelse og Administrasjon i din arbeidshverdag? Angi ut fra 100% (f.eks 50/50, 30/70, 20/80, 10/90)

1.4 Ut fra følgende beskrivelser av Ledelse kontra Administrasjon, hva er det som beskriver din ledelseshverdag - i denne perioden, best?

Administrasjon:	eller	Ledelse?
1. Planlegging	eller	Visjon/misjon?
2. Fordeling av ansvar	eller	Motivasjon/Inspirasjon?
3. Skape balanse	eller	Innovasjon/endring?
4. Maktkonsentrasjon	eller	Maktpredning?
5. Skape lydighet	eller	Skape engasjement?
6. Kontrakt	eller	Ekstra ytelse?
7. Rasjonalitet	eller	Intuisjon?
8. Avstand til andre	eller	Empati/innlevelse?
9. "Administratoren gjør ting riktig"	eller	"Lederen gjør de riktige tingene"?

1.5 Hvordan vil du kort beskrive kommunikasjon mellom ledernivåene i organisasjonen, sett fra ditt ståsted, i denne perioden? (formelt/uformelt, fysiske møter/ telefon/SMS)

1.6 På en skal fra 1 til 7, hvordan vil du beskrive de følgende forhold vedrørende kommunikasjon til og fra deg som leder lokalt i Vesterålen?

1=alltid, 2=ofte, 3=nokså ofte, 4=vet ikke, 5=nokså sjeldent, 6= sjeldent, 7= aldri

1. Fikk du den samme informasjonen fra din leder som dine kollegaer sentralt i organisasjonen?
2. Fikk du denne informasjonen like raskt som dine kollegaer sentralt i organisasjonen?
3. Ved henvendelse til din leder, fikk du svar tilbake?

4. Ved henvendelse til din leder, fikk du avklarende svar tilbake som du tidsmessig vil vurderer som riktig saksbehandlingstid?
5. Ved saker som berørte flere Avdelinger, fikk du tilbakemelding om hvordan saka skulle behandles videre?
6. Ved saker som berørte flere Avdelinger, fikk du tilbakemelding om når du kunne forvente avklaring/beslutning?
7. Ved saker som berørte flere Avdelinger, fikk du tilbakemelding om hvem som hadde beslutningsmyndighet i saka?
8. Ved saker som berørte flere avdelinger, fikk du tilbakemelding om hvordan forholde deg i påvente av beslutning tas?
9. Ved forhold som berørte flere avdelinger, kommuniserte du med de andre avdelingenes lokale ledere angående forholdene?
10. Hvordan vil du betegne graden av formelle møter mellom de lokale lederne i Vesterålen?
11. Hvordan vil du betegne graden av uformelle møter mellom de lokale lederne i Vesterålen?
12. Andre forhold?

1.7 Hvordan vil du beskrive de ulike kommunikasjonssamhandlingene du var en lokal del av? Bruk følgende skala der det er naturlig:

1=alltid, 2=ofte, 3=nokså ofte, 4=vet ikke, 5=nokså sjeldent, 6= sjeldent, 7= aldri

1. I løpet av en mnd, hvor mange fysiske møter hadde du ca med din leder?
2. I hvor stor grad var dette formelle eller uformelle møter?
3. Lå forholdene til rette for tilfeldige uformelle møter mellom deg og dine lederkollegaer?
4. I hvilken grad ble Telestudio, Webkamera, mails, SMS'er, telefon, telefonkonferanser benyttet i kommunikasjons/møtesammenheng?
5. Hvor ofte hadde du kontakt med din leder: hvis daglig, ukentlig eller sjeldnere: angi ca hvor ofte?
6. Hvilken type kommunikasjon ble oftest benyttet?
7. Vurderer du din kommunikasjon med din leder og andre kollegaer sentralt, som tilfredsstillende?
8. Var det noe i din lederhverdags kommunikasjonspraksis som du savner?
9. Var kommunikasjon mellom deg og dine lederkollegaer i organisasjonen avhengig av gode IKT-løsninger?
10. Hvordan vil du beskrive "tilbudet" lokalt mht IKT-support i denne perioden?
11. Hvordan vil du beskrive tilgjengelighet av IKT-support lokalt?
12. Hvor ofte ble kommunikasjon endret pga dårlig IKT- løsninger
13. Hvor ofte opplevde du å ikke kunne være med på et telest. møte pga IKT-feil?
14. Hvor ofte opplevde du å ikke kunne være med på telestudiooverført fellesinformasjon/opplæring/kurs og lignende pga dårlig IKT-løsninger?
15. Andre forhold?

1.8 Hvordan vil du beskrive din oppfatning av begrepene Identitet og Autentisitet som leder, i denne perioden? *Bruk følgende skal ved behov:*

1= i stor grad, 2= i noen grad, 3= vanskelig å vurdere, 4=i mindre grad, 5= i liten grad

1. Var utvikling av egen Identitet og ”Dyp Autentisitet” noe du vil beskrive som viktig for deg som lokal leder i Vesterålen?
2. Hvordan vil du beskrive din opplevelse mht grad av Autentisitet på dette tidspunktet?
3. Følte du trygghet i din lederhverdag lokalt i Vesterålen?
4. Følte du lojalitet til din leder i organisasjonen?
5. Ble du sett og hørt av din leder?
6. Spilte dine meninger en rolle i organisasjonen du var en del av?
7. Vil du beskrive ditt ledelsesforhold til din leder som preget av nær ansikt-til-ansikts dialog?
8. Vil du beskrive din lederhverdag som preget av entusiasme, meningsberettiget og nysgjerrighet?
9. Følte du deg inkludert i organisasjonen?
10. Vil du beskrive din lederhverdag som preget av utadvendthet, kreativitet og åpenhet opp mot din leder?
11. Hvordan vil du beskrive deg som leder mot dine ledere under deg mht: fysiske møter, tilgjengelighet, åpenhet, kreativitet, entusiasme og nyskjerrig?
12. Var dette faktorer det var mulig for deg å legge vekt på, som leder i Vesterålen?
13. Andre forhold?

2.0 Milepælsperiode (2002 – 2007):

”Hålogalandssykehuset”

2.1 Kan du gi en beskrivelse av Organisasjonsstruktur lokalt i Vesterålen i denne perioden, gjennom følgende spørsmål?

1. Skjedde det noen strukturelle endringer (organisasjonsendringer sammenlignet med perioden P 1) i Hålogalandssykehuset i denne perioden, som hadde konsekvenser for Vesterålen?
2. Hadde disse strukturelle endringene noen konsekvenser for din organisatoriske plassering?
3. Hvordan oppfattet du organisasjonsstrukturen i Vesterålen, etter Foretaksorganisering, sammenlignet med andre lokalsykehus?
4. Ved oppfatning av ulik organisering/struktur: kan du kort skissere hva disse ulikhetene besto av?
5. Andre forhold?

2.2 På en skala fra 1 til 5, hvor vil du beskrive at beslutningsmyndigheten befant seg i Hålogalandssykehuset, i denne perioden. Var dette forhold som endret seg gjennom perioden?

Her er desentralisert = nært, mens sentralisert = fjernt, definerer seg til org. utenfor Vesterålen.

Skalaverdier: 1=nært, 2=nokså nært, 3=uavklart, 4=nokså fjernt, 5=fernt

7. Beslutning omkring ønsket lokal omorganisering, etter strukturelle endringer?
8. Avgjøre mht prioriteringer mellom Avdelinger/Enheter?
9. Avgjørelser vedrørende kurs: perm og andre utgifter?
10. Myndighet til omdisponeringer innenfor eget budsjett?
11. Beslutte ut fra lokale behov for investeringer/kasseringer?

2.3 Hvordan vil du vurdere forholdet mellom Ledelse og Administrasjon i din

arbeidshverdag, og var dette forhold som endret seg gjennom perioden? Angi ut fra 100% (f.eks 50/50, 30/70, 20/80, 10/90)

2.4 Ut fra følgende beskrivelser av Ledelse kontra Administrasjon, hva er det som du mener best beskriver din ledeshverdag?

Administrasjon:	eller	Ledelse?
1. Planlegging	eller	Visjon/misjon?
2. Fordeling av ansvar	eller	Motivasjon/Inspirasjon?
3. Skape balanse	eller	Innovasjon/endring?
4. Maktkonsentrasjon	eller	Maktpredning?
5. Skape lydighet	eller	Skape engasjement?
6. Kontrakt	eller	Ekstra ytelse?
7. Rasjonalitet	eller	Intuisjon?
8. Avstand til andre	eller	Empati/innlevelse?
9. "Administratoren gjør ting riktig"	eller	"Lederen gjør de riktige tingene"?

2.5 Administrasjon kontra Ledelse: Ved endringer gjennom perioden, vil du betegne endringen (2.4 spørsmål 1 til 9) som mot mer Ledelse eller Administrasjon?

2.6 På en skal fra 1 til 7, hvordan vil du beskrive de følgende forhold vedrørende kommunikasjon til og fra deg som leder lokalt i Vesterålen, i denne perioden?

1=alltid, 2=ofte, 3=nokså ofte, 4=vet ikke, 5=nokså sjeldent, 6= sjeldent, 7= aldri

Vurder spørsmålene opp mot endringer som du mener å oppleve gjennom perioden, bruk da skalen for å betegne disse.

1. Fikk du den samme informasjonen fra din leder som dine kollegaer sentralt i organisasjonen?
2. Fikk du denne informasjonen like raskt som dine kollegaer sentralt i organisasjonen?

3. Ved henvendelse til din leder, fikk du svar tilbake?
4. Ved henvendelse til din leder, fikk du avklarende svar tilbake som du tidsmessig vil vurderer som riktig saksbehandlingstid?
5. Ved saker som berørte flere Avdelinger, fikk du tilbakemelding om hvordan saka skulle behandles videre?
6. Ved saker som berørte flere Avdelinger, fikk du tilbakemelding om når du kunne forvente avklaring/beslutning?
7. Ved saker som berørte flere Avdelinger, fikk du tilbakemelding om hvem som hadde beslutningsmyndighet i saka?
8. Ved saker som berørte flere avdelinger, fikk du tilbakemelding om hvordan forholde deg i påvente av at beslutning skulle tas?
9. Ved forhold som berørte flere avdelinger, kommuniserte du med de andre avdelingenes lokale ledere angående forholdene?
10. Hvordan vil du betegne graden av formelle møter mellom de lokale lederne i Vesterålen?
11. Hvordan vil du betegne graden av uformelle møter mellom de lokale lederne i Vesterålen?
12. Er det noen av disse forholdene som særlig endret seg gjennom perioden?

2.7 Hvordan vil du kort beskrive følgende forhold rundt kommunikasjon og samhandling, sett fra ditt ståsted i denne perioden? Bruk følgende skala der det er naturlig:

1=alltid, 2=ofte, 3=nokså ofte, 4=vet ikke, 5=nokså sjeldent, 6= sjeldent, 7= aldri

Vurder spørsmålene opp mot endringer som du mener å oppleve gjennom perioden, bruk da skalen for å betegne disse.

1. I løpet av en mnd, hvor mange fysiske møter hadde du (ca) med din leder?
2. I hvor stor grad var dette formelle eller uformelle møter?
3. Lå forholdene til rette for tilfeldige uformelle møter mellom deg og dine lederkollegaer?
4. I hvilken grad ble Telestudio, Webkamera, mails, SMS'er, telefon, telefonkonferanser benyttet i kommunikasjons/møtesammenheng?
5. Hvor ofte hadde du kontakt med din leder: hvis daglig, ukentlig eller sjeldnere: angi ca hvor ofte?
6. Hvilken type kommunikasjon ble oftest benytta?
7. Vurderte du din kommunikasjon med din leder og andre kollegaer sentralt, som tilfredsstillende?
8. Var det noe i din lederhverdags kommunikasjonspraksis som du savnet?
9. Var kommunikasjon mellom deg og dine lederkollegaer i organisasjonen avhengig av gode IKT-løsninger?
10. Hvordan vil du beskrive "tilbudet" lokalt mht IKT-support?
11. Hvordan vil du beskrive tilgjengelighet av IKT-support lokalt?
12. Hvor ofte ble kommunikasjon endret pga dårlig IKT- løsninger?
13. Hvor ofte opplevde du og ikke kunne være med på et telest. møte pga IKT-feil?

14. Hvor ofte opplevde du å ikke kunne være med på telestudiooverført fellesinformasjon/opplæring/kurs og lignende pga dårlig IKT-løsninger?
15. Er det noen av disse forholdene som særlig endret seg gjennom perioden?

2.8 Hvordan vil du beskrive din oppfatning av begrepene Identitet og Autentisitet som lokal leder i Vesterålen, i denne perioden?

1= i stor grad, 2= i noen grad, 3= vanskelig å vurdere, 4=i mindre grad, 5= i liten grad

Vurder spørsmålene opp mot endringer som du mener å oppleve gjennom perioden, bruk da skalen for å betegne disse.

1. Var utvikling av egen Identitet og ”Dyp Autentisitet” noe du vil beskrive som viktig for deg som lokal leder i Vesterålen i denne perioden?
2. Hvordan vil du beskrive din opplevelse mht grad av Autentisitet i denne perioden?
3. Følte du trygghet i din lederhverdag lokalt i Vesterålen?
4. Følte du lojalitet til din leder i organisasjonen?
5. Ble du sett og hørt av din leder?
6. Spilte dine meninger en rolle i organisasjonen du var en del av?
7. Vil du beskrive ditt ledelsesforhold til din leder som preget av nær ansikt-til-ansikts dialog?
8. Vil du beskrive din lederhverdag som preget av entusiasme, meningsberettiget og nysgjerrighet?
9. Følte du deg inkludert i organisasjonen?
10. Vil du beskrive din lederhverdag, i denne perioden, som preget av utadvendthet, kreativitet og åpenhet opp mot din leder?
11. Hvordan vil du beskrive deg som leder i denne perioden, mot dine ledere under deg mht: fysiske møter, tilgjengelighet, åpenhet, kreativitet, entusiasme og nysgjerrighet?
12. Var dette faktorer det var mulig for deg å legge vekt på, som leder i Vesterålen i denne perioden?
13. Er det noen av disse forholdene som særlig endret seg gjennom perioden?

3.0 Milepælsperiode (2007 til 2012):

”Nordlandssykehuset”.

3.1 Kan du gi en beskrivelse av Organisasjonsstruktur lokalt i Vesterålen i denne perioden, gjennom følgende spørsmål?

1. Hvilke hoveddeler besto organisasjonen i Vesterålen i starten av i denne perioden?
2. Ble det gjort noen endringer mht struktur ved overgang fra Hålogalandssykehuset, i så fall hvilke?
3. Hvilke strukturelle endringer (endringer av organisasjonens hoveddeler) medførte Klinikorganiseringa, lokalt i Vesterålen?
4. Fikk disse strukturelle endringene noen konsekvenser for din lederposisjon i Vesterålen?

- | | | |
|---------------------------------------|-------|------------------------------------|
| 1. Planlegging | eller | Visjon/misjon? |
| 2. Fordeling av ansvar | eller | Motivasjon/Inspirasjon? |
| 3. Skape balanse | eller | Innovasjon/endring? |
| 4. Maktkonsentrasjon | eller | Maktspredning? |
| 5. Skape lydighet | eller | Skape engasjement? |
| 6. Kontrakt | eller | Ekstra ytelse? |
| 7. Rasjonalitet | eller | Intuisjon? |
| 8. Avstand til andre | eller | Empati/innlevelse? |
| 9. "Administratoren gjør ting riktig" | eller | "Lederen gjør de riktige tingene"? |

3.5 Administrasjon kontra Ledelse før og etter Klinikkorganisering: vil du betegne endringen (3.4 spørsmål 1 til 9) som mot mer Ledelse eller Administrasjon?

3.6 På en skal fra 1 til 7, hvordan vil du beskrive de følgende forhold vedrørende kommunikasjon til og fra deg som leder lokalt i Vesterålen, i denne perioden?

1=alltid, 2=ofte, 3=nokså ofte, 4=vet ikke, 5=nokså sjeldent, 6= sjeldent, 7= aldri

Alle spørsmål besvares todelt: før og etter Klinikkorganisering.

1. Får du den samme informasjonen fra din leder som dine kollegaer sentralt (les: i Bodø) i organisasjonen?
2. Får du denne informasjonen like raskt som dine kollegaer sentralt i organisasjonen?
3. Ved henvendelse til din leder, får du svar tilbake?
4. Ved henvendelse til din leder, får du avklarende svar tilbake som du tidsmessig vil vurderer som riktig saksbehandlingstid?
5. Ved saker som berører flere Avdelinger, får du tilbakemelding om hvordan saka skal behandles videre?
6. Ved saker som berører flere Avdelinger, får du tilbakemelding om når du kan forvente avklaring/beslutning?
7. Ved saker som berører flere Avdelinger, får du tilbakemelding om hvem som har beslutningsmyndighet i saka?
8. Ved saker som berører flere avdelinger, får du tilbakemelding om hvordan forholde deg i påvente av beslutning tas?
9. Ved forhold som berører flere avdelinger, kommuniserer du med de andre avdelingenes lokale ledere angående forholdene?
10. Hvordan vil du betegne graden av formelle møter mellom de lokale lederne i Vesterålen?
11. Hvordan vil du betegne graden av uformelle møter mellom de lokale lederne i Vesterålen?
12. Andre forhold?

3.7 Hvordan vil du beskrive de ulike kommunikasjonssamhandlingene du er en lokal del

av? Bruk følgende skala der det er naturlig:

1=alltid, 2=ofte, 3=nokså ofte, 4=vet ikke, 5=nokså sjeldent, 6= sjeldent, 7= aldri

Alle spørsmål besvares todelt: før og etter Klinikkorganisering.

1. I løpet av en mnd, hvor mange fysiske møter har du ca med din leder?
2. I hvor stor grad er dette formelle eller uformelle møter?
3. Ligger forholdene til rette for tilfeldige uformelle møter mellom deg og dine lederkollegaer?
4. I hvilken grad benyttes Telestudio, Webkamera, meils, SMS'èr, telefon, telefonkonferanser i kommunikasjons/møtesammenheng?
5. Hvor ofte har du kontakt med din leder: hvis daglig, ukentlig eller sjeldnere: angi ca hvor ofte?
6. Hvilken type kommunikasjon benyttes oftest?
7. Vurderer du din kommunikasjon med din leder og andre kollegaer sentralt, som tilfredsstillende?
8. Er det noe i din lederhverdags kommunikasjonspraksis som du savner?
9. Er kommunikasjon mellom deg og dine lederkollegaer i organisasjonen avhengig av gode IKT-løsninger?
10. Hvordan vil du beskrive "tilbudet" lokalt mht IKT-support?
11. Hvordan vil du beskrive tilgjengelighet av IKT-support lokalt?
12. Hvor ofte blir kommunikasjon endret pga dårlig IKT- løsninger
13. Hvor ofte opplever du å ikke kunne være med på et telestudiooverført møte pga IKT-feil?
14. Hvor ofte opplever du å ikke kunne være med på telestudiooverført fellesinformasjon/opplæring/kurs og lignende pga dårlig IKT-løsninger?
15. Andre forhold?

3.8 Hvordan vil du beskrive din oppfatning av begrepene Identitet og Autentisitet som lokal leder i Vesterålen, gjennom perioden?

1= i stor grad, 2= i noen grad, 3= vanskelig å vurdere, 4=i mindre grad, 5= i liten grad

Alle spørsmål vurderes ut fra din posisjon før og etter Klinikkorganisering.

1. Er utvikling av egen Identitet og "Dyp Autentisitet" noe du vil beskrive som viktig for deg som lokal leder i Vesterålen?
2. Hvordan vil du beskrive din opplevelse mht grad av Autentisitet pr i dag?
3. Føler du trygghet i din lederhverdag lokalt i Vesterålen?
4. Føler du lojalitet til din leder i organisasjonen?
5. Blir du sett og hørt av din leder?
6. Spiller dine meninger en rolle i organisasjonen du er en del av?
7. Vil du beskrive ditt ledelsesforhold til din leder som preget av nær ansikt-til-ansikts dialog?
8. Stemmer dine grunnleggende verdier og holdninger med det som du fronter som Klinikkenes lokale leder i Vesterålen?
9. Vil du beskrive din lederhverdag som preges av entusiasme, meningsberettiget og nysgjerrighet?

10. Føler du deg inkludert i organisasjonen?
11. Vil du beskrive din lederhverdag preget av utadvendthet, kreativitet og åpenhet opp mot din leder?
12. Hvordan vil du beskrive deg som leder mot dine ledere under deg mht fysiske møter, tilgjengelighet, åpenhet, kreativitet, entusiasme og nyskjerrighet?
13. Er dette faktorer det er mulig for deg å legge vekt på, som leder i Vesterålen?
14. Andre momenter du mener vil være viktig, for i enda større grad kunne belyse dine vurderinger av disse forholdene?
- 15.

Avslutningsvis et oppsummeringsspørsmål:

Hvordan vil du kort beskrive ”din reise” som lokal leder i Vesterålen i denne Milepælsperioden?

1. Organisatorisk plassering, hvor langt unna toppledelsen har du befunnet deg gjennom perioden?
2. Kommunikasjonsprosesser: hvordan har kommunikasjon og samhandling endret seg for deg, i perioden?
3. Din tilgang til (og egen) beslutningsmyndighet lokalt, gjennom periodens ulike organiseringer?
4. Muligheten til å bedrive Ledelse kontra Administrasjon?
5. Er beskrivelsen/definisjon av oppnådd stadier av ”Autentisitet” noe du kjenner deg igjen i som leder i denne perioden?
6. Om slik, hvordan har dette endret seg for deg gjennomperioden?

Vedlegg 2

Innhold og definering av brukte ord og uttrykk:

Struktur – hvordan er organisasjonen formelt bygd opp, organisasjonskartet rundt deg. Hvilke hoveddeler består organisasjonen/sykehuset i Vesterålen av. Her defineres hoveddelene til å skulle bestå av: Operativ kjerne/produksjonsledd med linje ledelse, Mellomledelse, Toppleidelse/ Direktørnivå, Støttestruktur (rengjøring, kjøkken, IKT, sentralbord) og Teknostruktur (stab: bl.a personal/lønn/regnskap/plan&analyseavd)

Beslutningsmyndighet – sentralisert: hva er lagt til Bodø/ desentralisert: hva kan avgjøres lokalt i Vesterålen.

Ledelse lokalt – hvilke ledelsesnivå er representert lokalt i Vesterålen, samt skille mellom Ledelse og administrasjon: Administrasjon: fokusere på produksjon, løse problemer på en effektiv måte, atferd for å veilede, støtte og gi tilbakemelding på daglige aktiviteter i produksjonen. Ledelse: skape visjoner for organisasjonen/Enheten, fylle virksomheten med mening, utforme retningslinjer for utvikling av organisasjonen/Enheten

Samhandling – hvordan samarbeides det internt mellom lederne i klinikken, hvordan samarbeides det med lederkollegaer fra andre klinikker

Kommunikasjon – hvordan kommuniserer det innad i klinikken, hvilken type kommunikasjonskanaler benyttes: formell/ uformell prat (smalltalk), fysiske møter (face-to-face) eller mest bruk av mail, telefoni, telestudio el telefonkonferanse.

Milepælsperioder:

P 1: status 2002 oppstart Foretaksreformen

P 2: Hålogalandssykehusperioden

P 3: NLSH frem til Vedtak om Klinikkorganisering

P 4: Perioden mellom vedtakk og implementering

P 5: Den klinikkorganiserte organisasjonen

Identitet – ”å finne sin identitet: vil si å danne et selv bilde man føler man kan akseptere og leve opp til, og så etablere en livsstil som svarer til dette bildet. I psykologien brukt som den del av personens selvoppfatning som oppleves som særlig sentral, ekte og typisk for vedkommende”. (Askehaug og Gyldendals Store Norske leksikon, Kunnskapsforlaget 1983: s169)

Autentisitet – gresk og betyr ekthet. ”Å forstå de verdier som individet identifiserer seg med, individets selvoppfatning og vurdering av egen og andres personlighet. Det er gjennom dialogen og fellesskapet med andre at man skaper sin egen identitet, og at denne identiteten utvikles gjennom dialogen med andre”. (Charles Taylor, Canadisk filosof og professor Autentisitetens Etik 1998)

Autentisitet og Ledelse: For å kunne være i stand til å svare godt på de siste spørsmålene, trenger dere en innføring i hva jeg her mener med Autentisitet og ledelse. Dere blir også bedt om å vurdere deres ledeshverdag opp mot definisjon av grunn Autentisitet, eller en tilstand av dyp Autentisitet:

Ordet etikk stammer fra det greske ordet ”ethos”, som betyr holdning eller karakter. Ordet moral stammer fra det latinske ordet ”mos”, som betyr sed eller skikk.

Ordet autentisitet kommer fra gresk og betyr ekthet.

Charles Taylor, Canadisk filosof og professor og forfatter av flere bøker, deriblant boka

”Autentisitetens etik 1998”, og en av de siste par tiårs mest betydningsfulle deltager i den internasjonale debatten rundt det moderne samfunns egenart og fremtidsutsikter. (s 7)

Taylor uttrykker i boka et ønske om å restaurere Autentisitet som moralsk ideal, hvor sosiale relasjoner og motiver utenfor individet er grunnleggende viktig.

Taylors innfallsvinkel er å forstå det moderne menneske og forstå de verdiene som individet identifiserer seg med, som også er en del av den enkeltes identitet. Disse verdiene kan deles inn i svake og sterke vurderinger. Svake vurderinger går i hovedsak ut fra våre preferanser, man liker noe frem for noe annet. Disse vurderingene kan endres uten at det får noen dyptgripende innvirkning verken på ens personlighet eller identitet. De sterke

vurderingene går mer på de dyptliggende nivå av selvoppfatning. I slike vurderinger brukes gjerne ”kontrastbegrepspar” med sentral moralsk betydning: feig – modig, ærlig – uærlig, storsinnet – smålig osv.

Kunnskap om disse sterke vurderingene gir oss dermed også kunnskap om det moderne selvet sin egen vurdering av både egen og andres personlighet. Dette utgjør det Taylor kaller den enkeltes ”moralske rom”. Med dette ønsker han å uttrykke at vår ”selvvurdering ikke kan forstås som en subjektiv privatsak, det moralske rommet er noe vi er i som fellesskap.”

Taylor sier: ”det generelle trekket med menneskelivet er dets fundamentale dialogiske karakter”, (s 45)

Det er gjennom dialogen med andre mennesker at vi blir i stand til å forstå oss selv og dermed definere en egen identitet. I motsetning til et ideal som sier at kun ved å frigjøre oss mest mulig fra andre menneskers innflytelse skaper vi vår egen identitet, mener Taylor at nettopp gjennom dialogen og fellesskapet med andre – dannes og opprettholdes en identitet. Videre er det et sant menneskelig trekk at identitet utvikles gjennom dialog med andre.

Taylor beskriver menneskets behov for å være en del av en sammenheng, behov for mening, disse allmenmenneskelige grunnleggende behov - som en ekstern horisont utenfor selvet.

Horisonten skaper et moralsk rom rundt begrepene respekt og verdighet. Å leve med en ytre horisont betyr at vi tenker, føler og handler ut fra en forståelse av at det finnes noe som er godt, en standard. Å leve innenfor en horisont hevder Taylor er helt nødvendig, fordi horisonten virker konstituerende på mennesket. Horisonten har betydning for selvforståelse, for spørsmålet om hvem og hva jeg er.

Autentisitetens etikk er et moralsk ideal med følgende budskap: et autentisk liv er preget av både selvrealisering og en ytre horisont. Å være sann mot seg selv er å leve sitt liv innenfor en horisont, der dialogen spiller en viktig del av horisonten. Dialogens språk kan uttrykkes på forskjellige måter, og er et grunnleggende trekk ved menneskers liv, - dialogen setter oss i stand til å forstå både oss selv og andre.

I en artikkel av professorene Knut Ims og Ove Jakobsen 2010, vises det til det forfattere mener er: et vesentlig behov for at dagen ledere innehar selvforståelse og virkelighetsforståelse for å kunne håndtere de store utfordringene som næringslivet står ovenfor i dagens samfunn.

”God ledelse dypest sett blir et spørsmål om lederens autentisitet”, og viser til ”motet å være sann mot seg selv innenfor en horisont av viktige verdier”. Artikkelforfatterne skiller mellom: grunn autentisitet – en selvforståelse der individet oppfatter seg selv som autonomt og uavhengig av andre, ofte innenfor et atomisert konkurransemarked, og dyp autentisitet – oppnår en ved at individet oppfatter seg selv som en integrert del av en større sammenheng, og forutsetter en organisk virkelighetsoppfattning der alle levende vesener inngår i dynamiske nettverk.

Her viser artikkelforfatterne til både den engelske filosofen Alfred North Whiteheads, og til vår egen norske filosof Alfred Næss. Begge disse filosofene understreker at virkeligheten er å betrakte som en levende organisme der alle deler virker sammen i et integrert samspill, og der alt er i stadig forandring. Videre leses:

”Ledere kan ikke utvikle dyp autentisitet uten at de opplever en sammenheng mellom de arbeidsoppgavene de utfører, bedriftens mål, samfunnets overordnede verdier og de økosystemene aktivitetene inngår i. Det vil si at dyp autentisitet er forankret i vår bevissthet om sammenhengen mellom oss selv som individ, som organisasjons - og samfunnsmedlem og som del av naturen”.

I overensstemmelse med Aristotelisk etikk mener artikkelforfatterne at den beste måten å utvikle vår selvforståelse og utvikling av dyp autentisitet på, går gjennom dialogbasert refleksjon over egen praksis. Sokrates, gresk filosof, viktigste motto og formulert som et imperativ: ”kjenn deg selv! Forstå deg selv”! Artikkelforfatterne avslutter ved å hevde at artikkelen gir godt belegg for å hevde at ledere med dyp autentisitet er bedre rustet til å møte de komplekse og globale utfordringene/endingene som næringsliv og offentlig forvaltning i økende grad blir konfrontert med. Med utgangspunkt i en organisk virkelighetsforståelse utvides ansvarsfølelse og ansvarshorizonten radikalt.

Vedlegg 3

Søknad om tillatelse til å gjennomføre intervju med Avdelingsleder tilhørende deres Klinik her i Vesterålen.

Stokmarknes 16.03.12

Jeg er i ferd med å avslutte min Masterutdanning i Helseledelse ved Universitetet i Nordland. Programmet går over 2 år med til sammen 90 studiepoeng. Der 60 studiepoeng er teoretisk studium, samt avsluttende Masteroppgave på 30 studiepoeng.

Mitt tema for masteroppgave er ledelse i Vesterålen etter Foretaksreformen. Med fokus på endringer av rammevilkår rundt somatiske ledere lokalt i Vesterålen, - og de virkninger dette har på deres ledelseshverdag.

Mitt forskningsspørsmål som jeg ønsker å besvare er:

”Hvordan opplever ledere at rammevilkårene for lederskap har endret seg etter helseforetaksreformen i 2001 og frem til i dag? En studie fra Vesterålen.

Undersøkelsen gjøres fordi jeg ønsker å se på hvordan endringer av rammevilkår virker inn på lokale mellomledere i Vesterålen. Videre er det et ønske at leseren kan dele denne kunnskapen og forstå hvilke utfordringer som mellomledere har/har hatt i sin lederhverdag, i et stadig endret lederlandskap gjennom denne perioden.

Utvalg av data blir gjort ved hjelp av blant annet intervju med 2 sentrale Avdelingsledere i denne perioden. Disse har erfaringer som ledere gjennom størstedelen av denne perioden, og er fremdeles ledere her i dag.

Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, skrevet ut og sendt til gjennomlesning og godkjenning hos informantene.

Anonymisering vil i denne sammenheng trolig ikke være gjennomførbart, da forholdene er små og de fleste vet hvem lederne her er. Men begge har sagt seg villige til å la seg intervju, på de vilkårene som er skisserte.

Det planlegges Intervjuer i uke 13.

På forhånd takk!

Vennlig hilsen

Trine P Haugen

Mob: 91008576 Epost: trine.haugen@nlsh.no

Vedlegg 4

Erklæring om tillatelse.

Bakgrunn:

Vedrørende avslutning av Masterutdanning i Helseledelse ved Universitetet i Nordland. Programmet går over 2 år, med til sammen 90 studiepoeng, som avsluttes med en Masteroppgave på 30 studiepoeng.

Tema:

Tema for masteroppgave er ledelse i Vesterålen etter Foretaksreformen. Med fokus på endringer av rammevilkår rundt somatiske ledere lokalt i Vesterålen, - og de virkninger dette har på deres ledelseshverdag.

Forskningsspørsmål som ønskes besvart er:

”Hvordan opplever ledere at rammevilkårene for ledelse har endret seg etter helseforetaksreformen i 2001 og frem til i dag? En studie fra Vesterålen”

Undersøkelsen gjøres fordi det ønskes å se på hvordan endringer av rammevilkår virker inn på lokale mellomledere i Vesterålen. Videre er det et ønske at leseren kan dele denne kunnskapen og forstå hvilke utfordringer som mellomledere har/har hatt i sin lederhverdag, i et stadig endret lederlandskap gjennom denne perioden.

Utvalg av data blir gjort ved hjelp av blant annet intervju med 2 sentrale Avdelingsledere i denne perioden. Disse har erfaringer som ledere gjennom størstedelen av denne perioden, og er fremdeles ledere her i dag.

Intervju vil bli tatt opp på bånd, tenkt brukt materiale skrives ut og forevises for godkjenning av informant.

Intervju blir deretter slettet som lydlogg, og utskrifter blir makulerte etter bruk.

Anonymisering vil i denne sammenheng trolig ikke la seg gjennomføre i stor grad, da forholdene er små og lederne er få.

Dette er forhold som er kjent ved forespørsel om intervju.

Intervjuobjektet kan når som helst under intervjuet – trekke seg fra intervjusituasjonen. Ved opplevd feilformuleringer eller andre forhold som ikke føles bekvemt, vil intervjuobjekt bli invilget endringer eller strykninger.

”Jeg har lest informasjon om prosjektet: *”Hvordan opplever ledere at rammevilkårene for ledelse har endret seg etter helseforetaksreformen i 2001 og frem til i dag? En studie fra Vesterålen”* og er villig til å delta i studiet.

Signatur:

Sted/ dato: