

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidat: Anita Mikalsen Vaskinn

Handlingsrom for ledere

En undersøkelse av opplevd handlingsrom
blant ledere i sykehus

Dato: 20.06.16

Totalt antall sider: 66

Forord

Dette er en undersøkelse gjort som en avsluttende del av Master i helseledelse ved Nord Universitet. Dette MBA-program er erfaringsbasert og laget på oppdrag av Helse Nord Regionale helseforetak for ledere eller kommende ledere ved de 4 helseforetakene i regionen. Det har vært utrolig spennende og lærerikt å delta på dette programmet sammen med folk fra Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF) og Nordlandssykehuset HF. Jeg ønsker å rette en stor takk til mine medstudenter i prosessen fram mot denne ferdige masteroppgaven. Jeg vil også takke min arbeidsgiver representert gjennom lederne i Psykisk helse- og rusklinikken i UNN HF. Dere hadde troen på meg og bidro til at jeg fikk mulighet til å delta på dette studiet.

En stor takk til de mange lederne i UNN HF og Finnmarkssykehuset som tok dere tid til å svare på spørsmålene til denne undersøkelsen og til dere lederne som velvillig stilte opp til fokusgruppeintervju.

Takk til veileder, professor Inger Johanne Pettersen, for meningsutvekslinger og for pådytt, slik at dette ble en undersøkelse hvor metodetriangulering fant sted.

Jeg ønsker også å takke min mann og mine flotte barn for støtte og forståelse under studiet og i skriveprosessen.

20.juni 2016

Anita Mikalsen Vaskinn

Abstract

Decision-space is defined as the freedom to choose and lies between the borders of restriction and claims in the organization. The purpose of this study was to find out how leaders describe their decision space and how well-being, personality and leader-position relate to decision space. It was also included measures of the influence on economic- and quality areas and time-distress, which in this study is contemplated as borders to the decision space.

The study was conducted as questionnaire among leaders in two hospitals in northern part of Norway. 53,6 % of them answered (N=192). After the statistical analysis, a focus-group of 3 leaders commented on the results to make the study more valid and to have a wider source for interpretations.

The leaders in this study report their decision-space to be about in the middle. It is a problem that 39,1 % of the leaders says that their decision-space isn't proper because they then are at risk of being pacified by the lack of decision space. 52,4 % state that they have responsibility for areas that they can't influence. This is a violation of the theory that says the responsibility and influence-area should be approximately the same. Leaders have a lot of time-distress which restricts the decision space ($r = -0,23$, $p < 0,01$). At the same time leaders report a high degree of well-being (92 % are satisfied with being a leader). Higher decision-space is connected to well-being ($r = 0,45$, $p < 0,001$).

Personality has a minimal influence on the decision space in this study (conscientiousness $r = 0,19$, $p < 0,01$), but it influences the well-being a lot (conscientiousness has the strongest influence, $r = 0,51$, $p < 0,001$). Leaders in bigger unit experience smaller decision space ($r = 0,30$, $p < 0,001$). The problem with bigger unit seems to be smaller if the leaders have others whom they trust to take responsibility. Leaders with longer experience seem to understand the decision-space in another way than less experienced leaders. Leaders in top of the organization seem to experience some more space than clinical leaders, but the effect is small ($r = -0,14$, $p = 0,05$). Decision-space and well-being among leaders are thought to be a predictor of effective leadership.

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Abstract	ii
Innholdsfortegnelse	iii
HANDLINGSROM FOR LEDERE	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Aktualisering, problemstilling og forskningsspørsmål.....	2
1.2.1 Sentrale begreper.....	3
2 TEORETISK REFERANSERAMME	4
2.1 Sykehuset som organisasjon.....	4
2.1.1 Organisasjonsstruktur.....	4
2.1.2 Sykehuset – et profesjonelt byråkrati	4
2.1.3 Ledelse i sykehus	5
2.2 Gode ledere.....	7
2.2.1 Personlighetstrekk - Femfaktormodellen (Big Five).....	7
2.2.2 Personlighetstrekk og ledelse	8
2.3 Handlingsrom	9
2.3.1 Rammer for handlingsrom i sykehus, resultater og effektivitet.....	10
2.3.1 Handlingsrom og trivsel	11
2.3.2 Handlingsrom og personlighetstrekk	11
2.3.3 Handlingsrom og karakteristika ved ledersituasjonen	12
2.4 Oppsummering av formål med undersøkelsen og forskningsspørsmål.....	12
3 METODE	13
3.1 Kvantitativ metode og kvalitativ metode.....	13
3.2 Vitenskapelige forutsetninger.....	14
3.3 Forskningsdesign.....	15
3.4 Populasjon og utvalg	16
3.5 Spørreskjemaundersøkelsen	17
3.5.1 Datainnsamling.....	17
3.5.2 Spesifikke karakteristika ved respondentene	17
3.5.3 Bortfallsanalyse.....	18
3.5.4 Utforming av spørreskjema.....	18
3.5.5 Analyser	19
3.6 Fokusgruppe	20
3.7 Forskningsetiske betraktninger.....	21
3.8 Begrensninger og styrker ved undersøkelsen	22
4 RESULTATER	23
4.1 Ledernes opplevelse av handlingsrom.....	23
4.1.1 Oppsummering resultater handlingsrom	24
4.2 Rammer for handlingsrom.....	24
4.2.1 Tidspress.....	24
4.2.2 Påvirkningsmuligheter	26
4.2.3 Trivsel og handlingsrom.....	28
4.3 Personlighet, handlingsrom og trivsel	29
4.4 Handlingsrom og karakteristika ved ledersituasjonen.....	30
4.5 Er handlingsrom og trivsel for ledere viktig for effektivitet?.....	31
4.6 Oppsummering av resultater.....	32
5 DISKUSJON	33
5.1 Handlingsrom – er det passe, for stort eller for lite?	33

5.2	Rammer for handlingsrom; tidspress, påvirkningsmuligheter og ansvar	34
5.3	Trivsel.....	36
5.4	Personlighet og handlingsrom	37
5.5	Handlingsrom og karakteristika ved ledersituasjonen.....	38
5.6	Implikasjoner for praksis	39
5.7	Videre forskning	40
6	KONKLUSJON	40
7	REFERANSER	42
8	Vedlegg	45
8.1	Personlighet	45
8.2	Modell for omtale sammenhenger.....	46
8.3	Respondentene er representativ for utvalg	47
8.4	Utforming av spørreskjema	47
8.5	Spørreskjema	48
	Personlige egenskaper	48
8.6	Ulike statistiske analyser	50
8.6.1	Deskriptiv statistikk.....	50
8.6.2	Korrelasjoner.....	50
8.6.3	Faktoranalyse	51
8.6.4	Signifikans.....	51
8.7	Faktorstruktur i materialet	51
8.8	Reliabilitet og datareduksjon	54
8.9	Personlighetstrekk	54
8.10	Handlingsrom.....	56
8.11	Påvirkningsmuligheter	56
8.12	Begrensning av handlingsrom.....	57
8.13	Trivsel	58
8.14	Samvariasjoner.....	59

HANDLINGSROM FOR LEDERE

"Det er den subjektive følelsen av frihet og påvirkningsmulighet som motiverer meg til innsats" (Espedal & Kvitastein, 2013, s. 120).

Frihet til å velge og mulighet for å påvirke kalles handlingsrom. I denne masteroppgaven vil jeg undersøke hvordan ledere i sykehus opplever sitt handlingsrom og se på faktorer som kan ha en sammenheng med ledernes opplevelse av handlingsrom.

1.1 Bakgrunn

Lederne oppgir ofte at deres oppgave er å planlegge, organisere, koordinere og kontrollere (Mintzberg, 2009). Undersøkelser peker imidlertid i retning av at ledernes hverdag er preget av kjappe skifter, muntlig kommunikasjon og avgjørelser av her- og nå saker (Strand, 2007). Ut fra dette kan det noen ganger virke som om de mer langsomme prosessene som krever lesing av dokumenter, tanke- og skrivearbeid, ikke er mulig å få inn i en hektisk hverdag, og at ledere i liten grad har mulighet til å velge hva de skal bruke dagen til. Ledere, inkludert meg selv, har likevel intensjoner om å påvirke resultatet i virksomheten man leder og har et ønske om å få til endringer i tråd med endrede krav. Sykehus er store og komplekse organisasjoner hvor varige endringer ofte krever langvarige og arbeidskrevende forandringsprosesser. Det kan framstå som vanskelig å få til endringer og oppnå bedre resultater hvis det er så lite rom for langsiktig planlegging i ledernes hverdag.

For å få til endringer må man som leder ha fullmakter og en frihet til å velge. Dette omtales ofte som handlingsrom (Strand, 2007). Det har vært hevdet at ledere i sykehuset opplever å ha lite handlingsrom og bare er utførere av overordnede bestemmelser. Som leder har jeg selv opplevd mitt handlingsrom som snevert - for eksempel i situasjoner hvor jeg må be om tillatelse for både å kjøpe inn nødvendig utstyr og til ansette personell i ledige stillinger. Tidvis har det også opplevdes som altfor tidkrevende å få unna administrativt arbeid og gjennomføre pålagte prosjekter. Friheten til å velge oppgaver som jeg selv vurderer som viktig for å få til endringer og optimal drift, har i perioder framstått som minimal. Det har da vært lite lystbetont å være leder. I andre perioder har jeg opplevd å ha stor grad av frihet til å velge for eksempel hvilket faglig fokus vi skal ha og endre på arbeidsfordeling mellom ansatte. Jeg har sett mange muligheter til å ta grep for å endre driften i ønsket retning. I slike perioder er det spennende og artig å være leder.

Dette illustrerer tre poenger: Det første poenget er at ressurstilgang og hvilke fullmakter du har, det vil si det formelle handlingsrommet, er rammer som ledere må forholde seg til (Strand, 2007). Det andre poenget er betydningen til det subjektive handlingsrommet hvor det sentrale er opplevelse av å ha frihet til å velge (Strand, 2007). Og det tredje poenget er at trivsel kan henge sammen med opplevelsen av handlingsrom. Det formelle handlingsrommet er selvsagt viktig, men antageligvis er det dette subjektivt definerte handlingsrom som har størst betydning for lederens valg og handlinger (Espedal & Kvitastein, 2013). Det er altså ikke bare hvilke fullmakter du har som er avgjørende for hvordan du kan bruke ditt handlingsrom som leder, men hvordan du oppfatter og forstår dette handlingsrommet. Det å oppleve å ha handlingsrom gir glede og motivasjon hos ledere (Espedal & Kvitastein, 2012). Handlingsrom, trivsel og hvorvidt ledere får til endringer og resultater, kan således være assosiert med hverandre.

1.2 Aktualisering, problemstilling og forskningsspørsmål

Under masterstudiet har flere av foreleserne vært inne på at ledere i sykehus får pålegg fra sentrale myndigheter og at det er endringer i styresett og innføringer av kontrollsystemer som gjør at ledere har et lite handlingsrom. Dette tegner et litt dystert bilde av lederhverdagen og det å være leder framstår ikke som spesielt lystbetont. Ut fra egne erfaringer, diskusjoner med lederkollega og ledelseslitteratur jeg har lest, har jeg begynt å lure på om det faktisk er slik at ledere i sykehus bare opplever seg som marionetter eller om ledere opplever at de har et visst handlingsrom. Å vite noe om hvordan ledere oppfatter sitt handlingsrom, er sentralt fordi handlingsrom anses som en selvstendig faktor for å forklare lederens strategivalg og organisasjonens resultater (Strand, 2007).

Ulik beskrivelse av størrelsen på handlingsrom har fått meg til å lure på om ulike ledere kanskje opplever dette forskjellig med bakgrunn i karakteristika ved ledersituasjonen som for eksempel hvilket nivå de er leder på eller om det kan være personlige egenskaper som bidrar til denne forskjellen. Undersøkelser har tidligere vist at handlingsrom virker å være assosiert med trivsel i jobben (Espedal & Kvitastein, 2012). Jeg lurer på om det også er slik for ledere i sykehus. Med bakgrunn i dette ønsker jeg finner mer ut av hvordan ledere opplever sitt handlingsrom og om dette henger sammen karakteristika ved ledersituasjonen, personlige egenskaper og trivsel. Problemstillingen er generell, men kontekst for denne undersøkelsen er sykehus og derfor vil forskningsspørsmålene være rettet mot lederes handlingsrom i sykehus.

Problemstilling: Hvordan opplever ledere sitt handlingsrom og finnes det andre forhold som henger sammen med denne opplevelsen?

Med bakgrunn i problemstilling, teori og tidligere forskning på området lages følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hvordan opplever ledere i sykehus sitt handlingsrom?**
- 2. Er rammebetingelsene som ligger i påvirkningsmuligheter på ulike områder og tidspress, viktig for handlingsrom?**
- 3. Hvilken samvariasjon finnes mellom opplevelse av handlingsrom, trivsel og personlighetstrekk og karakteristika ved ledersituasjonen?**

1.2.1 Sentrale begreper

Opplevelse: Opplevelse er det innholdet av en persons subjektive erfaring, enten det henger sammen med ytre sansepåvirkning (persepsjon), emosjonell tilstand (følelse), tankeprosesser eller motivasjon (<https://snl.no/opplevelse>). I denne sammenhengen er opplevelse knyttet til hvordan ledere opplever sitt handlingsrom og til trivsel.

Handlingsrom: Handlingsrom er mulighet for å påvirke og frihet til å velge. Handlingsrom defineres av formelle fullmakter, uformelt mandat og omfanget av områder som ikke er klart definert (Strand, 2007). Krav og begrensninger er noen som kan fortolkes og handlingsrommet er derfor noe lederen kan oppfatte og definere subjektivt (Espedal & Kvitastein, 2012).

Personlighetstrekk: Personlighet karakteriserer den måten en person vanligvis møter ulike situasjoner på eller den måten en person vanligvis er (Pervin & John, 1997). Personlighet kan deles opp i ulike trekk som kan måles.

Trivsel: Trivsel handler om å like seg i situasjonen. Det er en tilstand hvor ubehag i liten grad er tilstede og tilfredshet er framtrædende.

Karakteristika ved ledersituasjonen: Karakteristika ved ledersituasjonen henspiller på hvilket nivå lederen er på, hvor stor enhet som ledes/hvor mange underordnede leder har og hvor mange år du har ledererfaring.

2 TEORETISK REFERANSERAMME

Teorier, perspektiver og begreper kan som en samlebetegnelse kalles den teoretiske referanserammen (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011). I denne delen tas det utgangspunkt i de sentrale begrepene fra problemstillingen som belyses med teori og litteratur på området.

En leders handlingsrom avhenger av organisasjonstype og situasjonen organisasjonen står i (Strand, 2007). Det vil derfor bli fokusert på sykehuset som organisasjon og hva ledere har mulighet for å påvirke i et sykehus med utgangspunkt i organisasjonstype. Det vil også bli belyst hva som er kjennetegn ved gode ledere med fokus på personlige egenskaper. Sykehuset som organisasjon og betraktninger rundt god ledelse, danner bakteppe for å se på ledernes handlingsrom i sykehus og betydning av trivsel hos ledere.

2.1 Sykehuset som organisasjon

2.1.1 Organisasjonsstruktur

Organisasjonsstruktur handler om hvilket system organisasjonen har for styring, koordinering og kontroll av arbeidet, spesialisering og fordeling av autoritet (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det betyr at organisasjonsstrukturen lager rammer for hvem, hvor og hvordan en tjeneste skal ytes eller et produkt skal produseres. Det finnes altså regler for hvem som skal tilhøre samme avdeling eller institusjon, hvilke roller og arbeidsoppgaver de ulike stillingene har og hvordan disse er relatert til hverandre. I tillegg lages det ofte regler for hvordan en gitt tjeneste eller produksjon skal utføres innenfor en gitt organisasjon (Berg, 2014).

Organisasjoner kan kategoriseres ut fra struktur. Det er ikke opplagt og entydig hvordan dette skal gjøres, men en vanlig inndeling er gruppeorganisasjoner, entreprenørorganisasjoner, byråkrati og ekspertorganisasjoner (Strand, 2007). Gruppeorganisasjoner kan for eksempel være prosjektgrupper med lite formell statusdifferensiering og hvor retning blir til gjennom konsensus. Entreprenørorganisasjoner kan være et entreprenørfirma eller et investeringsselskap hvor det er lite fast struktur og hvor driften preges av de oppgavene som entreprenøren er opptatt av. Fokus her vil være byråkrati og ekspertorganisasjon fordi det er disse to organisasjonsformene som i sterkeste grad preger sykehusdrift.

2.1.2 Sykehuset – et profesjonelt byråkrati

En økende andel av arbeidsstokken er kunnskapsmedarbeidere (Jacobsen & Thorsvik, 2013) og arbeider i det som kan kalles ekspert- eller kunnskapsorganisasjoner. En

ekspertorganisasjon kjennetegnes ved at kompetanse og kunnskap hos medarbeiderne er kritisk for det produktet eller tjenesten som organisasjonen skal levere. Typisk i slike organisasjoner er at medarbeiderne må ha lengre utdanninger og at kompetanse overføres fra mer erfarne kollegaer (Strand, 2007). Kompetansen i slike organisasjoner er ofte svært spesialiserte og medarbeiderne har stor grad av autonomi i sin arbeidsutførelse (Grund, 2006). Sykehus er et eksempel på en slik ekspertorganisasjon.

Organisasjonsstruktur skal være med på å understøtte de målene man har med driften (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Målene for driften er imidlertid ikke de eneste som påvirker organisasjonsstrukturen. Både størrelse og mulighet for standardisering er viktige faktorer. Størrelse på organisasjonen påvirker struktur gjennom at økende størrelse vil gi sterk spesialisering og flere hierarkiske nivå. Det blir ofte mer styring og koordinering gjennom regler og rutiner og bruk av byråkratisk kontroll.

Det har vært en tendens til at størrelse på sykehusene har økt ved samorganisering av flere lokalsykehus i Helseforetak. Dette har gjort at drift av sykehus i økende grad kan ses på som byråkratisk oppbygd organisasjoner med høy grad av regel- og prosedyrestyring av virksomheten. Samtidig har sykehuset tradisjonelt blitt betraktet som en ekspertorganisasjon hvor autonomi og det kreative er viktige komponenter for både ledere og medarbeidere (Strand, 2007). En organisasjon hvor både elementer fra byråkrati- og ekspertorganisasjon er sterkt gjeldende, betegnes noen ganger som en ekspertorganisasjon med byråkratiske trekk eller et profesjonelt byråkrati (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Sykehus kan beskrives med en strukturen er sterkt spesialisert og dermed også horisontalt kompleks med mange klinikker, avdelinger og enheter på samme nivå. Fordelene ved det profesjonelle byråkrati er at godt faglig arbeid sikres gjennom rekruttering av fagfolk med samme bakgrunn som derigjennom bidrar til standardisering, forutsigbarhet og likeverdig behandling. De store ulempene kan ses gjennom at det er vanskelig å drive økonomistyring, da fagfolk ofte er mer opptatt av et godt tilbud til den enkelte pasienten enn økonomi (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

2.1.3 Ledelse i sykehus

Ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd (Yukl, 2013). Ledelse i ekspertorganisasjoner er ofte knyttet til høy fagkompetanse og lederne blir ofte målt etter de faglige resultatene de oppnår. De er bærere av standarder for gode faglige løsninger og søker å påvirke prestasjoner og mål

gjennom dette. Ledelse av høyt kvalifiserte fagpersoner skjer oftest på profesjonenes premisser og bærer i mindre grad preg av lederstyring (Strand, 2007). Samtidig vil ledelse i sykehus måtte skje innenfor rammen av regler og rammer av mer byråkratisk art.

Oppdragsdokument og styring gjennom effektivitets- og produktivitetsmål og innenfor budsjettbalanse er eksempler på dette (Pettersen, Magnussen, Nyland, & Bjørnenak, 2008). Ledere i sykehus må derfor kunne forstå de ulike logikkene i en ekspertorganisasjon og et byråkrati, oversette og sjonglere mellom ulike fagdisipliner og ulike måter å lede på (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle, 2010). Dette vil for noen framstå som en mulighet til å utvide sitt handlingsrom. For andre ledere vil det oppleves som en nærmest umulig oppgave fordi de rives mellom det faglige perspektivet og muligheten for faglig legitimitet og den mer byråkratiske og administrative delen av lederjobben.

Helsepolitisk er det overordnede mål at helsetjenestene skal ha en viss tilgjengelighet som er uavhengig av økonomi og bosted, at de er kvalitativt gode og forsvarlige, og at de er omkostningseffektive (Berg, 2014). På overordnet nivå kan man si at driften i et sykehus i stor grad er styrt av skrevne regler og overvåkning av ulike målparameter for å nå disse overordnede målene. Ledelsesoppgaver kan grovt deles inn i to prosesser - beslutning og iverksettelse (Berg, 2014). Med rammer slik jeg har beskrevet over, vil ledere på de øverste nivåene framstå som beslutningstakere og bidra til iverksettelse, mens førstelinjeledere eller klinisk leder i mindre grad får innflytelse på beslutningsprosesser og i større grad er iverksettingsleder. Kliniske ledere blir da en arbeidsleder med klare instruksjoner ovenfra om hva som skal gjøres. Dette passer inn i analysen av at sykehusdriften i større og større grad kan forstås som en byråkratisk oppbygd organisasjon med høy grad av regel- og prosedyrestyring av virksomheten (Strand, 2007). Det kan ut fra dette virke som om kliniske ledere har lite handlingsrom. Ser vi imidlertid nærmere på driften lengre ut i organisasjonen og et møte med en pasient, kan dette i noen grad standardiseres gjennom rutiner og prosedyrer, samtidig er det behov for sterk grad av skjønn fra fagpersoner.

Beslutningsmyndigheten og handlefriheten ligger da hos den enkelte ansatte. Organisasjonen er således hierarkisk oppbygd med klare regler og prosedyrer, samtidig som mye av beslutningsmyndighet ligger langt nede i hierarkiet hos de profesjonelle fagutøvere og de kliniske lederne (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Handlingsrommet hos ledere i sykehus og på ulike nivå, må forstås med utgangspunkt i disse rammene og denne organisasjonsfungeringen.

2.2 Gode ledere

Lederskap blir ofte betraktet som den mest betydningsfulle faktoren for om en organisasjon skal lykkes eller ikke (Bass, 2013). For å få et helhetlig bilde av hva ledelse er må ulike perspektiver brukes (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Noen mener ledelse kan ses på som en samspillprosess mellom leder og medarbeider, mens andre har mer fokus på betydningen av situasjonen og av konteksten hvor ledelse utspiller seg (Yukl, 2013). Mange har imidlertid sluttet seg til en multifaktoriell forklaringsmodell hvor både personlighetsmessige, situasjonelle - og læringsmessige faktorer spiller inn (Martinsen & Glasø, 2014). Siden ledelse skjer i en sosialt setting og gjennom et sosialt samspill, er ledernes væremåte viktig. Derfor har lederstil, lederroller, ledernes personlighet, lederferdigheter og lederatferd har vært gjenstand for studier i mer enn hundre år (Martinsen, 2013). Denne forskningen ble tidlig opptatt av hva som kjennetegner gode ledere (Bass, 2013) og hva som er karakteristiske trekk ved disse dyktige lederne (Martinsen, 2013). Trekkteori har vært forsket mye på og er en sentral retning i ledelses- (Jacobsen & Thorsvik, 2013) og personlighetspsykologisk forskning (Martinsen & Glasø, 2014).

2.2.1 Personlighetstrekk - Femfaktormodellen (*Big Five*).

Personlighetstrekk antas å være en stabil egenskap ved et individ og kan forsås som en disposisjon til opptre på en spesiell måte på tvers av situasjoner. Tidligere var det et stridsspørsmål om hvor mange trekk som var nødvendig for å beskrive menneskets personlighet, men det er nå stor grad av konsensus om femfaktormodellen (Martinsen & Glasø, 2014). Personlighet består, ifølge Femfaktormodellen, av fem overordnede trekk og en rekke mer spesifiserte trekk eller fasetter (McCrae & Costa Jr, 1997). De overordnede trekkene er: nevrotisisme, ekstroversjon, åpenhet for erfaringer, omgjengelig og samvittighetsfull (Se vedlegg 8.1 for ytterligere beskrivelse). Lav skåre på nevrotisisme omtales noen ganger som følelsesmessig stabilitet, omgjengelighet som vennlighet eller medmenneskelighet, ekstroversjon som utadventhet, og samvittighetsfullhet for planmessighet (Martinsen & Glasø, 2014).

Teorien er altså at det finnes et sett med grunnleggende trekk som hver og en av oss har mer eller mindre av (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Det er utviklet en rekke tester for å måle disse personlighetstrekkene. Personlighet defineres som en profil av de fem trekkene. Denne profilen kan igjen gi innsikt i hvordan en person reagerer i ulike situasjoner (Martinsen, 2013).

En mengde forskningsfunn støtter validiteten av Femfaktormodellen både på tvers av kulturer og alder (Pervin & John, 1997). Personlighet måles ofte ved hjelp av selvrapportering, men det er også funnet et klart samsvar mellom egne og andres vurderinger av personlighetstrekkene. Trekkene viser også høy grad av stabilitet over år og det er grunnlag for å anta at en vesentlig grad av vår personlighet er arvet (Martinsen, 2013).

2.2.2 Personlighetstrekk og ledelse

Et personlighetstrekk beskriver ikke en atferd i seg selv, men kan ses på som en tilbøyelighet for visse måter å reagere og handle på. Så hvordan er da sammenhengen mellom personlighetstrekk og ledelse? Det er en veldokumentert sammenhenger i at gode resultater i organisasjonen finnes der det er ledere med lav nevrotisisme (følelsesmessig stabilitet), høy grad av ekstroversjon (utadvenhet) og høy grad av planmessighet (Martinsen, 2013). Det vil si at effektive ledere kjennetegnes av å være følelsesmessig modne og de blir ikke lett stresset, de har høy selvtillit og trives i sosiale sammenhenger, samt at de er pliktoppfylgende og målrettet (Jacobsen & Thorsvik, 2013). En omfattende metaanalyse¹ hvor det er kontrollert for andre betydningsfulle forhold (sosioøkonomisk status, foreldres inntekt, intelligens) viser at det er klare sammenhenger mellom personlighet og yrkesprestasjoner og karriereutvikling (Kaufmann & Kaufmann, 2009). En annen grundig metaanalyse finner at det er en sterk samlet effekt av personlighetstrekk på ledereffektivitet og om personer velger å bli leder (Martinsen, 2013). Det betyr at hvilken personlighet du har, vil påvirke i hvor stor grad du lykkes som leder og om du i det hele tatt velger å bli leder.

Ulike studier kommer fram til litt ulike resultat i forhold til hvilke personlighetstrekk som er viktig for god jobbutførelse. Slike funn fortolkes som at hva ulike trekk betyr for å lykkes, avhenger av kjennetegn ved situasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det finnes en stor debatt om hvorvidt det er situasjonene eller trekk ved person som avgjør persons atferd. Nyere teorier peker på at det er en interaksjon mellom personlighetstrekk og forhold ved situasjonen som er avgjørende for hvordan en person vil opptre. Arbeidssituasjoner har ofte klare regler og fra flere teoretikere legges det derfor vekt på at situasjonen er det som i størst grad forklarer folks atferd på jobben. Det er imidlertid gjort studier som viser at ulike personer i høy grad varierer i hvordan de opptre på jobben til tross for at organisasjonssituasjonene er sammenlignbare. Slike variasjoner antas å best kunne forstås ut fra forskjeller i personlighet (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Personlighet forklarer altså

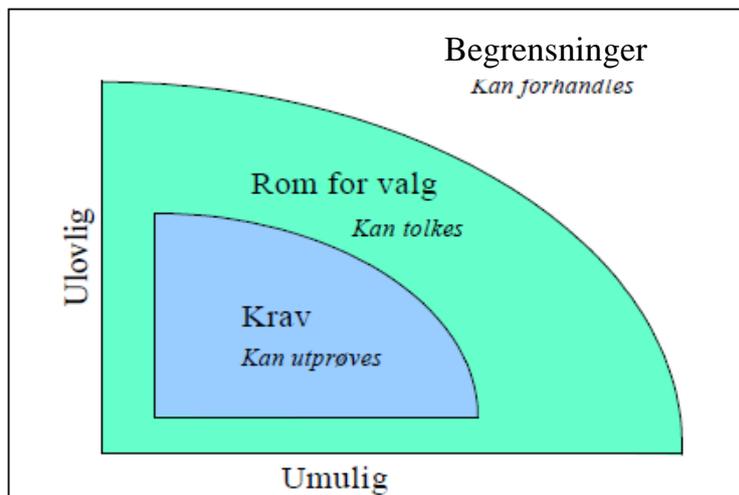
¹ Metaanalyse er systematisk prosedyre hvor det gjennomføres en litteraturgjennomgang og bruker statistiske metoder for å oppsummere og sammenligne studier (Martinussen, 2010).

hvordan en person vanligvis vil opptre med mindre det er forhold i situasjonen som hindrer slik atferd (Martinsen, 2013). Samlet sett er forskningen på området svært overbevisende med tanke på at personlighet har betydning for hvordan ledelse utøves (Martinsen & Glasø, 2014). Det er derfor nærliggende å anta at personlighet også påvirker opplevelsen av handlingsrom.

2.3 Handlingsrom

Sykehus er tidligere i oppgaven definert som et profesjonelt byråkrati. Organisasjonstype kan sies å være med på å skape rammer for ledelse og hvordan ledelse kan utøves. Ledere er likevel ofte i situasjoner hvor det ikke finnes klare rutiner eller er helt klart hva som skal gjøres, men hvor de likevel må handle. De spesifikke betingelsene ledere har for å handle, kan sies å være deres handlingsrom. Begrepet handlingsrom peker på den åpningen og de muligheter ledere har til å gjøre egne valg og fatte beslutninger i situasjoner som ikke har et klart fastlagt handlingsmønster (Strand, 2007). Handlingsrom kan forstås som mulighetsområdet mellom krav og begrensninger som vist i figur 1. Denne modellen ble opprinnelig beskrevet hos (Stewart, 1976). Kravene refererer til det en leder må gjøre for å unngå sanksjoner eller miste sin stilling, mens begrensninger er det som begrenser hva en leder kan gjøre med bakgrunn i for eksempel ressursituasjonen, kultur og struktur (Høst, 2015). Lederens handlefrihet ligger mellom disse begrensningene og kravene.

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



Kilde: Strand, 2007, s 399.

En måte å måle handlingsrom er å spørre ledere om hvor mye av arbeidstida de kan bruke til selvvalgte oppgaver. Offentlige virksomheter ligger ofte lavere enn private. I en undersøkelse oppga lederne i statlige virksomheter at de i gjennomsnitt brukte 25 % av arbeidstida på

selvvalgte oppgaver. I de litt nyere undersøkelsene som er gjort blant unge leder oppgis, hvor de oppgir ledere i 40% av arbeidstida kan velge oppgaver etter eget skjønn (Strand, 2007).

2.3.1 Rammer for handlingsrom i sykehus, resultater og effektivitet

Det å oppleve at du har et handlingsrom kan ses på som et vilkår eller en forutsetning for at du som leder skal kunne påvirke drift og resultater (Espedal & Kvitastein, 2012). Viktigheten av dette poeng framkommer når Strand (2007) påpeker at det er lite trolig at ledere som oppfatter at de har lite handlingsrom, i noe særlig grad skal kunne påvirke resultatet eller få til endringer. For ekspertorganisasjoner er det antatt at effektivitetsgevinster og resultatforbedringer i stor grad skjer gjennom læring og kompetanseutvikling (Strand, 2007). Tidligere undersøkelser har vist at lederens handlingsrom er relatert til mulighet for erfaringsbasert læring i organisasjonen (Espedal & Kvitastein, 2013). Det betyr at leder må ha et visst handlingsrom hvis leder, gjennom læring og kompetanseutvikling, skal bidra til resultatforbedringer og oppnå effektivitetsgevinster.

I mange privat bedrifter vil man kanskje si at et bedre resultat handler om et høyere økonomisk overskudd. I sykehus handler det ikke om å få overskudd, men å få mest mulig helsegevinst for hver krone. En ledes mulighet for å bidra til mer helsegevinst må ses i lys av at sykehuset er et profesjonelt byråkrati (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Strand (2007) har oppsummert en stor andel litteratur og anslår at det i et byråkrati er mulig for en leder å påvirke 2-5% av resultatendringer og i en ekspertorganisasjon 2-10%. I et byråkrati vil det være mulig å påvirke rutiner og identifisere flaksehals og systematiske feil for å skape resultatforbedringer, mens i ekspertorganisasjoner kan leder påvirke faglige standarder, stimulere faglige talenter, jobbe med koblinger i arbeidsprosessene og kanalisering av krav fra oppdragsgiver og brukere av tjenestene. Handlingsrommet og påvirkningsmuligheter vil avhenge av at leder både har ansvar og råderett over de virkemidlene som skal til for å påvirke disse områdene. Graden av påvirkningsmuligheter på disse områdene vil innskrenke eller øke handlingsrommet. Det samme vil graden av råderett over de økonomiske virkemidlene. Dette kan således forstås som rammer for handlingsrommet (jfr figur 1).

Leders ansvar må være mest mulig avstemt med de virkemidlene leder har for å ivareta dette ansvaret. Ved misforhold mellom ansvar og påvirkningsmuligheter begrenses handlingsrommet og viktige beslutninger blir verken tatt eller gjennomført. Det er stor enighet innen organisasjons- og ledelsesfaget at ledere må ha makt og myndighet til å påvirke de områdene de har ansvar for (Colbjørnsen, 2015). Ansvar gjør at leder kan ansvarliggjøres,

men uten makt og myndighet vil leder kunne bli syndebukk for ting de ikke har mulighet for å gjøre noe med. For å sikre samsvar mellom ansvar og myndighet, ble det i sykehusverden ble det innført enhetlig ledelse på alle nivå som resultat av lovendring 2001 (Stiftelsen Lovdata, 1999). Det betyr at en og samme person skal ha fagansvar, personalansvar og ansvar for økonomi. Sykehusreformen som fulgte i 2002 ble kalt en ansvars- og lederreform med samme formål hvor poenget var å gi helhetlig ansvar for drift, effektiv ressursutnyttelse og økonomi. Dette skulle bidra til at ledere fikk tilstrekkelig handlingsrom slik at de kunne sørge for mer effektiv drift (Colbjørnsen, 2015).

En annen faktor som setter rammer for handlingsrommet, er tidspress (Richardsen & Matthiesen, 2013). Det å oppleve at man har for lite tid gjør at valgmulighetene begrenses og det som oppleves som viktig i nuet får forrang. Dette er ikke nødvendigvis det som er det viktigste å prioritere på sikt. En slik arbeidsmetode kan fungere bra, men det er risiko for at det medfører stress hos leder og at det er mindre effektivt (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Undersøkelser har vist at ledere angir tidspress som en belastning (Strand, 2007) og en stressfaktor og noe som begrenser handlingsrommet (Richardsen & Matthiesen, 2013)

2.3.1 Handlingsrom og trivsel

Handlingsrom ser ut til å påvirker trivsel. Undersøkelser viser at større handlingsrom gir glede og motivasjon og er faktorer som er viktig for at ledere skal fortsette i jobben (Espedal & Kvitastein, 2012). Men trivsel er ikke bare viktig for om ledere fortsetter i jobben, det er også dokumentert at det er en sammenheng mellom tilfredse mennesker og bedre beslutninger (Strand, 2007). Dette indikerer at trivsel vil kunne påvirke effektivitet hos ledere og resultater for organisasjonen. Ledere som er trives vil også medføre positive ringvirkninger i arbeidsmiljø, som i seg selv kan være et mål for god resultatoppnåelse (Strand, 2007). Jobbtilfredshet har ofte vært betraktet som situasjonsbetinget, men studier avdekker at det er meget stabilt over tid og på tvers av forskjellige typer arbeidsoppgaver. Dette kan indikere at personlighet kan spille en rolle i hvor godt du trives på jobb (Kaufmann & Kaufmann, 2009).

2.3.2 Handlingsrom og personlighetstrekk

Ledernes måte å forstå og bruke handlingsrommet varierer sterkt (Stewart). Grunnlaget for handlingsrommet er det formelle mandatet, de rammene som tidligere er omtalt og den tilliten som ligger i å ha en lederrolle. Grensene for handlingsrommet er imidlertid ikke absolutt definert. Det styres også av hvordan den enkelte leder oppfatter grensene både i forhold til krav og begrensinger (Strand, 2007). Som figur 1 viser, kan gyldighet av krav prøves ut,

begrensinger kan forhandles og valgfrihet kan tolkes. Dette gjør at handlingsrommet innenfor samme organisasjon og samme lederrolle kan oppleves svært forskjellig av forskjellige personer.

Undersøkelser blant ledere har også vist at det er store variasjoner i hvordan ledere oppfatter størrelsen på sitt handlingsrom, sine muligheter til å utøve skjønn i eget arbeidet, hvor stor frihet de har til å bruke tid på selvvalgte oppgaver og hvilken frihet de har til å endre medarbeidernes oppgaver og stillingsinnhold (Strand, 2007). Lederens personlige egenskaper vil påvirke opplevd handlingsrom (Colbjørnsen, 2015) og er således en medvirkende årsak til ulik oppfatning av handlingsrom hos forskjellige ledere (Høst, 2009). Jeg har imidlertid ikke funnet noen undersøkelser som sier noe om hvorvidt det er alle eller noe særskilte personlighetstrekkene som påvirker opplevd handlingsrom.

2.3.3 Handlingsrom og karakteristika ved ledersituasjonen

For ledere som har erfaring med utprøving av grenser, som tørr ta risiko og som kjenner mulighetene i organisasjonen, vil det kunne være enklere å se at de har større valgmuligheter og dermed et større handlingsrom (Strand, 2007). Det er derfor rimelig å anta at ledere med lengre erfaring vil oppleve et større handlingsrom.

Antall underordnede kan også ha noe å si for opplevelsen av handlingsrom. I noen undersøkelser er det funnet at opplevd handlingsrom samvarierer med størrelsen på enheten man leder på den måten at de som har flere underordnede opplever mindre handlingsrom, mens i andre undersøkelser finner man ikke denne sammenhengen (Espedal & Kvitastein, 2013).

Ledere høyere opp i organisasjonen opplever større handlingsrom (Espedal & Kvitastein, 2013). Dette kommer antageligvis av at de har flere fullmakter og at de har mere makt i beslutningsprosesser.

2.4 Oppsummering av formål med undersøkelsen og forskningsspørsmål

Formålet med undersøkelsen er å studere hvordan ledere i sykehus opplever sitt handlingsrom. Det er et ønske om å beskrive det subjektive handlingsrommet for ledere fordi det kan ha implikasjoner for effektivitet og resultater i organisasjonen. Jeg har innledningsvis beskrevet mitt eget engasjement rundt tema. Sykehuset er definert som et profesjonelt byråkrati og danner bakteppe for å si se på handlingsrom hos ledere i sykehus. Viktige rammebetingelser for opplevd handlingsrom, er hvor stor påvirkningsmulighet lederne oppfatter at de har og hvor mye tidspress de opplever. Teori og andre undersøkelser danner

grunnlag for å anta at opplevd handlingsrom kan i sammenheng med karakteristika ved ledersituasjonen, personlige egenskaper og trivsel hos ledere (se vedlegg 8.2).

3 METODE

Forskningsmetode handler om hvordan man på en systematisk kan gå fram for å få informasjon om et fenomen (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011). Valg av metode bestemmes av hvilket forskningsspørsmål som skal belyses (Svartdal, 2009). En beskrivende strategi ble valgt for å kunne besvare det første forskningsspørsmålet hvor spørsmålet handler om opplevelse av handlingsrom. Det andre forskningsspørsmålet vil kreve en relasjonell/korrelasjonell tilnærming fordi jeg skal undersøker samvariasjon mellom ulike fenomener (Svartdal, 2009). Hovedmetoden i denne undersøkelsen er kvantitativ og det er brukt spørreskjema for å innhente data. Kvalitativ metodikk er benyttet for validering av resultatene gjennom fokusgruppeintervju.

3.1 Kvantitativ metode og kvalitativ metode

Tradisjonelt har det vært et hovedskille innenfor forskningsmetodene mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode handler om å ta telle og måle og egner seg godt til å se på utbredelsen av et fenomen. Kvalitativ forskning vektlegger verbale beskrivelser og kan gi oss innblikk i dybden av et fenomen, men i mindre grad om utbredelsen. Noen forskere mener at det er et fundamentalt skille mellom disse to metodene, mens andre mener at de kan være gjensidig berikende (Svartdal, 2009). Denne undersøkelsen tar utgangspunkt i at kvantitativ og kvalitativ metode er supplement til hverandre.

Jeg ønsker å finne ut av hvordan ledere i sykehus opplever sitt handlingsrom.

Forskingsspørsmålet krever en beskrivende tilnærming fordi jeg er ute etter opplevelser- og meningssammenhenger. Noen vil da tenke at dette betyr en kvalitativ tilnærming, men også kvantitativ forskning er egnet til å se på slike spørsmål (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011). Hovedvalget faller på en kvantitativ tilnærming fordi det er ønskelig å si noe om hva som er det mest typiske og det mest vanlige blant ledere i sykehus og da er kvantitativ metode best egnet (Jacobsen, 2005). Det neste forskningsspørsmålet handler om å se på om det er forhold som samvarierer med opplevelsen av handlingsrom. Dette samsvarer også med valg av en kvantitativ metode som er velegnet for å telle utbredelsen av ulike fenomen og se nærmere på samvariasjon mellom disse. Kvantitativ metode har sin styrke i at det uten for store omkostninger er mulig å innhente data fra mange respondenter. Standardisering av informasjon gir mulighet for å systematisere og få oversikt over et stort og komplekst

materiale på en forholdsvis enkel måte ved hjelp av statistikk (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011). Mange ledere kan altså spørres og det kan under visse forutsetninger, trekkes slutninger om populasjonen ut fra funn i utvalget.

Kvalitativ metode kan bidra til gå mer dybden og skjønne innholdet i funnene. Det kan hjelpe oss å se hva som ligger bak tallene (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011). En beskrivende og relasjonell tilnærming er valgt i denne undersøkelsen. Det kan åpne for mange spørsmål selv når resultatene fra den kvalitative undersøkelsen foreligger. Jeg har derfor brukt kvalitativ metode for å validere fortolkninger og for å få mer dybde til funnene.

Det å benytte flere metoder i samme undersøkelse kalles triangulering (Svartdal, 2009). Triangulering gjør at man får belyst samme fenomen fra ulike vinkler og ståsted. Det å bruke kvalitativ metode i tillegg til kvantitativ metode gjør også at jeg kan omgå noen av svakheten ved kvalitativ metode (Morgan, 2014). Det tydeligste i denne undersøkelsen er å sikre validitet – det vil si å sikre at mine fortolkninger av begrep og sammenhenger er samstemte med andre ledes fortolkninger.

3.2 Vitenskapelige forutsetninger

I denne undersøkelsen er opplevelse, ledernes handlingsrom, trivsel og personlighetstrekk de sentrale begrepene fra problemstillingene. Disse begrepene kan forstås inn i den delen av ledelseslitteraturen som i stor grad har kryssende koblinger med faget psykologi. Psykologien som vitenskap legger til grunn at det er en viss grad av orden, slik at det er mulig å beskrive fenomener. Determinisme eller troen på at ulike fenomener er årsaksbestemt ligger også til grunn og det betyr at det er interessant å se på sammenhenger mellom fenomener (Svartdal, 2009). Denne undersøkelsen tar utgangspunkt i og svarer på et sentralt ontologisk spørsmål ved å si at selv om det enkelte mennesket er unikt, så det finnes noen lovmessigheter også i sosial samhandling og innenfor samfunnsvitenskap (Jacobsen, 2005).

Positivistisk² orienterte forskere vil mene at de konklusjonene man kommer til i forskning er mer eller mindre objektive sannheter, mens konstruktivister³ vil mene at det vi kommer fram til i forskning er konstruerte sannheter - det vil si at en sannhet bare er ett bilde og at en annen sannhet kan være like god som den første (Svartdal, 2009). Jeg tar utgangspunkt i at det er mulig å finne mønstre og tilnærmede lovmessigheter. Disse mønstrene må imidlertid ikke

² Positivistisk forskningsideale legger til grunn at data må være observerbare og målbare. Målet med forskning er å finne lovmessigheter slik at kunnskap om verden gir mulighet for prediksjon (Svartdal, 2009)

³ Konstruktivisme legger vekt på en fortolkende tilnærming. Målet er å utvikle en forståelse av mening i konkrete sosiale sammenhenger (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011).

betraktes som absolutte sannheter, men som en liten flik av virkeligheten og noe som er del av et større bilde. Forskningsresultater må ses i sammenheng med hvordan materialet er bearbeidet og framstilles. I samfunnsvitenskapelig forskning er det altså ikke snakk om å finne sannheten slik positivismen hadde tiltro til, men forskning kan gi et bilde av virkeligheten som er mer eller mindre dekkende (Svartdal, 2009).

Mange tenker at skille mellom positivisme og konstruktivisme handler om skillet mellom kvantitativ og kvalitativ forskningsmetodikk. Dette stemmer ikke helt. Kvantitativ forskning og en spørreundersøkelse vil i mindre grad være sårbar for påvirkning av forsker akkurat i det data samles inn, men før spørsmålene lages må begrepene fortolkes og omgjøres til spørsmål. I bearbeiding av analyse gjøres valg med utgangspunkt i forskerens preferanser og forståelsesramme. Slik vil også kvantitative undersøkelser bære preg av konstruktivisme. Skillet mellom kvalitativ metode og kvantitativ metode er i alle vesentligheter skillet mellom type data man opererer med (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011). Metodebeskrivelser og måten resultatene rapporteres på, er derfor svært viktig for at andre skal kunne gå gjennom undersøkelsen og skape andre forståelser ut fra samme materiale.

Når resultatene bearbeides og fortolkes i denne undersøkelsen er det med tanke på å kunne generalisere ut fra tallmaterialet - altså si noe om hvordan ledere i sykehus generelt opplever sitt handlingsrom og prøve å avdekke mønstre i ting som kan påvirke handlingsrom. Forutsetning for dette er reliable og valide data.⁴ Det er i tillegg ønskelig å forstå mer av hvorfor mønstrene i tallmaterialet er som de er. I tillegg til teori, er det da relevant å snakke med ledere for å få kjennskap til deres tanker omkring tema, samt at jeg kan bruke meg selv og mine erfaringer som leder til å forstå materialet.

3.3 Forskningsdesign

Dette er en tverrsnittsundersøkelse. Det vil si at spørreskjema er sendt ut på ett gitt tidspunkt og jeg kan beskrive hvordan ledere opplever sin hverdag her og nå, men jeg kan ikke trekke slutninger om utvikling over tid (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011). Det er i tillegg brukt fokusgruppeintervju for å validere resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen. Dette er kontekstavhengige data og må også forstås som et her og nå-bilde.

⁴ Reliabilitet handler om pålitelighet og er knyttet til nøyaktigheten av de innhentede data (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011). Det vil si at resultatene blir de samme ved gjentatte målinger under ellers like betingelser (Svartdal, 2009). Validitet handler om at vi måler det vi ønsker å måle. Hvis et mål er valid, er det som oftest også reliabelt, men ikke nødvendigvis motsatt (Svartdal, 2009). For å kunne generalisere må vi ha høy ytre validitet og utvalget må være representativ for populasjonen (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011).

Utover å beskrive handlingsrom, ønskes det gjennom denne undersøkelsen også å belyse samvariasjon mellom handlingsrom, karakteristika ved ledersituasjonen, personlighetstrekk og trivsel. Fordi vi ved hjelp av spørreskjema kan få inn data fra mange respondenter, egner det seg godt til å kunne se på samvariasjon. Det vil imidlertid være umulig å trekke kausale slutninger slik som en kan gjøre med resultater fra eksperimenter og longitudinelle studier. Teori og tidligere forskning kan imidlertid brukes til å antyde årsakssammenhenger. Hvis vi for eksempel finner en samvariasjon mellom handlingsrom og personlighet, så er det sannsynlig at personlighet påvirker handlingsrom og ikke omvendt fordi personlighet antas å være relativt stabile trekk ved et menneske. Informasjon fra fokusgruppeintervjuet kan også bidra til kaste lys over årsakssammenhenger. For eksempel er det uklart om det er trivsel som påvirker handlingsrom eller om det er handlingsrom som påvirker trivsel. Ledere i fokusgruppen vil kunne si noe om dere opplevelse og forståelse av dette.

3.4 Populasjon og utvalg

Populasjonen⁵ i denne undersøkelse er ledere og her mer spesifikt ledere i sykehus. Å sende spørreskjema til alle sykehusledere i Norge er vanskelig å få til og heller ikke nødvendig. Det er derfor hensiktsmessig å undersøke et utvalg av ledere. Det er valgt å spørre ledere i Universitetssykehuset Nord-Norge helseforetak (UNN HF) og Finnmarkssykehuset HF. Dette kan betraktes som et bekvemmelighetsutvalg fordi dette er ledere som for meg var enkelt å få tilgang til siden jeg selv jobber i UNN HF. Velger vi å tenke på populasjonen som sykehusledere i Helse Nord Regionale Helseforetak (RHF), så kan det argumenteres for at det er et strategisk utvalg (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011). Helse Nord RHF, så består det av 4 helseforetak (HF). To store helseforetak som heter Nordlandssykehuset HF og UNN HF som har en del regionale funksjoner i tillegg til lokalsykehusfunksjonene. Og de to litt mindre, som er Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF. Utvalget som er gjort, er et forsøk på å gjøre utvalget så representativ som mulig for ledere i sykehus ved at de jobber i både små og store sykehus og at det er i to ulike HF hvor det både finnes et regionssykehus og mindre lokalsykehus, slik at lokal kultur og styresett vil være mindre utslagsgivende for funnene.

I den kvalitative delen av undersøkelsen er det gjort et bekvemmelighetsutvalg hvor jeg spurte overordnede ledere i UNN HF om enten å delta i fokusgruppe selv eller å finne noen av sine

⁵ Populasjon er den målgruppen man ønsker å vite noe om. Noen ganger er det hele befolkningen, mens andre ganger er det en mer avgrenset gruppe.

ledere lengre ned i linjen som kunne delta. For at det skulle bli flyt i samtalen og alle skulle få mulighet til å prate mer eller mindre fritt ønsket jeg ikke å ha en for stor gruppe. Samtidig ønsket jeg å ha ledere fra ulike fagmiljø, ledere på ulike nivå, i ulik alder og med ulik lengde på ledererfaring. Det ble derfor valgt å ha en fokusgruppe med tre personer.

3.5 Spørreskjemaundersøkelsen

3.5.1 Datainnsamling

Spørreskjema ble lagt inn i dataprogrammet Questback. Helseforetakene ble forspurt om distribusjonslister med e-postadresser til alle lederne. UNN HF opplyste at deres lister ikke var oppdaterte, men at liste fra nylig avholdt ledersamling ville nå de fleste lederne. Denne epostlisten inneholdt 405 personer, men i sykehuset er bare 304 er ledere. De resterende 101 personene var rådgivere, tillitsvalgte, vernetjeneste og andre med støttefunksjoner for ledere. I utsendelsen av spørreskjema ble det derfor presisert at det kun var ledere som skulle svar. Det var også kontrollspørsmål i starten hvor respondentene måtte angi lederrolle for å sikre at datamaterialet kun inneholdt svar fra ledere. I Finnmarkssykehuset HF ble det sendt ut til 59 ledere på bakgrunn av e-postdistribusjonslister vi mottok fra helseforetaket. Ved manuell gjennomgang av listen i etterkant ble det i etterkant avdekket at 62 ledere ved sykehuset ikke var inkludert i utlevert oversikt og derfor ikke hadde fått tilsendt spørreskjema.

Spørreskjemaet ble altså sendt til 363 ledere (304 ledere i UNN og 59 i Finnmarkssykehuset). Av disse var det fem som hadde vært med på utarbeidelse av spørreskjemaet og som ikke skulle svare på undersøkelsen. Det totale antall mulige respondenter i undersøkelsen var derfor 358 personer. Undersøkelsen var åpen i 3 uker. To uker etter utsendelse ble det sendt en påminnelse per e-post.

3.5.2 Spesifikke karakteristika ved respondentene

192 ledere svarte på denne undersøkelsen og det gir en svarprosent på 53,6 %. Av disse var 36,2 % menn og 63,8 % kvinner. Gjennomsnittsalderen var 49 år ($SD=8,3$)⁶. Den yngste var 25 år, mens den eldste var 66 år. Lederne hadde i gjennomsnitt vært leder i 9,7 år ($SD=7,7$). Noen leder var nettopp blitt leder, mens den som har vært leder lengst har vært leder i 35 år. 67,4 % kunne omtales som kliniske ledere nær driften (enhetsledere og seksjonsledere) og 32,6 % kunne omtales som mellomledere mellom kliniske ledere og toppledelsen (27,8 % avdelingsledere og 4,8 % klinikksjefer).

⁶ SD = Standardavvik.

Størrelsen varierte på organisasjonsenhetene som ledes (antall underordnede). 17,3 % ledet enheter under 10 ansatte, 23,6 % ledet enheter med 10-20 ansatte, 27,2 % ledet enheter med 21-49 ansatte, 26,7 % ledet enheter med 50-199 ansatte, 5,2 % ledet enheter med mer enn 200 ansatte.

3.5.3 Bortfallsanalyse

For å undersøke om respondentene som svarte på spørreskjemaet er representativt for hele utvalget, ble karakteristika ved alle ledere som i UNN og Finnmarkssykehuset sammenlignet med de som svarte på undersøkelsen. Det ble sett på kjønnsfordeling og fordeling på de ulike ledernivåene i det totale utvalget - det vil si alle ledere i UNN og ledere i Finnmarkssykehuset. Kvinneandel i UNN er 63,8 %. Det er lik den andel som finnes i dette materialet. Hvis vi ser på prosentfordeling mellom de ulike ledernivåene, ser vi at fordeling er ganske lik for utvalg og for de som har svart (se vedlegg 8.3). Dette indikerer at utvalget i denne undersøkelsen er representativt for lederne ved sykehusene.

3.5.4 Utforming av spørreskjema

I utformingen av spørreskjema ble det jobbet med å finne spørsmål som dekker operasjonalisering av begrepene vi finner i problemstillingene, at selve spørsmålsformuleringen er god og hvilke type svaralternativer som finnes for de ulike spørsmålene og at disse svaralternativene ikke skal påvirke svarene (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011). For utdyping se vedlegg 8.4.

I spørreskjema inneholdt spørsmål som var tenkt å måle opplevd handlingsrom. Det var her definert som lederens subjektive opplevelse av størrelsen på handlingsrommet og friheten til å velge. Dette anses som er viktige dimensjoner ved subjektivt handlingsrom (Strand, 2007). Rammer for det subjektive handlingsrommet ble definert som ledernes opplevelse av påvirkningsmuligheter. De ulike områder som ble spurt om var plukket ut med utgangspunkt i det leder antas å kunne påvirke i en ekspertorganisasjon med byråkratiske trekk. I tillegg er det valgt ut noen spørsmål som tidligere er benyttet i Solstrandundersøkelsen (Strand, 2007). Spørsmål som skulle måle tidspress ble også tatt. Lederne ble også spurt om de områdene de tenker begrenser handlingsrommet dere. Spørreskjema inneholdt også spørsmål og trivsel og karakteristika ved ledersituasjonen og demografiske variabler for å kunne beskrive utvalget.

Til å måle personlighetstrekk ble det benyttet et spørreskjema kalt Ten Item Personality Measure (TIPI) (Gosling, Rentfrow, & Swann Jr, 2003). Spørreskjemaet er oversatt til en

rekke språk (Gosling S. , 2015). TIPI har vært brukt i mange studier og er funnet å ha akseptabel reliabilitet og validitet (Whitaker Institute for Innovation and Societal Change, 2013). Den norsk oversettelsen av TIPI ble utarbeidet med utgangspunkt i de engelske og svenske versjonene. Litteratur på norsk som omtaler Femfaktormodellen ble undersøkt for å se på hvilke norske ord som ble brukt (Engvik, 2011; Jacobsen & Thorsvik, 2013; Martinsen, 2013) og oversettelsen ble gjennomgått på nytt. Studiegruppa som utarbeidet spørreskjema, ble rådspurt der det forelå usikker på gode norske ord. Konsensus ble brukt for å avklare hva som var grei oversettelse (se vedlegg 8.5 for endelig valg av ordlyd).

3.5.5 Analyser

3.5.5.1 Statistiske analyser

De statistiske analysene ble gjort ved hjelp av dataprogrammet SPSS. Deskriptiv statistikk og frekvensanalyse ble brukt for å beskrive de ulike variablene. Faktoranalyse ble benyttet for validering av spørreskjema og for å lage indekser (Friborg, 2010). Samvariasjon mellom de ulike variablene ble undersøkt ved bruk av Pearson produkt moment korrelasjon. Se vedlegg 8.6 for nærmere beskrivelse av statistiske analyser.

3.5.5.2 Instrumentvaliditet

Før de statistiske analysene kjøres, bør respons på spørreskjema sjekkes for å se om spørsmålene gjenspeiler de begrepene som er definert. Faktoranalyse ble benyttet for å se om det finnes underliggende dimensjoner eller såkalte faktorer. Dette er spesielt viktig for variabler/begreper som ligger tett opp til hverandre og der det er spørsmål som kanskje overlapper og måler flere dimensjoner/begreper (Friborg, 2010). I denne undersøkelsen er det sett på personlighetstrekk, handlingsrom og trivsel. Til å måle personlighetstrekk er det brukt et allerede validert skjema og faktorstrukturen er etablert. De andre variablene er spørsmål hentet fra teori og fra andre undersøkelser og det er derfor usikkert hvordan de oppfører seg i forhold til hverandre. Spørsmålene tas derfor med i samme analyse for å sikre at begrepene er mest mulig uavhengig av hverandre. Dette kalles diskriminant validitet, altså at variablene måler ulike ting og at de er tilstrekkelig uavhengig av hverandre og dermed representerer mål på ulike fenomener. Det er også viktig at spørsmålene koblet til et begrep er mer konsistent med hverandre enn de spørsmålene som er tenkt å måle de andre begrepene. Dette betegnes som konvergent validitet.

Analysen viser statistiske sammenhenger som indikerer en tydelig faktorstruktur (se vedlegg 8.7). De faktorene som framkommer stemmer godt med teori og bakgrunnen for at spørsmålene ble valgt inn i spørreskjema. Navn på faktorene må velges og fokusgruppen ble brukt for å få innspill og validering av navn på faktorene. De fem faktorene fikk navnene: Handlingsrom, påvirkningsmulighet på økonomiske virkemidler, påvirkningsmulighet på kvalitetsvirkemidler, trivsel og tidspress.

3.5.5.3 Reliabilitetskontroll og datareduksjon

En faktor betyr at vi måler samme fenomen med flere spørsmål. For å vite om spørsmålene kan slås sammen til en variabel, må det sjekkes om data kan betraktes som en skala - altså at det er stabile data. Det er vanlig å kjøre en reliabilitetstest og bruke Chronbachs alpha. Chronbachs alpha var høy for alle skalaene og skalaene anses for reliable. Skalaene for personlighetstrekk ble også testet på samme måte. Reliabiliteten for disse skalaene er ikke fullgode, men sammenlignbare med tidligere studier (Gosling, Rentfrow, & Swann Jr, 2003). De anses som brukbare til videre analyser (se vedlegg 8.8)

3.5.5.4 Sammensatte mål - Indekser

Skalaene vi har testet, ble funnet tilfredsstillende. Det er da hensiktsmessig å redusere data ved å slå sammen spørsmålene som hører til hver faktor og bruke samleskåre i den videre analysen. Bakgrunnen for å bruke slike sammensatte mål er at det er vanskelig å måle komplekse fenomener som handlingsrom, trivsel, personlighet og faktorer som begrenser handlingsrom med kun ett spørsmål. Ved å ha flere spørsmål om et fenomen måles ulike sider ved fenomenet og man styrker validiteten. Ved å slå sammen, reduserer man også tilfeldige målefeil og styrker derfor reliabiliteten (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011).

Indeksering ble gjort ved å regne gjennomsnitt av spørsmålene som hører til hver faktor. Ved negative faktorladninger ble disse snudd før gjennomsnittberegning. Vi har da altså en indeks for hver av de variablene vi har omtalt i forrige avsnitt. Utregning av personlighetstrekk ble gjort etter mal fra Gosling (2015) som har utarbeidet TIPI (se vedlegg 8.9).

3.6 Fokusgruppe

For å få mere dybdeforståelse av resultatene og hjelp til fortolkning av resultater, ble tre ledere inviterte til å se på resultatene fra spørreundersøkelsen og bistå med sine fortolkninger av hvorfor resultatene fra spørreundersøkelsen er som de er. Lederne ble valgt ut med utgangspunkt i at de skulle jobbe i ulike klinikker, at de sitter på ulike nivå i organisasjonen og at antall år med ledererfaring er ulik. Det ble invitert til et fokusgruppeintervju 03.06.2016

med varighet på 1 time. Lederne fikk presentert resultater fra undersøkelsen og kommenterte ut fra spørsmål fra meg og ut fra egne assosiasjoner. Samtalen ble tatt opp på bånd. Deltakerne ble informert om at dette var frivillig og at de når som helst kunne forlate. Intervjuet ble transkribert og det ble valgt ut sitater som illustrerer poengene i samtalen. Lederne fikk tilsendt resultatdelen på e-post for gjennomgang, sitatsjekk og kommentarer. Lydopptaket slettes etter at masteroppgaven er godkjent.

3.7 Forskningsetiske betraktninger

Undersøkelsen er godkjent hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). Ut fra retningslinjer i UNN ble det søkt godkjent av Direktøren før utsendelse. For ikke å belaste ledere for mye med mange forskjellige spørreskjema, valgte vi å gå sammen flere masterstudenter og sende ut ett felles spørreskjema. Spørreskjema ble da mer omfattende, men samtidig har alle gruppene prøvd å begrense sine spørsmål og de generelle spørsmålene/bakgrunnsvariablene ville vært de samme.

Bakgrunnsspørsmålene er utformet slik at ingen kombinasjoner av dem, vil kunne peke ut en leder. En person har hatt tilgang til kobling mellom data og e-postadresser, men jeg som forsker har ikke hatt tilgang til dette. Nå når undersøkelsen er avsluttet, er ikke disse koblet og jeg kan ikke finne ut hvem som har svart hva. Dette for å sikre anonymitet.

Å svare på spørsmål om personlige egenskaper kan oppleves som å oppgi sensitive opplysninger. De ble derfor valgt å bruke kortversjon av personlighetstest fordi denne er mindre inngående enn fullversjon. Fordi fullversjon også ville kreve mer tid til å fylle ut, har jeg vurdert at det ville være uetisk å bruke så mye tid fra lederne, all den tid at dette ikke er en oppgave hvor hovedfokus er personlighet og man antageligvis vil kunne få et akseptabelt informasjonsgrunnlag ved bruk av kortversjon.

I bruk av materiale fokusgruppeintervjuet er det viktig at deltakerne føler seg trygge på at de blir referert riktig og at materialet blir nok anonymisert, slik at de tørr å snakke fritt. Jeg har derfor i resultatdelen valgt å ikke benevne lederne i fokusgruppen som leder 1,2 og 3, da det er fokusgruppens samlede bidrag som er viktig og ikke hva enkeltpersoner sa. Videre vil utvalget kun beskrives i generelle vendinger fordi sammensatte opplysninger som alder, størrelse på avdeling, ledererfaring, kjønn og hvor du jobber kan gjøre at man kan slutte seg til hvem denne lederen er. Lederne har fått lese gjennom alle sitatene som er tenkt brukt og blitt bedt om å kommentere. En av lederne ønsket å fjerne et par sitat som vedkommende opplevde ble for identifiserbar. Dette kan ses på som uheldig at ikke alle meningsytringer blir

med i undersøkelsen. Forskningsetisk ble det vurdert som viktigst å ivareta de personene som stiller opp til intervju og sitatet ble slettet etter ønske fra lederen.

3.8 Begrensninger og styrker ved undersøkelsen

Før resultatene diskuteres nærmere er det viktig å se på noen begrensninger og styrker ved undersøkelsen for å kunne vurdere holdbarheten av funnene. Utvalgsstørrelsen i denne undersøkelsen er akseptabel for å kunne gjøre fornuftige statistiske analyser av data og kunne trekke generelle slutninger fra utvalgt til populasjonen⁷. Et større utvalg ville muliggjort mer avanserte analyser og ytterligere oppdeling i undergrupper. Dette er i denne undersøkelsen valgt bort, for å kunne presentere mere sikre funn.

En svarprosent på 53,6 % er bra svarrespons for spørreundersøkelser. Det er likevel viktig å gjøre en bortfallsanalyse (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011). I denne undersøkelsen er det argumentert for at utvalget er et representativt utvalg av ledere i Helse Nord HF siden bortfallsanalysen indikerer at bortfall er tilfeldig. Dette gjør at vi med større sikkerhet kan generalisere fra utvalget til populasjonen som er ledere i Helse Nord HF. Det kan også argumenteres for at ledere i sykehusene i den nordligste helseregionen ikke er forskjellig fra ledere i de andre regionene, og da vil resultatene kunne generaliseres til alle ledere i sykehus. Det er imidlertid ikke hentet inn data som kan avkrefte eller bekrefte dette, så en slik generalisering må gjøres med litt mere forsiktighet. Det er imidlertid lite som tyder på at ledere i nord er spesielt annerledes enn ledere ellers i sykehus og det vil derfor konkluderes med utgangspunkt i at resultatene kan generaliseres til ledere i sykehus generelt.

Før en generalisering kan gjøres, bør det imidlertid drøftes om data er av god kvalitet. Det er gjort en betydelig jobb med utforming av spørreskjema og ved sjekk av datakvalitet framkommer det at spørreskjema har god validitet. De indeksene som brukes i analysen, har høy reliabilitet. Delen av spørreskjema som skal måle personlighet består bare av et allerede validert instrument. Dette har imidlertid noen svakheter med tanke på både validitet og reliabilitet som kan påvirke resultatene noe. Hensyn til å ha et kort instrument med få spørsmål fikk i denne undersøkelsen forrang for å ha et mer nøyaktig instrument, til tross for de nevnte utfordringer. Dette er akseptabelt når hovedtema for undersøkelsen ikke er personlighet.

⁷ Utvalgsstørrelsen har noe å si for feilmarginer og må tas med når vi trekke slutninger fra utvalg til populasjon. I denne undersøkelsen har vi nærmere 200 respondenter. Hvis det med 95% sikkerhet skal kunne generalisere fra utvalget til populasjonen må vi regne med en feilmargin på 7,1 % (Jacobsen D. I., 2005).

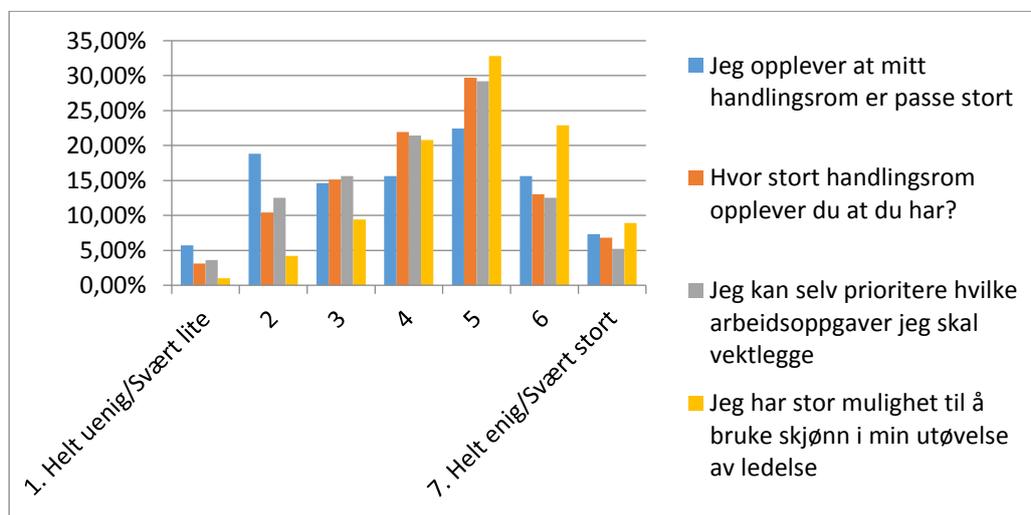
Det er valgt å bruke en fokusgruppe for å validere resultatene og kommentere på funn slik at vi får en større innholdsmessig dybde i svarene. En slik triangulering må anses som en styrke for undersøkelsen. Det at jeg selv er leder i sykehus og har vært leder på tre ulike nivå må også anses som en styrke for å kunne stille relevante spørsmål og for å kunne fortolke resultatene. Det å søke bekreftelser på egne opplevelser kan være en utfordring når du kjenner et felt godt, men denne er mindre framtrædende når vi bruker statistiske analyser.

4 RESULTATER

4.1 Ledernes opplevelse av handlingsrom

Målet for handlingsrom⁸ er målt på en skala fra 1 til 7. Det har et gjennomsnitt på 4,4 (sd=1,2) som er litt over midt på skalaen. Den skåren som flest ledere velger⁹ er svaralternativ 5. Dette angir at handlingsrommet for de fleste oppleves som litt over middels romslig. Dette på alle spørsmålene som inngår i indeksen (se figur 2). Samlet vil dette si at de fleste ledere opplever et passe handlingsrom som er litt over middels romslig.

Figur 2: Subjektivt handlingsrom for ledere angitt i størrelse på handlingsrom og valgfrihet. Lederne har svart på spørsmål med svarkategorier fra 1 til 7. Figuren angir frekvensfordeling for hvert svaralternativ. Søylar mot høyre i figuren angir romsligere handlingsrom.



Fokusgruppen kommenterer at det er "rimelig at man samles på midten og litt over". En av lederne sier at "det er mange føringer vi må forholde oss til, men så er det jo et visst

⁸ Indeks - jfr metodedel 3.5.5.4

⁹ Dette kalles modus og er akkurat som gjennomsnittet, et mål på sentraltendensen

handlingsrom også" og "Jeg tror liksom den tendensen som [] vises, stemmer bra - at jeg ikke er helt låst - at vi har et visst handlingsrom."

Det som verdt å merke seg er at mange opplever at de ikke har et passe handlingsrom (39,1%)¹⁰ (se vedlegg 8.10). En av lederne i fokusgruppen konkluderer med at "Da er det vel antageligvis for lite". Denne betraktningen stemmer bra med at det er en sterk samvariasjon mellom de som har et lite handlingsrom og de som er mindre fornøyd med størrelsen på sitt handlingsrom ($r=.77$, $p>.000$).

I gjennomsnitt angir lederne at de i 27,9 % av arbeidstida kan de bruke på oppgaver som de velger selv. I denne undersøkelsen er det relativt stor spredning i den oppgitte tida lederne kan bruke på selvvalgte oppgaver (min=0, max=100, $SD=22,9$).

4.1.1 Oppsummering resultater handlingsrom

Samlet sett viser resultatene at lederne har et litt over middels romslig handlingsrom, men at en vesentlig andel av ledere opplever at handlingsrommet er for lite. Ledere bruker i gjennomsnitt 27,9 % av tiden på selvvalgte oppgaver. Dette er noe lavere enn tall i andre nyere undersøkelser.

4.2 Rammer for handlingsrom

Et indirekte mål på handlingsrom er å se på rammene som omkranser handlingsrommet. Dette er målt ved av tre indekser: tidspress, påvirkningsmuligheter på kvalitetsvirkemidler og påvirkningsmuligheter av økonomiske virkemidler.

4.2.1 Tidspress

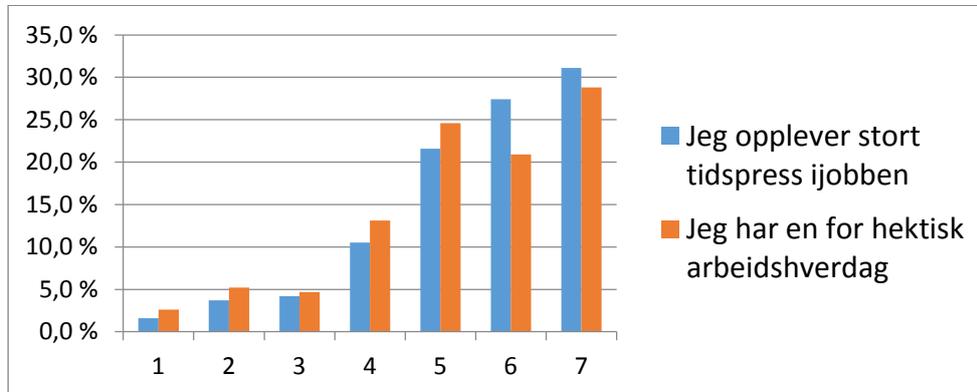
Målet på tidspress har et gjennomsnitt på 5,4 ($SD=1,4$). Skåre 7 som er den høyeste skåren på skalaen, er det som flest ledere velger. Figur 3 viser at nesten alle lederne opplever stort tidspress og har en for hektisk arbeidshverdag¹¹.

Fokusgruppen sier at resultatene fra den kvantitative undersøkelsen stemmer bra med deres opplevelse av at det er mye tidspress. De tenker at det er slik fordi en leder har mange ulike oppgaver. "Det kommer oppgaver dalende fra mange kanter. Alle gjør det uavhengig av hverandre. Ikke akkurat koordinert."

¹⁰ Svaralternativ 1 og 3 på en skala fra 1 helt uenig til 7 helt enig

¹¹ 80,1 % av lederne angir at de opplever tidspress i jobben og 74,3% angir at de har en for hektisk arbeidshverdag (svaralternativ 5 -delvis enig, 6-enig eller 7- helt enig).

Figur 3: Tidspress. Lederne har angitt hvor uenig eller enig de er i to ulike påstander med svarkategorier fra 1 til 7. Figuren angir frekvensfordeling for hvert svaralternativ. Søylor mot høyre i figuren angir større tidspress



En av lederne i fokusgruppen sier imidlertid at hun ikke ville valgt de øverste skårene og relaterer det til at hun er leder på overordnet nivå: "Jeg opplever at det er godt organisert og koordinert på enhetene under meg. Mange viktige oppgaver jeg må rydde tid til, men jeg kan gjøre det fordi det fungerer i enhetene. Lederne under tar sitt ansvar og derfor blir det ikke så mye tidspress. Sånn er det på mitt nivå. Tror det merkes mer i førstelinje."

En av de andre lederne i fokusgruppen bekrefter at det er mye tidspress for kliniske ledere/førstelinje. Det angis at for lite bemanning i forhold til behov, samt for få å dele oppgaver med, er en av årsakene til tidspress: "Bedre ro og tid, hvis vi ikke hatt så stor pasientstrøm at vi må ringe inn ekstra personell hele tida. Tar i perioder veldig mye av min tid som igjen går utover personalarbeid og det å legge til rette [...]."

Det kommenteres også at "..... trenger en assisterende [nestleder] som kan hjelpe til. Da ville jeg fått mere handlingsrom."

4.2.1.1 Tidspress og sammenheng med andre variabler

Med bakgrunn i fokusgruppens innspill ble det kjørt en korrelasjonsanalyse mellom tidspress og ledernivå, men det var ingen signifikant samvariasjon mellom disse variablene. Dette betyr at tidspress ikke er koblet til hvilket nivå du er leder. Hvis jeg vurderer dette opp mot fokusgruppas diskusjon, så kan det bety at førstelinjeledere uten noe å delegerer oppgaver til opplever mer tidspress. Leder hvor enhetene under fungerer godt, opplever mindre tidspress.

Ledernivå er altså ikke det avgjørende i forhold til tidspress, men muligheter for arbeids- og ansvarsdeling.

Det er en middels negativ korrelasjon mellom handlingsrom og tidspress ($r = -.23$, $p < .01$), slik at større tidspress samvarierer med mindre handlingsrom. Dette er et interessant, men forventet funn. Se vedlegg 8.14 for en samlet oversikt over de korrelasjoner som er undersøkt i dette materialet.

Tidspress er negativt korrelert med trivsel, men dette er en svak sammenheng ($p = -.14$, $p < .05$). En av lederne i fokusgruppen angir at tidspress for henne ikke er negativt og således ikke i motsetning til trivsel: "Synes bare uka har for få timer, men veldig lite negativt stress. Bare litt mange oppgaver. Stort sett artige ting å holde på med [], men det blir utover vanlig arbeidstid for å rekke over alt. Kanskje det blir slitsomt på sikt, men nå går det ikke direkte på bekostning av trivsel. Både travelt og samtidig artig."

4.2.1.2 Tidspress - oppsummert

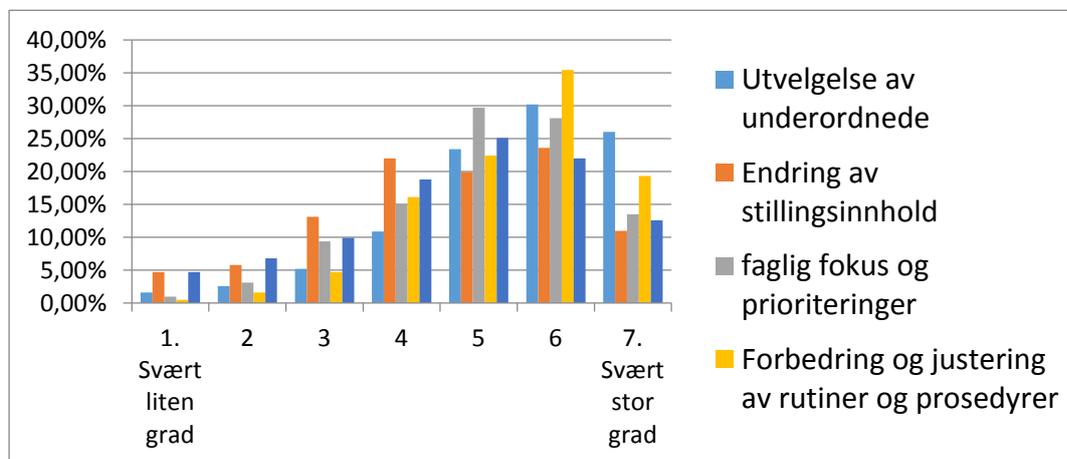
Oppsummert viser resultatene at lederne opplever stort tidspress. Det å ha noen å delegerer oppgavene til eller ledere under som tar ansvar, gjør at tidspresset blir mindre. Det er en forventet samvariasjon mellom høyere tidspress og mindre handlingsrom.

4.2.2 Påvirkningsmuligheter

De fleste ledere opplever i stor grad har påvirkningsmuligheter på kvalitetsvirkemidlene (se figur 4). Samlet mål for påvirkningsmuligheter kvalitetsvirkemidler (indeks) har et gjennomsnitt på 5,05 ($SD = 1,1$). Se også vedlegg 8.11

Figur 4: Kvalitet: Ledernes påvirkningsmulighet på virkemidler for å få bedre kvalitet.

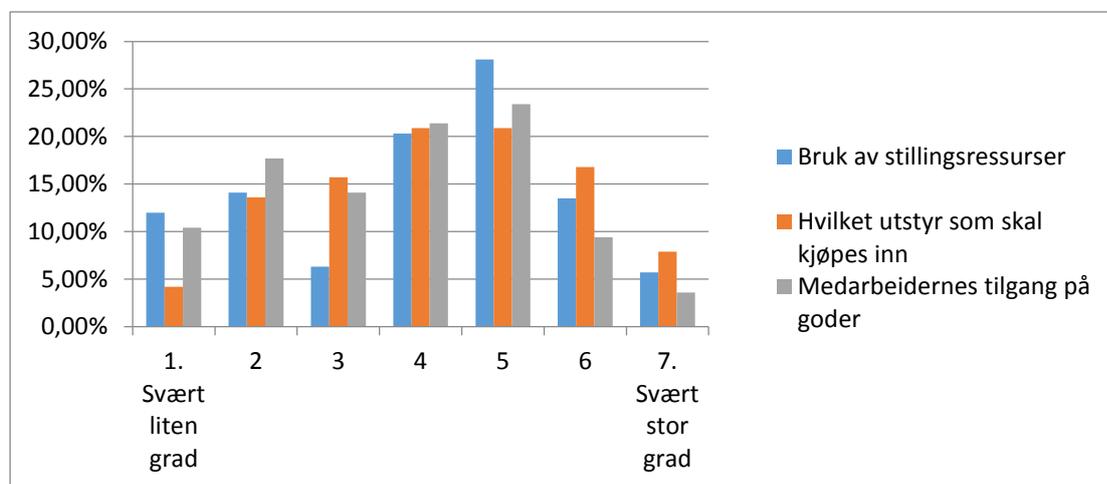
Lederne har svart på en skala fra 1 til 7. Søylen angir frekvensvis fordeling.



Fokusgruppen kommenterer at dette er forhold som ledere bør kunne påvirke fordi det handler om personal, fag og daglig drift og det å ha mulighet til å utvikle kvalitet. Kvalitetsutvikling ses som en fellesnevner for disse områdene og er et ansvar man har som leder. "Dette er vel ting som vi som ledere kan påvirke" sier den ene lederen, mens en av de andre nøler noe.

Lederne angir at de har mindre påvirkningsmuligheter på de økonomiske virkemidlene (se figur 5). Målet for påvirkning på de økonomiske virkemidlene har gjennomsnittet 3,8 ($SD=1,3$) som er litt under middels. En av lederne i fokusgruppen kommenterer at "økonomi er veldig styrende og begrenser handlingsrommet".

Figur 5: Ledernes påvirkningsmulighet på økonomiske virkemidler. Lederne har svart på en Skala fra 1 til 7 og søylene angir frekvensvis fordeling av svarene



Fokusgruppen understøtter at spørsmålene på figur 5 handler om grenseoppgangene til handlingsrommet og kan ses på som økonomiske begrensninger. De nevner ord som "stimuleringsmuligheter" "økonomi" "Overordnet begrensninger på en måte. Ting som er styrt på et mer overordnet nivå". "Det kan kalles overordnede rammer". "Ting som man kjenner igjen som noe man kontinuerlig prøver å påvirke [...]. Det er de grensene man er innenfor. På en måte handlingsrommet man prøver å påvirke - lage større."

52,4 % som angir at de har ansvar for områder de ikke har myndighet til å påvirke¹². Det er flest ledere (24,6 %) som angir at de er delvis enig i at de mangler myndighet (skåre 5).

Fokusgruppen angir at det er et problem at ledere har ansvar på områder som de ikke har myndighet til å påvirke: En leder sier "Du står ansvarlig og har ansvar, men ikke myndighet

¹² Skåre 5,6,7

til å gjøre noe med det - et stort problem og et vanskelig dilemma". En annen sier "Hvis du står i noe slikt over lengre tid, så kan være svært utmattende. Være med på at ledere blir utbrent og sliten". "Du blir en budbringer mer enn at du kan bestemme selv og lede".

I spørreundersøkelsen angir flest ledere at de mener manglende fullmakter (40,2 %) er en begrensning for deres handlingsrom, at de har ingen eller få å delegere oppgaver til (35,5 %) og at de mangler lederstøtte (37 %). 16,3 % opplever ikke at de har et begrenset handlingsrom (se vedlegg 8.12 for ytterligere resultater).

4.2.2.1 *Samvariasjon med handlingsrom*

Det er en høy korrelasjon mellom handlingsrom og påvirkningsmuligheter på kvalitetsvirkemidler ($r=.51$, $p<.01$) og handlingsrom og påvirkningsmulighet på de økonomiske virkemidlene ($r=.51$, $p<.01$). Ses dette i sammenheng med at lederne i mindre grad opplever at de kan påvirke de økonomiske virkemidlene og i større grad kan påvirke de kvalitetsvirkemidlene, kan det forstås som om handlingsrommet hos ledere i sykehus per i dag innskrenkes av førstnevnte og økes av sistnevnte.

4.2.2.2 *Oppsummert handlingsrom og påvirkningsmuligheter*

Oppsummert viser resultatene at lederne har påvirkningsmuligheter på kvalitetsvirkemidler, men i mindre grad på økonomiske virkemidler. Påvirkningsmuligheter er høyt korrelert med handlingsrom, noe som også var forventet siden det teoretisk er tenkt at dette danner grenseopp ganger for handlingsrommet. Lederne opplever det som et problem å ha ansvar for områder de ikke har myndighet til å påvirke. Manglende fullmakter, få å delegere oppgaver til og manglede lederstøtte angis som det som i størst grad begrenser handlingsrommet.

4.2.3 *Trivsel og handlingsrom*

Ledere i sykehus trives svært godt og hele 92 % sier de er fornøyd med å være leder (se vedlegg 8.13). Gjennomsnittskåren for indeksen som måler trivsel, er på 5,7 ($SD=.93$). Trivsel samvarierer middels med handlingsrom ($r=.45$, $p<.001$), med påvirkningsmuligheter på kvalitetsvirkemidler ($r=.36$, $p<.001$) og med muligheter for å påvirke økonomiske virkemidler ($r=.30$, $p<.001$).

Fokusgruppen ble spurt om de hadde noen tanker om det var handlingsrom som påvirket trivsel eller om det var trivsel som påvirket handlingsrom. Fokusgruppen er samstemt i at det er opplevd handlingsrom som påvirker trivsel og ikke omvendt. "Hvis man føler seg veldig

låst i situasjonen, så går det utover trivselen." "Hvis jeg kjenner at jeg har mulighet til å påvirke og har et visst handlingsrom innenfor det jeg har ansvar for, så trives jeg bedre".

En av de andre lederne i fokusgruppen angir at trivsel kan påvirkes av mange forhold, men at det likevel er et paradoks at ledere trives så godt til tross for stort tidspress og ansvar for områder de ikke kan følge opp: "Trivsel har jo med arbeidsmiljø, arbeidsoppgaver og hvordan kontakt det er mellom nivåene, så det kan være mange årsaker til at man trives. Samtidig synes jeg på en måte det er et paradoks for hvis man har fryktelig tidspress og mye ansvar uten påvirkning, så vil jeg tro at man ikke hadde trivdes så godt. Da måtte det være sterke miljøfaktorer eller andre positive ting som veier opp." En av de andre lederne angir at det at det er et "Meningsfullt arbeid" og "det å være en del av en ledergruppe er fint" er forhold som er med på å veie opp for det negative. "Hvis du ser resultater, synes at du får til ting og har lyst til å utvikle noe, så betaler du prisen det er å jobbe mye og ha det travelt."

En av lederne i fokusgruppen angir at det å trives til tross for tidspress og det å ha ansvar for områder man ikke kan påvirke, kan henge sammen med hvem du er som person og det å ha lyst til å være leder: "Det har vært et bevisst valg å bli leder [...] hadde behov for nye utfordringer [...]. Kanskje har det noe med hvordan man er som type - at man liker å være litt frampå, liker ha litt dager som ikke er helt A4, tåler å stå i uforutsigbarhet, takler stress, liker å ha litt fart, glad i mennesker og det her med personalarbeid og føler at man har noe å gi. Jeg kjenner organisasjonen godt og er trygg på en del sånne ting og derfor føler at jeg har en del ting å gi som leder. Så ja, jeg trives som leder selv om det er travelt." En av de andre lederne kommenterer også at "Ikke alle som blir leder. Man må tåle tidspress."

Oppsummert viser resultatene at ledere i sykehus trives godt. Handlingsrom antas å påvirke trivsel og ikke omvendt. Ledere med større handlingsrom, trives bedre.

4.3 Personlighet, handlingsrom og trivsel

Det er samvariasjon mellom personlighetstrekk og trivsel. Den sterkeste samvariasjonen finner vi med planmessighet ($r=.51$, $p<.001$). I fokusgruppeintervjuet kommenteres det at "Det gir jo trivsel når man har littegranne system på ting". Det er også en middels sterk samvariasjon mellom trivsel og omgjengelighet ($r=.22$, $p<.001$), utadventhet ($r=.36$, $p<.001$) og åpenhet for nye erfaringer ($r=.28$, $p<.001$). Det framkommer ingen samvariasjon mellom trivsel og det å være følelsesmessig stabil.

Handlingsrom samvarierer med det å ha personlighetstrekket planmessig ($r=.19$, $p<.01$), men dette er en svak sammenheng. Ingen av de andre personlighetstrekkene samvarierer med

handlingsrom. Dette er færre og svakere sammenhenger enn jeg hadde forventet.

Fokusgruppen mener de at det er rimelig at planmessighet påvirker opplevd handlingsrom, men er overrasket over at det å være følelsesmessig stabil ikke betyr noe: "Logisk at den planmessige er relatert til handlingsrom. Hvis du er velorganisert, så kanskje du klarer å påvirke i større grad og være litt strategisk. Men det med å tåle stress - skulle tro at det hadde noe å si. Kunne tenke seg at opplevd handlingsrom hadde sammenheng med følelsesmessig stabilitet, men det har det altså ikke."

"Dette reiser jo også spørsmålet om hvem som helst kan være ledere. Er det noe man kan lære seg. Tror det er en kombinasjon. Man kan utvikle seg i en lederrolle []. Men det kan være fordeler med visse typer personlighetstrekk - må ha en del av de punktene for å ha det greit som leder".

Oppsummert viser resultatene at personlighet betyr mindre for opplevd handlingsrom enn forventet. Personlighet er imidlertid viktig for trivsel. Det å være planmessig medfører både at leder opplever større handlingsrom og opplever sterkere grad av trivsel.

4.4 Handlingsrom og karakteristika ved ledersituasjonen

Det å oppleve et større handlingsrom samvarierer med å være ledere på høyere nivå ($r=-.14$, $p=.05$). Dette er imidlertid ingen sterk sammenheng. Det er en middels sterk samvariasjon mellom økt størrelse på den organisatoriske enheten og mindre handlingsrom ($r= .30$, $p<.001$) Det ble ikke funnet en sammenheng mellom handlingsrom og ledererfaring.

Fokusgruppen ble spurt om de tror det er slik at ledererfaring ikke spiller noen rolle for handlingsrommet. Svarene deres peker i retning av at handlingsrommet blir større når du får mere ledererfaring, men at nye ledere og ledere med lengre erfaring legger litt forskjellige ting i det når de angir sitt subjektive handlingsrom: "Vi som har vært leder så kort skjønner ikke at det kan være annerledes - relativt sett opplever du at du har et sånn eller sånn handlingsrom".

"Opplever at jeg har fått et større handlingsrom etter hvert som jeg har fått mer erfaring - er blitt tryggere i lederrollen, vet hvordan jeg skal argumentere og se og lese spillet og skjønne hva som skjer i organisasjonen. Det tar noen år. Tror ikke jeg skjønnte handlingsrommet i starten - jeg gjorde oppgavene - var mer oppgaverelatert. Etter hvert blir man mer opptatt av strategier og tenker litt lengre." "Når du får mer erfaring, så reflekterer du på en annen måte. Mens vi som er fersk - jeg ser det nok ut fra den kunnskapen og de oppgavene jeg har - kanskje litt snevrere perspektiv og innenfor dette sier du noe om opplevelsen av

handlingsrommet. Om jeg skulle svart på samme spørsmål om 10 år, så hadde jeg kanskje gitt samme skåre, men lagt helt andre ting i det."

Oppsummert viser resultatene at ledere på høyere nivå opplever større handlingsrom og ledere i større enheter opplever mindre handlingsrom. At ledererfaring ikke spiller noen rolle for opplevd handlingsrom kan knyttes til at opplevelse er relativt og at nye og erfarne ledere definerer handlingsrom ulikt med bakgrunn i erfaring.

4.5 Er handlingsrom og trivsel for ledere viktig for effektivitet?

I en spørreundersøkelse kan det være vanskelig å få med mål på effektivitet. I teoridelen antydes at handlingsrom og trivsel påvirker effektivitet. Lederne i fokusgruppen ble derfor spurt om hva de tenker om denne sammenhengen.

"Handlingsrom og trivsel hos ledere er veldig viktig for effektivitet."

"Tror du jobber bedre hvis du har et handlingsrom og du trives. Da får du gjort ting og da er du mer effektiv. Du har mer lyst å få til. Har litt mere driv."

Lederne angir at dialog med overordnet ledernivå er viktig for å oppleve at man har et handlingsrom: "Ville fått en opplevelse av større handlingsrom hvis jeg ble tatt med på råd og opplevde at jeg ble hørt og ble tatt på alvor."

"Hvis mellomledere føler seg som brikker, da er det ikke noe gøy å være leder - da blir det ikke så mye effektivitet". "Hvis vi skal få rekruttert ledere og få de til å bli, så må det føles meningsfullt å være leder, ikke kun en budbringer i et rigid og standardisert system."

"Tror det er livsfarlig å redusere handlingsrommet til lederne. Da oppleves det som at man bare er en brikke i administrative roller og ikke leder. Blir mye mindre effektivt enn om at du kunne fått tilliten og avgjøre en del ting selv - må hele tiden gå flere runder for å få avgjort ting. Tror det henger veldig sammen - handlingsrom og effektivitet."

"Handlingsrom henger sammen med trivsel og ledere med lite handlingsrom vil trives dårligere. Da gjør du en dårligere jobb og orker kanskje ikke være i jobben. Vi får turnover og vanskelig å rekruttere inn i lederrollen. Da går det utover effektivitet, kontinuitet og kvalitet."

Samtalen i fokusgruppen støtter teori og tidligere funn rundt at handlingsrom og trivsel påvirker effektivitet.

4.6 Oppsummering av resultater

1. Handlingsrom: Lederne opplever et litt over middels romslig handlingsrom, samtidig som en vesentlig andel (39,1%) av ledere opplever at handlingsrommet ikke er passe stort og da i all hovedsak i betydningen for lite. Lederne bruker i gjennomsnitt 27,9 % av tiden sin på selvvalgte oppgaver.
2. Rammer for handlingsrom:
 - a) Tidspress: 70-80 % av lederne opplever stort tidspress. Det å ha noen å delegere oppgavene til eller ledere under som tar ansvar, gjør at tidspresset blir mindre. Det er en middels samvariasjon mellom høyere tidspress og mindre handlingsrom.
 - b) Påvirkningsmuligheter: Lederne har i stor grad påvirkningsmuligheter på kvalitetsvirkemidler, men i mindre grad på økonomiske virkemidler. Påvirkningsmuligheter er høyt korrelert med handlingsrom. 52,4 % av lederne angir at de har ansvar for områder som de ikke har myndighet til å påvirke. Fokusgruppen anser dette som et problem. Manglende fullmakter, få å delegere oppgaver til og manglede lederstøtte angis som det som i størst grad begrenser handlingsrommet.
3. Trivsel: Ledere i sykehus trives svært godt. Handlingsrom antas å påvirke trivsel og ikke omvendt. Det er en middels samvariasjon mellom større handlingsrom og det å trives bedre.
4. Personlighet: Personlighet betyr lite for opplevd handlingsrom. Kun planmessighet påvirker handlingsrom, men denne sammenhengen er svak. Personlighet er imidlertid viktig for trivsel. Planmessighet samvarierer sterkt med trivsel. Det er en middels sterk påvirkning av omgjengelighet, utadventhet og åpenhet for nye erfaringer.
5. Karakteristika ved ledersituasjonen: Det er en svak sammenheng med at ledere på høyere nivå opplever større handlingsrom. Ledere i større enheter opplever mindre handlingsrom – denne samvariasjonen er middels sterk. At ledererfaring ikke spiller noen rolle for opplevd handlingsrom kan knyttes til at opplevelse er relativt og at nye og erfarne ledere definerer handlingsrom ulikt med bakgrunn i erfaring.
6. Effektivitet: Respons fra fokusgruppen støtter antagelsen om at handlingsrom og trivsel påvirker effektivitet.

5 DISKUSJON

Formålet med denne undersøkelsen var å se på hvordan ledere opplever sitt handlingsrom. Det er sett nærmere på om rammebetingelser som påvirkningsmulighet og tidspress er viktig for ledernes opplevelse av handlingsrom. Det er videre sett på om denne opplevelsen henger sammen med trivsel, personlighet og karakteristika ved ledersituasjonen. For å undersøke dette ble det benyttet en spørreskjemaundersøkelse med 192 lederinformanter fra UNN HF og Finnmarkssykehuset HF og et fokusgruppeintervju med 3 ledere fra UNN HF som informanter.

5.1 Handlingsrom – er det passe, for stort eller for lite?

Ledere i sykehus opplever at de har et noe over middels romslig handlingsrom. En kjapp og litt overfladisk konklusjon, er at ledere i sykehuset ikke bare opplever seg selv som marionetter uten handlingsrom. Ser vi litt nærmere på dette, så kan resultatet betraktes på flere måter. På den ene siden er det et premiss i et byråkrati at styring og ledelse skjer gjennom prosedyrer og regler som kan ses på som begrensninger av handlingsrommet (Strand, 2007). Det kan ut fra dette argumenteres for at det egentlig ikke er ønskelig at ledernes handlingsrom blir for stort. Hvis alle ledere har et stort handlingsrom vil alle kunne gjøre mer eller mindre som de vil. Styrken ved den byråkratiske organiseringen (Jacobsen & Thorsvik, 2013) vil da kollapse og miste sin funksjon.

Et annet forhold som jeg tenker kan forklare at lederens angivelse av handlingsrom blir middels romslig, er utfordringen som ledere står i det daglige hvor de må avveie og være formidler mellom fagets logikk og byråkratiets logikk (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle, 2010). Handlingsrommet er på et vis romslig i den forstand at det er mye rom for fortolkning og forhandling når ulike logikker møtes. Handlingsrommet, slik det er beskrevet i Stewart sin modell, kan da utvides (Strand, 2007; Høst, 2015). Samtidig setter dette store krav til leder for til enhver tid å kunne sjonglere mellom ulike innfallsvinkler og vite hvordan forhandle og med hvem. Dette kan oppleves som en begrensning av handlingsrommet heller enn en frihet. Fokusgruppen i denne undersøkelsen støtter opp under en erkjennelse av at det finnes mange forhold som definerer handlingsrommet og at hvis alt dette skal tas i betraktning, vil det være rimelig at ledere i sykehuset generelt havner midt på eller litt over.

På den andre siden er det slik at hvis en vesentlig andel ledere, som i denne undersøkelsen, opplever at de har et for lite handlingsrom, kan vi frykte at vi ikke får tatt ut potensialet som

ligger i ledelse. Ledere må ha et visst handlingsrom hvis de skal påvirke og bidra inn i en organisasjon. I beste fall blir de da bare iverksettingsledere (Berg, 2014) som utfører oppgaver som er besluttet lengre opp i organisasjonen. I verste fall medfører det passivitet og viktige beslutninger blir verken tatt eller iverksatt (Colbjørnsen, 2015). Funnet kan altså bety at det er flere ledere i sykehuset som er mindre effektiv fordi de har en opplevelse av et for lite handlingsrom.

Å vurdere hvorvidt handlingsrommet er slik det bør være, er vanskelig. Ser vi på tida som en leder har til disposisjon for oppgaver som han eller hun velger selv, så samsvarer resultater i denne undersøkelsen godt med tidligere undersøkelser som er gjort blant ledere i statlige virksomheter. Det er imidlertid lavere enn de noe nyere undersøkelsene som er gjort blant unge ledere, hvor ledere oppgir at de i 40 % av arbeidstida kan velge oppgaver etter eget skjønn (Strand, 2007). Fokusgruppen gir oss heller ikke klare svar på dette. De konkluderer med at et handlingsrom som er middels stort, stemmer med slik de opplever det. De forklarer dette med at det er føringer de må forholde seg til, men samtidig er det et visst handlingsrom de kan bruke. Hvis jeg ser dette opp mot modellen for handlingsrom (Strand, 2007), så er dette ledere som virker se at det finnes en del krav og begrensinger, men at det mellom disse finnes et handlingsrom som kan brukes. For å beskrive handlingsrommet ytterligere er det hensiktsmessig å se nærmere på rammene for handlingsrom.

5.2 Rammer for handlingsrom; tidspress, påvirkningsmuligheter og ansvar

Denne undersøkelsen indikerer at lederes handlingsrom utvides gjennom mulighet for påvirkning av kvalitetsvirkemidler, men innskrenkes i form av begrensede muligheter til å påvirke økonomiske virkemidler. Dette kan forstås i lys av at sykehus er et profesjonelt byråkrati hvor en av de store ulempene er at det kan være vanskelig å drive økonomistyring fordi fagfolk ofte er mer opptatt av et godt tilbud til den enkelte pasienten enn økonomi (Jacobsen & Thorsvik, 2013). For å motvirke denne ulempen, har helseforetakene i perioder inndratt fullmakter fra ledere lengre ned i hierarkiet, slik at disse ikke har full råderett over økonomi, men må be om godkjenning lengre opp i lederlinjen. Den delegering av beslutningsmyndighet som i et profesjonelt byråkrati skulle gi rask problemløsning, blir da til saksbehandling i et hierarkisk system hvor det er sterkt grad av sentralisert beslutningsmakt. Vel har man gjennom dette fått kontroll på økonomi, men siden sykehuset er en så vidt stor organisasjon, er den også vertikalt komplekst med mange ledere i linjen fra operativt nivå og opp til øverste leder. Resultatet kan da fort bli lang saksbehandlingstid, fragmentert informasjonsgrunnlag og pulverisering av ansvar, samt vansker med å få utført det som er

ønskelig på det operative nivået. En begrensning av handlingsrommet på denne måten kan således være tjenlig for et mål – nemlig økonomistyring, men at det kan være uhensiktsmessig i forhold til andre mål.

I forlengelsen av dette er det relevant å trekke fram at over halvparten av lederne angir at de har ansvar for områder som de ikke har myndighet til å påvirke. Dette er et forhold som klart begrenser handlingsrommet og som jeg vil si er problematisk for organisasjonen.

Handlingsrom og ansvar bør overlappe og ledere må ha makt og myndighet til å påvirke de områdene de har ansvar for (Colbjørnsen, 2015). For å få en effektiv organisasjon er det viktig at ledere kan påvirke de resultatene de holdes ansvarlig for. Dette er også prinsippet med enhetlig ledelse (Stiftelsen Lovdata, 1999). I dette ligger det underforstått at leder også har råderett over virkemidlene som gjør leder i stand til å ivareta ansvaret som enhetlig leder. Uten slike virkemidler kan leder bli handlingslammet og kan miste sin legitimitet hos de ansatte. Det kan dermed oppstå et ledelsesvakuum hvor uformelle ledere blir de som styrer. Dette er svært uheldig for en organisasjon fordi uformelle ledere ikke kan stilles til ansvar (Colbjørnsen, 2015). Leder risikerer da å bli en syndebukk i et system hvor ansvaret ikke er samstemt med virkemidlene og hvor leder mangler handlingsrom til å fylle lederrollen.

Ledelse i linje, slik sykehus er organisert i dag, forutsetter klare ansvars- og fullmaktsstrukturer. Jeg mener at det ut fra funn i denne undersøkelsen kan stilles spørsmålsteget ved om dette fungerer som det skal og om det i praksis er reell enhetlig ledelse på alle nivå i sykehusene i dag.

Fokusgruppen i denne undersøkelsen understreker også alvorligheten for de ledere som sitter i posisjoner hvor det er misforhold mellom ansvar og myndighet gjennom å si at dette er utmattende for ledere. Jeg mener at dette indikerer at et slikt misforhold også øker risikoen for at ledere ikke orker å være ledere lengre.

Lederne i sykehus opplever stort tidspress og at de har en for hektisk hverdag. Fokusgruppen forklarer det med at det kommer oppgaver fra ulike hold og disse er ikke koordinert. Det betyr antageligvis at ledere ikke rekker over alle de arbeidsoppgavene de ønsker. Dette gjenspeiler seg i at tid ledere bruker til selvvalgte oppgaver ligger lavere enn det man finner i andre nyere undersøkelser (Strand, 2007). Mer bekymringsfullt er det at disse spørsmålene også kan anses som indirekte mål på stress (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det betyr at vi potensielt sett har mange stressede ledere i sykehuset. Stress kan redusere evne til å yte og innebærer en risiko for at ledere ikke orker å være ledere over tid. Fokusgruppeintervjuet indikerer imidlertid at

tidspress i denne sammenhengen ikke nødvendigvis er relatert til stress. Det betyr bare at ledere har mye å gjøre, men at de synes oppgavene er meningsfulle og gøy. Det å oppnå resultater gjennom innsats gjør at leder godtar å jobbe mye og ha det travelt. Det kan forklare at tidspress bare svakt samvarierer med mindre trivsel.

Jeg mener imidlertid at tidspress over tid kan være stressende og uheldig. Tidligere undersøkelser peker også i retning av at ledere som opplever tidspress angir dette som belastende (Strand, 2007) og at det medfører både stress på jobb og på hjemmebane (Richardson & Matthiesen, 2013). Det bør derfor ses på virkemidler for å minske tidspress for ledere.

5.3 Trivsel

Undersøkelsen indikerer at lederne i sykehus trives veldig godt. Det er en tendens til at lederne som har mindre påvirkningsmulighet og mindre handlingsrom, trives mindre. Dette stemmer godt med egne erfaringer og jeg mener ledere må ha mulighet for å påvirke og en viss grad av valgfrihet for at det skal være spennende og givende å være leder. Fokusgruppen mener at det er handlingsrom som påvirker trivsel og ikke omvendt. Det kan imidlertid ikke utelukkes at det er slik at de lederne som trives best, er mer motiverte for arbeidet og ser muligheter som leder med dårligere trivsel, ikke ser. Det vil si at det er trivsel som påvirker hvordan du opplever handlingsrom. En slik fortolkning støttes av tidligere undersøkelser som har vist at jobbtilfredshet er et mer stabilt enn hva situasjonsbetingelser skulle tilsi (Kaufmann & Kaufmann, 2009).

Den kvantitative delen av undersøkelsen viste at ledernes personlighet påvirker trivsel. Dette er også avdekket ved hjelp av korrelasjon, men ut fra at personlighetstrekk anses som stabile, er det grunnlag for å si at det er personlighetstrekkene som påvirker handlingsrom. Spesielt ser det ut til at det å være planmessig er viktig. Fokusgruppa påpeker at det å ha system på ting gir trivsel. En utdyping av dette kan være at planmessighet kan føre til opplevelse av å ha kontroll (Høst, 2009) og dermed opplevelse av mestring og trivsel. Det å være omgjengelig og utadvent gjør også at det er større sjans for at ledere trives. Dette tenker jeg henger sammen med det sosiale aspektet som er viktig i en lederjobb (Martinsen, 2013). Både på den måten at ledere som er omgjengelige og utadventede vil like de deler av jobben som handler om å være i kontakt med mennesker og fordi de med sin væremåte vil få positive tilbakemeldinger fra andre. Det å være åpen for nye erfaringer er også forbundet med høyere trivsel. En slikt trekk hos ledere er nok spesielt viktig i en tid hvor sykehus er i stadig endring - både hva gjelder

pasienttilbud og hvordan sykehuset organiseres. Jeg tror at ledere som er åpen for nye erfaringer vil kunne synes dette er spennende, mens ledere som er litt mer konservativ vil synes endringer er slitsomme og derfor trives dårligere.

Fokusgruppen påpeker at trivsel er viktig for å gjøre en god jobb og for å orke å være i jobben over tid. Stabilitet på ledersiden er viktig for driften av sykehus og god trivsel hos lederne vil kunne bidra til at ledere fortsetter lengre i jobben (Strand, 2007). Trivsel hos leder antas også utover dette å være relatert til effektivitet. Jeg mener derfor at det er viktig å se på faktorer som bidrar til trivsel hos ledere, ikke bare for ledernes egen del, men også fordi det gagnar organisasjonen som helhet.

5.4 Personlighet og handlingsrom

I denne undersøkelsen finner jeg at ledere som er mer planmessig opplever større handlingsrom, men ingen av de andre personlighetstrekkene påvirker handlingsrom slik jeg hadde forventet. Det kan selvfølgelig skyldes at personlighet ikke har noe å si for opplevd handlingsrom, men måten personlighet er målt på, bør også vurderes som en forklaring. Det kan trekkes i tvil om spørsmålene som er laget for å måle personlighetstrekk er gode og omfattende nok og at manglende funn derfor skyldes dårlig måleinstrument (Svartdal, 2009). Inntas en slik posisjon vil det samtidig undergrave de sterke samvariasjonene som ble funnet mellom personlighet og trivsel. Dessuten er samme instrument brukt med hell i andre undersøkelser, så selv om det ikke er helt nøyaktig, så anses det som ganske sannsynlig at det fanger opp variasjoner i personlighet. Ut fra dette er det lite sannsynlig at dårlig måleinstrument kan forklare manglende sammenheng.

Ut fra tidligere undersøkelser og teori på området trekkes en klar sammenheng mellom personlighet og opplevd handlingsrom for ledere (Høst, 2009). Manglende funn i denne undersøkelsen kan skyldes at sykehuset som profesjonelt byråkrati innehar en så sterk situasjonell påvirkningskraft at personlighet ikke kommer til uttrykk (Martinsen, 2013).

Denne ene undersøkelsen er imidlertid ikke nok til å forkaste en slik antatt sammenheng mellom personlighet og opplevd handlingsrom. Det er viktig å presisere at manglende sammenheng ikke nødvendigvis betyr at personlighetstrekk ikke har noe å si for opplevelsen av handlingsrom for ledere i sykehus. Det kan være slik at personlighetstrekk ikke har en direkte effekt på handlingsrom, men en medierende eller modererende rolle (Svartdal, 2009). Dette fanges ikke opp med utgangspunkt i det designet som her er valgt eller med de

analysene som er brukt. Det trenges ytterligere undersøkelser for å avklare støtte eller avkrefte sammenhengen mellom handlingsrom og personlighetstrekk.

5.5 Handlingsrom og karakteristika ved ledersituasjonen

Lederkarakteristika refererer til ledernivå, størrelsen på den organisatoriske enheten som ledes og antall år med ledererfaring. I spørreundersøkelsen ble det ikke funnet en sammenheng mellom handlingsrom og ledererfaring. Ledere med lang erfaring har større kunnskap om organisasjonen og om seg selv som leder (Strand, 2007). Det var derfor forventet at de skulle oppleve å ha et større handlingsrom. Lederne i fokusgruppen påpeker at siden det er det subjektive handlingsrommet man måler, så flyttes grensene ut fra erfaring og samme skåre betyr ikke nødvendigvis det samme for en ny leder og en leder med lengre erfaring. Ser jeg dette i lys av modellen for handlingsrom (Strand, 2007) tenker jeg at ledere med lang erfaring forstår hvordan de kan forhandle på begrensninger og skyve på krav og derfor har et reelt større handlingsrom.

I følge fokusgruppen vil ledere med mindre erfaring være mer oppgaveorienterte. De ser da etter handlingsrommet innenfor de rammene de oppfatter som mer eksakte grenser og utfordrer ikke disse grensene. Et annet forhold som jeg tenker kan påvirke opplevelsen av handlingsrom, er at rammer for nye ledere ikke nødvendigvis oppfattes som en ulempe, men en rettesnor i forhold til hvordan lederoppgaver skal løses. Mange nye ledere er dessuten fagpersoner som blir rekruttert inn i ledelse. Handlingsrommet vurderes da relativt til det handlingsrommet de hadde som fagpersoner. De vil da kunne oppleve at de får mer informasjon og mer makt og således større handlingsrom enn de hadde (Strand, 2007). Ledere med lengre erfaring ser sitt handlingsrom relativt til det de vet om organisasjonen og mulighetene som finnes og vil, til tross for reelt større handlingsrom, ikke oppleve handlingsrommet som større enn sine mer uerfarne lederkollega fordi referanserammene er forskjellige. Opplevelsen av handlingsrom kan således angis tallmessig likt, men innholdsmessig er det svært forskjellig for erfarne og uerfarne ledere. Disse funnene illustrerer styrken ved metodetriangulering hvor jeg nå både kan si noe om utbredelsen av et fenomen og mer om dybden og hva som ligger bak tallene (Svartdal, 2009).

Ledere på høyere nivå opplever at de har større handlingsrom. Dette kan belyses ved å se på de ulike lederroller på de ulike nivåene i sykehuset. Førstelinjeledere (ledere på laveste nivå) er ofte kliniske leder og mange av disse lederne er aktiv i pasientarbeid, mens ledere lengre opp i organisasjonen vil være mer generelle ledere (Edmonstone, 2008). En generell leder vil

ha tilgjengelig mange virkemidler og kan i stor grad bruke strategiene som finnes i å reorganisere, velge mål/verdier og bruke økonomiske virkemidler til styring. Dette er virkemidler og strategier som kliniske ledere i større grad må oppfatte som rammebetingelser for driften. Dette kan forklare hvorfor ledere lengre opp i organisasjonen oppfatter at de har et noe større handlingsrom enn kliniske ledere lengre ned i organisasjonen.

Samvariasjonen mellom ledernivå og handlingsrom er imidlertid svakere enn jeg trodde på forhånd. Dette kan forklares gjennom å se på fungerer i sykehuset som profesjonelt byråkrati. Sykehuset er hierarkisk oppbygd med klare regler og prosedyrer som gir ledere på høyere nivå et større formelt handlingsrom, samtidig ligger mye av beslutningsmyndighet rundt daglig drift og pasientarbeid langt nede i hierarkiet hos de profesjonelle fagutøvere og de kliniske lederne (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Opplevd handlingsrom styres således av forskjellige mekanismer og omhandler ulike områder. Det gir derfor mening at det ikke er en så sterk samvariasjon mellom ledernivå og opplevd handlingsrom.

Det er en samvariasjon mellom det å lede større enheter og opplever å ha mindre handlingsrom. Dette kan skyldes at for stort kontrollspenn gjør at det er vanskelig å få oversikt og mulighet for å følge opp alle områder på en tett måte (Strand, 2007). Dette kan ses som et argument for ikke uten videre øke størrelsen på de organisatoriske enhetene eller i alle fall sørge for at det da er flere å delegerer ansvar til. Manglende lederstøtte og få å delegerer oppgaver til, framkom som en begrensning av handlingsrom i spørreundersøkelsen. I fokusgruppeintervjuet framkom det å ha flere å dele lederoppgaver med som et virkemiddel for å øke handlingsrommet. Dette stemmer godt overens med egen erfaring og jeg tenker det er viktige signaler til toppledelsen og styrer i sykehus, samt en rettesnor i omstillingsprosesser.

5.6 Implikasjoner for praksis

Ledere i sykehus bør sikres tilstrekkelig handlingsrom og myndighet, slik at de kan ivareta sitt ansvar i form av enhetlig ledelse på hvert nivå. Jeg mener i den sammenheng at fullmaktsstrukturen bør ses på og man bør være spesielt observant på de økonomiske virkemidlene og muligheter for mer direkte innflytelse fra ledere på alle nivå. Ved større enheter/avdelinger bør det sikres nok lederstøtte og mulighet for å delegerer ansvar slik at leder sikres tilstrekkelig handlingsrommet. Ved omorganiseringer bør størrelsen på de organisatoriske enhetene vurderes, slik at de ikke blir så store at lederne opplever å miste oversikt og handlingsrom.

Opplevd handlingsrom påvirker trivsel. Trivsel hos ledere bør sikres fordi det sannsynligvis er en viktig faktor for godt arbeidsmiljø, effektiv ledelse og for å sikre stabilitet på ledersiden. Personlighetstrekk virker å være sterkt assosiert til trivsel. Dette kan være viktig kunnskap for utvelgelse og opplæring av ledere. Ledere med lengre erfaring ser ut til å ha en annen forståelse av handlingsrommet. Disse bør dele av sin erfaring til nye ledere slik at nye ledere raskere gjøres i stand til å forstå det handlingsrommet de har og utnytte dette til beste for organisasjonen. Mentorordningen som sykehusene i Helse Nord RHF har i sin strategiplan for ledelse, kan være et slikt virkemiddel.

5.7 Videre forskning

Det er fortsatt mye vi ikke vet om subjektivt handlingsrom hos ledere og hvilke faktorer som påvirker dette. Det er i denne undersøkelsen tatt med spørsmål om påvirkningsmuligheter som et subjektivt mål på krav og begrensninger. I en ny undersøkelse kan det være interessant å undersøke hvilke formelle fullmakter ledere har samtidig som man ser på det opplevde handlingsrommet. En mer langsgående undersøkelse der man ser på utvikling over tid hadde også være spennende fordi det da kan trekke sterkere kausale slutninger. En mer omfattende kvalitativ undersøkelse der det går ytterligere i dybden på opplevelse av handlingsrom vil være et fint supplement til denne undersøkelsen. Det vil også være interessant å se nærmere på om personlighet kan ha en medierende eller moderende betydning på handlingsrom.

6 KONKLUSJON

Det opplevde handlingsrommet for ledere i sykehuset må forstås i lys av sykehuset som et profesjonelt byråkrati. Resultatene fra undersøkelsen indikerer at lederne i sykehus opplever et litt over middels romslig handlingsrom. En slik angivelse kan forstås ut fra at ledere lever i et spenn mellom ulike logikker hvor de må være oversettere mellom byråkatiets regler og prosedyrer og fagideologier fra ekspertorganisasjon. En vesentlig andel ledere i denne undersøkelsen opplever at deres handlingsrom ikke er passe stort. Dette kan være en risiko for redusert effektivitet i organisasjonen fordi ledere uten handlingsrom blir passivisert.

Lederne har påvirkningsmuligheter på kvalitetsvirkemidler, men i mindre grad på økonomiske virkemidler. Dette anes som en uheldig bivirkning av de vansker med økonomistyring som ofte ses i profesjonelle byråkrati, og hvor løsningen blir at ledere på høyere nivå velger å inndra fullmakter på lavere nivå. Lederne opplever i tråd med dette at de har ansvar for områder de ikke har myndighet til å påvirke. Dette bryter med prinsippet om at

ansvar og virkemidler bør være avstemt. Det kan stilles spørsmålstegn ved om det faktisk er enhetlig ledelse på hvert nivå, slik loven forutsetter. Det anbefales derfor at fullmaktsstrukturen gjennomgås og at det sørges for at ledere gjøres i stand til å ivareta sitt lederansvar.

Lederne opplever stort tidspress noe som reduserer handlingsrommet. Tidspress, manglende påvirkningsmuligheter og for lite handlingsrom utgjør det en risiko for slitasje på ledere og at ledere velger bort lederrollen. Lederskifte utgjør et potensielt effektivitetstap i organisasjonen og sjelden ønskelig. Det anbefales derfor å bidra til økt stabilitet på ledersiden gjennom å jobbe aktiv med å redusere tidspress, sikre påvirkningsmuligheter og sørge for tilstrekkelig handlingsrom for ledere. Undersøkelsen viser heldigvis høy grad av trivsel blant ledere og dette kan være en på buffer mot de negative påvirkningene av lederrollen og på handlingsrom.

Personlighet spiller en mindre rolle for handlingsrom enn det som var forventet. Personlighet anses likevel som en viktig faktor i utvelgelse av ledere fordi det påvirker trivsel.

Ledere med større enheter opplever mindre handlingsrom. Dette bør tas hensyn til i omorganiseringsprosesser. Ut fra funn i undersøkelsen, anbefales det også å sikre tilstrekkelig lederstøtte på alle nivå og at lederne sammen sørger for at de ulike ledernivåene fungerer optimalt i forhold til hverandre. Opplevelse av handlingsrom er høyst subjektivt og samme tallfesting av handlingsrom betyr antageligvis ulike ting for personer på ulike nivå i organisasjonen og med ulik erfaring. Siden ledere med lengre erfaring antas å forstå handlingsrommet bedre, anbefales det kompetanseoverføring til nye ledere.

Det er anses som viktig å sikre at ledere opplever et passe omfangsrikt handlingsrom fordi funn i denne undersøkelsen indikerer at denne subjektive opplevelsen er relatert til effektivitet og i sterk grad påvirker trivsel hos ledere. Ytterligere undersøkelser bør gjøres for å forstå hvilke faktorer som påvirker opplevd handlingsrom hos leder og hvordan disse virker i et samspill med hverandre.

7 REFERANSER

- Bass, B. M. (2013). Lederskap. I Ø. L. Martinsen, *Perspektiver på ledelse, 3.utg.* (ss. 23-40). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berg, L. N., Byrkjeflot, H., & Kvåle, G. (2010). Hybridledelse i sykehus - en gjennomgang av litteraturen. *Nordiske organisasjonsstudier 12 (3)*, ss. 30-49.
- Berg, O. (2014). Styring og ledelse i helsevesenet - en innføring. *Rammebetingelser for helsesektoren, lederroller og bruk av støttesystemer for ledelse. Kompendium til modul 2 EK328E - MBA i helseledelse.* . Bodø: HNB/Universitetet i Nordland. .
- Colbjørnsen, T. (2015). *Daglige lederes handlingsrom i statlige selskaper og helseforetak.* Oslo: Arbeidsgiverforeningen Spekter .
- Edmonstone, J. (2008). Clinical leadership: the elephant in the room. . *International Journal of Health planning and Management.*, s. www.interscience.wiley.com. DOI:10.1002/hmp.959.
- Engvik, H. (2011). Norsk kortversjon av Big Five Inventory (BFI-20). *Tidsskrift for norsk psykologforening, vol 48, nummer 9*, ss. 869-872.
- Espedal, B., & Kvitastein, O. A. (2012, 8). Rom for læring: betydningen av handlingsrom for ledelse. *Magma*, ss. 30-38.
- Espedal, B., & Kvitastein, O. A. (2013). Handlingsrom og læring. I R. Rønning, W. Brochs-Haukedal, L. Glasø, & S. B. Matthiesen, *Livet som leder - Lederundersøkelsen 3.0* (ss. 109-123). Bergen: Fagbokforlaget Vigemont & Bjørke AS.
- Friborg, O. (2010). Klassisk testteori og utvikling av spørreinstrumenter. I M. Martinussen, *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns-og helsefag* (ss. 15-55). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Gosling, S. (2015). *Ten Item Personality Measure (TIPI)*. Hentet fra Goz lab: <http://gosling.psy.utexas.edu/scales-weve-developed/ten-item-personality-measure-tipi/>
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann Jr, W. B. (2003). A very brief measurement of the Big-Five personality domains. *Journal of research in personality, 37*, ss. 504-528.

- Grund, J. (2006, 9). Kunnskapsorganisasjoner - hva er ledelses-og styringsutfordringer? *Magma - tidsskrift for økonomi og ledelse*.
- Høst, T. (2009). *Ledelse - en helhetlig modell*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Høst, T. (2015, feb. 28.). *Hva slags ledere trenger vi i Helse-Norge?* Hentet fra psykologisk.no: <http://psykologisk.no/2015/02/hva-slags-ledere-trenger-vi-i-helse-norge/>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode, 2.utgave*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer, 4.utg.* Bergen: Fagbokforlaget .
- Johannesen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2011). *Forskiningsmetode for økonomiske-administrative fag, 3.utgave*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse, 4.utg.* Bergen: Fagbokforlaget Vigemont ogg Bjørke AS.
- Martinsen, Ø. L. (2013). Hva kan forskning fortelle oss om ledereffektivitet? . I Ø. L. Martinsen, *Perspektiver på ledelse* (ss. 88-120). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, Ø. L., & Glasø, L. (2014, 5). Lederes personlighet: Hva sier forskningen? *Magma*, ss. 26-34.
- Martinussen, M. (2010). Meta-analyse. I M. Martinussen, *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag* (ss. 251-284). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- McCrae, R. R., & Costa Jr., P. T. (1997). Trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, ss. 509-516.
- Mintzberg, H. (2009). Å jobbe som leder: Myter og fakta. I Ø. L. Martinsen, *Perspektiver på ledelse* (ss. 41-58). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Morgan, D. L. (2014). *Integrating qualitativequantitativ methods: A pragmatic approach*. Los Angeles, CA: Sage.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (1997). *Personality. Theory and research, 7.ed.* New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K., & Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Richardsen, A. M., & Matthiesen, S. B. (2013). I førerretet, men stresset? Om arbeidsbelastning og stress blant norske ledere. I R. Rønning, W. Brochs-Haukedal, L. Glasø, & S. B. Matthiesen, *Livet som leder. Lederundersøkelsen 3.0* (ss. 125-150). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Stewart, R. (1976). *Contrasts in management*. Berkshire: McGraw-Hill UK.
- Stiftelsen Lovdata. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra Lovdata:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmont & Bjørke AS.
- Svartdal, F. (2009). *Psykologiens forskningsmetodikk - en introduksjon, 3.utg.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Whitaker Institute for Innovation and Societal Change. (2013). *TIPI*. Hentet fra Measurement Instrument Database for the Social Sciences (MIDSS):
<http://www.midss.org/content/ten-item-personality-measure-tipi>
- Yukl, G. (2013). *Leadership in organizations, 8.ed.* New York: Pearson.

8 Vedlegg

8.1 Personlighet

Tabell 1. Trekkene i femfaktormodellen for personlighet og beskrivelser av høy og lav skåre på tester som måler slike trekk.

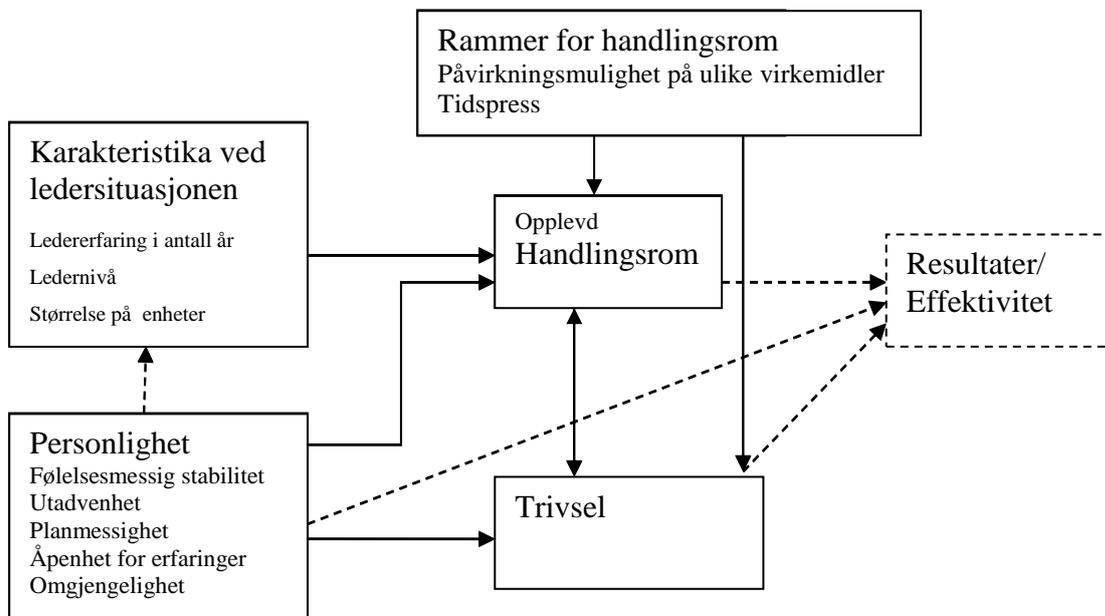
Lav skåre	Trekk	Høy skåre
Følelsesmessig robust, tåler stress, avbalansert, tenker gjennom ting før man handler.	Nevrotisisme (N) Følelsesmessig stabilitet hvis skala snues. Grad av følelsesmessig stabilitet, tilgjengelige mestringsstrategier, sårbarhet for psykologisk stress, overdrevet følelsesmessige behov.	Sensitiv, bekymret, følelsesmessige svingninger, nedstemt, usikker
Reservert, tilbaketrukket, stille, alvorlig og saklig.	Ektroversjon/ Utadventhet (E) Kvantitet og intensitet av mellommenneskelig kontakt, aktivitetsnivå, behov for stimulering og kapasitet til å bli begeistret og glede seg.	Sosial, liker aktiviteter, liker det som er gøy, optimistisk, pratsom
Praktisk, jordnær, konservativ, lite analytisk	Åpenhet for erfaring (O) I hvilken grad man aktivt søker nye erfaringer og verdsetting av opplevelse for erfaringens skyld. Toleranse for og ønske om utforskning av ukjente ting.	Nysgjerrig, fantasifull, iderik, liberal, liker originalitet, vidt interessefelt
Kynisk, tøff, direkte, lite hensynsfull, lite samarbeidsvillig	Omgjengelighet (A) Mellommenneskelige orientering: Konkurransorientert eller medfølelse og forståelse for den andre	Vennlig, imøtekommende, omtenkso, samarbeidsvillig, tilpasser seg sosialt
Rotete, lite gjennomtenkt, tilbakeslent, planløs, upålitelig	Planmessighet (C) Graden av velorganiserthet. Utholdenhet og motivasjon for målrettet atferd.	Prestasjonsorientert, høy orden, selvdisciplin, grundig, punktlig, ambisiøs

Kilder: (Pervin & John, 1997, s. 259), (Martinsen, 2013, s. 95), (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 127)

8.2 Modell for omtale sammenhenger

For å visualisere de forholdene som er omtalt, har jeg laget en modell som vises i figur 2. Modellen må anses som en testmodell som kan danne grunnlag for analyse og diskusjon i denne undersøkelsen. Modellen er ganske komplisert, men samtidig må den ses som en forenkling av sammenhenger. Den tar ikke mål av seg å være en helhetlig modell, men mer en oppsummering av de sammenhengene jeg har omtalt i denne masteroppgaven. Det må tas høyde for at det er forhold som ikke er tatt med i modellen eller at det finnes andre og mer kompliserte sammenhenger enn modellen viser.

Figur 2: Sammenhenger mellom karakteristika ved ledersituasjonen, personlighet, opplevd handlingsrom, trivsel og effektivitet. De stiplede linjene angir sammenhenger og variabler som ikke undersøkes i denne den kvalitative delen av studien, men som er omtalt i teori og som behandles i den kvantitative delen.



8.3 Respondentene er representativ for utvalg

Tabell: Fordeling på de ulike ledernivå for respondentene i undersøkelsen og i utvalget er sammenlignbar. Sammen med lik kjønnsfordeling mellom de to gruppene, så indikerer dette at respondentene er representativt for utvalget.

	Prosentvis fordeling på ledernivå for ledere i UNN og Finnmarkssykehuset	Respondenter i denne undersøkelsen
Klinikkledere:	4,7 % (20 personer)	4,8%
Avdelingsledere	25,4 % (108 personer)	27,8%
Enhets- og seksjonsledere:	69,9 % (297 personer)	67,4 %
Totalt antall	100% (425 ledere)	100% (192 ledere)

8.4 Utforming av spørreskjema

I innledning ble begrepene i problemstillingen definert. Disse definisjonene av begrepene må gjøres så konkrete at de kan måles eller klassifiseres. Dette kalles å operasjonalisere begrepene. Ut fra problemstilling er interessen spesifikke karakteristika ved lederne og ledersituasjon (bakgrunnvariabler), mål på handlingsrom, personlighetstrekk og trivsel. Under beskrives med hvilken bakgrunn spørsmålene er valgt ut. Ved å operasjonalisere vil vi få en variabel som er et kjennetegn eller egenskap ved enhetene, altså lederne, som kan variere med forskjellige verdier eller kategorier. Verdier på variabler kan ha ulike målenivå. Det er vanlig å operere med nominal, ordinal, intervall/forholdstall. I denne undersøkelsen er mange av variablene på ordinalnivå - det vil si at verdiene er gjensidig utelukkende og har en logisk rangering. For mange av spørsmålene ble det valgt en Likertskala. Hvor mange punkter som velges er en smakssak, men det ble her valgt en 7-punktsskala for å sikre at det ble variasjon i svarene og for å beholde et nøytralt punkt på midten. Hvert begrep ble forsøkt målt med flere spørsmål. Spørsmålene ble formulert med både positive og negative svarmuligheter. Noen spørsmål ble formulert i negativ retning og noen i positiv retning for å unngå at svarene ble ledet i den ene eller andre retning (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011).

8.5 Spørreskjema

Bakgrunnsvariabler:

1. ALDER Svare med tallår
2. KJØNN Kvinne Mann
3. HVOR LENGE HAR DU VÆRT LEDER? Oppgi antall år
4. HVILKET NIVÅ ER DU LEDER PÅ?

Nivå 2 - Klinikksjef eller tilsvarende

Nivå 3 - Avdelingsleder eller tilsvarende

Nivå 4a – Seksjonsleder eller tilsvarende med lederansvar for enhetsleder(e)

Nivå 4b– Seksjonsleder eller tilsvarende uten lederansvar for enhetsleder(e)

Nivå 5 – Enhetsleder

5. **Hvor stor er den organisatoriske enheten du er leder for?**

Under 10

10-20

21- 49

50 – 199

200 – 499

500 og over

Personlige egenskaper

Nedenfor finner du en rekke påstander som passer mer eller mindre godt for ulike mennesker.

Kryss av i den ruten som passer best for deg slik du vanligvis er. Sett et kryss per linje. Skala

fra 1 til 7 hvor 1 (passer ikke - passer helt)

- Utadvent, entusiastisk
- Kritisk, argumenterende
- Pålitelig, selvdisiplinert
- Stresset, lett opprørt
- Åpen for nye erfaring, iderik
- Reservert, stille
- Sympatisk, varm
- Uorganisert, "laid back"
- Rolig, avbalansert
- Konvensjonell, lite kreativ

Handlingsrom som leder

Handlingsrommet til en leder kan defineres som lederens mulighet til å velge hvordan ledelse skal utøves og hvilken påvirkningsmulighet du har.

1. **Hvor stort handlingsrom opplever du at du har?**

Skala 1 til 7 (svært lite, svært stort)

2. **Hvor mange prosent av arbeidstiden din kan du bruke på oppgaver som du velger selv?** (angi prosent)

3. **Under kommer noen påstander om handlingsrom, påvirkningsmulighet og trivsel**

Angi i hvor stor grad du er enig i påstanden på en skala 1 til 7 (helt uenig, helt enig)

- Jeg opplever at mitt handlingsrommet er passe stort
- Jeg har ansvar for områder som jeg ikke har myndighet til å påvirke
- Jeg kan selv prioritere hvilke arbeidsoppgaver jeg skal vektlegge
- Jeg har en for hektisk arbeidshverdag (opplevd stress)
- Jeg trives i jobben min som leder (trivsel)
- Jeg liker å være på jobb (trivsel)
- Jeg mestrer mine lederoppgaver (mestring: stress/trivsel)
- Jeg opplever stort tidspress (opplevd stress)

4. **I hvilken grad opplever du å kunne påvirke.....**

Skala 1 til 7 (i svært liten grad, i svært stor grad)

- Bruk av stillingsressurser?
- Hvilket utstyr som skal kjøpes inn?
- Medarbeidernes tilgang på goder (lønn, kursdeltakelse etc)
- Utvelgelse av underordnede/medarbeidere?
- Endring av stillingsinnhold og oppgaver for dine medarbeidere?
- Faglige fokus og prioriteringer?
- Forbedring og justering av rutiner og prosedyrer?
- Langsiktige planer for virksomheten?
- Gjennomføringer av krav/pålegg fra overordnet nivå?

5. **Er det noen av følgende forhold som du mener begrenser ditt handlingsrom?**

Kryss av for de faktorene du mener er aller viktigst (maks 3 kryss)

- Manglende fullmakter
- Manglende nettverk
- Ingen/få å delegerer oppgaver til
- Manglende informasjonsgrunnlag
- Manglende lederstøtte
- Manglende lederopplæring

- Manglende kjennskap til organisasjonen
- Manglende ledererfaring
- Manglende tillit fra mine medarbeidere/underordnede
- Manglende tillit fra mine overordnede
- Annet: Angi
- Opplever ikke at jeg har et begrenset handlingsrom

8.6 Ulike statistiske analyser

8.6.1 Deskriptiv statistikk

I analysen er det brukt frekvensfordeling for å få oversikt over hvor stor prosentandel av ledere som har krysset av for de ulike svaralternativene. For at resultatdelen skal bli mer leservennlig brukes for eksempel begrepet "enig" som en samlebetegnelse for svaralternativ 6 enig og 7 helt enig. Tilsvarende brukes begrepet "uenig" som samlebetegnelse for svaralternativ 2 uenig og 1 helt uenig. Det er laget fotnoter i begynnelsen av resultatdelen, slik at leseren kan vite noe om hvilke sammenslåtte frekvensanvisninger som er foretatt. Hele tabeller finnes i appendix bak i oppgaven. Figurer med søylediagram benyttes også fordi det visuelt er lettere å få en oversikt over data. Sentraltendensen angitt som modus angis også, det vil si den skåren som inntreffer hyppigst (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011).

8.6.2 Korrelasjoner

Korrelasjon er en statistisk analyse for å se om to variabler samvarierer. Det betyr at verdien på den ene variabelen forteller noe om verdien på den andre variabelen. Det imidlertid viktig å merke seg at det ikke sier noe om årsakssammenheng. En vanlig brukt metode er Pearson produkt momentkorrelasjon hvor styrken på den observerte samvariasjonen kan beskrive med et tall mellom 0 og 1 hvor 0 betyr at det ikke er noen sammenheng og 1 betyr at det er en perfekt sammenheng. Korrelasjonskoeffisient forkortes r og kan ha pluss eller minustegn foran seg. Minustegn indikerer at lave skårer på ene variabelen betyr høye skårer på den andre variabelen. Innenfor samfunnsfag er det anbefalt at $r=0,10-0,20$ betegnes som lav korrelasjon, $r=0,2-0,5$ er en middels stort sammenheng, mens r større enn 0,5 anses som en høy korrelasjon (Svartdal, 2009). Signifikansnivå på 0.05 ble valgt. P-verdier på tre nivå oppgis. Det betyr at de samvariasjonene som finnes i utvalget med 95 % sikkerhet skyldes samvariasjon i populasjonen.

8.6.3 Faktoranalyse

Faktoranalyse er en metode hvor det søkes å avdekke mønstre og ved hjelp av korrelasjonsanalyser prøver å identifisere klynger av variabler som henger sammen (Svartdal, 2009). Faktoranalyse er i denne undersøkelsen brukt for å validere spørreskjema. Det vil si at et datasett som besto av mange spørsmål, ble undersøkt for å se om det fantes underliggende dimensjoner eller såkalte faktorer. Det ble altså sjekket at de spørsmålene som skal måle det samme, samvarierer.

8.6.4 Signifikans

Signifikansnivå, forkortet med p, angir hvor sikker vi er på at en observert sammenheng i tallmaterialet er reell og ikke bare er en tilfeldighet (Svartdal, 2009). Signifikans dreier seg å teste om nullhypotesen stemmer og om resultatet basert på utvalget kan generaliseres (Johannesen, Christoffersen, & Tufte, 2011). Hvis vi har en lav p-verdi betyr det at det er en liten sjans for at sammenhengen oppsto tilfeldig og med større sikkerhet generalisere til populasjonen som her er leder i sykehus.

8.7 Faktorstruktur i materialet

I en faktoranalyse analyseres strukturen av korrelasjoner i et datasett som består av mange spørsmål for å se om det finnes underliggende dimensjoner eller såkalte faktorer. Dette er spesielt viktig for variabler/begreper som ligger tett opp til hverandre og der det er spørsmål som kanskje overlapper og måler flere dimensjoner/begreper. Spørsmålene tas derfor med i samme analyse for å sikre at begrepene er mest mulig uavhengig av hverandre. Dette kalles diskriminant validitet, altså at variablene måler ulike ting og at de er tilstrekkelig uavhengig av hverandre og dermed representerer mål på ulike fenomener. Det er også viktig at spørsmålene koblet til et begrep er mer konsistent med hverandre enn de spørsmålene som er tenkt å måle de andre begrepene. Dette betegnes som konvergent validitet.

Pattern Matrix^a

Spørsmål/påstander	Component				
	Kvalitets- virkemidler	Tidspress	Trivsel	Handlingsrom	Økonomiske virkemidler
Påvirke utvelgelse av underordnede/medarbeidere?	,855				
Påvirke endring av stillingsinnhold og oppgaver for dine medarbeidere?	,774				-,165
Påvirke daglig fokus og prioriteringer?	,741			,196	
Påvirke forbedring og justering av rutiner og prosedyrer	,616	,104		,174	
Påvirke langsiktige planer for virksomheten?	,532			,223	-,270
Jeg opplever stort tidspress i jobben min		,902			
Jeg har en for hektisk arbeidshverdag		,880			
Jeg trives med å være leder			,898		
Jeg liker å være på jobb			,897	-,122	
Jeg er tilfreds med min jobbhverdag		-,210	,682	,192	
Jeg mestrer mine lederoppgaver godt		,129	,665		,129
Jeg kan selv prioritere hvilke arbeidsoppgaver jeg skal vektlegge				,800	
Prosent av arbeidstiden din kan du bruke på oppgaver som du velger selv	-,111			,716	
Jeg opplever at mitt handlingsrom er passe stort	,222		,110	,664	
Hvor stort handlingsrom opplever du at du har?	,153		,121	,653	
Jeg har stor mulighet til å bruke skjønn i min utøvelse av ledelse	,181			,615	-,112
Påvirkningsmulighet på medarbeidernes tilgang på goder (lønn, kursdeltakelse etc)					-,768
Jeg har ansvar for områder som jeg ikke har myndighet til å påvirke	,275			-,181	,660

Påvirkningsmulighet på hvilket utstyr som skal kjøpes inn	,268	-,166		-,198	-,656
Påvirkningsmulighet på bruk av stillingsressurser	,244				-,619
Påvirkningsmulighet på gjennomføringer av krav/pålegg fra overordnet nivå?	,277			,186	<u>-,421</u>

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 10 iterations.

For å se hvilke spørsmål som tilhører hver faktor sammenligner man tallene på samme linje. En faktorladning bør være høyere enn 0,5 for at spørsmål skal tilhøre en faktor og nest høyeste faktorladning bør være 0,3 eller lavere eller i alle fall bør differanse mellom høyeste og nest høyeste ladning være minst 0,2. Etter disse reglene kan et spørsmål bare høre til en faktor. På denne måten samles spørsmålene som hører sammen i dette datamateriale. Hvis vår undersøkelsesmodellen som er basert på teori og andre undersøkelser, henger sammen med de faktorene som kommer ut, er det en høy konvergent validitet. Hvis et spørsmål lader på flere faktorer indikerer dette at spørsmålet er uklart og det ikke kan angis sikkert hva som er målt. Slike spørsmål skaper støy i materialet og bør tas ut av den videre analysen. Dette gjelder for det siste spørsmålet som omhandler påvirkningsmulighet på gjennomføring av krav/pålegg fra overordnet nivå. Ellers ses fem tydelige faktorer. Faktorene virker å være entydig definert ved at de har høye ladninger på en av faktorene og lave ladninger på de andre. Dette indikerer høy diskriminant validitet, altså at de ulike spørsmålene måler ulike fenomener. Faktorene må samtidig være meningsfulle ut fra en teoretisk fortolkning. Navnene som er settet på er valgte navn ut fra hvilken sammenheng som ses mellom spørsmålene. Fokusgruppe ble brukt til å komme med forslag til gode navn på faktorene.

8.8 Reliabilitet og datareduksjon

En faktor betyr at vi måler samme fenomen med flere spørsmål. For å vite om spørsmålene kan slås sammen til en variabel, må det sjekkes om data kan betraktes som en skala - altså at det er stabile data. Det er vanlig å kjøre en reliabilitetstest og bruke Chronbachs alpha. Alfa-verdiene bør være minst 0,7 hvis skala skal anses som reliable (Svartdal, 2009). For skalaen *handlingsrom* passer ikke spørsmålet om hvor mange prosent av arbeidstida de du bruker på selvvalgte oppgaver. Tas dette bort, har vi en skala med høy indre konsistens ($\alpha=.85$). *Påvirkningsmulighet på kvalitetsvirkemidler*: $\alpha=.85$. *Påvirkningsmulighet økonomiske virkemidler*: $\alpha=.74$. *Tidspress*: $\alpha=.81$. *Trivsel*: $\alpha=.81$.

Skala for de ulike personlighetsrekkene testes på samme måte. Reliabilitet for faktorer som måler personlighetstrekk: *Utadvent*: $\alpha=.66$ *Omgjengelig*: $\alpha=.26$, *Planmessig*: $\alpha=.52$, *Emosjonelt stabil*: $\alpha=.50$, *Åpen for nye erfaringer*: $\alpha=.66$. Reliabiliteten for disse skalaene er ikke fullgode. Dette kan skyldes antageligvis at hver faktor bare har to spørsmål. Ved flere spørsmål kan man ha spørsmål som overlapper hverandre og dermed skaper høyere indre konsistens. I denne skalaen er det valgt å heller vektlegge begrepsvaliditet og med kun to spørsmål blir det viktig å ha en viss variasjon for å dekke hele begrepet. Dette går på bekostning av intern konsistens og vi får lavere korrelasjoner (Chronbachs alfa) mellom spørsmålene som tilhører hver faktor enn ved mer typisk homogene skalaer (Gosling, Rentfrow, & Swann Jr, 2003). Data her samsvarer med de tidligere studier gjort med dette instrumentet.

8.9 Personlighetstrekk

1. *Utadvent, entusiastisk (E)*
2. *Kritisk, argumenterende (A)*
3. *Pålitelig, selvdisiplinert (C - planmessig)*
4. *Stresset, lett opprørt (N)*
5. *Åpen for nye erfaring, iverik (O)*
6. *Reservert, stille (E)*
7. *Sympatisk, varm (A)*
8. *Uorganisert, "laid back" (C)*
9. *Rolig, avbalansert (N)*
10. *Konvensjonell, lite kreativ (O)*

Utrekning av persolighetsvariabler ble gjort på følgende måte:

- Reverserte påstander: Påstand 2,6,8,10, 9 ble rekodet. Det vil si at man omgjør skårene slik at 7 blir 1, 6 blir 2, 5 blir 3 osv.
- Det ble regnet et gjennomsnittet av skårene på de to påstandene som hører til hver personlighetsfaktor (E= Utadventhet: 1, 6Reversert A= Omgjengelig 2R, 7. C= Planmessig 3, 8R. N= Nevrotisme: 4, 9R; Åpenhet: 5, 10R). For eksempel har en person skåret 6 på spørsmål 1(utadvent, entusiastisk) og 3 på spørsmål 6 (reservert, stille). Først rekodes skåre på spørsmål 6 - det vil si å erstatte 3 med 5. Deretter lages en gjennomsnittskåre for spørsmål 1 og reversert 6, slik at skåre på Utadventhet= $(6+5)/2 = 5,5$.

	Minimum	Maximum	Sd	Mean	Normer ¹³
Utadventhet (E)	3,0	7,0	1,090	5,47	4,1
Omgjengelighet (A)	2,0	7,0	,998	4,55	5,1
Planmessig (C)	3,0	7,0	,924	5,85	5,1
Følelsesmessig stabil (N)	2,5	7,0	1,023	5,43	4,5
Åpen for erfaringer (O)	2,5	7,0	1,025	5,54	5,4

Tabellen viser at lederne i denne undersøkelsen er en selektert gruppe sammenlignet med normalpopulasjonen og har sterkere trekk i forhold til å være utadvent, planmessig, følelsesmessig stabil og mer åpen for erfaringer.

¹³ Estimerte normer basert på Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Potter, J. (2014). Norms for the Ten Item Personality Inventory. Unpublished Data.

8.10 Handlingsrom

	1. Helt uenig	2.	3.	4.	5.	6.	7. Helt enig
Jeg kan selv prioritere hvilke arbeidsoppgaver jeg skal vektlegge	3,6%	12,5%	15,6%	21,4%	29,2%	12,5%	5,2%
Jeg har stor mulighet til å bruke skjønn i min utøvelse av ledelse	1,0%	4,2%	9,4%	20,8%	32,8%	22,9%	8,9%

8.11 Påvirkningsmuligheter

Tabell 6: Lederne prosentvise fordeling på svaralternativ fra 1 til 7 hvor de angir i hvilken grad de opplever å kunne påvirke ulike områder.

	1. Svært liten grad	2. Liten grad	3. delvis liten grad	4. Moderat grad	5. delvis stor grad	6. Stor grad	7. svært stor grad
Bruk av stillingsressurser?	12,0%	14,1%	6,3%	20,3%	28,1%	13,5%	5,7%
Hvilket utstyr som skal kjøpes inn?	4,2%	13,6%	15,7%	20,9%	20,9%	16,8%	7,9%
Medarbeidernes tilgang på goder (lønn, kursdeltakelse etc)?	10,4%	17,7%	14,1%	21,4%	23,4%	9,4%	3,6%
Utvelgelse av underordnede/medarbeidere?	1,6%	2,6%	5,2%	10,9%	23,4%	30,2%	26,0%
Endring av stillingsinnhold og oppgaver for dine medarbeidere?	4,7%	5,8%	13,1%	22,0%	19,9%	23,6%	11,0%
Faglig fokus og prioriteringer?	1,0%	3,1%	9,4%	15,1%	29,7%	28,1%	13,5%
Forbedring og justering av rutiner og prosedyrer	0,5%	1,6%	4,7%	16,1%	22,4%	35,4%	19,3%
Langsiktige planer for virksomheten?	4,7%	6,8%	9,9%	18,8%	25,1%	22,0%	12,6%
Gjennomføringer av krav/pålegg fra overordnet nivå?	5,7%	15,6%	11,5%	23,4%	22,4%	15,6%	5,7%

8.12 Begrensning av handlingsrom

Tabell x: Forhold som lederne angir begrenser deres handlingsrom. Prosent angir hvor mange ledere som mener at angitt punkt er blant de forhold som begrenser deres handlingsrom i størst grad.

	Prosent
Manglende fullmakter	40,2%
Manglende nettverk	9,2%
Ingen/få å delegerer oppgaver til	35,3%
Manglende informasjonsgrunnlag	12,0%
Manglende lederstøtte	37,0%
Manglende lederopplæring	15,2%
Manglende kjennskap til organisasjonen	3,3%
Manglende ledererfaring	8,7%
Manglende legitimitet hos mine medarbeidere/underordnede	2,7%
Manglende tillit fra mine overordnede	9,2%
Opplever ikke at jeg har begrenset handlingsrom	16,3%
Annet angi hva:	13,6%
N	184

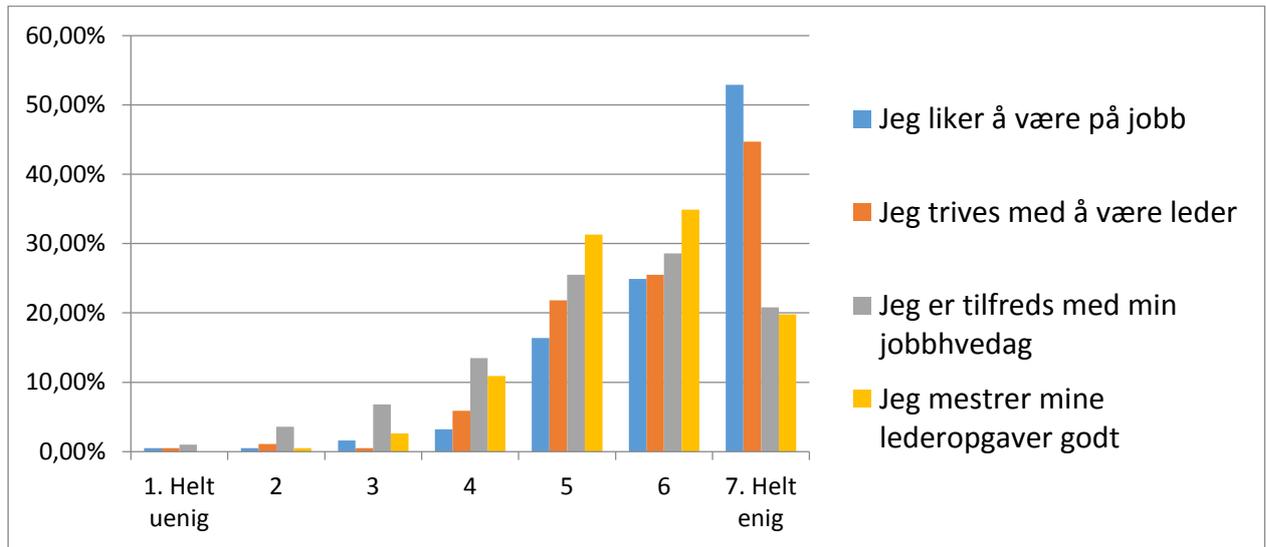
Under det åpne spørsmålet hvor 13,6 % har krysset av, angis følgende hovedområder (tatt med det som mer enn to ulike personer angir):

- At det er et for tungrodd system - stor organisasjon
- Manglende forståelse oppover i lederlinja
- Manglende bistand fra personal/lønnsavdeling (HR)
- Tidspress og for mange arbeidsoppgaver
- Økonomiske begrensninger og manglende økonomiske fullmakter
- Mye administrasjon og mange rapporteringer

8.13 Trivsel

Resultatene viser entydige at ledere trives godt med å være ledere og at ledere opplever å mestre sine lederoppgaver . Gjennomsnittskåren på indeksen for trivsel er 5,7 (sd=,93).

Figur: Trivsel hos ledere. Lederne har svart på spørsmål med svarkategorier fra 1 til 7. Figuren angir frekvensfordeling for hvert svaralternativ. Søyler mot høyre i figuren angir høy grad av trivsel.



8.14 Samvariasjoner

		E	A	C	N	O
Handlingsrom	Pearson Correlation	,11	,03	,19**	-,07	,05
	Sig. (2-tailed)	,147	,709	,009	,341	,519
	N	192	192	192	192	192
E - Utadventhet	Pearson Correlation	1	,23**	,23**	,03	,42**
	Sig. (2-tailed)		,002	,001	,635	,000
	N	192	192	192	192	192
A - Omgjengelig	Pearson Correlation		1	,20**	,33**	,26**
	Sig. (2-tailed)			,006	,000	,000
	N		192	192	192	192
C - Planmessig	Pearson Correlation			1	,13	,23**
	Sig. (2-tailed)				,064	,002
	N			192	192	192
N - Følelsesmessig stabil	Pearson Correlation				1	,038
	Sig. (2-tailed)					,604
	N				192	192

Correlations

		Trivsel	Handlingsrom	Påvirkningsmulighet på kvalitetsvirkemidler	Påvirkningsmulighet på økonomiske virkemidler	Tidspress
Trivsel	Pearson Correlation	1	,45**	,36**	,30**	-,14 ⁺
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,048
	N	192	192	192	192	191
Handlingsrom	Pearson Correlation		1	,51**	,51**	-,23**
	Sig. (2-tailed)			,000	,000	,001
	N		192	192	192	191
Påvirkningsmulighet på kvalitetsvirkemidler	Pearson Correlation			1	,58**	,03
	Sig. (2-tailed)				,000	,703
	N			192	192	191
Påvirkningsmulighet på økonomiske virkemidler	Pearson Correlation				1	-,15 ⁺
	Sig. (2-tailed)					,044
	N				192	191
Tidspress	Pearson Correlation					1
	Sig. (2-tailed)					
	N					191

		Trivsel	E	A	C	N	O
Trivsel	Pearson Correlation	1	,36**	,22**	,51**	,09	,28**
	Sig. (2-tailed)		,000	,002	,000	,230	,000
	N	192	192	192	192	192	192

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

		Ledernivå (1=klinikkssjef)	Størrelse på organisatoriske enheten	Antall år som leder
Handlingsrom	Pearson Correlation	-,14 *	-,30 **	,10
	Sig. (2-tailed)	,050	,000	,175
	N	187	191	188
Ledernivå (1=klinikkssjef, 4=førstelinsjeledere)	Pearson Correlation	1	-,37 **	-,29 **
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	187	187	185
Størrelse på organisatoriske enheten	Pearson Correlation		1	,17 *
	Sig. (2-tailed)			,022
	N		191	188