

# **Mellomledere i tannhelsetjenesten**

# **Grip tak i lederrollen!**

Grete Jarlesdatter Vangstad og Hanne Marit Giæver

Emnekode: BE323E  
Studium: MBA

## **Abstract**

This thesis identifies the skills needed for middle managers in the public sector. The study will provide answers to the question concerning what level of competence dental clinic managers in Nordland should have. Since the work is practical, training needs are also discussed, as well as how the organization can facilitate the development of competency. The method used is qualitative, where interviews and written responses have provided the primary data and documents the secondary data. The work is structured as a competency analysis, but with adaptations. The collected data is analyzed and categorized, and some interesting findings that did not give clear answers to the competency analysis, are discussed.

The results show that training needs are variable, partly depending on the length of time one has worked as a clinic manager. It is principally knowledge that is sought from a new leader. As they gain more experience, clinic managers have greater need to develop skills, including better leadership of the staff. Afterwards, the need to develop skills arises in order to evolve leadership skills. Skills development is suggested to focus on the expansion of the leadership role, where personal ability to change will be a prerequisite. The leaders of the clinic managers play an important role as mentor for the clinic manager, and a competency development plan will be an important tool.



## **Forord**

I desember 2009 ble samarbeidet et faktum. Vi som vekselvis har strevd og kjent begeistring gjennom dette arbeidet, er henholdsvis tannhelsesjef i Nordland fylkeskommune og menighetspastor i Narvik Misjonskirke. Vårt ulike ståsted til å gå inn i forståelsen av kompetansebehovet til klinikksjefer i tannhelsetjenesten i Nordland, har gitt bredde og dybde til denne rapporten.

Rapporten kan bli til glede for mellomledere, førstegangsledere, klinikksjefer og arbeidsgivere som er opptatt av å lede seg selv, å lede mennesker og å lede en organisasjon. Arbeidet viser at en leder som kan endre seg som respons på situasjonen rundt seg, kan bruke sine ferdigheter, medfødte evner, kunnskap og holdninger til det beste for sammenhengen de står i.

Trude Høgvold Olsen, vi er skjønt enige om at du har vært den beste veileder vi kunne ha fått! Du har en faglig basis som du med dyktighet har formidlet videre til det beste for oss. Du har hatt mot til stadig å strekke oss videre, noen skritt av gangen. Du våget å be oss skrive hele analysen en gang til, slik at forståelsen vår økte og kvaliteten på arbeid ble betraktelig bedre.

Vi skylder en stor takk til våre informanter som gav oss tid og åpenhet ved å dele av sine erfaringer på godt og vondt, fra rollen som klinikksjef. Uten dere hadde ikke denne rapporten blitt virkelighet! Vi håper at deres bidrag til rapporten, vil føre til at framtidige mellomledere i klinikksjefrollen kan få en god, trygg og bevisst læringsprosess.

Takk til Pia, Susanne og Edel for mye oppmuntring og tålmodighet med Hanne i hverdagen og med Grete i forbindelse med telefonintervjuene fra deres kontorer. Takk til Hannes arbeidsgiver, og til ledergruppa i tannhelsetjenesten som har støttet dette arbeidet om klinikksjefene.

Sist, men ikke minst, takk til Harald og Anisha (10), Mangfred, Odd Jarle (9), Magnhild (7) og Jenny (4) for utholdenhet med oss på hjemmefronten. Dere har støttet og oppmuntret oss selv om hodet vårt så mange ganger har vært andre steder enn hos dere.



## **Sammendrag**

Denne oppgaven handler om kompetansebehov for mellomledere i offentlig virksomhet. Undersøkelsen skal gi svar på problemstillingen om hvilken kompetanse klinikksjefer i tannhelsetjenesten i Nordland bør ha. Siden arbeidet er praktisk orientert, vil også implementering av kompetansebehovet diskuteres, hvordan organisasjonen kan legge til rette for kompetanseutvikling.

Metoden som er brukt er kvalitativ, der intervju og skriftlige svar har gitt primærdata og dokumenter sekundærdata. Arbeidet er lagt opp som en kompetanseanalyse, men med tilpasninger. De innsamlede data er analysert og kategorisert, og en del interessante funn som ikke gav tydelig svar i kompetanseanalysen, er diskutert.

Resultatet viser at kompetansebehovet er forskjellig avhengig av hvor lenge man har vært klinikksjef. Det er i hovedsak kunnskap som er etterspurt som ny leder. Med mer erfaring har klinikksjefene større behov for å utvikle ferdigheter, blant annet for å kunne lede medarbeiderne bedre. Etter hvert er det også behov for kompetanseutvikling for å utvikle seg selv som leder.

Kompetanseutvikling forutsetter individuell læring og tilrettelegging fra organisasjonen. Aktørlederskap blir foreslått som kjernen i arbeidet med kompetanseutvikling, der personlig endringskompetanse vil være en forutsetning. Klinikksjefenes ledere har en viktig rolle i å være mentor for klinikksjefen, og en individuell kompetanseutviklingsplan vil være et viktig redskap.



## Innholdsfortegnelse

1	Innledning med aktualisering .....	1
1.1	Kontekst og praktisk utgangspunkt .....	1
1.2	Problemstilling .....	3
1.2.1	Faglige begreper .....	5
1.3	Hensikt og sammenheng .....	6
1.4	Oppgavens oppbygging .....	8
2	Teori .....	10
2.1	Kompetanse og kompetanseformer .....	11
2.1.1	Begrepet kompetanse .....	12
2.1.2	Klassifisering av kompetanse .....	13
2.2	Mellomlederrollen og kompetansekrav .....	14
2.2.1	Å lede seg selv .....	15
2.2.2	Å lede mennesker .....	19
2.2.3	Å lede en organisasjon .....	23
2.2.4	Oppsummering kompetansekrav .....	28
2.3	Kompetansekartlegging og kompetansebehov .....	30
2.3.1	Kompetansekartlegging .....	30
2.3.2	Kompetansebehov .....	30
2.4	Kompetanseutvikling .....	31
2.4.1	Hva er kompetanseutvikling og læring .....	32
2.4.2	Utvikling av kompetanse i praksis .....	33
2.4.3	Personlige forutsetninger og organisatoriske støttesystemer for kompetanseutvikling .....	34
3	Metode .....	37
3.1	Forskningsdesign .....	37
3.2	Datainnsamling .....	38
3.2.1	Medarbeiderperspektivet .....	39
3.2.2	Arbeidsgiverperspektivet .....	41
3.3	Analyse og diskusjon av data .....	42
3.3.1	Behandling av primærdata .....	42
3.3.2	Behandling av sekundærdata .....	43
3.3.3	Fra analyse til diskusjon .....	43
3.4	Styrker og svakheter med forskningsmetoden .....	44
4	Analyse .....	46
4.1	Hva gjør en dyktig klinikkssjef? .....	46
4.1.1	Klinikkssjefenes beskrivelse av en dyktig klinikkssjef .....	46
4.1.2	Organisasjonens forventninger til en dyktig klinikkssjef .....	49
4.1.3	Samlet vurdering: Hva er en dyktig klinikkssjef .....	52
4.1.4	Kompetansekrav basert på hva en dyktig klinikkssjef gjør .....	53
4.2	Klinikkssjefenes beskrivelse av oppgaver og funksjoner .....	54
4.2.1	Å utvikle lederidentitet .....	54
4.2.2	Å motivere medarbeidere .....	58
4.2.3	Daglig drift .....	60
4.2.4	Kompetansebeholdning hos klinikkssjefene .....	63
4.3	Klinikkssjefenes læringsbehov .....	64
4.3.1	Klinikkssjefenes uttrykte læringsbehov .....	64
4.3.2	Tannhelsesjefenes mening om klinikkssjefenes kompetansebehov .....	67



4.3.3	Samlet vurdering av læringsbehov .....	68
4.3.4	Kompetansebehov .....	69
5	Diskusjon.....	70
5.1	Klinikksjefene og organisasjonen har ulik forståelse av hva målorientering innebærer .....	70
5.1.1	Beskrivelse av at målorientering forstås ulikt .....	70
5.1.2	Hvorfor har de ulik forståelse av hva målorientering er og hva betyr det for kompetansekravet? .....	71
5.2	Ikke alle griper tak i lederrollen .....	73
5.2.1	Beskrivelse av at ikke alle griper tak.....	74
5.2.2	Hvorfor griper ikke alle klinikksjefene tak i lederrollen og hva betyr det for kompetansebehovet? .....	74
5.3	Klinikksjefene har ulike læringsbehov til ulik tid.....	77
5.3.1	Beskrivelse av at læringsbehovet er ulikt til ulik tid.....	77
5.3.2	Hvorfor er læringsbehovet ulikt til ulik tid, og hva betyr det for kompetanseutviklingen? .....	78
5.4	Oppsummering av kompetanseanalyse – identifisering av kompetansebehov .....	80
5.4.1	Kompetansekrav .....	81
5.4.2	Kompetansebeholdning .....	82
5.4.3	Kompetansebehov .....	82
6	Utvikling av kompetanse.....	85
6.1	Kompetansetypenes betydning for utvikling av kompetanse.....	86
6.2	Individuell kompetanseutviklingsplan .....	87
6.3	Organisatorisk tilrettelegging .....	88
7	Konklusjon .....	94
	Litteraturliste .....	97
	Vedlegg 1. Intervjuguide til klinikksjefene.....	100

## Figurer

Figur 1.1	Illustrasjon av sammenhengen mellom forskningsspørsmålene.	3
Figur 5.1	Illustrasjon av kompetanseanalysen og hvor i rapporten delene er beskrevet.	80
Figur 7.1	Totalmodell for kompetanseutvikling for mellomledere.	95

## Tabeller

Tabell 2.1	Sammenheng mellom ledelsesområde, oppgave/funksjon og relevant kompetansekrav.	29
Tabell 3.1	Sammenheng mellom forskningsspørsmålene og de datakilder som er benyttet.	39
Tabell 3.2	Sammenheng mellom forskningsspørsmålene og hvordan oppgaven er strukturert.	44
Tabell 4.1	Sammenligning av hva klinikksjefene og organisasjonen vektlegger av oppgaver og funksjoner for en dyktig klinikksjef, inkl. kompetansekrav.	52
Tabell 4.2	Klinikksjefenes beskrivelse av oppgaver og funksjoner og angivelse av kompetansebeholdning.	62
Tabell 4.3	Oversikt over klinikksjefenes og tannhelsesjefenes svar til klinikksjefenes læringsbehov, med angivelse av kompetansebehov.	69
Tabell 5.1	Kompetansekrav til en klinikksjef, med angivelse av ledelsesområde.	82
Tabell 5.2	Kompetansebeholdningen hos klinikksjefene, med angivelse av ledelsesområde.	82
Tabell 5.3	Samlet kompetansebehov.	83
Tabell 6.1	Kompetansebehovene skissert i forhold til kompetansetype, ledelsesområde og tidsdimensjon.	86

# 1 Innledning med aktualisering

## 1.1 Kontekst og praktisk utgangspunkt

Formålet med denne oppgaven er å kartlegge hvilken kompetanse klinikksjefene i Tannhelsetjenesten i Nordland bør ha. Etter en omorganisering i 2009 ble et nytt mellomledernivå innført i hele organisasjonen for å styrke den faglige utviklingen og for bedre å kunne holde trykk på utviklingsprosesser i organisasjonen. Klinikksjefene har en funksjon tilsvarende det vi finner hos mellomledere, så oppgavens vurderinger og anbefalinger vil dermed kunne være til praktisk hjelp også for andre organisasjoner som arbeider med å styrke mellomlederens rolle i organisasjonen, knyttet til kompetansebehov og hvordan dette kan utvikles.

Klinikksjefen er selv faglige medarbeider, de fleste som tannlege, men også tannpleiere og tannhelsesekretærer kan ha funksjonen. En del av arbeidstiden blir avsatt til klinikksjeffunksjonen. Dette kan gi utfordringer med å kombinere roller. Klinikksjefene har sterk faglig identitet, særlig gjelder dette for tannleger som er lært opp til å være detaljorientert og har derfor mindre erfaring i å ha helhetsperspektiv. Klinikksjefen har et lederansvar, en arbeidsgiverrolle, for alle klinikkene i sitt klinikkområde. De er derfor ikke tilstede hos alle medarbeiderne hele tiden. Det er forventninger fra organisasjonen om at klinikksjefene skal være et sterkt og tydelig bindeledd mellom tannhelsesjefen og medarbeiderne.

Undersøkelsen gjennomføres i den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland fylkeskommune. Dette er et helsetjenestetilbud i offentlig sektor. En organisasjonsendring ble vedtatt av fylkestinget i juni 2008 og den nye organiseringen ble igangsatt fra 1.1.2009 (Nordland fylkeskommune, 2008). De største endringene var at seks distrikter ble slått sammen til tre. Organisasjonsendringen medførte ingen endring i antall stillinger i forhold til tidligere.

Mellomledere kan defineres ut fra flere dimensjoner; hierarkisk plassering, funksjon eller ansvarsområde slik Hope (2010) beskriver det. Klinikksjefene i denne organisasjonen har en funksjon og et ansvar tilsvarende det som beskrives for mellomlederrollen, derfor bygger vi denne undersøkelsen på litteratur om mellomledere. De fleste klinikksjefene er leder for første gang, så vi støtter oss også til litteratur om førstegangsledere.

Organisasjonen har hatt klinikksjefer tidligere, men da bare med ansvar for egen klinikk, og med et ansvarsområde begrenset til å koordinere daglig drift på klinikken. I den nye modellen er hver klinikksjef ansvarlig for 8-12 ansatte fordelt på 1- 5 klinikker. Organisasjonen er spredt, med klinikker i de fleste kommuner. Funksjonen som klinikksjef ble lyst ut blant de ansatte, og skal ivaretas samtidig med den kliniske jobben.

### **Forskningssetting**

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Nordland Fylkeskommune er delt i tre distrikter med til sammen 57 tannklinikker fra entannlegeklinikker med bare to ansatte til større klinikker med 12-14 ansatte. Klinikkene skal betjene alle kommunene i fylket, med hovedansvar for barn, unge, eldre og syke i institusjon og hjemmesykepleie. Studiet er begrenset i omfang til Nordland fylkeskommune, fordi det er her denne utvidede klinikksjefrollen er innført. Dette pilotprosjektet kan bidra med erfaringer til andre fylker og andre virksomheter.

Det er tre profesjoner i faglige stillinger, tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær. Klinikksjeffunksjonen er lyst ut med krav om at en tannlege skal ha rollen, men unntak kan gjøres for en tidsbegrenset periode. Det er et visst press på organisasjonen for å minimere kostnadene i den forstand at budsjettene øker mindre enn kostnadene, og oppgavene som skal løses blir større.

Trenden i samfunnet er at mellomledernivået fjernes for å skape effektivitet og kostnadsreduksjoner (Vanebo, 2005 og Opedal, 2003). Fylkeskommunens valg om oppretting av nettopp dette nivået er begrunnet i at utfordringene må løses med bedre og tettere ledelse nærmere førstelinja, og er ikke begrunnet i kostnadsreduksjoner knyttet til stillinger. En bedre ledelse i organisasjonen vil kunne gi bedre drift, som vil kunne gi bedre service innen de samme rammer.

Opprettelsen av mellomledernivået har åpnet for nye kompetansebehov. Denne undersøkelsen skal kartlegge de nye kompetansebehovene og foreslå hvordan organisasjonen kan legge til rette for at klinikksjefene skal kunne utvikle denne kompetansen. De samlede kompetansekravene for funksjonen skal også identifiseres, slik at det kan være til støtte for nye klinikksjefer og deres ledere når kompetanseutvikling skal planlegges.

## 1.2 Problemstilling

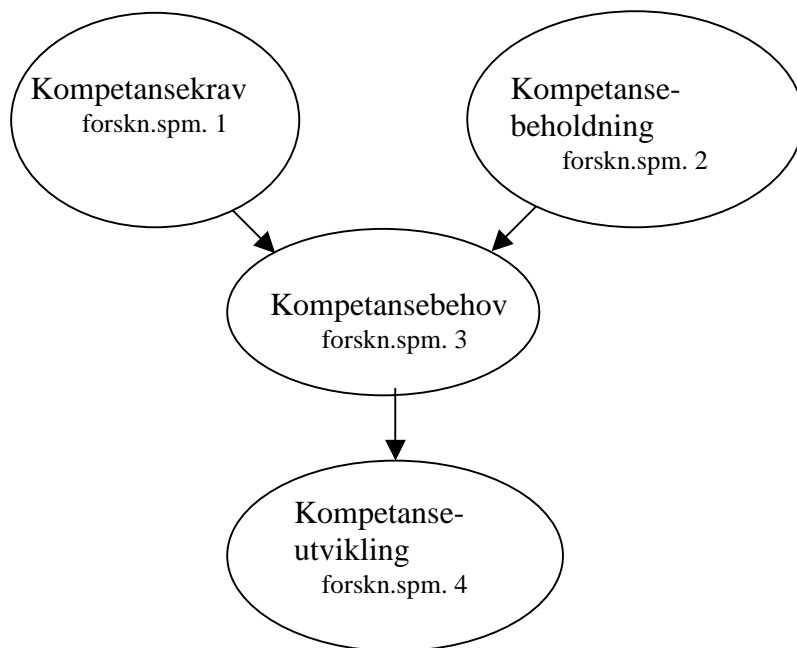
Med organisasjonsendringen som bakteppe, og forventninger fra organisasjonen om at klinikksjefene skal ha en viktig funksjon i arbeidet med å utvikle organisasjonen videre, har denne undersøkelsen følgende problemstilling:

### **Hvilken kompetanse bør klinikksjefene i Tannhelsetjenesten i Nordland ha?**

Problemstillingen er praktisk orientert, og den skal være til hjelp for organisasjonen i arbeidet med å utvikle kompetansen til klinikksjefene. Vi har derfor valgt å gjøre problemstillingen normativ for å signalisere at de kompetanseområdene som blir beskrevet som krav faktisk er nødvendige for klinikksjefene, og de må utvikles for at organisasjonen skal få sine mål oppfylt.

For å svare på dette må følgende forskningsspørsmål diskuteres:

1. Hvilken kompetanse trenger en klinikksjef å ha?
2. Hvilken kompetanse har klinikksjefene?
3. Hvilke kompetansebehov har klinikksjefene?
4. Hvordan kan den ønskede kompetansen utvikles?



Figur 1.1. Illustrasjon av sammenhengen mellom forskningsspørsmålene.

Problemstillingen er operasjonalisert ved å lage fire forskningsspørsmål, som baseres på Linda Lais beskrivelse av en kompetanseanalyse (2004). Sammenhengen mellom forskningsspørsmålene er vist i figur 1.1.

Forskningsspørsmål 1 blir belyst i teorien med de viktigste fagområdene for en mellomleder å ha kompetanse i. Kompetansekrav kan vurderes ut fra perspektivet til medarbeiderne selv (Sandberg, 2000) eller ledelsen, og disse sammenfaller nødvendigvis ikke. Vi har valgt et medarbeiderperspektiv basert på at medarbeidere selv ofte har god innsikt i egne kompetansebehov (Lai, 2004). I intervjuene av klinikksjefene, tok vi utgangspunkt i de beskrevne oppgavene og funksjonene fra teorien. Med utgangspunkt i teori har vi samlet og analysert svarene og beskrevet hvilken kompetanse som vil være et kompetansekrav sett fra klinikksjefenes ståsted. For å balansere medarbeiderperspektivet er også to av de tre tannhelsesjefene spurt om dette og vi har analysert dokumentene knyttet til klinikksjefrollen. Forskningsspørsmålet kan da besvares som et samlet vurdering av kompetansekravet, både basert på klinikksjefenes egen vurdering og på organisasjonens vurdering.

Forskningsspørsmål 2 blir belyst med teori om kompetansekartlegging (Lai 2004). Et skille kan gjøres mellom formell kompetanse og realkompetanse, og denne undersøkelsen har fokus på realkompetanse i forhold til funksjonen som mellomleder. Siden det ikke er lett å beskrive sin egen realkompetanse, har vi valgt å spørre klinikksjefene om hvilke oppgaver og funksjoner de utøver, med basis i kategoriene som er beskrevet i teorien. Informantenes svar er samlet og analysert, og danner grunnlaget for vår vurdering av den kompetansen klinikksjefene har i dag. Denne kompetansen vil også bli en del av det samlede kompetansekravet til nye klinikksjefer som begynner senere.

Forskningsspørsmål 3 blir belyst gjennom teori om alternative måter å kartlegge/identifisere kompetansebehov på (Lai, 2004). En kombinasjon av subjektiv og kravbasert metode blir brukt, såkalt multimetode. Det betyr at klinikksjefenes subjektive behov for kompetanse og organisasjonens vurdering av klinikksjefenes behov for kompetanse begge blir lagt til grunn for vår vurdering. For å sikre forståelse hos klinikksjefene i intervjusituasjonen, valgte vi å spørre om læringsbehov i stedet for kompetansebehov, med basis i at læringsbehov og kompetansebehov ofte blir brukt som synonyme (Lai, 2004). Både læringsbehovet nå og hva de trengte som ny leder ble etterspurt. To av de tre tannhelsesjefene fikk de samme

spørsmålene. De uttalte læringsbehovene, både de subjektive og de kravbaserte, er vurdert opp mot hverandre, og danner grunnlag for svaret på forskningsspørsmål tre.

Forskningsspørsmål 4 blir belyst teoretisk gjennom teori kompetanseutvikling, i hovedsak støttet av Lai (2004). Kompetansebehovet angir et læringsbehov, altså behov for ny kompetanse, og læringsarbeidet må gjøres av den som skal lære. Dette forskningsspørsmålet har vi med fordi dette er et praktisk prosjekt som forhåpentligvis blir nyttig for organisasjonen vi gjør undersøkelsen i. To tradisjoner blir presentert når det gjelder læring: den systematiske tilnærmingen (Ellström, ref. i Eidskrem, 2008) og den narrative (Brown og Duguid, 1991). Ulike kompetansebehov, som for eksempel å lære om rapporteringssystemer eller å kjenne seg selv trenger ulik tilrettelegging for læring. Det samme vil gjelde for behov som er knyttet til ulike deler av kompetansebegrepet (kunnskap, ferdighet eller holdning), de læres ulikt. Denne undersøkelsen tar utgangspunkt i hvordan organisasjonen kan lage støttesystemer for kompetanseutvikling på arbeidsplassen, slik at læring på individnivå blir resultatet.

### **1.2.1 Faglige begreper**

Kompetanse blir i dette arbeidet definert som de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål (Lai, 2004). Inndelingen i de fire elementene kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger skal ikke brukes gjennomgående i hele dette arbeidet, men kan tjene som et nyttig verktøy når kompetansebehov skal defineres og utvikling av denne kompetansen skal diskuteres.

Kompetanseutvikling er i dette arbeidet begrenset til utvikling og mobilisering av kompetanse (Lai, 2004), altså å skaffe seg eller ta i bruk kompetanse som mellomlederen trenger i rollen sin. I vår sammenheng vil vi ikke behandle de to områdene adskilt. Utvikling av kompetanse krever læring på individnivå. Individet som skal lære kan ha nytte av organisatoriske støttesystemer for kompetanseutvikling (Eidskrem, 2008). Begge deler fremmer læring på arbeidsplassen.

Mellomlederrollen kan defineres ut fra en hierarkisk plassering, eller også ut fra funksjon og ansvarsområder (Hope, 2010) som at de har arbeidsgiveransvar, de er ansvarlig for resultat og

mål og at de har personalansvar. Klinikksjefen i denne organisasjonen har oppgaver og ansvar som tilsvarer en mellomleders funksjon, og de fleste som innehar klinikksjeffunksjonen er leder for første gang. Et par av dagens klinikksjefer har vært ledere før, men mer som driftsledere, og uten arbeidsgiverrolle. Vi vurderer derfor at de i mange sammenhenger vil kunne betraktes som førstegangsledere. Denne undersøkelsen skal også kunne få betydning for klinikksjefer som blir tilsatt i organisasjonen senere, de vil sannsynligvis være førstegangsledere. Vi har derfor valgt å basere dette arbeidet på litteratur om mellomledere og førstegangsledere.

### **1.3 Hensikt og sammenheng**

Fra begynnelsen av 1980-årene ble offentlig sektor utsatt for endringer, med privat sektor som forbilde. Målet var å få sektoren til å yte mer, å få bedre ressursbruk. Endringer ble gjort både når det gjelder struktur og prosesser. Gradvis ble en ny styringsrasjonalitet innført, som blant annet innbefattet resultatstyring (Vanebo, 2005). Det å forbedre ressursbruken betydde å yte bedre service samtidig som de økonomiske rammene ikke økte, kanskje heller ble redusert. Dette har gitt utfordringer, spesielt i de virksomhetene der kompetanse er en kritisk faktor for tjenesteproduksjonens kvalitet.

I profesjonelle byråkrati, for eksempel i sykehus og på universiteter, vil lønnsutgiftene utgjøre en stor del av kostnadene for virksomheten, og kompetansen til de ansatte er kritisk for kvaliteten på servicen (Mintzberg 1983, ref. i Olsen 2008). Slik er det også i den offentlige tannhelsetjenesten. Det profesjonelle byråkrati kjennetegnes av to parallelle hierarki, det profesjonelle og det administrative. Endringer som initieres i det administrative blir nødvendigvis ikke forstått eller akseptert av de profesjonelle. Dette er kjent fra f.eks. universiteter, sykehus, kommunal sektor. Ledelse under slike betingelser bør være noe annet enn den tradisjonelle styringen etter regler og rutiner som begrenser både virksomheten og de som leder den. I den nye "virkeligheten" er styring erstattet av ledelse som er resultatorientert og endringsorientert. Det kan også være fornuftig å vurdere en kombinasjon av fagbasert ledelse og ledelse som fag (Busch et al., 2003). Det betyr at den tradisjonelle styringen i profesjonelle byråkrati har vært bygd på en profesjonell logikk, mens det i den nye tenkingen også vektlegges en ledelsesmessig logikk.

Mellomledere er ofte fagpersoner med en lederfunksjon, og representerer dermed fagbasert ledelse, så også for klinikksjefene i denne organisasjonen. Fordelen med denne kombinasjonen, er at de kan finne og bruke faglige argumenter for endringer eller utviklingsoppgaver de vil iverksette, og på den måten kan de kanskje lettere nå medarbeiderne. Tannhelsesjefene på nivået over klinikksjefene representerer ledelse som fag. For organisasjonen som helhet, er kanskje dette en god løsning, så lenge klinikksjefene ser på seg selv som arbeidsgiverrepresentanter og ikke representant for de ansatte.

Organisasjonsendringen i tannhelsetjenesten, som dette arbeidet tar utgangspunkt i, kan sees i sammenheng med reformene i offentlig sektor, new public management. Det var et mål med endringene at organisasjonen skulle få ledere også på laveste nivå som var resultatorientert og endringsorientert.

Mellomlederrollen er viktig i en organisasjon, fordi de skal gjøre om toppledelsens mål til operasjonelle mål som medarbeiderne skal forstå og jobbe etter. Mellomlederens egen forståelse skapes i en "sensemaking" prosess, der andre mellomledere og topplederen påvirker mellomlederens forståelse (Balogun og Johnson, 2005; Hope 2010). Vi tar utgangspunkt i at mellomlederens mulighet til å lede i stor grad er avhengig av dens evne til å lede mennesker.

Dette arbeidet tar utgangspunkt i en offentlig virksomhet innen helsetjenester, som har gjennomført en organisasjonsendring der mellomledernivået har fått flere og større ansvarsområder. Vi ønsker i dette arbeidet å identifisere kompetansekravene for funksjonen og kompetansebeholdningen hos klinikksjefene i organisasjonen i dag. Kompetansebehovet blir også identifisert og vi vil så diskutere hvordan organisasjonen kan tilrettelegge for at kompetansebehovet kan utvikles, både for nåværende og kommende klinikksjefer.

Andre virksomheter tilsvarende denne, vil sannsynligvis kunne ha nytte av denne undersøkelsen dersom de vurderer å gi mellomledere større ansvar eller ønsker å jobbe med kompetanseutvikling av sine mellomledere. Hvis det er slik doktorgradsarbeidet til Ole Hope om mellomledere blir presentert i Aftenposten: "Mens mellomledere er uunnværlige er toppledere oppskrytt", vil forhåpentligvis flere organisasjoner prioritere oppfølging og kompetanseutvikling for sine mellomledere (Hellestøl 2008). Innen offentlig tannhelsetjeneste er den endringen som er gjennomført unik, så vidt vi vet har ingen andre fylkeskommuner mellomledere med så stort ansvar. Undersøkelsens case er derfor interessant også av den grunn.



## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Denne oppgaven har sju hovedkapittel, som vi her kort skal presentere.

Kap 1, innledningen, presenterer konteksten og den organisasjonen denne undersøkelsen utføres i. Forskningsspørsmålet og operasjonaliseringen av det presenteres så, før dette settes inn i det større bildet av samfunnet. Det er da organisasjonsendringer i offentlig sektor og mellomlederrollen som spesielt diskuteres. Sist i kapitlet viser vi til den teoretiske forankringen for denne oppgaven.

Kap 2, teori, presenterer og diskuterer forskning om kompetanse, om mellomledere og deres oppgaver og funksjoner som vi så knytter til kompetansebehov. Kompetanseanalyse beskrives, og læring og organisasjonens tilrettelegging for kompetanseutvikling.

Kap 3, metode, beskriver hvordan arbeidet med denne undersøkelsen er gjort og beskriver også forskningssettingen litt nærmere.

Kap 4, analyse, er delt inn i tre deler, hver av dem presenterer og vurderer informantenes utsagn knyttet til hver av de tre første forskningsspørsmålene. I kapittel 4.1 diskuteres forskningsspørsmål 1, og kapitlet oppsummeres med en samlet beskrivelse av kompetansekravet som er fremkommet på basis av klinikkjefenes og organisasjonens innspill. Et funn – det at klinikkjefene og organisasjonen har ulik oppfatning av hva målorientering innebærer, blir videre diskutert i kapittel 5.1. I kapittel 4.2 diskuteres forskningsspørsmål 2, og kapitlet oppsummeres med hva kompetansebeholdningen til klinikkjefene er basert på hva dagens klinikkjefer utfører av oppgaver og funksjoner. Et interessant funn fra dette kapitlet, det at klinikkjefene griper tak på ulik måte, blir diskutert videre i kapittel 5.2. I kapittel 4.3 diskuteres forskningsspørsmål 3, og kapitlet oppsummeres med svar på hvilket kompetansebehov klinikkjefene har basert på klinikkjefenes og organisasjonens beskrivelse. Et interessant funn, det at klinikkjefene ønsker å jobbe gjennom medarbeiderne mer nå enn før, blir diskutert videre i kapittel 5.3.

Kap 5, diskusjon, er delt i fire deler. De tre første delene er en diskusjon av de tre hovedfunnene fra kapittel 4, som er interessante fenomener om kompetanse, og som kan gi innspill til hvilken kompetanse klinikkjefer trenger. Hvert av delkapitlene avsluttes med en

oppsummering av kompetansekrav eller -behov. Den siste delen, 5.4, er en oppsummering av kompetansekravet, kompetansebeholdningen og kompetansebehovet, basert på arbeidet i kapittel 4 og 5, og gir svar på forskningsspørsmål 1, 2 og 3.

Kapittel 6 er en diskusjon av forskningsspørsmål 4, om hvordan kompetansebehovet kan utvikles, med fokus på organisering av støttesystemer for kompetanseutvikling på arbeid.

Kap 7, konklusjonen, besvarer problemstillingen.

## 2 Teori

Denne undersøkelsen baserer seg på teori om kompetanseanalyse, slik Lai (2004) har beskrevet det. En kompetanseanalyse omfatter tre hovedaktiviteter, kartlegging av kompetansekravene, kompetansebeholdning og kompetansebehovene. Kompetansekravene skal si noe om hvilken kompetanse virksomhetens ansatte trenger for å løse oppgaver og for å fylle de funksjonene medarbeiderne har. Dette har vi beskrevet i kapittel 2.2.

Kompetansebeholdningen er en beskrivelse av medarbeidernes kompetanse i dag, slik virksomheten utnytter den. Teori om dette står i kapittel 2.3. Kompetansebehovet er den kompetansen virksomheten trenger for å tilfredsstille kravet, altså gapet mellom krav og beholdning. Behovet kan dekkes på flere måter, dette er også beskrevet i kapittel 2.3.

Kompetanseutvikling er den tilretteleggingen organisasjonen kan gjøre for å sikre at det kompetansebehovet de har blir dekket, dette er beskrevet i kapittel 2.4. Først presenterer vi endringen i organisasjonen som er grunnlaget for denne undersøkelsen, og så i kapittel 2.1 de viktigste teoretiske begrepene som brukes i oppgaven.

Organisasjonsendringen som er grunnlaget for denne undersøkelsen

Endringen som ble gjort i organisasjonen medførte at seks distrikter ble slått sammen til tre. Hvert distrikt har en tannhelsesjef som er ansvarlig for helheten; ledelse, fag, personal og økonomi. Tannhelsesjefen har et lederteam bestående av en fagsjef og klinikksjefene. På øverste nivå er fylkestannlegen. Klinikksjefene er nærmest medarbeiderne i førstelinja, og har en funksjon tilsvarende en mellomleder selv om de ikke har ledere under seg. Endringen har ikke medført at personer måtte flytte på seg, eller at klinikker ble berørt fysisk (Nordland fylkeskommune, 2008).

Målet med endringen var å kunne ha et større trykk på utviklingsprosesser i organisasjonen, ved å sikre bedre ledelse helt frem til førstelinja i en organisasjon som er spredt geografisk og med til dels små enheter. Før endringen ble innført var det også klinikksjefer på større klinikker, med administrativt ansvar for å koordinere driften. For klinikksjefenes del ble rollen endret mye, de fikk en tydelig lederrolle med større ansvar. Klinikksjefen er nå leder for egen klinikk og eventuelt også for naboklinikker i klinikkområdet.

Endringen har hatt størst betydning for klinikksjefene og for de ansatte, som nå har fått en lokal leder. Noen av klinikksjefene fra det gamle systemet søkte på funksjonen etter

organisasjonsendringen. De fortsatte da med samme tittel, men med et annet og utvidet ansvar. De ansatte har en leder med arbeidsgiveransvar mye nærmere, enten på egen klinikk eller på naboklinikken. For tannhelsesjefen medførte endringen at ansvar ble flyttet, og at nye ledere inngikk i distriktets ledergruppe med større tyngde enn tidligere.

## **2.1 Kompetanse og kompetanseformer**

I dette arbeidet er det relevant å behandle kompetansebegrepet på individnivå, fordi vi ønsker å finne ut hvordan mellomlederens kompetanse kan utvikles og brukes i tannhelsetjenesten. Kompetansebegrepet kan brytes ned i faglige termer (Lai, 2004), noe vi kort skal presentere her, men vårt arbeid vil i hovedsak handle om ulike typer kompetanse gruppert i fagområder, og ikke basert på en detaljering av om det er kunnskap, ferdighet, evne eller holdning det er snakk om.

Ordet kompetanse kan ha fått sitt innhold fra de latinske ordene "competere" som uttrykker både det "å komme sammen" (Nordhaug, 2004) og "å være passende" (Nordhaug, 1993) og "competentia", som kan oversettes med å være funksjonsdyktig til å utføre oppgaver og å nå ønskede resultater (Lai, 2004) eller sammentreff, skikkethet (Aschehoug og Gyldendal Store Norske Leksikon, 1992). Kompetanse skal altså gjøre individet skikket eller funksjonsdyktig til å oppnå sammentreff eller oppnå det som er "passende" i situasjonen. I vår sammenheng vil det gjelde sammentreff mellom det mellomlederen er funksjonsdyktig til å gjøre, og de målsettinger tannhelsetjenesten har for denne rollen.

Nordhaug (2004) mener at kunnskap er forskjellig informasjon som i ulik grad er organisert hos individet. Ferdigheter er kapasiteter til å handle på bestemte måter, mens evner er medfødte potensielle kapasiteter til å utvikle ferdigheter eller kunnskaper. Utøvelse av ferdigheter krever at individet har et visst grunnlag av kunnskaper og evner. Ledere må for eksempel ha kunnskap om organisasjonen de leder og de må ha kommunikasjonsevne. Kunnskaper og ferdigheter kan ikke brukes løsrevet fra de strukturer og prosesser de fungerer innenfor (Nordhaug, 2004). Struktur betyr i vår sammenheng det hierarkiske systemet i organisasjonen. Profesjonen får betydning for hvordan ansvar deles. Rammene i organisasjonen er med på å bestemme hvordan kompetanse brukes.

Nordhaug (1993:19) definerer på denne bakgrunn kompetanse som "anvendte og anvendbare kunnskaper, ferdigheter og evner som har bruksverdi i arbeidslivet". Med begrunnelse i

analytisk arbeid, ekskluderer han holdninger, innstillinger, motivasjon, livssyn, arbeidsmoral, følelse av tilhørighet og lojalitet til bedriften, som i andre definisjoner kan inngå i kompetansebegrepet. Nordhaug vil også mene at disse egenskapene er viktige, men han inkluderer de ikke i kompetansebegrepet.

Lai inkluderer holdninger i sin definisjon av kompetansebegrepet, i tillegg til kunnskap, ferdigheter og evner. Holdninger former kompetansens anvendelse. Måten en ansatt bruker kunnskapen, ferdighetene eller evnene sine på, gjenspeiles av holdning til egen kompetanse og holdning i møte med kollega og arbeidsoppgaver. Lai definerer på denne bakgrunn kompetanse som de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål (Lai 2004). Faglitteraturen velger ulike tradisjoner, og vi velger å bruke Lais definisjon fordi vi mener holdninger er vesentlig hos dem som skal være ledere og lede mennesker. Det betyr at når vi bruker begrepet kompetanse i dette arbeidet, så inkluderer det også holdninger.

### **2.1.1 Begrepet kompetanse**

Vi vil her kort presentere de typene som inngår i kompetansebegrepet slik vi bruker det. Vi vil i hovedsak bruke inndelingen i det fjerde forskningsspørsmålet, når organisatoriske tiltak for kompetanseutvikling skal diskuteres. Eksempelvis mener vi her at kunnskapsbehov læres på en annen måte enn behov knyttet til ferdigheter.

#### **Kunnskaper**

Kunnskap er forskjellig informasjon som i ulik grad er organisert hos individet (Nordhaug, 2004). Kunnskap kan vi følgelig forstå som det en person vet, eller det personen tror han vet. Kunnskap kan deles inn i klassene deklarativ, kausal og prosedyrisk kunnskap (Lai, 2004). Deklarativ kunnskap er det individet vet av beskrivende karakter. Kausal kunnskap innebærer årsakssammenhenger og antakelser om relasjoner. Prosedyrisk kunnskap omhandler konkrete, praktiske prosesser og metoder, og uttrykkes gjennom at man kan gjøre noe. Taus kunnskap er kunnskap man selv ikke vet man har, og den er vanskelig å dokumentere (Lai 2004). Kunnskap kan utvikles gjennom egen aktivitet som å lese, høre og gjøre.

#### **Ferdigheter**

Ferdigheter er kapasiteter til å handle på bestemte måter. Ferdigheter utøves på grunnlag av kunnskaper og evner. En mellomleder skal ha evne til å utføre handlinger på en god måte for

å nå organisasjonens mål. Ferdigheter er knyttet til konkret, praktisk handling, og kan derfor lettere bli observert og målt, enn kunnskaper, evner og holdninger (Lai, 2004). Ferdigheter kan utvikles gjennom observasjon, erfaring, trening og imitering av andres atferd.

### Evner

Evner skiller seg fra de tre andre kompetansekomponeentene kunnskap, ferdigheter og holdninger, fordi evner er grunnleggende personlige egenskaper som i liten grad påvirkes av konkrete utviklingstiltak. Evner er det potensial som påvirker individets muligheter til å utføre en oppgave og til å tilegne seg og anvende nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Potensialet i evnene kan synliggjøres gjennom stabile egenskaper, kvaliteter, talenter og andre personlighetstrekk. Evner er vanskelig både å observere og å skille fra ferdigheter (Lai, 2004).

### Holdninger

Holdninger påvirker tilegnelse og utnyttelse av kompetanse. Holdninger knyttet til kompetansebegrepet, kan deles i jobbrelaterte og selvrefererende holdninger (Sternberg og Kolligian, 1990 ref i Lai, 2004). Jobbrelaterte holdninger innebærer meninger, oppfatninger og verdier som influerer på aktuelle oppgaver og funksjoner. Selvrefererende holdninger knyttes til mulighetene for utnyttelse og mobilisering av kompetanse, slik som subjektiv mestringstro, selvfølelse, motivasjon og vilje. Disse er avgjørende for tilegnelse av kompetanse i form av læring og kan blant annet utvikles gjennom refleksjon. Holdninger påvirker direkte hvordan oppgaver utføres, og er derfor en indikator for om en person er kompetent eller ikke. Gjelder særlig oppgaver med stor grad av menneskebehandling.

## **2.1.2 Klassifisering av kompetanse**

Litteratur omkring kompetansebegrepet er kompleks og kategoriseringene er mange.

Linda Lai (2004) deler kompetanseformer inn i oppgave- og funksjonsrelaterte.

Hovedkategoriene hun klassifiserer kompetanseformene inn i er faglig, leder, personlig og sosial kompetanse. Faglig kompetanse er knyttet til yrkesmessig, teknisk og praktisk utførelse av gitte oppgaver og funksjoner. Lederkompetanse er relevant kompetanse for å kunne lede oppgaver, personal og strategi med tilrettelegging for å nå målsetninger. Personlig kompetanse er det som isolert sett virker inn på egen oppgaveutførelse, som ansvarsfølelse, fleksibilitet og egenutvikling. Endelig er sosial kompetanse den kompetanse som kreves for kommunikasjon og samarbeid, slik som evnen til å være utadvendt, ta initiativ og å komme i kontakt med mennesker.

I vår sammenheng velger vi å basere klassifiseringen av kompetanse på det Haaland og Dale (2005) gjør, med kategoriene kompetanse for å lede en organisasjon, for å lede mennesker og kompetanse for å lede seg selv. I selvledelseskompetansen vil vi innbefatte mestring av stress og følelser, noe som Haaland og Dale skiller ut i en siste kategori innenfor kompetanseformene. Denne klassifiseringen har lederperspektivet som utgangspunktet, slik det vil være i vår setting. Kategoriene Lai benytter, faglig, leder, personlig og sosial kompetanse, vil vi plassere inn i denne hovedinndelingen på en slik måte at lederkompetanse blir en overordnet kategori, siden denne oppgaven handler om ledere.

Faglig kompetanse er mindre avgjørende for vårt forskningsspørsmål, fordi klinikksjefene ble ansatt som fagpersoner før de kom inn i mellomlederrollen. Sosial kompetanse belyser vi gjennom samhandlingskompetanse for å lede mennesker. Mens personlig kompetanse fra Lai sine kompetanseformer, behandles sammen med selvinnsikt og emosjonell kompetanse, under det å lede seg selv.

## **2.2 Mellomlederrollen og kompetansekrav**

Vi skal her presentere teori om hvilken kompetanse ledere generelt, og mellomledere spesielt trenger for å fylle rollen sin som mellomleder. Teorien skal hjelpe oss å svare på det første forskningsspørsmålet om hvilken kompetanse en klinikksjef trenger å ha. Vi tar utgangspunkt i oppgaver og funksjoner mellomlederen har, og drøfter hvilken kompetanse som kreves for å løse disse oppgavene. Kompetansekravene er oppsummert i tabell 2.1 på slutten av kapittelet.

Vi bruker litteratur om mellomledere som støtte for dette arbeidet, da klinikksjefene har en funksjon som tilsvarer det en mellomleder har. I tillegg er litteratur om førstegangsledere relevant, da flere av dagens klinikksjefer er ledere for første gang. Også for nye klinikksjefer som kommer til senere, vil kompetanse knyttet til å være leder for første gang være relevant. Inndelingen i kompetanseområder er lik den som ble presentert i forrige kapittel: kompetanse til å lede seg selv, å lede mennesker og å lede en organisasjon. Vi har valgt ikke bare å beskrive de kompetansekravene som har endret seg med den nye organisering, men de totale kompetansekravene til en mellomleder i denne type organisasjon. Dette har vi gjort fordi vi tenker at dette arbeidet også skal være nyttig for nye klinikksjefer som kommer inn i organisasjonen på et senere tidspunkt, og for deres ledere.

Vårt ståsted er at ledelse på dette nivået i en organisasjon, mellomleder på nivået over førstelinja, i stor grad handler om å lede mennesker. Vi er av den oppfatning at dette best blir ivare tatt gjennom positivt lederskap slik blant annet Johannessen og Olsen (2008) har presentert det. Positivt lederskap handler om å utnytte de menneskelige ressursene i en organisasjon best mulig. I dette arbeidet vil dette kunne brukes på to nivå: både som et fundament for klinikkjefene som skal lede de ansatte i førstelinjen best mulig og for organisasjonen, tannhelsesjefene, når de skal legge til rette for klinikkjefene i deres kompetanseutvikling.

Det er forhold i organisasjoner som kan hindre lederen i å utøve ledelse. Dette skal vi ikke ha spesiell fokus på i dette arbeidet, men det kan være nyttig å ha med som et bakgrunnstykke. Organisasjonskulturen kan begrense lederens handlingsrom. Eksempler på faktorer som kan påvirke er uformell makt, politikk, struktur, kultur, belønningssystemer, gruppenormer og oppmerksomhetsstrukturer. Disse strukturene kan påvirke uten at det er en klar bevissthet omkring det, og de vil kunne overstyre offisielt uttrykte forventninger og mål og delvis hindre mulighetene til å utøve ledelse (Haaland og Dale, 2005).

Vi legger også til grunn et viktig skille mellom ledelse og administrasjon, der ledelse for oss betyr å gå foran slik at de andre følger etter, skape endringer og utvikling i en organisasjon. Administrasjon er å gjøre driften forutsigbar gjennom strukturer, rutiner og budsjett (Berg, 2008).

### **2.2.1 Å lede seg selv**

Selvledelse bygger på en grunnleggende erkjennelse; for å lære en medarbeider å lede seg selv, må lederen selv først kunne lede seg selv (Nordhaug, 2002; Berg, 2008). Selvledelse er metoder, ferdigheter og strategier som et menneske kan bruke for å lede egen aktivitet i retning av egne målsettinger (Johannessen og Olsen, 2008). Selvledelse avhenger i stor grad av evnen til endring. Det er også et poeng at egne tanker påvirkes og styres i retning av det positive. Selvledelse bygger på fire hovedelementer som alle påvirker hverandre; mestring, positiv forestillingsevne, optimisme og positiv intuisjon. Mestring fremmes av positiv forestillingsevne som igjen utvikler optimisme. Optimisme fremmer positiv intuisjon som igjen forsterker mestring. Selvledelse er ikke det samme som kun å følge eget hode, men å



kunne samarbeide, koordinere og tilpasse seg rammer og andres aktørers behov (Eriksen, 2003).

Det motsatte av selvledelse er å bli ledet av andre, der ytre motivasjon blir drivkraften for måloppnåelse, i stedet for egen motivasjon gjennom mestring og egne målsettinger. I dette arbeidet legger vi ikke til grunn at hele organisasjonen skal innføre selvledelse på alle nivå, men vi tar utgangspunkt i at selvledelse kan være nyttig kompetanse for klinikkjefene i deres lederrolle. Selvledelse kan fungere hos medarbeidere med høy kompetanse, slik at de er i stand til å planlegge, gjennomføre og evaluere sitt eget arbeid, de bør ha lyst til å være på jobb og engasjeres positivt av sin mellomlederrolle. I tillegg vil vellykket selvledelse avhenge av selvstendighet (Eriksen, 2003). Vi vurderer at disse kravene er oppfylt for klinikkjefene i denne organisasjonen, de har høy kompetanse, de har selv søkt på rollen som klinikkjef slik at vi forventer at de har lyst på den rollen.

For dette arbeidet har vi valgt fire områder der selvledelse er viktig: for å utvikle egen kompetanse til å bli en leder, for å mestre stress, for å utvikle personlig endringskompetanse og for å utvikle en målorienterende atferd. Disse vil bli presentert her.

### **Fra fagperson til leder**

Den som får en lederrolle for første gang må selv ville lære, ingen kan påtvinges læring. Som førstegangsleder vil læringen kreve et identitetsskifte, en personlig og individuell prosess. Identitetsskiftet og de personlige og emosjonelle prosessene knyttet til læringen, er mest opp til lederen selv å utvikle. Den krever at lederen er oppmerksom på egne reaksjoner og følelser, og selv gjør noe med dem (Haaland og Dale, 2005).

Klinikkjefene er ansatte fagpersoner som har fått en funksjon som klinikkjef som en del av arbeidet sitt. De vil altså møte utfordringen med å kombinere roller: fra å være en blant likemenn til også å bli leder for de samme. Lederrollen har de både når de utøver klinikkjeffunksjonen og når de arbeider som "vanlig" behandler. Det å gå inn i en ny rolle kan være utfordrende, og vi ønsker i dette arbeidet å finne ut hvilken kompetanse klinikkjefene selv sier de trengte for å gjøre det, og hva de fortsatt trenger.

Fagpersoner som får en lederrolle må begynne å utvikle en lederidentitet. Overgangen fra individuell bidragsyter til å bli leder og bidragsyter gjennom andre er en fundamental, personlig endringsprosess. Som leder skal man se helheten i produksjonen, dirigere oppgavene og være nettverksbygger som får ting gjort gjennom andre (Hill, 2003).

Lederstillinger som er kombinerte fag- og lederstillinger har fordeler og ulemper. Tilknytningen til faget kan gi mulighet for å bygge tillit og respekt hos medarbeiderne, men det kan bli vanskelig å bygge opp og holde fast ved lederidentiteten (Haaland og Dale, 2005). I dette arbeidet er alle klinikkssjefer internt rekrutterte, og de har en kombinert fag- og lederstilling. Alle vil derfor ha utfordringen med å utvikle en lederidentitet og å kombinere to roller. Dette vil vi ha fokus på i intervjuene. De aller fleste er også ledere for første gang, de har ikke ledererfaring eller utdanning. Førstegangsledere tror ofte selv at de store utfordringene er budsjett, økonomistyring, plansystemer og formelle sider ved lederrollen, men ofte er det å takle andre mennesker som er utfordringen: kommunikasjon, samarbeid og konfliktløsning (Haaland og Dale, 2005; Hill, 2003).

Ved å få jobben som klinikkssjef er man formelt leder, men er det tilstrekkelig for å inngå i fellesskapet av ledere? Brown og Duguid (1991) har beskrevet en prosess der den som skal lære gjør det ved å fortelle historier om arbeidet i et felleskap av andre arbeidere på samme nivå. På den måten konstrueres ny kunnskap både individuelt og kollektivt. For klinikkssjefene vil vi også tro at de må jobbe seg inn i gruppen av klinikkssjefer slik at de kan samarbeide og lære av hverandre. I intervjuene vil vi spørre om de samarbeider med andre klinikkssjefer.

## **Stressmestring**

Opplevelsen av stress avhenger av individuelle betingelser, og lederens reaksjoner vil på samme måte være individuelle. Forutsigbarhet, egenkontroll og innflytelse over situasjonen utgjør basale mekanismer i stressmestring. Følelsen av å kunne påvirke og endre belastende arbeidsbetingelser virker i seg selv stressreducerende, det samme gjør sosial støtte (Haaland og Dale, 2005). Et eksempel på tiltak kan være bevisst å ta tid i en stresset situasjon, slik at et ekstra pust i bakken” styrker kontrollen over egen atferd og reaksjoner (Johannessen og Olsen, 2008). Et annet er å tillate å ta seg en ”powernap” i arbeidstiden. Dette har vist seg å øke prestasjonene og redusere stress- og konfliktnivået, noe som igjen vil redusere faren for svekket immunforsvar ved påkjenning over lengre tid (Johannessen og Olsen, 2008). Humor, optimisme og mestring kan styrke immunforsvaret og redusere negative virkninger av stress

(Johannessen og Olsen, 2008). I intervjuene vil vi spørre om hva som skaper stress, og hvordan klinikkjefene takler stresset de opplever.

## **Personlig endringskompetanse**

Personlig endringskompetanse handler om hvordan tenking påvirker atferd og hvordan et menneske kan endre egne ferdigheter ved å endre på tillagte vaner og mønstre. Personlig endringskompetanse er en viktig forutsetning for utvikling av selvledelse. En mellomleder bør kunne endre seg som respons på endringer i situasjonen på klinikken. Derfor vil vi behandle tilbakemelding og fleksibilitet som to av flere momenter som gir grunnlag for endring.

### Tilbakemelding som grunnlag for endring

Tilbakemelding handler om å respondere på det man ser og forstår, og regnes som en av de viktigste styringsmekanismene i medarbeiderskap. I forhold til kompetanse i å lede seg selv, må klinikkjefen kunne motta tilbakemelding og integrere tilbakemeldingen i egen atferd (Johannessen og Olsen, 2008), noe som kan bety å endre atferd. Som leder vil det som oftest være hensiktsmessig å oppfatte alle tilbakemeldinger som noe positivt, som en kilde til potensiell forbedring.

En mellomleder vil stå i posisjon for kritikk og uttalte forventninger, både fra ledelsen og fra ansatte. Klinikkjefen kan velge hvilket erfaringsnivå han vil kople tilbakemeldingen til, kompetansenivå eller identitetsnivå. Kritikk bør aldri knyttes til identitetsnivået, for da reduseres positiv tenkning og følgelig mestring. Hvis mellomlederen derimot knytter kritikken til sitt kompetansenivå, med vurdering av om man har god eller dårlig ferdighet på området kritikken gjelder, så vil dette kunne gi mer tjenlig håndtering av kritikken. Positiv tilbakemelding bør alltid koples til identitetsnivået, slik at selvbilde og mestring bygges opp. Ved å lete etter den positive intensjonen bak tilbakemeldinger, kan mellomlederen lettere ta imot kritikken med nysgjerrighet og takknemlighet.

### Fleksibilitet som grunnlag for endring

Fleksibilitet handler om evnen til å mobilisere variasjon i tanke- og handlingsmønstre i forhold til seg selv og andre mennesker. Den som er fleksibel kan endre og tilpasse sine handlinger til ulike situasjoner. En fleksibel mellomleder søker å tilpasse seg andre mennesker for å oppnå en ønsket endring i en gitt situasjon. Dette gir mellomlederen kontroll,

i stedet for å prøve å endre medarbeidernes atferd. Johannessen og Olsen (2008:107) fremhever: ”Du kan bare endre andres atferd ved å endre egen reaksjon på andres atferd”. Hvis mellomlederen justerer egen holdning og væremåte så vil dette være beste middel for å oppnå det som er ønsket.

### **Målorientering – personlig**

Mellomledere blir ofte agenter for toppledelsens målsettinger (Yukl, 2004; Hope, 2010; Hill, 2003). Dersom disse skal nåes, trenger mellomlederen å danne seg egne målsettinger innenfor organisasjonens mål, slik at de blir internalisert og skaper mening for den enkelte i sin arbeidsutførelse. Med klar målorientering fra ledelsens side, kan mellomlederne lettere kommunisere organisasjonens mål til sine ansatte. Mellomlederen må forstå intensjonen bak lederens mål, og må klare å lage egne personlige mål som bidrar til den ønskede forandringen. Tilpassede høye mål kan bevege en mellomleder ut av komfortsonen som vedkommende allerede behersker, og gi en følelse av mestring (Johannessen og Olsen, 2008). Forventninger og krav fra egen leder vil fremme læring (Haaland og Dale, 2005).

For å kunne lede seg selv i lederrollen mener vi en klinikkisjef bør ha kompetanse til å forstå de målene som blir gitt, til å lære av tilbakemeldinger og til å ha fleksibilitet i tanke og handling. Disse spørsmålene blir berørt i intervjuene.

### **2.2.2 Å lede mennesker**

Å lede mennesker betyr å ha kompetanse til å behandle medarbeiderne slik at de oppfatter lederen som troverdig og får tillit. Medarbeidere vurderer sine ledere etter hva deres intensjoner som leder er, hva motivene for beslutningene er (Hill, 2003). Som leder kan det være lett å legge for stor vekt på den makt og myndighet som formelt ligger i lederrollen, og for lite vekt på hvor avhengig man er av sine medarbeideres aksept (Haaland og Dale, 2005). Tema, å lede mennesker, presenteres her i en ramme av aktørlederskap, en samlebetegnelse vi har utviklet for å uttrykke begrepsparet ”brikke – aktør ” og Kvalnes (2009) sin forståelse av en aktørkultur.

### **Aktørlederskap**

Begrepsparet ”brikke – aktør ” brukes hos Kvalnes (2009) i en organisasjonssetting. I en aktørkultur tar medarbeiderne initiativ og valg ut fra overordnede prinsipper og

bedriftsverdier og tar ansvar for egne handlinger. I en brikkekultur plasserer medarbeiderne autoriteten utenfor seg selv og begrunner sin arbeidsutførelse ut fra skriftlig instruks. En som opplever seg som brikke vil fraskrive seg kontroll og skyve ansvar over på omgivelsene.

Kvalnes (2009) hevder at en organisasjon kan lykkes gjennom å utvikle en aktørkultur framfor en brikkekultur. Det vil da være viktig for klinikksjefen å søke å bygge opp en aktørkultur der ansatte tar ansvar for helheten av tannhelsetjenestens ytelse innad og overfor brukerne. En slik kultur fordrer at klinikksjefen fungerer som aktør ved å delegere ansvar, stole på medarbeidernes arbeidsutførelse, kunne være tilbakeholdende og gi veiledning framfor råd og ordre. Slik vil medarbeiderne bli møtt av med et positivt menneskesyn. Medarbeiderne vil oppleve større handlingsrom, frihet til å bruke kompetansen sin og selvstendighet i arbeidet.

Vi vil i det følgende presentere tre områder vi mener er viktig for klinikksjefer å ha kompetanse i for å kunne utvikle aktørlederskap: kompetanse til å motivere, samhandlingskompetanse og kompetanse til å være målorientert gjennom medarbeidere.

### **Kompetanse til å motivere**

Begrepet motivasjon stammer fra det latinske ”movere” og betyr å bevege. Motivasjon er drivkrefter som driver et menneske til handling (Eriksen et al., 2003). Vårt arbeid knytter seg til enkeltfaktorer som virker motiverende på den enkeltes bruk av egen kompetanse (Lai, 1994). Blant annet vil mestringstro, målforståelse, opplevd mening, medbestemmelse og tilbakemelding påvirker en persons ønske om å bruke sin kompetanse. En persons mestringstro påvirkes av den enkeltes opplevelse av egen kompetanse. Innsikt i og aksept av tannhelsetjenestens målsettinger vil være en viktig premiss for å forløse den kompetanse medarbeideren har. Hensikt, verdier, mestring og selvverdi er behov i et menneske som kan gi mening til tilværelsen (Baumeister, 1991, ref i Johannessen og Olsen, 2008) og til arbeidet.

Vi vil i intervjuene sette fokus på medbestemmelse og tilbakemelding som motivasjonsfaktorer og gir derfor en presentasjon av disse begrepene her.

Å lede mennesker betyr å motivere dem, og både ytre og indre belønning kan motivere. Ytre belønning er ikke like virkningsfullt som indre motivasjon. Involvering i beslutninger, medbestemmelse, utløser ofte motivasjon. Medbestemmelse gir større kontroll over arbeid og ytelse enn direkte styring og ytre belønning (Haaland og Dale, 2005). Et redskap for å

motivere er å ha samtaler enkeltvis og gruppevis med medarbeiderne for å finne frem til interesser og motivasjon, og hva som er viktig for den enkelte.

Mellomledere med personalansvar blir symbolet på bedriftens personalarbeid for de medarbeiderne lederen er ansvarlig for. Det forventes at ansatte som opplever god personalpolitikk yter tilbake til sin leder, da det oppleves som at denne "bidrar" med god personalforvaltning. Det er altså en sammenheng mellom utøvelse av god personalpolitikk og ansattes opplevelse av å bli tatt vare på (Kuvaas og Dysvik, 2010). God personalpolitikk er at ansatte erfarer deltagelse, involvering, kontroll over prosesser, eierskap over målene og rutiner som sikrer god gjennomføring og deltagelse (Haaland og Dale, 2005), det vi her kaller for medbestemmelse.

Tilbakemeldinger kan fremme, eventuell hemme kommunikasjon (Johannessen og Olsen, 2008). Når mellomlederen gir tilbakemelding bør det ha karakter av oppmuntring og inneholde konkret informasjon. På den måten kan den ansatte forbedre sine prestasjoner og oppfatte en konstruktiv, positiv hensikt og bak tilbakemeldingen. Det er et lederansvar å tilrettelegge for et arbeidsklima der mottak av tilbakemeldinger oppfattes som noe positivt. Tilbakemeldingens verdi for mottakeren avhenger av om vedkommende går i forsvarsposisjon eller ønsker å lære av tilbakemeldingen.

## **Samhandlingskompetanse**

Samhandlingskompetanse gjelder i følge Nordhaug (2004) primært ferdigheter som kan brukes til å håndtere relasjoner til andre mennesker. Samhandlingskompetanse er knyttet til grunnleggende sosiale mekanismer som kommunikasjon, påvirkning og erfaringsoverføring (Johannessen og Olsen, 2008). Ved å ramme inn ledelsesoppgaver i relasjons- og nettverksbygging kan klinikksjefen styrke påvirkning og erfaringsoverføring hos sine medarbeidere. Samhandlingskompetanse krever kommunikasjon med en positiv intensjon, basert på aktiv lytting, og å gi målrettede budskap. Sender og mottaker har en intensjon med det som kommuniseres. En nøkkel i god kommunikasjon er å lete etter folks positive intensjon bak budskapet de formidler. For eksempel kan motstand mot endring skyldes et ønske om å ha respekt for fortiden. Bak frykt og aggressivitet kan det ligge et behov for sikkerhet og beskyttelse. En dominerende person kan ha behov for å sikre seg selv og sine.

Samspill og samstemthet mellom medarbeidere vil øke der mottaker responderer på den positive intensjonen framfor selve atferden.

Uenigheter mellom medarbeidere påvirker samhandlingsmulighetene, men er ikke nødvendigvis en konflikt. Johannessen og Olsen (2008) bruker tankegods fra de Bono og forstår konflikter som sammenstøt mellom interesser, verdier, handlinger eller retninger.

Mellomlederen vil oppleve ulike interessekonflikter innen sitt klinikkområde.

Mellomlederens kompetanse til å løse, dempe og forhindre konflikter, kan være avgjørende for effektiviteten, slik at tannhelsetjenestens målsettinger kan oppnås. Vi vil ikke gi et teoretisk grunnlag for konflikthåndtering, men bevisstgjøre områder i mellomlederens hverdag som kan bidra til kompetanseutvikling i konflikthåndtering. Refleksjon over egen praksis for å gi innsikt i og bevissthet om sammenhenger, lytte med positiv intensjon, endringsinnsikt og være veldig oppmerksom er områder som klinikkjefen kan trenge kompetanse i. Endringsinnsikt er å være oppmerksom på når en selv eller andre endrer tilstand. Blikk, kroppsspråk, stramme lepper, rynkede øyebryn, lukket kroppsspråk med mer åpenbarer menneskers skifte i sinnsstemning. Dersom mellomlederen kan tolke hva som skjer forut for endringen, kan vedkommende utvikle passende taktikker for å tilpasse sine emosjoner etter situasjonen.

### **Målorientering - gjennom medarbeidere**

Målene for organisasjonen er både de ytre kravene om hvem som skal ha gratis behandling, tilgjengelighet og økonomiske rammer, og de selvpålagte om kvalitet, service, arbeidsmiljø med mer. Klinikksjefens rolle er å være bindeleddet mellom ledelsen som angir rammene, og de enkelte ansatte på klinikkene som utgjør førstelinjen i organisasjonen. Klinikksjefens rolle er å få medarbeiderne til å jobbe, jobbe sammen, med de riktige tingene og på riktig måte. Medarbeiderne må ledes, og vi tror at å lede gjennom motivasjon er viktig. Mellomlederen kan ikke gjøre alt selv, kan ikke nå målene selv, men må være leder på en slik måte at hans egne mål blir nådd gjennom medarbeidernes arbeid, såkalt suksess gjennom andre (Johannessen og Olsen, 2008).

Vi forutsetter at tankegods omkring ”brikke – aktør” og aktørkultur kan være ukjent for informantene og vil derfor i intervjuene fokusere på områder vi mener er kjent fra klinikksjefens hverdag. Tema vi spør om er hvordan de leder og samarbeider, hvordan de

motiverer, hvordan de bryr seg om mennesker og hvordan de gir medbestemmelse. Å motivere gjennom målsettinger vil vi indirekte finne svar på, gjennom øvrige spørsmål.

### **2.2.3 Å lede en organisasjon**

Å lede en organisasjon betyr for oss å få folk til å jobbe sammen mot virksomhetens mål slik at gruppetilhørigheten blir sterkere og forpliktelsene overfor gruppa viktigere enn fokus på sitt eget (Haaland og Dale, 2005). Målorientering på organisasjonsnivå blir derfor viktig for en leder å kunne, i tillegg til generell lederkompetanse. Vi vil også presentere noen områder der vi mener det kreves spesiell kompetanse for ledere i offentlig sektor.

#### **Generell lederkompetanse**

Generell lederkompetanse skal gi en leder nødvendig grunnlag for å være leder. Vi har valgt å dele generell lederkompetanse i to typer med utgangspunkt i arbeidsoppgavene og funksjonen (lederrollen), tilsvarende den inndelingen Lai (2004) gjør som er beskrevet tidligere.

Arbeidsoppgavene som er lagt til funksjonen som klinikkssjef danner grunnlaget for å identifisere kompetansen som er nødvendig for å løse oppgavene. Funksjonen som leder stiller krav til kompetanse på områder som er mer komplekse. Vi foreslår her en del områder som vi vil undersøke, og også bruke som bakgrunn når vi analyserer våre data. Inndelingen bygger på Olsen (2008).

#### Kompetanse knyttet til arbeidsoppgavene

De formelle sidene ved lederrollen er knyttet til oppgaver i personalhåndtering, budsjettarbeid, økonomistyring, rekruttering og plansystemer. Dette stiller krav til kompetanse i økonomistyring, virksomhetens plansystemer, arbeidslivets regler for personalforvaltning med mer. Dette er kompetansekrav knyttet til konkrete oppgaver.

#### Kompetanse knyttet til funksjonen

Å utøve ledelse er den viktigste funksjonen klinikkssjefene har. Som ledere er de arbeidsgiverrepresentanter og skal være forbilder for ansatte i holdning og handling. De skal også sørge for å optimalisere driften med utgangspunkt i et helhetsbilde av virksomheten. De må påta seg helhetsansvaret og vise respekt for ledelsen over seg selv. Vi vil nå beskrive noen av de ledelsesoppgavene en leder har, og den kompetansen som trenges.



Å være mellomleder er en rolle i et hierarkisk system i en organisasjon, som gir ansvar og myndighet til å ta beslutninger som får betydning for medarbeiderne og bedriften. Som leder skal organisasjonen være i fokus, helheten fremfor de enkelte delene. En leder skal se organisasjonen ovenfra og utenfra, slik kunden ser den, og ikke innenfra og nedenfra slik medarbeiderne ser den (Haaland og Dale, 2005). En leder skal alltid vise respekt og solidaritet til beslutninger som er tatt på ledernivåene over seg.

Å påta seg helhetsansvaret betyr at man aksepterer rammene, og påtar seg å lede organisasjonen innenfor disse rammene. Det betyr at man må løse oppgavene med det personellet, det budsjettet, den kompetansen og de produksjonsmålene som er gitt. Hvis rammene er trange må man som leder forbedre driften slik at man gjør det som er mulig for å nå organisasjonens mål.

Forbedrede resultater, også finansielle, kan sees i bedrifter som har forbedret virksomheten på fire områder: koordinering på tvers, beslutningstaking, organisering av arbeidet og omsorg for folk (Beer et al., 1990). En påkrevd lederkompetanse for å få dette til vil være å effektivisere driften gjennom koordinering, organisering og beslutningstaking. Med stor sannsynlighet vil det være fornuftig å samarbeide med de ansatte i dette arbeidet, slik at medbestemmelse sikrer de ansatte eierskap til de nye rutineene. Dette viser også at det er en sammenheng mellom områdene å lede mennesker og å lede organisasjoner.

Enhetsledere i kommunal sektor er vist å måtte ha kompetanse i å håndtere dilemma, å se saker fra strategisk og operativt perspektiv og å kunne handle selv om situasjonen er uavklart (Olsen, 2008). Vi mener at den kompetanse som kreves for å klare dette er knyttet til det å se målene, å kunne vurdere konsekvenser og å bestrebe seg på å ta avgjørelser som er til beste for virksomheten.

Mellomlederen har vært kalt "the frozen middle", isproppen i midten (Larkin og Larkin, ref i Erlie, 1999), som karikering av informasjonshinderet mellomlederen kan utgjøre.

Tannhelsetjenesten ønsker med opprettelsen av mellomledernivået å bevege seg fra å være en byråkratisk organisasjon, mot å være en utviklingsorientert organisasjon med fokus på utvikling og fleksibilitet. Utviklingsarbeid i egen organisasjon er nyttig både for å bli kjent med organisasjonen og for å lære mer om ledelse (Haaland og Dale, 2005), i tillegg til den

effekten selve utviklingsarbeidet gir. Utviklingsarbeid vil ofte være knyttet til å forbedre driften eller for å nå målsettinger i organisasjonen.

Samlet sett har vi formulert kompetansekravet for å fylle lederfunksjonen til å være organisatorisk helhetstenking, ferdighet i å koordinere, å kunne gå inn i arbeidsgiverrollen og å kunne handle selv om situasjonen er uavklart.

### **Spesiell lederkompetanse i offentlig sektor**

Offentlig virksomhet har noen særegenheter som kan gi utfordringer som vi tror påvirker den kompetansen ledere trenger. For det første har virksomheten ofte enheter spredt geografisk, for det andre kan avdelingene kan ha ulikheter som gjør at regler og rutiner ikke passer like godt for alle og for det tredje at etiske perspektiver skal håndteres. Hver av disse tre blir presentert kort her.

Fysisk avstand mellom enhetene gir utfordringer i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Avstanden i dette tilfellet gjelder både til nivået over (tannhelsesjef) og til medarbeiderne som i enkelte klinikksektorer vil jobbe på andre klinikker enn der klinikksejeren selv har sitt daglige virke. Fysisk avstand gjør det også mer sårbart med små klinikker med få ansatte. Kollegial binding og støtte kan bli svakere, og sårbarheten ved for eksempel sykefravær kan bli større. Lignende problemstillinger er kjent fra andre offentlige organisasjoner, sykehus og arbeidstilsyn, og det er erfaringer for at klinikksejeren holdning og evne til å kommunisere er viktigere enn selve den geografiske plasseringen for å få til ledelse (Hegghammer, 2009).

Det andre området, felles regler og rutiner som gjelder for alle ansatte i fylkeskommunen, kan bli en utfordring fordi noen avdelinger er større og med egne behov i forhold til de andre. For klinikksejeren i tannhelsetjenesten vil det kunne oppleves på personalsiden, der de videregående skolene er dominerende med sitt regelverk knyttet til skoleårets rytme og arbeidstidsbestemmelser. På den annen side har tannhelsetjenesten sitt eget bonussystem, som ingen andre avdelinger i fylkeskommunen har. Kompetansebehovet vil ikke være spesielt, det vil i hovedsak være knyttet til å kunne regelverket og praktisere god personalforvaltning som arbeidsgiver.

Det tredje området, etiske perspektiver, kan illustreres ved at i det offentlige er fokus på at brukerne har en rettighet, som ansatte er satt til å oppfylle. I tannhelsetjenesten er de

prioriterte gruppene som har krav på gratis tannbehandling barn, unge, eldre og syke. Dette er svake grupper i samfunnet, og ansattes holdning til dem er avgjørende for hvor god tjeneste de får. Som leder er holdningene til de svake gruppene og individene avgjørende for hvordan ressursene blir prioritert.

Spesiell kompetanse som kan kreves for å lede en offentlig virksomhet kan være knyttet til å ha et etisk perspektiv og å kunne kommunisere med ansatte til tross for store avstander.

### **Målorientering – organisatorisk**

Mellomlederen trenger kompetanse i å arbeide resultatorientert, slik at avdelingens mål nås for hele virksomhetens beste. De er også viktige endringsagenter i organisasjonen, både ved selv å initiere endringer og ved å sette i verk endringer som kommer fra toppen. Kompetanse i å arbeide resultatorientert og å initiere og organisere endringer vil bli presentert videre.

#### Kompetanse i å arbeide resultatorientert

Klinikksjefene er ansvarlig for resultatene på to områder: økonomi og produksjon. De forventes derfor å ha kompetanse i å arbeide resultatorientert. I forhold til økonomi betyr det å ikke overskride budsjettet samtidig som inntektskravene skal innfris. Når det gjelder produksjonen er den for tannhelsetjenesten ganske kompleks. Klinikksjefene må vite hva som skal til for å få god drift, hvilke faktorer som forbedrer produksjonsresultatet og hvilke faktorer som styrer arbeidet sterkere mot målet. Til dette kreves også mer kompleks kompetanse i både å sette seg egne mål, å få til endringer i arbeidshverdagen til de ansatte og å gi medbestemmelse gjennom motivering.

#### Kompetanse i å initiere og organisere endringer

Kompetanse til å initiere og organisere endringer kalles også endringsledelse (Busch et al., 2003) og vil være en blanding av tilpasning og utvikling. For å få til endringer må målene være knyttet til produksjonen i virksomheten, ikke til holdninger, kultur eller deltakelse (Beer et al., 1990). Toppledelsen setter ofte de nye målene, og mellomlederne er de som operasjonaliserer dette slik at medarbeiderne gjør endringer i sin arbeidshverdag. Endringer vil kreve at medarbeidernes arbeidskraft blir brukt på en annen måte.

Mellomlederrollen i endringsprosesser er vesentlig, og kan være avgjørende for hvordan en toppstyrt endring blir tatt imot og gjennomført i førstelinja (Balogun og Johnson, 2005). I sin undersøkelse har de tatt et "sensemaking"-perspektiv, de undersøkte hvordan mellomledere forstod de endringene toppledelsen hadde bestemt, og hva forståelsen betydde for implementeringen av endringene. Det viste seg at uformelle, sosiale prosesser mellom mellomledere avgjorde hvordan de forstod og responderte på endringene. Hva man snakket om og hvordan man snakket om det fikk betydning for forståelsen av endringsprosessen og hvordan mellomleder valgte å forholde seg til disse endringene. Toppledere kan påvirke prosessen med "sensemaking" hos mellomledere som skal iverksette endringer. Det kan øke muligheten til påvirkning og til å få et ønsket resultat av endringene. (Balogun og Johnson, 2005). For oss betyr det at vi ønsker å finne ut om klinikksjefene snakker sammen, og om tannhelsesjefen har en dialog med klinikksjefen slik at toppstyrte endringer er forstått slik ledelsen ønsker det.

Kontinuitet og forandring skjer ofte samtidig i organisasjoner. Huy (2002) har undersøkt mellomledernes rolle i å håndtere de ansattes reaksjoner i perioder der kontinuitet og radikale endringer er tilstede samtidig. Dette kan bidra til eller hindre endringer avhengig av om ansattes reaksjoner blir ivarettatt. Dersom folk tror de er kapabel til å håndtere en endring, reagerer de mest sannsynlig aktivt. Mellomledere møter de ansatte daglig, eller i hvert fall oftere enn topplereren. De kan se de ansattes behov lettere, og bør også kunne vurdere de riktige tiltakene bedre. Det å lede med basis i reaksjoner fra de ansatte krever tilstedeværelse. Riktig vurdering av situasjonen kreves for at ledelsen skal bli effektiv.

Endringskompetanse for klinikksjefene mener vi vil være ferdigheter i analytisk tenking, vurdering og handling. Til dette kreves det å kunne håndtere kompleksitet og å kunne motivere og skape mening for medarbeiderne, såkalt "sensegiving". Ferdighet i samarbeid og kommunikasjon mellomledere imellom er også en viktig kompetanse for å forstå endringer initiert "fra toppen".

Samlet sett vurderer vi at kompetansekravene knyttet til å være målorientert organisatorisk er å kunne arbeide resultatorientert og å kunne initiere og organisere endringer.

## 2.2.4 Oppsummering kompetansekrav

I kapittel 2.2 er de oppgaver og funksjoner presentert, som en mellomleder forventes å ha. Litteratur om hvilken kompetanse som behøves for å løse oppgavene og fylle funksjonene er også diskutert. Kapitlets hovedpunkter er oppsummert i tabell 2.1, som viser sammenheng mellom ledelsesområdene, oppgaver og funksjoner innen hvert av dem og tilhørende forslag til kompetansekrav. Listen over oppgaver, funksjoner og kompetansekrav er ikke uttømmende og det finnes mange gråsoner mellom kategoriene. Tabellen er presentert for å skape et oversiktlig bilde av de ledelsesområdene som denne undersøkelsen fokuserer på.

Denne delen av teorien vil være spesielt nyttig for det første forskningsspørsmålet om hvilken kompetanse en klinikksjef trenger å ha. Oppgavene og funksjonene, som vi kan kalle kategorier, vil bli brukt som fokusområder under intervjuene. Dette blir en forhåndskategorisering som vi også vil bruke under analysearbeidets første fase, samtidig som vi vil være åpne for at informantene kan komme med informasjon som gjør at det blir nødvendig å forandre eller utvide på kategoriene. Også organisasjonen, gjennom klinikksjefenes ledere, vil bli spurt om hvilke oppgaver og funksjoner de forventer at en dyktig klinikksjef løser, dette vil også bidra til å finne svar på det første forskningsspørsmålet.

Tabell 2.1. Sammenheng mellom ledelsesområde, oppgave/funksjon og relevant kompetansekrav.

<b>Ledelsesområde</b>	<b>Oppgave eller funksjon</b>	<b>Kompetansekrav</b>
<b>Å lede seg selv</b>		
Å gå fra fagperson til leder	Nettverksbygging Å dirigere oppgaver Å se helhet i produksjon Å arbeide gjennom andre	Å ville lære (holdning) Å klare å skifte fokus
Å mestre stress	Å diagnostisere stress Å redusere stress Å leve med stress	Stressmestring Oppmerksomhet på egne reaksjoner og følelser (bytt om!)
Å leve i personlig endring	Å endre vaner og mønstre Å ta imot tilbakemelding	Personlig endringskompetanse Fleksibilitet Å integrere tilbakemeldinger
Å ha personlig målorientering.	Å sette seg mål Å forstå organisasjonens mål	Målorientering - personlig Å forstå målene Å lære av tilbakemelding
<b>Å lede mennesker</b>		
Å skape en aktørkultur	Å ta ansvar for egne handlinger og helheten Å ta valg ut fra overordnede målsettinger Delegering av ansvar	Å utvikle en aktørkultur Å være en aktør Å kunne motivere Å ha samhandlingskompetanse Å være målorientert
Å motivere	Å gi medbestemmelse Å utøve god personalpolitikk Å gi tilbakemelding	Genuint oppmerksom mot andre mennesker (holdning) Å kunne motivere
Å fremme samhandling på arbeidsplassen	Å løse, dempe og forhindre konflikter Å gi målrettet buskap	Samhandlingskompetanse Kommunikasjon med positiv intensjon Aktiv lytting Konflikthåndteringskompetanse
Å motivere medarbeidere for målorientering	Å få medarbeiderne til å jobbe effektivt Å utvikle suksess gjennom andre	Målorientering – gjennom medarbeiderne
<b>Å lede en organisasjon</b>		
Å mestre lederoppgaver generelt	Økonomiarbeid personalarbeid planlegging	Generell lederkompetanse -knyttet til oppgaver Å kunne økonomistyring. Å kunne personalforvaltning Å kjenne plansystemet i virksomheten
Å mestre lederfunksjonen generelt.	Koordinering på tvers, Organisering av arbeidet Å tenke som arbeidsgiver	Generell lederkompetanse- knyttet til funksjonen Organisatorisk helhetstenkning. Ferdighet i å koordinere Å gå inn i arbeidsgiverrollen Å kunne handle selv om situasjonen er uavklart
Å være leder i offentlig sektor	Ledelse ved store avstander Prioritering av tjenestetilbudet	Spesiell kompetanse for ledere i offentlig sektor Etisk perspektiv
Å være målorientert organisatorisk	Å være endringsagent Å arbeide resultatorientert Å forbedre drift	Målorientering – organisatorisk Å initiere og organisere endringer Å arbeide resultatorientert

## **2.3 Kompetansekartlegging og kompetansebehov**

Kompetansekartlegging er å skaffe seg en oversikt over den kompetansen de ansatte i virksomheten har, den delen av kompetansen de bruker på arbeid. Teori om dette skal bidra til å finne svar på det andre forskningsspørsmålet om hvilken kompetanse klinikksjefene har. Det tredje forskningsspørsmålet om hvilke kompetansebehov klinikksjefene har skal drøftes med utgangspunkt i teori om hvordan kompetansebehov kartlegges. Teori om kompetansekartlegging og kompetansebehov er i hovedsak basert på Lai (2004), og blir presentert i dette kapitlet.

### **2.3.1 Kompetansekartlegging**

Hensikten med en kompetansekartlegging er å forsøke å beskrive den kompetansen de ansatte har, og som de bruker i arbeidet. Den totale kompetansen vil alltid være større enn det som brukes i arbeid, og noe av kompetansen ansatte har er ikke i bruk i virksomheten selv om den er etterspurt. Det er utfordrende å kartlegge kompetanse, og viktig å være klar over at dette ikke kan, og ikke bør, gjøres fullstendig. Taus kunnskap, for eksempel, er en type kunnskap som er vanskelig å kartlegge. Lai (2004) anbefaler at en kartlegging tar utgangspunkt i kravene, slik at det blir fokusert på de prioriterte områdene for virksomheten.

I denne undersøkelsen er det ikke fokus på formell lederkompetanse, da det ikke er krav til, og ingen av klinikksjefene har lederutdanning. Klinikksjefenes realkompetanse i ledelse er det som er viktig å få kartlagt. Det er vanskelig å beskrive sin realkompetanse, vi vil derfor spørre klinikksjefene om hvordan de løser oppgaver og funksjoner som er beskrevet som teoretiske krav i kapittel 2.2. Ut fra deres beskrivelse vil vi vurdere hvilken kompetanse de har. Denne undersøkelsen baseres derfor på en tilpasning og forenkling av Lais beskrivelse av kompetansekartlegging, slik at en indirekte måte blir brukt.

### **2.3.2 Kompetansebehov**

Kompetansebehovet er forskjellen mellom den kompetansen virksomheten forvalter, det de ansatte kan og bruker, og det kompetansekravet virksomheten har for å kunne nå sine mål. Noen kaller dette for kompetansegapet.

Lai (2004) beskriver tre ulike måter å identifisere behovet på: kravbasert, subjektiv og mulighetsbasert tilnærming. Kravbasert tilnærming er når de formulerte kravene settes opp mot kompetansebeholdningen slik at kompetansebehovet kommer frem som den kompetansen virksomheten trenger, men ikke har. I noen tilfeller kan det også være et kompetanseoverskudd i virksomheten. En subjektiv tilnærming er at den ansatte selv får beskrive sitt kompetansebehov. Det vil da være knyttet til egen opplevelse av kompetanse i forhold til de oppgavene som forventes løst. En mulighetsbasert tilnærming er en mellomting mellom kravbasert og subjektiv, der de subjektive behovene vurderes opp mot, og suppleres av en kravbasert tilnærming. En mulighetsbasert analyse gir i større grad mulighet for kontinuerlig kompetanseutvikling på arbeid, så fremt dialogen mellom ansatt og leder er åpen for kompetanseutvikling.

Vi vil bruke mulighetsbasert tilnærming, ved å spørre klinikksjefene om hvilket kompetansebehov de har samtidig som vi sammenligner dette med den kravbaserte tilnærmingen der kravene blir identifisert både av klinikksjefene og av organisasjonen.

## **2.4 Kompetanseutvikling**

Kompetanseutvikling i virksomheter er en tosidig sak, der organisasjonen kan legge til rette for læring, og der medarbeiderne selv må gjøre læringsarbeidet. I sum vil organisasjonen utvikle kompetanse hos medarbeiderne som vil styrke virksomhetens samlede kompetanse. Teoriens kapittel 2.2, kompetansekrav for en mellomleder, er sammenfattet i tabell 2.1. Med utgangspunkt i denne oversikten, skal nå kompetanseutvikling beskrives med tanke på at klinikksjefene raskest mulig skal komme i posisjon til å utøve god ledelse. Teorien i dette kapittelet vil være nyttig for forskningsspørsmål fire om hvordan den ønskede kompetansen kan utvikles.

Den totale listen over kompetansekrav vil sannsynligvis ikke være kompetansebehov hos en og samme klinikksjef, men ulike klinikksjefer vil ha ulike kompetansebehov.

Kompetansebehovene vil være av ulik type og det vil påvirke hvordan de skal utvikles.

Behovene kan også være vanskelig å uttrykke eksplisitt. Tiltakene som planlegges og settes i verk vil kunne bli ulike, tilpasset behovene som fremkommer i analysen. Hver klinikksjef må kanskje delta i ulike aktiviteter eller jobbe med flere områder for å få den ønskede kompetanseutvikling.



Kompetansekravene kan deles inn på ulike måter for å samle områdene til mer håndterbare grupper. En inndeling basert på type kompetanse kan være naturlig, altså om kompetansekravet er en ferdighet, kunnskap eller holdning som skal utvikles. Evner, som også inngår i kompetansebegrepet (kapittel 2.1) er et område som vanskelig kan utvikles på samme måte som de andre, så det utelates her. Vi velger i det videre arbeidet å presentere kompetanseutvikling basert på om kompetansekravet er ferdighet, kunnskap eller holdning. Tiltakene vil da være ulike avhengig av om kompetansen som skal utvikles er kunnskap, ferdighet eller holdning.

De største utfordringene, både når det gjelder å formulere behovene og å tilrettelegge for læring, forventer vi vil være på områder der klinikkssjefene må endre egen oppfatning av egen rolle, egen måte å være på, egen måte å kommunisere på og egen måte å reagere på. Dette i kontrast til mer tydelige og avgrensede kompetansebehov som for eksempel å lære kasseavstemming. For klinikkssjefen vil det sannsynligvis være lettere å lære og ta i bruk den nye kompetansen jo mer avgrensen og ”teknisk” den er, og jo mer eksplisitt den er formulert.

#### **2.4.1 Hva er kompetanseutvikling og læring**

Lai (2004) beskriver fire tiltaksområder for å skaffe nødvendig kompetanse: anskaffelse, utvikling, mobilisering og avvikling. For oss er det kun utvikling og mobilisering som er aktuelt siden problemstillingen tar utgangspunkt i at eksisterende mellomledere skal få mulighet til å skaffe seg eller ta i bruk kompetanse de trenger for å fylle rollen sin.

Læring er en individuell prosess som er knyttet til tilegnelse av kompetanse, mens mobilisering er å ta i bruk kompetanse som finnes hos medarbeiderne. Lai (2004) skriver at kompetanseutvikling og læring ofte benyttes som synonyme begrep. Denne oppgaven handler om individuell kompetanseutvikling hos klinikkssjefer, og vi vil ikke skille mellom læring og mobilisering. Vi skal både vurdere individuelle tiltak, individuelt ansvar og organisasjonens ansvar.

Definisjonene er mangeartede, men Moxnes (2000) mener det er enighet om at læring er faktisk eller potensiell endring i atferd. Definisjonen er rigid, og har derfor sine svakheter særlig knyttet til at mindre synlige atferdsendringer knyttet til holdning og kunnskap kan bli vanskelig å registrere. Linda Lai definerer læring som tilegnelse av ny eller endret

kompetanse - i form av kunnskaper, ferdigheter eller holdninger - som gir relativt varige endringer i en persons atferdspotensial (Lai, 2004). Vi vil støtte oss til Lais definisjon når vi tenker læring. Et ønske om endret atferd eller et opplevd kompetansebehov kan starte en individuell prosess for å få ny kompetanse.

## **2.4.2 Utvikling av kompetanse i praksis**

Som beskrevet i kapittel 2.1 deles kompetanse inn i kunnskap, ferdighet, holdning og evne, men mange av kompetansekravene vil være sammensatte. Denne oppgaven skal ikke gå i detalj når det gjelder læringsmål, men vi skal presentere prinsipielle forskjeller mellom kompetansetypene kunnskap, ferdighet, holdning når det gjelder hvordan de kan læres. Vi forventer at de fleste kompetansebehovene vil være knyttet til lederrollen og ikke arbeidsoppgavene. Disse er vanskeligere å definere eksplisitt, de er vanskeligere å lage opplæring for, de er vanskeligere å lære og de er vanskeligere å ta i bruk. Dette har sin årsak i at lederkompetanse knyttet til funksjonen ofte bunner i holdninger, endringer av atferd og kommunikasjon, og at dette forutsetter refleksjon. Slike endringer er aldri lette.

### Kompetanseutvikling av kunnskap

Kunnskap er faktaopplysninger om et felt, enten beskrivende, som årsakssammenhenger eller som prosedyrer (Lai, 2004). Ulik typer kunnskap gir ulik forståelse og ulik mulighet for å bruke kunnskapen. Fra tabellen over de teoretiske kompetansekravene (tabell 2.1) kan tre eksempler på krav som er kunnskaper hentes frem: å kunne økonomistyring, å kunne personalforvaltning og å kjenne plansystemet i virksomheten.

Kunnskap kan tilegnes individuelt, ved for eksempel å lese, se eller lytte, eller som strukturerte diskusjoner (Lai, 2004). Dette er et individuelt arbeid, og kunnskapen må integreres i kunnskapsstrukturene til den som lærer før den påvirker atferden som ny kunnskap. Ny kunnskap som bygges på eksisterende kunnskap har lettest for å bli sittende. Organisasjonens tilrettelegging for å lære kunnskap kan for eksempel være å tilby kurs, ei bok, annet skriftlig materiale eller e-læring til selvstudium eller strukturerte diskusjoner.

### Kompetanseutvikling av ferdighet

Ferdigheter er å kunne gjøre noe praktisk, å få det til. Dette gjelder for eksempel kompetansekravet fra tabell 2.1 som er kommunikasjon med positiv intensjon, aktiv lytting og

å være fleksibel. Også det å kunne utøve ledelse er i seg selv en ferdighet som Mintzberg (2001) er tydelig på bare kan læres ved å øve, øve og øve. Kognitiv læring må ledsages av praktisk trening og tilbakemelding.

Ferdigheter læres ved å øve, ta imot tilbakemelding, diskutere med andre og reflektere. Organisasjonen kan tilby tiltak som veiledning i form av støttende ledelse som gir tilbakemelding og jobbrotasjon og simulering. I denne organisasjonen kan det kanskje bety å få muligheten til å prøve seg som leder selv om man ikke har ledererfaring.

#### Kompetanseutvikling av holdning

Både jobbrelevante og selvrefererende holdninger er viktige, slik det er beskrevet i kapittel 2.1. De har betydning både for hvordan oppgaver løses og for hvordan man stiller seg til kompetanseutvikling. Kompetansekrav fra tabell 2.1 som er holdninger er å være genuint oppmerksom mot andre mennesker og å integrere tilbakemeldinger (å ville lære og å få til å lære). Holdninger er den kompetansekomponeenten som er vanskeligst å lage gode læringstiltak for (Lai, 2004), og det er sannsynligvis nyttig å kombinere flere ulike metoder. Endring av holdninger krever at individet tenker og reflekterer over egne holdninger og handlinger. Organisasjonen kan tilby kurs, diskusjoner, veiledning, rollespill og selvstudium. I denne organisasjonen kan veiledning bety støttende ledelse som kan forsterke mestringstro og motivasjon.

#### Formell og uformell læring

Noen av de forslagene som er nevnt som eksempler på hvordan noe kan læres er formelle metoder, andre er uformelle. Formell læring er ofte initiert av ledelsen ut fra et definert behov for kompetanse. Uformell læring er ofte ubevisst læring uten læringsmål, for eksempel ved at en oppgave utføres i samhandling med andre (Lai, 2004). Formell læring kan være læring av nye oppgaver eller nye rutiner. Uformell læring er samtaler og diskusjoner som foregår i arbeidssituasjonen, eller som resultat av kontakt mellom aktører i et nettverk.

### **2.4.3 Personlige forutsetninger og organisatoriske støttesystemer for kompetanseutvikling**

Ulike faktorer kan fremme og hemme læring. Moxnes (2000) deler inn faktorene i personlige, mellommenneskelige, organisatoriske og samfunnsmessige. De tre første er nyttig for dette arbeidet, og vil bli diskutert her. De personlige inkluderer individuelle realiseringsbetingelser

for læring som motivasjon, selvbylde, subjektiv mestringssevne, autonomi med mer. De mellommenneskelige er særlig tilbakemelding. De organisatoriske er læringsmiljøet og tilretteleggingen for kompetanseutvikling i organisasjonen. Kompetanseutvikling på arbeidsplassen og organiseringen av støttesystem for kompetanseutvikling er to sider som begge må ivaretas (Eidskrem, 2008). Vi vil derfor i teorien drøfte disse hver for seg, personlige forutsetninger for kompetanseutvikling først og organisatoriske støttesystemer etterpå.

#### Personlige forutsetninger

En leder bør ha lederpotensial i form av personlige egenskaper, holdninger og ferdigheter. To egenskaper er kritisk for en leder: selvinnsikt og vilje til å lære (Hill, 2003). Selvinnsikt har vi diskutert under "å lede seg selv" i kapittel 2.2. Vilje til å lære er en holdning, som kan knyttes til selvrefererende holdning (Sternberg og Kolligian, 1990 ref i Lai, 2004). En forutsetning for å kunne lære er vilje til å spørre og undersøke (Haaland og Dale, 2005) og å ta imot tilbakemelding (Johannessen og Olsen, 2008).

Det å se meningen gir ofte motivasjon, og begge disse bidrar til følelsen av medbestemmelse (Lai, 2004). Mestringstro er en personlig holdning som påvirker ytelsen, og som på den måten er med på å avgjøre om en person er kompetent. Vi vurderer det slik at klinikksjefenes kompetanse best kan utvikles gjennom å gi medbestemmelse og å styrke mestringsstroen. Trygghet og toleranse som ramme for læringstiltaket øker også effekten. Ny kompetanse utvikles raskere gjennom utvikling av eksisterende kompetanse.

En mellomleder forutsetter ofte at topplederen har innsikt og oversikt over mellomlederens arbeidsområde (Haaland og Dale, 2005) slik at nødvendige ressurser tildeles og at støtte og veiledning tilpasses den enkeltes behov. Det er ofte ikke tilfelle. Mellomlederen må selv ta ansvar for å informere sin leder og be om tilbakemelding.

#### Organisatoriske støttesystemer

Ledelsesutvikling i en organisasjon som ønsker å utvikle ledere vil med fordel handle mer om tilrettelegging, oppfølging, krav og veiledning på individnivå, enn om kurs og programmer. De to ytterpunktene litteraturen beskriver knyttet til lederopplæring er et tradisjonelt introduksjonsprogram med ensidig informasjon om organisasjonen på den ene siden, og et

integrasjonssystem der leder og arbeidsgiver arbeider for gjensidig tilpasning over lengre tid på den andre siden (Haaland og Dale, 2005).

Mellomlederen må selv ta læringsansvaret, og organisasjonen bidrar til mellomlederens kompetanseutvikling ved å gi støtte, gi utfordringer, gi informasjon og vise frem resultater slik at lederens påvirkning på organisasjonen vises. Mellomlederens mentor må også være tydelig på forventninger og hvordan de skal følges opp, og ved å gi tilbakemelding (Haaland og Dale, 2005). Tilbakemelding er et av de sterkeste virkemidlene for å fremme læring, og det er organisasjonens, det vil si topplederens ansvar å gi klinikkjefen tilbakemeldinger som denne kan lære av.

Læring kan være en sosial praksis, som bygger opp et praksisfellesskap for å bli en kompetent praktiker (Lave og Wenger, 1991 ref i Eidskrem, 2008; Brown og Duguid, 1991). Dette vil særlig kunne gjelde ledere, som kan utnytte fellesskapet til uformell læring seg imellom. Ledelse er også en sosial praksis: læringen flyttes fra innsiden av hodet til sosiale relasjoner. Organisasjonen kan tilrettelegge for uformell læring ved å tilby samlinger og møter for klinikkjefer, der tema fra listen over kompetansekrav diskuteres.

Læringsbarrierer vil være tilstede i alle organisasjoner, og de kan finnes på individnivå, på gruppenivå og på organisasjonsnivå (Lai, 2004). Individet må selv ha motivasjon til å lære, også dersom bruk av lærdommen krever endringer i egen atferd. Individet må ha evne til å endre egen atferd og evne til å lære av situasjoner (refleksjon og generalisering). Hvis disse egenskapene ikke er til stede vil de kunne fungere som effektive læringsbarrierer. På gruppenivå har vi tidligere nevnt at organisasjonen kan ha rutiner og insitamentter som svekker ledelsens posisjon. Disse vil også kunne fungere som barrierer mot læring ved at lederen opplever at det ikke har noen betydning hva han gjør, det er andre ting i organisasjonen som avgjør utfallet uansett.

### **3 Metode**

I det følgende kapittelet vil vi redegjøre for vår forskningsdesign, gi et bilde av veien vi gikk med datainnsamling, analyse og diskusjon og belyse styrker og svakheter ved forskningsmetoden. Informasjon er samlet inn gjennom muntlig og skriftlig materiale, og teorien gav veiledning til datainnsamlingen og til analysen. Forskningssettingen er presentert i innledningen, kapittel 1.1.

#### **3.1 Forskningsdesign**

Dette kapittelet skal forklare hva som skal undersøkes, og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. Valg av case er viktig for at resultatene skal være nyttige og gyldige. Vi har valgt bare å undersøke en organisasjon, noe som medfører en viss risiko for at resultatene ikke er gyldige for andre (Yin, 2003). Vår begrunnelse for dette er at casen er unik. Det er bare her, av alle fylkeskommunale tannhelsetjenester, at klinikksjefene har fått arbeidsgiveransvar og ikke bare driftsansvar. Vårt valg av dette pilotprosjektet, kan bidra til å overføre erfaringer videre til andre fylker. Den ene av studentene er ansatt i organisasjonen som er undersøkt, og dette har gjort at vi hadde god tilgang på informasjon og intervjuobjekter. Tilgang på informasjon er også et viktig kriterium for valg av case (Yin, 2003).

I første fase av arbeidet vårt, ønsket vi å undersøke problemstillingen uten å bruke intervju. Men etter å ha arbeidet mer med teorien, og med hvorfor vi ville gjøre dette og hva vi ville oppnå, så innså vi at klinikksjefenes egen beskrivelse av kompetanse var en nøkkel til å finne svar på problemstillingen. Etter hvert lærte teorien oss at ansatteperspektivet trengte å balanseres opp mot ledelsesperspektivet, så noen ledere har uttalt seg, og noen dokumenter som representerer organisasjonens ståsted er analysert. Designet er derfor kvalitativt.

Stillingsbeskrivelser, instruksjoner og manualer skiller seg ofte fundamentalt fra hvordan arbeidstakere faktisk jobber (Brown og Duguid, 1991). Organisert læring og utvikling i virksomheter tar ofte utgangspunkt i beskrivelsene og ikke i den praktiske jobben. Praxis er sentralt for å forstå arbeid. Vi ønsker i denne undersøkelsen å ha fokus på ansattes forståelse av arbeidet, for så å sammenholde dette med ledelsens forståelse. På denne måten får vi utforske mellomledernes refleksjon omkring deres oppgaver og funksjoner, kompetanse og læringsbehov, i den sammenhengen de står i som klinikksjefer.

Ansattes - og ledelsesperspektivet kan avvike fra hverandre. Som grunnlag for ledelsesperspektivet vil vi bruke funksjonsbeskrivelse, Nordland fylkeskommunes arbeidsgiverpolitikk, samt en skriftlig vurdering fra to av tannhelsesjefene. Spørsmålene vi har stilt tannhelsesjefene er følgende: 1) Hvordan vil du beskrive en dyktig klinikkssjef? 2) Hvilket kompetansebehov vurderer du at dine klinikkssjefer har (som gruppe, ikke individuelt)?

Vi er inspirert av Sandberg (2000), og når kompetansebehov skal kartlegges, kan flere ulike tilnærminger velges: Arbeidsorientert, arbeiderorientert eller multimetode, som er en kombinasjon av de to første. Vi bruker en kombinasjon av de to perspektivene, altså multimetode, på individnivå. Klinikksjefenes egen oppfatning skal komme frem (arbeiderorientering), og deres forståelse skal sammenholdes med og vurderes mot organisasjonens behov (arbeidsorientering). Ulikheter mellom oppfatningene som fremkommer, vil vi diskutere.

Metodevalget for dette arbeidet blir derfor å intervju klinikksjefene om deres egen forståelse av hva de gjør, kompetanse og kompetansebehov. Og de blir spurt om hvilken kompetanse de mener kreves for å være en dyktig klinikkssjef. En grunnleggende forutsetning er at informantene er villige til å åpne seg og delta aktivt ved å dele sine refleksjoner med oss. Rapporten gir et øyeblikksbilde av situasjonen og er følgelig ikke en tidsstudie. Organisasjonsendringen trådte i kraft den 1.1.09, og denne undersøkelsen blir gjort høsten 2010. På grunn av utskiftninger i personalet er det på dette tidspunktet likevel flere nye klinikkssjefer i organisasjonen. De svarene informantene gir må derfor også belyses ut fra ulikt erfaringsnivå.

### **3.2 Datainnsamling**

Som hjelp til å utforme intervjuguiden har flere forfattere vært nyttige for oss. Haaland og Dale (2005) har inspirert oss til den tematiske inndelingen av intervjuguiden og til fagstoff om å være ny som leder. Linda A. Hill (2003) har vært til stor nytte for å lære om mellomlederens utfordringer for å bli en leder. Johannessen og Olsen (2008) har gitt oss relevante tema til spørsmål for å avdekke kompetansebehov og Odd Nordhaug (2004) og Linda Lai (2004) har gitt oss nyttig kompetanse om kompetansebegrepet. Sammenhengen mellom forskningsspørsmålene og datakildene som er benyttet er vist i tabell 3.1.

Tabell 3.1. Sammenheng mellom forskningsspørsmålene og de datakilder som er benyttet.

Forskningsspørsmål	Datakilder
1. Hvilken kompetanse trenger en klinikksef å ha?	Primærdata: intervju klinikksefer Skriftlig svar fra tannhelsesjefer  Spørsmål om hva dyktig klinikksef er.  Sekundærdata: funksjonsbeskrivelse av klinikksefrollen og NFKs arbeidsgiverpolitikk
2. Hvilken kompetanse har klinikksefene?	Primærdata: intervju klinikksefer  Spørsmål knyttet til oppgaver og funksjoner
3. Hvilke kompetansebehov har klinikksefene?	Primærdata: intervju klinikksefer  Spørsmål om hvilket læringsbehov klinikksefene har nå og hva de hadde som ny i rollen.  Skriftlig svar fra tannhelsesjefer  Spørsmål om hvilket læringsbehov klinikksefene har nå
4. Hvordan kan den ønskede kompetansen utvikles?	Ingen primærdata. Diskusjon om, og forslag til hvordan organisasjonen kan lage støttesystemer for kompetanseutvikling.

NFK: Nordland fylkeskommune

### 3.2.1 Medarbeiderperspektivet

Primærdata fant vi gjennom personlige intervjuer over telefon. Informantene fikk informasjon om problemstillingen på forhånd, og om vår intensjon med undersøkelsen. Vi mente det ville gi dem en formening om hva som ventet dem. Den av oss som var uavhengig av tannhelsetjenesten foretok intervjuene, slik at informantene lettere kunne åpne for sine refleksjoner og ikke forvente at intervjueren skulle forstå underforstått informasjon. Vi startet med 5 informanter og økte mot åtte, fram til vi følte at informasjonstilfanget var tilstrekkelig. Intervjuene varte fra 37 til 74 minutter. Intervjuene ble tatt opp som lydfiler som med enkelhet kunne lyttes til og transkriberes ord for ord. På denne måten kunne vi kategorisere og analysere hva informantene sa ord for ord, og trengte ikke å lene oss på gjenfortelling og fortolkning av informasjonen (Johannessen et al., 2004).

Intervjuene ble gjennomført i september 2010 (uke 36/37), med fortløpende transkribering av oss begge. For å sikre rett tolkning og å skape nærhet til intervjumaterialet, lyttet vi begge aktivt gjennom alle intervjuene. Dette var spesielt viktig for den av oss som selv ikke var til stede i intervjuet. Vi snakket sammen før og etter hvert intervju og drøftet reaksjoner, for å styrke felles forståelse av bidraget til informantene. Med telefonintervju mistet vi som forskere muligheten til å se og tolke ansiktsuttrykk, kroppsspråk og til å observere informanten i sitt rette element. Men metoden var lite kostnadskrevende, enkel å gjennomføre



i et langstrakt fylke og det muliggjorde et større tilfang av informanter (Johannessen et al., 2004).

Vi satte kriterier for hvilke klinikkjefer de tre tannhelsesjefene skulle velge ut for oss i hvert distrikt. Klinikksjefene skulle være både kvinner og menn, de skulle fungere godt i jobben og være verbale. De kunne både ha faglig bakgrunn som tannhelsesekretær, tannpleier og som tannlege. Informantene viste seg å ha ulik fartstid som klinikkjefer, og kunne derfor i ulik grad identifisere og reflektere over egen rolle og klinikkjefers kompetansebehov.

Et av intervjuene skilte seg ut som ekstra vanskelig i setningsoppbygging og begrenset relevans i innhold på grunn av mange avsporinger. Ettersom de 7 andre var gode og dekkende, så valgte vi å la informasjonstilfanget stoppe der.

#### Refleksjoner rundt intervjusituasjonen

Intervjuet fikk følge samme oppbygging som teorikapittelet, bare i motsatt rekkefølge:

Hvordan lede en organisasjon, hvordan lede mennesker og hvordan lede seg selv, samt noen avsluttende spørsmål om læringsbehov og hvordan de anser en dyktig klinikkjef. I starten av intervjuet ble det stilt åpne spørsmål og til hver av de tre kategoriene om å lede. Hvordan de svarte og hva de sa først og sist kunne gi et indirekte bilde av hva informantene selv vektla mest, hva de selv følte seg mest kompetent til, eller hva de brukte mest tid på selv. Enkelte informanter følte seg låst i åpne spørsmål og ba om stadige konkretiseringer. Noen følte at de svarte i "hytt og pine" og kjente seg usikre på om det de delte var av faglig interesse. Andre igjen kjente friheten over selv å brodere ut deres erfaring fra klinikkjefrollen.

Her følger egne refleksjoner fra den som var intervjuer, for å styrke påliteligheten knyttet til innsamlingen av data (Johannessen et al., 2004). I de første 1-2 intervjuene prøvde jeg meg frem med følgende metode: Jeg fokuserte på de åpne spørsmålene og nedtonet de konkrete oppfølgingsspørsmålene, og krysset av etter hvert som ulike tema var berørt. Deretter valgte vi ny strategi og stilte alle åpne og alle konkrete spørsmål. Dette gav mer dekkende svar og ble svært nyttig i analysearbeidet.

Innledningsvis fikk informanten gjentatt anonymitetskravet som gjelder for behandling av innsamlet materiale. Dette var noe alle aksepterte, samtidig med at flere uttrykte uro over at deres svar skulle bli målt opp mot sjefens eller ansattes svar på de aktuelle områdene, og bli brukt mot dem. Her søkte jeg vedvarende å formidle trygghet tilbake.

En informant sa: ”nå tømmer jeg meg helt”. Samtalene åpnet tydeligvis for et udekket behov for å dele refleksjoner og erfaringer som de ellers ikke fikk gjort. En annen informant fikk sterkere negativ fokusering etter hvert som intervjuet gikk fram. Ofte brukte jeg en tale- og lytteteknikk, også kalt ”papegøyemetoden” (Markman et al., 2007), ved at jeg gjentok med egne ord hva jeg trodde informanten hadde sagt, for å få bekreftet eller presisert fra dem om min forståelse av deres resonnement var riktig.

Spørsmål rundt selvledelse og egeninnsikt var mest utfordrende som åpent spørsmål. ”Hvordan leder du deg selv og slik tar ansvar for din egen utvikling som leder?” Det var tydelig at dette var en tilnærming som mange ikke kjente seg hjemme i. I en intervjusituasjon hørtes rasling i skuffer som kunne vitne om utålmodighet da disse selvreflekterende spørsmålene ble introdusert. I fortsettelsen med de konkrete oppfølgingsspørsmålene, kom svarene lettere igjen. Til de som lett knyttet an til tema rundt selvledelse, ble følgende oppfølgingsspørsmål stilt: ”Har du indre prinsipper som du styrer (deg selv) etter?” og da kom dype og bærende tanker som styrket intervjuene.

For å anerkjenne deres styrke som informant og for å bygge bro over til dem i intervjusituasjonen, prøvde jeg å gi oppmuntrende respons ved ”ja”, summelyd på ”m” og ”hm”, ”papegøyesvar” og bekreftende latter. Samtidig var jeg bevisst på å bekrefte deres erfaringer uten å bekrefte deres syn på en sak som stred med min faglige overbevisning

Som intervjuer skal det hårfin balanse til for å vite om når det er riktig å bryte en stillhet. Er det en tenkepause på vei til gjennomtenkte resonnementer eller er det utålmodighet fra informanten i vente av initiativ fra min side? For lang stillhet kunne skape usikkerhet og signalisere dårlig respekt for deres tid og for kort stillhet kunne frarøve meg verdifullt intervjumateriale.

### **3.2.2 Arbeidsgiverperspektivet**

Tannhelsesjefene ble bedt om å besvare spørsmålene om hvordan de ville beskrive en dyktig klinikkssjef og hvilket kompetansebehov de vurderer at klinikkssjefene har. Dette ble et bidrag til vår vurdering av organisasjonens behov for kompetanse på klinikkssjefnivå. Topp- og mellomledere er kompetente til å gjenkjenne og uttrykke en organisasjons kompetanse (King og Zeithaml, 2003). Vi vurderer det derfor slik at lederne i tannhelsetjenesten er kompetente

til å beskrive hvilken kompetanse tannhelsetjenesten trenger hos klinikksjefene. Kompetansen er avgjørende for å nå tannhelsetjenestens mål med omorganiseringen som ble gjort da klinikksjefene fikk større ansvar og flere arbeidsoppgaver. Dokumenter som beskriver klinikksjefenes rolle, sekundærdata med arbeidsorientering, ble lest og vurdert for å finne organisasjonens forventninger til klinikksjefene slik at de kan fylle funksjonen og løse de oppgavene som forventes.

### **3.3 Analyse og diskusjon av data**

Analyse og diskusjon ble gjort for både primærdata og sekundærdata, og metoden beskrives her.

#### **3.3.1 Behandling av primærdata**

Intervjuene av klinikksjefene utgjorde største delen av primærdata. Så snart intervjuene var gjort, startet grupperingen av svar. Først fikk de teoretiske antagelsene fra begynnelsen av prosjektet, styre analyseprosessen. Materialet ble sortert etter kompetanse til å lede en organisasjon, å lede mennesker og å lede seg selv. Under hver kategori ble de ulike temaområdene fra intervjuguiden satt opp og fylt inn med nøkkelbegrep og sitater fra informantene, der de best hørte hjemme.

Deretter ble hele materialet kategorisert en gang til, nå gjennom informantenes egne formuleringer og erfaringer, uten av å være bundet til vår forhåndskategorisering i teorien. Hvor mange har sagt hva og hvem har sagt noe som står i motsetning til en annen? Hvordan er forskjellen mellom å være ny og erfaren klinikksjef? Hva er de viktigste funnene og kompetansebehovene? Vi sammenlignet, grupperte, flyttet og omgrupperte. Kategoriene ble mange før de ble samlet i grupperinger slik de nå fremstår i analysen. Analysen er gjort to ganger, og av to personer og det bidrar til å styrke påliteligheten (Johannessen et al., 2004).

I analysen ble representative sitater valgt ut fra hver gruppe og gitt forklaringer til hva vi mente at de beskrev. Vårt fokus var å arbeide med kompetanseanalyse hos klinikksjefene som gruppe og ikke å analysere funn på individnivå. Men der hvor enkeltindividers utsagn ble viktige for helheten, ble det gitt ekstra fokus. Informantenes ståsted og erfaringer har vært i fokus og det er deres ord og beskrivelser som har vært brukt når vi har sortert funnene.

Tannhelsesjefenes svar var skriftlig, så disse ble analysert ved å gruppere hovedinnholdet i grupper, og så å velge ut representative sitater. Kategoriene ble så sammenlignet med svarene fra klinikksjefene, og et utvalg ble brukt for å synliggjøre likheter og ulikheter mellom medarbeider- og arbeidsgiverperspektiv.

### **3.3.2 Behandling av sekundærdata**

Følgende dokumenter ble analysert: Funksjonsbeskrivelse klinikksjef (Nordland fylkeskommune, 2008b) og Arbeidsgiverpolitikk 2010-2014 (Nordland fylkeskommune, 2010). Dokumentet "Funksjonsbeskrivelse klinikksjef" er på en side, og er delt inn i fem punkter; formålet med stillingen, organisasjonsmessig plassering, ansvarsområde, kvalifikasjonskrav og kriterier ved vurdering av jobboppgjørelse. Dokumentet "Arbeidsgiverpolitikk 2010-2014" er på 12 sider, og er delt inn i fem områder; arbeidsgiverpolitikk, en helsefremmende arbeidsplass, god ledelse, en lærende organisasjon og målrettet rekruttering.

Begge dokumentene ble analysert ved å lete etter nøkkelord som beskriver oppgaver, funksjoner og ansvar som inngår i klinikksjeffunksjonen og i arbeidsgiverrollen. Disse nøkkelordene ble så sortert og kategorisert. I kategoriseringen var den teoretiske inndelingen i ledelsesområder som er vist i tabell 2.1 et bakteppe, men kategoriene og beskrivelsen av dem ble gjort ut fra tekstenes egen karakter. På samme måte som ved analyse av primærdata har vi prøvd å la organisasjonens stemme bli hørt ved å la formuleringer fra tekstene få danne kategoriene.

### **3.3.3 Fra analyse til diskusjon**

Hvert av analysens delkapitler ble avsluttet med et interessant funn som ikke direkte kunne gi svar på det forskningsspørsmålet som ble diskutert der. Disse tre funnene, eller observasjonene, ble diskutert i kapittel 5. Hensikten var å forstå bedre det observerte og for å vurdere hvilken betydning dette hadde for problemstillingen. Hele prosessen kan sammenlignes med en trakt der vi stadig snevrer inn og blir stående med svar på de tre første forskningsspørsmålene på slutten av kapittel 5. Kapittel 6 er en diskusjon av det siste forskningsspørsmålet, der vi ikke har primærdata.

Sammenhengen mellom forskningsspørsmålene og hvordan oppgaven er strukturert er vist i tabell 3.2. Vi bruker konsekvent ”han” for å beskrive klinikkssjefen og mellomlederen, uavhengig av hvilket kjønn informantene hadde.

Tabell 3.2 Sammenheng mellom forskningsspørsmålene og hvordan oppgaven er strukturert

Forskningsspørsmål	2. Teori	4. Analyse	5. Diskusjon	6. Utvikling av kompetanse
1. Hvilken kompetanse trenger en klinikkssjef å ha?	2.2 Mellomlederrollen og kompetansekrav	4.1 Hva gjør en dyktig klinikkssjef?	5.1 Klinikksjefene og organisasjonen har ulik forståelse av hva målorientering innebærer	
2. Hvilken kompetanse har klinikksjefene?	2.3.1 Kompetansekartlegging	4.2 Klinikksjefenes beskrivelse av oppgaver og funksjoner	5.2 Ikke alle griper tak i lederrollen	
3. Hvilke kompetansebehov har klinikksjefene?	2.3.2 Kompetansebehov	4.3 Klinikksjefenes læringsbehov	5.3 Klinikksjefene har ulike læringsbehov til ulik tid.	
			5.4 Oppsummering av kompetanseanalyse – identifisering av kompetansebehov.	
4. Hvordan kan den ønskede kompetansen utvikles?	2.4 Kompetanseutvikling			Kapittel 6

### 3.4 Styrker og svakheter med forskningsmetoden

Vi valgte å bruke Lais kompetansebegrep (2004), som inkluderer holdninger sammen med evner, ferdigheter og kunnskap. Vi mener at dette har vært funksjonelt for vårt arbeid, særlig i analysearbeidet og i drøftingen fordi vi så at flere av de områdene der klinikksjefene trengte kompetanse var knyttet til holdninger; holdninger til egen læring, til selvledelse og til medarbeiderne.

Vi har ikke hatt tid til å gå tilbake til klinikksjefene for å spørre om de kjenner seg igjen i analysen og diskusjonen vi har skrevet. Dette ville ha styrket troverdigheten av vårt arbeid (Johannessen et al., 2004), og muliggjort justeringer på vurderingene. Men tannhelsesjefene har fått lese utvalgte sider i undersøkelsen som gjaldt dem, for å sikre at de opplever anonymitetskravet som ivaretatt. Vi vil i ettertid ha mulighet til å møte klinikksjefene og tannhelsesjefene for å gjennomgå rapporten, og for å diskutere videre oppfølging i organisasjonen.

Feilkilder som kan oppstå når subjektive metoder for vurdering av kompetanse brukes (Lai, 2004) er at klinikksjefen kan ha manglende innsikt i faktiske kompetansekrav og at kartleggingen stiller krav til selvinnsikt, evne til egenvurdering, samt evne og vilje til å formidle informasjon om egne behov. Vi mener vi har sett begge deler i vårt materiale. Manglende innsikt i faktiske kompetansekrav er vist i analysens del 4.1. Evne til selvinnsikt har variert, og er beskrevet annet sted i dette kapittelet.

I tillegg er det å gjøre vurderinger av egen kompetanse krevende, og det er vist at både en overvurdering og undervurdering av egen kompetanse er vanlig (Lai, 1999). Overvurdering av egen kompetanse og egen mestringsevne kan være en psykologisk forsvarsmekanisme. I dette arbeidet har vi ikke spurt direkte om kompetanse, men spurt om hvordan de løser oppgaver og funksjoner. Vi håper at det har gjort beskrivelsene så riktige som mulig. Tolkningen av svarene har vi som studenter gjort, og der ligger en risiko for feiltolking fortsatt. En stor del av intervjuobjektene kompetanse er taus, og vår måte å samle data på vil sannsynligvis ikke avdekke taus kunnskap (Lai, 2004). Dette er også en feilkilde.

Det ble brukt åpne spørsmål fordi vi ønsket å få svar på hva informantene selv var opptatt av. Når det i begrenset grad er svart på hva for eksempel målorientering innebærer, så kan det enten dreie seg om at de ikke har kompetanse til å tenke målrettet, eller det kan handle om at våre spørsmålsstillinger ikke var tydelige nok. Dette kan være en feilkilde med intervjuguiden.

### Styrke i samarbeid

“Coming together is a beginning. Staying together is prosess. Working together is success!”, lyder et sitat fra Henry Ford. Som samarbeidspartnere har vi erfaring gjennom mange år. I arbeidet med denne rapporten har vi utfyllt hverandre på mange måter. Distanse og nærhet er ivarettatt ved at den ene er ekstern og den andre er intern i forhold til tannhelsetjenesten. Den ene av oss er målorientert av personlighetstype, mens den andre er mer relasjonsorientert. Den ene skriver ordknappt og logisk, mens den andre skriver fyldig og fargerikt. Vi har verdsatt hverandres styrke og båret hverandres svakhet. I starten av hver ny arbeidsprosess, har vi møttes og drøftet løsningsforslag for hvor veien går videre, for så å gå hver til vårt og virkelig gjøre planene. Vi har byttet dokumenter og vekselvis jobbet oss gjennom fagfeltene.

## 4 Analyse

For å besvare de tre første forskningsspørsmålene er informanter blant klinikksjefene og arbeidsgiverne spurt, og relevante dokumenter fra organisasjonen analysert. Analysen presenteres i tre del – kapitler, basert på hvert av de første forskningsspørsmålene:

- 1: Hvilken kompetanse trenger en klinikksjef å ha? (kapittel 4.1)
- 2: Hvilken kompetanse har klinikksjefene? (kapittel 4.2)
- 3: Hvilke kompetansebehov har klinikksjefene? (kapittel 4.3)

### 4.1 Hva gjør en dyktig klinikksjef?

Klinikksjefene ble spurt om hva de mente var en dyktig klinikksjef. Alle svarte og vi presenterer svarene med utvalgte utsagn fra klinikksjefene. Svarene er i hovedsak en beskrivelse av oppgaver og funksjoner som utføres, og svarene er samlet i områder som synes vesentlig for klinikksjefene. Organisasjonen, eller arbeidsgiver, har også en forventning til klinikksjefenes kompetanse. Forventningene har vi funnet i funksjonsbeskrivelsen til klinikksjefene, Nordland fylkeskommunes arbeidsgiverpolitikk og tannhelsesjefenes svar på hva de mener kjennetegner en dyktig klinikksjef. Vi presenterer klinikksjefenes og organisasjonens beskrivelser og vurderer de opp mot hverandre. Til slutt vurderes det hvilken kompetanse som kreves for å løse de oppgavene og funksjonene som er kommet frem som viktige arbeidsområder for en dyktig klinikksjef.

#### 4.1.1 Klinikksjefenes beskrivelse av en dyktig klinikksjef

##### Å fremme gjensidig tillit mellom klinikksjef og medarbeidere

De aller fleste klinikksjefene hadde utsagn som handler om det gjensidige forholdet mellom leder og ansatte som er så viktig for at lederen skal fungere. Dette kan illustreres gjennom følgende utsagn:

”...akseptert hos de andre, en som jobber i et vennlig arbeidsmiljø. En som gjør at de ansatte kan stole på hverandre. Som føler at de ansatte vil han vel og at han selv vil de ansatte vel.”

”De ansatte må jo føle seg trygg på den, samtidig som de må ha en viss respekt for klinikksjefen.”

Det første utsagnet beskriver arbeidsmiljøet som godt, men informanten sier ikke noe om hvem det er sitt ansvar at det er slik. At man vil hverandre vel på en arbeidsplass, også

vertikalt i hierarkiet, er viktig for muligheten for et godt samarbeid. Vi tolker at utsagnet er ment som et eksempel på at en dyktig klinikkssjef utøver rollen sin som leder godt. Det andre utsagnet introduserer et nytt element, nemlig respekt. Dette er noe man har gjennom sin formelle rolle, eller noe man gjør seg fortjent til gjennom utøvelse av den rollen man har. Informantene fremmer at en dyktig klinikkssjef skaper gjensidig tillit mellom klinikkssjef og medarbeidere.

#### Å motivere ansatte

De aller fleste klinikkssjefene har berørt det å motivere ansatte som en viktig del av jobben sin. Følgende utsagn kan illustrere hva informantene har sagt:

”...har evnen til å få folk på din side.”

”...det er det viktigste, oppfølging og tilbakemelding.”

”En dyktig klinikkssjef må være åpen og lydhør.”

Av dette tolker vi at den første informanten vektlegger en dyktig klinikkssjefs evne til å motivere slik at medarbeidere og klinikkssjef jobber for de samme felles målene. Motivasjon er knyttet til medbestemmelse og tilbakemelding, dette er nevnt direkte i det andre utsagnet: oppfølging og tilbakemelding. Oppfølging kan her bety å se den ansatte og den jobben som utføres, følge opp med spørsmål og tilbakemeldinger og samtidig se jobben i den større sammenheng den er i. Det siste sitatet mener vi betyr å ta de ansatte med på råd slik at de samhandler og får medbestemmelse. Informantene synes å mene at en dyktig klinikkssjef motiverer gjennom medbestemmelse og tilbakemelding.

#### Å administrere oppgaver

De konkrete arbeidsoppgavene som har frister og som er tydelige, er nevnt av mange. Her er noen utsagn som kan tjene som en illustrasjon på hva som er sagt:

”...overholde frister...”

”Får gjort det administrative, har god oversikt, ...finder svar på de spørsmålene som dukker opp...”

”...trenger ikke være høy kompetanse på å rotfylle, men på alt det administrative.”



Det å løse arbeidsoppgavene en leder har, omtales ofte som å administrere, og vi tolker at det her ligger rapportering, kontroll, ferie- og permisjonssøknader, økonomioppfølging med mer. Informantene påpeker at en dyktig klinikkssjef kan administrere klinikkområdet.

Å være tydelig og å arbeide mot mål

Noen informanter beskriver det å være tydelig, ta avgjørelser og informere om overordnede mål. Disse utsagnene kan illustrere hva som er sagt:

”En som gir klare beskjeder til sine ansatte, som føler at disse blir akseptert...”

” ... er tydelig og som kommuniserer godt med sine ansatte...[og] får informasjon fra fylket over til dem på klinikkene.”

Det første utsagnet tolker vi slik at ”å gi klare beskjeder” betyr å vise hva målene er, og når disse beskjedene blir akseptert, betyr det at de ansatte aksepterer og deltar i å nå disse målene. I en godt fungerende klinikk vil vi anta at det betyr at de ansatte også jobber for å nå målene. En dyktig klinikkssjef vil i denne tolkingen være en som når mål gjennom andre. Informanten som kommer med det andre utsagnet bruker ”tydelig” som begrep, det kan tolkes på samme måte som ”klare beskjeder” i utsagnet over. I tillegg er det å kommunisere godt med sine ansatte med. Siste del av utsagnet om å få informasjon fra fylket over til de ansatte kan være ment som å sette mål, selv om språket er passivt i forhold til den første informanten.

To andre klinikkssjefer var mer aktiv i språket når de berørte tema om målorientering, noe disse sitatene viser:

”...vet hva som klinikken skal mestre gjennom året.”

”Som informerer om de målene klinikken har, hva trenger vi å få gjort før dette året er gått, hva er fremtidsplanene, hva kan vi gjøre i år som vi kan nyte godt av om tre år.”

Særlig siste del av utsagnet, om hva vi kan nyte godt av om tre år, tyder på en bevissthet om resultatorientering, om at det er overordnede mål og visjoner i organisasjonen, og ikke bare produksjonsmål fra måned til måned.

Et annet aspekt av det å nå mål er hvordan den daglige driften organiseres og gjennomføres.

En av informantene sier om dette:

”En som får klinikken til å drive godt, får effektiv drift, som får pasienter inn og pasienter ut igjen, og at klinikken har et felles mål om disse tingene her.”

Effektiv drift kan bety at klinikken har god pasientflyt, at tiden brukes godt og personalet jobber godt og der lederen bidrar til at dette er et felles mål alle jobber mot og på samme måte.

I de to første sitatene så vi at informantene hadde fokus på å informere om mål, i de to neste berøres målorientering og i det siste gjelder målsettingen daglig drift. Det å være tydelig og å arbeide mot mål er bare berørt hos noen og vi mener det knyttes til daglig drift.

### Oppsummering

Klinikksjefene uttrykker selv at det å skape gjensidig tillit mellom klinikksjefen og medarbeiderne og det å motivere medarbeiderne, er den viktigste delen av jobben deres.

Kompetanse i å samhandle blir da det viktigste kompetansekravet. De administrative oppgavene som skal løses må klinikksjefene ha kompetanse i, dette blir også et kompetansekrav. De siste områdene, det å være tydelig og å arbeide mot mål, er bare dekket av noen og knyttes generelt sett til daglig drift.

### **4.1.2 Organisasjonens forventninger til en dyktig klinikksjef**

Vi vil her presentere organisasjonens forventninger til klinikksjefene, sett gjennom funksjonsbeskrivelsen, arbeidsgiverpolitikken i NFK og de to klinikksjefenes uttalelser.

#### Funksjonsbeskrivelsen

Det fremgår av stillingsutlysningen at formålet med stillingen er ledelse av tannklinikkene, og at klinikksjefen inngår i tannhelsedistriktets ledergruppe. Klinikksjefen er arbeidsgivers representant, og har personalansvar. Ansvarsområdene kan etter vår vurdering deles i to hovedområder, ledelse og drift. Ledelse inkluderer å definere mål, utarbeide strategier og ha arbeidsgiveransvar. Drift inkluderer god og effektiv klinikkdrift, overholdelse av budsjett og personalarbeid.

Det er laget et dokument som beskriver oppgavefordeling mellom nivåene i organisasjonen, fra klinikken som laveste nivå, så klinikksjef, tannhelsesjef og fylkestannlege. Oppgavene er delt inn i tre områder: personal, fag og økonomi. Som en del av omorganiseringen har det vært et mål å redusere ”papirarbeidet” for ansatte på klinikkene. Mer gjøres på distriktskontoret, på tannhelsesjefnivå.

Samlet sett vurderer vi at funksjonsbeskrivelsen vektlegger to ting. For det første det å være en arbeidsgiverrepresentant og gjennom det utøve ledelse, og for det andre drift, inkludert økonomistyring og personalansvar.

#### Arbeidsgiverpolitikk 2010-2014 i Nordland fylkeskommune

Siden klinikkjefene har arbeidsgiveransvar må de følge fylkeskommunens arbeidsgiverpolitikk. Gjeldende dokument, arbeidsgiverpolitikk 2010-2014 (Nordland fylkeskommune, 2009), vektlegger både leders og ansattes ansvar for å skape en attraktiv og inspirerende arbeidsplass. Lederens rolle synliggjøres ekstra ved at det er et eget fokusområde som heter "God ledelse". God ledelse og godt lederskap er gjentakende brukt i dokumentet. Vi har vurdert at dokumentet vektlegger to hovedområder som er lederens ansvar: å utvikle en god organisasjonskultur der den ansatte blir sett og får innflytelse, og å oppnå gode resultater gjennom et tydelig og omsorgsfullt lederskap.

Det første området har hovedfokus på medarbeiderne og deres kompetanse, likeverdig behandling og å ha gode intensjoner som leder i samhandling med medarbeiderne. Det andre punktet handler om å vise mot i møte med medarbeiderne, å være tydelig uten å være autoritær og å ha kunnskap om hva som må til for å skape resultater.

Lederens kompetanse som forutsetning for godt lederskap er uttrykt slik (Nordland fylkeskommune, 2009:6):

"Muligheten for å utøve godt lederskap avhenger blant annet av ... kompetanse og kunnskap."

Samlet sett vurderer vi arbeidsgiverpolitikken som å ha fokus på at en leders ansvar er å utvikle en god organisasjonskultur der den ansatte blir sett og får innflytelse og å oppnå gode resultater gjennom et tydelig og omsorgsfullt lederskap.

#### Tannhelsesjefene

Hovedinntrykket av tannhelsesjefenes forventninger til en dyktig klinikkjef er at de vil ha en klinikkjef som arbeider selvstendig med å nå de målene distriktet ha satt seg. Det betyr å arbeide med utfordringer og forbedringer i sitt klinikkområde i tråd med mål og strategier som er utviklet på klinikkjefmøter, på en måte som gjør at medarbeiderne er med. Følgende sitat illustrerer essensen av dette:

”...den klinikk sjefen som er i stand til å iverksette den strategien for en felles utvikling av tannhelsetjenesten som er besluttet på klinikk sjefmøte.”

Dette utdypes videre gjennom flere utsagn, som kan beskrives som det å fylle arbeidsgiverrollen, arbeid knyttet til å nå mål gjennom medarbeiderne og å forbedre driften.

Arbeidsgiverrolle:

”... å få alle på "sitt" lag samtidig som han tydelig signaliserer rettferdighet og lojalitet til organisasjonens mål og strategier.”

Motivasjon og medbestemmelse for å nå mål:

”... å balansere mellom regelstyring og evne å bygge relasjoner slik at klinikkområdet føler eierskap til drift og mål...”

Forbedre driften:

”...får gjort det vi er enige om, men i tillegg har denne evnen til selv å komme med forslag og vurderinger til bedringer innenfor sitt klinikkområde.”

”...å se hvilke faktorer som påvirker driften ved klinikken og klarer på en god måte å sakte men sikkert skape endring i forhold til inngrodde mønstre.”

Det disse utsagnene viser er bredden i oppgaver og ansvar som tannhelsesjefene legger i den overordnede forventningen som ble presentert først. Her tydeliggjøres i første sitat arbeidsgiverrollen en klinikk sjef forventes å ha, der organisasjonens mål og strategier blir fulgt. For å få til dette mener tannhelsesjefen i det andre sitatet at klinikk sjefen må involvere medarbeiderne i prosessene slik at de også får et eierskap til målene. De siste sitatene handler om forbedring av driften og ledelse av endringer knyttet til det.

En av tannhelsesjefene poengterer det at klinikk sjefen må arbeide med sitt eget ståsted i forhold til organisasjonens mål:

”...å gripe de overordnede målene og videreutvikler disse i henhold til egne preferanser slik at eierskapet bli godt forankret før implementering i eget klinikkområde.”

Det å skape eierskap til de overordnede målene, slik at de er godt forankret i klinikk sjefen selv, før han starter arbeidet med å implementere det i eget klinikkområde, ser vi på som en viktig forutsetning for å være en leder og ikke en administrator.

Samlet vurderer vi at tannhelsesjefene har fire områder de har forventninger om: en leder som oppnår resultater basert på mål, en som tar arbeidsgiverrollen, en som kan bruke motivasjon og medbestemmelse for å nå mål og som kan forbedre driften.

### 4.1.3 Samlet vurdering: Hva er en dyktig klinikksjef

For å vurdere om det var samsvar eller ikke mellom klinikksjefenes egen beskrivelse av hvilke oppgaver og funksjoner en dyktig klinikksjef utøver, og organisasjonens forventninger om det samme, ble de oppsummerte gruppene av svar satt opp i tabell 4.1, slik at grupper som tilsvarer hverandre ble samlet. Hvert av klinikksjefenes punkter vil følgelig kort bli vurdert opp mot organisasjonens forventninger til det samme. For å gjøre fremstillingen oversiktlig, har vi skissert kompetansekrav i samme tabellen, men behandler dette i punkt 4.1.4.

Tabell 4.1. Vurdering av hva klinikksjefene og organisasjonen vektlegger av oppgaver og funksjoner for en dyktig klinikksjef, inkl. kompetansekrav.

<b>Klinikksjefene vektlegger</b> Kapittel 4.1.1	<b>Organisasjonen vektlegger</b> Kapittel 4.1.2	<b>Samlet vurdering</b> Kapittel 4.1.3	<b>Kompetanse krav</b> Kapittel 4.1.4
Å skape gjensidig tillit mellom klinikksjef og medarbeidere	Å utvikle en god organisasjonskultur der ansatte blir sett og får innflytelse	Å fremme samhandling	Samhandlingskompetanse (Å kunne motivere)
Å motivere ansatte	Å lede drift inkludert budsjett og personal Å motivere og å gi medbestemmelse for å nå mål	Å motivere Å gi medbestemmelse	
Å administrere oppgaver	Å lede drift inkludert budsjett og personal Å forbedre driften	Å lede og administrere daglig drift	Å lede og administrere daglig drift
Å være tydelig og å arbeide mot mål (driftsmål)	Arbeidsgiverrepresentant og derigjennom ledelse Å oppnå gode resultater gjennom et tydelig og omsorgsfullt lederskap. Leder som oppnår resultater basert på mål Arbeidsgiverrolle	Å være målorientert	Å være målorientert

For det første har informantene og organisasjonen tilsvarende forventning, når det gjelder gjensidig tillit mellom klinikksjef og medarbeider og det å utvikle en god organisasjonskultur der den ansatte blir sett og får innflytelse. En felles beskrivelse kan være at en dyktig klinikksjef fremmer samhandling innenfor klinikkområdet. I teorien er samhandling og motivasjon behandlet som ulike tema, men her i analysen ser vi at temaene glir over i hverandre. For å illustrere dette, er temaene sammensatt i felles tekstboks.

For det andre fremhever begge at en dyktig klinikkssjef bør ha kompetanse innenfor administrasjon og drift og en motiverende lederholdning. Disse to områdene viser at forståelsen av kompetansekravene er sammenfallende, og vi velger derfor ikke å ta disse momentene med til diskusjonen.

For det tredje kan det på området ”å være tydelig og å arbeide mot mål”, se ut til at organisasjonens forventninger er større og bredere enn det klinikkssjefene selv mener. En fellesnevner kan være målorientering. Enkelte klinikkssjefer uttrykker, slik vi ser det, dette området i form av driftsmål. Organisasjonen på sin side har vektigere forståelse av målorientering, i rollen som leder, som arbeidsgiver og som den som oppnår resultater.

#### Oppsummering

Vi ser klinikkssjefer og organisasjonen på de fleste områder, har sammenfallende forventninger til hvilke oppgaver og funksjoner en dyktig klinikkssjef har, men skiller seg fra hverandre i forståelsen av hva målorientering innebærer. Den ulike forståelsen av målorientering skal drøftes videre i 5.1.

#### **4.1.4 Kompetansekrav basert på hva en dyktig klinikkssjef gjør**

Analysen i kapittel 4.1 om hva en dyktig klinikkssjef gjør, er basert på forståelsen av at ulike kompetanse må benyttes for å kunne løse oppgaver og funksjoner. En liste over oppgaver som skal løses vil derfor kunne gjøres om til en liste over kompetansekrav som må fylles for å kunne løse oppgavene.

Oppgaver og funksjoner med tilhørende skisse av kompetansekrav til en dyktig klinikkssjef, er skissert i tabell 4.1. For det første kan det å fremme samhandling og å motivere knyttes til at en dyktig klinikkssjef har samhandlingskompetanse. Samhandlingskompetanse kan bære i seg evnen til å se, motivere og gi innflytelse til medarbeidere, gi medbestemmelse for å nå mål, fremme gjensidig tillit og til å utvikle en god organisasjonskultur. Verken Nordhaug (2004) eller Johannessen og Olsen (2008) definerer det å motivere direkte inn under samhandlingskompetanse. Likevel kan påvirkning, slik vi ser det, knyttes til motivasjonsbegrepet, og det finner vi støtte i hos Martinsen (2003). I vår sammenheng ser vi at materialet fra intervjuene best forstås gjennom en komplimenterende forståelse av motivasjon tilknyttet samhandlingsbegrepet, derfor gjør vi det. For det andre kan det å gjøre

administrative oppgaver og lede daglig drift dreie seg om kompetanse til å lede og administrere daglig drift. For det tredje mener vi å finne et felles kompetansekrav som omhandler det å være målorientert: målorientert ledelse. Dette kravet kan forstås som driftsorientert ledelse mot produksjonsmål og kostnads mål.

### Oppsummering

Klinikk sjefene og organisasjonen som helhet beskriver oppgaver og funksjoner som kan dreie seg om at en dyktig klinikk sjef har samhandlingskompetanse, kompetanse til å lede og administrere daglig drift samt kompetanse til målorientert ledelse.

## **4.2 Klinikk sjefenes beskrivelse av oppgaver og funksjoner**

I den følgende analysen lar vi klinikk sjefene få ordet, i det de beskriver sine egne opplevelser og erfaringer knyttet til oppgaver og funksjoner i klinikk sjefrollen. Vi presenterer funnene i tre områder: å utvikle lederidentitet, å motivere medarbeiderne og å lede og administrere daglig drift. De tre områdene er kommet frem som et resultat av klinikk sjefenes svar, og de representerer de viktigste områdene fra intervjuene. På slutten av kapittelet vil oppgaver og funksjoner bli gjort om til kompetanse slik at kapittelet skal avsluttes med å gi svar på forskningsspørsmål to om hvilken kompetanse klinikk sjefene har.

### **4.2.1 Å utvikle lederidentitet**

Å utvikle lederidentitet handler om den prosessen det er å gå fra individuell bidragsyter til å bli leder som arbeider gjennom andre. Klinikk sjefenes svar er gruppert, og blir presentert i fire områder: å gjøre klinikk sjefrollen til en del av seg selv, å prioritere, å ta imot tilbakemelding og å finne handlingsrom i klinikk sjefrollen.

Å gjøre klinikk sjefrollen til en del av seg selv

Mange av informantene beskriver tanke- og følelsesmessige utfordringer knyttet til å gjøre klinikk sjefrollen til en del av seg selv. Det er fire forhold som peker seg ut som felles problemstillinger, å gi lederrollen verdi, å tenke helhetlig, å finne trygghet i lederrollen og å være forbilde for medarbeidere. Disse fire faktorene kan sammenfattes i det å gjøre klinikk sjefrollen til en del av seg selv. Representativ er følgende informant som beskriver kampen om vekting av tid og verdi i arbeidet:

”...det som tannlegen i meg kaller for ”bortkastet tid”. Når man ikke produserer noe så er liksom tiden bortkastet, men det er ikke sant når du skal være leder. Jeg må prøve å

skille mellom tannlegen i meg og lederen i meg. Og i begynnelsen var det forferdelig vanskelig. Jeg syntes at den dagen da jeg satt her og hadde administrasjon og løste problemer var – ikke gjaldt, på en måte. Det var den største kampen jeg hadde med meg selv, å se at alle tingene rundt den lederrollen faktisk hadde en verdi.”

Informanten opplever at det er andre ting som har verdi i klinikksjefrollen enn i rollen som fagperson. Klinikksjefene må strekke seg for å verdsette administrasjon, personalledelse og personaloppfølging, i forhold til verdsetting av produktiviteten som fagperson. Vi ser at det å kombinere og håndtere to roller utfordrer informantene som helhet.

Dernest erfarer flere informanter en utfordring med å se virksomheten de er leder for i en større sammenheng:

”Det er det som er hovedforskjellen fra bare å være tannlege til å være leder, mer helhetsbilde.”

Informanten erfarer at klinikksjefrollen krever å tenke helhetlig med fugleperspektiv over klinikkens arbeid og personale.

Mange informanter uttrykker behovet for å finne trygghet i lederrollen. Vi ser to ulike perspektiver: trygghet i seg selv kontra trygghet i sine ferdigheter og trygghet i seg selv kontra personlige endringsprosesser. Det første spennet finner vi som følger:

”Det handler om å ha det godt med seg selv som leder.”

”Jeg føler meg trygg i det jeg kan i systemet.”

Den første informanten verdsetter trygghet i seg selv som leder, mens den andre informanten verdsetter trygghet i forhold til sine ferdigheter i klinikksjefrollen.

Det andre perspektivet blir skissert av en og samme informant:

”Jeg prøver å endre på det som jeg vet med meg selv er en svak side.”

”Jeg måtte bestemme meg for at det må være godt nok med bare meg!”

Informanten gir uttrykk for at han vil være i endring og jobbe med seg selv mot det som av sammenhengen kan synes som bevisste egendefinerte målsettinger. Spenningen i informantens utsagn er interessant, fordi han har bestemt seg for at han er bra nok som han er i seg selv, samtidig som han prøver å endre på svake sider ved seg selv.



Endelig vil vi vise til informantenes erkjennelse av å være et forbilde. En informant uttrykte det gjennom positivitet, en annen som rollemodell gjennom engasjement og en tredje gjennom handling, som vi ser av følgende sitat:

”Som leder har jeg den filosofien at skal man selge noe, så må man i alle fall gjøre det selv. Hvis man snakker om effektivitet, så må man gjøre det selv.”

Informantene anser forbildeeffekten som en av flere motivasjonsfaktor.

Informantene uttrykker utfordringer knyttet til å utvikle lederidentitet gjennom å gi lederrollen verdi, tenke helhetlig, finne trygghet i rollen og bevissthet rundt det å være forbilde. Disse erfaringene er nært knyttet til de oppgaver og funksjoner klinikksjefene utfører.

#### Å prioritere

Informantene uttrykker at de opplever et arbeidspress knyttet til årsoppgjøret, i forhold til underkapasitet og til konflikter. Informantene løser dette ved å velge å gjøre ulike prioriteringer. For noen innebærer dette å ta jobben med seg hjem for å få ro og konsentrasjon. Andre har høyeste prioritet i å skille jobb og fritid. Noen uttrykker også at erfaringen de har fått til nå letter opplevelsen av trykket. Følgende informant forteller at han har tatt noen grep om prioriteringer for å lette trykket fra arbeidsbelastning:

”...det er mer oversiktlig, jeg klarer å jobbe mer systematisk, og føler jeg har mer tid og, jeg har mer konkrete arbeidsoppgaver nå fordi jeg har laget meg prioriteringer som jeg jobber etter.”

Å jobbe mer systematisk tolker vi som å fokusere på en oppgave av gangen og å gjøre oppgaver i prioritert rekkefølge. Informanten vinner seg tid med å ha bedre oversikt. Det samme uttrykkes gjennom i større grad å se fremover og forutsi hva som kommer av oppgaver og ikke bare vente på oppgaver slik det ofte kan være i starten.

Vi ser at informantene gjør ulike prioriteringer for å få gjennomført oppgaver og funksjoner.

#### Å ta imot tilbakemeldinger

Å være leder innebærer å takle tilbakemeldinger fra medarbeidere, andre klinikksjefer eller fra ledelsen. De fleste av informantene viser at de er bevisste på hvordan de tar imot tilbakemeldinger.

”Hvis det blir positive tilbakemeldinger, så blir jeg selvfølgelig kjempeglad og føler at det var riktig det jeg gjorde. Og blir det negativt, så må jeg gå noen runder med meg selv og prøve å rette opp og finne nye måter å gjøre det på.”

Følgende informant skiller mellom hva han velger å ta til seg og ikke:

”Så må du jo ta det til deg og tenke, er det berettiget eller ikke?”

Informantene viser at de reflekterer over hvordan de velger å integrere tilbakemeldinger de får.

Å finne handlingsrom i klinikksejrollen

Vi finner et spenn i forhold til om informantene opplever at de har stort eller lite handlingsrom som klinikksej. Noen opplever at de har en formidlerrolle med begrenset autoritet. Andre opplever at rollen innebærer medbestemmelse i forhold til retningslinjer. Flere informanter formidler utilfredshet med at grensene for deres autoritet er snevre. Følgende informant beskriver at han ikke har vært med på å lage noen av rammene, han bare formidler det som er bestemt:

”Jeg har ikke bestemt, jeg har ikke vært med å lage noen retningslinjer, jeg må bare formidle.”

Et lignende forhold uttrykkes også i det neste sitatet, nå med henvisning til at ansvaret på personalsiden ikke er fullstendig, virkemidlene han kan bruke er begrenset:

”Og da, å være tydelig leder med en amputeret autoritet, det er en drittjobb, egentlig (..), å anbefale, skrive under eller å være forbilde, så mye mer er det ikke å gå på.”

Disse to informantene opplever at handlingsrommet og rammen for klinikksejansvaret er lite.

Motsetningen til denne opplevelsen finner vi hos følgende informant:

”Det viktigste jeg har lært er å spørre dem som har vært her lengre enn meg. Og så har man jo fått kurs underveis og man har hørt på de tolkinger av det regelverket som vi har. Vi skal jo være en fleksibel arbeidsgiver. Så blir det jo til at de reglene som vi allerede har, at vi kan bøye dem i ulik retning. Da har det vært allright å være del av klinikksejfellesskapet slik at vi kan samkjøre oss på hva vi syns vi kan tillate innenfor de reglene vi har.”

Informanten uttrykker fleksibilitet i arbeidsgiverrollen og opplever at regelverket kan justeres og vinkles ut i fra klinikksejens egne vurderinger.

Felles for mange informanter er opplevelsen av at medarbeidere mer forventer en tillitsvalgt enn en leder i den nye klinikksjefrollen. Klinikksjefene har bevissthet omkring det at klinikksjefrollen har endret seg i den nye organisasjonen. En av informantene uttrykker hvilken utfordring den nye strukturen har medført for ansatte på klinikken og for hans rolle som arbeidsgiverrepresentant.

”Det som har vært utfordring på klinikken, ... det har ikke vært klinikksjefer før i den ordningen som fylket nå legger opp til. Før har lederen vært mer som en tillitsvalgt enn som en arbeidsgiver.”

Han peker på at tidligere har klinikksjefen mer vært en som koordinerte driften på klinikken og samlet klinikkens synspunkter overfor ledelsen. Nå er klinikksjefene gitt et større ansvar og en arbeidsgiverrolle, og de ansatte er kanskje ikke informert om denne endringen godt nok, eller de ønsker ikke å forholde seg til denne endringen.

Vi ser at mange klinikksjefer er i prosess mot å utvikle identitet som leder og flere mener at handlingsrommet er for lite, både det som er gitt av ledelsen og av medarbeidere. Å gjøre prioriteringer mellom arbeidsoppgaver og å ta imot tilbakemeldinger er områder de fleste mestrer.

#### **4.2.2 Å motivere medarbeidere**

I tilknytning til tema om å lede mennesker, fikk informantene spørsmål om hvordan medbestemmelse blir gitt og hvordan de motiverer medarbeiderne. Svarene er samlet i to områder: å motivere og å bruke ulike møteplasser.

##### **Å motivere**

Et flertall av informantene løfter fram godt arbeidsmiljø, positivitet, skryt og anerkjennelse, og det å se og bry seg om medarbeidere som motivasjonsfaktorer. Mange prøver å balansere positiv og negativ tilbakemelding til medarbeiderne, som følgende informant gjør:

”Jeg prøver å ta med både det positive og det negative, så det ikke bare blir det negative, for å holde piffen oppe.”

Det ser ut til at informanten vil ivareta mennesket bak den som mottar konstruktiv kritikk ved å balansere med positiv tilbakemelding. Informantene uttrykker at de anerkjenner positiv atferd, og opplever det som krevende, men nødvendig, å påpeke feiltrinn.

Mange fremholder at ansvar, fordeling av arbeidsoppgaver og felles problemløsning i tilknytning til klinikkemøtet skal motivere, som vist gjennom følgende uttalelse:

”Ja, prøve å selge noen gode argumenter, at vi blir enige om noe i fellesskap (.), at klinikken får ansvaret for det, det har jeg mer tro på.”

Det å bli enige om noe i fellesskap kan tolkes som evne til å delegere, og at klinikken får ansvar og ikke bare pålegges oppgaver, kan knyttes til det å gi medbestemmelse. Disse informantene synes å se at delegering og medbestemmelse gir motivasjon for medarbeiderne.

Videre velger vi å formidle enkeltuttalelser fra to ulike informanter fordi de gir viktige innspill til diskusjon rundt tema motivasjon. Den første informanten sier noe om at medarbeidere har ulik motivasjon og ulik evne til å engasjere seg på arbeidsplassen:

”Men da synes jeg kanskje det er greit å gi dem arbeidsoppgaver som jeg vet at de kan og som de får til, også kan man bruke energi på å utvikle de som er mer interessert i det.”

Vi tolker at han mener at klinikkens sjef kan være fleksibel og ikke behandle og lede alle likt. De som ikke vil eller kan, bør kunne få delegert oppgaver innenfor sitt mestringsområde. De som vil og kan, kan få oppgaver som utvikler dem, og klinikken. Klinikksjefen behersker fleksibilitet og har sannsynligvis også endringsinnsikt.

Den andre sier noe om god drift som avgjørende for medarbeidernes motivasjon.

”Jeg har tro på god drift, god økonomi, masse pasientbehandling. Som helseinstitusjon så burde dette være motivasjon god nok.”

Utsagnet er dekkende for et par av informantene, men kun denne informanten var så tydelig på at motivasjon gjennom klinikkens produksjonsresultater var viktigere for han enn mellommenneskelig skryt og anerkjennelse som motivasjonsfaktorer.

#### Å bruke ulike møteplasser

Alle informantene er opptatt av å bruke ulike arena for samarbeid, men på ulik måte. Den ene gruppen av informanter fremhever klinikkemøte, morgenmøte, samt telefon og e-post for å utveksle informasjon og løse problemer. De bruker formelle arena. Den andre gruppen er i tillegg opptatt av relasjons- og nettverksbygging og bruker også uformelle arena for å motivere medarbeiderne.

Den første gruppen av informanter kan representeres gjennom følgende utsagn:

”Jeg har det ganske travelt her, så det er ikke mye som jeg ser til dem.”

Faglig og jobbetet småsnakking oppfattes kanskje som et mulig hinder for effektiviteten for klinikksjefen. Tidsprioriteringen for denne lederen er trolig knyttet til kontoret og formelle fora.

Den andre gruppen av informanter representeres gjennom følgende sitat:

”Vi blir stående i gangen. (..) Det går på småting som skal løses i hverdagen der jeg prøver å la dem ende opp med den løsningen de selv syntes. Så må man av og til hente inn slakken og ha gjennomgang av rutinene.”

Gangpraten blir et forum for drøfting av løsningsforslag på daglige utfordringer, og utsagnet kan tyde på at medarbeiderne blir sett og får medbestemmelse og medansvar. Dette kan handle om at informanten rammer ledelsesoppgaven sin inn i relasjons- og nettverksbygging. Som klinikksjef viser han også mot til å skjerpe rutiner.

Vi mener å se at informantene generelt sett motiverer gjennom tilbakemelding, delegering og medbestemmelse, og at enkeltinformanter betoner god drift og individuell behandling av medarbeidere som motivasjonsfaktorer. Klinikksjefene bruker ulike møteplasser for samarbeid i den hensikt å se og motivere medarbeidere. Her kan informantene synes å dele seg i to grupperinger, innenfor bruk av formelle og uformelle møteplasser.

### **4.2.3 Daglig drift**

I forbindelse med det åpne, innledende spørsmålet om hva klinikksjefrollen innebærer for den enkelte informant, ønsket vi å finne ut hva som for dem var viktigst i klinikksjefrollen. Hva de nevnte først og sist og hva som ble utdypet og ble gitt fokus, anser vi som et interessant funn i seg selv. Svarene blir presentert i to områder: daglig drift og administrasjon og å være leder for klinikker man ikke jobber på selv.

#### **Daglig drift og administrasjon**

Alle informantene beskriver, delvis om hverandre, daglig drift og administrasjon.

”Det går på det rent papirtekniske, ... å huske fristene på rapporter og ... kontrollere tall og kontrollere konto og slike ting, men det er slike tekniske ting som du bare må ta deg tid til å gjøre.”

”...jeg har det personalansvaret for de som jeg jobber i sammen med, og ansvaret for driften av klinikken, kan du si. Alt i fra inntjening og hvem vi skal ha ferdigbehandlet, utadrettet, at alle gjør det de skal gjøre, på en måte.”

I disse to sitatene beskriver informantene de konkrete administrative tingene som å levere rapporter, kontrollere og rapportere på økonomi, følge med på pasientflyt og inntjening og å sørge for utadrettet arbeid. Personalansvaret er nevnt, men ikke utdypet. Det kan synes som om informanten i det siste sitatet berører ansvaret som ligger i det å gjøre ledervurderinger. Dette knytter seg til prioritering av pasienter i situasjoner der ikke alle kan få behandling og til balansering av inntekter og utgifter innenfor de gitte rammene, og dermed sørge for effektiv drift.

Å være leder for klinikker man ikke jobber på selv

Flere av klinikksjefene er ledere for flere klinikker, også for klinikker de ikke jobber på selv. I en spredt organisasjon, slik vi ofte finner det i offentlig sektor, er dette en utfordring som krever en egen bevissthet. Vi finner to ulike syn på dette blant våre informanter:

”Det er lettere å være leder for de klinikkene som er utenfor den klinikken jeg jobber på.”

Klinikksjefen fortsetter med:

”Og de andre klinikkene har jo sine systemer som de har fulgt i alle år, og det gjør de selv, ennå, det er jo først når de har problemer med å få det til at jeg kommer inn for å hjelpe de å få det til, men da er det et samarbeid, og det bygger på erfaringene som man har gjort, hva som passer for den klinikken.”

En annen klinikksjef ser det annerledes:

”Det er en veldig krevende del av det å være klinikksjef. Spesielt for de som er langt borte. Det er vanskelig å skulle passe på de små hverdagstingene deres når jeg ikke ser det.”

Den første klinikksjefen opplever at det er lettere å være leder for ”de andre klinikkene”, vi oppfatter at det er fordi de tar ansvar for daglig drift selv, innenfor de rammene de har. Når de trenger hjelp så ber de om det. Den andre klinikksjefen uttrykker at det er vanskeligere å være leder for de som er et annet sted, og begrunner det med at han ikke klarer å passe på og hjelpe til i hverdagen med å få ting til å fungere.

Av dette kan vi tolke at begge egentlig sier at klinikker som ikke har klinikkjef til stede hele tiden, i større grad klarer å organisere daglig drift selv. Klinikker der klinikkjefen er hele tiden ser ut til i større grad å legge avgjørelser om daglig drift over på klinikkjefen i stedet for å løse det selv, på lavest mulig nivå. Vi opplever at informantene i større grad utdyper de administrative oppgavene, mens oppgaver og ansvar knyttet til medarbeidere kun blir nevnt. Det er stor forskjell i måten klinikkjefene er leder på for klinikken som de selv jobber på og for klinikkene de ikke jobber på selv.

Tabell 4.2. Klinikksjefenes beskrivelse av oppgaver og funksjoner og angivelse av kompetansebeholdningen.

<b>Klinikksjefenes beskrivelse av oppgaver og funksjoner</b> Kapittel 4.2.1, 4.2.2 og 4.2.3	<b>Hvilken kompetanse dreier dette seg om?</b>	<b>Kompetansebeholdning</b> Kapittel 4.2.4
<b>Å utvikle lederidentitet</b> 1. Å gjøre klinikkjefrolle til en del av seg selv  2. Å prioritere 3. Å ta imot tilbakemeldinger 4. Å finne handlingsrom	<b>Generell ledelseskompetanse</b> 1. Å ha evnen til endring Å kunne ha helhetsbilde Å kunne kombinere roller 2. Å kunne prioritere 3. Å håndtere og integrere tilbakemeldinger 4. Å være aktør	* * * Å kunne prioritere Å håndtere og integrere tilbakemeldinger *
<b>Å motivere medarbeidere</b> 1. Gjennom å gi anerkjennelse 2. Å bli enige i fellesskap 3. Å gi klinikken ansvar 4. Å bruke ulike møteplasser for samarbeid	<b>Å kunne motivere innebærer</b> 1. Å kunne gi tilbakemelding 2. Å kunne delegere 3. Å kunne gi medbestemmelse 4. Å kunne utvikle relasjons- og nettverksbygging	Å kunne gi tilbakemelding * Å kunne gi medbestemmelse *
<b>Å lede daglig drift</b> 1. Fokus på daglig drift 2. Å være leder for klinikker man ikke jobber på selv	<b>Å kunne lede og administrere daglig drift</b> 1. Å lede og administrere daglig drift 2. Å utvikle aktørkultur på "egen" klinikk	Å lede og administrere daglig drift *

\* betyr at denne kompetansen ikke mestres eller mestres ulikt.

Vi har nå presentert hovedtrekkene av det klinikkjefene selv har sagt om oppgaver og funksjoner de har som klinikkjef, og dette er oppsummert i venstre kolonne i tabell 4.2. Hvilken kompetanse dette kan dreie seg om er skissert i midterste kolonne i samme tabell. Ved å finne hvilken type kompetanse de ulike oppgavene og funksjonene kan være knyttet til, er det mulig å avdekke kompetansebeholdning hos klinikkjefene. Listen er ikke uttømmende og det er mange glidende overganger mellom klassifiseringene. Tabellen kan likevel tegne et bilde av hvilken kompetanse klinikkjefene i tannhelsetjenesten har.

#### 4.2.4 Kompetansebeholdning hos klinikksjefene

Tabell 4.2 setter klinikksjefenes beskrivelse av oppgaver og funksjoner i sammenheng med hvilke kompetanseområder dette kan dreie seg om. Vi velger å kommentere noen av disse sammenhengene. Den personlige tanke- og følelsesmessige prosessen knyttet til det å utvikle lederidentitet handler slik vi ser det, i stor grad om å ha evnen til å endre seg selv (Johannessen og Olsen, 2008). Å ta imot tilbakemeldinger, handler om å håndtere og integrere tilbakemeldinger, slik at tilbakemeldingen kan ha funksjon som læring som påvirker egen atferd. Å finne handlingsrom innenfor klinikksjefrollen kan handle om å ha aktørkompetanse med spillerom for å handle selvstendig (Kvalnes, 2008). Å motivere medarbeidere handler om at medarbeiderne blir sett og satt i bevegelse til handling innenfor eget handlingsrom. Kompetanse til å utvikle relasjons- og nettverksbygging kan brukes som en kanal for å motivere til innsats. Innenfor det å kunne lede og administrere daglig drift, er oppgaver og funksjoner nært knyttet til å ha kompetanse i form av særskilt ferdighet, kunnskap og evne. Forenklet sagt kan vi si at den som kan utføre oppgaver og funksjoner innenfor daglig drift, har kompetanse til å gjøre det.

En skissering av kompetansebeholdningen basert på det materialet denne undersøkelsen bygger på har sine begrensninger, blant annet utvalgsstørrelse. Basert på det som foreligger kan trekk ved kompetansebeholdningen identifiseres, og dette er vist i høyre kolonne i tabell 4.2. For mange kompetanseområder ser det ut til at de som gruppe håndterer utfordringene i lederrollen godt, om enn ulikt. Klinikksjefene har generell sett kompetanse i å kunne prioritere mellom oppgaver og presserende gjøremål. Videre viser klinikksjefene en bevissthet som vitner om kompetanse i å håndtere og integrere tilbakemeldinger. Å motivere er generelt godt forstått og utviklet som kompetanse, men vi ser at noen av klinikksjefene har gode eksempler på at motivasjon kan være mye mer enn skryt, delegering og medbestemmelse. God drift, individuell behandling av medarbeidere og aktivt bruk av ulike møteplasser er også elementer som kan øke motivasjonen. Sist, men ikke minst har de som gruppe utviklet god kompetanse i å lede og administrere daglig drift.

Det er også områder der vi ser at ikke alle klinikksjefene løser utfordringene like godt eller med samme forståelse. Disse områdene er markert med \* i tabell 4.2, og det er disse områdene vi vil forfølge i diskusjonen, kapittel 5.2. Kompetanseområdene kan samles i tre grupper som er disse: For det første gjelder det utvikling av lederidentitet med å ha evne til endring, å kunne se helhetsbildet og å kunne kombinere roller som kompetanseområder. Dette



handler om personlig endringskompetanse. For det andre opplever flere at de ytre rammene er begrensende og de bruker ulike møteplasser ulikt. Dette handler om kompetanse til å være en aktør. For det tredje opplever noen å ha flere driftsoppgaver på egen klinikk enn på klinikker som han har større avstand til. Dette gjelder kompetanse til å utvikle aktørkultur på egen klinikk.

### **4.3 Klinikksjefenes læringsbehov**

For å finne klinikksjefenes kompetansebehov, spurte vi om deres læringsbehov, for å bruke ord som ligger nærmere opp til et muntlig språk. Klinikksjefene ble spurt direkte om hvilke læringsbehov de hadde som ny i rollen, og hvilke læringsbehov de har nå. Et utvalg av informantenes svar blir presentert her, sortert ut ifra hva de sier at de trengte som nye ledere, og hva de trenger nå. Klinikksjefenes ledere, tannhelsesjefene, ble også spurt om det samme, hvilke læringsbehov de mente klinikksjefene hadde. Dette blir presentert før vi til slutt sammenligner likheter og ulikheter i aktørenes oppfatning og gjør om oppgavene til kompetansebehov. Analysen skal danne grunn for å svare på forskningsspørsmål 3 om hvilke kompetansebehov klinikksjefene har.

#### **4.3.1 Klinikksjefenes uttrykte læringsbehov**

Innledningsvis presenteres et gullkorn, som svar på hva en av informantene trenger å lære nå:

”Jeg må jo kontinuerlig jobbe med ”Veiledninga” og sette meg inn i ting,... Den driver jeg jo hele tiden på med. Du blir jo aldri utlært når det gjelder folk. Du blir aldri utlært når det gjelder deg selv. Du må hele tiden være i forandring. En hver ny situasjon krever ny læring, føler jeg”.

Den omtalte ”Veiledninga” er tannhelsetjenestens oppslagsverk og kvalitetssystem, der alt som har en regel, rutine, lov eller avtale er skrevet. Informanten berører i dette avsnittet mange områder for kompetanse, å kunne rutiner og regler, å kunne lede medarbeiderne og å ta ansvar for sin egen utvikling. Vi mener dette handler om at informanten er bevisst på at han må og vil lære hele tiden, at nye situasjoner krever fleksible handlingsalternativer. Andre informanter har kanskje ikke vist til en slik bredde i forståelsen av hva en lederrolle krever av læring, men har trukket frem noen områder som var viktige for dem.

## Læringsbehov som ny leder – egen rolleforståelse

Læringsbehovene som klinikksjefene sa de trengte å lære da de var ny i lederrollen handlet om å lære oppgaver og ta ansvar i ny rolle. Dette sitatet kan illustrere informantenes læringsbehov knyttet til oppgaver som skal gjøres som klinikksjef:

”Jeg måtte sette meg inn i en del lover og regler som man ikke må tenke på når man bare er ansatt, men så må man i tillegg til det rent juridiske sette seg inn i lønn og permisjon og sånt, alle avtaler som finnes.”

Siden klinikksjefen har ansvar for søknader om permisjon og ferie trenger han å kjenne rammene. Informanten peker på at det var nødvendig å lære seg lover og regler på overordnet nivå, samt fylkeskommunale regelverk, for eksempel knyttet til permisjon.

Som ny leder uttrykker flere av informantene at de hadde behov for å lære mer om oppgavene, ansvaret og hva som var forventet av dem. Disse sitatene kan illustrere dette:

”...hva er innenfor mitt oppdrag, hva er mine oppgaver og hva ligger utenfor mitt ansvarsområde.”

”Jeg trengte å lære meg rollen som klinikksjef, men jeg skjønnte ikke helt hva den gikk ut på!”

Vi tenker at disse sitatene viser oss at som ny leder trenger man å bli kjent med rollen, bli kjent med organisasjonen fra dette ståstedet og bli kjent med hvor grensene for ansvar er.

Et annet område som mange av informantene husket som utfordrende som ny klinikksjef var de nye situasjonene de var forventet å beherske. Dette gjaldt spesielt det å være leder for mennesker, for eksempel å lede møter og å ha samtaler. Følgende sitat kan illustrere hovedtrekkene i svarene:

”Ja, så var det det å lede møte, å ha samtale bare en og en, og få en ansatt til å tørre å snakke selv. Både når det er møter og ...når det er medarbeidersamtaler og sånt.”

Vi tror dette handler om å bli kjent med sine ansatte, og at ansatte blir kjent med klinikksjefen, slik at de vet at de kan stole på han som leder. At medarbeiderne stoler på en leder kan for eksempel bety at han viser at han er rettferdig og forutsigbar. Dette vil bidra til at medarbeiderne får tillit til han.

Vi ser at klinikksjefene som ny har behov for å lære oppgaver og å ta ansvar i den nye rollen.

## Læringsbehov nå – å lede medarbeidere

Læringsbehovene klinikksjefene hadde nå er delt inn i tre grupper, basert på det informantene selv mente var viktigst. De tre gruppene er å samarbeide og å lede medarbeiderne, å lære om mennesker og å arbeide målrettet.

Å samarbeide og å lede medarbeiderne

Læring knyttet til å samarbeide med og å lede de ansatte, er et behov hos flere. Dette uttrykkes av andre som å motivere og å gi tilbakemelding. Disse sitatene er valgt for å illustrere noe av dette:

”Å inspirere og få folk til å gjøre det jeg syntes er lurt og få dem til å syntes at det er lurt.”

”Noen ganger må man være litt lur, kan man si, en person må man behandle eller samarbeide med på den måten, mens en annen må man forholde seg helt annerledes til. Det synes jeg er utfordrende, men det som jeg vil øke kompetansen på, det er, det er vanskelig å si, det er ikke slikt man får på et kurs kanskje, men vi har ikke ... den bakgrunnen, så det er kanskje derfor det er uvant, folk er forskjellige, men hvis man med enkle grep kunne... - medmenneskelig samarbeid.”

Det første sitatet kan tolkes som at klinikksjefen trenger kompetanse i å få egne mål til å bli medarbeidernes mål. Slik kan de blir motiverte for arbeidet. Det andre sitatet viser at klinikksjefen er klar over at han må tilpasse væremåten etter hvem han snakker med, og at han trenger mer kompetanse i dette. Dette sitatet handler også om at klinikksjefene er fagpersoner med en profesjonsutdanning der det de har lært av kunnskap og ferdigheter er veldig ulikt det en leder trenger.

Å lære om menneskelig uenighet

Det er også et par av klinikksjefene som sier at de trenger å lære om mennesker som er uenige eller at de trenger å lære å løse konflikter. Vi illustrerer med ett sitat der informanten først har fortalt om et eksempel med to personer som var veldig uenige:

”...det å lære litt mer om mennesker, for å bli en bedre leder, det kunne jeg tenke meg. Å være tydelig.”

Dette tolker vi som at klinikksjefen trenger å kunne mer om mennesker, slik at han kan bidra til å løse opp i uenigheter. Vi tenker at dette også kan betyr at han trenger å lære om hvordan man løser uenigheter eller konflikter. Det å være tydelig kan i dette tilfelle bety å tørre å gå inn i uenigheter mellom medarbeidere.

Å arbeide målrettet

En informant har helt fra starten sett behovet for å lære mer om målrettet arbeid. Han er selv kommet frem til hvordan han skal gjøre det. Han sier om sin første periode som leder:

”Jeg skulle kanskje hatt mer hjelp til å organisere mål og målrettet arbeid.”

Vi oppfatter at han sier at han trengte mer kompetanse til å sette mål, prioritere mål, arbeide for å nå målene og å få medarbeiderne med på målene. Hans eget forslag til hvordan dette skal gjøres er:

”Hvis jeg har mål som jeg bare kan oppnå gjennom de andre, så er jeg jo avhengig av dem da. Jeg må få dem til å bestemme seg selv for disse målene. Så jeg oppnår målene mine ved at de oppnår målene sine. Det er veien jeg skal gå nå.”

Klinikksjefen ser at han er avhengig av medarbeiderne for å kunne arbeide for å nå egne mål for klinikken. Det kan virke som at denne klinikksjefen nå har sett sammenhengen og vil begynne å arbeide for å få det til. Vi har ikke funnet andre uttalelser som indikerer det samme.

Vi ser at klinikksjefene nå har behov for å lære å samarbeide og å lede medarbeiderne, lære å forholde seg til menneskelig uenighet og en informant fremhever behov for å kunne arbeide målrettet.

#### **4.3.2 Tannhelsesjefenes mening om klinikksjefenes kompetansebehov**

To av tannhelsesjefene ble spurt om hvilket kompetansebehov de mente deres klinikksjefer hadde. Svarene er gruppert og fordeler seg på fire områder som kan formuleres som å lede mennesker, å skape god drift, å forstå arbeidsgiverrollen og å være aktør. Her presenteres noen sitater for å illustrere de ulike områdene:

Å lede mennesker er en kompetanse som ganske enkelt er nevnt med ett ord:

”Relasjonsledelse”

Å skape god drift krever at man vet hvilke faktorer som påvirker driften. Dette mener tannhelsesjefene at klinikksjefene trenger kompetanse i, vist med to sitater:

”...faktorer som bidrar til god drift på klinikkene.”

”... en kreativ samarbeidspartner ... for å få bedring i driften ...”

Å tenke som arbeidsgiver er nytt for en som ikke har vært leder før. Tannhelsesjefene bruker som eksempler at klinikksjefene bør finne vinn – vinn løsninger for både arbeidsgiver og arbeidstaker og bør tenke konsekvenser i forhold til permisjonssøknader.

”Klinikksjefene trenger å læres til å tenke arbeidsgivertanker.”

Å være selvstendig og utviklingsorientert er ønskelig, her vist ved to sitater:

”Vi ønsker ledere som tør å ta selvstendige kloke valg og ikke bare er forvaltere av et regelverk”.

”... det å kunne initiere nye prosesser, handlingsalternativer og forslag til løsninger”.

Det første sitatet mener vi viser til kontrasten mellom å være leder kontra administrator, eller aktør kontra brikke. Det andre sitatet handler om å ha kompetanse til å initiere prosesser, se handlingsalternativer og foreslå løsninger. Kanskje dreier det seg om å være utviklingsorientert og selv være pådriver for endringer.

Vi ser at tannhelsesjefene mener at klinikksjefene har behov for å lære å lede mennesker, skape god drift, å tenke som en arbeidsgiver og å kunne være endringsorientert.

### **4.3.3 Samlet vurdering av læringsbehov**

Når vi sammenligner klinikksjefenes og organisasjonens oppfatning av hva som er læringsbehov, så ser vi både likheter og ulikheter. Først av alt er det bare klinikksjefene som har fått spørsmål om læringsbehov som ny, og deres svar bringes derfor videre til samlet vurdering. Når det gjelder hvilke læringsbehov klinikksjefene har nå, så sammenfaller oppfatningene når det gjelder fokus på å lede og å samarbeide, samt det å skape god drift. En samlet vurdering kan oppsummeres i det å kunne motivere og få til samhandling mot målsettinger. Det området der ulikheten synes å være størst, er det tannhelsesjefene kaller å tenke som arbeidsgiver og å være endringsorientert. På disse områdene har klinikksjefene ikke synlige beskrivelser.

Klinikksjefene har uttrykt tanker om arbeidsgiverrollen i forbindelse med direkte spørsmål om det å lede en organisasjon, men de har ikke antydning av læringsbehov knyttet til arbeidsgiverrollen. Klinikksjefene har heller ikke uttrykt behov for å lære noe som knyttes til

å være endringsorientert. På dette området gis ingen samlet beskrivelse i tabellen, og tannhelsesjefenes oppfatning blir stående som et læringsbehov. Sammenligningen av læringsbehov kommer frem av tabell 4.3.

Tabell 4.3. Oversikt over klinikkjefenes og tannhelsesjefenes svar til klinikkjefenes læringsbehov, med angivelse av kompetansebehov.

	<b>Klinikkjefer selv</b> Kapittel 4.3.1	<b>Tannhelsesjefer</b> Kapittel 4.3.2	<b>Samlet vurdering av læringsbehov</b> Kapittel 4.3.3	<b>Kompetansebehov</b> Kapittel 4.3.4
<b>Som ny</b>	Å løse oppgaver Å kjenne sitt ansvar Å forstå rollen	(Ikke blitt spurt)	Å løse oppgaver Å kjenne sitt ansvar Å forstå rollen	Å kunne økonomistyring. Å kunne personalforvaltning Å gå inn i arbeidsgiverrollen
<b>Nå</b>	Å samarbeide og å lede medarbeiderne Å lære om menneskelig uenighet Å gjøre målrettet arbeid, driftsorientert	Å lede mennesker  Å skape god drift	Samhandlingskompetanse inkludert motivasjon Å få til samhandling mot mål (- settinger)	Å kunne motivere medarbeidere mot målsettinger Å vite hva som forbedrer driften
<b>Nå</b>		Å tenke som arbeidsgiver Å være endringsorientert		Å kunne integrere arbeidsgiverrollen Å kunne initiere og organisere endringer

Det er forskjell på hva klinikkjefene sier de trengte å lære som ny, og det de trenger nå. Samlet sett ser vi at klinikkjefene som ny trengte å utvikle egen rolleforståelse, mens de nå har behov for å lære om å jobbe gjennom medarbeiderne. Denne forskjellen vil bli diskutert i kapittel 5.3.

#### 4.3.4 Kompetansebehov

For å få grunnlag for å besvare forskningsspørsmål 3 om hvilke kompetansebehov klinikkjefene har, så gjøres læringsbehovene om til kompetansebehov, vist i tabell 4.3. Den samlede vurderingen av deres læringsbehov som ny, knyttet til oppgaver og funksjoner, mener vi handler om å kunne økonomistyring, å kunne personalforvaltning og å gå inn i arbeidsgiverrollen. Kompetansebehovene i dag er å kunne motivere medarbeidere mot målsettinger og å vite hva som forbedrer driften. Til slutt mener vi at de læringsbehov tannhelsesjefene er alene om å fremholde i tabell 4.3, handler om å kunne integrere arbeidsgiverrollen i klinikkjefrollen og å kunne initiere og organisere endringer, og disse blir stående som kompetansebehov.

## 5 Diskusjon

Kapittel 5 er delt i fire deler, tre diskusjoner (5.1-5.3) med svar på forskningsspørsmålene 1-3 og en oppsummerende avslutning (5.4). De tre diskusjonene er basert på funn fra analysen i kapittel 4.

### **5.1 *Klinikksjefene og organisasjonen har ulik forståelse av hva målorientering innebærer***

Vi så i analysens del 4.1 at klinikksjefene og organisasjonen har ulik forståelse av hva målorientering innebærer. I det følgende skal det diskuteres hva bakgrunnen for den ulike forståelsen kan være og hva dette vil kunne bety for den kompetansen en dyktig klinikksjef trenger.

#### **5.1.1 Beskrivelse av at målorientering forstås ulikt**

I analysens del om hva en dyktig klinikksjef er, kom det frem at klinikksjefene og organisasjonen i hovedsak hadde sammenfallende oppfatning av hva en dyktig klinikksjef er. Men når det gjaldt hva målorientering innebærer, så viste klinikksjefene og organisasjonen at de har ulik forståelse. Avviket gjaldt på det området en av klinikksjefene kaller ”å være tydelig og å arbeide mot mål”. Organisasjonen har større forventninger enn klinikksjefene, og forventningen favner bredere enn den målforståelsen som klinikksjefene har fortalt om. Vi vurderer det slik at klinikksjefene har størst fokus på samhandlingskompetanse, mens organisasjonen legger størst vekt på målorientering som ledelsesoppgave. Hva innebærer forskjellen i klinikksjefenes og organisasjonens forståelse av målorientering, og hva betyr det for den kompetansen som kreves?

Ikke alle, men noen av klinikksjefene beskrev at en dyktig klinikksjef er en som viser hva målene er og at den dyktige har ansatte som aksepterer og jobber mot disse målene. Slik vi oppfatter dette, er det her snakk om produksjonsmål, altså hvor mange av de pålagte oppgavene som er gjennomført innen fristen. En av klinikksjefene brukte uttrykket ”å få informasjon fra fylket over til de ansatte”, noe vi oppfatter kan være snakk om felles mål. Men det var uttrykt i et passivt språk, så vi oppfatter utsagnet derfor ikke som aktivt å skape felles mål for klinikkområdet. En av de andre snakket om mål i forhold til daglig drift, produksjonsmål. Kun en klinikksjef sa noe som vi vurderer som strategi- og målorientering.

Samlet sett opplever vi at klinikksjefenes forståelse av målorientering knytter seg til drifts- og produksjonsmål.

Organisasjonen, på sin side, forventer at klinikksjefer er arbeidsgiverrepresentanter som definerer mål, fastsetter strategier for eget område og som oppnår gode resultater gjennom et tydelig og omsorgsfullt lederskap. De forventes også at klinikksjefen sørger for eget eierskap til de overordnede målene, før disse implementeres i eget klinikkområde. På klinikknivå forventes det at medarbeiderne involveres i prosessene og at endringer og forbedringer er en del av ledelsesoppgavene.

Organisasjonen verdsetter det vi fra teoriens kategorier kan identifisere som resultatoppnåelse, ledelse av endringsprosesser og at klinikksjefene har forståelse og positiv holdning knyttet til disse målene. Dette er noe helt annet, og mye mer utfordrende, enn å informere om målene og å sørge for daglig drift, slik vi oppfatter at klinikksjefene som gruppe uttrykte det.

### **5.1.2 Hvorfor har de ulik forståelse av hva målorientering er og hva betyr det for kompetansekravet?**

Organisasjonen ser ut til å ha en større og bredere forventning til en dyktig klinikksjef enn det klinikksjefene selv har. Årsaken til denne forskjellen kan være at bevissthet om dette området av ledelsesfeltet, krever en kompetanse som nesten ingen av dagens klinikksjefer har. Sagt på en annen måte, hvis du ikke kjenner til forventningene om å være en målorientert leder, eller at du ikke forstår hva dette egentlig dreier seg om, så vil du sannsynligvis heller ikke beskrive dette ledelsesfeltet som svar på spørsmål om hva en dyktig klinikksjef er.

Vi tror at årsaken til at klinikksjefene og organisasjonen har ulik forståelse av målorientering kan knytte seg til tre områder; ledelse fra nivået over klinikksjefene, klinikksjefenes egen utvikling og organisasjonens rammer. Disse tre områdene vil bli diskutert her.

#### **Tannhelsesjefens ledelse**

Det er to områder av tannhelsesjefenes ledelse som kan ha betydning for klinikksjefens kompetanse når det gjelder målorientering. Læring og utvikling skjer ved at man har mål som man ønsker å strekke seg etter, gjerne i kombinasjon med forventninger fra lederen (Haaland og Dale, 2005). Endringsledelse krever at man selv forstår intensjonen med de endringer som



er bestemt, såkalt "sensemaking" (Balogun og Johnson, 2005). Tannhelsesjefen vil kunne være en god støtte ved å være tydelig på hva som er forventet av resultater og endringer, og kan også bidra til å fastsette oppnåelige mål slik at mestringsfølelsen styrkes. Tannhelsesjefen har også muligheter til å påvirke prosessen, slik at klinikksjefen raskere selv får en forståelse for endringsforventningene. En årsak til at klinikksjefene i dag ikke uttrykker målorientering som en viktig del av det å være en dyktig klinikksjef kan være at tannhelsesjefene ikke har vært tydelig nok, eller dyktig nok, i sin rolle for å lede klinikksjefene på dette området.

#### Klinikksjefenes egen utvikling

Det krever mye å bli en leder. Det krever også personlige endringer som tar tid (Hill, 2003). Klinikksjefens målorientering utvikles gjennom en personlig endringsprosess der han som leder skifter perspektiv fra å være bare i produksjon til også å være en leder som skal få gjort ting gjennom andre (Hill, 2003). I tillegg må en leder forstå og jobbe med sin personlige måloppnåelse. Som agent for ledelsen, er det nødvendig å forstå og akseptere de overordnede målene slik at disse er en del av lederen selv, før han starter arbeidet med å implementere det i eget klinikkområde. Dette krever sensemaking, som betyr at klinikksjefen selv jobber med organisasjonens mål slik at de er vurdert, forstått og akseptert, gjennom prat, diskusjon, kommunikasjon og tankevirksomhet. Samarbeid med andre klinikksjefer på samme nivå og med ledelsen kan bidra i denne prosessen med sensemaking.

Det er kjent at det er enklest å ta tak i de administrative oppgavene som har tidsfrister og som blir etterspurt tydelig i organisasjonen. Oppgaver som er knyttet til endringsledelse og resultatoppnåelse krever en bedre oversikt, en trygghet i lederrollen og kanskje også et personlig ønske om å nå målsettinger. Kanskje er det mulig å forklare grunnen til at klinikksjefene ikke selv ser målorientering som en viktig oppgave at de ikke selv har denne kompetansen. De har kanskje ikke hatt tid nok i klinikksjefrollen eller de har ikke utviklet seg tilstrekkelig som leder til at de ser seg selv som en aktør, en som setter egne mål. Hvis det er slik at klinikksjefene ser på seg selv mer som en brikke, er det ikke unaturlig at endringsledelse og resultatorientering ikke blir nevnt som en del av den kompetansen de ser at de trenger.

#### Organisasjonens rammer

En av tannhelsesjefene vurderer klinikksjefrollen i forhold til organisasjonens rammer slik:

”Kanskje har det vært slik at den rollen vi har tildelt dem har vært for rammestyrte, slik at det frie og innovative handlingsrommet har blitt begrenset.”

Tannhelsesjefen sier også på andre måter at tannhelsetjenesten er regelstyrt. Vi tenker at det er både på grunn av tjenestens karakter og også fordi organisasjonens enheter er så spredt at det har vært nødvendig å lage regler for alt som skal være likt i alle enhetene. Dette påvirker selvfølgelig også organisasjonen på andre områder. Kanskje har det vært slik at ledelsen tidligere mer har vært administratorer enn ledere? Det vil kunne påvirke klinikksjefenes egen oppfatning av sin rolle, og de ansattes forventninger til klinikksjefen. Kanskje kan det være en grunn til at klinikksjefene tilsynelatende ikke tenker på endringsledelse som en del av den jobben de skal gjøre. Aktørens behov for frie og innovative handlingsrom for å initiere endringer, er i tråd med tannhelsesjefens uttalelse, men blir kanskje begrenset i rammeverket. Regelverk, tradisjon og organisasjonskultur kan hindre klinikksjefen fra å oppdage og utvikle aktørrollen.

### **Hvilken kompetanse trenger en klinikksjef når det gjelder målorientering?**

Vi vurderer at organisasjonens forventninger til at klinikksjefene skal ha kompetanse i endringsledelse og resultatoppnåelse bør innfris. Disse to kompetanseområdene er en forutsetning for å kunne utøve et aktivt lederskap, ”aktørlederskap”. Vi begrunner at disse to kompetanseområdene skal være et kompetansekrav med at det sammenfaller godt med andre beskrivelser av oppgaver og funksjoner en mellomleder er forventet å ha, slik det er oppsummert i tabell 2.1. Det betyr at disse to kompetanseområdene bør være kompetansekrav på linje med de øvrige som ble identifisert i kapittel 4.1. Vi mener også å se at faktorer utenfor klinikksjefenes kompetanse har betydning for deres mulighet til å utføre aktørlederskap; tannhelsesjefene trenger å lede klinikksjefene bedre i forhold til forventninger på området, og organisasjonen må se på om rammene er for begrensede til å gi spillerom for en aktør.

### **5.2 Ikke alle griper tak i lederrollen**

Vi oppsummerte analysens del 4.2 med tre områder der klinikksjefene etter vår vurdering ikke hadde tilstrekkelig kompetanse. Disse tre områdene ble derfor ikke lagt til listen over klinikksjefenes kompetansebeholdning. Vi skal i dette kapitlet diskutere disse kompetanseområdene, og finne ut hvilken betydning det har for kompetansebehovet til klinikksjefene.

### **5.2.1 Beskrivelse av at ikke alle griper tak**

I analysen kom det frem at klinikkjefene hadde ulik kompetanse knyttet til tre områder. For det først griper klinikkjefene i ulik grad tak i utviklingen av egen lederidentitet. For det andre er ikke alle aktive i å utnytte eget handlingsrom, de ser ikke på seg selv som en aktør. For det tredje griper klinikkjefene i ulik grad tak i delegering og ansvarliggjøring av medarbeiderne på egen klinikk for å utvikle en aktørkultur. Begrepet ”å gripe tak” handler om å være proaktiv og selv sette dagsorden for hva lederoppgavene skal innbefatte. Selvforståelsen kan her ha betydning for rolleutførelse. (Eriksen et al., 2003)

### **5.2.2 Hvorfor griper ikke alle klinikkjefene tak i lederrollen og hva betyr det for kompetansebehovet?**

I dette arbeidet har vi begrenset oss fra å diskutere ulike personlighetstyper, og vil derfor bare nevne at personlighetstyper, kjønn og alder kan være medvirkende forklaring til hovedfunnet. Til tross for dette mener vi at vi også ser at klinikkjefene i ulik grad griper tak av grunner som er knyttet til kompetanse.

En årsak til utfordringer knyttet til å gripe tak som leder, kan handle om at klinikkjefene ikke ser på seg selv som en leder. Som fagperson, særlig for tannlege og tannpleier, kreves produksjons- og detaljorientering. Lederrollen krever i stedet helhetsbilde over klinikkområdet og fokus på felles målforståelse og suksess gjennom andre. Å kombinere rollene og stadig skifte mellom å være individuell bidragsyter og å være ansvarlig for å skape felles resultater på klinikkområdets vegne, kan oppleves som en dragkamp mellom ulike hensyn. Klinikkjefene er internt rekrutterte. Kanskje ser de ikke på seg selv som leder fordi valg av klinikkjefrollen ikke er gjort på bakgrunn av tidligere ledererfaring eller ledelse som profesjon med faglig skolering.

En annen årsak kan være organisatoriske forhold, med forventninger ovenfra og nedenfra. Dersom klinikkjefen oppfatter at det forventes en ”brikke – rolle” som skal forvalte og administrere tannhelsetjenestens offentlige regelverk, kan dette stå til hinder for å erfare lederstillingen som innflytelsesrik og nyskapende. Kanskje opplever klinikkjefene at autoriteten sitter utenfor dem selv og begrunner sin arbeidsutførelse ut fra skriftlig instruks. Dette kan medføre fraskrivelse av kontroll og ansvar. Vi har i teorien vist at

organisasjonskulturen kan begrense lederens mulighet for å utøve ledelse (Haaland og Dale, 2005). Ansattes forventninger kan også påvirke klinikksjefenes opplevelse av å være en brikke med begrenset handlingsrom.

Begge disse årsakene kan bidra til å forklare hvorfor klinikksjefene i ulik grad griper tak i lederrollen.

### **Hva betyr det for kompetansebehovet?**

En indre trygghet er avgjørende for å lykkes med å gå inn i lederrollen. Analysen berørte trygghet som tema og vi vil diskutere dette først. Den følgende diskusjonen skal gi svar til hvilken kompetanse som trengs for å utvikle lederidentitet, se seg selv som en aktør og å utvikle en aktørkultur på klinikkene. Vi belyser dette gjennom personlig endringskompetanse og kompetanse i å være en aktør.

Av analysen tolker vi at usikkerhet, press ved upopulære avgjørelser og behovet for å bli godt likt, utfordrer selvbildet i lederrollen. Noen av informantene uttrykte trygghet i seg selv i lederrollen og andre trygghet i sine ferdigheter. Trygghet knyttet til ferdigheter styrker jobbutførelsen og gir mulighet for økt mestring. Når klinikksjefen ser at han lykkes på ett område, så kan han ta med seg mestringsfølelsen over på nye kompetanseområder. Slik bygger han en positiv automatisk suksessmekanisme i seg som vil fremme mestring, selvledelse og positivt lederskap (Johannessen og Olsen, 2008).

Trygghet i seg selv i lederrollen er en mer grunnleggende trygghet og derfor mer krevende å utvikle for den som ikke har det. Vi mener at grunnleggende trygghet kan styrke lederidentiteten og at trygghet i ferdigheter kan styrke lederutviklingen. Dersom klinikksjefen ikke har trygghet i rollen, kan den utvikles, slik at lederskapet hans styrkes.

#### **Personlig endringskompetanse**

Personlig endringskompetanse handler om hvordan tenkning påvirker atferd og hvordan et menneske kan endre egne ferdigheter ved å endre på tillagte vaner og mønstre (Johannessen og Olsen, 2008). Noen av klinikksjefene trenger å fortsette arbeidet med å integrere lederidentiteten i seg. Endringsprosessen avhenger av om klinikksjefen makter å endre seg som respons på de endringer i arbeidssituasjonen som lederfunksjonen medfører. Endringen må blant annet medføre at klinikksjefen oppfatter seg selv som leder.

Klinikkssjefen kan styrke sin evne til å gripe tak som leder i personalforvaltning, gjennom personlig endring og fleksibilitet, slik følgende eksempel viser. Flere av informantene uttrykte utfordringer i hvordan ulike mennesketyper skal behandles, både for å fremme samarbeid og for å styrke klinikkfellesskapet. Her kan klinikkssjefen med fordel være fleksibel i egne reaksjoner på andres atferd (Johannessen og Olsen, 2008). Ønsker han å utvikle endring hos sine medarbeidere, så krever det at han utvikler endring i eget reaksjonsmønster. Han er oppmerksom, griper tak i tolkningen av situasjonen og kan finne alternative løsninger som styrker hans lederrolle overfor medarbeiderne.

#### Aktør og aktørkultur

På bakgrunn av analysen ser det ut til at noen av klinikkssjefene har behov for å utvikle en aktørkompetanse. Å bli aktør forutsetter at den enkelte tar ansvar for egne handlinger og gjør egne valg og prioriteringer ut fra god forståelse av organisasjonens verdier og mål. Å ha kompetanse som aktør vil derfor bidra både til å styrke lederidentiteten og til å kunne endre på organisasjonens forventninger til klinikkssjefen.

Vi så av analysen at klinikkssjefens opplevelse av handlingsrom var varierende. Kanskje klinikkssjefene har et tilstrekkelig ytre handlingsrom, slik noen av informantene erfarte, men at de trenger å utvikle kompetanse i å fungere som aktør innenfor grensene av sin rolle i tannhelsetjenesten.

Å bli aktør kan innebære å skaffe seg en ønsket lederstil og bryte med noen personlige vaner og rutiner. I neste omgang, når klinikkssjefen ser seg selv som en aktør, kan også medarbeiderne oppmuntres til mer og mer å ta ansvar for helheten og å gjøre gode valg for klinikkens beste. Vi mener at kun ved selv å gripe tak som en aktør, kan en klinikkssjef skape en aktørkultur i sitt klinikkområde. Den samlede kompetanse i å være aktør og å kunne utvikle en aktørkultur kaller vi kompetanse i aktørlederskap.

Vi mener at klinikkssjefene bør ha personlig endringskompetanse, slik at de kan utvikle kompetanse i aktørlederskap. Dagens klinikkssjefer har disse kompetansene i varierende grad. Begge kompetansene bør være et krav til nye klinikkssjefer. Det er interessant at disse kompetansene ikke kom fram som krav i kapittel 4.1 og 5.1. Kanskje er denne typen

kompetanse vanskelig å uttrykke, eller at det er vanskelig i en undersøkelse som denne å tolke svarene på kompetanseområdene som handler om selvutvikling og selvledelse.

Den manglende kompetansen, personlig endringskompetanse og kompetanse i aktørlederskap, blir nå ansett som et kompetansekrav, og siden ikke alle dagens klinikksjefer har disse kompetansene vil de også bli identifisert som kompetansebehov.

### **5.3 Klinikksjefene har ulike læringsbehov til ulik tid**

Vi ser ut fra våre data at det er en forskjell i hva klinikksjefene sier at de trenger å lære nå og hva de trengte i starten. Hovedforskjellen er at de i starten sier at de trengte å utvikle egen rolleforståelse, og de begynte med å fylle den med administrative oppgaver og med kommunikasjon med medarbeiderne. Etter en tid som leder sier de at de trenger å lære mer om å lede medarbeiderne. Forskjellen i læringsbehov som ny og nå skal diskuteres her, og vi skal finne ut hvilken betydning det har for kompetansebehovet til klinikksjefene.

#### **5.3.1 Beskrivelse av at læringsbehovet er ulikt til ulik tid**

##### **Læringsbehov som ny leder – egen rolleforståelse**

Mange av klinikksjefene svarte umiddelbart at de husket at de trengte mer kunnskap om lover og regler i organisasjonen. Flere sier også noe om at de trengte å forstå hva som var forventet av dem og at de trengte å lære å snakke med medarbeiderne, og å få medarbeiderne til å snakke. Samlet sett handler hovedtyngden av klinikksjefenes læringsbehov som ny leder om å forstå rollen, og å begynne å fylle den. De nevner lover og regler som noe av det første de trengte å lære, og å kommunisere med medarbeiderne.

##### **Læringsbehov nå – å lede medarbeidere**

Hovedinntrykket av klinikksjefenes læringsbehov etter en tid som leder er at de ønsker mer kompetanse i å lede medarbeiderne. I dette legger vi både å kjenne medarbeiderne, ha kompetanse til å behandle medarbeiderne ulikt men likeverdige, skape samarbeidsklima, det at medarbeiderne forstår og aksepterer målene, at man får til god drift og løser opp i uenigheter før de blir konflikter. Vi mener dette handler om at de ser at medarbeiderne er nøkkelen til at de selv kan nå sine mål som leder, de kan ikke fylle lederrollen helt og fullt uten å spille sammen med medarbeiderne.

Det første sitatet som var presentert i analysens kapittel 4.3, der klinikksjefen uttrykker at han aldri ble utlært på regler, aldri utlært når det gjelder folk og heller ikke når det gjelder deg selv, det tenker vi egentlig sier noe om et kontinuerlig læringsbehov. Dette har ikke andre sagt så tydelig, men vi velger å ta det med i det videre arbeidet fordi vi mener det er et viktig moment for klinikksjefene for at de skal skaffe seg den nødvendige kompetansen for å fylle rollen.

### **5.3.2 Hvorfor er læringsbehovet ulikt til ulik tid, og hva betyr det for kompetanseutviklingen?**

#### **Læringsbehov som ny – egen rolleforståelse**

Administrative oppgaver og andre driftsoppgaver er sannsynligvis det som møter en leder først. Behov for å kunne regelverket oppstår straks det foreligger en søknad som skal vurderes. Det er en oppgave som driften krever og som en ny leder bare må finne ut av. Tilsvarende vil det være for administrative oppgaver knyttet til rapporteringer, det har en frist, det blir etterspurt og man skjønner at man som leder må lære seg det nødvendige for å kunne løse oppgaven. Andre ansvarsområder i lederrollen er mindre konkrete, og blir kanskje ikke så tydelig etterspurt heller. Det kan gjelde å skape et læringsmiljø på arbeid, å få eierskap til mål og strategier for organisasjonen eller å skifte ståsted fra fagperson til leder. Vi tror dette er årsaken til at de administrative oppgavene og kunnskap om regler og avtaler blir nevnt av så mange, som læringsbehov som ny i lederrollen.

Å være ny som leder krever mye; skifte ståsted, forstå helheten, motivere medarbeiderne med mer. Klinikksjefene sier at de trengte å forstå hva som var forventet av dem. Denne overgangen kalles i litteraturen for et identitetsskifte (Hill, 2003; Haaland og Dale, 2005) som er en fundamental, personlig endringsprosess. I følge litteraturen er dette det viktigste og mest fundamentale med å bli leder for første gang, så det er helt naturlig at klinikksjefene forteller om dette som et område for læring som ny.

#### **Læringsbehov nå - å lede medarbeiderne**

Ingen av klinikksjefene har nevnt at det er et læringsbehov å lære lover og regler nå. Av det tolker vi at det har de lært seg i løpet av den første tiden som leder. Det som er hovedutfordringen nå, og som de fleste ønsker mer kompetanse i, er å lede medarbeiderne, altså å arbeide gjennom medarbeiderne. Det er interessant at flere klinikksjefer har en mye

fyldigere beskrivelse av læringsbehovet nå, knyttet til behovet for å lære om mennesker og om å samarbeide med og lede mennesker, enn det de husker om samme område da de var nye i rollen. Det tror vi er fordi de som nye hadde hovedfokus på de praktiske og administrative oppgavene som forventet et svar, og at de da ikke i samme grad som nå hadde forståelse for medarbeidernes rolle. Det har de fått etter en tid som leder.

### Kontinuerlig læring

Det har de siste tiårene vært fokusert mye på livslang læring i Norge, både knyttet til formell utdanning og til læring på arbeid (Undervisnings- og forskningsdepartementet 1997).

Lederrollen forutsetter evne og vilje til å lære (Hill, 2003). Det er bare et par stykker som har uttrykt dette direkte, og vi tror at det er et viktig moment for ledere som virkelig ønsker å være ledere, som ønske å skape forandring. Alternativet til å være en utviklingsorientert leder kan være å være en administrator, altså vedlikeholde den organisasjonen som eksisterer, og eventuelt å lede gjennom regler, byråkrati og kontroll (Johannessen og Olsen, 2008; Busch et al., 2003). Vi har i dette arbeidet sett at organisasjonen forventer en leder som utvikler organisasjonen, og vi tror derfor at livslang læring er et prinsipp som bør integreres i organisasjonens tankegang på alle nivå.

### **Hvordan bør kompetanseutviklingen organiseres?**

Det området klinikkjefene har uttrykt ønske om å lære mer om er komplekst, og handler mye om at de må kjenne seg selv, de må være fleksible i egne tanker og handlingsmønstre og de må ha en positiv grunnholdning til medarbeiderne. Læringsbehovene er ulike fra person til person som ny leder og etter hvert som lederen har mer erfaring. Vi mener vårt materiale gir oss grunn til å beskrive ei tidslinje for læringsbehov, slik klinikkjefene selv har uttrykt det. Nye klinikkjefer trenger å lære det administrative og lover, regler og rutiner for virksomheten. Samtidig ser de at lederrollen er ny og de trenger å forstå hva som forventes av dem i den rollen. Etter hvert blir det tydeligere for dem at medarbeiderne er viktige ikke bare for å utføre produksjonen, men også for å få til endringer. Klinikkjefene får et læringsbehov knyttet til å forstå mennesker og å lede dem. På slutten av tidslinja slik klinikkjefen selv har uttrykt det, plasserer vi det å nå mål gjennom andre.

Kontinuerlig læring vil være gjennomgående for alle uavhengig av tiden som leder.

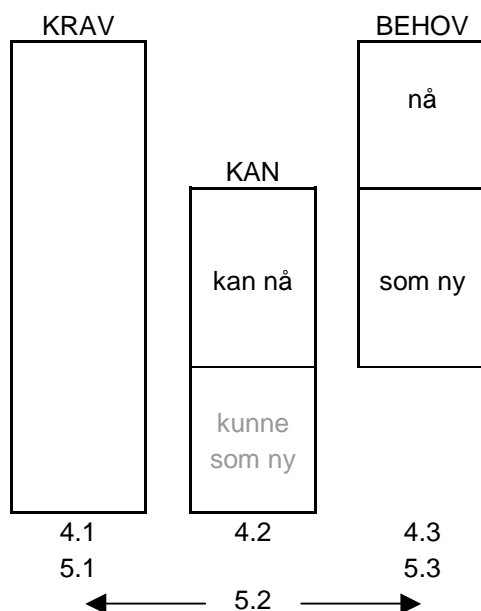
Kontinuerlig læring handler om å kjenne seg selv, å lære av egne erfaringer og selv å ta



ansvar for egen utvikling. Dette er et tema som ingen etterspør egentlig, og man må ha egeninnsikt og et ønske om å utvikle seg for å bli bevisst dette. Kanskje kommer ikke alle klinikksjefer dit.

#### **5.4 Oppsummering av kompetanseanalyse – identifisering av kompetansebehov**

For å finne svar på problemstillingen vil vi i dette oppsummerende kapittelet gi svar på forskningsspørsmål 1-3. Analysen og diskusjonen så langt har vært en kompetanseanalyse, basert på Lais (2004) angivelse, men med flere tilnærminger. Kompetansekravene som stilles til klinikksjefrollen er beskrevet i kapittel 4.1 og 5.1. Den kompetansen dagens klinikksjefer har, er beskrevet i kapittel 4.2 og 5.2. Kompetansebehovene som ny klinikksjef og nå er beskrevet i kapittel 4.3 og 5.3. Sammenhengen mellom de ulike kartleggingene er vist i figur 5.1.



Figur 5.1. Illustrasjon av kompetanseanalysen og hvor i rapporten delene er beskrevet.

Figur 5.1 skal illustrere hvilke områder kompetanseanalysen har berørt, og sammenhengen mellom områdene. Vi antar at forskjellen mellom hva klinikksjefene kan (kompetansebeholdningen) og kompetansekravet viser kompetansebehovet. Søylen som illustrerer behovet er delt i to, øverste del illustrerer det kompetansebehovet som er identifisert som behov "nå", nederste del det kompetansebehovet de hadde "som ny". Vi forventer at personer som får klinikksjefrollen har en del kompetanse av det som er krav til en kompetent klinikksjef. Dette er grunnen til at søylen som illustrerer behovet ikke går helt ned.

Søylen som illustrerer kravet er like høyt som den som illustrerer behovet, for å uttrykke at kompetansebehovet til klinikkjefene er like høyt som kompetansekravet. Samtidig vet vi ikke om høyden på søylen som illustrerer behovet, faktisk er riktig plassert, fordi det kan være behov som ennå ikke er blitt identifisert, og at den derfor burde ha vært plassert lavere.

Kompetansebehovet som ny, slik dagens klinikkjefer uttrykker det, forventer vi også vil være et kompetansebehov for nye klinikkjefer i fremtiden. I siste delen av oppgaven, om hvordan den ønskede kompetansen kan utvikles, vil vi ha med oss kompetansebehovet både for nye og eksisterende klinikkjefer.

Dette delkapittelet har tre deler. Første del oppsummerer kompetansekravet til en dyktig klinikkjef, og gir svar på det første forskningsspørsmålet. Andre del oppsummerer kompetansebeholdningen hos de klinikkjefene organisasjonen har i dag, og gir svar på det andre forskningsspørsmålet. Tredje del oppsummerer kompetansebehovene, og gir svar på det tredje forskningsspørsmålet.

#### **5.4.1 Kompetansekrav**

Forskningsspørsmål 1, om hvilken kompetanse en klinikkjef trenger å ha finner vi ved å samle resultatene fra kapittel 4.1, 5.1 og 5.2. Fra analysen i 4.1 ble oppgaver og funksjoner gjort om til kompetansekrav som nå gir svar til hvilken kompetanse en klinikkjef trenger å ha. En klinikkjef trenger å ha samhandlingskompetanse inkludert en motiverende holdning, kompetanse til å lede og å administrere daglig drift samt kompetanse til å være målorientert som leder. I diskusjonens 5.1 ble forståelsen av målorientering diskutert, og målorientering og endringsledelse ble identifisert som kompetansekrav. I diskusjonens del 5.2 ble noen områder som klinikkjefene behersket ulikt diskutert, og det ble identifisert to nye kompetansebehov som er forutsetninger for at en leder kan griper tak: personlig endringskompetanse og aktørlederskap. En samlet oversikt over hvilken kompetanse en klinikkjef trenger, er vist i tabell 5.1, og hvert av områdene er merket med hvilket ledelsesområde de gjelder.

Når kompetansekravet sammenlignes med listen over ”teoretiske” krav i tabell 2.1, så ser det ut til at få av områdene under kategorien ”å lede seg selv” er med i kompetansekravet til en klinikkjef. Kanskje er det liten tradisjon for aktørlederskap i den offentlige tannhelsetjenesten? Kanskje er personlig endringskompetanse vanskelig å etterspørre, fordi

den er så personavhengig og ligger bak annen, mer synlig kompetanse? Svar på forskningsspørsmål 1 er det samlede kompetansekravet i tabell 5.1.

Tabell 5.1: Kompetansekrav til en klinikkssjef, med angivelse av ledelsesområde.

<b>Ledelsesområde</b>	<b>Kompetansekrav</b> kapittel 4.1	<b>Kompetansekrav</b> kapittel 5.1	<b>Kompetansekrav</b> kapittel 5.2
Å lede mennesker	Samhandlingskompetanse med en motiverende lederholdning		
Å lede en organisasjon	Å lede og administrere daglig drift		
Å lede en organisasjon		Endringsledelse	
Å lede seg selv			Personlig endringskompetanse
Å lede seg selv og å lede mennesker			Aktørlederskap
Å lede seg selv, å lede mennesker og å lede en organisasjon	Å være målorientert - driftsmessig	Å være målorientert - organisatorisk	

### 5.4.2 Kompetansebeholdning

Forskningsspørsmål 2, om hvilken kompetanse klinikkssjefene har finner vi i kapittel 4.2.

Kompetansebeholdningen er å kunne prioritere og å integrere tilbakemeldinger, å kunne motivere og å lede og administrere daglig drift. Dette er samlet i tabell 5.2, der kompetanseområdene også er sortert på de ulike ledelsesområdene de tilhører.

Svar på forskningsspørsmål 2 er kompetansebeholdningen i tabell 5.2.

Tabell 5.2. Kompetansebeholdningen hos klinikkssjefene, med angivelse av hvilket ledelsesområde dette gjelder.

<b>Ledelsesområde</b>	<b>Kompetansebeholdning</b>
Å lede seg selv	Å kunne prioritere
Å lede seg selv	Å integrere tilbakemeldinger
Å lede mennesker	Å kunne motivere
Å lede en organisasjon	Å lede og administrere daglig drift

### 5.4.3 Kompetansebehov

Et foreløpig svar til forskningsspørsmål 3 om hvilke kompetansebehov klinikkssjefene har, fremkommer av resultatene i kapittel 4.3, 5.2 og 5.3. Som ny har klinikkssjefene behov for å kunne økonomistyring, personalforvaltning og å kunne gå inn i arbeidsgiverrollen. Etter en tid, som er ”nå” i denne undersøkelsen, har de behov for å lære å motivere for målsettinger og

å vite hva som forbedrer driften. I det å motivere for målsettinger, inkluderer vi kompetanse i det å lede og samhandle med mennesker for måloppnåelse. Ulik oppfatning av målorientering ble diskutert i kapittel 5.2 og to nye kompetansebehov ble identifisert: personlig endringskompetanse og kompetanse i aktørlederskap. I diskusjonen i 5.3 ble et nytt kompetansebehov beskrevet, holdning til kontinuerlig læring. Kontinuerlig læring fordrer villighet til å lære og til å forstå sitt eget læringsbehov, og tidsmessig gjelder det hele tiden som leder. Kompetansebehovet er samlet i tabell 5.3. Tabellen viser også kompetansebehovene i forhold til tiden som klinikkssjef. Dette ble drøftet i kapittel 5.3, og vi vil i det videre arbeidet med kompetanseutvikling foreslå tiltak avhengig av tiden klinikkssjefen har vært i rollen.

Tabell 5.3. Samlet kompetansebehov

Tidslinje	Ledelsesområde	Kompetansebehov kapittel 4.3.4	Kompetansebehov kapittel 5.3	Kompetansebehov Kapittel 5.2 og 5.4
<b>Som ny</b>	Å lede en organisasjon	Å kunne økonomistyring Å kunne personalforvaltning Å gå inn i arbeidsgiverrollen	Kontinuerlig læring	
<b>Nå</b>	Å lede mennesker Å lede en organisasjon	Å motivere medarbeidere mot målsettinger Å vite hva som forbedrer driften		
<b>Nå eller senere</b>	Å lede seg selv/ Å lede en organisasjon	Å kunne internalisere arbeidsgiverrollen Å initiere og organisere endringer		Personlig endringskompetanse Målorientering, - organisatorisk Aktørlederskap

### Nye kompetansebehov som ikke er identifisert

Vi tror det er en sammenheng mellom den kompetansen man har og i hvor stor grad man skjønner hvilken kompetanse man mangler. Det kan bety at noen av klinikkssjefene ikke vet, skjønner eller kan sette ord på de kompetansebehovene de har. De har kanskje ikke språk og begreper til å verbalisere hva de trengte å lære som ny leder eller hva de trenger å lære nå. Det er derfor mulig at ikke alle faktiske kompetansebehov er kommet med i oversikten over behov, så dette vil vi vurdere nå.

Når vi sammenligner kompetansebeholdningen (tabell 5.2) med kompetansekravene (tabell 5.1), finner vi for det første at klinikkssjefene oppfyller kravet i å kunne lede og å administrere daglig drift, men de oppfyller ikke kravet i kompetanse til endringsledelse. For det andre har klinikkssjefene kompetanse i å motivere. Her fylles generelt sett kravet om å ha samhandlingskompetanse med en motiverende lederholdning. For det tredje viser

klinikkjefenes kompetansebeholdning at de har kompetanse i å kunne prioritere og å integrere tilbakemeldinger. Å prioritere styrker aktørlederskap, og å kunne integrere tilbakemeldinger, styrker personlig endringskompetanse. Men disse områdene dekker ikke hele kompetansekravet innenfor ledelsesfeltet ”å lede seg selv”.

De kompetansekravene som ikke er fylt i kompetansebeholdningen, er endringsledelse (5.1.2), personlig endringskompetanse (5.2.2), aktørlederskap (5.2.2) og å være målorientert organisatorisk (4.1 og 5.1). Disse kravene må vi sikre blir med som kompetansebehov. Å kunne initiere og organisere endringer er allerede et identifisert behov (4.3.4), det samme er personlig endringskompetanse (5.2.2) og aktørlederskap (5.2.2). De faller derfor bort som nye behov. Det siste nye kompetansebehovet, som utgjør et viktig funn i rapporten, føyes inn i tabell 5.3.

Det nye kompetansebehovet som ble identifisert ved å finne gapet mellom krav og beholdning, viser at behovet er større enn det klinikkjefene selv og tannhelsesjefene har uttrykt. Oversikten i tabell 5.3 er kun en skisse, og tidsaspektet for læringsperspektivene er glidende og individuelt betinget. De sist identifiserte behovene velger vi å plassere tidsmessig til en senere fase i tidslinja. Det samme velger vi å gjøre for kompetanseområdene å internalisere arbeidsgiverrollen og å kunne initiere og organisere endringer. Disse kompetanseområdene forutsetter modning og er områder som i mindre grad har vært fokusert på fram til nå av organisasjonen. Forskningsspørsmål 3 om hvilket kompetansebehov klinikkjefene har er besvart i tabell 5.3.

Forskningsspørsmål nummer fire, om hvordan den ønskede kompetansen kan utvikles, forstås som hvordan det totale kompetansebehovet kan arbeides med i organisasjonen. Vi vil drøfte spørsmålet i kapittel 6; Utvikling av kompetanse, med den hensikt å få frem forslag til den praktiske implementeringen av kompetansebehovene fra tabell 5.3.

## 6 Utvikling av kompetanse

Kapittel 6 skal gi svar til forskningsspørsmål 4; Hvordan kan den ønskede kompetansen utvikles. Dette kapitlet er ikke basert på egen empiri, men bygger på kompetansekartleggingen. Hensikten er å indikere hvilke praktiske implikasjoner listen over kompetansebehov kan få. Tabell 6.1 er sentral i den videre diskusjonen, fordi den er en videreføring av tabell 5.3, der klinikkjefenes kollektive kompetansebehov ble presentert. Behov avhenger av hvor lenge klinikkjefene har vært i rollen. Også andre ting kan påvirke hvilke læringsbehov som kommer først og sist: tidligere erfaring, personlighet og forståelse for helheten, men dette skal ikke være i fokus her. Vi har hovedfokus på tiden som faktor.

Utvikling av klinikkjefenes kompetansebehov er et ansvar som ligger både hos den enkelte og hos organisasjonen. Dette kapitlet handler om praktiske implikasjoner av listen med kompetansebehov, hvordan klinikkjefene kan dyktiggjøres for de oppgaver og funksjoner de skal løse. Vi ønsker med dette kapitlet å bidra med forslag til hvordan kompetanseutvikling kan organiseres, både for de som har deltatt i undersøkelsen, de som er klinikkjefer i dag, og de som kommer nye.

I kapittel 6.1 blir kompetansebehovene presentert avhenger av hvor lenge klinikkjefene har vært i rollen, hvilket ledelsesområde som gjelder og i henhold til hvilken kompetansetype behovene berører. I kapittel 6.2 blir behovet for individuelle kompetanseutviklingsplaner som redskap begrunnet i individuelle forskjeller. Her gis forslag til momenter som kan gi retning til arbeidet med planen. I tillegg vil vi i kapittel 6.3 vise hvordan organisatorisk tilrettelegging kan styrke kompetanseutvikling, basert på bruk av individuell kompetanseutviklingsplan. Her deler vi planen opp i ulike faser, fra før tilsetting til senere selvutvikling. Her blir det også gitt forslag til hvordan læringsmål kan utvikles.

Kompetansebehovene indikerer at klinikkjefene som gruppe trenger kompetanse i aktørlederskap, til å ta grep om lederrollen. Med det mener vi to ting: For det første krever det å ta grep at klinikkjefen tar ansvar for egen utvikling ved å velge å være i endring. For det andre krever det å ta grep at klinikkjefen tar styringen over eget ledelsesområde og blir en aktør, ved å være proaktiv og ta styringen selv, i motsetning til en brikke (Kvalnes, 2009). Lederrollen kan være ensom. Derfor er det viktig å ha egen trygghet i bunnen for vurderinger

og beslutninger. Trygghet er sannsynligvis en forutsetning for å klare å ta grep om egen lederrolle.

## 6.1 Kompetansetypenes betydning for utvikling av kompetanse

Kompetansetypene kunnskap, ferdigheter og holdninger utvikles på ulike måter, til ulike tider og kanskje ikke like lett. Disse typene kan hver for seg og sammen styrke utviklingen av kompetansebehov. Noen oppgaver handler om kompetansetypen kunnskap, mens andre avhenger av holdninger. Rapporten har vist at kompetansebehovene gjør seg gjeldende til ulike tider, avhengig av hvor mye erfaring klinikksjefen har. Kompetansebehovene er skissert i henhold til hvilket ledelsesområde som er mest aktuelt. Vi vil her peke på visse mønstre med tiden som faktor.

Tabell 6.1. Kompetansebehovene skissert i forhold til kompetansetype, ledelsesområde og tidsdimensjon.

Kompetanse-type	Kompetansebehov	Ledelsesområde	NY	NÅ	SENERE
K	Å kunne økonomistyring	Organisasjon			
K	Å kunne personalforvaltning	Organisasjon			
K	Å gå inn i arbeidsgiverrollen	Organisasjon			
K, F	Å vite hva som forbedrer driften	Organisasjon			
F, H	Å motivere medarbeidere mot målsettinger	Mennesker			
F, H	Å initiere og organisere endringer	Organisasjon /seg selv			
F, H	Å internalisere arbeidsgiverrollen	Organisasjon /seg selv			
H	Personlig endringskompetanse	Seg selv			
F, H	Målorientering, organisatorisk	Organisasjon /seg selv			
F, H	Aktørlederskap	Organisasjon / Mennesker /seg selv			
K, F, H	Kontinuerlig læring	Organisasjon / Mennesker /seg selv		Kontinuerlig	

Kompetansetype: kunnskap, ferdighet eller holdning skisseres ved K, F og H.

Ledelsesområde: å lede en organisasjon, mennesker eller å lede seg selv er forkortet i tabellen.

Følgende fremstilling er en forenkling av virkeligheten, men kan tydeliggjøre visse funn som har fremkommet i rapporten. Tabellens første kolonne indikerer hvilken kompetansetype hvert av kompetansebehovene er, og tredje kolonne indikerer hvilket ledelsesområde kompetansebehovet gjelder.

De tre første kompetansebehovene er knyttet til fasen som ny klinikksjef, og er alle kompetansetype kunnskap. De er også alle knyttet til å lede en organisasjon. De neste

behovene knyttet til tidsperioden ”nå” handler om drift, motivasjon, endringer og å tenke som arbeidsgiver, og er i større grad knyttet til ferdigheter, gjerne i kombinasjon med holdning. De fire siste momentene krever dypere internalisering i klinikksjefens identitet og person.

Kompetanse i å endre seg selv, å representere organisasjonens mål samt vilje og ferdighet til å lede som en aktør krever også ferdigheter, men kanskje mest å gripe tak i egne holdninger.

Disse områdene berører både klinikksjefens selvrefererende og jobbrelaterte holdninger.

Kompetanseutvikling i det å lede seg selv er nært knyttet til holdning som kompetansetype (Sternberg og Kolligian, 1990, ref i Lai, 2004).

Kanskje kan vi ane et visst mønster i at den første fasen preges av kunnskap, den andre fasen knyttes til ferdigheter, mens den senere fasen i større grad avhenger av holdninger for å forløse ferdigheter. Utvikling av holdninger krever stor grad av refleksjon og er mer krevende og personavhengig enn utvikling av kunnskap og ferdigheter. Vi ser også en antydning til at nye ledere først trenger å utvikle seg i ledelsesområdet organisasjon, enn i det å lede seg selv. Det ser også ut til at de behovene som er tidlig i en lederkarriere er knyttet til kunnskaper. Kompetansebehovet kontinuerlig læring gjelder vilje og evne til å utvikle både kunnskap, ferdigheter og holdninger til alle faser på alle ledelsesområdene.

Kompetansebehovene er beskrevet i ei tidslinje der det også er en sammenheng med hvilke kompetansetyper som berøres til hvilken tid og hvilket ledelsesområde det gjelder til hvilken tid. Det er viktig at tabellen ikke oppfattes som en hierarkisk oppstilling av ”ting som skal læres” i en bestemt rekkefølge, og som leder en frem til å bli en kompetent klinikksjef.

Sandberg (2000) har identifisert to ulike måter kompetanseutvikling kan skje på: å få en ny forståelse på et høyere nivå, eller å få en dypere forståelse innen samme forståelsesramme.

Det er altså ikke sikkert at en klinikksjef blir en god leder, en ”ekspert” av å lære kunnskaper, få ferdigheter og ha ”gode” eller ”riktige” holdninger. Til syvende og sist er det forståelsen for delene og helheten som er avgjørende, og samme nivå av forståelse er det ikke gitt at alle vil oppnå, uansett læringstiltak (Sandberg, 2000).

## **6.2 Individuell kompetanseutviklingsplan**

Denne undersøkelsen har også vist at det er individuelle forskjeller mellom dagens klinikksjefer når det gjelder kompetansebeholdning og kompetansebehov. Dette er naturlig fordi alle har ulik erfaring og personlighet som de bygger sin rolleutøvelse på. Dersom erfaringer blir internalisert i personen, kan det bli til ny kompetanse. Det ulike



kompetansebehovet begrunner et forslag om at organisasjonen bruker individuelle kompetanseutviklingsplaner som redskap.

En individuell kompetanseutviklingsplan krever at klinikksjefen og dens leder sammen gjennomgår listen over kompetansebehov, og gjør en kompetansekartlegging av klinikksjefen på individnivå. Hvert av kompetanseområdene må gjennomgås, og det er viktig å diskutere hva som ligger i det. Det kan være fornuftig å prioritere noen kompetansekrav for en angitt periode, så får de andre kravene vente. En ny klinikksjef bør få fokus på kunnskapskrevende praktiske arbeidsoppgaver, fordi kapasiteten til å gripe tak i for eksempel strategiske forhold, kan være mindre. Når kompetanseområder er identifisert og prioritert, må det formuleres læringsmål. De må være så spesifikke som mulig både fordi det da er lettere å lære, det er lettere å legge til rette for læring og det er lettere å vurdere om målet er nådd. Denne rapporten fokuserer ikke på pedagogiske prinsipper, men i neste del er det vist et eksempel på å formulere læringsmål. Samtidig er det viktig å ha i bevisstheten at det er forståelsen, helheten, det å bli en klinikksjef med kompetanse i aktørlederskap som er det viktigste, målet. Hvordan hver enkelt kommer til målet kan være svært ulikt.

### **6.3 Organisatorisk tilrettelegging**

Forskning viser at det første året er avgjørende for mellomlederens vei inn i lederrollen (Hill, 2003). Den første tiden som klinikksjef er en brytningstid der klinikksjefen skal trenge inn i nytt landskap. I denne perioden er sannsynligvis endringsvilligheten stor og behovet for veiledning og støtte størst. Kompetanseutvikling bør særlig prioriteres det første året, og det er organisasjonens ansvar å tilrettelegge for dette. Tannhelsesjefene, klinikksjefenes ledere, er sannsynligvis de som best kan fungere som mentorer for klinikksjefene.

Haaland og Dale (2005) skisserer to ulike tradisjoner for å gi opplæring av ledere: introduksjonsprogram eller integrasjonssystem. Med basis i de kompetansebehovene som er kartlagt i denne undersøkelsen, vil et integrasjonssystem over lengre tid være det som best kan bidra til kompetanseutvikling for klinikksjefene. Organisasjonen og klinikksjefen gjennomgår en integrasjonsprosess der de preger hverandre. Organisasjonen former klinikksjefen etter sine forventninger og klinikksjefen former bildet av organisasjonen ut i fra eget ståsted. På grunn av at klinikksjefene i utgangspunktet er profesjonelle i fagstilling, vil de fleste trenge støtte for å kunne fylle lederrollen, ta i bruk tidligere kompetanse og lære det de trenger. En slik utvikling vil kreve tid, og organisasjonen bør tenke langsiktig. Over tid kan

organisasjonen støtte opp om klinikksjefens kompetansebehov knyttet til lange prosesser, eksempelvis lederidentitet, strategisk tenking og endringsledelse.

Vi anbefaler at organisasjonen er ansvarlig for å legge til rette for klinikksjefenes kompetanseutvikling, med spesiell fokus på det første året. Opplæring kan skje over tid gjennom et integrasjonssystem der klinikksjefene får en mentor, gjerne klinikksjefenes egen leder, tannhelsesjefen. Vi anbefaler også at positivt lederskap blir benyttet som ramme rundt klinikksjefenes opplæring. De vil da kunne bli bevisst hva dette er, og kan videreføre det fremover i organisasjonen når de utøver sitt lederskap.

### **Ulike faser i kompetanseutviklingen**

Praktisk gjennomføring av kompetanseutvikling er noe organisasjonen må lage en plan for, slik at den passer med ressurser, mål og strategier for øvrig. Vi viderefører kompetansetypernes betydning for læring fra kapittel 6.1, og bruker dem til å presentere noen forslag til tiltak, noen spørsmål og noen diskusjoner. Dette kan bli til hjelp for organisasjonen når kompetanseutviklingen skal planlegges. Kompetansebehovene ble i tabell 6.1 delt inn i grupper fordelt på hvor lenge en klinikksjef hadde vært leder. Inndelingen var ”ny”, ”nå” og ”senere”. Fasene i kompetanseutviklingen kan følge denne tidslinjen, og fasene kalles henholdsvis første, andre og tredje fase.

Kompetansekravene kan også benyttes i perioden før tilsetting som klinikksjef. I forbindelse med samtaler og intervju med søkere er det viktig at søkeren blir bevisstgjort på hva lederrollen krever, slik at han kan vurdere om han er den rette, til rett tid i hans liv, til å bli klinikksjef. Tannhelsesjefen vurderer dette sammen med søkeren. Tannhelsesjefen på sin side, må vurdere om søkeren tilfredsstillende de kravene som stilles til en klinikksjef. Det kan bety et antall av kompetansekravene i tabell 5.1, i tillegg til personlig egnethet.

#### **Første fase**

I første fase anbefales en oppstartsamtale mellom leder og klinikksjef om forventninger, krav og konsekvenser, samt behov som er aktuelle for støtte (Haaland og Dale, 2005). Tema bør også være organisasjonens verdier, prosedyrer og ressurser slik at mellomlederne blir kjent med dette. Etter et par måneder bør de ha en samtale igjen om den første tiden som leder, for å gjennomgå erfaringene og klargjøre behovet for støtte videre.

Kompetansebehovet (tabell 6.1) som ny leder, viser at de første behovene er kunnskap om økonomisystem, personalsystem, lover og regler som arbeidsgiver. Det er naturlig at den første klinikkjefopplæringen blir rettet mot kunnskapsøkning, fordi det er dette som etterspørres i driften av klinikken. Dette bør planlegges i denne første fasen. Kunnskap kan klinikkjefen tilegne seg for eksempel gjennom å lese, jobbe seg inn i det, drøfting med andre og å være på kurs.

#### Andre fase

Kompetansebehovet som leder i denne fasen, (tabell 6.1) under ”nå”, viste i kapittel 6.1 at behovene i stor grad er knyttet til ferdigheter og delvis også til holdninger. I og med at ferdigheter og holdninger læres ulikt, kan det være hensiktsmessig at kompetanse utvikles ulikt for disse områdene. Tiltak organisasjonen kan gjøre knyttet til kompetansebehovene i denne fasen vil bli skissert med noen eksempler.

Kunnskap om hva som forbedrer driften, forutsetter at klinikkjefen kjenner driften gjennom eget arbeid som fagperson, men dette er ikke tilstrekkelig. I tillegg kreves kunnskap om sammenhengen mellom drift og resultater, altså hva i driften som kan forbedre resultatene, og ferdighet i å gjøre endringer til det bedre. Dette er sammensatt kompetanse, og kan best læres ved å diskutere og belyse driften med medarbeiderne, andre klinikkjefer og tannhelsesjefen. Et klinikkjefmøte vil kunne være et egnet forum for et slikt møte og kompetansebehovslista kan brukes som valg av tema på klinikkjefsamlingen. Ferdigheter oppøves ved å prøve seg frem, og å vurdere konsekvensene av endringene.

Ferdigheter i å motivere medarbeiderne mot målsettinger er en sammensatt kompetanse, og kan brytes ned til ferdighet og holdninger, og også noe kunnskap. Som eksempel på hvordan et kompetansebehov kan brytes ned til læringsmål presenteres her en liste over elementer som kan være nyttig å arbeide med for å få kompetanse i å motivere medarbeiderne:

- kunnskap om hva som kan motivere mennesker
- kunnskap om hva som er forutsetningen for suksess gjennom andre
- kunnskap om hvordan man lærer seg fleksibilitet og oppmerksomhet
- øve opp ferdigheten ved å prøve, og å reflektere over responsen
- ferdighet i å lytte med en positiv intensjon
- holdning til at medarbeiderne alltid har en positiv intensjon

For å arbeide med læringsmålene må klinikksjefen selv være villig til å lære, og han kan bruke sin mentor for å få tilbakemeldinger og diskutere erfaringer med. Tannhelsesjefen bør etterspørre utviklingen på de områdene klinikksjef og tannhelsesjef har avtalt, og kreve rapportering. Ferdigheter må man øve på selv. Det er den tenkingen som gjøres etter øving, som gir grunnlag for læring. Egne holdninger er det individet selv som har, og endringer i holdninger krever et individuelt arbeid. Dette kan man gjøre selv, men hvis tannhelsesjefen ønsker en endring i holdning, må dette bli et tema i en samtale med klinikksjefen, og holdninger er også egnet som tema på klinikksjefmøter. Det å diskutere holdninger bidrar i stor grad til ”sensemaking”.

Ferdigheter knyttet til å internalisere arbeidsgiverrollen og å initiere og organisere endringer er et sammensatt kompetansebehov. Å initiere endringer krever positiv holdning til forandring og kunnskap om hvilke tiltak som vil gi ønsket effekt. Fra teorikapittelet så vi at endringsledelse vil fordre ferdigheter i analytisk tenkning og handling og i håndtering av kompleksitet. Ferdigheter i samarbeid vil bidra til å skape mening i endringene, for medarbeiderne. Det er fornuftig at klinikksjefen og tannhelsesjefen gjør dette sammen, og prioriterer innsatsområdene sammen. Å lære å tenke strategisk forutsetter at man får være med på strategisk arbeid ikke bare en gang i året, det blir organisasjonens ansvar å tilby slike diskusjoner og å etterspørre strategi og klinikksjefenes endringstanker.

Generelt i denne fasen kan kompetanseutvikling gjennom felles diskusjoner virke hensiktsmessig. Arbeidet med å forstå ledelsens mål og strategier er viktig, og en forutsetning for god ledelse på mellomledernivå. For å få dette til er kommunikasjon med de andre klinikksjefene viktig, slik Brown og Duguid (1991) beskriver det, og kanskje også kommunikasjon med andre ledere. Arbeidsgiver kan bruke dette for å bidra til kompetanseutvikling ved å sette opp klinikksjefmøter, samlinger og kurs. Klinikksjefene på sin side må selv må være aktive, og søke kommunikasjon med andre ledere. Det å skape seg et nettverk som leder, kan være et viktig tiltak for egen utvikling som en del av det å skaffe seg en lederidentitet.

### Tredje fase

Kompetansebehovene i denne fasen, som i tabell 6.1 ble kalt ”senere”, kjennetegnes av behovet for selvutvikling, vilje til å lære og å trenge dypere inn i rolleforståelsen. Det er viktig å være oppmerksom på at plasseringen av kompetansebehovene i de ulike fasene på ingen

måte er absolutt eller generell, individuell tilpasning er helt nødvendig. Kompetansebehovene berører i ennå større grad bevisst om å utvikle en lederidentitet og å endre på egne forestillinger og holdninger. Kompetanseutvikling i dette krever at individet tar ansvar og grep om egen utvikling i lederrollen og slik leder seg selv. Organisasjonens ansvar vil være å tilby en mentor, og å være åpen for at lederen skaffer seg sitt eget nettverk av andre ledere. Mentoren og klinikkjefen kan også diskutere kompetanseutvikling i et metaperspektiv. En tilbakemelding kan, eksempelvis, diskuteres for å hjelpe klinikkjefen til å se de ulike måtene han kan velge å håndtere dette på. Da blir det ikke bare gitt en tilbakemelding, men tilbakemeldingen blir diskutert på et overordnet nivå med det formål å bidra til læring. Vi gir ingen uttømmende diskusjon omkring hvert av kompetansebehovene i denne fasen, men gir fokus til ett kompetanseområde (kapittel 5.2) som vi anser er spesielt viktig. Å utvikle kompetanse i aktørlederskap mener vi kan utgjøre en kjerne i kompetanseutviklingen. De andre behovene i denne fasen står i et gjensidig påvirkningsforhold til aktørlederskap. Hvordan aktørlederskap kan utvikles blir presentert her.

Aktørlederskap er avdekket som et kompetansebehov, både det å være en aktør og å utvikle aktørkultur i eget klinikkområde. Aktørlederskap er at klinikkjefene tar initiativ ut i fra overordnede mål og strategier fra ledelsen og utøver ledelse med egne vurderinger. Klinikkjefen kan endre fokus fra å gi medarbeiderne medbestemmelse gjennom rådgivning, til å gi dem veiledning i stedet. Dette kan kreve selvdisciplin og tilbakeholdenhet hos klinikkjefen, for å formidle at medarbeiderne har frihet og selvstendighet. Aktørlederskap utvikles der man på klinikken snakker med hverandre og ikke om hverandre. Basert på dette kan klinikkene bli en lærende arbeidsplass, der tilbakemeldinger får verdi som læring og ikke primært som ris eller ros. Organisasjonen, ved tannhelsesjefene, bør lage en strategi for hvordan det å utvikle aktørlederskap i sterkere grad skal bli en del av klinikkjefrollen, og klinikkjefene må ta ansvar for sin egen utvikling, og særlig jobbe med å utvikle sin personlige endringskompetanse.

Personlig endringskompetanse utvikles ved å integrere tilbakemeldinger på en hensiktsmessig måte, og å velge å motta tilbakemeldinger som hjelp. Dersom klinikkjefen prøver å endre adferd som konsekvens av tilbakemelding de får, så kan det bidra til læring og til å utvikle fleksibilitet i tanke- og handlingsmønster (Johannesen og Olsen, 2008).

I en lederjobb må læring fortsette også etter at den tilrettelagte læringen er over: klinikksjefene vil oppleve nye situasjoner, endringer i personalet, nye prioriteringer, nye utfordringer. Det er da viktig med egeninitiert læring av uformell karakter, for eksempel i dialog med andre klinikksjefer, andre ledere i fylkeskommunen eller utenfor.

### Oppsummering

Tannhelsetjenesten bør utvikle et integrasjonssystem over tid, der klinikksjefene får en mentor. Tannhelsesjefene, klinikksjefenes ledere, er sannsynligvis de som best kan fungere som mentorer for klinikksjefene. De har en nøkkelrolle som tydelige ledere for klinikksjefene. Klinikksjefene har selv et stort ansvar i å utvikle seg slik at kompetansekravene til funksjonen i størst mulig grad blir fylt. Kompetanseutviklingen bør ta utgangspunkt i en individuell kompetanseutviklingsplan som utarbeides av klinikksjef og tannhelsesjef sammen.

## 7 Konklusjon

Problemstillingen for denne undersøkelsen, om hvilken kompetanse klinikksjefene i tannhelsetjenesten i Nordland bør ha, er blitt belyst gjennom fire forskningsspørsmål. Disse forskningsspørsmålene er oppsummert i kapittel 5 og 6.

Klinikksjefene bør ha en bred kompetanse i alle ledelsesområdene vi har beskrevet, som å lede en organisasjon, lede mennesker og lede seg selv. Kjernen av den kompetansen en klinikksjef bør ha, kan uttrykkes som aktørlederskap. I dette ligger det å selv gripe tak i lederrollen som aktør, og å utvikle en aktørkultur i egen organisasjon. Personlig endringskompetanse er en forutsetning for å kunne utvikle seg som aktør.

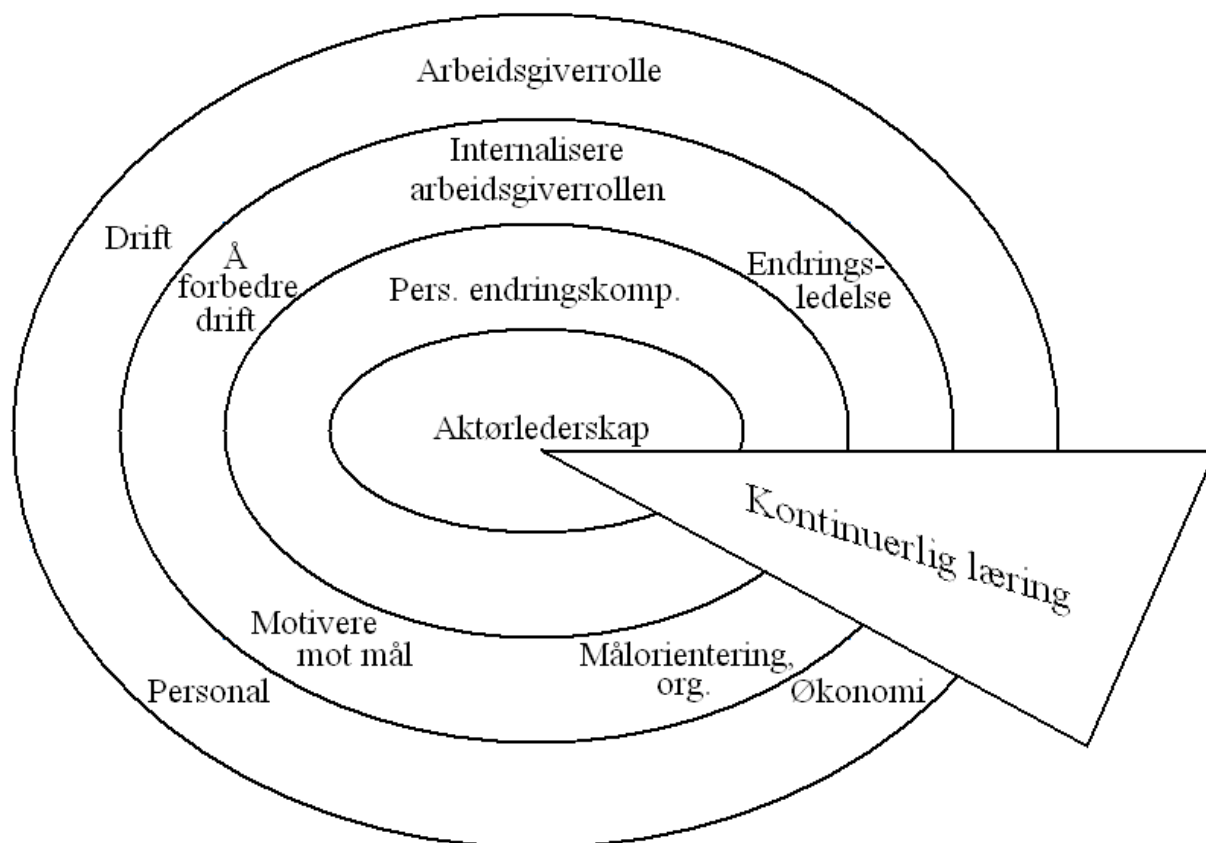
Det er interessant at personlig endringskompetanse og kompetanse i aktørlederskap ikke kom fram som kompetansekrav i analysen. Årsaken kan være at denne type kompetanse er vanskelig å uttrykke, eller at det er vanskelig å tolke informantenes svar på kompetanseområdene som handler om selvutvikling og selvledelse.

Kompetansebehovet vil være ulikt fra person til person, og avhenger til en viss grad av hvor lenge klinikksjefen har vært i rollen. For å utvikle kompetansen, trenger klinikksjefene fokus på kontinuerlig læring. En individuell kompetanseutviklingsplan vil være et redskap for å identifisere kompetansebehovene til den enkelte, og for å planlegge de riktige tiltakene. Kompetansebehovene slik de fremstår i tabell 6.1 er overordnede kategorier, og må brytes ned i mer spesifikke behov i en dialog mellom klinikksjef og leder.

Nye klinikksjefer bør få veiledning og støtte i prosessen med å komme på innsiden av klinikksjefrollen. Klinikksjefenes leder, tannhelsesjefen, har en viktig rolle i kompetanseutviklingen, særlig gjennom å ha tydelige forventninger og krav, ved å gi tilbakemelding og ved å følge opp kravene.

Denne undersøkelsen vil også kunne ha gyldighet for andre mellomledere i både offentlig og privat virksomhet. Det kan bety at undersøkelsens metode kan brukes av andre, ved en tilpasset kompetanseanalyse. Det kan også bety å vurdere om kompetansebehovene fra denne undersøkelsen kan være relevante for andre, slik at det i dialog mellom mellomleder og arbeidsgiver kan arbeides videre med å identifisere individuelle læringsmål.

Som en illustrasjon på hvordan de ulike kompetansebehovene henger sammen og bygger på hverandre henvises til figur 7.1, som kan benyttes i arbeidet med kompetanseutvikling.



Figur 7.1 Totalmodell for kompetanseutvikling av mellomledere

Figur 7.1 er en illustrasjon på at påvirkning fra kjernen kan gi ringvirkninger utover, og også at det kan skje en utvikling fra yttersiden og innover. Tiden kan være en blant flere faktorer som påvirker hvordan utviklingen forløper. For det første kan påvirkning på de indre feltene styrke forståelsen av de utenforliggende kompetanseområdene. Ved å gripe tak i seg selv, være villig til endring, så kan oppgaver og funksjoner løses på nye, og kanskje innovative måter. For det andre kan fokus på de ytre områdene med oppgaver og funksjoner gi resultater, men vil nødvendigvis ikke styrke de innenforliggende kompetanseområdene. Fokus på kun de ytre kan gi et lederskap som en "brikke", en som utøver ledelse basert på regler og instruksjoner. Modellen kan for det tredje også illustrere at kompetansebehovene til en ny mellomleder sannsynligvis vil finnes i de ytre områdene, og at kompetanseutviklingen skjer gjennom en ikke-definert



vei inn mot kjernen, aktørlederskap. Da må mellomlederen ta i bruk sitt fulle potensial og gripe tak som leder. Den skisserte trekanten i modellen uttrykker kontinuerlig læring gjennom alle nivåene.

## **Veien videre**

Nordhaug (2004) poengterer at gode mellomledere som blir gitt medbestemmelse og fleksibilitet, er lettere å beholde. Resultatet av denne undersøkelsen viser at medbestemmelse og fleksibilitet er en viktig faktor for å lede medarbeiderne. På samme måte vil det være viktig for mellomlederen å oppleve at det samme blir gitt dem. Vi håper at denne og andre organisasjoner som jobber med kompetanseutvikling, kan bruke resultatet fra denne undersøkelsen for å styrke mellomlederens posisjon.

En organisasjon som tar kompetanseutvikling på alvor, vil sannsynligvis oppleves som attraktiv for både mellomledere og andre ansatte. Organisasjonen vil på sin side oppleve at kompetente mellomledere gir en mer effektiv organisasjon. For den offentlige tannhelsetjenesten vil opprettelsen av mellomlederfunksjonen bidra til en bredere karrierevei, og i så måte virke positivt i forhold til rekruttering.

Vi vil få anledning til å diskutere innholdet i denne rapporten med Tannhelsetjenesten i Nordland, i ledergruppa og sannsynligvis også med alle klinikksjefene. Vi håper at dette kan resultere i at rapporten blir brukt som et redskap i det videre arbeidet med å utvikle klinikksjefens kompetanse. Utvikling av en målorientert aktørkultur på klinikkene, vil kunne styrke fellesskapet og skape en stolt, særegen identitet. Hvem vil ikke være med på "the winning team"?

## Litteraturliste

- Aschehoug og Gyldendal Store Norske Leksikon. (2007) 4.utg.
- Balogun, J. og Johnson, G. (2005). From Intended strategies to unintended outcomes: The impact of change recipient sensemaking. *Organization Studies*, 26(11), 1573-1601.
- Beer, M., R. Eisenstat, A. og Spector, B. (1990). Why change programs don't produce change. *Harvard Business Review*, nov-dec, 158-166
- Berg, M. E. (2008). *Ledelse. Verktøy og virkemidler*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brown, J. S. og Duguid, P. (1991) Organizational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning and innovation. *Organization Science*, 2(1), 40-57.
- Busch T., Johansen, E. og Vanebo, J. O. (2003). *Endringsledelse i det offentlige*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eidskrem, I. B. (2008) *Organisasjon, arbeid og kompetanseutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eriksen, T.H., Gad, T., Martinsen, Ø. og Thompsen, G. (2003). *Selvledelse: Menneskelig kapital i det nye arbeidslivet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Erlien, B. (1997) *Intern kommunikasjon: Planlegging og tilrettelegging*. 2. utg. Oslo: Tano Aschehoug.
- Ford, H. *Think Exist.com*. Nedlastet 24. november 2010, fra [http://thinkexist.com/quotation/coming\\_together\\_is\\_a\\_beginning-keeping\\_together/146314.html](http://thinkexist.com/quotation/coming_together_is_a_beginning-keeping_together/146314.html)
- Haaland, F.H., og Dale, F. (2005). *På randen av ledelse: En veiviser i førstegangsledelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hegghammer, T. (2009). *Fjernledelse – betyr lederatferd mer enn geografisk avstand?* Masteroppgave i ledelse, Universitetet i Tromsø.
- Hellestøl, Y. 27.september 2008. Toppledelse er oppskrytt. *Aftenposten. Jobb*. Nedlastet 8. juli 2010 fra <http://www.aftenposten.no/forbruker/jobbogstudier/article2679088.ece>
- Hildebrandt, S. (2002). *Faglighet og verdibaseret ledelse*. I: Nordhaug, O., red. *Strategisk personalledelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 178-194.
- Hill, L. A. (2003) *Becoming a manager. How new managers master the challenges of leadership*. Harvard Business School Press.
- Hope, O. (2010) *Essays on middle management responses to change initiatives*. Ph.D. thesis. 2010/04. Norges handelshøyskole.

- Huy, Q. N. (2002). Emotional balancing of organizational continuity and radical change: the contribution of middle managers. *Administrative Science Quarterly*, 47, 31-69.
- Johannessen, A., Kristoffersen, L. og Tufte, P.A. (2004) *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 2.utg. Oslo: Abstrakt Forlag as.
- Johannessen, J.A. og Olsen, B. (2008). *Positivt lederskap*. Bergen: Fagbokforlaget.
- King, A. W. og Zeithaml, C. P. (2003). Measuring organizational knowledge: a conceptual and methodological framework. *Strategic Management Journal*, 24, 763-772.
- Kuvaas, B. og Dysvik, A. (2010) Exploring alternative relationships between perceived investment in employee development, perceived supervisor support and employee outcomes. *Human Resource Management Journal*, 20(2), 138-156.
- Kvalnes, Ø. (2008). *Se Gorillaen!: Etikk i arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lai, L. (1999). *Dømmekraft*. Oslo: Tano Ashehoug.
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Markman, H., Stanley, S. og Blumberg, S. (2002). *Samlivsboken: Gode råd for å bevare kjærligheten og hindre samlivsbrudd*. 2. utg. N.W. Damm&Søn AS.
- Martinsen, Ø. L. 2004. Ledelse og kompetansestyring – motivasjon, utvikling og rekruttering i et strategisk perspektiv. I: Martinsen, Ø. L., red., *Perspektiver på ledelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS, 157-190.
- Mintzberg, H. (2001). Å jobbe som leder: myter og fakta. I: Martinsen, Ø. L., red., *Perspektiver på ledelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS, 206-223.
- Moxnes, P. (2000) *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet*. 2.utg. Oslo: Forlaget Paul Moxnes.
- Nordhaug, O. (1993). *Kompetansestyring*. 2.utg. Oslo: TANO A.S.
- Nordhaug, O. (2004). *Strategisk kompetanseledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordland fylkeskommune, (2008a). Ny organisering av Tannhelsetjenesten. Sak 78/08 til fylkestinget, 16. juni 2008.
- Nordland fylkeskommune, (2008b). Funksjonsbeskrivelsen for klinikkssjef i Nordland fylkeskommune. Internt dokument.
- Nordland fylkeskommune, (2010). Arbeidsgiverpolitikk 2010-2014. Internt dokument.
- Olsen, T.H. (2008). *Towards a Dynamic Understanding of Competence Management during Organizational Change*. PhD-avhandling. Norges Handelshøyskole.

Opedal, S., I. M. Stigen, T. Laudal og M. Tovsen (2003). *Flat struktur - er det veien å gå?* Kommuneforlaget AS, Oslo

Sandberg, J. (2000). Understanding human competence at work: an interpretative approach. *Academy of Management Journal*, 43(1), 9-25

Undervisnings- og forskningsdepartementet (1997). *Ny kompetanse – Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk*. (NOU 1997:25) Oslo.

Vanebo, J. O. (2005). Omforming av offentlig sektor – kart og landskap i endring. I: Busch, T., Johansen, E., Klausen, K.K. og Vanebo, J.O., red, *Modernisering av offentlig sektor*. 2. utg. Universitetsforlaget.

Yin, R. K. (2009) *Case study research. Design and methods*. SAGE Publications. 4<sup>th</sup> ed.

Yukl, G. (2005). *Leadership in organizations*. 6.utg. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.

## Vedlegg 1. Intervjuguide til klinikksjefene

# Intervjuguide

### Innledende presentasjon av intervjuet:

Det vi skal prøve å finne ut av er hvilken kompetanse en klinikksjef trenger og hvordan fylkeskommunen kan legge til rette for læring for dem som går inn i rollen. Vi håper derfor at det arbeidet vi nå gjør med denne kartleggingen, skal bli nyttig for dere som har funksjonen i dag, og for de nye som kommer etter hvert.

Tema og spørsmål	Kompetanseområde
------------------	------------------

Åpent innledende spørsmål:

Kan du fortelle litt om rollen som klinikksjef?	Oppgaver og funksjoner Kompetanse
-------------------------------------------------	--------------------------------------

### 2.2 Mellomlederrollen og kompetanse

#### 2.2.1 Kompetanse for å lede en organisasjon

Du skal lede en organisasjon. Kan du fortelle litt om hva det innebærer for deg?	Drift Målorientering
Oppgaver Ansvar Arbeidsgiverrolle Samarbeid med andre (klinikksjefer) Er det mål eller krav du må oppfylle?	Drift Aktørlederskap Å utøve og internalisere arbeidsgiverrollen Læring Målorientering, organisatorisk
Kan du huske om du opplevde det å lede en organisasjon annerledes i starten?	

#### 2.2.2 Kompetanse for å lede mennesker

Medarbeiderne er viktig i en organisasjon. Kan du fortelle litt om hvordan du som leder samarbeider med og leder de ansatte?	Samhandlingskompetanse
Hvordan gir du medarbeiderne medbestemmelse over eget arbeid?	Å utvikle aktørkultur Å delegerer ansvar
Hvordan motiverer du medarbeiderne dine?	Å motivere medarbeidere mot målsettinger Å gi tilbakemelding
Hvordan viser du at du bryr deg om de ansatte?	Personalledelse
Kan du huske om du opplevde samarbeid og det å lede de ansatte annerledes i starten?	

#### 2.2.3 Kompetanse for å lede seg selv

Å være leder krever også at man kjenner seg selv og at man kan lære av egne erfaringer. Kan du fortelle litt om hvordan det oppleves for deg - å selv ta ansvar for din egen utvikling som leder?	Personlig endringskompetanse Oppmerksomhet på egne reaksjoner og følelser Selvledelse
Får du tilbakemeldinger på lederrollen din fra	Å integrere tilbakemeldinger

medarbeidere, andre klinikksjefer eller fra toppledelsen, og hva gjør tilbakemeldingene med deg?	Læring
Hva skaper stress for deg og hvordan takler du stresset?	Stressmestring
Tar du deg tid til refleksjon i forhold til lederrollen din?	Læring
Hvordan opplevde du overgangen fra å være bare fagperson til også å være leder?	Tema: Identitetsskifte. Personlig endringskompetanse
Hvilke råd ville du gitt til ny klinikksjef i dag? (En nybegynner?)	

#### Oppsummerende spørsmål

Hvis du tenker tilbake til da du startet som klinikksjef, hva trengte du å lære da, med andre ord, hvilket læringsbehov hadde du som nyansatt klinikksjef?	Kompetansebehov som ny
Hva trenger du å lære eller arbeide med for å utvikle deg videre som klinikksjef?	Kompetansebehov nå og videre
Hvordan vil du beskrive en dyktig klinikksjef, slik du ser det?	Kompetansekrav til en dyktig klinikksjef