

# MASTEROPPGAVE

Emnekode:  
BE311E

Navn på kandidat:  
Bente Brataas og Janne Heidi Tunstad

---

Profesjonsbakgrunn – e det viktig i grunn?

---

Dato: 20.06.2016

Totalt antall sider: 81

**For å illustrere temaet ledelse har vi noen bilder som viser ulike syn på måten å lede.**



## **FORORD**

Denne oppgaven er skrevet som avsluttende del av et erfaringsbasert MBA program. Masterprogrammet i helseledelse er laget på oppdrag fra Helse Nord RHF ved Nord Universitetet i Bodø. Studiet utgjør 90 studiepoeng.

Vi ønsker å takke vår veileder professor Inger Johanne Pettersen for god veiledning og konstruktiv kritikk.

Tusen takk til alle ledere ved UNN og Finnmarkssykehuset som tok seg tid til å svare på vår spørreundersøkelse, og en stor takk til de tre informantene våre som stilte opp og delte sine refleksjoner og erfaringer med oss.

Takk til våre arbeidsgivere som har gitt oss denne muligheten til å delta på studiet. Vi har hatt to lærerike, slitsomme, men morsomme år. En stor takk må også rettes til de i våre avdelinger som har fylt inn når vi har vært borte, og gjort det mulig for oss å senke skuldrene litt.

Vi vil også takke våre familier for å ha vist forståelse og tålmodighet når tiden har vært knapp.

Hammerfest og Tromsø 20.06.16

Bente Brataas

Janne Heidi Tunstad

## **SAMMENDRAG**

Hensikten med denne studien har vært å få mer kunnskap om hvordan vi kan forstå at ledere med ulik profesjonsbakgrunn kan ha ulike oppfatninger av ledelse og lederroller. Studien er gjennomført på UNN og Finnmarkssykehuset med både spørreundersøkelse og oppfølgende intervju.

Våre hovedfunn viser blant annet at lege- og sykepleielederne ikke skiller så mye i alder, men legene har kortere ansiennitet som ledere i forhold til sykepleielederne, allikevel leder legene ofte på høyere nivå enn sykepleierne. Vår studie viser at legeledere ikke prioriterer å bruke like mye tid på lederoppgaver knyttet til økonomiske forhold som sykepleieledere og ledere med annen helsefaglig bakgrunn. Legene gir inntrykk av at fagkompetanse er viktigere enn annen lederkompetanse, derfor vil de gjerne ledes av ledere med samme profesjonsbakgrunn som de selv.

Vår studie viser at det kanskje ikke er likegyldig hvilken profesjon en leder har. Forskjellige lederposisjoner i en ekspertorganisasjon har behov for ulike typer kompetanse. I noen stillinger er det behov for fag eller bransjeinnsikt, i andre stillinger kan dette være en fordel, men ingen nødvendighet. Det stilles hele tiden nye krav fra omgivelsene, og i framtiden kan det være enda mer viktig at vi har de rette lederne på de rette plassene, for å imøtekomme framtidige omstillinger og krav.

Vår forskning viser at både kontekst, historie, struktur og kjønn er et utgangspunkt til hvordan vi kan forstå at ledere med ulik profesjonsbakgrunn har ulik forståelse av lederrollen. Ulik kompetanse kan være utfyllende og skape mangfold. God ledelse innebærer å la folk gjøre det de er best til.

## **ABSTRACT**

This master of business administration (MBA) in Health leadership focuses on how we can understand that leaders with different professional background have different perceptions of leadership and leadership roles. The study is conducted at UNN and Finnmarkssykehuset with both QuestBack and follow-up interviews.

Our main findings show that physician and nursing leaders do not differ so much in age, but physicians have shorter seniority as leaders in relation to nursing leaders, despite this are the physicians leaders at a higher level than nurses. Our study shows that physician leaders do not prioritize to use as much time as the nurse leaders and leaders with other healthcare professionals on management tasks related to economy. Physicians give an impression that professional expertise is more important than leadership skills, and that is the reason why they want leaders with the same professional background as themselves.

Our study shows that the profession you have may count. Different leadership positions in an expert organization needs different types of expertise. In some positions there are need of expertise or industry insight, in other positions it may be an advantage but not a necessity. There are constantly new demands from the environment, and in the future it may be even more important that we have the right leaders in right places to accommodate future changes and requirements.

Our research shows that both context, history, structure and gender is a starting point for how we can understand that leaders with different professional backgrounds have different understanding of the leadership role. Different qualifications can be complementary and create diversity. Good governance is about letting people do what they do best.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<u>1.0 INNLEDNING</u> .....	1
<u>1.1 Bakgrunn for valg av tema</u> .....	1
<u>1.2 Problemstilling</u> .....	2
<u>1.3 Sentrale begreper</u> .....	3
<u>1.4 Oppgavens oppbygging</u> .....	3
<u>2.0 TEORI</u> .....	5
<u>2.1 Lederroller i forandring</u> .....	5
<u>2.2 Hybridledelse</u> .....	7
<u>2.3 Struktur</u> .....	8
<u>2.4 Ledelse og kjønn</u> .....	9
<u>2.5 Ledelse og lederroller</u> .....	10
<u>2.6 New public management (NPM)</u> .....	14
<u>2.7 Oppsummering teori</u> .....	17
<u>3.0 METODE</u> .....	18
<u>3.1. Innledning</u> .....	18
<u>3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv</u> .....	18
<u>3.3 Datainnsamling</u> .....	19
<u>3.4 Kvantitativt design</u> .....	19
<u>3.5 Kvalitativt design</u> .....	20
<u>3.6 Triangulering</u> .....	20
<u>3.6.1 Spørreskjema</u> .....	20
<u>3.6.2 Utvalg</u> .....	20
<u>3.6.3 Intervjuguide</u> .....	21
<u>3.6.4 Valg av informant</u> .....	21
<u>3.7 Validitet og reliabilitet</u> .....	21
<u>3.8 Generalisering</u> .....	22
<u>3.9 Metodekritisk refleksjon</u> .....	23
<u>3.10 Oppsummering</u> .....	23
<u>4.0 EMPIRI</u> .....	23
<u>4.1 Spørreundersøkelse og intervju</u> .....	25
<u>4.2 Respondentenes bakgrunnsvariabler</u> .....	25
<u>4.3 Ledelse og lederroller</u> .....	32

<u>4.4 Profesjonsbakgrunn og lederroller</u> .....	36
<u>4.5 Prioriteringer mellom ulike mål og tidsbruk</u> .....	41
<u>4.6 Oppsummering av hovedfunn</u> .....	47
<u>5.0 ANALYSE</u> .....	48
<u>5.1 Bakgrunnsvariabler</u> .....	48
<u>5.2 Prioritering av lederoppgaver</u> .....	49
<u>5.3 Profesjon som lederkompetanse</u> .....	52
<u>6.0 AVSLUTNING</u> .....	54
<u>6.1 Videre forskning</u> .....	55
Litteraturliste	
Vedlegg	

## 1.0 INNLEDNING

I dette kapittelet vil vi redegjøre for valg av tema og bakgrunn for oppgaven. Vi kommer til å presentere problemstilling og definere sentrale begreper. Videre skisseres hvordan oppgaven er bygd opp.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

*«... det er fint med kombinasjoner, både de som har legebakgrunn og sykepleiebakgrunn eller annen helsefaglig bakgrunn da, at det er en blanding av ledere med forskjellige faglig kompetansebakgrunn, da utfyller man hverandre og man blir på en måte et mangfold i en ledergruppe.»*

Dette sitatet er fra en av informantene og på mange måter illustrerer dette bakgrunnen for vårt valg av tema. Ledelse er et spennende tema som engasjerer mange. Ledelse er lett å prate om og mene rundt, men kanskje vanskeligere å få til i praksis. God ledelse innebærer å la folk gjøre det de er best til. Den administrative lederen kan tilrettelegge sosiale og organisatoriske forutsetninger for dette slik at organisasjonen tar en retning som fellesskapet og oppdragsgiver er tjent med (Strand, 2015). Ledelse vil for mange si å lede en organisasjon eller virksomhet etter målene som er satt av øverste organ, og flere forsøker å forske på og finne ut av hva som er god ledelse. Ledelse kan være situasjonsbetinget og ulike rammer krever ulik ledelse for å nå bestemte mål. Betingelsene for å utøve ledelse vil variere ut fra hvor en jobber, om det er offentlig eller privat, store eller små virksomheter. Våre erfaringer og personlige egenskaper vil også spille inn. Innenfor helsevesenet har mange lederroller i ulike sammenhenger. Alt fra lederstillinger oppe i organisasjonen til ledelse på førstelinjenivå. Vi har ulike motiver for å ta lederfunksjoner og mange av oss har forskjellig profesjonsbakgrunn.

Vi har begge lang erfaring i helsevesenet og har lenge latt oss fascinere av hvor ulikt ledelse kan oppfattes, alt etter som om du for eksempel er sykepleier eller lege. Vi har en oppfatning av at de ulike profesjonene har ulik oppfatning som kan ha betydning for måten leder utfører sin lederrolle på. Om dette stemmer er det ikke likegyldig hvilken profesjonsbakgrunn en leder har. At vi er forskjellige som individer og har med oss ulik bagasje er det ingen tvil om, men vil vår profesjonsbakgrunn ha noe å si for hvordan vi utøver ledelse?



Forskjellige lederposisjoner i en ekspertorganisasjon har behov for forskjellig kompetanse. I enkelte posisjoner er det behov for faglig innsikt eller bransjeinnsikt. I andre posisjoner er det kanskje en fordel, men ingen forutsetning. Det finnes posisjoner hvor det er utenkelig å ikke være fagperson (Strand, 2015). Videre skriver Strand (2015) om forholdet mellom kyndighet og myndighet, og dilemmaet for fagfolk, om de skal velge fag eller lederkarrierer.

Berg (2005) skriver om at teknologiske løsninger gjør at legen overvåkes på en annen måte enn før, og legen har ikke den autonomien han hadde tidligere. Styringen foregår ovenfra og ned. Også sykepleiernes rolle har endret seg opp gjennom årene. Han beskriver hvordan sykepleierrollen har endret seg fra å være en slags husmorrolle utenfor hjemmet, som kvinner følte et kall til å utføre, til hva den er i dag. Disse endringene og disse forskjellige behovene kommer også til syne gjennom organisasjonens faser. Fasen for planlegging og oppstart krever annen kompetanse enn fasen for daglig drift. Nye krav fra omgivelsene, for eksempel på grunn av medisinskfaglige utvikling, krever kanskje annen lederkompetanse (Strand, 2015). Følgende sitat illustrerer i retning av hybridledelse og profesjonalisering av lederrollen.

*«for meg handler det om ledelse og det å ha lederkompetanse, og ikke hvordan profesjon du har da...»*

## ***1.2 Problemstilling***

Hensikten med denne masteroppgaven er å studere ledelse og lederroller. Spesielt tar vi for oss spørsmålet om de ulike profesjonene i spesialisthelsetjenesten har ulik oppfatning av utøvelse av lederrollen, og hvordan vi kan forstå det. Studien forankres i deskriptiv og normativ teori som sammenholdes av empiri og egne erfaringer. Vi har brukt spørreskjema og intervju blant ledere ved UNN og Finnmarkssykehuset for å finne ut av deres syn på profesjoner og lederroller, på denne måten håper vi å oppnå kunnskap om hvordan dette kan forstås. Ut fra dette har vi følgende **problemstilling**:

***Hvordan kan vi forstå at ledere med ulike profesjonsbakgrunn kan ha ulike oppfatninger av lederrollene? - En studie blant ledere i UNN og Finnmarkssykehuset***

Ut fra vår problemstilling har vi utarbeidet følgende **forskningsspørsmål**:

*Har ledere med ulik profesjonsbakgrunn ulik oppfatning av utøvelse av lederrollen?*

### ***1.3 Sentrale begreper***

Problemstillingen inneholder noen sentrale begreper som vi vil definere. Profesjonsbakgrunn og lederroller er sentrale begreper i forhold til det vi ønsket å studere og vi har forsøkt å definere de med utgangspunkt i teori og med søk på nettet.

#### **Profesjonsbakgrunn**

Strand (2015) sier at de fleste profesjoner har offentlig godkjenning og har en beskyttet tittel. De fleste yrkesutøvere som tilhører profesjoner har langvarig og spesialisert utdanning fra høyskole eller universitet. De har lojalitet mot arbeidet og profesjonen sin, og de følger etiske og kollegiale standarder. De har også klienter eller oppgaver som bare profesjonelle yrkesutøvere kan ha. I teorien ser vi blant annet at legene, på grunn av sin profesjon, kan være medisinskfaglige rådgiver for ledere som ikke er leger (Berg, 2005). Ulike profesjoner kan gå over i lederroller uavhengig av deres utdanning. Da vil deres bakgrunn, som for eksempel sykepleier, ligge i grunnen for deres nye rolle som leder.

#### **Lederroller**

Ordet rolle er i flere lærebøker brukt som betegnelse på oppgaver ledere kan ha. Lederrollen er ofte basert på sterke, formelle posisjoner og ledere må ofte spille roller som er knyttet til posisjon. Lederrollen kan være komplisert og motsetningsfylt og ofte utsatt for sterke meninger. Personen som innehar rollen kan byttes ut, men rollen som leder er til en viss grad fast og hver rolleinnhaver har en viss mulighet til å spille rollen på sin måte. (Strand, 2015)

### ***1.4 Oppgavens oppbygging***

I det første kapitlet presenterer vi valg av tema og bakgrunn for oppgaven. Vi presenteres bakgrunn for valgt problemstilling og forskningsspørsmål. I tillegg beskriver vi sentrale begreper knyttet opp til problemstillingen som vil følge oss gjennom oppgaven.

I kapittel 2 tar vi for oss teori som vi mener er relevant for oppgaven og som kan hjelpe oss videre i empiri og analyse. Vi har valgt å presentere profesjonssosiologi om lederroller i

forandring og litt om hybridledelse. Vi skriver også litt om struktur og ledelse og kjønn. Så presenterer vi ledelse og lederroller og den såkalte PAIE-modellen med vekt på Adizes og Quinn sine teorier beskrevet av Strand (2015). Til sist har vi med New Public Management (NPM). Valg av forskningsmetode og design, og begrunnelse for de valg vi har tatt presenteres i kapittel 3 under metode.

I kapittel 4 gjøres leseren kjent med empiri. Da vi er hjemmehørende i henholdsvis Hammerfest og Tromsø har vi gjennomført en spørreundersøkelse blant ledere ved Finnmarkssykehuset og Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN). I tillegg har vi foretatt noen intervjuer med utgangspunkt i problemstillingen for å få synspunkter som kan hjelpe oss å utdype funn fra spørreundersøkelsen.

I kapittel 5 analyserer vi hovedfunn fra empiri. Dette diskuteres opp mot problemstillingen og valgt teori.

Til slutt vil vi i kapittel 6 gjøre en oppsummering og komme med forslag til videre studier.

## 2.0 TEORI

Et sykehus er en kompleks organisasjon der ulike profesjoner med ulik kunnskap og kompetanse jobber tett og tverrfaglig for å gi pasienten best mulig behandling. For at sykehuset skal kunne være effektivt og gi behandling av høy kvalitet, er de avhengige av å ha ledere som kan innfri organisasjonens mål. Å lede handler om å velge de riktige menneskene til de riktige jobbene, det gjelder å ha rett leder på rett sted. Vi vil i fortsettelsen av dette kapitlet presentere teori som er relevant for vår problemstilling/forskningsspørsmål.

### *2.1 Lederroller i forandring*

Berg (2011) beskriver hvordan overlegen gikk fra å være et fritt yrke til å bli en ren arbeidstakerrolle. Dette skyldes i stor grad den teknologiske og medisinske utviklingen som skjedde, spesielt etter andre verdenskrig. Utviklingen førte til at det i større grad ble nødvendig å behandle pasienter i sykehus. Til å begynne med fungerte sykehusene som en samling private praksiser. Det bar preg av å være et kollegium, med den beste blant likemenn som leder, den administrative overlegen. Etter hvert som den medisinske utviklingen fortsatte ble dette vanskelig. Flere fagavdelinger og behov for flere leger gjorde styring og koordinering vanskelig. Det ble behov for en profesjonell leder. Den gamle administrative overlegen hverken ville eller kunne innta den rollen. Det ville bidra til mindre klinikk, og dermed mindre autoritet som lege. I stedet var det de tidligere forvaltere som nå ble økonomisjef eller direktør. Berg (2011) beskriver det som at "tjenerrollen ble gjort til herrerolle."

Mange sykehusavdelinger har fortsatt todelt ledelse, med en lege og en sykepleierenhet. Han viser også til at helsepersonelloven gir legene en særskilt rolle. På grunn av sin profesjon skal de være medisinskfaglig rådgiver for ledere som ikke er leger. De har også rett og plikt til å si i fra når forsvarlighet er truet. Et annet eksempel på fortidens grep om sykehusene er at gamle fagtitler som avdelingsoverlege er beholdt mange steder, på tross av ny organisering. Og på tross av økende antall leger i sykehusene har de beholdt et høyere lønnsnivå enn andre helsefagarbeidere. Allikevel mener Berg (2014) at det han kaller industrialiseringen av helsevesenet har endret legerollen. Det samme har standardisering og målstyring.

Teknologiske løsninger gjør at legen overvåkes på en annen måte enn før, legen har ikke den autonomien han hadde tidligere. Styringen foregår ovenfra og ned. Styring og ledelse ivaretas ikke lengre av legene selv, men ofte av ledere uten helsefaglig bakgrunn. Overlegen kan i enkelte tilfeller ha lederroller, men som oftest bare faglig. I den grad han er leder er det

personalansvar for de andre legene i avdelingen. Berg sier at avdelingsoverlegen ble delvis en legelig leder, delvis en byråkratisk leder. Han sier at sykehusene fikk todelt ledelse i en og samme person.

Også sykepleiernes rolle har endret seg opp gjennom årene. Det har Berg (2012) skrevet om i artikkelen "På leting etter identitet". Der beskriver han hvordan sykepleierrollen har endret seg fra å være en slags husmorrolle utenfor hjemmet, som kvinner følte et kall til å utføre. Etterhvert ble Norsk sykepleierforbund stiftet, og sykepleierne ble mer opptatt av å definere sykepleie som et eget fag. Sykepleien er til å begynne med ofte i privat tjeneste. Når sykehus blir mer vanlig flytter sykepleierne nærmest inn der. Hele deres liv foregår på sykehuset, de har sjelden noe eget privatliv utenfor. Men også sykepleierne, i likhet med legene, blir vanlige arbeidstakere etterhvert. Det medfører at de kan ha et normalt familieliv med mann og barn ved siden av sykepleierrollen. Selv om nå sykepleie blir mer et vanlig yrke var sykepleierne fortsatt underordnet legene. Det var legene som var sjefen. Det var lite fokus på sykepleie som egen profesjon. Samfunnsendringene på 1970 tallet gjorde at også sykepleierne fikk mer fokus både på yrkets status, profesjonsinnhold og lønn. Sykepleierforbundet jobbet blandet annet hardt for å få utdanningen av sykepleiere opp på et høyere nivå. Utdanningen ble på begynnelsen av 1980 tallet innlemmet i høyskolesystemet, og elevene ble studenter. Også på sykehusene ble sykepleierne bevisst sin nye identitet. De ville lede egen virksomhet. Det ble innført sjefsyrkepleiere som hadde linjeansvar for sykepleierne.

Torjesen, Byrkjeflot og Kjekshus (2011) skriver noe hvordan lederrollene har forandret seg. Her framkommer det at som en konsekvens av helseforetaksreformen i 2002 mistet legene sitt monopol på ledelse. Enhetlig ledelse skal innføres. Sykepleiere og folk uten helsefaglig bakgrunn kan nå være ledere på alle nivåer i helseforetakene. Mange sykepleiere inntar nå lederstillinger. Likevel er det stadig svært mange medisinere i ledende stillinger. En av grunnene ser ut til å være det økte kravet om kvalitetsstyring. En leder som ikke er medisinere må ha en medisinskfaglig rådgiver. Men legene er stort sett ikke heltidsledere, generalistledere. Deres identitet og status er i sterk grad knyttet til deres profesjon. De ser på ledelse som en fortsettelse av fag. Deres motivasjon for å ta lederroller er å påvirke medisinsk kvalitet og sikre egen autonomi. Som også Berg (2014) har vært inne på gjør denne kombinasjonen av administrativ ledelse, fagledelse og klinikk legene til hybride ledere. Sykepleierne er i større grad fulltidsledere. For sykepleiere vil en lederrolle ofte medføre større status og bedre lønn. Sykepleiere som blir ledere er ikke i så stor grad knyttet til sin profesjonsidentitet. De ser at store sykehus og funksjonsfordeling, med avanserte administrative verktøy krever en holistisk og generalistpreget kompetanse. Sykepleiere er i

stor grad lojale mot organisatoriske målsettinger, mens leger ofte kan oppleve det som utfordrende. Også Strand (2015) skriver om forholdet mellom kyndighet og myndighet, og dilemmaet for fagfolk, om de skal velge fag eller lederkarrierer.

## ***2.2 Hybridledelse***

Ledelse er den norske oversettelsen av det engelske "management". Management igjen stammer fra latin, som er satt sammen av "manus" og "agere" som betyr henholdsvis "hånd" og "gjøre". Begrepsmanagement omfatter både ledelse, styring og administrasjon (Pettersen, 2015). I tillegg er ledelse hyppig satt sammen med forskjellige ord for å tillegge begrepet økt betydning og som ledd i utvikling av forskjellige ledelsesteorier, f.eks. hybridledelse.

Det er ikke uvanlig at en organisasjon har elementer fra ulike organisasjonsformer. Slike organisasjoner omtales gjerne som en hybrid organisasjon.

Berg, Byrkjeflot og Kvåle har i sin artikkel " Hybridledelse i sykehus - en gjennomgang av litteraturen" sett på dette. De har gjennomgått ti titler for å se på hva begrepet innebærer (Berg et al, 2010). Hovedfunnene her er at styringsproblemer i helsesektoren/offentlig forvaltning førte til en reform, NPM. Reformen medførte økt fokus på kostnadskontroll og ledere som kunne bidra til dette. Hybridledelse kan sees på både som en reaksjon på reformen, og som en målsetting med den. Hybridledelse kommer av en søken etter en rolle som kunne kombinere fagledelse, generell ledelse og økonomistyring. Funnene fra litteraturen viser at hybridledelse pr. i dag ikke innfrir disse forventningene. Man finner i studien ikke en entydig definisjon på hva hybridledelse er. Hybridledelse forstås stort sett som medisinskfaglige ledelse kombinert med det økonomisk administrative. I diskusjonen peker de på at hybridisering av ledelse dermed har det som hensikt å rendyrke ledelse som en egen funksjon samt å forsterke den hierarkiske styringen. Men det har generelt sett vært vanskelig å innføre generell ledelse hos de som er operativ i de kliniske funksjoner. Sykepleierne er også inkludert i denne studien. Det bidrar til at ledelse i sykehusene blir mer omfattende. Da inkluderes både generell, medisinskfaglige og sykepleiefaglig ledelse.

Å være leder i en hybridorganisasjon byr på utfordringer fordi en må forstå regelsettet i to eller flere ulike organisasjonsformer, noe som setter ulike rammer for å utøve ledelse. Som leder i en såkalt hybridorganisasjon må man kunne sjonglere mellom ulike måter å fylle lederrollen og kombinere ulike forståelsesrammer på en ny måte. Hybridledelse kan også forstås ut fra at det er en fagperson som leder fagområdet sitt, kombinerer fagkunnskaper med for eksempel økonomi og administrasjon. Det skapes altså en ny form for ledelse, når ulike fagdisipliner smeltes sammen eller leder blir formidler mellom ledelse og fag (Berg et al,

2010). Å være hybridleder handler om å kunne forene motstridende krav, interesser og ulike profesjoner (Pettersen, 2015). Hybridledelse er ikke et entydig begrep, men kan forstås på flere måter. I vår master vil vi ta utgangspunkt i en forståelsesramme hvor vi tenker at hybridledelse omhandler leder med helsefaglig bakgrunn som må kombinere sitt fag med andre fagdisipliner som administrasjon og ledelse.

### **2.3 Struktur**

Jacobsen og Thorsvik (2014) bruker i sin bok "hvordan organisasjoner fungerer" en modell som beskriver organisasjoner som produksjonssystemer. Modellen viser at ulike elementer har betydning for organisasjonens resultater. Hvordan organisasjonen behandler eller transformerer sine ressurser, input, påvirker resultat, output. De forskjellige elementene, både interne og eksterne, påvirker hverandre gjensidig. Både Jacobsen og Thorsvik (2014) og Berg (2005) viser til hvordan organiseringen av en organisasjon bidrar til å oppnå ønsket mål og adferd. I organisasjoner bidrar strukturen til arbeidsdeling, altså spesialisering, samt koordinering og styring. En stor og kompleks organisasjon må ta hensyn til dette. Oppgavene kan deles og spesialiseres etter to prinsipper, hvilke funksjon man skal fylle eller hvilket marked man skal betjene. Ved funksjonsfordeling blir like oppgaver, eller lik kompetanse organisert sammen. I en markedsbasert gruppering vil forskjellige funksjoner plasseres i samme enhet. Kombinerer man disse får man en todimensjonal matrisestruktur. Enten vertikal inndeling med enheter på forskjellige lokalisasjoner, eller horisontal inndeling med funksjonsbaserte spesialister som er organisert i egne enheter, men betjener forskjellige lokalisasjoner. Det sier seg selv at dette er utfordrende med tanke på koordinering av arbeidet. Jacobsen og Thorsvik (2014) beskriver syv koordineringsmetoder, vi vil her nevne to av dem. Hierarkisk overvåking og kontroll der en leder har ansvar for et visst antall ansatte. Kontrollspennet kan ikke være for stort uten å miste oversikt, det oppstår fort behov for flere hierarkiske nivåer. Utfordringen er her at beslutninger må gjennom flere ledd, saksbehandlingen kan gå tregt. Man kan enten alene, eller sammen med hierarkisk overvåking ha standardisering, enten av arbeidsoppgaver eller kunnskap som koordineringsmetode. Man oppnår forutsigbarhet blant annet ved hjelp av regler og prosedyrer. I Jacobsen og Thorsviks bok presenteres Mintzbergs teori om strukturelle konfigurasjoner som beskriver ulike strukturelle organisasjonsformer. Vi nevner kort to av dem her. Maskinbyråkratiet preges av klar horisontal arbeidsdeling, utstrakt bruk av regler, og et klart hierarki. Beslutningsmyndigheten er sentral. I det profesjonelle byråkratiet er

beslutningsmyndigheten desentralisert, den bærer sterkt preg av spesialisering hvor felles fagkunnskap er viktig.

Berg (2014) sier at utviklingen i sykehusene har gått fra et profesjonelt byråkrati til mer og mer å bli lik maskinbyråkratiet. Han peker spesielt på økt standardisering og styring ovenfra. Tradisjonelt har legene vært den operative kjerne. De mister mer og mer makt og innflytelse. Den er flyttet over til administrasjon, ledelse og den analytiske stab. Dette er en utvikling som har pågått siden 1970 tallet.

## ***2.4 Ledelse og kjønn***

Menn er fortsatt sterkt overrepresentert i lederstillinger (Strand, 2015). For å finne årsaker til dette må en se på blant annet samfunnsformer, komplekse maktstrukturer og kultur. I tillegg må vi definere hva vi mener med kvinnelig og mannlig.

Som individer utvikler gutter og jenter seg ulikt avhengig av hvordan omgivelsen reagerer på dem. Strand (2015) viser til at psykolog Carol Gillian mener å ha funnet at jenter og gutter resonerer og tenker på ulike måter. Jentene tar hensyn til individene og relasjoner uten å analysere og forstå spørsmål i hjel, mens guttene er analytiske og kalkulerende. Dette ser ut til å påvirke hvordan kvinner og menn kommuniserer. Språkforskning i Norge viser at kvinner stiller tre ganger så mange deltakende spørsmål som menn. Uansett ser det ut til at kvinner og menn har en tendens til å vise ulik adferd i sosiale situasjoner. Kvinner etterstreber inkludering og gode relasjoner mer enn menn gjør, og menn markerer motsetninger og status mer enn kvinner (Strand 2015).

I løpet av etterkrigstiden og spesielt på slutten av 1970- og videre på 1980-tallet ble problematikken med kvinner og ledelse satt på dagsorden. Bakgrunnen var ideen om likestilling og at kvinner blant annet skulle ha de samme rettigheter i samfunnet og de samme yrkesmulighetene som menn. Kvinnebevegelsen, feminismen, bidrar til å belyse at det eksisterer et maktforhold mellom kjønnene. Tradisjonelt sett hadde synet vært at samfunnet og familien trengte kvinnen som var omsorgsfull, mens mannen var målrettet og instrumentell og dro ut i arbeid for å tjene penger. Dette at mannen var den som tjente pengene og var familiens forsørger gjorde kvinnen mer avhengig av mannen (Strand, 2015)

Schlichting, Nilsen, Fosså og Åsland (2007) har i artikkelen «Kvinnens karriereutvikling i klinisk akademisk medisin» sett på årsaker til at det er få kvinner i toppstillinger i klinisk akademisk medisin, og anbefalinger om hva som kan gjøres. Det ble utført spørreundersøkelse blant alle personer som hadde oppnådd medisinsk doktorgrad i perioden 1995 – 2005 ved ett av de fire universitetssykehusene i Oslo-regionen eller universitetet



sentralt, og alle stipendiater med grunnutdanning cand.med. registrert i doktorgradsprogrammet ved Universitetet i Oslo 1. september 2005. I etterkant ble det fulgt opp med fokusintervju. Kvinnelige og mannlige gruppedeltakerne ga ulike forklaringer på at kvinner i mindre grad enn menn gjør karriere i klinisk akademisk medisin. De kvinnelige informantene savnet kvinnelige rollemodeller og det kom også frem at kvinner ofte har liten tro på seg selv og må, i motsetning til menn, dobbeltsjekke om de virkelig er kvalifisert for å søke en stilling. Kvinnene gav uttrykk for at menn selger seg bedre og blir raskere lagt merke til, og kvinnene følte seg dumsnille som gjorde mye usynlig arbeid som ikke meritterer. Kvinnene hadde også en klar oppfatning om kameraderi blant menn. Mennene hadde ikke noen oppfatning av kameraderi men opplevde heller at kvinnene i miljøet hadde kommet mye lettere til enn mennene. Kvinnene var nesten blitt båret frem og hauset opp og fått gjennomgående lettere tjeneste. Noen menn ga uttrykk for at kvinnene hadde spilt på familie og vanskeligheter her og der, mens gutta hadde jobbet hardt. Et gjennomgående trekk er at menn og kvinners akademiske suksess, eller mangel på suksess, forklares på ulike måter. Menn omtaler manglende suksess blant menn som et resultat av uheldige rammebetingelser, mens suksess forklares med egeninnsats i form av hardt arbeid og vilje til å eksponere seg. Men når menn omtaler kvinner med suksess er det de gunstige rammebetingelsene som trekkes frem, mens kvinners mangel på suksess forklares som resultat av deres egen manglende egeninnsats, at de ikke er ambisiøse nok eller at de prioriterer familien. Kvinnene snakker bare om kvinner uten suksess og om menn med suksess. Artikkelen konkluderer med at kjønnsbalansen for toppstillinger i klinisk akademisk medisin ikke går over av seg selv. Problemet er ikke mangel på kvalifiserte kvinner, og kvinner er i samme grad som menn motivert for å gjøre akademisk karriere. For å få kvinner til topps på karrierestigen må de tas bedre vare på og universitetet må satse på en aktiv rekrutteringspolitikk som utjevner skjev kjønnsfordeling i toppstillingene. Det er av stor betydning for kvinnene å ha akademiske og kliniske rollemodeller, og likestilling på arbeidsplassen og i hjemmet er viktig for akademisk karriere hos kvinner.

## ***2.5 Ledelse og lederroller***

Å lede er et sosiokulturelt fenomen, som vanligvis innebærer at "en leder" har fått myndighet til "å lede" andre innenfor en kontekst som for eksempel en organisasjon eller gruppe. Ledelse forgår gjerne innenfor rammene til en organisasjon og Strand (2015) forstår organisasjoner ut fra en firedeling; entreprenør-, ekspert-, byråkrati- og gruppeorganisasjoner. Entreprenørorganisasjonen tilpasser systemet til omverden mens ekspertorganisasjonen

produserer, fordeler makt og setter mål. Byråkratiorganisasjonen kontrollerer og skaper stabilitet, og gruppeorganisasjonen formidler og besvarer systemets verdier og kulturtrekk (Strand, 2015). Ekspertorganisasjoner preges av fagspesialisering og fagautonomi. Det er komplekse organisasjoner med yrkesutøvere med stor autonomi. Kunnskapen finnes hos profesjonelle fagmennesker som utfører organisasjonens tjenester/ oppdrag. Disse får veiledning og faglig vurdering i fagkollegiet. Mange vanlige lederoppgaver som man finner i et byråkrati blir overflødige eller nøytraliseres (Strand, 2015).

Ekspertorganisasjonen preges av to former for styring, kollegial styring og hierarkisk styring. Derav kommer to forskjellige lederroller, fagleder og administrativ leder. Fagledelse er knyttet til yrkesutøvelse og kollegial ledelse på profesjonens premisser. Administrativ ledelse er ofte besværlig og lite ønskelig for profesjoner. Den administrative leders utfordring kan være at han savner faglig legitimitet, selv om han er høyt oppe i hierarkiet. Men offentlige ekspertorganisasjoner er ofte byråkratisk preget. Samfunnet har behov for styring, ressursdisponering og grensesetting. Den administrative leder har ofte kunnskap om retningslinjer og betingelser for å oppnå ressurser som fagkollegiet er avhengig av.

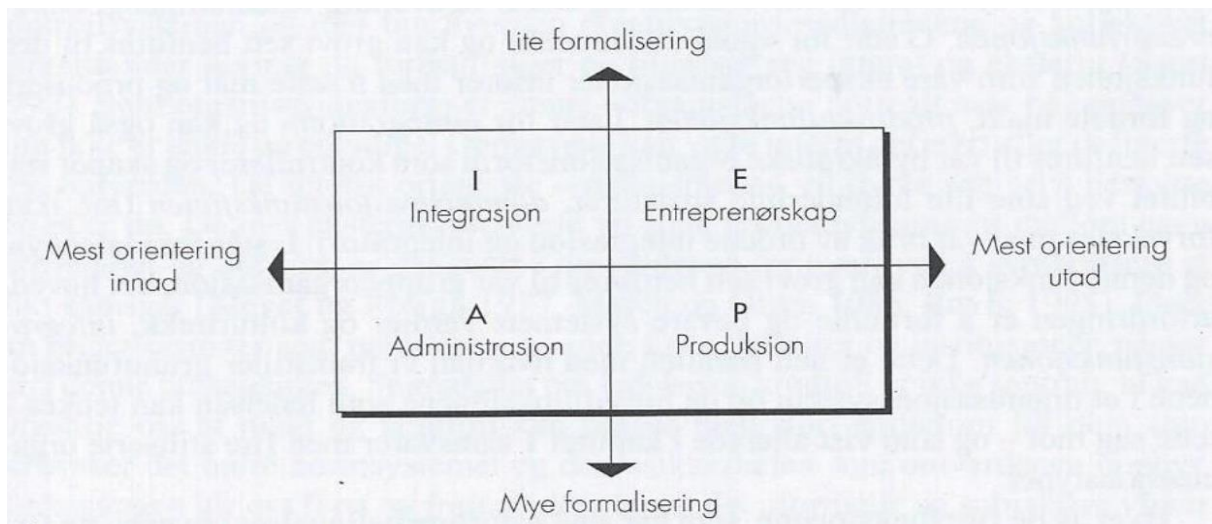
Fagleder bidrar til å opprettholde faglige standarder samt faglig veiledninger og vurderinger. Denne lederen er ofte motstrebende til administrative detaljer. Hans utfordring er at fellesskap og organisatorisk samhandling da kan forfalle. Lederen for ekspertorganisasjoner må sørge for legitimitet i faglige miljøer fordi bestemmelser må grunngis med faglige argumenter. Slik legitimitet oppnås vanskelig med hersketeknikker som for eksempel målstyring, men heller gjennom gjerninger og forhandlinger med de berørte (Strand, 2015).

God ledelse innebærer å la folk gjøre det de er best til. Den administrative lederen kan tilrettelegge sosiale og organisatoriske forutsetninger for dette slik at organisasjonen tar en retning som fellesskapet og oppdragsgiver er tjent med (Strand, 2015). Forskjellige lederposisjoner i en ekspertorganisasjon har behov for forskjellig kompetanse. I enkelte posisjoner er det behov for faglig eller bransjeinnsikt. I andre posisjoner er det kanskje en fordel, men ingen forutsetning. Det finnes posisjoner hvor det er utenkelig og ikke være fagperson. Disse forskjellige behovene kommer også til synet gjennom organisasjonens faser. Fasen for planlegging og oppstart krever annen kompetanse enn fasen for daglig drift. Nye krav fra omgivelsene, for eksempel på grunn av medisinskfaglige utvikling, krever kanskje annen lederkompetanse (Strand, 2015).

Ordet *ledelse* brukes både om personene som utøver ledelse og aktivitetene de utøver i egenskap av å være ledere. Strand (2015) nevner at Bass (1990) etter en gjennomgang av litteratur fant at det nesten var like mange definisjoner av ledelse som personer som hadde

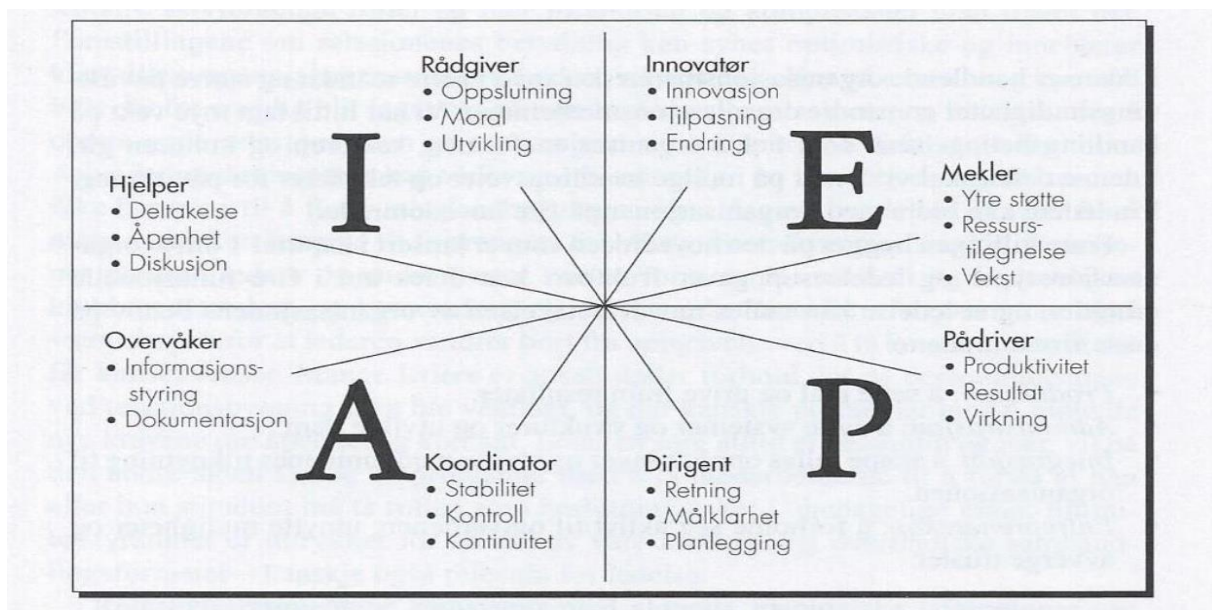
gjort forsøk på å definere begrepet. Det er vanlig med forventninger til den som skal lede både på formelt og uformelt vis. Det finnes ingen standardisert beste måte å lede på, men noen føringer for ledelse er ofte vanlig. I Helse Nord har styret vedtatt lederkrav som sier at en leder skal være: helhetstenkende, ansvarlig, endringsvillig, handlingsvillig, kommuniserende, inspirerende. Ledelse innenfor sykehus i dag omfatter svært mange og ulike aktiviteter. Alt fra organisasjonsutvikling, innhente og bearbeide informasjon, ressursfordeling, økonomistyring, planlegging og ikke minst ledelse av ansatte/medarbeidere. Det innebærer igjen flere ting som blant annet opplæring, konflikthåndtering, støtte og oppmerksomhet, motivering og fastsettelse av mål for framtiden.

Ledelse kan også beskrives som et sett av roller og i rollen som leder skal en utfylle mange forventninger både fra arbeidsgiver og ansatte. Ordet rolle er i flere lærebøker brukt som betegnelse på oppgaver ledere kan ha. Lederrollen er ofte basert på sterke, formelle posisjoner og ledere må ofte spille roller som er knyttet til posisjon og bedømmes av et interessert men kritisk publikum. Lederrollen kan være komplisert og motsetningsfylt og ofte utsatt for sterke meninger. Personen som innehar rollen kan byttes ut, men rollen som leder er til en viss grad fast og hver rolleinnhaver har en viss mulighet til å spille rollen på sin måte. Ledelse handler alltid om samspill mellom den som leder og personer rundt, og det vil derfor være flere lederkjenne tegn enn de funksjonene og isolerte oppgavene leder utfører. Innenfor ledelse er gjerne rollebegrepet uttrykk for hvordan leder skal forstå og utføre sine oppgaver. Roller kan også knyttes til organisasjonsbegrepet gjennom funksjoner. Bestemte roller utfører eller bidrar til bestemte funksjoner eller virkninger (Strand, 2015). Ideen om at bestemte ordninger eller strukturer ivaretar bestemte funksjoner er i sosiologien kalt strukturfunksjonalisme, og at rollene og strukturen kan forstås ved de funksjonene eller oppgavene de ivaretar i systemet. Lederroller kan beskrives ut fra Adizes rolletypologi som bygger på grunnskjema til Quinn (Strand, 2015). Adizes benytter lederrollene integrator, administrator, entreprenør og produsent og de fire lederrollene skal holde fokus på medarbeiderorientering (integrator), kvalitetskontroll (administrator), samarbeid (entreprenør) og målstyring (produsent).



**Figur 1: Grunnskjema** (Strand, 2015, figur 9.1)

Figuren over viser klassifikasjonssystemet i grunnskjema og viser grad av formalisering av prosedyrer og regler. Vi ser at figurens venstre del er orientert innad og legger vekt på vedlikehold og harmoni, mens høyre del er orientert utad og vektlegger forandring og resultater. Lederrollemodellen er også blitt kalt PAIE-systemet (Strand, 2015), og i figuren under er det delt opp i de fire lederrollene og viser områder der ledere kan bidra innen organisasjonen. De ulike dimensjonene som Strand bruker i figuren under ligner på grunnskjema overfor til Quinn.



**Figur 2: Fire områder der ledere kan bidra med noe i organisasjonen. Roller** (Strand, 2015, Figur 17.1)

Ledere som oppfyller produsentfunksjonen er de som retter sin virksomhet mot mål og står til ansvar for resultater. Under rollen som **produsent** holdes fokus på å være pådriver og dirigent. Pådriveren håndterer stress og tidsfrister på en god måte, denne er en problemløser og er ofte personlig motivert for å oppnå resultater. Dirigenten delegerer, legger planer, setter mål og motiverer andre. I rollen som **administrator** har vi koordinator og overvåker. Koordinatoren sørger for kontroll, stabilitet og kontinuitet, mens overvåkeren er opptatt av informasjonsstyring og dokumentasjon. Rollen som **integrator** innehar rådgiver og hjelper. Lederen ønsker minst mulig styring og oppfordrer til åpenhet, diskusjon og deltakelse. Lederen har oppmerksomheten rettet mot moral, oppslutning og utvikling. I rollen som **entreprenør** holdes fokus på å være mekler og innovatør. Strategisk ledelse er viktig i denne rollen og kan preges av sterkt kontrollbehov (Strand, 2015)

De fire organisasjonstypene som er nevnt overfor henviser til hver av de fire lederrollefunksjonene i PAIE hvor integratorrollen hører til gruppeorganisasjonen, administratorrollen hører sammen med byråkratiorganisasjonen, entreprenørrollen hører til entreprenørorganisasjonen og produsentrollen hører sammen med ekspertorganisasjonen. Ved å skifte fra organisasjon til ledelse kan vi spørre oss hvor mye lederne bidrar til de ulike funksjonene innenfor hver rolle som er beskrevet.

## ***2.6 New Public Management (NPM)***

New Public Management er en ideologi eller et rammeverk som dreier seg om styring og forvaltning av offentlig virksomhet. Grunntanken er at offentlig virksomhet vil bli mer effektiv ved hjelp av bedriftsøkonomiske prinsipper (Veggeland, 2013). Viktige prinsipper for å få dette til er privatisering, konkurranseutsetting og markedstilpassing, profesjonell ledelse, kostnadskontroll, resultat og målstyring, samt desentralisering og delegering av myndighet. NPM prinsipper ble først introdusert på 1980-tallet, av Thatcher i England og av Reagan i USA.

I Norge var helsesektoren på 1980-tallet offentlig styrt. Sykehusene var underlagt fylkeskommunene og ble altså styrt av lokale folkevalgte, selv om regjering og storting hadde siste ord. De hadde ansvar for å samordne de forskjellige fylkenes sykehusplaner, blant annet for å sikre riktig funksjonsfordeling. Fylkeskommunene som sykehuseiere skulle ha et tett samarbeid med kommunene som hadde ansvar for drift av primærhelsetjenesten. Det har utover på 2000-tallet vært bred enighet om at det var manglende budsjett og kostnadskontroll ved sykehusene. Sykehusene ble finansiert ved rammefinansiering, og det var stadig nødvendig med tilleggsbevilgninger. I tillegg var ikke aktiviteten høy nok, og ventelistene

økte. Det ble derfor i 1997 innført en finansieringsmodell som besto av både rammefinansiering og DRG (Grepperud, 2014). Dette tiltaket passer godt inn i NPM tenkning. Den nye organiseringen gjennom Helseforetaksloven (2002) bærer i seg mye av NPM tenkning. Staten tok over som eier av sykehusene. Det er en sentralisering. Men eierskapet ble deretter desentralisert til juridisk selvstendige regionale og lokale helseforetak (Hallandvik, 2005). Organiseringen ligner private konsernaktige mor/datterselskapene. Styringen skulle nå ikke være så politisk. Profesjonelle ledere skulle styre etter mål utarbeidet av nasjonale myndigheter. Budsjett og kostnadskontroll ble vesentlig. Måloppnåelse og resultater skulle monitoreres slik at virksomheten ble mer transparent. Også kvalitet, vi har nå en lang rekke kvalitetsindikatorer som måles. Denne monitoreringen ser man går igjen i styresakene til Helse Nord.

Konkurransen er vesentlige begreper innen for NPM tenkning. Dette var et område hvor den nye organiseringen ikke var helt tilpasset NPM. Staten var nå både bestiller og tilbyder. Men pasienter hadde nå rett til å benytte seg av fritt sykehusvalg. Døren åpnes i noen grad opp for private. Dagkirurgiske tjenester ble lagt ut på anbud for private tilbydere. Målet var å redusere ventetiden som var en av mange kvalitetsindikatorer foretakene ble målt på og var forventet å styre etter (Veggeland, 2013).

Som nevnt innledningsvis er profesjonell ledelse noe som kjennetegner NPM. Hallandvik, (2005) spør i sin artikkel: - Var sykehusreformen en ledelsesreform? Han viser til at også før helseforetaksreformen var det enkelte tegn til NPM tenkning i helsevesenet. Også når det gjaldt ledelse. Tidligere år, før 1970, var det som oftest legeledelse i sykehus. Direktøren var gjerne en overlege. Han hadde gjerne selskap av en forvalter som tok seg av regnskap og budsjett (Berg, 2011). Hallandvik (2005) sier i sin artikkel at allerede utover 1970- tallet ble det mer vanlig med en profesjonell direktør i sykehuset, sykehusdriften ble stadig mer kompleks. Å lede et sykehus som en biting ved siden av legejobben holdt ikke lengre. Det var økt fokus på både kvalitet og økonomistyring. Avdelingene derimot ble profesjonsstyrt med en overlege på topp, og en sykepleier som hadde ansvar for sykepleietjenesten, todelt ledelse. Først i 1999 ble det lovfestet enhetlig ledelse. Legene hadde ikke noe i mot dette da de regnet med at det ble en videreføring av deres tidligere profesjonsledelse. Sykepleierne godtok også den nye ordningen da det ble stadfestet at den ene lederen ikke nødvendigvis måtte være lege av profesjon. Likevel var det slik det var praksis slik i mange år, det var leger som ble ansatt som leder for avdelingen. Todelt ledelse fortsatte i praksis mange steder, selv om legen var leder fantes det fortsatt en sykepleier som tok ansvar for sykepleietjenesten.

Allerede utover 80-tallet ble det økt fokus på opplæringsprogrammer og utdanning for ledere, også monitorering økte på i denne tiden. Innsatsstyrt finansiering som kom på 90-tallet bidro i enda større grad til at lederrollen fikk et annet preg enn tidligere, ledelsen ble mer bedriftsorientert.

Utviklingen mot profesjonelle ledere med trekk fra NPM startet allerede før foretaksreformen. Foretaksreformen økte og forsterket denne utviklingen. Hallandvik (2005) viser til at mange ledere tydelig merket at deres lederhverdag endret seg etter reformen. Toppledere var ofte profesjonelle ledere som levde godt med dette skiftet, mens mellomledere som gjerne var hybridledere slet i større grad med å oppfylle kravene til mer NPM dreid ledelse.

Jacobsen og Thorsvik (2014) nevner blant annet Schein sin definisjon av uttrykket grunnleggende antagelser. Dette kan beskrives som noe en gruppe oppfatter som sannhet. Denne antagelsen læres bort til nye medlemmer i gruppa selv om en slik grunnleggende antagelse kan foregå på det ubeviste plan. Grunnleggende antagelser er et av tre kulturelle nivåer. Antagelser på det ubeviste plan, verdier og normer som man gir uttrykk for at man har, og artefakter som symboler som kan observeres. Disse artefaktene kan være alt fra logo, språk, regler og seremonier. De reflekterer den underliggende kulturen. Det betyr at for å ha effekt må de tolkes og forstås. Språk er et eksempel på et artefakt som forsterker kulturen i den konteksten den oppstår i. Det understreker samhörighet og identitet. Lederne bidro altså til å spre den NPM tenkning omkring ledelse nedover i organisasjonen. Hallandvik (2005) konkluderer i sin artikkel med at sykehusreformen var en ledelsesreform. Men han sier også at den sannsynligvis har bidratt til å forsterke og øke en utvikling som allerede var på gang. Men på et punkt synes det ikke som om typisk NPM tenkning har fått full uttelling i helseforetaksreformen, og det er når det gjelder desentralisering og delegering av myndighet. I prinsippet skulle ikke foretakene være styrt av folkevalgte politikere, men av profesjonelle ledere med dertil egnede kunnskaper. Det ser ut til å være vanskelig å skille bedriftsstyring og politikk når det kommer til helseforetakene. Staten er eier av foretakene. De har som nevnt både rolle som bestiller og etterspørter. Kanskje det er grunnen til at de ofte griper inn i styringen av de juridisk selvstendige foretakene. Det er i alle fall ikke typisk NPM tankegang, der politikerens rolle skal være å lede indirekte ved å muliggjøre markedstilpassing og konkurranse.

## ***2.7 Oppsummering teori***

Den teoretiske rammen vi har valgt belyser vår problemstilling. Vårt teoretiske perspektiv skal belyse og begrunne hvordan vi kan forstå at ledere med ulik profesjonsbakgrunn har ulik oppfatning av ledelse og lederroller. Dette utvalget av teori danner grunnlag for vårt forskningsspørsmål og belyser empirien på en måte som gjør det mulig å beskrive og analysere vår problemstilling.

Vi ser at litteraturen peker på flere forhold som kan forklare ulik forståelse av ledelse og lederroller. Profesjonssosiologien, som blant annet Berg og Byrkjeflot beskriver, viser hvordan lederroller preges av både profesjonsbakgrunn, kontekst og historie. Torsvik og Berg belyser hvordan strukturen i organisasjoner har betydning for styring og ledelse. Strand forklarer forskjellige lederrollers betydning for ledelse i forskjellige kontekster.

Denne litteraturen gjør at vi kan knytte vår egen opplevde virkelighet og funn i vår studie opp mot teoretisk rammeverk for å få en større forståelse for det vi studerer.



## **3.0 METODE**

I dette kapittelet vil vi redegjøre for vårt vitenskapsteoretiske ståsted og metodiske tilnærming. Vi begrunner de valg vi har gjort i forbindelse med undersøkelsesdesign og datainnsamlingsmetode. Videre ser vi på muligheten for generalisering og vi vil avslutte med en metodekritisk refleksjon og oppsummering.

### ***3.1. Innledning***

I vår oppgave studerer vi hvordan vi kan forstå at ledere med forskjellig profesjonsbakgrunn har forskjellig syn på ledelse. Vi vil her presentere vårt valg av metode når vi studerer denne problemstillingen, og begrunne dette valget. Vi har valgt å bruke en kombinasjon av kvalitativt og kvantitativ metode, triangulering, for å finne svar på vår problemstilling. Vi vil beskrive hvordan undersøkelsen er gjennomført, samt validitet og reliabilitet knyttet til dette.

### ***3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv***

"Samfunnsvitenskapene har til hensikt å bidra med kunnskap om hvordan virkeligheten både i den store og den lille verden ser ut, og vi må da gå metodisk til verks" (Johannessen et. al., 2011).

Når man skal undersøke et fenomen kan man gjøre det fra forskjellige perspektiv. Hvilket perspektiv man velger avhenger av hvilken problemstilling man vil studere.

Å søke sann kunnskap er den særegne oppgaven til vitenskapen. Forskjellige synspunkter deler vitenskapsteorien i to hovedretninger hvilket er den positivistisk empiriske tilnærmingen eller den hermeneutisk fortolkende tilnærmingen.

Et positivistisk syn vil si at man ser på virkeligheten med objektive øyne. Menneskesynet er maskinelt, forskningsspørsmål kan generaliseres og årsakssammenhengen er sann.

På den annen side er hermeneutisk syn. Menneskesynet er bærer av verdier.

Forskningsspørsmålet er kontekstavhengig. Det finnes ikke lovmessighet. Virkeligheten må fortolkes, og forskeren er en del av det som studeres. Man studerer ikke hva kunnskap er, men hva virkeligheten er (Pettersen, 2016). Kunnskap er en veksling mellom undersøkelse av fakta og fortolkning av fakta. Hvordan kan vi tolke det vi observerer? I denne oppgaven vil vi se på hvordan vi kan forstå at ledere med ulik profesjonsbakgrunn har ulik syn på ledelse. Vi spør om lederens subjektive oppfattelse, om lederens personlige virkelighetsoppfattelse. Vi kan se

på vår problemstilling ut fra ontologiske teorier/perspektiver. Virkeligheten kan være både konkret målbar og diffus. Man har både harde og myke fakta. (Johannessen et. al., 2011)

I vår problemstilling er vi ikke først og fremst ute etter harde fakta og tall. Virkeligheten vi vil se på er mer diffus. Vi kan velge en ontologisk tilnærming med myke fakta, den enkeltes opplevelse er sannhet.

Vi ser på vårt forskningsspørsmål fra et ontologisk synspunkt ved hjelp av kvantitativ metode, og ontologisk synspunkt ved hjelp av noen få dybdeintervjuer.

Vi har valgt å benytte både kvantitativ og kvalitativ metode. En slik kombinasjon kalles metodetriangulering.

### ***3.3 Datainnsamling***

Forskning skiller seg fra vurderinger i hverdagen ved at det må samles inn data, eller dokumentasjon, som sier noe om den virkeligheten som skal undersøkes (Johannessen et. al., 2011). Ut fra vårt vitenskapsteoretiske perspektiv velger vi å benytte både kvantitativ og kvalitativ metode. Vi har med bakgrunn i vår problemstilling valgt kvantitativ innsamling av data for å få kunne samle et bredt materiale. Vi har deretter intervjuet tre informanter for å kunne gå i dybden for å øke vår helhetsforståelse ved å la informantene reflektere rundt funn i de kvantitative data.

### ***3.4 Kvantitativt design***

Kvantitativ metode regnes som tallenes tale, en diffus virkelighet som undersøkes ved hjelp av harde data, som spørreskjema (Nyeng, 2010).

Vi har valgt denne som en del av vårt design, fordi ved å spørre mange informanter får vi et bredere kunnskapsgrunnlag. Ved å tolke data kan vi få et inntrykk av hvor mange i de ulike profesjonene som er mest enig eller uenig i våre påstander i spørreskjema. Vi får også med dette en oversikt over blant annet alder, kjønn og nivå de ulike leder på. Dette kan hjelpe oss å forstå profesjonenes ulike oppfatninger knyttet opp mot vår problemstilling. Denne tilnærmingen gjør at vi kan studere vårt forskningsspørsmål utenfra, uten å være en del av det som studeres. På denne måten kan vi få en empirisk lovmessighet.

### ***3.5 Kvalitativt design***

Kvalitativ metode sees på som tekstens tale, en diffus virkelighet som undersøkes ved hjelp av myke data som ved samtale eller intervju (Nyeng, 2010). Den lar oss fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles. Empirisk forskning kjennetegnes ved systematikk, grundighet og åpenhet som vil klargjøre feilkilder i arbeidet (Johannessen et. al., 2011). Dette synet er sammenfallende med vårt ønske om gjennom informantene å kunne få en dypere forståelse for hvorfor ulike profesjoner eventuelt har ulike syn på lederrollen. Vi ønsker å se om informantene har sammenfallende refleksjoner med lederne som besvarte spørreundersøkelsen.

### ***3.6 Triangulering***

Triangulering kombinerer kvalitativ og kvantitativ metode, slik som vi gjør i vår oppgave. Både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til å gi oss en bedre forståelse av omgivelsene vi jobber i og hvordan de ulike profesjonene rundt oss tenker omkring lederroller. Ved å bruke ulike metoder for datainnsamling håper vi å kunne se på problemstillingen fra forskjellige perspektiver.

Dette kan gjøres på forskjellige måter men vi har valgt kvalitativ metode for å belyse funn/data som framkommer i den kvantitative delen.

#### **3.6.1 Spørreskjema**

I forkant av spørreundersøkelsen ble det sendt en forespørsel om tillatelse for gjennomføring (Vedlegg 1). Vi har laget en questbackundersøkelse (Vedlegg 2) hvor spørsmålene i undersøkelsen er basert på teori og egne erfaringer. Vi har valgt bakgrunnsvariabler som kjønn, alder profesjonsbakgrunn, antall år som leder, nivå og størrelse på enhet som ledes. Videre har vi valgt å ta med noen spørsmål med bakgrunn i den såkalte PAIE-modellen som deler ledere inn i fire hovedgrupper. Vi håper på den måten å få en grov oversikt over ledernes syn på utøvelse av lederrollen. Vi har også spørsmål som er knyttet til annen relevant teori for vår oppgave, både profesjonssosiologi og organisasjonsteoretiske teorier.

#### **3.6.2 Utvalg**

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 358 ledere på ulike nivåer ved UNN og Finnmarkssykehuset og det ble mottatt svar fra 192. Dette utgjør en svarprosent på 53,6 %.

Respondentene i denne undersøkelsen har en gjennomsnittsalder på 49,2 år, og kjønnsfordelingen er 36,2 % menn og 63,8 % kvinner.

### **3.6.3 Intervjuguide.**

Med utgangspunkt i vår forberedelse med spørreundersøkelsen kom vi fram til at vi ønsket å stille oppfølgende spørsmål til funn vi gjorde. Vi benyttet et semistrukturert intervju med en intervjuguide (Vedlegg 3) hvor spørsmålene var utarbeidet utfra hovedfunnene fra den kvantitative spørreundersøkelsen og teori. Ved også å ta utgangspunkt i teori sikrer vi økt validitet og reliabilitet i undersøkelsen. Under intervjuene ønsket vi at stemningen skulle være godt og at samtalen skulle flyte lett. Informantene ble bedt om å svare på om de kunne kjenne igjen funnene våre i egen organisasjon og de ble bedt om å reflektere over hvordan man kan forstå disse funnene. Informantenes svar ga god og variert informasjon som vi kan benytte videre i oppgaven. Vi kan se at vår erfaring som ledere ved UNN og Finnmarkssykehuset har påvirket oss og nok preet både utformingen av intervjuguide og vårt forskningsspørsmål.

### **3.6.4 Valg av informant.**

Det ble sendt formell forespørsel (Vedlegg 4) om å gjøre intervju til informantene. Vi har valgt å bruke strategisk utvelgelse av informanter. Strategisk utvelgelse innebærer en vurdering av hvilken målgruppe som må delta for å samle nødvendige data. Deretter må en velge personer fra målgruppen som det er hensiktsmessig å intervju (Johannessen et. al., 2011).

Vi har valgt å intervju tre informanter med forskjellig profesjonsbakgrunn, kjønn og alder. Alle tre er erfarne ledere med mange års erfaring som leder, og vi mener vårt utvalg av informanter vil gi oss en hensiktsmessig og rik informasjon. Vi ønsket på den måten å få synspunkter på funnene fra forskjellige vinkler. Disse tre ble presentert for studiens hovedfunn, og ved hjelp av semistrukturert intervju ble de bedt om å kommentere funnene fra spørreundersøkelsen. Kvalitative intervju kan bidra til en dypere forståelse og tolkning av funnene i den kvantitative spørreundersøkelsen. Informantene våre var reflekterte og delte innsiktsfullt sine refleksjoner med oss.

## ***3.7 Validitet og reliabilitet***

Undersøkelsesmetoden har store konsekvenser for undersøkelsens gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet) (Johannessen et. al., 2011). Validitet sier noe om hvorvidt våre konklusjoner i studien kan være sann og riktig, og om hvorvidt studien er troverdig. En måte å

validere funn på er å konfrontere det er har undersøkt med andre funn som er gjort. Er det sammenfall kan vi si at validiteten er styrket, vi kan dog ikke påstå et den er sann. Støtter våre informanter opp om noen av funnene i spørreundersøkelsen kan vi si at det styrker validiteten i våre funn. Teori spiller også en viktig rolle. Om funn vi gjorde i spørreundersøkelsen kan forankres i teori kan det på den måten styrke validiteten.

Reliabilitet sier noe om de data som er samlet inn, metoden som er brukt, og hvordan de er bearbeidet, om resultatene er pålitelige. Reliabilitet er viktig i kvantitative metoder, lite hensiktsmessig for kvalitative. Dette fordi kvalitativ metode, som intervju er lite strukturert sammenlignet med kvantitativ metode. Intervjuet blir til mens vi går og de som intervjues kan bli påvirket av intervjuer. Tolkning er eget verktøy og ingen tolker likt. Det å sikre høy reliabilitet i en undersøkelse innebærer at den kan gjentas av andre og ende opp med samme resultat. Dette kan utføres med den kvantitative spørreundersøkelsen, men er vanskelig i den kvalitative biten med intervju.

Vi har brukt kvantitativ metode, spørreskjema (questback), som består av spørsmål som delvis er brukt i andre spørreundersøkelser. I tillegg har vi utarbeidet noen egne spørsmål. Alle spørsmålene er knyttet opp mot relevant teori brukt i vår oppgave. Respondentene er ledere på ulike nivåer ved UNN og Finnmarkssykehuset. Vi har i tillegg dybdeintervjuet tre informanter med forskjellig kjønn og profesjonsbakgrunn. Dette bidrar til større validitet av studien. Vi studerer forskningsspørsmålet ut fra forskjellig vitenskapsteoretiske perspektiver.

### ***3.8 Generalisering***

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 358 ledere ved UNN og Finnmarkssykehuset på ulike nivåer i organisasjonene og det ble mottatt svar fra 192. Dette utgjør en svarprosent på 53,6 %. Vi har også gjennomført tre dybdeintervjuer for å bedre kunne fortolke funn i spørreundersøkelsen.

Om et synspunkt går igjen kan vi si noe om graden av sannsynlighet. Vi ser at vi har fått svar fra mange informanter i den kvantitative undersøkelsen og ut fra denne hadde vi informanter til å reflektere over funn. Informantene kunne ofte utdype og støtte opp under våre funn. I tillegg kan teoriene knyttes til funn. Vår tolkning er at det er mulig å overføre våre funn også til andre helseforetak. Dette med bakgrunn i egne erfaringer, funn i empiri og forankring i teori.

### ***3.9 Metodekritisk refleksjon***

Vi mener vår problemstilling blir best belyst ved å benytte metodetriangulering. Vi har i den kvantitative undersøkelsen valgt å be ledere med forskjellige profesjonsbakgrunn fra UNN og Finnmarkssykehuset besvare et en spørreundersøkelse. Svakheten her kan være at vi vet ikke hvor mange av lederne totalt innenfor hver profesjon som har svart. Dette må vi være klar over når vi behandler data.

Vi har derfor valgt å intervju tre ledere, med ulik profesjonsbakgrunn og lang erfaring som ledere, for å validere funn gjort i den kvantitative studien.

### ***3.10 Oppsummering***

Vi har i dette kapitlet gjort rede for vårt vitenskapelige ståsted og vi har begrunnet de valg vi har gjort når det gjelder metode for å studere vår problemstilling. Videre har vi vist til bruk av teori for å forankre funn i spørreundersøkelsen. Vi har analysert våre funn og konkludert med at våre funn nok ikke er unike. Vi kan derfor tolke det dit hen at våre funn er overførbare til andre helseforetak.

## 4.0 EMPIRI

Vi har som tidligere nevnt begge lang erfaring fra helsevesenet og har lenge latt oss fasinere av hvor ulikt ledelse kan oppfattes alt etter profesjonsbakgrunn. Vi har en oppfatning av at de ulike profesjonene har ulik oppfatning av ledelse som kan ha betydning for måten leder utfører sin lederrolle på. Konteksten vi har studert er sykehus. Sykehus er komplekse organisasjoner. De er ekspertorganisasjoner preget av fagspesialisering og fagautonomi. Ekspertorganisasjonen preges av to former for styring, kollegial styring og hierarkisk styring. Derav kommer to ledelsesformer, fagledelse og administrativ ledelse. Et strengt hierarki setter også sitt preg på sykehusene.

Forskjellige lederposisjoner i en ekspertorganisasjon har behov for forskjellig kompetanse. I enkelte posisjoner er det behov for faglig eller bransjeinnsikt. I andre posisjoner er det kanskje en fordel, men ingen forutsetning.

Innenfor helsevesenet har mange lederroller i ulike sammenhenger. Nye krav fra omgivelsene, for eksempel på grunn av medisinskfaglige utvikling, krever kanskje igjen annen lederkompetanse. Ledelse kan være situasjonsbetinget og ulike rammer krever ulik ledelse for og nå bestemte mål.

Sykehusreformen var preget av NPM og fokus på ledelse, som for eksempel ledelsesutvikling, enhetlig ledelse og profesjonelle ledere kom mer på banen. Det medførte blant annet dreining bort fra legenes tradisjonelle monopol på ledelse og nye profesjoner kom inn i ledelse på sykehus.

Bakgrunnen for dette studiet er at vi ønsker å se nærmere på om profesjonsbakgrunn har betydning for utøvelse av ledelse. Vi ønsker å forstå at ledere med ulik profesjonsbakgrunn kan ha ulik oppfatning an lederrollen, og om det stemmer er det ikke likegyldig hvilken profesjonsbakgrunn en leder har. At vi er forskjellige som individer og har med oss ulik bagasje er det ingen tvil om, men ulike lederutfordringer krever ulike ledere, og god ledelse innebærer å la folk gjøre det de er best til.

I kapitlet for teori redegjorde vi for teoretiske tilnærminger vi vil bruke for å finne svar på vår problemstilling/vårt forskningsspørsmål, og vi har forsøkt å legge et empirisk bakteppe ved også å ta med relevante artikler på området.

## ***4.1 Spørreundersøkelse og intervju***

I dette kapitlet vil vi presentere funn fra spørreundersøkelsen vi har utført blant ledere på Universitetssykehuset i Tromsø og ved Finnmarkssykehuset. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 358 ledere på ulike nivåer i organisasjonene og det ble mottatt svar fra 192. Dette utgjør en svarprosent på 53,6 %.

I spørreundersøkelsen delte vi inn i fire profesjonskategorier av ledere hvilke var lege, sykepleier, de med «annen helsefaglig bakgrunn» og de med «ikke helsefaglig bakgrunn». I figurene og tabellene i dette kapitlet vil lederne med profesjonsbakgrunn som lege og sykepleier stå, mens lederne med «annen helsefaglig bakgrunn» vil benevnes som «annen», og lederne med «ikke helsefaglig bakgrunn» vil benevnes som «ikke».

Vi har i tillegg til spørreundersøkelsen foretatt noen intervju. Vi har brukt data fra spørreundersøkelsen for å tematisere intervjuguiden for å belyse funn vi har gjort. Vi har intervjuet tre ledere med ulik profesjonsbakgrunn som har lang erfaring fra lederstillinger i helseforetak. Vi har valgt å benevne informantene fra A til C. Deres profesjonsbakgrunn vil kanskje komme fram men vi vil ikke komme inn på informantenes nåværende stillingstitler eller arbeidsted. Alle informantene vil benevnes som «han».

Med spørreskjema som bakgrunn vil vi i dette kapitlet presentere resultater fra spørreundersøkelsen. Vi vil videre gi en kort oppsummering og supplere med oppfølgingsspørsmål fra intervjuene hvor sitater er markert med kursiv i teksten. Ut fra dette materialet vil vi til slutt presentere hovedfunn som vi vil diskutere i analysedelen.

## ***4.2 Respondentenes bakgrunnsvariabler***

I figur 3 under ser vi at i alle fire gruppene er de fleste lederne mellom 41 og 60 år. Legene har prosentvis flest ledere i denne aldersgruppen. I tillegg skiller legene seg ut ved at de har den høyeste prosenten av lederne er over 60 år. Dette er klart mer enn de som har nest flest, det er gruppen «ikke helsefaglig bakgrunn» som har 9 prosent ledere i alderen over 60 år. «Annen helsefaglig bakgrunn» og «ikke helsefaglig bakgrunn» har de yngste lederne, med henholdsvis 22,2 og 18,2 prosent av lederne under 40 år.

Vi ser også at det ikke er noen legeledere mellom 25 og 40 år som har besvart spørreundersøkelsen, og vi kan stille spørsmål om det er få ledere med legebakgrunn som innehar lederstillinger i denne aldersgruppen.

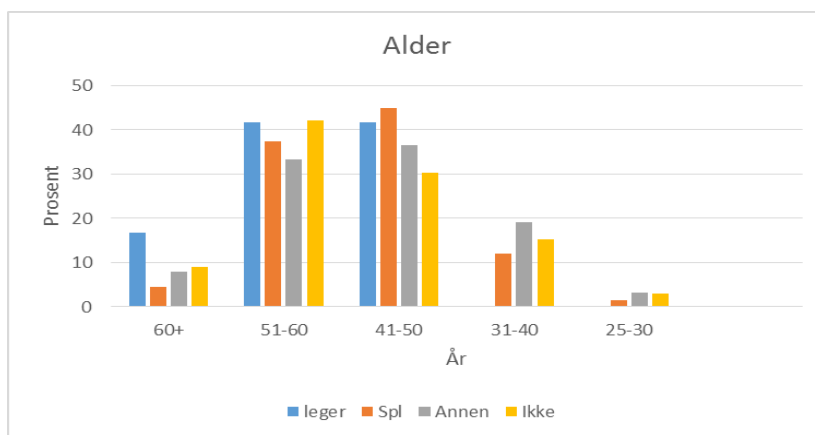


Informantene våre ble bedt om å reflektere rundt legeledernes høye alder og de mente det kunne skyldes flere årsaker. Informant A sa det slik:

*«Det som jeg har erfaring med er ofte at når legene blir ledere så velger de gjerne den, eller den som søker å blir anmodet om å søke kanskje fra kollega, det er den som har lengst klinisk erfaring, som har litt sån faglig legitimitet og tyngde i avdelingen.»*

Videre sa informant A:

*«...ledere innenfor legegruppen da med at det kanskje er de som er eldst og de har kanskje ikke vært ledere hele tiden, men de har gjort forskjellige ting på veien før de ble ledere...»*



**Figur 3: Respondentenes aldersfordeling.**

I spørreundersøkelsen delte vi lederne inn i de fire profesjonskategoriene lege, sykepleier, «annen helsefaglig bakgrunn» og «ikke helsefaglig bakgrunn». Av disse lederne var det 24 leger, 68 sykepleiere, 64 med «annen helsefaglig bakgrunn» og 33 med «ikke helsefaglig bakgrunn» som svarte. I figur 4 har vi skilt profesjonene mellom kjønn slik at det kommer fram hvor mange kvinnelige ledere i forhold til mannlige ledere i de ulike profesjonene som har svart. Når det gjelder kjønnsfordeling skiller legene og sykepleierne seg ut i hver sin retning. Hos legene er kun 25 % av lederne kvinner, mens 75 % er menn. Sykepleierne skiller seg ut den andre retningen, der er det kun 22 % av lederne som er menn, mens 78 % er kvinner. Blant de med «annen helsefaglig bakgrunn» og de med «ikke helsefaglig bakgrunn» er det også flest kvinnelige ledere som har svart, men her er ikke skillet så stort som blant legerledere og sykepleieledere.

Når vi spør informantene våre hva de tenker rundt dette, viser alle til historikk i denne sammenhengen. Informant A sier:

*«...noen profesjoner som har sterk historikk også, og sterke føringer fra tidligere som et hierarkisk system.»*

Informant A fortsetter med å si:

*«... fordi at tidligere så har det vært et flertall av menn som har vært leger, nå er det vel langt på vei til å snu, men det har jo vært det tidligere, og dermed så har det også fra langt tilbake på en måte vært mulig at det har vært flere menn i lederposisjonene.»*

Han sier videre:

*«...det er interessant akkurat nå, for jeg tenker at det her er et mønster som vi vil se kommer sannsynligvis til å endre seg ganske mye i årene som kommer... men langt flere kvinnelige studenter.»*

Informant B er inne på de samme tingene og sier:

*«...men kjønnsforskjellen kanskje naturlig at sykepleie som gruppe er kvinnedominert. Legesiden enn så lenge, i alle fall de som sitter på spesialistkompetanse er mannsdominert. Det er på tur til å forandre seg med andelen kvinnelige studenter inn i legemiljøet, men enn så lenge...»*

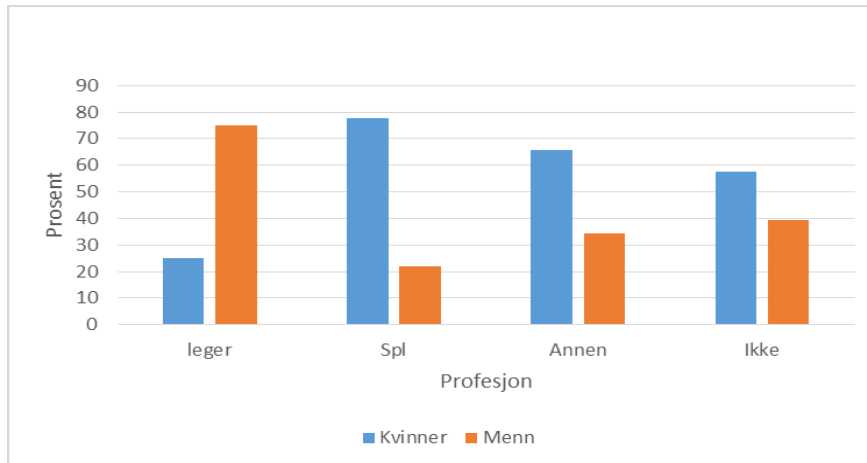
Informant B reflekterer videre spesielt over funnet på legesiden og sier følgende:

*«Jeg vil tro at det vil jevne seg ut etter hvert på den siden ja... 70% av studentene er jo kvinnelige for tiden, det er rart om det ikke skjer en glidning etter hvert...»*

Informant C sier:

*«...ellers så sykepleielederne det er jo stort sett kvinner, det er jo overvekt så...det er jo overvekt av kvinner, sant, som utdanner seg som sykepleiere.»*

Ut fra de svar vi har fått i spørreundersøkelsen og fra informantene kan det se ut som at gammel historikk og gammelt kjønnsrollemønster henger igjen. Informantene er alle inne på at de i framtiden tror dette vil endre seg, spesielt på legesiden der det største antall studenter er kvinner, så vil de anta at det vil skje en forandring.



**Figur 4: Kjønn og Profesjon**

Ut fra figur 5 kan vi se at også når det gjelder ansiennitet som leder skiller legene seg noe ut. De er den gruppen med relativt kort ansiennitet. En høy andel av legelederne har mindre enn 10 års erfaring som leder. Det er flest med «ikke helsefaglig bakgrunn» som har vært leder mellom 11 og 20 år, mens sykepleielederne og «annen helsefaglig bakgrunn» kommer hakk i hæl. De med «ikke helsefaglig bakgrunn» har imidlertid færrest ledere med mer enn 21 års ansiennitet, der er det sykepleiere og «annen helsefaglig bakgrunn» som har flest ledere. Det er legene som har færrest ledere med mer enn 21 års erfaring.

Når vi spør informantene om deres tanker rundt dette, kommer noen inn på at legene er ofte mer opptatt av fag og klinikk enn ledelse, og at ledelse ikke er like attraktivt som for andre profesjoner. For sykepleiere blant annet så kan ledelse være en måte å klatre på karrierestigen, en mulighet for høyere posisjon og lønn, og at dette kan være en årsak til at de blir sittende som ledere. Informant B sier det slik når han snakker om andre profesjoner enn legene:

*«...men det har på en måte vært en kamp for å nå opp i lederposisjon for en helsearbeider med en annen bakgrunn, og da som et av argumentene da naturligvis vil bli...det er ikke så og så viktig med den faglige kompetansen, det er ledereskapen og formalkompetansen i ledelse som kanskje betyr mer. Dette for å klatre på karrierestigen.»*

Et annet perspektiv var at legene ofte sitter i kombistillinger og kombinerer ledelse og klinikk, mens de andre profesjonene ofte har heltidsstillinger som ledere. Dette kan for legeneledere bli veldig hektisk og vanskelig å leve med over tid.

Informant B uttalte angående dette:

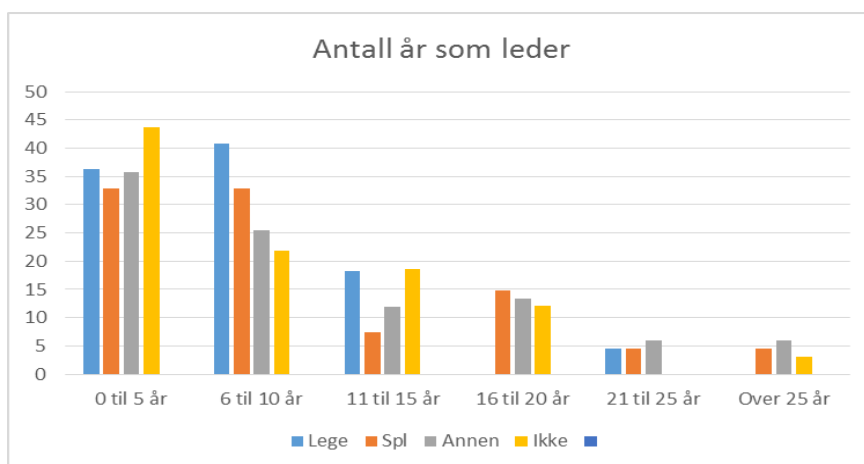
*«...det kan være at presse som legeleder, du skal gape over veldig mye...så at du ikke holder ut i så veldig mange år.»*

Han sa videre:

*«Og det som sliter mest på er å stå med en fot i hver leir å føle at du gjør en dårlig jobb på begge sider, det er liksom ikke tid nok til å gjøre noe godt nok, svømme på overflaten for å holde hode og avdelingen over vannet.»*

Informant C er inne på dette med legenes forhold til det å jobbe klinisk og sier:

*«min erfaring gjennom masse år nå i denne typen organisasjoner er at legene er veldig opptatt av å jobbe klinisk og mange kombinerer lederjobben sin med klinisk virksomhet...jeg vil jo si at utfordringen ofte er å rekruttere legeledere nettopp fordi de er så opptatt av å jobbe klinisk...så er det veldig mange klinikere som egentlig er ledertalenter som ikke ønsker å gå inn fordi...de vil heller jobbe 20 prosent som ledere og 80 prosent klinisk.»*

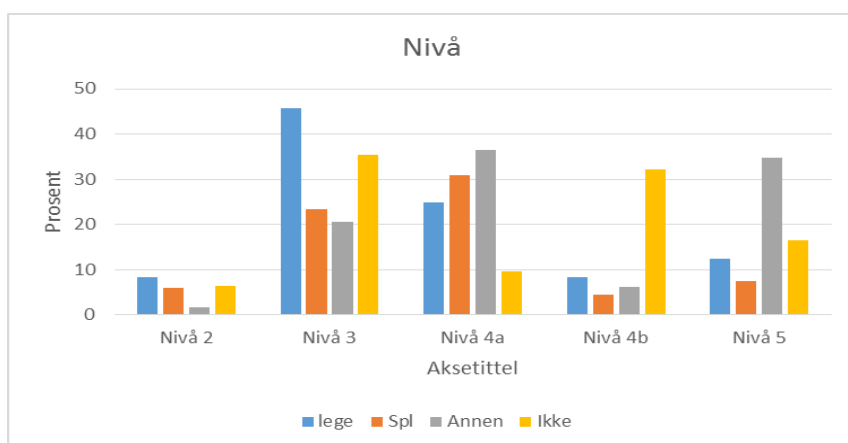


**Figur 5: Antall år som leder**

Hvilket nivå de er ledere på ble også spurt om under bakgrunnsvariabler. Her hadde vi oppgitt flere nivåer slik at de kunne krysse av hvor de hørte hjemme. Nivåene er som følger;

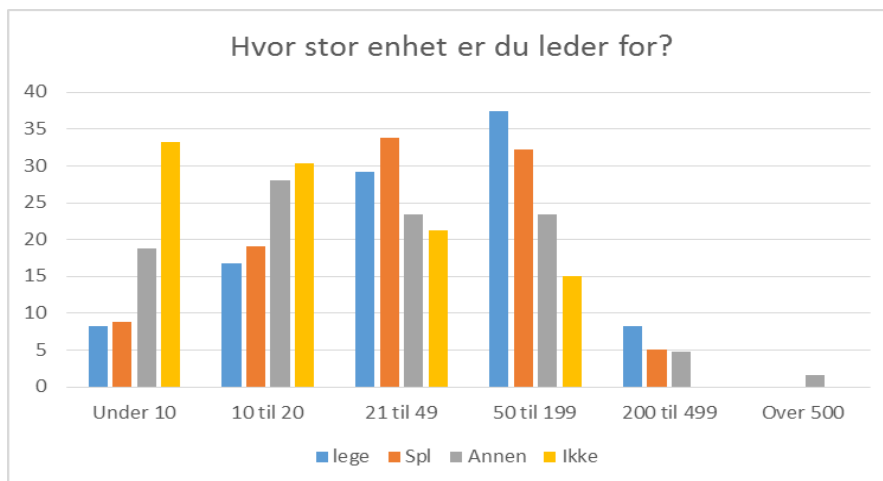
- ✚ Nivå 2 – Klinikksjef eller tilsvarende
- ✚ Nivå 3 – Avdelingsleder eller tilsvarende
- ✚ Nivå 4a – Seksjonsleder eller tilsvarende med lederansvar for enhetsleder(e)
- ✚ Nivå 4b - Seksjonsleder eller tilsvarende uten lederansvar for enhetsleder(e)
- ✚ Nivå 5 – Enhetsledere

Vi kan se i figur 6 at det er legene som har flest ledere på de høyeste nivåene. 54,1 % av legene er ledere på nivå 2 og 3, det vil si klinikksjef eller avdelingsleder. Men også gruppen «ikke helsefaglig bakgrunn» har prosentvis mange ledere på nivå 2 og 3. Denne gruppen skiller seg også noe ut på nivå 4b, seksjonsleder uten lederansvar, 32,3 % av lederne i denne gruppen er ledere på dette nivået. Sykepleiere og «annen helsefaglig bakgrunn» har flest ledere på nivå 4a, seksjonsleder med personalansvar.



**Figur 6: Respondentenes profesjonsbakgrunn fordelt på nivå**

For å få et innblikk i hvor store enheter de ulike lederne er ledere for spurte vi etter størrelse på den organisatoriske enheten de leder. Figur 7 viser at det er legene som er leder for de største enhetene mellom 21 og 199 ansatte. En større prosentandel av legelederne i forhold til de andre profesjonene er leder for enheter med mellom 200 og 500 ansatte. Sykepleielederne følger legene her, med nesten like mange ledere i store enheter. Det er gruppen «ikke helsefaglig bakgrunn» som er leder for de minste enhetene. Den største prosentandelen av disse er ledere for enheter med under 20 ansatte. De har ingen ledere i enheter med over 199 ansatte. Gruppen «annen helsefaglig bakgrunn» er stort sett midt mellom de overnevnte gruppene og er eneste gruppen representert med over 500 ansatte.



**Figur 7: Antall ansatte de ulike lederne er ledere for.**

Ut fra disse to siste figurene kan vi konkludere med at legegruppen ofte er representert med ledere på høye nivå og at de leder store enheter.

Overfor har vi gått kort gjennom bakgrunnsvariablene. Vi ser at legeneleiderne er blant de eldste lederne. Vi ser også at det er flere mannlige legeledere enn kvinnelige. De er i profesjonen som har ledet relativt kort, men de leder større enheter og på høyt nivå med mange ansatte under seg.

Sykepleielederne og gruppen «annen helsefaglig bakgrunn» er nesten like gamle som legene, men de har stort sett lengre erfaring som ledere. De har en stor andel kvinner. De har lengre ansiennitet enn legeneleiderne, leder nesten like store enheter, men på lavere nivåer.

Sykepleielederne og de med «annen helsefaglig bakgrunn» er store grupper i sykehuset, men det kan se ut som om sykepleierprofesjonen har flere kvinnelige ledere hvor skillet er størst, mens de med «annen helsefaglig bakgrunn» og «de uten helsefaglig» bakgrunn er mer lik.

Gruppen «ikke helsefaglig bakgrunn» har litt over 50 prosent kvinner som ledere. Også hos disse lederne er alderen mellom 41 og 60 år. De har en del yngre ledere, men de har også hele 9 prosent av ledere som er over 60 år. De skiller seg ikke spesielt fra sykepleielederne og «annen helsefaglig bakgrunn» når det gjelder ansiennitet som leder, men det er denne gruppen som har færrest ledere med mer enn 21 års erfaring. De leder de minste enhetene, men prosentvis svært mange ledere på et høyt nivå.

Informantenes refleksjoner rundt bakgrunnsvariablene antyder at gammel historikk henger igjen og vi har profesjons og kjønns spesifikke forskjeller. Ting er i endring og framover forventes det å se at blant annet kjønnsfordelingen innenfor legeyrket vil endres da det i dag

er en stor overvekt av kvinnelige studenter. Det er også endring i lederstillingene der det stilles høyere krav, så på sikt vil det kanskje bli enda vanskeligere å kombinere ledelse med klinikk, og legene som hybride ledere kan bli nødt å måtte velge hva de skal satse på.

### 4.3 Ledelse og lederroller

I spørreskjemaet undersøker vi også forskjellige målsettinger og prioriteringer mellom ulike oppgaver. Vi valgte å bruke spørsmål som kan knyttes direkte opp til Adizes rolletypologi som er beskrevet i teorikapitlet. Det skilles mellom integrator, administrator, entreprenør og produsent i den såkalte PAIE-modellen. Til hver lederrolle er det to påstander av totalt åtte, og lederne ble bedt om å rangere på en skala fra 1 til 5, der 1 er helt uenig og 5 er helt enig, ut fra prioriteringer og tidsbruk. Tabell 1 og 2 presenterer hvordan ledere ønsker å prioritere lederoppgaver og tidsbruken sett opp mot de fire rollene i PAIE-modellen. Når vi gikk gjennom og tolket tallene i tabellen holdt vi oss til ekstremverdiene, altså nivå 5 eller 1.

**Lederoppgaver det er viktig å prioritere.**

	Tabell 1	Profesjon	5 helt enig	4	3	2	1 helt uenig
<b>Påstand 1</b>	Utvikle og fornye virksomheten og tjenestene.	Leger	70,8	25	4,1	0	0
		Sykepleier	60,3	23,5	10,2	2,9	2,9
		Annen	51,6	35,9	9,4	1,5	0
		Ikke	60,6	27,3	9	3	0
<b>Påstand 2</b>	Være pådriver for å nå konkrete resultater og oppsatte mål.	Leger	70,8	20,8	8,3	0	0
		Sykepleier	66,1	27,9	1,4	1,4	1,4
		Annen	61	29,7	7,8	0	0
		Ikke	75,8	18,2	6,6	0	0
<b>Påstand 3</b>	Støtte, utvikle og motivere medarbeidere.	Leger	83,3	8,3	4,1	0	0
		Sykepleier	80,9	13,2	1,4	1,4	1,4
		Annen	71,9	21,9	4,7	0	0
		Ikke	81,8	15,2	3	0	0

<b>Påstand 4</b>	<b>Sørge for at regler og systemer fungerer og dokumentere at de etterleves i det daglige.</b>	<b>Leger</b>	<b>25</b>	<b>45,8</b>	<b>25</b>	<b>4,1</b>	<b>0</b>
		<b>Sykepleier</b>	<b>45,5</b>	<b>33,8</b>	<b>16,2</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>
		<b>Annen</b>	<b>51,6</b>	<b>35,9</b>	<b>9,1</b>	<b>1,5</b>	<b>0</b>
		<b>Ikke</b>	<b>51,5</b>	<b>42,4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Påstand 5</b>	<b>Skape forståelse for virksomhetens oppgaver og sikre støtte og ressurser.</b>	<b>Leger</b>	<b>50</b>	<b>29,1</b>	<b>20,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Sykepleier</b>	<b>51,4</b>	<b>36,7</b>	<b>8,8</b>	<b>2,9</b>	<b>0</b>
		<b>Annen</b>	<b>61</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Ikke</b>	<b>69,7</b>	<b>24,2</b>	<b>6,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Påstand 6</b>	<b>Bidra til å styre den enkeltes arbeidsinnsats mot en helhetlig oppgaveløsning.</b>	<b>Leger</b>	<b>41,6</b>	<b>50</b>	<b>4,1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Sykepleier</b>	<b>48,5</b>	<b>39,7</b>	<b>8,8</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>
		<b>Annen</b>	<b>43,7</b>	<b>31,3</b>	<b>20,3</b>	<b>3,1</b>	<b>0</b>
		<b>Ikke</b>	<b>39,4</b>	<b>33,3</b>	<b>24,2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Påstand 7</b>	<b>Bidra til å skape felles verdier og mål blant mine medarbeidere.</b>	<b>Leger</b>	<b>58,3</b>	<b>33,3</b>	<b>8,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Sykepleier</b>	<b>68,8</b>	<b>29,4</b>	<b>4,4</b>	<b>2,9</b>	<b>1,4</b>
		<b>Annen</b>	<b>59,4</b>	<b>28,1</b>	<b>9,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Ikke</b>	<b>57,6</b>	<b>36,4</b>	<b>6,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Påstand 8</b>	<b>Koordinere og sørge for at enkeltheten i arbeidet henger sammen.</b>	<b>Leger</b>	<b>50</b>	<b>37,5</b>	<b>8,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Sykepleier</b>	<b>55,9</b>	<b>23,5</b>	<b>11,8</b>	<b>2,9</b>	<b>0</b>
		<b>Annen</b>	<b>57,8</b>	<b>26,5</b>	<b>11</b>	<b>3,1</b>	<b>0</b>
		<b>Ikke</b>	<b>42,5</b>	<b>45,5</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

*Tabell 1: Lederoppgaver som er viktig å prioritere*

Tabell 1 dreier seg om forskjellige lederoppgaver og hva lederne synes det er mest viktig å prioritere. Vi ser i påstand 1 til 3 at svarene til de ulike profesjonene viser liten forskjell. Alle profesjonene er like mye eller mindre orientert mot lederrollene påstandene representerer. I



påstand 4 derimot svarer sykepleielederne, de med «annen helsefaglig bakgrunn» og de med «ikke helsefaglig bakgrunn» slik at vi kan tolke at de er mer administratororientert enn legelederne. I påstand 5 er svarene relativt like, men gruppen med «ikke helsefaglig bakgrunn» svarer litt høyere enn de andre og vil tolkes å gå litt mer mot entreprenørrollen enn de andre. I påstand 6 er det en liten tendens til at vi kan se at sykepleielederne i større grad enn de andre gruppene heller litt mot produsentrollen.

I påstandene 7 og 8 kan vi også se at sykepleielederne har litt høyere svarprosent på nivå 5 og scorer høyere mot integrator- og administratorrollen. I påstand 8 ser vi at de med «annen helsefaglig bakgrunn» faktisk ligger ganske likt med sykepleielederne. Forskjellene i svarene til de ulike profesjonene er ikke signifikante. Det er ikke store forskjeller, men de er tydelige når vi holder oss på nivå 5, og de er der.

Tabell 2 dreier seg om tidsbruk. Det er de samme påstandene som i tabell 1, og respondentene bes nå om å svare på hva de bruker mest tid på i det daglige av lederoppgavene de rangerte viktigheten av å prioritere.

**Tidsbruk som leder.**

	Tabell 2	Profesjon	5 helt enig	4	3	2	1 helt uenig
<b>Påstand 9</b>	<b>Utvikle og fornye virksomheten og tjenestene.</b>	<b>Leger</b>	8,3	41,7	29,2	20,8	0
		<b>Sykepleier</b>	16,2	13,2	47,1	16,2	5,9
		<b>Annen</b>	12,5	20,3	37,5	25	3,1
		<b>Ikke</b>	18,2	27,3	39,4	6	6
<b>Påstand 10</b>	<b>Være pådriver for å nå konkrete resultater og oppsatte mål.</b>	<b>Leger</b>	8,3	50	33,3	8,3	0
		<b>Sykepleier</b>	27,9	29,4	26,5	10,3	2,9
		<b>Annen</b>	32,8	21,9	35,9	6,3	1,5
		<b>Ikke</b>	30,3	42,4	51,5	3,3	0
<b>Påstand 11</b>	<b>Støtte, utvikle og motivere medarbeidere.</b>	<b>Leger</b>	16,7	45,8	37,5	0	0
		<b>Sykepleier</b>	41,2	30,9	19,1	7,4	0
		<b>Annen</b>	26,5	35,9	26,5	7,8	1,5

		<b>Ikke</b>	<b>30,3</b>	<b>36,4</b>	<b>24,2</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
<b>Påstand</b>	<b>Sørge for at</b>	<b>Leger</b>	<b>4,2</b>	<b>37,5</b>	<b>50</b>	<b>4,2</b>	<b>0</b>
<b>12</b>	<b>regler og</b>	<b>Sykepleier</b>	<b>23,5</b>	<b>32,4</b>	<b>33,8</b>	<b>7,4</b>	<b>0</b>
	<b>systemer</b>	<b>Annen</b>	<b>26,5</b>	<b>29,7</b>	<b>34,4</b>	<b>7,8</b>	<b>0</b>
	<b>fungerer og</b>	<b>Ikke</b>	<b>27,3</b>	<b>30,3</b>	<b>30,3</b>	<b>9</b>	<b>0</b>
	<b>dokumentere at</b>						
	<b>de etterleves i</b>						
	<b>det daglige.</b>						
<b>Påstand</b>	<b>Skape</b>	<b>Leger</b>	<b>8,3</b>	<b>37,5</b>	<b>41,7</b>	<b>12,5</b>	<b>0</b>
<b>13</b>	<b>forståelse for</b>	<b>Sykepleier</b>	<b>19,1</b>	<b>27,9</b>	<b>38,2</b>	<b>8,8</b>	<b>4,4</b>
	<b>virksomhetens</b>	<b>Annen</b>	<b>18,8</b>	<b>28,1</b>	<b>31,3</b>	<b>18,8</b>	<b>0</b>
	<b>oppgaver og</b>	<b>Ikke</b>	<b>24,2</b>	<b>30,3</b>	<b>30,3</b>	<b>12,1</b>	<b>0</b>
	<b>sikre støtte og</b>						
	<b>ressurser.</b>						
<b>Påstand</b>	<b>Bidra til å styre</b>	<b>Leger</b>	<b>4,2</b>	<b>29,2</b>	<b>54,2</b>	<b>12,5</b>	<b>0</b>
<b>14</b>	<b>den enkeltes</b>	<b>Sykepleier</b>	<b>14,7</b>	<b>33,8</b>	<b>38,2</b>	<b>8,8</b>	<b>2,9</b>
	<b>arbeidsinnsats</b>	<b>Annen</b>	<b>15,6</b>	<b>17,2</b>	<b>40,6</b>	<b>25</b>	<b>0</b>
	<b>mot en helhetlig</b>	<b>Ikke</b>	<b>15,2</b>	<b>33,3</b>	<b>33,3</b>	<b>15,2</b>	<b>0</b>
	<b>oppgaveløsning.</b>						
<b>Påstand</b>	<b>Bidra til å</b>	<b>Leger</b>	<b>12,5</b>	<b>41,7</b>	<b>37,5</b>	<b>8,3</b>	<b>0</b>
<b>15</b>	<b>skape felles</b>	<b>Sykepleier</b>	<b>19,1</b>	<b>30,9</b>	<b>33,8</b>	<b>14,7</b>	<b>0</b>
	<b>verdier og mål</b>	<b>Annen</b>	<b>20,3</b>	<b>28,1</b>	<b>37,5</b>	<b>10,9</b>	<b>0</b>
	<b>blant mine</b>	<b>Ikke</b>	<b>24,2</b>	<b>24,2</b>	<b>39,1</b>	<b>9</b>	<b>0</b>
	<b>medarbeidere.</b>						
<b>Påstand</b>	<b>Koordinere og</b>	<b>Leger</b>	<b>12,5</b>	<b>50</b>	<b>29,2</b>	<b>8,3</b>	<b>0</b>
<b>16</b>	<b>sørge for at</b>	<b>Sykepleier</b>	<b>27,9</b>	<b>45,6</b>	<b>16,2</b>	<b>8,8</b>	<b>0</b>
	<b>enkeltheten i</b>	<b>Annen</b>	<b>26,5</b>	<b>29,7</b>	<b>31,3</b>	<b>9,4</b>	<b>0</b>
	<b>arbeidet henger</b>	<b>Ikke</b>	<b>27,3</b>	<b>42,4</b>	<b>24,2</b>	<b>3,3</b>	<b>0</b>
	<b>sammen.</b>						

*Tabell 2: Tidsbruk som leder*

Om vi fortsetter å holde oss til ekstremverdiene ser vi at når det gjelder tidsbruken ut fra påstand 9 at legelederne bruker mindre tid på entreprenørrollen enn de andre profesjonene. Vi ser samme tendensen i påstand 10, her bruker legene mindre tid på produsentrollen. I påstand 11 kan vi se at sykepleielederne bruker mer tid på integratortrollen, mens i påstand 12 følger de med «annen helsefaglig bakgrunn» og de med «ikke helsefaglig bakgrunn» sykepleielederne, og de bruker omtrent like mye tid alle tre innenfor administratorrollen. I påstand 13 ser vi at alle profesjonene bortsett fra legelederne bruker tid på entreprenørrollen. Det samme ser vi i påstand 14, mens her er det produsentrollen. Til slutt ser vi i påstand 15 som representerer integratortrollen og i påstand 16 som går på administratorrollen at også her scorer legelederne lavere enn de andre.

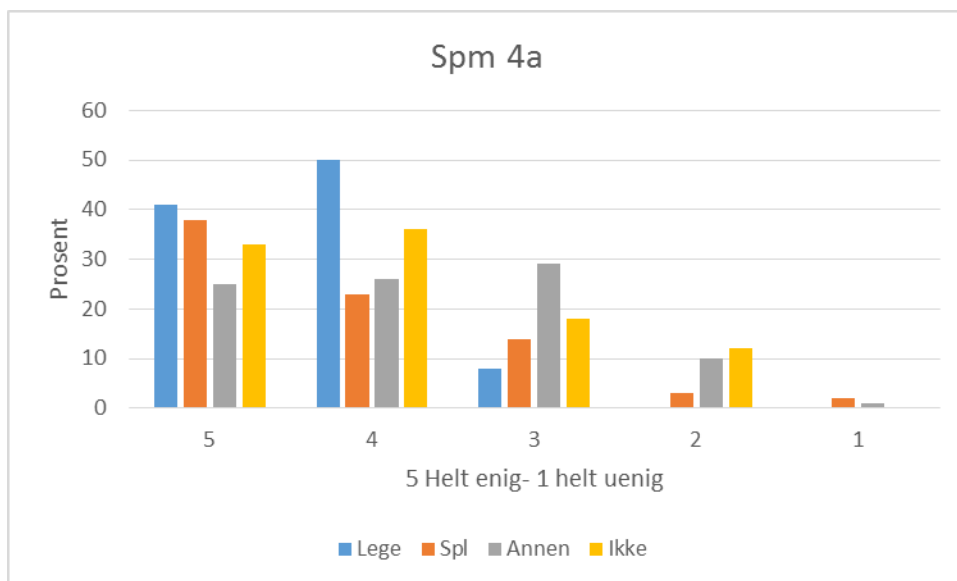
I disse påstandene gjeldende tidsbruk er det heller ikke signifikant forskjell i svarene, men vi kan se en tendens til at det skilles litt mellom profesjonene.

I svarene på disse spørsmålene knyttet opp til lederroller ser vi at profesjonene besvarer relativt likt på hvilke lederoppgaver det er viktig å prioritere og det samme når det kommer an på tidsbruken på de samme lederoppgavene. Men ser vi på ekstremnivåene ser vi en tendens til ulikheter mellom profesjonenes svar. Selv om det ikke er signifikant forskjell, så kan vi tydelig se den og dermed plassere de ulike profesjonene inn i kategoriene innenfor den såkalte PAIE-modellen.

#### ***4.4 Profesjonsbakgrunn og lederroller***

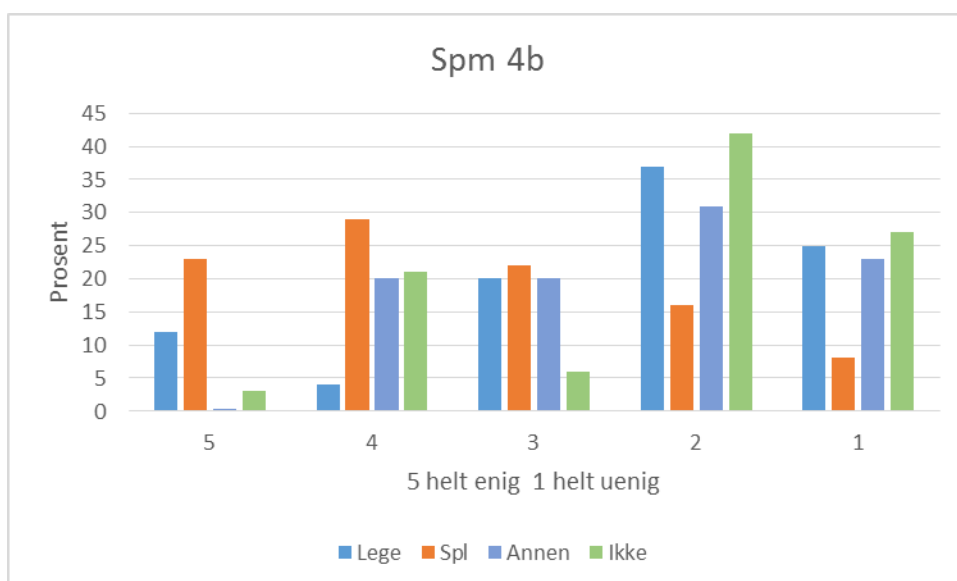
Ut fra teorikapitlet hvor vi skriver om blant annet NPM og tradisjoner gjennom tidene ønsket vi å stille noen tilleggsspørsmål for å se hva de ulike profesjonene tenkte rundt ulike påstander vi selv har stilt oss spørsmål om. Vi har også her valgt å bruke en skala fra 1 til 5, der 1 er helt uenig mens 5 er helt enig.

I den første påstanden sier vi: «min profesjonsbakgrunn har stor betydning for måten jeg utøver ledelse». Vi ser ut fra figur 8 at over 90 % av legelederne er helt enig, eller nesten helt enig (5 og 4). Hos sykepleielederne og «annen helsefaglig bakgrunn» er det henholdsvis 61 og 51 % som er helt eller nesten helt enig. I gruppen «ikke helsefaglig utdannet» er det 69 % som er helt eller nesten helt enig. Dette kan bety at for legene er profesjonsbakgrunnen viktig i deres utøvelse av lederrollen. De er veldig opptatt av fag og om de har en lege som leder vil kanskje denne interessen ivaretas. Som legeleder har du forståelsen for denne faginteressen og du vil muligens lede på et annet vis enn om profesjonsbakgrunnen var en annen.



**Figur 8: Påstander om profesjonsbakgrunn og ledelse. Min profesjonsbakgrunn har stor betydning for måten jeg utøver ledelse på.**

I påstand nummer to sier vi: «en god leder kan lede hvem som helst uavhengig av profesjonsbakgrunn».



**Figur 9: Påstander om profesjonsbakgrunn og ledelse. En god leder kan lede hvem som helst uavhengig av profesjonsbakgrunn.**

Sykepleierprofesjonen er den som skiller seg mest ut og mener det er mulig for en god leder og lede de fleste uavhengig av profesjonstilknytning. Ut fra figur 9 ser vi at 52 % av sykepleielederne er helt eller nesten helt enig i overnevnte påstand. Hos legelederne er det en

mye lavere prosent, mens «annen helsefaglig bakgrunn» og «ikke helsefaglig bakgrunn» ligger på mellom 20 og 24 %. Det er gruppen «ikke helsefaglig bakgrunn» som er mest uenig i denne påstanden, tett fulgt av legene. Det er færrest i sykepleiergruppen som er uenig. Dette kan bety at legenelederne er opptatt av å beskytte faget, mens sykepleielederne ser på ledelse som en uavhengig profesjon. Ledelse er en karrierevei som kommer i tillegg til fag. En kan velge om en vil holde seg til faget eller en velger en annen vei innen ledelse. Alle informantene er inne på at det kanskje kan være en fordel med faglig innsikt i bakgrunnen, men om det er en nødvendighet er heller usikkert. Men jo nærmere pasienten jo mer kan faginnnsikt i lederrollen komme til nytte. Som informant A uttalte angående leger:

*«Den faglige bindingen er sterk... jeg tror nok at den kan bli vanskelig, også framover, fordi ledelse blir mer viktig, og mer truende til faget tror jeg noen opplever.»*

Samme informant sa også:

*«Litt tilbake til det her hierarkiske systemet. Og at, det ligger nok også noe igjen av det her med at en leder skal være den beste fagpersonen. Samtidig med at ledelse som fag kommer på siden av det faglige og kan, jeg sier på en måte true det faglige til en viss grad. Og jeg tror nok at det er mye lettere for legeledere å få innpass som en leder enn hvis det kommer som en annen profesjon i legestanden. Jeg vil jo tro at, selv om vi ikke snakker så mye om det i dag, så vil jeg jo tro at legene tenker på seg selv som...øverst på en måte i dette hierarkiet. Og at de har vanskelig for å se for seg at andre skal komme på en måte å styre dem, med en annen bakgrunn i alle fall.»*

For å kunne lede leger må du ha legitimitet inn i gruppen og informant B sa følgende:

*«...den egenskapen du har som leder er viktigere enn fagbakgrunnen i og for seg, men samtidig jo høyere nivå på faglige bakgrunnen du har, jo mer er du på bølgelengde med de mest kvalifiserte du skal lede, så det kan derfor være lettere og få gjennomslag.»*

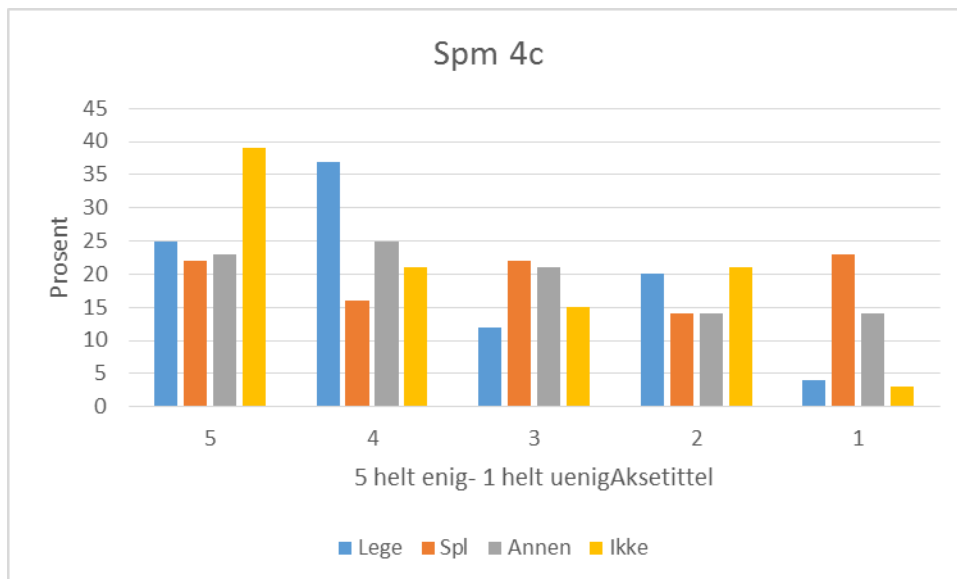
Han sa videre:

*«...jo høyere profesjonsbakgrunn jo mer faglig autoritet har du, lettere å komme på bølgelengde med de som kanskje er vanskeligst å lede også... der er jo kanskje legene kanskje de verste i flokken også veldig ofte...»*

Informant C sier følgende:

*«...for meg handler det om ledelse og det å ha lederkompetanse og ikke hvordan profesjon du har da.»*

I siste påstand sier vi: «det er viktig at jeg som leder har samme profesjonsbakgrunn som de en jeg er leder for».



**Figur 10: Påstander om profesjonsbakgrunn og ledelse. Det er viktig at jeg som leder har samme profesjonsbakgrunn som de jeg er leder for.**

Her ser vi at legelederne og gruppen med «ikke helsefaglig bakgrunn» er de som er mest enige i påstanden. Ut fra figur 10 ser vi også at sykepleielederne og «annen helsefaglig bakgrunn» svarer 38 og 48 prosent at de er helt enig eller nesten helt enig. Sykepleielederne og ledere med «annen helsefaglig bakgrunn» er ganske jevnt fordelt fra helt enig til helt uenig, men i motsatt ende av skalaen ser vi at det er sykepleielederne som har flest som er mest uenig i påstanden. Informantene våre hadde alle syn på dette og informant A sier:

*«... at da tenker de i alle fall at den faglige biten blir ivaretatt i lederstrukturen også. Og det er fordi at de er opptatt av det faglige. Det er det viktigste, og det må bli ivaretatt, og har du en lege som er leder så er han bedre i stand til å ivareta det enn en annen profesjon eller bakgrunn.»*

Samtlige av informantene var også inne på at det kanskje var viktigere med en leder med samme profesjonsbakgrunn jo nærmere klinikken og pasienten du kom. Dette fordi du da som leder hadde kjennskap til faget og kunne dra nytte av det. Informant C uttrykket det slik:

*«...men profesjonen i bunnen kan hjelpe deg, sant... du forstår språket, du forstår problemstillingene...også kommunisere og argumentere når noen fronter noe som...så kan du på en måte avsløre at dette er nå vel ikke helt riktig...så at du ikke lar deg blende ut av faglig argumentasjon får å få gjennom en del ting da, så...fordi du ikke har kompetanse til å skille på argumentasjonen...»*

Er du leder lengre opp i nivå er det kanskje mindre viktig med profesjonsbakgrunn, som informant C sa:

*«...for meg handler det om ledelse og det å ha lederkompetanse og ikke hvordan profesjon du har da...»*

Mens informant B var inne på at du som leder kanskje mistet din profesjonsbakgrunn litt om du kom langt opp i nivåene. Han uttalte følgende:

*«...men jeg får inntrykk av at de som klatrer til de nivåene klinikkssjef, direktør i det systemet blir etter hvert, klipper båndene, lojalitetsbåndene nedover i systemet og blir mer trofaste mot det som skjer lengre opp. Som om det ikke spilte noen rolle at de var leger. Legegrupper lengre ned føler at de ikke får noe gehør fra sine legeledere for å si det slik...»*

I denne delen kan vi se at for legelederne har profesjonsbakgrunn stor betydning i måten de utøver ledelse på. De er i liten grad enig i at en god leder kan lede hvem som helst uavhengig av profesjonsbakgrunn. De synes stort sett at det er viktig at de har samme profesjonsbakgrunn som det de er leder for, muligens fordi de da føler at deres interesser

beskyttes. Faget kan trues om andre ledere kommer til. Gruppen «ikke helsefaglig bakgrunn» svarer i stor grad likt som legene. For sykepleielederne og «annen helsefaglig bakgrunn» svarer noe over halvparten at profesjonsbakgrunn er viktig for utøvelse av ledelse. Sykepleielederne er mest enig i at en god leder kan lede hvem som helst. Sykepleierne og «annen helsefaglig bakgrunn» er de gruppene som synes det er minst viktig å ha samme profesjonsbakgrunn som det de er leder for. Det er mulig at ledelse ses på som eget fag og at disse profesjonene er vant til å ledes av andre profesjoner. Legene er mer opptatt av fag og autonomi og er mer engstelig for at dette skal falle bort om de ikke ledes av samme profesjon.

#### **4.5 Prioriteringer mellom ulike mål og tidsbruk.**

Tabell 3 og 4 er organisert på samme måte som tabell 1 og 2. Tabell 3 dreier seg om hva lederens synes er viktig å prioritere av ulike mål, mens tabell 4 dreier seg om tidsbruken i det daglige, knyttet til de samme målene som nevnt i tabell 3. Her ber vi ledere svare på en skala fra 1 til 7, der 1 er viktigst og 7 er minst viktig. Vi har også her holdt oss til ytterpunktene i tabellene når vi har tolket tallene, altså nivå 7 eller 1.

Vi starter med å legge fram tabellene både for spørsmålet om prioriteringer av mål og tidsbruken på de samme målene. Under vil vi kommentere tabellene.

#### **Målområdene det er viktig å prioritere.**

Tabell 3		Profesjon	1	2	3	4	5	6	7	
			viktigst							minst viktig
<b>Påstand 1</b>	<b>At vi når våre økonomiske mål</b>	<b>Leger</b>	4,1	0	8,3	0	8,3	25	45,8	
		<b>Sykepleier</b>	1,5	1,5	5,9	7,4	10,3	27,9	29,4	
		<b>Annen</b>	7,8	1,6	1,6	12,5	15,6	25	20,3	
		<b>Ikke</b>	12,1	6,1	6,1	15,2	9,1	6,1	24,2	
<b>Påstand 2</b>	<b>At vi driver kostnadseffektivt</b>	<b>Leger</b>	0	8,3	16,7	16,7	29,2	12,5	0	
		<b>Sykepleier</b>	1,5	2,9	8,8	14,7	36,8	16,2	4,4	
		<b>Annen</b>	4,7	7,8	9,4	12,5	21,9	21,9	7,8	
		<b>Ikke</b>	3	12,1	15,2	3	15,2	18,2	9,1	



<b>Påstand 3</b>	<b>At det er god kvalitet i undersøkelse og behandling og fornøye pasienter</b>	<b>Leger</b>	<b>87,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Sykepleier</b>	<b>70,6</b>	<b>11,8</b>	<b>7,4</b>	<b>1,5</b>	<b>5,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Annen</b>	<b>70,3</b>	<b>12,5</b>	<b>4,7</b>	<b>3,1</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>	<b>0</b>
		<b>Ikke</b>	<b>33,3</b>	<b>18,2</b>	<b>6,1</b>	<b>0</b>	<b>6,1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Påstand 4</b>	<b>At vi utvikler tjenestetilbudet for å møte morgendagens krav</b>	<b>Leger</b>	<b>4,1</b>	<b>41,2</b>	<b>8,3</b>	<b>8,3</b>	<b>16,7</b>	<b>12,5</b>	<b>4,1</b>
		<b>Sykepleier</b>	<b>7,4</b>	<b>20,6</b>	<b>13,2</b>	<b>26,5</b>	<b>7,4</b>	<b>11,8</b>	<b>1,5</b>
		<b>Annen</b>	<b>9,4</b>	<b>21,9</b>	<b>10,9</b>	<b>20,3</b>	<b>12,5</b>	<b>4,7</b>	<b>3,1</b>
		<b>Ikke</b>	<b>21,2</b>	<b>12,1</b>	<b>15,2</b>	<b>6,1</b>	<b>12,1</b>	<b>9,1</b>	<b>3</b>
<b>Påstand 5</b>	<b>At vi blir mer produktive</b>	<b>Leger</b>	<b>0</b>	<b>4,1</b>	<b>12,5</b>	<b>8,3</b>	<b>12,5</b>	<b>16,7</b>	<b>33,3</b>
		<b>Sykepleier</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5,9</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>	<b>20,6</b>	<b>41,2</b>
		<b>Annen</b>	<b>0</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>	<b>4,7</b>	<b>14,1</b>	<b>14,1</b>	<b>40,6</b>
		<b>Ikke</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>12,1</b>	<b>21,2</b>	<b>15,2</b>
<b>Påstand 6</b>	<b>At vi har medarbeidere som trives og et godt arbeidsmiljø</b>	<b>Leger</b>	<b>0</b>	<b>33,3</b>	<b>25</b>	<b>16,7</b>	<b>12,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
		<b>Sykepleier</b>	<b>14,7</b>	<b>51,5</b>	<b>14,7</b>	<b>10,3</b>	<b>4,4</b>	<b>2,9</b>	<b>0</b>
		<b>Annen</b>	<b>6,2</b>	<b>43,8</b>	<b>21,9</b>	<b>15,6</b>	<b>4,7</b>	<b>3,1</b>	<b>0</b>
		<b>Ikke</b>	<b>15,2</b>	<b>33,3</b>	<b>24,2</b>	<b>9,1</b>	<b>6,1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Påstand 7</b>	<b>At medarbeiderne har muligheter for faglig og personlig utvikling</b>	<b>Leger</b>	<b>0</b>	<b>8,3</b>	<b>25</b>	<b>33,3</b>	<b>4,1</b>	<b>16,7</b>	<b>0</b>
		<b>Sykepleier</b>	<b>2,9</b>	<b>10,3</b>	<b>42,6</b>	<b>19,1</b>	<b>10,3</b>	<b>5,9</b>	<b>2,9</b>
		<b>Annen</b>	<b>1,6</b>	<b>10,9</b>	<b>48,4</b>	<b>18,8</b>	<b>7,8</b>	<b>6,3</b>	<b>3,1</b>
		<b>Ikke</b>	<b>6,1</b>	<b>9,1</b>	<b>21,2</b>	<b>39,4</b>	<b>6,1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

*Tabell 3: Prioriteringer mellom ulike mål*

Tidsbruk som leder.

Tabell 4		Profesjon	1	2	3	4	5	6	7	
			mest						minst	
									tid	
Påstand 8	At vi når våre økonomiske mål	Leger	0	8,3	4,2	12,5	12,5	25	25	
		Sykepleier	7,4	11,8	14,7	13,2	14,7	8,8	19,1	
		Annen	12,5	14,1	4,7	12,5	15,6	6,3	14,1	
		Ikke	3	18,2	3	12,5	15,2	6	15,2	
Påstand 9	At vi driver kostnadseffektivt	Leger	0	4,2	16,7	12,5	29,2	16,7	4,2	
		Sykepleier	4,4	17,6	11,8	11,8	22	14,7	7,4	
		Annen	9,4	7,8	10,9	10,9	10,9	17,2	7,8	
		Ikke	15,2	6	9	18,2	6	12,1	3	
Påstand 10	At det er god kvalitet i undersøkelse og behandling og fornøye pasienter	Leger	79,2	12,5	0	0	0	0	0	
		Sykepleier	45,6	17,6	14,7	5,9	4,4	0	2,9	
		Annen	43,8	21,9	6,3	4,7	3,1	1,6	4,7	
		Ikke	30,3	3	6	6	3	15,2	0	
Påstand 11	At vi utvikler tjenestetilbudet for å møte morgendagens krav	Leger	8,3	29,2	12,5	8,3	0	8,3	25	
		Sykepleier	5,9	13,2	7,4	11,8	11,8	16,2	19,1	
		Annen	10,9	12,5	15,6	9,4	7,8	12,5	7,8	
		Ikke	15,2	15,2	15,2	3	12,1	9	3	
Påstand 12	At vi blir mer produktive	Leger	4,2	12,5	12,5	12,5	20,8	4,2	20,8	
		Sykepleier	7,4	5,9	11,8	10,3	7,4	25	17,6	
		Annen	9,4	7,8	12,5	12,5	7,8	7,8	20,3	
		Ikke	18,2	3	3	6	9	9	24,2	
Påstand 13	At vi har medarbeidere som trives og et	Leger	4,2	29,2	25	8,3	12,5	8,3	0	
		Sykepleier	26,5	19,1	19,1	5,9	10,3	10,3	1,5	
		Annen	7,8	20,3	18,8	14,1	9,4	7,8	4,7	

Påstand 14	godt arbeidsmiljø	Ikke	9	33,3	21,2	15,2	0	0	3
	At medarbeiderne har muligheter for faglig og personlig utvikling	Leger	0	0	20,8	29,2	8,3	20,8	8,3
		Sykepleier	0	10,3	13,2	26,5	14,7	7,4	13,2
		Annen	1,6	6,3	17,2	15,6	17,2	17,2	7,8
		Ikke	0	9	21,2	9	21,2	9	9

**Tabell 4: Tidsbruken på prioriteringer mellom ulike mål**

I påstand 1 ser vi at legelederne prioriterer å nå økonomiske mål lavt. Det samme gjør sykepleielederne og til dels gruppen "annen helsefaglig bakgrunn". Det er gruppen "ikke helsefaglig bakgrunn" som prioriterer det høyest, dog ikke veldig høyt. Ser vi i andre enden, på nivå 7, ser vi at det er legelederne som prioriterer dette absolutt minst. De tre andre er mer samlet. Når det gjelder tidsbruk ser vi igjen at legelederne ikke prioriterer tidsbruk på dette. Sykepleielederne og også "annen helsefaglig bakgrunn" bruker tid på å nå økonomiske mål på tross av at de i første tabell svarte at de ikke syntes dette var en viktig prioritering. Gruppen "ikke helsefaglig bakgrunn» bruker derimot mindre tid enn forventet da det var de som prioriterte det høyest av profesjonene. Når vi spurte informantene om deres refleksjoner rundt denne forskjellen mellom legelederne og de andre sa informant B:

*«Umiddelbart tror jeg det henger sammen, noe av det kan nok være at legen ofte er i kombistillinger, både lege og leder, mens de andre sitter i heltidsstilling. Du får mindre klokketimer til å jobbe med ledelse. Da blir det ofte at...ut fra eget ståsted så blir pasienten den som må komme først uansett.»*

Informant C sa det derimot på denne måten:

*«..jeg tror det handler litt om hvor stor interesse du har for å drive med ledelse og hele ledelsesspekteret og det som tilhører lederrollen, og det å jobbe med økonomi og ressursstyring det er også en del av lederrollen, men legene er jo veldig å utrykke at det med økonomi det er ikke viktig og de er ikke opptatt av det...altså det er jo ikke*

*noen motsetning mellom økonomi og faglighet, men der tror jeg at legene tenker at det å jobbe med økonomi det går ut over faget»*

Informant A hadde også synspunkter og sa følgende:

*«... mennesket og faget betyr mer enn kroner og øre...altså, man bruker i alle fall ofte det som argumentasjon når det er snakk om økonomi og ressurser, så bruker man det med å sette pasienten...at man skyver pasienten foran seg, det brukes jo ofte som argumentasjon mot økonomi og ressurser.»*

På spørsmålet om å drive kostnadseffektivt ser vi samme tendens. Hverken legelederne eller sykepleielederne synes dette er en viktig prioritering. Gruppene "annen helsefaglig bakgrunn" og "ikke helsefaglig bakgrunn" prioriterer det noe høyere. Men når vi kommer til tidsbruk ser vi at legene er tro mot sin prioritering, de bruker lite tid på dette. Sykepleierne bruker derimot nesten like mye tid som "annen helsefaglig bakgrunn". Gruppen "ikke helsefaglig bakgrunn" bruker mest tid på dette selv om de scoret lavt i tabell 3 på prioritering av målområde.

På påstanden om hvordan de prioriterer god kvalitet i undersøkelse og behandling svarer både legelederne, sykepleielederne og "annen helsefaglig bakgrunn" at de prioriterer dette høyt. Legelederne prioriterer dette høyest. Gruppen "ikke helsefaglig bakgrunn" prioriterer dette lavest av profesjonene. Dette gjenspeiler seg i tidsbruken. Det er legelederne som prioriterer dette høyest, og som bruker mest tid på dette. "Ikke helsefaglig bakgrunn" bruker minst tid på dette. Vi kan anta at denne profesjonen ikke er så nær klinikken at de påvirkes i samme grad som de tre andre profesjonene. Når vi henvender oss til informantene gjenspeiler noen av kommentarene lengre opp seg, at legeledere alltid vil prioritere fag og pasient først. Informant B sier følgende:

*«Visst du har valget om å gå på et økonomimøte eller å ta unna pasienter på poliklinikken for å unngå et fristbrudd og gi pasientene et tilbud så velger du helt klart det siste først.»*

Informant A er inne på at legenes engasjement for fag og pasient er stort helt fra starten av, fra de begynner på studiet, og sier følgende:

*«...mer brennende engasjement for faget kanskje helt fra man starter. Altså som på et studie til yrkeskarriere. Altså så er kanskje engasjementet enda mer brennende for mange. Det tror jeg ikke er like sterkt for alle andre faggrupper...»*

Når det gjelder påstand 4 om å utvikle tjenestetilbudet for å møte morgendagens krav ser vi at gruppen med «ikke helsefaglig bakgrunn» vil prioritere dette noe høyere enn de andre profesjonene. Vi ser det samme når det gjelder tidsbruk, «ikke helsefaglig bakgrunn» bruker mer tid på dette enn de tre andre profesjonene. I andre enden av skalaen ser vi at legelederne og sykepleielederne bruker mye mindre tid enn de andre.

Neste påstand handler det om å bli mer produktiv. Dette synes ikke noen av profesjonene det er spesielt viktig å prioritere, de er relativt samstemte her, kun mellom 0 og 6 prosent synes dette er viktigst, eller nest viktigst å prioritere. Men når det kommer til tidsbruk ser vi at gruppen «ikke helsefaglig bakgrunn» prioriterer dette forholdsvis høyt i forhold til de andre profesjonene.

At vi har medarbeidere som trives og har et godt arbeidsmiljø er noe sykepleielederne og «ikke helsefaglig bakgrunn» prioriterer høyere enn de andre to gruppene. Vi ser «annen helsefaglig bakgrunn» kommer noe bak og at legelederne prioriterer dette i enda mindre grad enn de andre profesjonene. Når vi ser på tidsbruken er det sykepleiergruppen som bruker mest tid på dette, de bruker relativt mye tid i forhold til de andre profesjonene.

Når det kommer til påstand 7 som gjelder mulighet for faglig og personlig utvikling hos medarbeiderne er dette ikke spesielt høyt prioritert av noen profesjoner. «Ikke helsefaglig bakgrunn» scorer noe høyere enn de andre, men forskjellen er ikke stor. Vi ser dette gjenspeile seg i tidsbruken, ingen av profesjonene ser på dette som det viktigste å bruke tid på.

I denne delen ser vi noen forskjeller mellom profesjonene i svarene de gir angående prioriteringer av mål og tidsbruken i forhold til disse. Det vi ser tydeligst er at legelederne prioriterer lavt å nå økonomiske mål. Det samme gjør sykepleielederne og til dels gruppen "annen helsefaglig bakgrunn", men legene prioriterer dette klart lavest. Gruppen "ikke helsefaglig bakgrunn" prioriterer det høyest, dog ikke veldig høyt. På tidsbruken ser vi at legelederne heller ikke bruker tid på dette mens sykepleielederne og «annen helsefaglig bakgrunn» faktisk bruker tid selv om de ikke prioriterte å nå økonomiske mål høyt. Når det gjelder god kvalitet i undersøkelse og behandling ser vi også at legene prioriterer dette høyest selv om sykepleierne og «annen helsefaglig bakgrunn» også prioriterer dette høyt. Tidsbruken

legelederne bruker ligger også høyere enn for de andre gruppene. Dette kan være som informantene var inne på at legelederne prioriterer fag og klinikk foran det å bruke tid på blant annet økonomi. I tillegg kan en viktig faktor være at mange legerledere jobber i kombistillinger og er deltidsledere, men de andre profesjonene ofte er heltidsledere, dermed strekker ikke tiden til og legelederne må prioritere hva som skal gjøres. Selv om de fleste av profesjonene prioriterer pasienten høyt er det legelederne som scorer høyest og som også bruker mest tid på det. Dette kan skyldes, som en av informantene var inne på, at de har et brennende engasjement for faget og pasienten helt fra studietiden.

De er ikke opptatt av ledelse som fag men vil gjerne ha en fot innenfor for ikke å miste muligheten til å påvirke. Den gamle historikken henger litt igjen og legene må være aktivt klinisk for å bli anerkjent i eget miljø. Så må legelederen prioritere vil pasienten alltid komme først.

#### ***4.6 Oppsummering av hovedfunn***

Vi har i kapittel 4 presentert data fra vår spørreundersøkelse og fra intervju vi har hatt med erfarne ledere. Vi har tolket empirien og gjort mange spennende funn. Vi har allikevel måttet begrense oss og utledet tre hovedfunn som er forankret i teori.

- ✚ Legelederne er eldst og stort sett menn. De har kortest ansiennitet som leder, men leder de største enhetene på de høyeste nivåene. Sykepleierne er nesten like gamle, men er stort sett kvinner. De har lengre ansiennitet enn legene, leder nesten like store enheter, men på lavere nivåer.
- ✚ Både legene og sykepleierne prioriterer økonomi og ressursforvaltning forholdsvis lavt, men allikevel prioriterer sykepleierne mye mer tidsbruk på dette enn legene.
- ✚ Legene er mest opptatt av betydning av profesjonsbakgrunn, de synes det er viktig at de har samme bakgrunn som de de skal lede, sykepleieledere er uenig i dette.

## 5.0 ANALYSE

Vår analyse tar utgangspunkt i de hovedfunn vi har gjort i studien vår og vi vil nedenfor diskutere dem i samme rekkefølge som forrige kapittel.

### 5.1 Bakgrunnsvariabler.

- ✚ Leger er eldst. De er stort sett menn. De har kortest ansiennitet som leder, men leder de største enhetene på de høyeste nivåene. Sykepleierne er nesten like gamle. De er stort sett kvinner. De har lengre ansiennitet enn legene, leder nesten like store enheter, men på lavere nivåer.

Konteksten vi har studert er sykehus. Sykehus er komplekse organisasjoner. Det er en ekspertorganisasjon, preget av fagspesialisering og fagautonomi. Ekspertorganisasjonen preges av to former for styring, kollegial styring og hierarkisk styring. Derav kommer to ledelsesformer, fagledelse og administrativ ledelse.

Legene er ledere på de høyest nivå i sykehusene. De har faglig autoritet og er opptatt av faglig ledelse. Som faglige autoriteter har de status, og kommer høyt opp i sykehushierarkiet. I følge Strand (2015) er fagleder ofte motstridende til administrative detaljer.

Vår studie viser at blant sykepleielederne er det flest kvinner. Men de er ikke ledere på de høyeste nivåene.

De er nesten like gamle som legelederne. Man kan kanskje anta at både sykepleielederne og legelederne kan være preget av en logikk som rådet i tidligere tider, før sykehusreformen.

Legene hadde da mer eller mindre monopol på ledelse. Selv da sykepleierne senere ble ledere for egen profesjon var de vant til at legene var de mest dominerende og innflytelsesrike.

Ekspertorganisasjonen som kontekst medfører at det tar tid å opparbeide lang faglig erfaring og autoritet. Dette kan være en forklaring på et legene er de eldste lederne. Vår erfaring er at legene ofte er godt voksne når de ansettes som ledere, spesielt på øvre ledernivåer.

Torjesen m.fl.(2011) skriver hvordan sykepleieledere og ledere med annen helsefaglig bakgrunn har en mer holistisk og generalistpreget kompetanse. Deres identitet som ledere er ikke i like stor grad knyttet til deres profesjonsidentitet. Sykepleieledere er av alder nesten like gamle som legene, men de har lengre ansiennitet som leder enn legene. Det kan tyde på at de var yngre enn legene da de gikk inn i en lederrolle. Det er mulig at sykehusets kontekst

som ekspertorganisasjon også er en av flere forklaringer på at legelederne har kortere ledererfaring enn for eksempel sykepleierne. Legeledere kombinerer ofte lederrollen med klinikk. De gir ikke lett slipp på faget. De bygger opp medisinskfaglig kompetanse og autoritet før de går inn i lederrollen.

Vår studie viser også at det er at det er klare forskjeller når det gjelder kjønn, ledelse og profesjonsbakgrunn. 75% av sykepleierledere er kvinner, mens bare 25% av legelederne er kvinner. For ledere med annen helsefaglig bakgrunn og ledere uten helsefaglig bakgrunn er fordelingen mer jevn.

Dette betyr at menn, som i overveiende grad er leger, er ledere på de høyeste nivåene i organisasjonene. Dette er i samsvar med det Strand (2015) viser til: Menn er fremdeles sterkt overrepresentert i lederstillinger. Det kan tyde på at kjønn er et aspekt når det gjelder hvordan vi kan forstå profesjoners syn på ledelse. At så mange av sykepleierlederne er kvinner kan også ha sammenheng med at sykepleierprofesjonen er så kvinnedominert. Det er da ikke unaturlig at det er kvinner som rekrutteres til ledelse. Men om man skal følge den logikken kan det ikke forklare at kun 25% av legelederne er kvinner. En måte å forstå det på er at legelederne er så vidt mye eldre. Det er ofte slik at den dyktigste legen, med mest faglig autoritet blir leder. Medisinsk dyktighet skaper legitimitet. Det tar tid å opparbeide seg en slik kompetanse. De legene som er ledere i dag, startet kanskje sin legekarriere på 1970 eller -80 tallet. Da var det ikke like mange kvinner som var leger som i dag. Konsekvensen er da at legelederne i stor grad er menn, det var færre kvinnelige leger tidligere som kunne blitt ledere i dag.

Vi ser her at profesjonsledernes alder, ansiennitet som leder, nivået de leder på og kjønn kan forstås ut fra sykehuset som kontekst og profesjonssosiologi. Sykehus er en ekspertorganisasjon som preges av fagspesialisering og autonomi. Det kan se ut til at faglig kompetanse definert som medisinskfaglig bakgrunn er mer avgjørende for lederrekrutering enn annen type lederkompetanse.

## ***5.2 Prioritering av lederoppgaver.***

- ✚ Både legene og sykepleierne (og annen helsefaglig bakgrunn) prioriterer økonomi og ressursforvaltning forholdsvis lavt, men kun hos legene gjenspeiles dette i den tid de bruker på dette. Sykepleiere og annen helsefaglig bakgrunn bruker mye mer tid på dette enn legene.



Berg (2005) viser til Mintzbergs strukturelle konfigurasjoner og sier at sykehusene har vært et profesjonelt byråkrati preget av desentralisert beslutningsmyndighet, spesialisering og fagkunnskap. Berg mener at sykehusene nå går mot et maskinelt byråkrati preget av standardisering og styring ovenfra. Standardisering medfører at profesjonens autoritet flyttes til administrasjon, ledelse og analytisk stab. Vår studie kan også tyde i den retning. Legene er mest opptatt av fag. Men stadige krav ovenfra fører til at stadig mer av tiden går med til administrasjon. Når tiden ikke strekker til må noe prioriteres bort, og det kan se ut som om legene prioriterer bort økonomiske forhold.

Medisinsk utvikling og forskning bidrar også til at legenes fagautoritet forflyttes til hierarkisk overvåking og kontroll. Et eksempel på det er standardisering av arbeidsoppgaver. Det blir stadig flere standardiserte pasientforløp. Dette er med på å svekke betydningen av legenes egne faglige skjønn og autonomi. Oppgaver blir spesialisert og fordelt slik at det blir stadig færre leger som har kun generalistkompetanse. Vi ser at struktur har bidratt til lederes oppgaver, ansvarsområde og beslutningsmyndighet. Spesielt har endringen vært stor for legeledere.

Berg et.al. (2010) beskriver hybridledelse både som en målsetting med og en reaksjon på den NPM pregede foretaksreformen. Man søkte å kombinere fagledelse og økonomistyring.

En av årsakene til at omstrukturering av arbeidsoppgaver og beslutningsmyndighet er spesielt vanskelig for legene er nettopp det at de i praksis er hybridledere. Alle våre informanter har nevnt at det er vanskelig for legene å være bare ledere, da de nødvendigvis gir slipp på klinisk arbeid. Deres syn på lederrollen er så knyttet til fag og deres identitet som leger.

Dette er sammenfallende med hva Hallandvik (2005) beskriver: Hybridledere sliter med NPM orienterte krav. Operativ kompetanse oppfattes som avgjørende for utøvelse av lederrollen.

Dette er noe vi også ser i vår hverdag, mange av legene er ledere i 40 % av sin stilling, og klinikere i 60 %. Dette er nok en arbeidsdeling som henger igjen fra tidligere tider, men med dagens krav til både faglig og administrativ ledelse er dette problematisk. Måten mange ledere forsøker å løse dette på er å jobbe flere timer i uken.

Det later altså til å være enighet om at slik som lederkravene er nå så er det vanskelig å lede på deltid, det vil si, være hybridleder. Likevel så ønsker legene det, de mener at faglig autoritet er den beste måten å oppnå legitimitet og gjennomføringsevne blant de de skal lede. Men mener sykehusledere også dette? Vår legeinformant sa at da han ble ansatt i sin nåværende stilling for få år siden, så var det ikke tema for diskusjon. Det var en selvfølge for klinikk-sjef og direktør at han fortsatte som hybridleder. Dette kan tyde på at problemet er todelt. Legene ønsker altså å fortsette klinisk praksis selv om de er ledere. Det er viktig for

dem å bli ledet av egen profesjon, blant annet for å sikre at faglige spørsmål blir tatt med i ledelsesstrukturen. Dette medfører at selv om mange jobber langt over normal arbeidsuke, så er det oppgaver som må prioriteres bort.

Sykehusreformen i 2002 bidro til at denne historiske ledelsesstrukturen ble forandret. Den medførte blant annet fokus på ledelse med for eksempel krav om enhetlig ledelse. Dette åpnet opp for at andre profesjoner kunne innta nye lederposisjoner i sykehus.

Sykehusreformens sterke preg av NPM tenkning har bidratt til at profesjonens lederroller har endret seg. Fokus på målstyring og rapportering har en mye større plass enn før. Dette bidrar til at ledelsen blir mer transparent og produksjonsorientert. Dette påvirker ledernes autonomi. Spesielt merker legene dette, som tidligere hatt en svært autonom rolle. Legenes prioriteringer er blitt mer tydelig og målbare, også oppover i organisasjonen. Kravene om å ivareta både faglig og administrativ ledelse har blitt skjerpet.

Enhetlig ledelse har brakt andre profesjoner enn leger inn på alle nivåer i sykehusene, og enhetslederen har fagansvar. Om han ikke selv har den nødvendige kompetanse sikres den nå ved hjelp av faglig rådgiver. Dette gjør at også ledere uten medisinsk bakgrunn kan lede på forskjellige nivå i organisasjonen.

Det ser ut til at strukturendringer har bidratt til mindre faglig skjønn og autonomi hos legene. Beslutningsmyndighet er flyttet oppover i organisasjonen. Dessuten har økte lederkrav kombinert med hybridledelse bidratt til et forandret syn på ledelse hos legene. Torjesen m.fl.(2011) skriver at legenes motivasjon for ledelse er å påvirke medisinsk kvalitet og sikre egen autonomi. Strukturendringer bidrar til at lederrollen for legene også endres.

En følge kan være at ledelse ikke blir like attraktivt for leger. Det blir vanskelig å rekruttere legeledere, og at legene sitter som ledere i kortere tid. Vi ser i vår oppgave at legelederne har kortere ansiennitet som leder enn for eksempel sykepleierne.

Sykepleieledere og ledere med annen helsefaglig bakgrunn bruker mer tid på administrative oppgaver enn legeledere. I en sykehuskontekst hvor legene leder etter en faglig logikk tar sykepleieren ofte på seg en mer hierarkisk, administrativ rolle. Vi ser i vår spørreundersøkelse at sykepleierne heller mest mot det Strand (2015) beskriver som administrator og integratrorrollen uten at det kommer i konflikt med produsentrollen.

Vi ser at endret struktur bidrar til endrede lederoppgaver, ansvarsområde og beslutningsmyndighet flyttes oppover i organisasjonen. Spesielt har endringen vært stor for

legeledere. Sykehusreformen har blant annet bidratt til at det er blitt større fokus på kvalitetsmåling og kvalitetsledelse.

Hybridledere sliter med NPM orienterte krav. Operativ kompetanse oppfattes av legeledere som avgjørende for utøvelse av lederrollen.

### ***5.3 Profesjon som lederkompetanse.***

- ✚ Legene er mest opptatt av betydning av profesjonsbakgrunn, de synes det er viktig at de har samme bakgrunn som de de skal lede. Sykepleieledere er mest uenig i dette.

Profesjoner i sykehus er preget av en lang og tradisjonsrik historie som den dag i dag har betydning for ledelse av sykehus. Berg (2011) viser til at leger historisk sett har hatt monopol på ledelse i sykehus. Både faglig og administrativt var de enerådende. Legene ledet i kraft av sin faglige autoritet, økonomi og administrasjon ble ivaretatt av en forvalter. Sykepleiere og andre helsearbeidere var underlagt legens ansvar. Først i 1970 årene begynte sykepleiere å utvikle sykepleie til å bli et eget fag. Sykepleierne kom etterhvert med i ledelsen av sykehus, men ledelsen var todelt. Leger ledet legene, sykepleierne ledet sykepleierne.

Vår undersøkelse viser at legene uttrykker at de bruker mindre tid på økonomiske saker enn sykepleierne.

Disse funnene er også i overensstemmelse med det Torjesen m.fl. (2011) beskriver:

Da sykepleierne kom inn i ledelsesposisjoner i sykehusene ble de gjerne heltidsledere med generalistpreget kompetanse. Sykepleieledere og ledere med annen helsefaglig bakgrunn er mer lojal mot organisasjonens mål. Leger leder ofte på deltid og prioriterer fag. Vi ser derfor at profesjonenes syn på utøvelse av ledelse er preget av en historisk forståelse av lederrollen. For legene er den faglige ledelsen viktigst. Administrative oppgaver kommer i annen rekke. Legerollen har alltid vært autonom. I større grad enn andre profesjoner definerer de sin egen lederrolle, i dag som før.

Det kan se ut som om også sykepleieprofesjonens syn på ledelse er farget av tidligere forståelse av deres lederrolle. Sykepleie har fra tidligere tider vært vant til å bli ledet. De har alltid hatt administrative krav og oppgaver knyttet til sin lederrolle. Slik sett skiller ikke dagens sykepleieledere seg så mye fra tidligere tiders sykepleieledere.

Vi erfarer i vår egen hverdag hvordan gamle strukturer henger igjen. Sykehusreformen krevde enhetlig ledelse. Men selv i dag ser vi todelt ledelse mange steder. Reformen har nok medført

at det er enhetsledelse i organisasjonskartet, men i praksis er utøvelse av ledelse knyttet til tidligere tiders struktur med todelt ledelse mellom leger og sykepleiere. Vi ser at legeledere er mest opptatt av profesjonsbakgrunn som lederkompetanse. I motsetning til sykepleieledere og ledere med annen helsefaglig bakgrunn ser legelederne på medisinskfaglig kompetanse som den viktigste bakgrunn for ledelse.

## 6.0 AVSLUTNING.

Formålet med denne studien har vært å få økt innsikt i hvordan vi kan forstå at ledere med ulik profesjonsbakgrunn har ulik oppfatning av utøvelse av lederrollen. Studien er gjennomført blant ledere ved Universitetssykehuset Nord Norge og Finnmarkssykehuset. Vi har valgt å benytte både kvalitativt og kvantitativt design, såkalt metodetriangulering. Data er presentert og drøftet med bakgrunn i relevant teori.

Vår studie viser at ledere med forskjellig profesjonsbakgrunn har forskjellig syn på utøvelse av lederrollen.

Legene er eldst, og er ledere på de høyeste nivåene i organisasjonen. Det er færre kvinner enn menn som er legeledere. Blant sykepleieledere er det flest kvinner. Leger prioriterer ikke lederoppgaver knyttet til økonomiske forhold like høyt som sykepleieledere og ledere med annen helsefaglig bakgrunn. Legeledere uttrykker at medisinskfaglig kompetanse er viktigere enn annen lederkompetanse, noe sykepleielederne og ledere med annen helsefaglig bakgrunn ikke er enig i.

Vi ser også at ledere med forskjellig profesjonsbakgrunn har forskjellig utgangspunkt for å forstå lederrollen. Vår studie viser kontekst, historie, struktur og kjønn som utgangspunkt for å forstå forskjellige syn på utøvelsen av lederrollen.

Profesjonsledernes alder, ansiennitet som leder, nivået de leder på og kjønn kan forstås ut fra sykehuset som kontekst og profesjonssosiologi. Sykehus er en ekspertorganisasjon som preges av fagspesialisering og autonomi. Det kan se ut til at faglig kompetanse definert som medisinskfaglig bakgrunn er mer avgjørende for lederrekrutering enn annen type lederkompetanse.

Strukturendringer som for eksempel den NPM pregede helseforetaksreformen fra 2002 bidro til endrede lederoppgaver. Ansvarsområder og beslutningsmyndighet ble flyttet oppover i organisasjonene. Fokus på mål og resultatstyring, kvalitetsmåling og kvalitetsledelse ble mer dominerende. Spesielt har endringen vært stor for legeledere. For legelederne er operativ kompetanse og medisinskfaglig autoritet mer avgjørende for utøvelse av lederrollen enn annen lederkompetanse. Legelederne kombinerer ledelse med klinikk, de blir såkalte hybridledere. Hybridledere sliter med å oppfylle NPM orienterte lederkrav. Økt press på disse lederne har medført at mange legeledere prioriterer bort ledelsesoppgaver knyttet til økonomiske forhold.

Enhetlig ledelse har brakt andre profesjoner enn leger inn på alle nivåer i sykehusene da medisinskfaglig kompetanse kan sikres ved hjelp av faglig rådgiver. Men gamle strukturer

henger igjen. Sykehusreformen krevde enhetlig ledelse. Reformen har nok medført enhetlig ledelse i organisasjonskartene, men i praksis er utøvelse av ledelse knyttet til tidligere tiders struktur med todelt ledelse mellom leger og sykepleiere.

Vi ser i vår studie at legeledere er mest opptatt av profesjonsbakgrunn som lederkompetanse. I motsetning til sykepleieledere og ledere med annen helsefaglig bakgrunn ser legelederne på medisinskfaglig kompetanse som den viktigste bakgrunn for ledelse.

Et flertall av sykepleielederne er kvinner, men kvinner er i mindretall blant legelederne. Det kan ha sammenheng med at sykepleieprofesjonen er så kvinnedominert. Det er da ikke unaturlig at det er kvinner som rekrutteres til ledelse.

Men om man skal følge den logikken kan det ikke forklare at kun 25% av legelederne er kvinner. En måte å forstå det på er at legelederne er så vidt mye eldre enn de andre profesjonslederne. Det er ofte slik at den dyktigste legen, med mest faglig autoritet blir leder. Medisinsk dyktighet skaper legitimitet. Det tar tid å opparbeide seg en slik kompetanse. De legene som er ledere i dag, startet kanskje sin legekarriere på 1970 eller -80 tallet. Da var det ikke like mange kvinner som var leger som i dag. Konsekvensen er da at legelederne i stor grad er menn, det var færre kvinnelige leger tidligere som kunne blitt ledere i dag.

Vår studie viser at både kontekst, struktur, historie og kjønn kan være et utgangspunkt for å forstå at ledere med forskjellig profesjonsbakgrunn har forskjellig syn på utøvelse av lederrollen. Strand (2015) skriver at ekspertorganisasjoner har behov for ledere med forskjellig kompetanse. Det kommer fram i vår studie at ledere med forskjellig profesjonsbakgrunn har forskjellig syn på ledelse, og fyller forskjellige lederroller. Legerledere uttrykker at medisinskfaglig kompetanse er en viktig del av lederkompetansen. Sykepleieledere og ledere med annen helsefaglig bakgrunn vektlegger en mer generalistpreget kompetanse.

Vi ser at dette er viktig å ta hensyn til det når organisasjonene skal imøtekomme framtidens krav om utvikling, både faglig og organisatorisk.

## ***6.1 Videre forskning***

Vi ser i vår studie at det er flere områder som kan gi grunnlag for videre forskning. Vi vil her spesielt nevne kjønnsforskjellen blant profesjonslederne. Det er fortsatt stor kjønnsforskjell blant profesjonsledere i sykehus, spesielt på de høyere nivåer av organisasjonen.

Kjønnsrollemønsteret i samfunnet har vært, og er ennå i utvikling. Det samme gjelder lederrollene i ekspertorganisasjoner. Det er en utvikling på gang, spesielt innenfor profesjonsstudiene, som gjør at man kanskje kan anta at det vil skje en endring i kjønnsfordelingen blant ledere, spesielt blant medisinere. Dette er imidlertid usikre anslag. Kvinner er like kvalifisert som menn til høyere stillinger, med det er mulig det er andre mekanismer som må iverksettes for å utjevne kjønnsforskjellene.

## LITTERATUR:

Berg, L.N., Byrkjeflot, H. og Kvåle, G. (2010): *Hybridledelse i sykehus - en gjennomgang av litteraturen*. Fagbokforlaget

Berg, O (2005): *Fra politikk til økonomikk – Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Tidsskriftets skriftserie

Berg, O. (2011): *Overlegen: En fortelling i tre avsnitt*.  
<http://legeforeningen.no/PageFiles/4348/her%20.pdf>

Berg, O. (2012): *På leting etter identitet*.  
<https://sykepleien.no/2012/09/pa-leting-etter-identitet>

Berg, O. (2014): *Rammebetingelser for helsesektoren, lederroller og bruk av støtte-systemer for ledelse*. Kompendium til modul 2 MBA Helseledelse. Nord Universitet, Bodø

Grepperud, S. (2014): Innsatsstyrt finansiering. Forelesning på samling for helseledelse i september ved Nord Universitet, Bodø

Hallandvik, J. E (2005): *Var sykehusreformen en ledelsesreform?* Novus forlag

Jakobsen, D. og Thorsvik, J. (2014): *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget

Johannessen, A., Cristoffersen, L. og Tufte, P.A. (2011): *Forskningsmetode for økonomisk – administrative fag*. Abstrakt forlag

Nyeng, F. (2010): *Vitenskapsteori for økonomer*. Abstrakt forlag

Pettersen, I.J. (2015): Ledelse i kontekst og hybridledelse. Forelesning på samling i helseledelse i september ved St.Elisabeth hotell, Tromsø.

Pettersen, I.J. (2016): Metode. Forelesning på samling i helseledelse i april på Sommarøya, Tromsø



Schlichting, E., Nielsen, HB., Fosså, SD. og Åsland, OG. (2007): *Kvinnens karriereutvikling i klinisk akademisk medisin*. <http://tidsskriftet.no/article/1571083>

Strand, T. (2015): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget

Torjesen, D.O., Byrkjeflot, H. og Kjekshus, L.E. (2011): "Ledelse i helseforetakene - en gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus". Fagbokforlaget

Veggland, N. (2013): *Reformer i norsk helsevesen*. Akademika forlag

## **Vedlegg 1**

Masterstudentene Ruben Sletteng, Jostein Bentzen, Anita Mikalsen Vaskinn, Janne Heidi Tunstad, Bente Brataas

Veileder: Professor Inger Johanne Pettersen NORD Universitet

02.02.16

Fag og forskningssenteret, UNN HF

v/Fag og forskningssjef Einar Bugge

### **Søknad om gjennomføring av spørreundersøkelse av ledere i UNN HF**

I forbindelse med MBA i helseledelse søkes det herved om tillatelse til å gjennomføre en spørreundersøkelse blant ledere i UNN HF. NORD Universitet har ansvar for masterutdanninga på oppdrag fra Helse Nord RHF.

Det vises til UNN HF sine retningslinjer for gjennomføring av spørreundersøkelse blant ledere i UNN. I retningslinjene etterspørres bakgrunn, formål med undersøkelsen samt planlagt tidsintervall og målgruppe. I det følgende gis det en kort redegjørelse for dette, samt øvrige forhold vi mener er viktig å opplyse om. Vedlagt denne søknaden er spørreundersøkelse og status på nødvendige formelle godkjenninger for gjennomføring av undersøkelsen.

### **Samordning av spørreskjema mellom masterstudenter:**

I forbindelse med at vi er flere studenter som planlegger å gjennomføre spørreundersøkelse til samme utvalg, har vi valgt å koordinere oss for å gi UNN sine ledere minst mulig merarbeid. Materialet vi samler inn utgjør datagrunnlaget til 3 masteroppgaver. Det er utarbeidet en felles del for bakgrunnsopplysninger, hvilket gjør at lederen bare trenger å fylle dette ut én gang.

De spesifikke spørsmålene til hver oppgave er holdt på et absolutt minimum, slik at gjennomføringen totalt på hele besvarelsen tar mindre enn 7 minutter. Spørsmålene er plassert logisk ut fra tema fremfor hvilken oppgave de ulike spørsmålene tilhører.

Nedenfor følger en kort redegjørelse av bakgrunn og formål med undersøkelsene

### **Oppgave 1:**

## **Bakgrunn:**

Da helseforetaksreformen ble gjennomført fra 2002, gikk sykehusene med store underskudd og var avhengig av betydelige årlige tilleggsbevilgninger for å dekke underskuddene.

Samtidig hadde WHO nylig publisert rapporten ”Health at a Glance” (WHO, 2001), hvor Norge kom ut med verdens tredje høyeste utgiftsnivå per innbygger på helsetjenester. Det ble meldt om lange ventelister og korridorpasienter på sykehusene. Inntrykket var mangelfull ressursutnyttelse, og manglende økonomistyring.

I løpet av det første tiåret med ”Helseforetak” i stedet for ”Sykehus”, har man gått fra den nevnte situasjonen, til en situasjon hvor mange Helseforetak ikke bare holder budsjettene sine, men også klarer å planlegge fremover og skape økonomisk egenkapital som gjør dem i stand til å tåle store investeringer i nye bygg og utstyr. De regionale helseforetakene hadde i 2014 et samlet overskudd på 2,8 milliarder kroner korrigert for eiers styringskrav. Positivt økonomisk resultat har også vært tilfellet de fem foregående årene, dersom en ser de regionale helseforetakene samlet (Samdata, 2014). Selv om kritikere hevder dette i stor grad kan skyldes økte bevilgninger, er det grunn til å tro at økonomistyring generelt har blitt bedre i norske sykehus.

For å imøtekomme strengere krav til budsjett disiplin i sykehus, har et tungt fokus vært lagt på bedre ledelse, slik det har fremkommet gjennom innføring av enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesteloven fra 1999[1] og forslag om krav til «reell» lederkompetanse for å kunne ivareta økonomiske og administrative oppgaver på en tilfredsstillende måte (NOU 1997:2) Dette har hovedsakelig kommet ledere på høyrere nivå i sykehus til gode i form av utvikling av ledelsesfaglig og økonomisk kompetanse. Dette understøttes også av at forskning knyttet til helseledelse i hovedsak er fokusert mot denne gruppen. Det er derfor i denne konteksten mangelfull kunnskap om ledelsesutøvelse på de laveste nivåene i sykehus.

## **Formålet med undersøkelsen:**

Formålet med denne undersøkelsen er å finne svar på hvilke lederroller[2] 1. linjeledere i sykehus identifiserer seg med, og om det er forskjeller i lederroller mellom ulike ledernivå. Videre ønsker vi å undersøke hvorvidt vi kan identifisere forskjeller i prioritering av økonomiske mål blant lederrollene og mellom de ulike ledernivåene. Med å studere disse forholdene ønsker vi å bidra til økt forståelse og kunnskap omkring økonomistyring i sykehus. Dette vil være sentralt for at helseforetakene skal kunne imøtekomme fremtidige utfordringer

i en situasjon hvor tilgangen til knappe økonomiske ressurser trolig vil avta, og skal fordeles og disponeres med hensikt å gi best mulige helsetjenester.

## **Oppgave 2**

### **Bakgrunn:**

Ledelse vil for mange si å lede en organisasjon eller virksomhet etter målene som er satt av øverste organ, og flere forsøker å forske på og finne ut av hva som er god ledelse. Ledelse kan være situasjonsbetinget og ulike rammer krever ulik ledelse for og nå bestemte mål.

Temaet ledelse engasjerer mange og det er alltid sterke meninger om hva god ledelse er. Ledelse er lett å prate om og mene rundt, men det er kanskje vanskeligere å få det til i praksis.

I dag skal en som leder ha innsikt i flere fagfelt enn sitt eget og vi har en formening om at de ulike profesjonene prioriterer ulikt med tanke på utøvelse av sin lederrolle.

Innenfor helsevesenet har mange lederroller på ulike nivåer. Alt fra lederstillinger oppe i systemet til ledelse på førstelinjenivå. Vi har ulike motiver for å ta lederfunksjoner og vi har ulike utdanninger bak oss. At vi er forskjellige som individer og har med oss ulik bagasje er det ingen tvil om, men vil vår profesjonsbakgrunn ha noe å si for hvordan vi utøver ledelse?

### **Formålet med undersøkelsen:**

Formålet med denne undersøkelsen er å se nærmere på ledere på ulike nivå i helseforetak. Vi ønsker å finne svar på hvilke lederroller[2] ledere med ulik profesjonsbakgrunn identifiserer seg med, og om det er ulik oppfatning av lederroller mellom ulike ledernivå. Videre ønsker vi å undersøke hvor lang ned i ledernivå en kan gå før det blir vanskelig å lede uten å ha helsefaglig bakgrunn.

Med å studere disse forholdene ønsker vi å bidra til mer kunnskap og forståelse rundt ledelse og ulik profesjonsbakgrunn. Vi ønsker se hvor stor betydning bakgrunnen har og mulig få fram hvorfor det er ulike syn på ledelse. Vil forskjellene være uavhengig av hvilket nivå en er leder på dette eller endres det etter ledernivå.

## **Oppgave 3**

### **Bakgrunn**

Lederne oppgir ofte at deres oppgave er å planlegge, organisere, koordinere og kontrollere (Mintzberg, 2001 i Martinsen, 2013). Undersøkelser peker imidlertid i retning av at lederne

hverdag er preget av kjappe skifter, muntlig kommunikasjon og avgjørelser av her og nå saker (Strand, 2007). Ut fra dette kan det noen ganger se ut som og oppleves som om de mer langsomme prosessene, lesing av dokumenter ikke er mulig å få inn i en hektisk hverdag og at man i liten grad har mulighet til å velge hva man skal bruke dagen til. Ledere, inkludert meg selv, har likevel intensjoner om å påvirke resultatet i virksomheten man leder og har et ønske om å få til endringer. I sykehuset, som kan betraktes som en institusjon, vil endringer ofte kreve langvarige og møysommelige forandringsprosesser. Er det mulig å få til, når det kan se ut til at i ledernes hverdag er det lite rom for langsiktig planlegging?

Ledernes mulighet for å påvirke resultatet og skape endringer avhenger av organisasjonstype, situasjonen organisasjonen står i og ikke minst det handlingsrommet lederen har (Strand, 2007). Her vil mitt fokus være handlingsrom i ekspertorganisasjon med byråkratiske trekk. Det har vært hevdet at ledere i sykehuset har lite handlingsrom og bare er utførere av overordnede bestemmelser. Men er det slik ledere i sykehuset opplever det? Opplevelse av handlingsrom sier noe om hvilken mulighet en leder ser i jobben og derigjennom hvilke endringer en leder faktisk kan få til.

Å være leder medfører krav både fra medarbeiderne og fra overordnet nivå. Ledere må derfor prioritere hva de skal bruke tiden og energien sin på. De fins få klare normer for hvordan en leder skal fylle lederrollen sin. Denne uvissheten gjør at lederyrke kan anses som et risikoryrke og undersøkelser har vist at ledere enten slutter eller tenker på å slutte fordi de opplever lederrollen for belastende (Strand, 2007). Det er derfor interessant å se på trivsel hos ledere. Det er nærliggende å tenke at ledere som opplever at de har handlingsrom og som trives i jobben, vil kunne være ledere over lengre tid. Det er også nærliggende å tro at dette er ledere som vil være mer effektive enn ledere som ikke ser at de har et handlingsrom. Det er en sammenheng mellom personlige egenskaper og effektiv ledelse. I denne sammenhengen kan det derfor være interessant å vite om det er noe sammenheng med personlige egenskaper hos ledere og deres opplevelse av handlingsrom. Personlige egenskaper operasjonaliseres her som Big 5 som har vist seg å ha en høy korrelasjon med effektiv ledelse (Martinsen, 2013).

## **Formål**

Formålet med undersøkelsen er å se på hvordan ledere i sykehus oppfatter sitt handlingsrom. Det er videre interessant å vite noe om trivsel og stress hos ledere og se om dette samvarierer på noen måte med opplevd handlingsrom. Dette vil kunne gi oss viktig kunnskap om ledernes hverdag og kan være nyttig å ha kjennskap til når nye ledere skal læres opp. Det vil også

kunne gi innspill til hvordan helseforetakene kan endre rammebetingelser for lederne slik at vi får ledere som ser muligheter til å bidra over tid og få til endringer som tenkes å være viktig for å møte framtidige utfordringer og krav. Det å se om ledernes personlige egenskaper samvarierer med opplevelse av handlingsrom kan gi viktig kunnskap ifht utvelgelse av ledere.

### **Utvalget:**

Utvalget er alle ledere i UNN HF innenfor følgende ledernivå: ledernivå 2 (Klinikkjef eller tilsvarende) Ledernivå 3 (avdelingsleder eller tilsvarende) Ledernivå 4 (Sekjonsleder eller tilsvarende) Ledernivå 5 (Enhetsleder eller tilsvarende)

I tillegg distribueres spørreskjemaet til ledere i Finnmarkssykehuset. Det leveres egen søknad dit.

### **Planlagt tidsintervall:**

Spørreskjemaet er planlagt distribuert ledere i UNN HF 11.03.16. Spørreundersøkelsen stenges for besvarelse 30.03.16. Det er planlagt 2 purringer i perioden.

Siste frist for levering av masteroppgaven er 20. Juni 2016.

### **Metode for å sende ut spørreskjema:**

Questback vil bli brukt til å distribuere spørreskjema via mailgrupper til lederne.

### **Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste[3]: (NSD)**

Siden questbackundersøkelse kan spores gjennom IP-nummer, er søknad om godkjenning til gjennomføring av undersøkelsen sent NSD.

Det samles IKKE inn personidentifiserende opplysninger eller bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner.

Spørreundersøkelsens utvalg og innhold gjør at det ikke er nødvendig å søke vurdering hos REK (Regional etisk komité).

Vedlagt spørreskjema er gjennomgått og godkjent av veileder Professor Inger Johanne Pettersen

Håper at denne søknaden raskt kan bli vurdert, og at tilbakemelding gis følgende epost:

[Ruben.Sletteng@unn.no](mailto:Ruben.Sletteng@unn.no)

[Jostein.Bentzen@unn.no](mailto:Jostein.Bentzen@unn.no)

[Anita.Vaskinn@unn.no](mailto:Anita.Vaskinn@unn.no)

[Bente.Kristin.Brataas@finnmarkssykehuset.no](mailto:Bente.Kristin.Brataas@finnmarkssykehuset.no)

[Janne.Heidi.Tunstad@unn.no](mailto:Janne.Heidi.Tunstad@unn.no)

Med vennlig hilsen masterstudentene

Jostein Bentzen, Ruben Sletteng, Anita Vaskinn, Bente Brataas, Janne-Heidi Tunstad

[1] Spesialisthelsetjenesteloven –LOV-1999-07-02-61 § 3-9

[2] Det teoretisk rammeverket for lederroller er hentet fra Strand (2007) hvor lederroller kategoriseres i Produsent, Administrator, Integrator og Entreprenør (PAIE).

[3] <http://www.nsd.uib.no/>

## Vedlegg 2

### Undersøkelse om lederroller, prioriteringer og handlingsrom

#### Bakgrunnsvariabler:

1. ALDER Svare med tall ....år
2. KJØNN Kvinne Mann
3. PROFESJON ? Lege, sykepleier, annen helsefaglig bakgrunn, ikke helsefaglig bakgrunn (økonom, ingeniør etc)
4. HVOR LENGE HAR DU VÆRT LEDER? Oppgi antall år
5. HVILKET NIVÅ ER DU LEDER PÅ?

Nivå 2 - Klinikksjef eller tilsvarende

Nivå 3 - Avdelingsleder eller tilsvarende

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

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

Nivå 5 – Enhetsleder

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

Under 10

10-20

21- 49

50 – 199

200 – 499

500 og over

7. **Hvilket ansvar har du som leder ?** Ja/nei

Kryss av på ett eller flere alternativer og angi i % hvor mye tid som går med til ansvarsområdene.  
(summen trenger ikke bli 100)

- personalansvar,
- fagansvar,
- økonomi/budsjettansvar

8. **Har du følgende kliniske oppgaver i jobben din?** Ja/nei

Kryss av på ett eller flere alternativer og angi i % hvor mye tid som går med til arbeidsoppgavene  
(summen trenger ikke bli 100)



- Direkte pasientkontakt
  - Veiledning
  - Pre visitt/behandlingsmøter
  - Vurdering av henvisninger e.l
9. Hvilken type arbeid gjøres i hovedsak ved din enhet/avdeling?
- pasientrettet arbeid (Undersøkelse, behandling eller andre pasientrettede aktiviteter)
  - administrativt arbeid/støttefunksjoner (ikke direkte pasientarbeid)

## Lederroller

**Mange vil hevde at utøvelse av ledelse innebærer prioriteringer mellom ulike, og til dels motstridende oppgaver. Forskjellige forventninger, målsettinger, og forutsetninger er med på å påvirke lederes valg i prioriteringssituasjoner. Gjennom de neste spørsmålene ønsker vi å få vite mer om dette.**

**1. De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å**

Angi hvor enig du er i følgende påstander på en skala fra 1 til 5 ( 1 helt uenig - 5 helt enig).

- Utvikle og fornye virksomheten og våre tjenester
- Være pådriver for å nå konkrete resultater og oppsatte mål
- Støtte, utvikle og motivere medarbeidere
- Sørge for at regler og systemer fungerer og dokumentere at de etterleves i det daglige
- Skape forståelse for virksomhetens oppgaver og sikre støtte og ressurser
- Bidra til å styre den enkeltes arbeidsinnsats mot en helhetlig oppgaveløsning
- Bidra til å skape felles verdier og mål blant mine medarbeidere
- Koordinere og sørge for at enkeltheten i arbeidet henger sammen

**2. I det daglige bruker jeg som leder mest tid på:**

Angi hvor enig du er i følgende påstander på en skala fra 1 til 5 ( 1 helt uenig - 5 helt enig).

- Utvikle og fornye virksomheten og våre tjenester
- Være pådriver for å nå konkrete resultater og oppsatte mål
- Støtte, utvikle og motivere medarbeidere
- Sørge for at regler og systemer fungerer og dokumentere at de etterleves i det daglige
- Skape forståelse for virksomhetens oppgaver og sikre støtte og ressurser
- Bidra til å styre den enkeltes arbeidsinnsats mot en helhetlig oppgaveløsning
- Bidra til å skape felles verdier og mål blant mine medarbeidere
- Koordinere og sørge for at enkeltheten i arbeidet henger sammen

**3. Nedenfor finner du noen utsagn om måter å være på som passer mer eller mindre godt for ulike ledere.**

Angi hvor godt du synes dette passer for deg på en skala fra 1 til 7 (1 passer ikke i det hele tatt - 7 passer helt)

- Utadvent, entusiastisk

- Kritisk, argumenterende
- Pålitelig, selvdisciplinert
- Stresset, lett opprørt
- Åpen for nye erfaringer, iderik
- Reservert, stille
- Sympatisk, varm
- Uorganisert, tilbakelemt
- Rolig, avbalansert
- Konvensjonell, lite kreativ

4. **Nedenfor kommer noen påstander om profesjonsbakgrunn og ledelse**

Angi hvor enig du er i følgende påstander på en skala fra 1 til 5 ( 1 helt uenig - 5 helt enig).

- Min profesjonsbakgrunn har stor betydning for måten jeg utøver ledelse på
- En god leder kan lede hvem som helst uavhengig av profesjonsbakgrunn
- Det er viktig at jeg som leder har samme profesjonsbakgrunn som de jeg er leder for.

## Handlingsrom som leder

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

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

Skala 1 til 7 (svært lite, svært stort)

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

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

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

- Jeg opplever at mitt handlingsrommet er passe stort
- Jeg har ansvar for områder som jeg ikke har myndighet til å påvirke
- Jeg kan selv prioritere hvilke arbeidsoppgaver jeg skal vektlegge
- Jeg har stor mulighet til å bruke skjønn i min utøvelse av ledelse
- Jeg liker å være på jobb
- Jeg har en for hektisk arbeidshverdag
- Jeg trives med å være leder
- Jeg mestrer mine lederoppgaver godt
- Jeg opplever stort tidspress i jobben min
- Jeg er tilfreds med min jobbhverdag

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

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

- Bruk av stillingsressurser?
- Hvilket utstyr som skal kjøpes inn?
- Medarbeidernes tilgang på goder (lønn, kursdeltakelse etc)

- Utvelgelse av underordnede/medarbeidere?
- Endring av stillingsinnhold og oppgaver for dine medarbeiderne?
- Faglige fokus og prioriteringer?
- Forbedring og justering av rutiner og prosedyrer?
- Langsiktige planer for virksomheten?
- Gjennomføringer av krav/pålegg fra overordnet nivå?

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

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

- Manglende fullmakter
- Manglende nettverk
- Ingen/få å delegerer oppgaver til
- Manglende informasjonsgrunnlag
- Manglende lederstøtte
- Manglende lederopplæring
- Manglende kjennskap til organisasjonen
- Manglende ledererfaring
- Manglende legitimitet hos mine medarbeidere/underordnede
- Manglende tillit fra mine overordnede
- Annet: Angi
- Opplever ikke at jeg har et begrenset handlingsrom

## Prioritering mellom ulike mål:

**10. For meg i min jobb er de målområdene som er viktig å prioritere slik:**

Prioritérområdene fra 1 til 7. 1 er viktigst. 7 er minst viktig.

- At vi når våre økonomiske mål
- At vi driver kostnadseffektivt
- At det er god kvalitet i Undersøkelse og behandling og fornøyde pasienter.
- At vi utvikler tjenestetilbudet for å møte morgendagens behov
- At vi blir mer produktive (At vi undersøker og behandler flere med samme antall medarbeidere)
- At vi har medarbeidere som trives og et godt arbeidsmiljø.
- At medarbeidere har muligheter for faglig og personlig utvikling?

**11. I det daglige bruker jeg mest tid på:**

Prioritérområdene fra 1 til 7. 1 er den du bruker mest tid på. 7 er den du bruker minst tid på.

- At vi når våre økonomiske mål (budsjettbalanse)
- At vi driver kostnadseffektivt
- At det er god kvalitet i Undersøkelse og behandling og fornøyde pasienter.
- At vi utvikler tjenestetilbudet for å møte morgendagens behov
- At vi blir mer produktive (At vi undersøker og behandler flere med samme antall medarbeidere)
- At vi har medarbeidere som trives og et godt arbeidsmiljø.
- At medarbeidere har muligheter for faglig og personlig utvikling?

## Økonomi og budsjett

Budsjettarbeid kan gjøres på mange måter. Møter med økonomikonsulent, tematisering i ledermøter, håndtering av henvendelser på mail og muntlig, gjennomgang av budsjett og regnskapsfiler og lignende. Nå følger noen spørsmål om tidsbruk knyttet til slikt arbeid.

**12. Hvor involvert opplever du å være i planleggingen av neste års budsjett som gjelder den organisatoriske enheten du er ansvarlig for?**

1. i svært liten grad 2. 3. 4. 5. i svært stor grad

**13. Hvor ofte følger du opp budsjett i formelle sammenhenger (eks planlagte møter)**

Hver dag/ Noen dager i uken/ Noen dager i måneden eller sjeldnere/ aldri

**14. Hvor ofte følger du opp budsjett i uformelle sammenhenger?**

Hver dag/ Noen dager i uken/ Noen dager i måneden eller sjeldnere/ aldri

**15. Hvor stor betydning mener du budsjettbalanse i din enhet har:**

Angi hvor enig du er i følgende påstander på en skala fra 1 til 5

- Budsjettbalanse gir bedre fremtidig kvalitet i Undersøkelse og behandling og fornøyde pasienter
- Budsjettbalanse gjør at vi kan utvikle tjenestetilbudet for å møte morgendagens behov
- Budsjettbalanse gjør at vi blir mer produktive (At vi undersøker og behandler flere med samme antall medarbeidere)
- Budsjettbalanse gjør at vi har medarbeidere som trives og et godt arbeidsmiljø.
- Budsjettbalanse gjør at medarbeidere har muligheter for faglig og personlig utvikling?

**16. I hvor stor grad påvirker andres forventninger din prioritering av økonomiske mål?**

Angi hvor enig du er i følgende påstander på en skala fra 1 til 5( 1 helt uenig - 5 helt enig).

- Jeg opplever ofte en konflikt mellom å holde budsjettet og styrets forventninger til hva vi skal gjøre
- Jeg opplever ofte konflikt mellom å holde budsjettet og pasientens forventninger til hva vi skal gjøre
- Jeg opplever ofte konflikt mellom å holde budsjettet og mine medarbeideres forventninger til hva vi skal gjøre
- Jeg opplever ofte konflikt mellom å holde budsjett og sentrale politiske myndigheters forventninger til hva vi skal gjøre

**17. Kommentarer**

## Vedlegg 3

### Intervjuguide med spørsmål. Masteroppgave for Bente og Janne H våren 2016

**Varighet; ca. 1 time**

**Tema;** Ledelse og utøvelse av lederrollen avhengig av profesjonsbakgrunn. Vi ønsker å vite mer om betydningen profesjonsbakgrunn har for lederrollen innenfor våre sykehus. Er det slik at en god leder kan lede hva/hvem som helst, eller har vi større tillit til ledere med samme profesjonsbakgrunn som oss selv? Ut fra data hentet fra spørreundersøkelsen vår vil vi intervjuere ledere med erfaring. Vi ønsker å få deres synspunkter rundt funn vi har gjort. Informasjon fra intervju med ledere på sykehus vil bli drøftet mot relevant teori.

**Problemstilling;**

**Hvordan kan vi forklare/ forstå at ledere med ulik profesjonsbakgrunn kan ha ulik oppfatning av ledelse/ lederroller?**

**Form; individuelt, semistrukturert intervju?**

Vi møter respondenten på vedkommende sin arbeidsplass for intervju til avtalt tidspunkt. Vi stiller spørsmål ved hjelp av intervjuguide og gjør lydopptak under intervjuet. **Respondent får informasjonsskriv og signere samtykke. Vi sender informasjonsskriv på mail, samme som vi har sendt NSD**

#### **1. Ramme setting,**

**uformell samtale, (2-5 minutter) (For oss selv)**

*Presentere oss selv*

*Informerer om studiet og problemstillingen*

*Forklarer hva intervjuet skal brukes til*

*Informerer om lydopptak*

*Sørger for samtykke*

*Påminner om anonymitet/taushetsplikt*

*Spørre om det er noe som er uklart for respondenten*

**Start lydbåndopptak!**

#### **2. Erfaringer**

**Overgangsspørsmål (5-10 min)**

*Spørre om erfaring og kjennskap med problemstillingen*

*Avklare hvilken rolle/lederposisjon respondenten har o.l.*

*Mer?*

### 3. Fokusering

#### Nøkkelspørsmål (ca. 40 minutter)

SPØRSMÅL	TEORI
<p>Presenter funn 1. Bakgrunnsvariabler. (Spm 1 til 6. Figur 1 til 5.)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Er dette noe du kan kjenne igjen i din arbeidshverdag?</li><li>- Hvordan kan man etter din mening forstå den store kjønnsforskjellen blant legeledere?</li><li>- Hva tenker du rundt at leger har kortest ansinitet som leder, men leder de største enhetene på de øverste nivåene?</li></ul>	<p>Berg- profesjonssosiologi.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Leger preget av syn på ledelse som rådet før reformene. Historie, leger ledelsesmonopol</li></ul> <p>Strand- lederroller</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kjønn</li></ul> <p>Torjesen- profesjonssosiologi.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Leger hybridledere, identitet som lege, ikke leder.</li></ul>
<p>Presenter funn 2. Økonomi og ressursforvaltning. (Spm 10 og 11. Tabell 25 til 38.)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Er dette noe du kjenner igjen i din arbeidshverdag?</li><li>- Hvordan tror du man kan forklare forskjellen på målområder leger prioriterer som viktig og det de bruker tid på?</li></ul>	<p>Strand, lederroller i forskjellige kontekster.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ledelse av ekspertorganisasjon.</li><li>- Strand, PAIE?</li></ul> <p>Torjesen, profesjonssosiologi.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- npm og målstyring. Spl og annen mest lydige mor organisasjonens mål.</li></ul>
<p>Presenter funn 3. Profesjonsbakgrunn. (Spm 4 abc. Figur 22, 23, 24.)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Er dette noe du kan kjenne igjen i din arbeidshverdag?</li><li>- Hva tror du det kan skyldes at leger og sykepleiere har så forskjellig syn på dette?</li></ul>	<p>Torjesen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Npm, enhetlig ledelse. Andre profesjoner inn i ledelse. Forskjellig motivasjon for ledelse.</li></ul> <p>Strand.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ledelse av ekspertorganisasjoner. To forskjellige styringslogikker.</li></ul>

### **Oppfølgingsspørsmål eller sjekkliste**

Er det andre ting du synes er viktig å nevne?

#### **4. Tilbakeblikk**

##### **Oppsummering (5 -10 minutter)**

*Vi går igjennom de viktigste punktene som kom frem under intervjuet?*

##### **Avklaringer**

*Er det noe andre ting om prosessen rundt denne studien som du trenger avklaring på?*

##### **Stopper lydbåndopptak!**

Vi spør respondenten om hvordan dette var for han/henne, og takker informant for at han/hun stilte opp.

## Vedlegg 4

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## *”Profesjonsbakgrunn-er det viktig i grunn?”*

### **Bakgrunn og formål**

Vi er to studenter som tar en MBA i helseledelse ved Nord Universitet i Bodø. Bakgrunnen for denne masteroppgaven er å se på ledelse og lederroller. Vi vil finne ut om de ulike profesjoner i spesialisthelsetjenesten har ulik oppfatning av utøvelse av lederrollen. Formålet er å få forståelse for at om de ulike profesjoner har ulik oppfatning, så kan det ha betydning for måten lederen utøver lederrollen på. Det er da ikke likegyldig hvilken profesjonsbakgrunn en leder har? Ulike lederutfordringer/ ledelse på forskjellig nivå krever ulike ledere.

På bakgrunn av dette har vi formulert følgende forskningsspørsmål:

- *Har ledere med ulik profesjonsbakgrunn ulikt syn/ perspektiv på utøvelse av lederrollen?*

De som blir spurt om å være informanter til dette studiet er ledere med ulik profesjonsbakgrunn som sitter eller har sittet i lederstillinger på ulike nivå.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Din deltagelse på studiet skjer gjennom et intervju med studentene Bente Brataas og Janne H Tunstad på ca. 1 times varighet. Det vil bli gjort lydopptak ved intervjuet. Spørsmål som det vil bli spurt om går blant annet på lederrolle og profesjonsbakgrunn, og de vil være knyttet opp til data hentet ut fra et tidligere utsendt spørreskjema.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. I oppgaven anonymiseres materiale i presentasjon, slik at du ikke vil kunne gjenkjennes av leseren. Analyse av svarene fra intervju vil bli drøftet opp mot relevant teori. Det vil i utarbeidelsen av oppgaven være studentene Bente Brataas og Janne H Tunstad, og veileder Inger Johanne Pettersen, professor II ved Nord Universitet som vil kunne ha tilgang til informasjon fra intervjuet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.06.2016 som er dato for innlevering av masteroppgave. Lydopptak og skriftlig materiale oppbevares etter de retningslinjer og anbefalinger gitt for slike oppgaver (innelåst og/eller sikret med personlig påloggingskode for tilgang). All data (intervju/transkribert materiell) slettes etter at sensur på oppgaven er gitt, og det har vi som studenter ansvar for.



### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Bente Brataas, tlf. 47011024 eller Janne H Tunstad, tlf. 911188587.

Ansvarlig veileder er Inger Johanne Pettersen, Professor II, Nord Universitet Bodø  
tlf.75517000

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i intervju. Jeg samtykker til at data fra intervju kan publiseres i oppgaven, men at anonymitet sikres.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)