

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E 1

Navn/Kandidatnummer: Linda Karlsen/26

Gunn – Hege Valøy/2

---

## «Enhetlig ledelse»

- En erfaringsbasert studie fra spesialisthelsetjenesten

---

Dato: 22. juni 2020

Totalt antall sider: 76

## I. Forord

Denne masteroppgaven er avsluttende del av 2-årig Master of Business Administration (MBA) i Helseledelse, et masterstudium ved Handelshøgskolen, Nord universitet i samarbeid med Helse Nord RHF.

Et masterstudium ved siden av jobb og familieliv har vært krevende, men vi har samtidig opplevd det som en lærerik og spennende periode. Studiet har blant annet gitt oss faglig påfyll og bidratt til at vi har fått utvidet våre nettverk i helseregionen.

Det er mange vi ønsker å takke etter disse to årene. Vi vil først rette en stor takk til vår arbeidsgiver, Nordlandssykehuset HF, som har gitt oss muligheten til å gjennomføre denne utdanningen.

Videre vil vi takke våre informanter som velvillig har delt sin kunnskap og erfaringer med oss. Vi er takknemlig for at dere gav oss av deres tid, for uten dere hadde ikke denne studien vært mulig.

Vi vil også rette en stor takk til vår veileder Pål Andreas Pedersen som har bidratt med konstruktive tilbakemeldinger og innspill i skriveprosessen.

Takk til våre medstudenter for to givende og inspirerende år. Dere har alle delt av deres kunnskap og erfaringer, og vi har knyttet bånd på tvers av fagfelt og foretak. Det har vært en glede å studere sammen med dere.

Våre venner har bidratt med korrekturlesing, layout og innspill til refleksjon og vi takker dere for dette.

Sist, men ikke minst, vil vi takke våre tålmodige familier som har støttet oss i denne perioden. Uten deres omtanke og bidrag i hverdagen hadde det vært vanskelig å fullføre dette studie.

Bodø, juni 2020

Gunn – Hege Valøy og Linda Karlsen

## II. Sammendrag

I vår masteroppgave har vi forsket på hvilke erfaringer ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten har med enhetlig ledelse, og hvordan dette påvirker deres lederskap i praksis.

For å finne svar på problemstillingen, har vi benyttet et kvalitativt forskningsdesign med en fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming til vår forskning. Det er gjennomført 4 semi-strukturerte intervjuer med ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten. Data fra intervjuene er brukt som grunnlag for vår analyse og drøfting rundt fenomenet. Vi har videre benyttet egne erfaringer og refleksjoner i forhold til analysen.

Våre informanter har fortalt om sine subjektive erfaringer og virkelighetsoppfattelse av begrepet enhetlig ledelse, og lederskapets innhold. Dette kommer blant annet til uttrykk ved informantenes forskjellige erfaringer med bruk av delegering og støttepersonell, samt uensartet forståelse av hvordan en leder kan benytte seg av medisinskfaglige rådgiver for å ivareta totalansvaret. Det kan videre synes som om ledere på et lavere nivå har et mer driftsrettet perspektiv og innhold i sitt lederskap, enn ledere på høyere nivå.

På tross av klare beslutnings- og styringslinjer i den formelle strukturen, opplever informantene våre en praksis med forsøk på styring utenom linjen gjennom uformelle ledere. Dette opplever ledere som utfordrende og til dels krevende, og forteller at dette påvirker deres lederskap.

Med bakgrunn i resultatene fra vår kvalitative studie vil det trolig være formålstjenlig å ha større fokus på opplæring og bevisstgjøring av ledere i spesialisthelsetjenesten. En slik opplæring bør ikke ensidig fokusere på begrepet enhetlig ledelse, men også rette fokus på ledelse generelt og kompleksiteten i lederskapet i denne tjenesten. God opplæring og formalkompetanse vil blant annet kunne bidra til at ledere blir bedre rustet til å håndtere og møte utfordringer og krav i utøvelsen av lederskapet i spesialisthelsetjenesten.

### III. Abstract

In this master assignment, our research is based on the variation of experiences managers on different levels of the Secondary healthcare units holds, with «unitary management». It will also address how the unitary management effects their leadership.

To find answers to our main question, we have done research by qualitatively design, with phenomenological - hermeneutical methods. We have conducted four semi-structured interviews by leaders of different levels of the Secondary healthcare unit. Our interview subjects have great variation when it comes to their length of experience as managers.

Our research subjects have talked about their subjective experiences and their reality perception when it comes to the term «unitary management». In addition, they talk about how their unitary management effects the way of managing. This is expressed by looking at the informant's different experiences when it comes to delegation of task and their use of support staff. Moreover, we address the different understandings of how a manager can use medical advisors to maintain the overall responsibility. It might seem like managers on a lower level, are more logistically aimed than higher level managers.

In spite of definite decision – and control lines in the formal structure, our informants have different experiences with informal leaders trying to influence decision making. Our informants report that in their experience, this is both demanding and challenging. They also say that these informal leaders are affecting unitary management.

On background of the results from our qualitative study, possibly it will be profitable to have a greater focus on training and awareness amongst the leaders of the Secondary healthcare unit. This type of training shouldn't only focus on the term unitary management, but also direct focus on management in general and the complexity of leadership. Thorough training and formal competence would contribute to help managers in Secondary healthcare units becoming better equipped to meet challenges and demands, while exercising leadership in Secondary health.

## IV. Innhold

<b>I. Forord .....</b>	<b>1</b>
<b>II. Sammendrag .....</b>	<b>2</b>
<b>III. Abstract.....</b>	<b>3</b>
<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for oppgaven .....	6
1.2 Formål.....	8
1.3 Problemstilling.....	8
1.4 Begrepsavklaring/definisjoner .....	8
1.4.1 Enhetlig ledelse .....	8
1.4.2 Organisatorisk enhet .....	9
1.4.3 Legeleder .....	9
1.5 Avgrensning .....	10
1.6 Oppgavens oppbygging .....	11
<b>2.0 Teoretisk perspektiv .....</b>	<b>12</b>
2.1 Ledelse.....	12
2.2 Organisasjonsstruktur .....	13
2.2.1 Fordeling av oppgaver .....	15
2.2.2 Beslutningsmyndighet .....	15
2.2.3. Koordinering .....	16
2.2.4 Styring .....	16
2.2.5 Strukturelle konfigurasjoner .....	16
2.3 Organisasjonskultur.....	17
2.4 Den helhetlige modell .....	20
2.5 Lederroller .....	21
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>25</b>
3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv .....	26
3.2 Forskningsdesign .....	27
3.3 Etske og juridisk vurderinger.....	28
3.4 Valg av informanter .....	29
3.5 Datainnsamling og analyse.....	30
3.6 Validitet og reliabilitet .....	32

3.7 Metodekritisk refleksjon .....	33
<b>4.0 Empiri .....</b>	<b>35</b>
4.1 Ledererfaring .....	35
4.2 Forståelse av begrepet enhetlig ledelse .....	35
4.3 Praktisering av enhetlig ledelse .....	37
4.4 Positive erfaringer med utøvelse av enhetlig ledelse .....	38
4.5 Opplevde utfordringer med utøvelse av enhetlig ledelse .....	39
4.6 Informantenes tanker om forbedringer og endringer i forhold til enhetlig ledelse .....	40
<b>5.0 Analyse og drøfting .....</b>	<b>42</b>
5.1 Forståelse av enhetlig ledelse .....	42
5.2 Formelle trekk .....	48
5.3 Uformelle trekk .....	52
5.4 Organisasjonsadferd og prosesser .....	56
5.5 Forforståelse og forståelse av problemstillingen .....	58
<b>6.0 Konklusjon .....</b>	<b>61</b>
<b>7.0 Litteraturliste .....</b>	<b>63</b>
<b>8.0 Vedlegg .....</b>	<b>68</b>
Vedlegg 1 Godkjenning fra Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).....	68
Vedlegg 2 Intervjuguide .....	70
Vedlegg 3 Informasjonsskriv .....	72
<b>IV Figurer</b>	
Figur 1 De fem hovedelementene i en organisasjon.....	15
Figur 2 Mintzberg sine ulike konfigurasjoner av organisasjoner .....	17
Figur 3 Jacobsen og Thorsvik sin helhetlige modell .....	20
Figur 4 PAIE – modellen.....	22
Figur 5 Den Hermeneutisk spiral .....	27

## 1.0 Innledning

Vi har i vår studie sett på hvilke erfaringer ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten har med enhetlig, og hvordan dette påvirker deres lederskap. For å belyse problemstillingen har vi valgt å støtte oss til litteratur om temaet, samt innhente empiriske data ved å gjennomføre kvalitative intervjuer. Det er gjennomført 4 semistrukturerte intervjuer med ledere fra ulike nivå i spesialisthelsetjenesten. Data fra disse intervjuene er brukt som grunnlag for vår analyse og drøfting rundt vår problemstilling i kapittel 5. Vi har videre benyttet egne erfaringer og refleksjoner i forhold til bearbeidelse av empirien.

### 1.1 Bakgrunn for oppgaven

Sykehusene har hatt, og har fortsatt en sentral plass i den norske velferdsstaten. Det norske folks forventninger til hvilke helsetjenester som bør ytes, kan oppleves som høyere enn det behandlingstilbudet som er tilgjengelig. Våre ønsker er nærmest uendelige, samtidig som velferdsstatens ressurser er begrenset. Dette omtales som helsegapet; «det vil si en antatt økende avstand mellom de behandlingsmuligheter medisinsk teknologi og kunnskap gir, og det som anses å være økonomisk og etisk forsvarlig» (Lian, 2000). De foreløpige anslagene fra Statistisk sentralbyrå for 2019 viser at de totale løpende helseutgiftene i Norge utgjorde 372 milliarder (Statistisk sentralbyrå, 2020). I helsedirektoratets rapport «Kostnader i spesialisthelsetjenesten SAMDATA Spesialisthelsetjeneste», viser tall fra 2018 at kostnadene til spesialisthelsetjenester utgjorde 142,5 mrd. Dette utgjør ifølge SSB 12,38 % av Brutto nasjonalprodukt for fastlands Norge (Helsedirektoratet, 2019).

I søken etter å få mere effektive og brukervennlige sykehus har våre myndigheter innført en rekke reformer i løpet av de siste tiårene. Reformene har vært rettet inn mot ulike sider ved helsevesenet. Det være seg innføring av ulike økonomiske styringsincentiver, som for eksempel innsatsstyrt finansiering og kvalitetsbasert finansiering. Man har også gjennomført reformer for eierskap og organisering. Fra da sykehusene var fylkeskommunalt driftet til helseforetaksmodellen, samt pasientrettede reformer som for eksempel fritt sykehusvalg og behandlingsgarantier. Opp gjennom årenes løp har helsevesenet også vært gjenstand for ulike ledelsesreformer. Etter mange offentlige diskusjoner og utredninger om hvordan framtidens sykehus skulle organiseres og ledes, publiserte Steine-utvalget NOU 1997:2: 21

«Pasienten først!». Denne NOU dannet grunnlaget da Stortinget i 1999 vedtok ny lov om spesialisthelsetjenesten, som blant annet inneholdt reformen om enhetlig ledelse. Loven trådte i kraft i 2001 (Sosial- og helsedepartementet, 1997).

I spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 er det gitt en særregel om organiseringen av sykehusvirksomhet som lyder slik:

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere (Lovdata, 2019).

Hovedformålet med bestemmelsen er å sørge for at sykehusene etablerer klare ansvarslinjer og ansvarsforhold for ledere på alle nivåer i sykehusorganisasjonen. Enhetlig ledelse skulle erstatte en praksis der leger og sykepleiere ledet sammen – såkalt todelt ledelse.

Spehar (2016) viser til professor Ole Berg som har brukt begrepet «medikrati» for å synliggjøre hvordan sykehusene tidligere var styrt av leger, som i liten grad lot seg påvirke av ytre forsøk på styring og kontroll. Gjennom de siste tiårene har dette endret seg da kompleksiteten i helsevesenet er blitt stadig økende. Det har medført at medikratiet har blitt utfordret, og legene har måttet gi slipp på mange av de tradisjonelle lederrollene. Noe som ble ytterligere forsterket i ledelsesreformen fra 2001, som understreker at man ønsker en «profesjonsnøytral ledelse» av spesialisthelsetjenesten. Dette innebar at personell med ikke medisinsk bakgrunn kunne inneha lederstillinger på lik linje med legene. Spehar beskriver videre at vi i dag har en toppledelse i spesialisthelsetjenesten som har mer generell lederutdanning med fokus på økonomi og administrasjon, mens mange ledere med medisinsk-faglig kompetanse på de pasientnære nivåene, fortsatt betrakter seg fagpersoner som vektlegger fag foran ledelse.

Helse- og omsorgs departement fikk i 2019 utarbeidet rapporten «Førstelinjere i norske sykehus- en kunnskapsoppsummering». Selv om rapporten tar utgangspunkt i førstelinjere, vil den trolig ha overføringsbetydning til andre ledernivå i spesialisthelsetjenesten. Rapporten oppsummerer med å vise til at profesjonsbakgrunn har stor betydning for lederrollene. Den sier videre at leger og sykepleiere har ulik motivasjon med seg inn i sin lederrolle



og at de vektlegger ledelse ulikt. Rapporten beskriver i tillegg at de ulike profesjonene muligens har ulik «makt» i organisasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

## 1.2 Formål

Med bakgrunn i overnevnte, og i lys av våre egne erfaringer, er vi nysgjerrige på om implementeringen av enhetlig ledelse påvirker utøvelse av lederskapet på de ulike ledernivå i spesialisthelsetjenesten. Vår opplevelse er at ledelsesreformen selv etter tjue år, fortsatt er en reform som engasjerer og oppleves som kompleks for ledere i spesialisthelsetjenesten. Endringer tar tid, og vår erfaring er at enhetlig ledelse fremdeles kan være utfordrende. Vi ønsket derfor å undersøke den subjektive virkelighetsoppfattelsen enhetlig ledelse og hvordan dette kunne påvirke lederskapet. Herunder ønsket vi å avdekke positive erfaringer med utøvelse av enhetlig ledelse og hvilke opplevde utfordringer ledere kan møte i forhold til tematikken.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 stiller som nevnt krav om en ansvarlig leder på alle nivåer. Dersom «*kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere*». Formålet med bestemmelsen er å sikre at medisinskfaglige forhold i tilstrekkelig grad blir belyst og vurdert i de beslutninger som skal tas (Lovdata, 2019). Dette vil være særlig aktuelt dersom vedkommende leder ikke selv har medisinskfaglig kompetanse. Vi undret oss over hvem som da utøver den reelle ledelsen og om dette skaper utfordringer i forhold til utøvelse av lederskapet hos den enkelt leder?

## 1.3 Problemstilling

*Hvilke erfaringer har ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten med enhetlig ledelse og hvordan påvirker dette deres lederskap?*

## 1.4 Begrepsavklaring/definisjoner

### 1.4.1 Enhetlig ledelse

Med bakgrunn i innføringen av lov om enhetlig ledelse, ga Helse og omsorgsdepartementet i 2011 de 4 regionale helseforetakene oppdrag i å beskrive nasjonale lederkrav for ledere i

helseforetak. Kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet, og omsorg og respekt i møtet med pasienten, rammer inn disse kravene til ledere og forståelsen av lederrollen. Disse er kjerneverdiene i Spesialisthelsetjenesten. De nasjonale lederkravene til helseforetakene sier at leder skal være ansvarlig og helhetstenkende, endringsvillig og handlekraftig og kommuniserende og inspirerende. Dette er utdypet i rapport «Nasjonal Plattform for ledelse i helseforetak» fra Nasjonal ledelsesutvikling (2012).

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 stiller krav til at alle organisatoriske enheter i sykehusene må peke ut én person som bærer det helhetlige ansvaret på hvert nivå (Lovdata, 2019). I rundskriv om «Lederansvaret i sykehus» kommer det frem at et slikt «helhetlig ansvar» innebærer ansvar både for det administrative og det faglige. Departementet omtaler i forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven det «administrativt ansvaret» som et ansvar både for at aktiviteter og resultater i organisasjonen er i samsvar med rammene i lover og forskrifter, herunder forsvarlighetskravet. Det administrative og det faglige ansvaret omtales som et totalansvar. Totalansvaret inkluderer med andre ord at det medisinskfaglige arbeidet skjer i henhold til mål og rammer som myndigheter og sykehuseier har fastsatt (Helse og omsorgsdepartementet, 2013).

Ved enhetlig ledelse er det en person som innehar totalansvaret. Dette i motsetning til det vi tidligere har omtalt som todelt ledelse, der sykepleieren hadde lederansvar for pleiefunksjonene og legen det medisinske lederansvaret. Dette kan ses på som to parallelle ledelsessøyler, siloer, som eksisterer på samme nivå i samme organisatoriske enhet.

#### 1.4.2 Organisatorisk enhet

I rundskriv om «Lederansvaret i sykehus» defineres en organisatorisk enhet som en enhet som forvalter ressurser som blant annet personell, utstyr og lokaler (Helse og omsorgsdepartementet, 2013). Vi har valgt å definere organisatorisk enhet som foretak, klinikk, avdeling og enhet, og har derfor valgt å bruke disse benevnelse for å illustrere ulike nivåer i organisasjonen.

#### 1.4.3 Legeleder

Vi har benyttet ordet legeleder synonymt med ledere som har medisinsk faglig bakgrunn. med andre ord, en lege som er leder er legeleder.

## 1.5 Avgrensning

I vår teoretiske tilnærming har vi valgt å ta utgangspunkt i Jacobsen og Thorsvik sin helhetlige modell. Vi har valgt å avgrense oppgaven til å konsentrere oss om de formelle og de uformelle trekkene i denne modellen. Herunder vil vi i hovedsak se på organisasjonsstruktur og organisasjonskultur.

Vi er innforstått med den gjensidige påvirkning de ulike momenter i den helhetlige modellen, har på hverandre, og hvordan de formelle trekkene påvirker de uformelle trekkene og motsatt. Gitt oppgavens størrelse vil vi ikke komme inn på alle disse gjensidighetene, men ta for oss deler av disse. Noen momenter vil høre hjemme flere plasser, men vi vil drøfte disse der vi mener de naturlig hører hjemme.

Vi er klar over omgivelsenes påvirkning på organisasjonen, slik som avhengighet, usikkerhet og ytre press. Sett i lys av dagens globale utfordring med Covid-19, er dette blitt særlig synlig med tanke på det ytre press som spesialisthelsetjenesten i den forbindelse har opplevd i forhold til økt beredskap med hensyn til både personell, utstyr og medisiner. Grunnet oppgavens størrelse vil vi heller ikke se nærmere på omgivelsene og dens betydning og påvirkning på organisasjonen.

Tidspunkt for gjennomføringen av vår forskning kom i en tid der spesialisthelsetjeneste var sterkt preget av den globale utfordring med Covid-19 pandemien. Covid-19 har også påvirket ledelsesformene og den daglige organiseringen av arbeidet i spesialisthelsetjenesten. Med dette tenker vi blant annet på betydningen av organisasjonsstruktur og de formelle beslutningslinjene i krise versus normal situasjon. Det er i krisesituasjoner som Covid-19, trolig ikke alltid mulig for en kollegial ledermodell der man tar seg tid til å finne den beste løsningen med faglig likemenn til stede. Man kan i stedet oppleve en mer militær lederstil der det ikke er rom for diskusjoner før beslutning fattes og implementeres. Dette kan for noen ledere på lavere nivå oppleves som ordrer gitt fra leder på høyere nivå. Det kunne vært spennende å forfølge dette, for å se på hvordan utøvelse av enhetlig ledelse ble opplevd under denne pandemien og hvordan dette påvirket lederskapet og de som jobber i spesialisthelsetjenesten. Selv om vi gjorde intervjuene delvis etter at pandemien var et faktum, velger vi å holde dette perspektivet utenom våre drøftinger.

## 1.6 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 presenterer vi studiets teoretiske persektiv. Vi vil her beskrive begrepene ledelse, organisasjonsstruktur og organisasjonskultur, og hvordan disse elementene påvirker hverandre i lys av den helhetlige modellen. Vi vil videre beskrive Strand (2007) sin tolkning av ulike lederroller og PAIE – modellen, samt Mintzbergs (Jacobsen og Thorsvik, 2019) beskrivelse av hovedelementene i en organisasjon.

I kapittel 3 gjør vi rede for studiets vitenskapelige ståsted og vårt forskningsdesign. Vi vil her komme innpå hvilke betraktninger vi har gjort oss om forskningsprosessen og hvilke valg vi har gjort underveis, herunder også vår metodekritiske refleksjon.

Studiets empiriske funn blir presentert i kapittel 4 mens analysen og drøfting av funnene blir presentert i kapittel 5.

I kapittel 6 gir vi en oppsummering av masteroppgaven og de hovedfunn vi mener er kommet frem gjennom vår studie.

## 2.0 Teoretisk perspektiv

I følgende kapittel presenteres vår teoretiske perseptiv. Vi vil først definere begeret ledelse. Deretter vil vi i lys av Jacobsen og Thorsvik (2019) beskrive begrepene organisasjonsstruktur og organisasjonskultur, og hvordan disse elementene påvirker hverandre i den helhetlige modellen. Til sist vil vi ta for oss Strand (2007) sine refleksjoner og tanker rundt ulike lederroller og PAIE – modellen, samt Mintzbergs tolkning av hovedelementene i en organisasjon (Jacobsen og Thorsvik, 2019).

### 2.1 Ledelse

I litteraturen finner vi mange ulike definisjoner på begrepet ledelse. Sagberg (2019) definerer ledelse knytte til personer som har ansvar for resultater i organisasjoner og mener begrepet kan knyttes til både menneskene som innehar dette ansvaret og til utøvelsen av lederskapet.

Strand (2007) definerer begrepet på tilsvarende måte, men legger til at en leder ikke kan bestemme fritt hvordan resultatet skal oppnås eller hvordan målene / oppgavene skal løses. Mulighet til å påvirke resultatet er avhengig av de spesifikke betingelsene ledelsen har for å handle, handlingsrommet. Handlingsrommet til en leder er begrenset ut fra rammefaktorer og betingelser for utøvelsen av lederskapet. Disse kan ses på som indre og ytre faktorer som begrenser dette handlingsrommet og dermed påvirker resultatet en leder prøver å oppnå.

Vi har valgt å benytte en definisjon, som det ifølge Jacobsen og Thorsvik råder stor enighet om. Denne definisjonen sier at «ledelse er en prosess rettet mot å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd for å oppmuntre til innsats for å nå ett felles mål» (Jakobsen og Thorsvik, 2019, s. 405).

Definisjonen retter fokus mot tre ulike områder ved ledelse. For det første er ledelse mange handlinger som utføres av en eller flere personer. Disse handlingene trenger ikke nødvendigvis å utføres av den som er formelt ansatt som leder. For det andre har ledelse til hensikt å få andre til å utføre noe og for det tredje skal ledelse medvirke til at organisasjoner når sine mål. Tidligere skilte man i ledelsesforskning mellom ledelse og administrasjon.

Ifølge Jakobsen og Thorsvik (2019) viser nyere ledelsesforskning, at god ledelse er avhengig av at også det administrative fungerer for at en organisasjon skal kunne nå sine mål og visjoner. Det er en økende tendens til at stadig flere mener skillet mellom ledelse og administrasjon er et gammeldags utgangspunkt. Dagens ledelsesforskning ser på ledelse og administrasjon som to sider av samme sak.

Ved administrasjon fokuserer man på produksjon, og hvordan man gjennom veiledning og tilbakemelding på daglige aktiviteter forsøker å løse ulike utfordringer knyttet til produksjon for slik å bli mest mulig effektiv. Ledelse er å skape visjoner for organisasjonen, avdelingen eller enheten. Et viktig moment her er at disse visjonene må formidles ut i organisasjonen (Jakobsen og Thorsvik, 2019).

## 2.2 Organisasjonsstruktur

I sin forelesning ved studiet Master i helseledelse, datert 22.10.19, utalte Thorsvik at organisasjonsteorier er teorier som er utviklet med formål om å beskrive og forklare hvordan organisasjoner fungerer.

Det finnes mange ulike definisjoner på hva en organisasjon er. Ole Berg (2014) beskriver begrepet organisasjon som en betegnelse som i dagligtalen oftest brukes synonymt med forening og som i samfunnsvitenskapene brukes om et kollektiv som er bygd opp for å fremme ett eller flere formål, eller sett av verdier.

Jusleksikon.no (2017) definerer at en organisasjon består av to eller flere mennesker som arbeider sammen og utfører oppgaver for å oppnå et definert mål. Dette vil i praksis bety en formalisering med fordeling av blant annet roller og arbeidsoppgaver for at samarbeidet skal gi mest mulig effekt.

Vi velger i denne oppgaven å bruke Jacobsen og Thorsvik sin definisjon som sier at “en organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål” (Jacobsen og Thorsvik, 2019, s.16).

De understreker videre at kjernen i organisasjonen består av mennesker og mener at begrepet «et sosialt system» refererer til de menneskelige relasjonene som er avhengig av ulike elementer for å utføre sine oppgaver. Endringer i ett element vil få konsekvenser for andre elementer.

At organisasjonen er bevisst organisert, refererer til at organisasjoner «er utformet på en måte som noen mener er den mest effektive måten å løse oppgaven på» (Jacobsen og Thorsvik, 2019, s.16), mens å løse oppgaver og realisere mål henviser til hvorfor organisasjonen i det hele tatt er opprettet.

Jacobsen og Torsvik (2019) skiller mellom formelle og uformelle trekk ved organisasjonen. Organisasjonsstrukturen utgjør de formelle trekkene ved organisasjonen og gir en beskrivelse av hvordan organisasjonen er utformet, dvs. rammene for å få oppgavene løst, eller organisasjonens skjelett. Organisasjonsstrukturene antyder hvem som er ansvarlig for å lede, koordinere og gjennomføre aktiviteter og definerer ledelses-hierarkiene i organisasjonen (Armstrong, 2006). Jacobsen og Thorsvik definerer begrepet som følger:

Begrepet «formell organisasjonsstruktur» viser til arbeidsdeling og systemer for styring, koordinering og kontroll som er vedtatt i et formelt beslutningsforum (for eksempel en ledergruppe), og som vanligvis er skriftlig nedfelt (for eksempel i regelverk og organisasjonskart). Den formelle strukturen betegnes ofte som organisasjonens skjelett (Jacobsen og Thorsvik, 2019, 68).

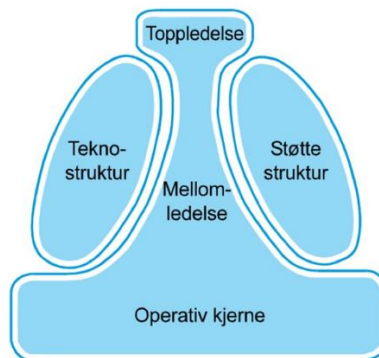
En organisasjon kjennetegnes gjerne av hvordan den er bygget opp – det vil si den strukturen organisasjonen har. Organisasjonsstruktur har tre generelle effekter på atferd; den stabiliserer, begrenser og koordinerer. I teorien forsøker man å skape en orden, ved å klassifisere de ulike organisasjonene, og ved særtrekk knyttet til de ulike typene. Begrepet organisasjonsstruktur viser til arbeidsfordeling, fordeling av autoritet i en organisasjon, styring, koordinering og kontroll. Videre vil størrelse, antall ansatte, oppgaver, teknologi og trekk i omgivelsene rundt, ha stor betydning for hvordan den er utformet. Hovedhensikten med organisasjonsstrukturen er å påvirke atferd i en spesiell retning slik at oppgaven blir utført (Jacobsen og Thorsvik, 2019).

### 2.2.1 Fordeling av oppgaver

Organisasjonsstrukturen beskriver som nevnt hvordan oppgaver, makt og beslutningsmyndighet er fordelt og hvordan oppgaver koordineres og kontrolleres. Organisasjonskartet er et bilde av hvordan organisasjonen er oppbygd. Jacobsen og Thorsvik (2019) beskriver at det i en stor organisasjon er viktig å gruppere menneskene slik at de som har lignende oppgaver blir plassert i felles enheter. Det er flere måter å gjøre denne grupperingen på, både på individ og gruppenivå. Grunnet studiets størrelse vil vi i det videre arbeidet ikke komme nærmere inn på arbeidsfordeling på gruppenivå.

### 2.2.2 Beslutningsmyndighet

Beslutningsmyndighet er en beskrivelse av fordeling av autoritet og hvem som skal ha myndighet til å bestemme hva som skal gjøres i ulike situasjoner. Hierarkiet angir fordeling av denne beslutningsmyndigheten. Hierarkiet er ifølge Jacobsen og Thorsvik den «rette linjen» fra toppleder til ansatte. I tillegg består organisasjoner av en viss størrelse av staber som befinner seg på siden av linjen i organisasjonen. Mintzberg samler alle disse delene i en modell der han deler organisasjonen inn i fem ulike deler bestående av toppledelsen, mellomledelse, operativ kjerne og støttestruktur og teknostruktur, kalt de strukturelle konfigurasjoner (Jacobsen og Thorsvik, 2019).



Figur 1. De fem hovedelementene i en organisasjon (fritt etter Mintzberg sin modell i Jacobsen og Thorsvik, 2019).

Den operative kjerne er medarbeiderne som utfører produksjonsoppgavene i organisasjonen, som for eksempel helsepersonell i sykehusene. Mellomledelsen er alle lederposisjoner under toppledelsen som koordinerer og følger opp arbeidet i den operative kjernen. Toppledelsen er de som har det overordnede strategiske ansvaret for en organisasjon og som følger med



utviklingen i organisasjonens omgivelse, og utvikler organisasjonen strategier og mål. Støttestruktur utfører fellesfunksjoner som for eksempel Human Resource Management (HRM). Teknostrukturen er de som legger til rette for selve produksjonen og som følger opp arbeidet som utføres ved evaluering og kontroll (Jacobsen og Thorsvik, 2019).

### 2.2.3. Koordinering

Jacobsen og Thorsvik (2019) mener behovet for koordinering øker i takt med antall ulike spesialiseringer – faggrupper og profesjoner, avdelinger og kontorer – man finner i en organisasjon. De skiller mellom flere måter å koordinere arbeidet på; gjensidig tilpasning, direkte tilsyn, standardisering av arbeidsoppgaver, standardisering av resultater, standardisering av kunnskap, standardisering av normer og horisontale ordninger for samarbeid.

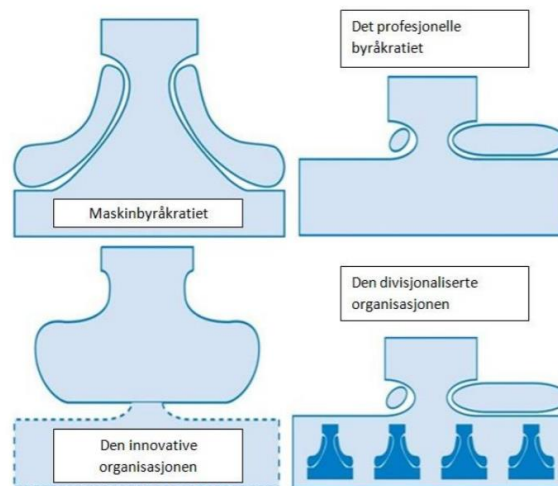
### 2.2.4 Styring

For å sikre at de ansatte følger retningslinjer og prosedyrer er det viktig med styringssystemer som skaper samsvar mellom organisasjonens og ulike individers / grupper mål. Jacobsen og Thorsvik (2019) deler styringsmekanismene i fire hovedtyper; Rekruttering, sosialisering, disiplinering og kontroll. Rekruttering – Organisasjonen kan forsøke å ansette personer med sammenfallende mål og interesser som organisasjonen. Sosialisering – tilegne de ansatte organisasjonens normer, verdier og grunnleggende antakelser. Disiplinering – Skape incentivsystemer som oppmuntrer de ansatte å handle slik organisasjonen ønsker. Kontroll – organisasjonen skaffer seg oversikt over om de ansatte har gjort noe uønsket.

### 2.2.5 Strukturelle konfigurasjoner

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) viser strukturell konfigurasjon til den formen organisasjonen har og hvordan elementene, fordeling av oppgaver, beslutningsmyndighet, koordinering og styring, er kombinert. Mintzberg deler, som tidligere nevnt, organisasjonen inn i fem ulike strukturelle konfigurasjoner som beskriver hvordan disse elementene er satt sammen og hvilken relativ betydning og størrelse de har. Entreprenørorganisasjon har liten grad av formalitet og kompleksitet, men høy sentralisering. Maskinbyråkratiet har stor grad av formalisering og sentralisering. Det profesjonelle byråkratiet har mange profesjoner, stor grad av spesialisering og autonomi og desentralisert beslutningsstruktur og høy grad av standardisering av kunnskap og kompetanse. Den divisjonaliserte organisasjonen har flere

delvis selvstendige resultatenheter med standardisert og spesialisert produksjon, som hver kan ha en egen struktur. Den innovative organisasjonen (Ad hoc-kratiet) har en flatere struktur med stort innslag av spesialiserte profesjonelle som jobber fleksibelt, teambasert og i prosjekter (Jacobsen og Thorsvik, 2019). Disse ulike konfigurasjonene er illustrert i figur 2.



Figur 2. Mintzberg sine ulike konfigurasjoner av organisasjoner (Fritt etter Mintzberg i Jacobsen og Thorsvik, 2019).

Spesialisthelsetjenesten består i stor grad av medarbeidere med høy faglig kompetanse. Disse er i besittelse av kunnskaper og ferdigheter som organisasjonen trenger for å løse oppgavene på en tilfredsstillende måte. Spesialisthelsetjenesten vil dermed falle inn under det Mintzberg definere som det profesjonelle byråkratiet.

Strand (2007) beskriver sykehusene som en ekspertorganisasjon. Ekspertorganisasjoner er komplekse kunnskapsorganisasjoner, og medarbeiderne er ofte rekruttert på bakgrunn av sin fagkompetanse. Vi vil i det videre likestille det profesjonelle byråkratiet med ekspertorganisasjoner, og begrepene vil bli benyttet om hverandre.

### 2.3 Organisasjonskultur

Begrepet organisasjonskultur er av relativt ny opprinnelse, og ble for fullt tatt i bruk i arbeidslivet fra rundt 1980-tallet. Bakgrunnen for den økte oppmerksomheten rundt betydningen av organisasjonskultur kom som følge av at ledere ønsket en mer helhetlig forståelse for hvilke krefter som dominerer i organisasjoner. De siste tiårene har man endret fokus fra å være

opptatt av organisasjonsstruktur til å bli mere bevisst organisasjonskulturen og dens betydning for suksess eller fiasko i organisasjoner. Organisasjonskulturen påvirker både de ansatte og den organisatoriske driften i en organisasjon.

Jacobsen og Torsvik (2019) refererer til Professor Edgar H. Schein ved Massachusetts Institute of Technology (MIT). Schein omtales som en av autoritetene innenfor forskningen på organisasjonskultur og har definert organisasjonskultur som følgende:

Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s.124).

I motsetning til struktur som ofte er skriftliggjort, kan organisasjonskultur vanskelig studeres direkte. Et sentralt kjennetegn ved organisasjonskultur er at man har fokus på opplevelser, tanker og meninger som er felles for flere personer i en bestemt sosial sammenheng. Kultur blir ofte sett på som organisasjonens ryggmarg og verdigrunnlag. Man er av den oppfatning at det som anses som meningsfullt vil organisasjonens medlemmer forsøke å opprettholde, uavhengig av strategi. På denne måten kan kanskje si at organisasjonskultur ikke besluttes, men utvikles over tid. Kulturen i en organisasjon opprettholdes så lenge medarbeiderne oppfatter den som riktig.

Organisasjonskultur beskrives gjerne som «slik gjør vi det hos oss», og indikerer at kultur er basert på atferd og handlingsmønstre. Nyansatte i en organisasjon sosialiseres inn i organisasjonens måte å tenke på, og de blir opplært til å løse arbeidsoppgaver ut fra rådende praksis. Organisasjonskultur påvirker hele organisasjonen. Jacobsen og Torsvik (2019) nevner i sin bok at det kan være avvik mellom organisasjonens formelle struktur, og medlemmer av organisasjonens faktiske adferd. Hvordan denne organisasjonskulturen kommer til syne kan variere fra enhet til enhet, og mellom ulike grupper i samme organisasjon.

De beskriver videre at jo sterkere en kultur er, jo større tillit har de ansatte til sin leder, til sine kollegaer og til ansatte i andre organisatoriske enheter. Tillit vil bidra til at det er mindre

behov for kontroll og overvåkning, og gir lederen større mulighet til blant annet delegering av handlefrihet, noe som vil bidra til fleksibilitet i organisasjonen. For å oppnå dette mener Jacobsen og Thorsvik (2019) at det er to forhold som må være tilstede: Sterk fellesskapskultur og at ansatte har tilegnet seg verdier som lojalitet, ærlighet og pålitelighet.

I organisasjonskulturer oppstår der gjerne ulike subkulturer. Subkulturer i en organisasjon gjenspeiler ofte organisasjonsstrukturens inndelinger som for eksempel klinikker, avdelinger og enheter. Subkulturer kan også reflekteres gjennom ulike profesjonskulturer eller alderskulturer. Subkulturer trenger ikke nødvendigvis å være et problem i en organisasjon, men utfordringer med subkulturer oppstår ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) når denne representerer en motkultur som utfordrer den dominerende kulturen.

Begrepet organisasjonskultur består av 3 kjerneelementer; Grunnleggende antagelser, verdier/normer og artefakter. Jacobsen og Thorsvik (2019) understreker at de tre kjerneelementene har gjensidig påvirkning på hverandre.

Grunnleggende antagelser blir ofte omtalt som oppfatninger eller meninger som er felles for en gruppe, og som omgjøres til sannheter. Disse antagelser blir av noen oppfattet som selve kjernen i organisasjonskulturen, er ofte ubevisste, og tas for gitt.

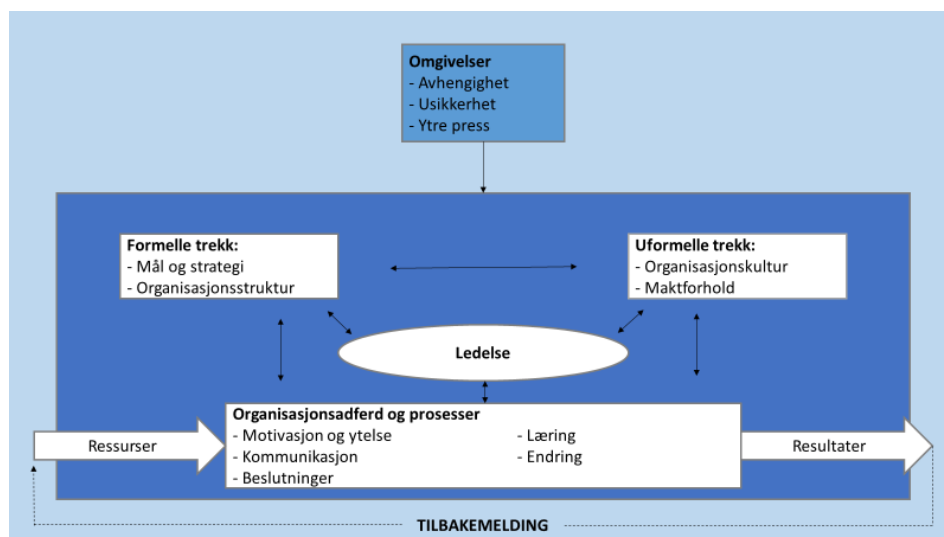
Verdier sier noe om hva som er ønskelig og hva som verdsetter i en organisasjon. Verdier sier videre noe om hva man ønsker å fremme i organisasjonen. Det antas at det er en sammenheng mellom verdiene og de grunnleggende antagelser. Kjerneverdiene i spesialisthelsetjenesten er, som tidligere nevnt, kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg og respekt i møtet med pasienten. Disse verdiene faller inn under det som Jacobsen og Thorsvik (2019) omtaler som formelle strukturer i den helhetlige modellen.

Artefakter er det som lar seg observere av organisasjonskulturen. Artefakter virker som kulturelle symboler, men dersom de skal fungere som symboler må de tolkes. Det er altså ikke før et artefakt er blitt tildelt en mening at man kan se på det som et symbol. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) må man være oppmerksom på at artefakter kan ha både en instrumentell og en symbolsk side. Artefakter deles inne i tre grupper; Det man sier, det man gjør og sist men ikke minst, fysiske gjenstander. I spesialisthelsetjenesten kan bruk av uniformen tolkes som et fysisk artefakt. Den kan fortelle hvilket yrke du har, og hvor i den hierarkiske stigen du

befinner deg. For eksempel bruker sykepleiere ofte hvite bukser og hvit overdel. Legene gjør det samme, men mange benytter i tillegg en hvit frakk. Den hvite frakken kan da tolkes som et symbol for legene. De administrativt ansatte derimot benytter sjelden uniform, de går i sivile klær. På denne måten kan man si at uniformen fungerer som symbolsk artefakt.

## 2.4 Den helhetlige modell

For å forklare hva som skjer i en organisasjon og hvordan organisasjonsstruktur og organisasjonskultur kan påvirke hvordan en organisasjon fungerer, har vi valgt å bruke Jacobsen og Thorsvik (2019) sin helhetlige modell for å visualisere dette:



Figur 3 Jacobsen og Thorsvik sin helhetlige modell (fritt etter Jacobsen og Thorsvik, 2019).

Modellen viser organisasjonen som ett produksjonssystem som er avhengig av visse ressurser for å levere resultater. Selve produksjonen er rettet mot menneskers adferd som påvirkes av den organisatoriske konteksten. I tillegg inngår organisasjonen i en større kontekst som Jacobsen og Thorsvik (2019) har valgt å kalle omgivelser.

Ressursene er betinget av resultatene, noe som knytter sammen input- siden og output- siden til en dynamisk helhetlig modell der organisasjonen er avhengig av tilbakemeldinger fra sine omgivelser.

I modellen ser vi at de formelle trekkene, herunder organisasjonsstruktur, påvirker og blir påvirket av de uformelle trekkene som blant annet organisasjonskultur. Disse elementene påvirker hverandre gjensidig, men Jacobsen og Thorsvik (2019) understreker at endringer i ett forhold ikke alltid vil følges av endringer i et annet forhold. Det betyr at man for eksempel kan forandre på målformuleringer, strategier og struktur, uten at dette medfører forandring i organisasjonsadferden eller kulturen.

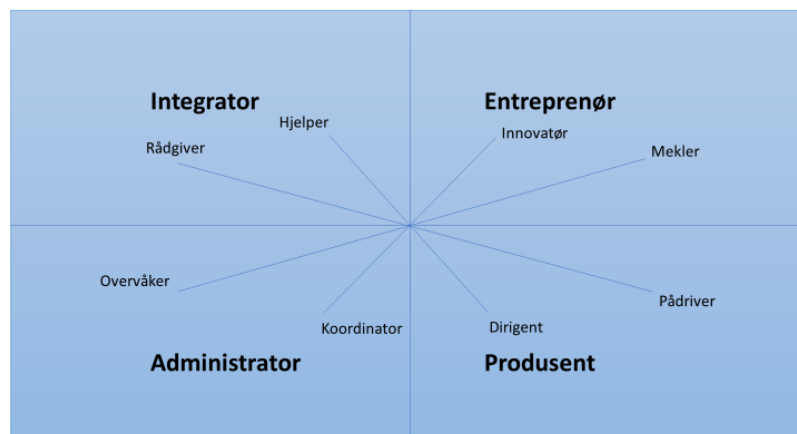
## 2.5 Lederroller

Som tidligere nevnt brukes ordet ledelse både om aktivitetene man utøver i egenskap av å være ledere, og om personen som utøver ledelse. Ledere er ansatte i en organisasjon og med utvidet mandat og større påvirkningsmuligheter enn andre medlemmer i samme organisasjon. Strand (2007) beskriver at man for å utøve dette lederskapet må inneha et sett av ulike roller, og henviser til de fire rollene; produsent, administrator, integrator og entreprenør. Disse rollebetegnelse tilhører modellen som omtales som «PAIE -modellen». Modellen ble først omtalt av Adizes og Quinn, og Strand presenterer den i sin bok «Ledelse, organisasjon og kultur» (2007). Strand mener at ledelse innebærer ulike oppgaver og funksjoner, og sentralt i ledelse står det å ta beslutninger og å få støtte for disse beslutningene blant medarbeiderne i organisasjonen.

Strand (2007) viser videre til at ulike organisasjonstyper er med på å bestemme og skaper utgangspunkt for ulike ledertyper, roller, funksjoner og kulturer. Sykehusene tilhører som tidligere nevnt, ekspertorganisasjoner. Ledere i ekspertorganisasjoner er nært knyttet til rollen som sakkyndig/klinikere og de forventes å innrette sin virksomhet mot mål, og stå til ansvar for resultater. Vanligvis er ekspertorganisasjoner den mest målrettede organisasjonstypen, men Strand peker på at dette ikke alltid gjelder i offentlige organisasjoner som universiteter og sykehus. Offentlige organisasjoner kan komme til å fungere på andre premisser enn eksplisitt måloppfyllelse. Offentlige organisasjoner er gjerne underlagt mange konkurrerende krav. Disse kravene kan bære preg av motsetninger mellom flere interesser. Organisasjoner består av ulike nivå. Og en organisasjons struktur, handlinger, begrensinger og betingelser, er grunnlaget for utøvelse av lederskap. Lederen utformer og påvirker strukturene, og tilpasser dette til sitt lederskap. Lederens mulighet til å påvirke organisasjonen er avhenger av flere forhold; i hvor stor grad er organisasjonen bundet av samfunnets krav, hvilke formaliserte

strukturer er til stede i organisasjonen, og om organisasjonen er inne i krisepreget forandring (Strand 2007).

Bestemte roller utfører eller bidrar til bestemte funksjoner eller virkninger i organisasjonen, og ledelse, kan ifølge Strand (2007), måles mot ivaretagelsen av organisasjonens behov på fire hovedområder; produksjon, administrasjon, integrasjon og entreprenørskap.



Figur 4. PAIE – modellen (fritt etter Strand, 2007).

I figur 4 blir de fire lederrollene beskrevet med to dimensjoner. Integratorrollen har med seg dimensjonene hjelper og rådgiver, entreprenørrollen har med seg dimensjonene innovatør og mekler, produsentrollen har med seg dimensjonene pådriver og dirigent og administratorrollen har med seg dimensjonene overvåker og koordinator. Ifølge Strand (2007) innebærer lederoppgavene alle de fire rollene, men de vektlegges ulikt fra leder til leder.

#### Integratorfunksjonen – om å bygge fellesskap

Gjennom utvikling av sosiale normer, opplevelse av fellesskap, emosjonell tilfredsstillelse og kompetanseutvikling er integrasjon blitt en anerkjent forutsetning for suksess i organisasjoner. Ledere har ved hjelp av lagbygging mulighet til å styrke samholdet, samt redusere sprikende oppfatninger om blant annet omverdenen og framtiden, samt bedre grunnlaget for et konstruktivt samarbeid.

Undersøkelser viser at ledere oppfatter integratorfunksjonen som svært viktig, men denne typen styring kan ikke erstatte styring og funksjoner på de andre områdene, produksjon, administrasjon og entreprenørskap, men ved å utfylle gis det muligheter for å lykkes på de

andre områdene. Videre sier Strand (2007) at integratoren holder fokus på å være rådgiver og hjelper. Fokuset til integratoren er å forvalte og videreutvikle medarbeideres kompetanse med hjelp av minst mulig innblanding.

Entreprenørfunksjonen – om å ta utfordringen fra omverden

I stadig større grad knyttes ledelse til evnen til å beherske et skiftende miljø og å kunne utnytte nye muligheter. Å skape visjoner gjennom blant annet strategisk ledelse, og kreative løsninger, blir omtalt som entreprenørens hovedoppgave. Med strategisk ledelse forstår man hvordan organisasjoner forholder seg aktivt til sine omgivelser. Hovedpoenget i strategitenkning er at man i organisasjonen har skapt en forståelse av dens spissede kompetanse, og hvordan man på best mulig måte kan nyttiggjøre seg av disse for å skape et inntektsgivende og varig fortrinn. Denne måten å tenke på har spredt seg til offentlig sektor, men uten at det stilles spørsmål ved om for eksempel ledere i spesialisthelsetjenesten står fritt til å velge, eller velge bort arbeidsoppgaver. Entreprenøren holder fokus på å være innovatør og mekler, og ifølge Strand har lederen fokus på strategisk ledelse i denne rollen (Strand, 2007).

Produsent – om å påvirke mål og resultater

Organisasjoner må vise sin verdi ved å levere noe til omverden – de må ha mål som er forankret utenfor organisasjonen (Strand, 2007). Forskning har vist at det å tallfeste en prestasjon har en klar tendens til å påvirke prestasjonen i retning av å oppfylle dette måltallet. Spesialisthelsetjenesten får sine krav til måloppnåelse gitt i ett oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet ved Helseministeren. Tallfesting av disse kravene kan man finne i organisasjonens virksomhetsdata.

For at en målsetning skal ha innvirkning på adferd er det ifølge Strand flere betingelser som må være tilstede. For det første må målene være konkrete og tydelige. For det andre må man gi tilbakemelding på hvilke resultater man har oppnådd, og for det tredje må målene være såpass utfordrende at de bidrar til økt innsats. Det siste punktet forutsetter at aktøren er i stand til å utføre arbeidet, og innehar kunnskap om hvordan prestasjoner kan bedres.

Strand (2007) viser videre til at produsentens oppgave er å være pådriver og dirigent. Pådriveren er problemløser som takler tidsfrister og stress på en god måte. Dirigenten skal motivere andre, delegerer, legge planer og sette mål.



Administrator – Om orden, kontroll og vedlikehold av systemer

Et område ledere kan bidra inn i organisasjoner er gjennom administrasjon. Administrasjon brukes i denne sammenheng i en videre betydning enn det å bare utføre rutinemessige arbeidsoppgaver. Det innebærer å drifte, å utforme og endre systemer som virker regulerende på adferd. I byråkratiske organisasjoner er standardmåter å utøve kontroll på blant annet ved hjelp av detaljerte beskrivelser av rutiner og arbeidsoppgaver, samt regler for hvordan beslutninger fattes. Bruk av informasjonsteknologi og informasjonssystemer tilfører kontrollbegrepet en ny dimensjon. Sagt på en annen måte, data for kontrollmål blir hurtigere og lettere allment tilgjengelig. I følge Strand holder administrator fokus på å være overvåker og koordinator. Koordinatoren skal sørge for kontinuitet, stabilitet og kontroll, mens overvåkeren har sitt fokus rettet mot dokumentasjon og informasjonsstyring (Strand, 2007).

### 3.0 Metode

Valg av metode avhenger av hva som er best egnet til å utforske og svare på vår problemstilling. Begrepet metode henviser til en planmessig fremgangsmåte som gjerne er forankret på regler og prinsipper der en følger en bestemt vei mot et mål. (Tranøy, 2019).

Forskningsmetode beskrives med andre ord som den fremgangsmåten som benyttes i vitenskapelig forskning for å nå dette målet (Dahlum, 2015).

Samfunnsforskning består i å undersøke folks virkelighet. Studiefeltet er mennesker som har meninger og oppfatninger om både seg selv og andre. Dette mangfoldet av meninger er ikke stabilt, men under stadig endring. Vi ønsket å fokusere på lederes erfaringer og hvordan disse erfaringene påvirker lederskapet. Dette innebar at det var mennesker som skulle studeres og vi antok at disse menneskene hadde meninger og oppfatninger om tematikken. Ole Berg mener samfunnsvitenskap er en betegnelse for alle vitenskaper som empirisk studerer forhold ved samfunnet og interaksjoner mellom mennesker (Berg, 2015). Vi har i vårt samfunnsvitenskapelige studie valgt følgende definisjon:

Samfunnsvitenskapelig metode er hvordan vi går frem for å hente informasjon om virkeligheten, og hvordan vi analyserer for å finne ut hva denne informasjonen forteller oss (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s 424).

I dette kapittelet vil vi presentere studiets vitenskapelige ståsted og vårt forskningsdesign. Vi vil presentere hvordan vi gjennomførte studien, hvilke betraktninger vi har gjort oss om forskningsprosessen og hvilke valg vi har tatt underveis i prosessen. Videre vil vi beskrive hvordan vi tar utgangspunkt i en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming og hvordan empirien er fremkommet på grunnlag av kvalitative semistrukturerte intervjuer med fire informanter. De empiriske funn vil bli presentert i kapittel 4, mens selve analysen av undersøkelsens funn vil bli presentert i kapittel 5.

I den videre beskrivelsen av vår fremgangsmåte, vil vi i hovedsak forholde oss til begrepene slik de er beskrevet av Johannes, Tufte og Christoffersen (2016) i «Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode».

### 3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

«Å velge perspektiv betyr at oppmerksomheten rettes mot et spesielt område av det fenomenet som studeres. Det dreier seg om å avgrense og utelukke områder som for anledningen ikke er av interesse» (Johannes, Tufte og Christoffersen, 2016, s. 430). Vi ønsket i vår studie å fokusere på lederes erfaring med enhetlig ledelse, og hvordan dette påvirket deres lederskap. Det er den subjektive opplevelse fra deres erfaringsverden vi ønsket å skaffe til veie og hva disse erfaringene kunne fortelle oss om problemstillingen. Ut fra vår interesse for å undersøke og samtidig forstå, har vi valgte en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.

I litteraturen defineres og beskrives fenomenologi og hermeneutikk på flere ulike måter (Johannessen, Tufte og Christensen, 2017, Kvale og Brinkmann, 2009, Malterud, 2017, Nyeng, 2018, Postholm, 2010 og Thagaard, 2018). Vi har i det vår studie i hovedsak valgt å forstå begrepene fenomenologi og hermeneutikk slik Kvale og Brinkmann og Nyeng forklarer disse.

#### Fenomenologi

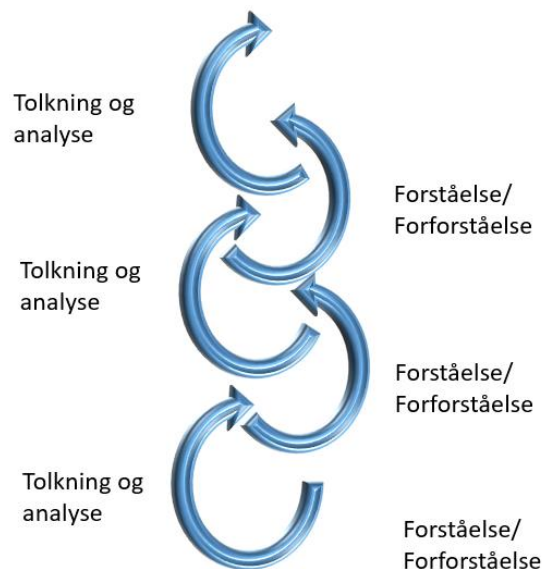
Den tyske filosofen Edmund Husserls (1859-1938) anses som fenomenologiens grunnlegger. Husserls anså fenomenologi som en metode for å beskrive og analysere bevisstheten og som hadde til formål å gjøre filosofien til streng vitenskap (Svendsen, 2018). Begrepet betyr «læren om fenomenene» og handler om det som viser seg, det synlige, det innlysende. Fenomenologien utforsker det subjektive perspektivet og beskriver verden ut fra aktørens egne perspektiver, opplevelser og forståelse (Kvale og Brinkmann, 2009). Ved en fenomenologisk tilnærming ønsket vi å få frem «den levde erfaringen» og få en dypere forståelse av informantenes subjektive erfaringer og virkelighetsoppfattelse. For å komme frem til dette betyr det at vi var nødt til å innta en kritisk-refleksiv innstilling til egne og andres erfaringer. (Nyeng, 2018, s.33-35).

#### Hermeneutikk

Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster (Alnes, 2018) Fortolkningsprinsippene er beskrevet som den hermeneutisk sirkel, også kalt den hermeneutiske spiral, og legger særlig vekt på forholdet mellom deler og helhet og på betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Kvale og Brinkmann, 2009). I vår studie ønsket vi som nevnt å beskrive enhetlig ledelse ut fra informantenes subjektive erfaringer og virkelighetsoppfattelse. Disse erfaringene viser i

sin tur tilbake på den sosiale konteksten vi ønsker å se nærmere på, noe som gjør at de individuelle handlinger og den sosiale konteksten belyser hverandre gjensidig. Menig med adferd bestemmes av informantenes egne subjektive oppfatninger av hva de gjør, samtidig som denne subjektive oppfatningen er formet ut fra kollektive størrelser (Nyeng, 2018).

Den hermeneutiske sirkel, illustrerer med andre ord vekselvirkningen mellom vår forforståelse (del), erfaringer og forståelse (helhet). Gjennom en sirkulær bevegelse, beveger vi oss som forskere frem og tilbake mellom en forforståelse av de enkelte deler og forståelsen av helheten (Ebdrup, 2012). Denne vekselvirkningen mellom deler og helhet har vi valgt å illustrere ved hjelp av en spiral (figur 5), men vil i det videre omtale prosessen som den hermeneutisk sirkel.



Figur 5 Den Hermeneutisk spiral (fritt etter Friis-Mikkelsen, 2012).

### 3.2 Forskningsdesign

I kvalitativ metode er man opptatt av å forstå eller beskrive hvordan vi mennesker oppfatter verden og metoden brukes til å kunne uttale seg om sosiale mønstre innenfor et avgrenset område (Johannes, Tufte og Christoffersen, 2016). Vi ønsket i vår studie å fokusere på lederes erfaring med enhetlig ledelse og hvordan dette påvirket deres lederskap. Vi ønsket å innhente informasjon fra lederes virkelighetsverden og få en dypere forståelse og beskrivelse av tema for problemstillingen. Intervjuer egner seg godt til å få kjennskap til hvordan personene som

intervjues opplever og forstår seg selv og sine omgivelser (Thagaard, 2018). Det var derfor naturlig for oss å velge bruk av kvalitative intervju for innsamling av data.

For å finne svar på vår problemstilling har vi i dette studiet valgt å benytte ett casedesign hvor vi retter vår oppmerksomhet mot en konkret problemstilling, for så å prøve å finne en mest mulig detaljert beskrivelse av denne. «Målet er at analyse, tolkning og rapport skal gi leseren en forståelse av tematikken som er utforsket» (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s. 81).

### 3.3 Etiske og juridisk vurderinger

All forskning må underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer (Johannes, Tufte og Christoffersen, 2016) og Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har utarbeidet forskningsetiske retningslinjer som er ment å være rådgivende og veiledende i dette arbeidet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

I vår studie har vi lagt vekt på informantenes selvbestemmelse og autonomi, respekt for deres privatliv og vårt ansvar for å unngå skade. Informantene har selv valgt om de ønsket å delta i studiet og de har når som helst hatt mulighet til å trekke sitt samtykke tilbake uten å oppgi noen begrunnelse.

Det ville ikke fått noen negative konsekvenser for informantene hvis man valgte å ikke delta eller valgte å trekke seg. Vi innhentet skriftlig samtykke fra alle informantene på forhånd av intervjuene.

Vi har behandlet alle opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle opplysninger om informantene er anonymisert og ingen vil kunne gjenkjennes i oppgaven. Personopplysninger og opptak vil bli makulert ved studiets slutt.

Forut for vår forskning søkte vi til Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) i henhold til personopplysningsloven §§ 5-15 om behandling av personopplysninger i forhold til dette forskningsprosjektet (Lovdata. 2018). Godkjenning ble gitt 20. Februar 2020 (vedlegg 1).

### 3.4 Valg av informanter

Hensikten med kvalitative intervjuer er å få fyldige beskrivelser slik at problemstillingen kan belyses fra flere sider. Vi stilte oss spørsmål om hvilke informanter som var mest relevante og interessante ut fra formålet med studien. I tillegg reflekterte vi over hvor mange informanter som ville være tilstrekkelig til å belyse vår problemstilling. I dette studiet har vi vært opptatt av å komme nært innpå personer i den målgruppen vi var interessert i å vite noe om, det vil si, ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten.

#### Utvalgsstørrelse

I kvalitativ forskning er det ingen øvre eller nedre grense for ett utvalgs størrelse. Til å begynne med diskuterte vi et utvalg på 6 – 10 informanter. Etter å ha anslått intervjuvarigheten til om lag 30 minutter der hvert intervju ville blitt transkribert ut i sin helhet til ett datamateriale på om lag 15-20 sider pr. intervju, så vi at dette ble for omfattende med tanke på begrenset tid og ressurser. Vi valgte derfor å redusere utvalget til fire. Fire intervju mente vi ville være dekkende for å få nok datamateriale til å få belyst vår problemstilling.

#### Utvalgsstrategi

Hensikten med en kvalitativ undersøkelse å få mest mulig kunnskap om fenomenet og om fenomenets kontekst. Rekrutteringen av informanter har et klart mål og betegnes som strategisk utvelgelse. Dette innebar at vi først måtte ta stilling til hvilken målgruppe vi ønsket skulle delta, for så å velge ut personer fra denne målgruppen til intervju.

Vår målgruppe var, som tidligere nevnt, ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten. Målgruppen definerte dermed at alle som skulle intervjues måtte være ledere og at disse kom fra ulike nivåer i spesialisthelsetjenesten. I utgangspunktet ønsket vi flere ledere fra samme nivå, men for å oppnå maksimal variasjon i utvalget, endte vi opp med informanter fra ulike ledernivå. Videre ønsket vi å finne informanter med ulik lengde på sin ledererfaring for på den måten å oppnå ytterligere spredning og variasjon.

«Målet med maksimal variasjon oppnås best ved at man velger ut informantene først etter at foregående informanter har gitt informasjon og data er blitt analysert» (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s. 118). Grunnet tidsperspektivet valgte vi å velge ut alle informantene

på samme tidspunkt, før gjennomføring av intervjuene. Vi mener dette ikke har vært til hinder for at vi fikk innhentet nødvendig empiri om team.

#### Rekruttering

Undersøkelsen skal finne frem til erfaringer hos ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten. Vi er begge godt kjent med ledere på ulike nivå og har et bredt og stort nettverk i denne tjenesten. Med bakgrunn i dette valgt vi å rekruttere informantene gjennom personlig rekruttering. Rekruttering ble gjennomført per telefon og alle informanten fikk tilsendt bekreftelse på sted og tidspunkt for intervjuet i etterkant av samtalen.

### 3.5 Datainnsamling og analyse

Hans Petter Ulleberg ved Pedagogisk Institutt SVT-fakultetet NTNU, mener hensikten med kvalitativ forskning er å finne ut hva som er i menneskets bevissthet og at dette krever tilgang til bevisstheten gjennom kommunikasjon (Ulleberg, 2002). Som verktøy for denne kommunikasjonen valgte vi å benytte oss av intervju. Vi valgte å benytte én-til-én intervju for på den måte få en mest mulig fyldig og detaljert beskrivelse av informantenes forståelse og erfaringer i forhold til enhetlig ledelse. Intervjuene ble gjennomført delvis strukturerte (semi-strukturerte) med en overordnet intervjuguide som utgangspunkt. Underveis i intervjuene beveget vi som intervjuere oss fram og tilbake i intervjuguiden, der vi varierte på spørsmålene og rekkefølgen.

Før gjennomføring av intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide med 7 tema / generelle spørsmål (vedlegg 2). Vi hadde notert oss underpunkter som vi mente var viktige for å få dekket eller utdypet de ulike temaene / spørsmålene. I guiden valgte vi å begynne med et enkelt spørsmål før vi gikk videre til mer kompliserte og utdypende tema / spørsmål. Formålet med denne måten å strukturere intervjuene på, var å gi intervjuobjektene relativ stor frihet til å uttale seg, slik at vi kunne få en bred forståelse for hvordan informantene tenkte rundt problemstillingen.

Intervjuene ble avtalt i god tid og lagt opp på et tidspunkt der det passet informantene. Informanten ble ringt opp dagen før intervjuet for å få bekreftet avtalen. Informantene

bestemte selv sted for gjennomføring av intervjuet. Dette for å skape mest mulig trygge rammer.

Strukturen i intervjuene har vært som følger:

- Presentasjon av intervjuere
- Informasjon om studien og muntlig gjennomgang av utarbeidet informasjonsskriv (vedlegg 3), herunder informasjon om
  - dokumentasjon av intervju og hva som gjøres med datamaterialet når studiet er avsluttet
  - ivaretagelse av anonymitet
  - rett til å trekke seg som informant når som helst
  - tidsbruk
- Innhenting av skriftlig samtykke

Vi valgte å begge være tilstede under gjennomføring av alle intervjuene. Dette fordi vi ønsket å høre det samme, slik at vi i videre bearbeidelse og analysering av empirien stilte likt med tanke på kjennskap til datamaterialet. Selv om vi var to intervjuere, mener vi likevel dette kan defineres som én-til-én intervju, da vi som forskere er å anse som en enhet i denne sammenheng. Det var en som ledet intervjuet, mens den andre stilte kontrollspørsmål og hadde mulighet til å observere den nonverbale kommunikasjon, samt påse at intervjuguiden ble fulgt. På denne måten sikret vi at det ikke ble variasjon i måten intervjuene ble gjennomført på.

Det ble benyttet lydopptak og gjort noen få notater underveis. Lydopptakene er lagret konfidensielt frem til sensur foreligger. Etter intervjuene ble lydopptakene transkribert fortløpende i sin helhet. Dette for å sikre at vi ikke miste viktig informasjon på et tidlig tidspunkt og at vi hadde hele datamaterialet tilgjengelig under analysen.

Fortolkning og analyse er satt i relasjon til de erfaringer vi selv har som ledere. Fordelene ved dette er at vi kjenner spesialisthelsetjenesten og har lang erfaring fra ulike ledernivå. Fordelen ved dette kan være at vi er kjent med de utfordringene som informantene beskriver på de ulike ledernivåene. På den annen side kan dette være utfordrende da det kan medføre at vi som forskere ikke klarer å forholde oss objektivt til svarene og analysen. Vi har med andre ord en forforståelse som kan medføre at vi legger mer i svarene enn informantene faktisk



uttrykker og dermed kan trekke slutninger uten empiriske holdepunkter. Samtidig kan den nye informasjonen vi har tilegnet oss gjennom informantene, bidratt til at vi som forskere har etablert en ny forståelse, basert på den tidligere og den nye informasjonen. På den måten benytter vi som forskere oss av den hermeneutiske sirkelen.

### 3.6 Validitet og reliabilitet

Validitet betyr hvor godt eller relevant de empiriske data representerer det fenomenet som undersøkes og i hvilken grad man ut fra resultatene til ett studie kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke (Dahlum, 2018). Vi har forsøkt å øke validiteten i vår studie ved bevisst å velge informanter fra ulike ledernivå. Samtidig ser vi at utvalget er lite noe som begrenser validiteten på våre funn.

Reliabilitet handler om holdbarheten i datamaterialet, om dataene er tillitsvekkende eller til å stole på (Nyeng, 2018). For å teste reliabiliteten kan man blant annet gjenta samme undersøkelse på samme utvalg med 2-3 ukers mellomrom. På grunn av oppgavens størrelse og tidsperspektiv har vi ikke hatt mulighet til å gjennomføre dette. Vi mener likevel at de empiriske dataene vi har innhentet er holdbare. Dette fordi de representerer informantenes subjektive virkelighetsoppfattelse, og erfaringer fra deres ledernivå og fordi vi opplevde at informantene snakket om de samme tema, men med ulik tilnærming.

Selv om utvalget er lite mener vi vår studie er valid i den forstand at den reflekterer aktuelle lederes subjektive erfaringer fra ulike nivå i spesialisthelsetjenesten. Studiet er med andre ord valid for de som har deltatt, men vi kan ikke nødvendigvis generalisere funnene. På bakgrunn av utvalgets størrelse kan vi nok ikke si at vår studie ikke er allmenngyldig, men kan gi en indikator på lederes opplevelser og erfaringer med tema.

For fremtidige studier kunne det vært en tanke og gjennomført et forskningsprosjekt der man undersøkte ett større utvalg for å teste validiteten. Dette kunne for eksempel være en større survey undersøkelse blant ledere på alle nivå i spesialisthelsetjenesten i en hel helseregion.

Hvis flere forskere undersøker samme fenomen og kommer frem til samme resultat, regnes reliabiliteten som høy. For å teste reliabiliteten i vår studie kunne det være en tanke å

gjennomføre de samme intervjuer med de samme informantene etter en gitt tid. Grunnet tid, ressurser og studiet størrelse, har vi ikke hatt mulighet til dette.

### 3.7 Metodekritisk refleksjon

Vi har tidligere beskrevet vårt forskningsdesign og hvordan vi har valgt å gjennomføre vår studie. Vi ser at mange av våre valg kan ha påvirket prosessen og indirekte de empiriske funnene.

Man kan reflektere over om vår intervjuguide var god nok for å få belyst tema for studiet tilstrekkelig. Vi gjennomførte ingen prøveintervjuer før oppstart. Hadde vi gjort dette kunne vi trolig avdekket om det var mangler eller svakheter i vår intervjuguide, og dermed justert denne før vi gikk videre. Alternativt kunne vi ha gjennomført utvelgelse av informanter på en annen måte for å få enda større variasjon. Dette ville vi muligens oppnådd dersom vi hadde valgt ut informanter først etter at foregående informant hadde gitt sin informasjon, og dataene fra dette intervjuet var blitt analysert. På denne måten ville vi kunnet utvidet og supplert den informasjon vi allerede hadde samlet inn.

Siste intervju ble gjennomført i en periode der det ytre presset på organisasjonen fra omgivelsen var betydelig økt som følge av Covid-19 epidemien. Dette medførte at vi som forskere muligens ikke var like «tilstede» i intervjusituasjonen, noe som igjen kan ha påvirket vår gjennomføring av intervjuet og informantens svar.

Intervjuguiden var ikke gjort kjent for informantene på forhånd. De hadde kun fått opplyst tema for intervjuet, noe som kan ha bidratt til å prege deres svar. På den annen side, mener vi som forskere dette har bidratt til at vi trolig har fått ærligere og mer «usminkede» svar. Svarene kan likevel ha blitt påvirket av hvordan informantene har oppfattet spørsmålene og våre non-verbale kommunikasjon. Resultatene av analysen på sin side kan ha blitt påvirket av hvordan vi som forskere ved hjelp av en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming har tolket svarene.

Som forskere har vi ulike erfaringsbakgrunn med kvalitativ metode og bruk av semistrukturerte intervju, som grunnlag for innhenting av empiri. Vi har tidligere nevnt at vi valgte å

gjennomføre alle intervjuene sammen, for slik å få lik kjennskap til data-materialet. Samtidig valgte vi å fordele intervjuene mellom oss forskere, slik at vi gjennomførte hver våre intervjuer med den andre til stede. Dette kan ha vært med på å påvirke hvilken informasjon vi ville fått fra de ulike informantere fordi vi har ulike måter å stille spørsmålene på. Vi mener det kan ha vært en styrke at vi begge to var tilstede under alle intervjuene. På den måten hadde vi mulighet til å stille kontrollspørsmål, passe på at alt kom med og bidro til at de samme spørsmålene ble stilt til alle informantene. Slik sikret vi at det ikke ble variasjon i gjennomføring av intervjuene.

Vi benyttet, som tidligere nevnt, lydopptak under intervjuene for blant annet å kunne være helt tilstede i intervjusituasjonen. Ulemper ved bruk av tekniske hjelpemidler kan være slik vi opplevde, at teknologien svikter. Fordelen da, var at vi på forhånd hadde valgt å benytte to lydopptakere. Slik at når den ene opptakeren sviktet, hadde vi en back-up. Dette medførte at vi ikke mistet vår empiri og dermed hadde måttet finne annen løsning for innhenting av ytterligere datamaterialet.

Vår ledererfaring og brede kjennskap til ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten, har medført at vi i profesjonell sammenheng kjenner det aktuelle utvalget for studie. Dette i tillegg til å benytte én-til-én intervju kan ha bidratt til at informantene er blitt påvirket av oss som forskere. Både ved at vi kan ha stilt for direkte spørsmål, og vært for ustrukturert under intervjuet. Et annet moment i denne sammenheng kan være at vi som forskere befinner oss på andre organisatoriske nivå enn våre informanter. Ulik hierarkisk tilhørighet mellom forskere og informanter som profesjonelt kjenner hverandre, kan muligens ha påvirket både gjennomføring av intervjuer og svar fra informantene. Dette fordi vi tror informanter med lavere hierarkisk nivå kan være tilbøyelig til å svare det de tror vi som forskere ønsket å høre.

Vår tolking av empirien kan ha blitt påvirket av vår egen forhåndsviten, forforståelse og forståelse. For å redusere effekten av dette, snakket vi mye oss imellom om vår egen oppfatning for å utvikle bevissthet rundt hvordan dette kunne påvirke våre tolkninger. I analysearbeidet benyttet vi oss av den hermeneutiske sirkelen ved å lese gjennom intervjuene og fortolke disse gjentatt ganger. Gitt studiets tidsperspektiv og de ressurser vi har hatt til rådighet, står vi som forskere inne for studiets gjennomføring og resultat. Vi ser likevel på bakgrunn av våre metodekritiske refleksjoner, at der er momenter vi ville gjort på en annen måte dersom vi skulle gjennomført studiet på nytt.

## 4.0 Empiri

Vi vil i følgende kapitlet presentere en oppsummering av våre empiriske funn. Som tidligere nevnt er det gjennomført 4 semistrukturerte intervjuer med ledere fra ulike nivå i spesialisthelsetjenesten. For oversikten skyld har vi valgt å dele opp oppsummeringen etter intervju-guidens oppbygging. På spørsmål om hvordan enhetlig ledelse direkte / indirekte påvirker lederskapet, har informantene ikke svart direkte på dette, men innlemmet sine svar under de resterende spørsmålene. Vi har derfor valgt å ikke sammenfatte eget svar for dette spørsmålet.

For å forbedre leseropplevelsen har vi gitt informantene fiktive navn. Vi har valgt å benytte oss av guttenavn, men dette er uavhengig av kjønn på intervjuobjektene. Dette begrunnes med at ordet informant er ett hankjønnsord. De fiktive navnene er «Arve», «Bjørn», «Carl» og «Dag».

### 4.1 Ledererfaring

Informantene har til sammen 54 års ledererfaring på ulike nivåer, i og utenfor spesialisthelsetjenesten. Det er stor variasjon på lengden av ledererfaringen mellom informantene, der ledere på høyere nivå har lengre ledererfaring enn ledere på lavere nivå. Korteste ledererfaring er 3 år, lengste ledererfaring er 30 år. Det er variasjon mellom informantene om de har helsefaglig bakgrunn eller ikke. Felles for våre informanter er at de er ledere på ulike ledernivå i spesialisthelsetjenesten.

### 4.2 Forståelse av begrepet enhetlig ledelse

Arve og Carl forteller at de forstår begrepet enhetlig ledelse ved at man som leder har totalansvaret for den organisatoriske enheten man leder. Dette forteller de innebærer både et medisinskfaglig og et administrativt ansvar. Arve utdyper sin forståelse av begrepet enhetlig ledelse med at det er åpenbart at man som leder har totalansvaret. Han uttaler at dette omhandler «personalansvaret for alt personell under deg, økonomiansvar, HMS ansvar, men også ansvar for det kliniske, det som har med helse spørsmål og som er regulert i helsepersonelloven». Arve sier videre: «Det er ekstremt krevende, men samtidig tenker jeg det er helt rett».

En av våre informanter uttrykker at enhetlig ledelse egentlig handler om prioritering. Leder innehar både det økonomiske ansvaret, ansvar for pasientsikkerhet og pasientbehandling, og han sier videre at man «kan på en måte ikke kjøre det ene uten å kjøre det andre».

Bjørn uttrykker at han forstår hensikten med enhetlig ledelse, men opplever at det ikke er helt gjennomførbart i spesialisthelsetjenesten. Dette illustrerer han ved et eksempel fra egen organisasjon. I hans organisasjon er legene organisert i en egen enhet direkte underlagt klinikk sjefen. Informanten uttrykker at ledere prøver “å styre en drift”, men har ikke formell myndighet over personalressursene tilknyttet denne driften. Han opplever også at personell som er organisert direkte under klinikk sjef, opptre som ledere for en annen enhet i samme avdeling, fordi det er de som har fagkompetanse. Dette mener vår informant bidrar til å skape uklarheter rundt hvem som har totalansvaret, samtidig som det gir grunnlag for stadige konflikter mellom ulike profesjoner i forhold til hvem som egentlig bestemmer. Bjørn uttrykker videre at dette “gir utfordringer i forhold til å sikre god drift”.

Dag, på sin side, er usikker på hva begrepet innebærer. Han sier: «Nei enhetlig ledelse, det kan jo være så mangt, ....., jeg slet litt med å definere hva jeg legger i det». han tenker likevel det er en logisk måte å organisere og fordele ansvar på.

Flere av informantene har ingen erfaring med annet enn enhetlig ledelse, og Carl blant annet, mener todelt ledelse ikke er noe tema lenger. Han utdyper dette videre med å fortelle at det er mer snakk om hvordan man får det til å fungere i praksis når leder ikke har medisinsk faglig utdanning. Carl uttaler seg på følgende måte: «Skal du være leder må du ta hele pakken». En av de andre informantene reflekterer rundt begrepene enhetlig og todelt ledelse. Tidligere hadde man en oversykepleier på sykepleiersiden og en overlege på legesiden, og lederansvaret var delt mellom disse. Informanten uttrykker at han ikke er sikker på om dette bryter med prinsippet om enhetlig ledelse. Han sier todelt ledelse er “en funksjonstenkning, men man må være tydelig på hva du har totalansvaret for”.

### 4.3 Praktisering av enhetlig ledelse

Arve og Carl understreker tidlig i sine intervjuer at de i mangel av medisinskfaglig kompetanse har vært nødt til å ansette medisinskfaglige rådgivere i sine ledergrupper. De understreker begge betydningen av dette, og uttrykker at dette er en nødvendighet for at de skal kunne praktisere enhetlig ledelse. Carl beskriver de medisinskfaglige rådgiverne som sin forlengede arm ut i organisasjonen, og opplever et godt samarbeid med disse.

Alle fire informantene beskriver viktigheten av ulike former for møtestruktur som nødvendig for å få totaloversikt over de organisatoriske enhetene de har lederansvar for. Dag beskriver en tett samhandling mellom de ulike profesjonene på hans enhet, med en kontinuerlig dialog. Han forteller videre om en oversiktlig enhet med kort vei til beslutningsmyndigheten, og en struktur med langtidsplanlegging som gjør ledelse av hans enhet nokså uproblematisk. Han omtaler sin erfaring med enhetlig ledelse på sitt nivå som «veldig ryddig, og veldig lett å forholde seg til». Han utdyper dette ytterligere på følgende måte; «Alle vet hvem som er ansvarlig. Jeg er ansvarlig for mine».

Carl beskriver ulike styringssystemer og møtepunkt for koordinering av virksomheten. Her nevnes både personalmøter, ledermøter på ulike nivå, statusmøter og KVAM (Kvalitet og arbeidsmiljø) møter. Han opplever noen ganger at det i enkelte møter blir meget lange diskusjoner og drøftinger rundt tema, uten at beslutninger fattes. Ingen leder «skjærer igjennom og sier at nå bestemmer vi». På den annen side forteller informanten at han mener kart og terreng stemmer, og at beslutningene fattes av formell leder på de ulike nivåene.

Arve forteller at få oversikt over sin organisasjon, gjennomfører han møter med de ulike ledernivåene i organisasjonen. Han har en klar forventning om at ledere på de ulike nivå må kunne jobbe i team. «Jeg må ha ledere som kan jobbe i team, og som ikke trenger at der sitter en coach i rommet for at man skal snakke sammen». Videre presiserer han at utfordringer må løses på lavest mulig nivå i organisasjonen.

Arve uttrykker at det er viktig at de som går inn i lederposisjoner selv tar ansvar for å bygge opp et team rundt seg, med den kompetanse det er behov for. Han uttaler at han selv har en klar strategi når han skal ansette nye ledere og stiller seg gjerne spørsmålet: «Hva er det denne organisasjonen trenger nå?». Han analyserer organisasjonen og gjør seg bevisste valg på bakgrunn av sin analyse. Han sier videre at det i ny-rekruttering av ledere er viktig å tenke på

helheten og på hvilket lederskap det er behov for på dette tidspunktet. På denne måten forsøker han å sørge for at hans ledergruppe blir bestående av ledere med ulike profesjonsbakgrunn, for slik å kunne bygge opp et velfungerende og handlekraftig lederteam.

Også Carl forteller at hans organisasjon tenker strategisk i forhold til ansettelse av nye ledere. Frem til nå har legeledere i hans organisatoriske enhet hatt totalansvaret, men i praksis har vedkommende bare tatt det faglige ansvaret. Med dette mener Carl at legeledere kun har vært opptatt av faget og sitt kliniske virke. Dette ønsker Carl å endre. Han har derfor sett seg nødt til å understreke i utlysningstekster hva totalansvaret i en lederstilling innebærer. Det dreier seg ikke bare om ett fagansvar, men også andre elementer som personal-, økonomi- og HMS-ansvar. Med andre ord et totalansvar.

Bjørn på sin side forteller at hans erfaringer med lege som leder ikke er problemfritt. Hans erfaring er også at legeledere ikke tar personalansvar, men velger bare deler av innholdet i lederskapet.

#### 4.4 Positive erfaringer med utøvelse av enhetlig ledelse

Arve uttrykker sine erfaringer med enhetlig ledelse på følgende måte, «jeg vil si det er overveiende positivt med enhetlig ledelse, fordi det plasserer ei styringslinje og et ansvar». Videre utdyper informant dette med å understreke at enhetlig ledelse gjør det enklere for de ansatte, ved at de har en leder å forholde seg til. Det være seg ferie, fag og økonomi, «hele aspektet» som han uttrykker det. Også Bjørn har positive erfaringer med enhetlig ledelse, og mener denne måten å organisere ledelse på fører til at «man får mer styr på ting».

Carl opplever at det er et godt samarbeid på tvers av avdelinger og nivåer i egen organisasjon og beskriver at de har en uformell tone internt i organisasjonen. Det er høyt under taket og det er alltid en åpen dør hos leder på nivået over. Samtidig reflekterer han rundt det faktum at han aldri har opplevd noe annet enn enhetlig ledelse i sin karriere som leder, bare blitt seg fortalt at todelt ledelse var komplisert, og sier: «En lederstruktur hvor man ikke nødvendigvis hadde kontaktpunkter mellom de ulike lederne i en organisatorisk enhet på samme måte som man har med enhetlig ledelse».

#### 4.5 Opplevde utfordringer med utøvelse av enhetlig ledelse

Arve forteller under sitt intervju at han har gjort seg noen erfaringer med at det trolig finnes uformelle ledere i organisasjonen. Dette kaller han «under-styring av organisasjonen». Han utdyper dette med å si at han tror at disse uformelle lederne er mer vanlig i legegruppen enn i sykepleiergruppen. Informanten konkluderer med at dette ikke har utfordret hans lederskap i betydelig grad. Han er videre bevist på om det dreier seg om uformelle ledere eller bare medarbeidere med stort engasjement. Arve sier: «Man er høflig og hører, (... ) men det skal ikke danne noe beslutningsgrunnlag eller styre adferd. Det må man vi ha i linja».

Bjørn forteller at han ikke hadde hørt om enhetlige ledelse før han begynte på nåværende arbeidssted, og uttrykker at han ikke opplever at de har enhetlig ledelse i hans klinikk. Han beskriver en hverdag hvor uformelle ledere, gjerne med medisinskfaglige bakgrunn, forsøker å påvirke interne prosesser og den daglige driften. Han opplever usikkerhet med tanke på «hvem skal ta beslutningene, og hvor skal disse tas?».

Videre opplever han at det er tungt å sitte med totalansvaret for sin organisatoriske enhet når beslutningslinjene er uklare, eller ikke fungerer optimalt. Han sier det er viktig å være bevist på at man ikke hopper over ledernivå for å sikre at nærmeste leder er involvert før beslutning fattes, og uttaler at man skal jo «egentlig prøve å forholde deg til linjen. Sånn at ting går rette veien». Informanten beskriver om ledere på ulike nivå som i flere forbigås, og om legeledere som fraskriver seg sitt lederansvar ved å avvise spørsmål med at «dette er ikke mitt fagfelt. Dette kan jeg ingen ting om». Samtidig sier informanten at han ikke ønsker at organisasjonen skal bli for rigid i forhold til linjen heller. «Det kan ødelegge den gode kulturen vi har, tenker, jeg, for å få ting til å skje».

Bjørn forteller videre at han i mangel av medisinskfaglig kompetanse bruker sine medisinskfaglige rådgivere for å danne seg et beslutningsgrunnlag. Han beskriver det som utfordrende å skulle fatte beslutninger som går på tvers av det de medisinskfaglige rådgiverne anbefaler, og uttaler: «Jeg vet ikke om jeg kunne ha skåret over dem, selv om de lå under meg, for at de har allerede gitt meg sin faglige anbefaling på at dette ikke er forsvarlig. Det blir et sånt paradoks. Det blir ett dilemma der. Som jeg synes, er litt utfordrende da.»

Dag beskriver både egen organisatorisk enhet og en annen organisatorisk enhet på samme nivå. Disse to organisatoriske enhetene er preget av ulike kulturer, og ulike oppbygning



innad. Han forteller om en arbeidshverdag hvor det i deler av avdelingen kan være vanskelig å få gjennomslag for endringer. Han uttrykker at det oppleves som utfordrende at det i deler av denne avdelingen er stor påvirkning fra uformelle ledere. Informanten sier videre, at han opplever at avdelingen er preget av todelt ledelse, og at den nedarvede kulturen er med på å legge premissene for hvem som har størst «makt» og påvirkning. Dag sier kulturen oppleves som «gammel og nedarvet, og er så innbarket at det er vanskelig å bryte den». Han mener at dersom man hadde klart å gjøre noe med kulturen, ville man trolig fått en mer velfungerende organisasjon.

#### 4.6 Informantenes tanker om forbedringer og endringer i forhold til enhetlig ledelse

Alle informantene har reflektert over forbedringer eller endringer de kunne tenke seg å gjennomføre i egen organisasjon. Arve mener at en organisering ikke er en statisk struktur, men et hjelpemiddel for å nå organisasjonens fastsatte mål og legger til at alle organisasjoner «har godt av å bli ommøblert i ny og ne». Arve har selv gjennomført flere organisasjonsendringer der målet blant annet har vært kortere vei til beslutning og bedre ressursstyring.

Bjørn tenker at det ville vært ideelt om leger og støttepersonell for samme fag var organisert under samme leder. På den måten ville leder kunne iverksette og beslutte «til det beste for driften for hele fagområdet». Han beskriver at leger som er ledere har rådgivere eller andre som utfører mye av det administrative, og Bjørn opplever dette som todelt ledelse.

Informanten ønsker seg en legeleder, som var og ville være leder, og som var innforstått med totalansvaret i lederskapet. I stedet opplever han at legeledelse går på omgang i hans klinikk.

Dersom det ikke var mulig å rekruttere en legeleder som var innforstått med totalansvaret, ville den nest beste løsningen, ifølge Bjørn, være å rekruttere en god administrator. Denne administratoren skulle ifølge Bjørn, hatt myndighet, ikke nødvendigvis vedrørende de faglige spørsmålene, men angående de ressursrelaterte spørsmål. Samtidig skulle han hatt myndighet til å iverksette ulike tiltak slik at legelederen kunne konsentrert seg om det medisinskfaglige.

Bjørn mener det er viktig i rekruttering av ledere for leger, å være tydelig på hvilke krav som stilles. Med dette mener han at det er viktig å synliggjøre totalansvaret. For på den måten å vise at legelederen både har et faglig og et administrativt ansvar. Informanten mener videre

det er lederegenskapene som er viktigst, og at det handler mer om å finne den rette personen med de rette egenskapene, fremfor å finne en med "kun" medisinskfaglig kompetanse. Bjørn mener leder er avhengig av å ha et team rundt seg, som fyller ut egenskapen lederen selv mangler.

Carl forteller at han har gjort seg tanker om å endre den nåværende strukturen i sin organisasjon. Han understreker imidlertid at dette ikke er en påbegynt prosess. Forut for en eventuell omstrukturering, ønsker Carl å gjennomføre en prosess der alle fordeler og ulemper blir drøftet før beslutning tas. Ved en endring av organisasjonsstrukturen er Carl opptatt av at ledere ikke får lengere vei til beslutning, og at ny struktur legger til rette for bedre kommunikasjon og drift.

Videre jobber Carl aktivt for å rekruttere legeledere som tar det fulle og hele ansvaret og ikke bare er opptatt av det medisinskfaglige sidene ved lederjobben. Dette tenker informanten blant annet å gjennomføre ved å være tydelig i utlysningsteksten, og her beskrive hvilke oppgaver og hvilket ansvar som ligger til lederstillingen.

Carl er opptatt av å få det til å fungere i praksis og mener god ledelse er personavhengig. Informanten er derfor opptatt i å få rette personer inn i lederstillinger, men stiller samtidig spørsmål om det er mulig for en leder uten medisinskfaglig kompetanse å lede legene? Han stiller følgende spørsmål: «Vil legene akseptere en leder som ikke er lege eller en som overhodet ikke har medisinskfaglig bakgrunn, en som bare er leder?»

## 5.0 Analyse og drøfting

Vi har valgt å strukturere vår analyse og drøfting med utgangspunkt i Jacobsen og Thorsvik sin helhetlige modell (2019). Vi vil fokusere på forståelsen av enhetlig ledelse før vi ser på de formelle og de uformelle strukturene i den helhetlige modellen. Videre vil vi, i lys av en fenomenologiske- hermeneutiske tilnærming, forsøke å knytte vår empiri til egne erfaringer som ledere i spesialisthelsetjenesten. I vår analyse og drøftinger vil vi også se empirien og våre refleksjoner opp mot Strands (2007) ledelsesteori og Mintzbergs modell om inndeling av organisasjoner (Jacobsen og Thorsvik, 2019).

### 5.1 Forståelse av enhetlig ledelse

Ifølge Lov om spesialisthelsetjenesten skal det være klare ansvarslinjer og ansvarsforhold for ledere på alle nivå i sykehusorganisasjonene. Dette innebærer at en leder har totalansvar for forvaltning av ressurser som personell, utstyr og økonomi. Våre informanter Arve og Carl har en klar formening om hva enhetlig ledelse innebærer, og Carl uttrykker det på følgende måte: “Enhetlig ledelse er en person som sitter med det hele og totale ansvaret”. Begge trekker frem det loven understreker, at en enhetlig leder sitter med både det medisinskfaglige ansvaret og det administrative ansvaret som innbefatter blant annet personell, HMS og økonomi. Som motpol til dette forteller Bjørn at han forstår begrepet og hensikten med enhetlig ledelse, men opplever at kravet ikke er gjennomførbart i spesialisthelsetjenesten. Dag på sin side, er usikker på hva begrepet innebærer, og forteller at han ikke har hørt om begrepet før vårt intervju.

Vi tenker at informantenes uttalelser kan være ett uttrykk for at det er ulik oppfatning av hva begrepet enhetlig ledelse betyr, og hva dette innebærer i praksis. Dette kan igjen ha en sammenheng med hvilket nivå de ulike lederne befinner seg på. Vi opplever at ledere på høyt nivå har en klar forståelse av begrepet, mens ledere på lavere nivå opplever begrepet som noe uklart og tildelt ukjent. Det kan dermed synes som man har en manglende forståelse av begrepet på lavere nivå i organisasjonen. Vi tror noen av årsakene til dette kan være ulik erfaringsbakgrunn, ulik formalkompetanse og ulik opplæringsbakgrunn blant våre informanter.

Våre egne erfaringer bygger opp rundt en slik antakelse. Vi opplever at det i det daglige er lite fokus på begrepet enhetlig ledelse og hva dette betyr for ledere i organisasjonen i praksis. Fra vårt ståsted kan det synes som at loven om enhetlig ledelse bare blir omtalt i overordnede strategiske dokumenter, men at fenomenet tilsynelatende er fraværende i opplæringen av ledere. Spesialist-helsetjenesten er å anse som en ekspertorganisasjon hvor liv, død og helse, står i kontrast til krav om leveranse på oppdragsdokument og ulike styringsparametere. Dette er ikke et homogent marked og krever fleksibilitet for optimal måloppnåelsen. Med andre ord kan man si at spesialisthelsetjenesten er komplekse organisasjoner som i tillegg til medisinsk faglig kompetanse, har behov for inngående lederkunnskaper. Ledere trenger derfor opplæring og bevisstgjøring for denne kompleksiteten, for slik å kunne forstå hva totalansvaret ved enhetlig ledelse innebærer. Etter hva vi er kjent med er det i informantenes interne lederopplæring mye fokus på systemforståelse og ulike styringsverktøy. På den annen side er det, ut fra hva vi kan lese av programmet for denne lederopplæringen, liten eller ingen omtale av begrepet enhetlig ledelse og innholdet i dette. Med bakgrunn i dette, mener vi at man ikke kan forvente at alle ledere på ulike nivå er kjent med begrepet enhetlig ledelse og hva dette betyr for ledere i organisasjonen i praksis.

Det er i de ulike profesjonsutdanningene undervisning om ledelsesfaget, men man kan stille seg undrende til om denne er god nok for utøvelse av ledelse i spesialisthelsetjenesten. Dette med tanke på den kompleksiteten som kjennetegner lederskapet i denne tjenesten, og balansen mellom faget på den ene siden og ledelse på den andre.

Ledere i spesialisthelsetjenesten er ofte høyt utdannet. Jacobsen og Thorsvik (2019) beskriver i sin teori at desto mer utdanning man har, jo mer profesjonalisert blir man. To av våre informanter opplever flere ledere i egen organisatoriske enhet som ikke er seg selv bevisst hva enhetlig ledelse innebærer, og forteller at disse lederne ønsker å velge bort deler av innholdet i lederjobben. Dette er oppgaver som av disse lederne defineres som «kjedelige» og er ofte administrativt rettet. Jacobsen og Thorsvik sier da at profesjonaliserte ledere vil være skeptiske til styring gjennom byråkratisk kontroll. Oppgaver som er administrativt rettet, velger vi å tolke som en del av den byråkratiske kontrollen. Det kan derfor trolig oppleves som mer naturlig for en leder i spesialisthelsetjenesten å velge bort slike oppgaver, på tross av at disse er en del av lederskapet. Dette understrekes også av Spehar (2016) som beskriver at mange ledere med medisinsk faglig kompetanse på de pasientnære nivåene, betrakter seg som fagpersoner og vektlegger fag foran ledelse. Bjørn opplever at leger som er ledere har

rådgivere eller annet støttepersonell som utfører mange av disse oppgavene. Han omtaler dette som todelt ledelse.

Vi mener bruk av støttepersonell til delegerte arbeidsoppgaver ikke bryter med prinsippet om enhetlig ledelse. Dette fordi man som leder har anledning til å delegere oppgaver, så lenge man er bevist på at dette ikke er en ansvarsfraskrivelse. Helselovgivningen regulerer ikke delegasjon og instruksjonsmyndighet særskilt, men i Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet om «Lederansvaret i sykehus», kommer det klart frem at enhetlig ledelse ikke er til hinder for delegering. De beskriver at ledere på alle nivå kan delegere oppgaver og beslutningsmyndighet til andre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Bjørn beskriver det han opplever som todelt ledelse, når legeledere har rådgiver eller andre som utfører mange av de administrative arbeidsoppgavene. Vi mener delegasjon ikke er ensbetydende med å frasi seg lederansvaret. Likevel kan dette oppleves av medarbeidere i organisasjonen, som at ledere «velger bort» deler av lederskapet, herunder ansvaret. Dette kan igjen medføre at det oppstår en opplevelse av todelt ledelse for medarbeidere og andre ledere i organisasjonen, noe som underbygger vår informants forståelse.

I den offentlige utredningen «Pasienten først, ledelse og organisering i sykehus» heter det at relevant helsefaglig kompetanse må ses som et minimumskrav til avdelingsleder ved en avdeling som driver pasientrettet arbeid. Hvis leder mangler denne kompetansen må dette ansvaret plasseres hos annen person med slik kompetanse, en såkalt medisinskfaglig rådgiver. (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Carl definerer sine medisinskfaglige rådgivere som sin forlengede arm, og ser på disse som viktige støttespillere i sitt lederskap for å kunne ta kvalifiserte og rette beslutninger. Bjørn derimot, opplever at medisinskfaglige rådgivere ofte opptrer som uformelle ledere som prøver å påvirke den daglige driften. Han mener videre det er utfordrende å ta beslutninger som går på tvers av de medisinskfaglige rådene, og mener det da er den medisinskfaglige rådgiver som bestemmer, og ikke den formelle lederen. Vi derimot, er av den oppfatning at å følge medisinskfaglige råd ikke er i strid med praktisering av enhetlig ledelse. Tvert imot, mener vi, det er dette enhetlig ledelse handler om. For har man ikke kompetansen selv, skal man ha en medisinskfaglig rådgiver. Det er fortsatt lederen som tar beslutning på bakgrunn av de rådene som foreligger og har totalansvaret. For å illustrere dette kan man se for seg en situasjon der leder har flere medisinskfaglige rådgivere

der disse kommer med ulike anbefalinger. Leder må da foreta en total vurdering av de rådene som foreligger, og på bakgrunn av dette fatte en beslutning som han må stå til ansvar for.

For at en leder skal kunne bli beslutningsdyktig understreker Arve, at det er av stor betydning at ledere bygger opp et team rundt seg med den kompetanse det er behov for, på aktuelt ledernivå. Carl beskriver også dette, og forteller at han blant annet tenker strategisk i forhold til nyrekruttering av ledere.

Ifølge Strand (2007) har alle ledere deler av de ulike elementene i seg, men en eller noen av disse rollene er mer dominerende enn den/de andre. Inger Johanne Pettersen poengterte dette i sin forelesning for MBA studiet i Helseledelse i Tromsø i november 2018, da hun uttrykte at en god leder burde ha litt av alt i PAIE - modellen. Man kan undres over om det er mulig for en og samme person og inneha alle egenskapene for å ivareta alle rollene og dermed være en god leder? Vi mener det er svært uvanlig og at det er vanskelig for en og samme person å fylle alle rollene samtidig, men man kan likevel være en god leder. Vi tror de fleste har innslag av alle rollene i PAIE – modellen, men har sin styrke i noen av disse. En leder kan ikke oppnå resultatene alene, men er avhengig av å bygge opp gode team rundt seg som bistår i arbeidet for at organisasjonen kan nå sine mål. En god leder, bør slik vi ser det, sette sammen et team rundt seg som til sammen utfyller de områdene i PAIE-modellen som lederen selv mangler, eller er svak på. Slik at alle rollene i PAIE – modellen blir representert.

De nasjonale lederkravene sier, som tidligere nevnt, at en leder skal være ansvarlig og helhetstenkende, endringsvillig og handlekraftig, og kommuniserende og inspirerende. I likhet med å fylle alle rollene i PAIE – modellen, mener vi det kan være utfordrende å finne en leder som innehar alle egenskapene i de nasjonale lederkravene. Dette mener vi forsterker betydningen av å sette sammen et lederteam som utfyller hverandre, noe som samsvarer med det Arve og Carl har fokus på i sammensetting av sine ledergrupper.

Det er variasjon blant våre informanter med tanke på deres faglige bakgrunn og de forteller alle om ledere i egen organisatoriske enheter både med og uten helsefaglig bakgrunn. Vi ser at dette kommer til uttrykk i informantenes tanker om sammensetting av sine lederteam, noe som igjen underbygger behovet for bruk av ledergrupper som sikrer tverrfaglig samarbeid. Blant annet forteller Carl at han har satt sammen sin ledergruppe slik at han har nødvendig kompetanse tilstede. Dette underbygges av NOU «Pasienten først» der det står at «Leder-

gruppene bør representere spennvidden av sentrale enheter og / eller faglige miljøer innen den enkelte organisatoriske / avdeling» (Sosial- og helsedepartementet, 1997, s. 12).

Dag Olaf Torjesen skriver i sin doktorgradsavhandling «Foretak Management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelse-tjenesten» (2008), at Andersland-utvalget i 1990 anbefalte å innføre fagnøytrale ledelsesformer i sykehusene. Dette kom, som tidligere nevnt, på dagorden igjen i NOU 1997:2 «Pasienten først», der utvalget mente ledere bør inneha relevant helsefaglig kompetanse som ett minimumskrav til avdelingsledernivået. Utvalget var i midlertidig uenige om hvor stor betydning man skulle legge på relevant medisinskfaglig kompetanse, i forhold til annen relevant helsefaglig bakgrunn.

Vi mener kravet om helsefaglig bakgrunn er av større betydning for lederskapet enn om man innehar medisinskfaglig kompetanse. Dette understrekes av det våre informanter forteller om betydningen av personlige egenskaper hos ledere. Bjørn mener at det er «egenskapene som er viktigst, selv om man ønsker kompetanse innen aktuelt fagområde. Det handler mer om å finne den rette personen». Dette samsvarer med det seks av medlemmene i utvalget for utarbeidelse av «Pasienten først» understreket da de mente det «er et spørsmål om å finne riktig person, og ikke riktig profesjon» (Sosial- og helsedepartementet, 1997, s. 13).

Vår egne erfaringer tilsier at det er et skille mellom ledere som har helsefaglig bakgrunn og ledere som har medisinskfaglig bakgrunn, med tanke på rammevilkårene for utøvelse av enhetlig ledelse. Med dette mener vi at ledere med helsefaglig bakgrunn, som for eksempel en leder med sykepleiefaglig profesjonsbakgrunn, ofte blir ansatt som ledere i 100 % stillinger, og der all tid går med til lederskapet. Dette står i kontrast til ledere med medisinskfaglig bakgrunn, som vanligvis ansattes som ledere i brøkstillinger i kombinasjon med klinisk stilling. Carl bekrefter dette når han forteller om ledere med medisinskfaglig bakgrunn som prioriterer pasientene, framfor administrasjon og ledelse. Disse lederne har 100 % stillinger hvor deler av denne er avsatt til ledelse, men i praksis kan det se ut som de ikke bruker den avsatte tiden, da det pasientrettede arbeidet anses som viktigere. Vår erfaring underbygger dette ved at vi opplever at klinikken og faget prioriteres foran lederoppgavene. Vi mener at legeledere har et eget ansvar for å, innenfor sine rammer, sette av tid til sitt lederskap. Ellers kan det oppleves av organisasjonsmedlemmene som om legelederne undergraver betydningen av ledelse. Ledelse kan dermed bli oppfattet som et venstrehåndsarbeid som skal gjøres på

siden av den kliniske virksomheten, og som ikke anses som viktig. Samtidig kan det virke som om organisasjonen ikke legger godt nok til rette for utøvelse av ledelse for ledere med medisinskfaglig bakgrunn.

Vi har sett mange eksempler på ledere som er leger, som har avsatt tid til lederskapet, men der det samtidig ikke er noen som ivaretar deres oppgaver knyttet til den kliniske virksomheten. Disse oppgavene må også ivaretas, noe som medfører at legelederne ender opp med stilinger som på papiret er 100 %, men som i realiteten er langt over dette. Dette mener vi støtter opp om det vi tidligere har nevnt, om hvorfor legeledere ønsker å “velge bort” de byråkratiske og administrative oppgavene. De brenner for faget og har ikke tid til å oppfylle alle lederoppgavene på «deltid». Med bakgrunn i dette kan vi få en forståelse for hvorfor det kan være hensiktsmessig med det Mintzberg (Jacobsen og Thorsvik, 2019) definerer som støttestrukturer til mellomleder i den operative kjerne. Støttestrukturene vil muligens kunne bidra til at legeleder kan kombinere fag og ledelse på en bedre måte. Uten støttefunksjoner tror vi at alternativet for legeleder vil være at det pasientnære arbeidet alltid vil gå foran lederskapet.

Ole Berg reflekterer over innholdet i lederskapet og beskriver en utvikling der ledelse blir stadig mer omfattende og sammensatt. Dette har resultert i et økende behov for å bistå ledere til å fatte beslutninger og dermed etableres staber og støttefunksjoner rundt ledere (Berg, udatert manuskript). For leger som både er klinikere og ledere, underbygger dette behovet for støttestrukturer. Vi kan reflektere over om det vil være fornuftig for organisasjonene å bygge opp støttefunksjoner rundt legelederne og på den måte legitimere at «at de velger bort» / «slipper å utføre» de administrative oppgavene. På den annen side vil slike støttefunksjoner trolig være et godt alternativ for å bidra til bedre rammebetingelser for utøvelse av lederskapet. Støttefunksjoner vil ikke fraskrive ledere deres totalansvar, men slik vi tolker det, legge til rette for at rammebetingelsene for utøvelse av lederskapet blir bedre, og bidrar til at legeleder samtidig kan ivareta de pasientnære oppgavene. Organisasjonen kan legge bedre til rette for utøvelsen av en legeleders oppgaver. Enten ved å rekruttere nye legespesialister som kan ivareta de kliniske oppgavene, ved å senke kravene til aktivitet, eller bygge opp støttefunksjoner rundt lederne. På denne måten kan det legges til rette for at legeleder på et bedre vis kan kombinere rollen som kliniker og leder. Rekruttering av nye legespesialister er for mange fag en stor utfordring, da det i dag er mangel på spesialister i flere fag. I forhold til



aktivitet kan det enkelte foretak / klinikk endre sine krav til produksjon, men dette kan fort komme i konflikt med krav om leveranser i henhold til oppdragsdokumentene.

For å tydeliggjøre innhold og rammebetingelsene i lederskapet, forteller Carl at han i ny-rekruttering av legeledere har sett behovet for å presisere og beskrive hvilke oppgaver og ansvar som ligger til lederjobben. Tilbakemeldinger fra aktuelle søkere har vært at de ønsker å slippe deler av innholdet i lederrollen, og henviser da til de administrative oppgavene. Vi mener det trolig ikke er tilstrekkelig å bare tydeliggjøre innholdet i en lederstilling. Dersom man virkelig skal legge til rette for gode rammebetingelser for ledere, mener vi at man samtidig bør synliggjøre hvilke støttefunksjoner som følger med. Dette samsvarer med det Berg (udatert manuskript) og Mintzberg (i Jacobsen og Thorsvik, 2019) beskriver om rammebetingelser og behov for støttestrukturer.

Sett i lys av det våre informanter har fortalt og det vi har beskrevet over, ser vi at det er ulik forståelse av begrepet enhetlig ledelse. Våre informanter er som tidligere nevnt, ledere på ulike nivå og har ulike lengde på sin ledererfaring. Selv om vi ikke har spurt våre informanter om deres formelle lederkompetanse, er det nærliggende å anta, sett i lys av deres svar, at det er stor variasjon på formalkompetansen. Vi tror variasjon i ledererfaring og lederkompetanse kan være medvirkende årsaker til at våre informanter har ulik forståelse av begrepet og innholdet i enhetlig ledelse.

## 5.2 Formelle trekk

I den helhetlige modell omtales de formelle trekkene som blant annet organisasjonens struktur. Dette innebærer momenter som oppbygning, beslutningsmyndighet, koordinering, styring og kontroll (Jacobsen og Thorsvik, 2018). Gjennom intervjuene med våre informanter blir viktigheten av de formelle trekkene og hvordan dette påvirker utøvelsen av lederskapet svært synlig.

Alle informantene beskriver sin organisasjons utforming vist i organisasjonskartet. De forteller at organisasjonskartet gir et klart bilde av organisasjonens oppbygging, ulike ledernivå og gjeldende beslutningslinjer. Med andre ord, et bilde av en tydelig enhetlig ledelse. Til tross for dette forteller flere av informantene om beslutninger som blir tatt utenfor denne

styrings- og beslutningslinjen. Bjørn forteller blant annet om ansatte som går forbi nærmeste leder, og opp i hierarkiet. Leder på høyere nivå kommer så tilbake til aktuell leder med informasjon om beslutning som er tatt på dens vegne. Arve uttrykker at «den som er leder må være bevist og ikke begynne å styre utenom linjen». Styring utenfor linjen kan tolkes som undergraving av lederen på aktuelt nivå og bidrar til å skape uklarheter og forvirring om hvem som har ansvaret i organisasjonen. Samtidig trekker Arve frem at det er viktig å skille på engasjerte medarbeidere, og styring utenfor de strukturelle beslutningslinjene. Styring utenfor linjen, i kombinasjon med delegering, kan forsterke organisasjonsmedlemmenes opplevelse av at det ikke er enhetlig ledelse som er gjeldende, men todelt ledelse. Vi har valgt å tolke dette som at kart og terreng ikke alltid stemmer overens.

Bjørn og Dag beskriver en praksis i flere organisatoriske enheter der man vet hvem som er ansvarlig leder, men at det ikke til enhver tid er denne som treffer beslutningen. Vi mener dette beskriver en virkelighet der organisasjonskartet ikke alltid praktiseres slik det er tenkt, og dette forsterker vår forståelse av at kart og terreng ikke alltid stemmer overens. Jacobsen og Thorsvik (2019) påpeker at det ikke alltid er slik at makt og innflytelse i en organisasjon er fordelt som den formelle strukturen tilsier. De mener makt kan komme som følge av å inneha informasjon, fagkunnskap eller personlige egenskaper som ingen andre har. Slik makt kan dermed ligge hos uformelle ledere. Arve kaller dette understyring av organisasjonen og mener dette muligens er mer vanlig i legegruppen enn i sykepleiergruppen. Vår erfaring bekrefter til dels dette, da vi blant annet har opplevd legeleder på lavt nivå som konsekvent ikke forholder seg til sin nærmeste leder, men går rett til «toppen» i hierarkiet. Når vedkommende blir konfrontert med dette, uttaler vedkommende at «jeg gjør som jeg vil med bakgrunn i mine medisinskfaglige vurderinger».

Dag forteller at det i hans organisatoriske enhet er tydelig og kjent for alle medarbeidere hvordan beslutningslinjene er, og hvem som er ansvarlig. Her praktiserer enhetlig ledelse. Men når han «ser over gangen» til en annen organisatorisk enhet på samme nivå, beskriver han en annen virkelighet. Her råder det ifølge Dag, en praksis der den formelle lederen med helsefaglig kompetanse blir styrt av uformelle ledere og ledere fra andre enheter med medisinskfaglig bakgrunn. Han mener makten ligger hos de med fagkunnskapen. Vi tolker dette som at den formelle lederen ikke er den som fatter beslutning, men i stor grad fungerer som støttepersonell som kun utfører «bestillinger» fra uformelle ledere med medisinsk faglig bakgrunn. Dag uttrykker «at det er legene som bestemmer». På tross av at den strukturelle

oppbyggingen er på plass, forholder man seg ikke til denne. Dag understreker at denne enheten jamfør organisasjonskartet har enhetlig ledelse, men praktiserer todelt ledelse. Dette beskriver Dag som nedarvet kultur, noe vi vil komme nærmere innpå i kapittel 5.3 Uformelle trekk.

Ifølge Ole Berg (udatert manuskript) er lederen den som fatter beslutninger. Vi kan da undre oss over hvem som er den reelle lederen på de organisatoriske enhetene Bjørn og Dag beskriver? Dersom vi støtter oss til Ole Berg, kan vi tolke det slik, at det i disse organisatoriske enhetene er de uformelle lederne som utøver lederskapet. I forlengelsen av dette, lurer vi på om de formelle lederne er sitt totalansvar som enhetlige leder bevist? Er de som formelle ledere, klar over at de til tross for at de lar andre fatte beslutningen, likevel er den som til enhver tid har totalansvaret?

I kontrast til hva Bjørn og Dag forteller, sier Arve og Carl at de er innforstått med hva det vil si å utøve enhetlig ledelse. De forteller at de aktivt bruker sine medisinskfaglige rådgivere som beslutningsstøtte, men at det er de selv som formelle ledere som tar beslutningen og sitter med totalansvaret. Vi tolker dette som at det her praktiseres enhetlig ledelse. Med andre ord: Her stemmer kart og terreng overens.

Vi mener å se en sammenheng mellom ledernivå og opplevelsen av om kart og terreng stemmer overens. Jo lavere ledernivå man befinner seg på, desto mer todelt oppleves utøvelsen av lederskapet. Vi mener videre å se en struktur som legger til rette for enhetlig ledelse, men våre informanter beskriver likevel en hverdag som i praksis påvirkes av organisasjonskulturen, slik at det på lavere ledernivå til tider kan se ut som om det praktiseres todelt ledelse.

Vi er av den oppfatning av at dette kan ha en sammenheng med det vi tidligere har nevnt om forståelse av begrepet enhetlig ledelse, samtidig som det kan ha en sammenheng med gamle tradisjoner der medikratiet var rådende. Videre kan vi stille spørsmål ved om organisasjonen i opplæring av sine ledere og medarbeidere, er tydelig nok på hva enhetlig ledelse innebærer? Jacobsen og Thorsvik (2019) understreker i den helhetlige modellen at de ulike strukturene påvirker hverandre gjensidig, noe som støtter opp om informantenes opplevelse av at lederskapet påvirkes både av de formelle og de uformelle strukturene. De formelle strukturene påvirker kulturen og vis versa. Et eksempel på dette kan være det informantene forteller om

strategisk rekruttering. Strategisk rekruttering kan bidra til at ledere bringer inn nye tanker og impulser som på sikt kan medføre endringer i organisasjonskulturen.

Strand (2007) beskriver i PAIE – modellen fire ulike lederroller, og sier videre det er naturlig å forvente ulikt innhold i lederrollen avhengig av hierarkisk plassering i organisasjonen. Han beskriver det generelle bildet med at mellomledere i større grad er produsenter og administratorer, i motsetning til ledere på høyere nivå som er integratorer og entreprenører. Dette samsvarer med vår empiri, der våre informanter beskriver «små og store styringsutfordringer» som vi mener kan indikere hvilket ledernivå de befinner seg på. I utøvelsen av sitt lederskap har de med andre ord, ulikt fokus på ulike roller i PAIE – modellen.

Informantene på lavere nivå har større fokus på drift, mens lederne på høyere nivå tenker mer strategisk og fremtidsrettet. Dette blir synlig gjennom det både Bjørn og Dag beskriver. De beskriver en arbeidshverdag med fokus på drift, produksjon og logistikk, og er opptatt av den pasientnære driften der samhandling mellom profesjonene står sentralt. Dette beskriver Strand som administrator og produsent roller.

Arve og Carl derimot forteller om fokus på fremtidsrettet, langsiktig og overordnet planlegging, som blant annet strategisk rekruttering og sammensetting av lederteam. Dette beskriver Strand (2007) som integrator og entreprenør rollene. Sagt på en annen måte, mener vi at dette kan illustreres ved metaforen «nærbriller» versus «stjerneikkert». Ledere på lavere nivå benytter «nærbriller», mens ledere på høyere nivå i organisasjonen benytter seg av et videre og videre perspektiv som kan sammenlignes med en «stjerneikkert».

Vår oppfatning er at man som god leder bør være i stand til å kontinuerlig skifte dette fokuset, avhengig av situasjonen og konteksten man til enhver tid befinner deg i. Eller sagt på en annen måte: God ledelse krever at en har et blikk og dernest en handlekraft hvor en benytter seg av muligheten for å kunne zoome inn og ut på det som til enhver tid trengs. Et eksempel på et slikt fokusskifte kan være den nyoppståtte Covid-19 pandemien. Den medførte at ledere på alle nivå umiddelbart måtte endre fokuset fra fjern til nær. For slik å bli i stand til å håndtere en meget uforutsigbar situasjon, der informasjon og bestemmelser fra helsemyndighetene endret seg fra time til time, og fra dag til dag. Ledere måtte zoom inn og slippe alt de på dette tidspunkt jobbet med, som blant annet strategisk langtidsplanlegging og budsjetteringer. Det ble nødvendig med fokus på å være pådriver og dirigent, der leder sørget for rask implementering av beslutninger. Dette samsvarer med det Strand (2007) beskriver

som produsentrollen i PAIE – modellen og vi mener dette underbygger viktigheten av fokusskifte.

Våre informanter trekker frem at samhandling og koordinering er viktige elementer for å oppnå organisasjonens ønskede resultater og mål. De trekker frem flere formelle strukturer som bidrar til dette, heriblant ledermøter på ulike nivå, driftsmøter og personalmøter. Ledermøtene følger den hierarkiske strukturen, i motsetning til driftsmøtene som går på tvers av de formelle strukturene. . Både Bjørn og Dag beskriver driftsmøtene som essensielle for optimal ressursstyring, og vi tolker disse møtene som et viktig verktøy for resultatoppnåelse. Alle informantene beskriver samhandling og koordinering som nødvendig for å få oversikt over egen organisatorisk enhet og for å bli i stand til å treffe beslutninger, men gir samtidig uttrykk for ulike behov, avhengig av sitt ledernivå. Et eksempel fra vår egen lederpraksis som illustrerer dette, er ressursutnyttelse på tvers av klinikker. Ledere må samhandle på tvers av de strukturelle linjene i organisasjonen for å optimalisere driften. Vi mener ledere er avhengig av samhandling som gir informasjon og innspill for å bli i stand til å treffe beslutning. Det bør planlegges og samhandles på tvers av enheter, avdelinger og klinikker til det beste for pasientene, og de formelle strukturene bør ikke være til hinder for problem-løsning og måloppnåelse. Dette omtaler Jacobsen og Thorsvik (2019), som tidligere nevnt, som horisontale ordninger for samarbeid.

### 5.3 Uformelle trekk

De uformelle trekkene i Jacobsen og Thorsvik sin helhetlige modell (2019), tar for seg organisasjonskultur og maktforhold. Vi har i vår studie i hovedsak valgt å komme inn på organisasjonskultur og hvordan dette påvirker lederskapet.

Som tidligere nevnt har vi valgt å definere kultur som allmenngyldige grunnleggende antakelse i organisasjonen som videreføres til organisasjonens medlemmer (Jacobsen og Thorsvik, 2019). Sagt på en annen måte kan vi si at de formelle trekkene som oftest er nedtegnet og skriftliggjort, mens de uformelle trekkene, kulturen, «sitter i veggene».

Flere informanter fremhever gjentatte ganger betydningen av kultur og dens påvirkning på lederskapet. Både Bjørn og Dag beskriver en kultur med mange uformelle ledere i sine

organisatoriske enheter. Dag forteller at det uformelle lederskapet i hans organisasjon skyldes en gammel nedarvet kultur. Bjørn utdyper den uformelle kulturen ved å si at «det er slik vi gjør det her». Denne uformelle kulturen forteller Bjørn blant annet kommer til syne ved at personell med medisinskfaglig bakgrunn ikke lar seg lede av ledere med helsefaglig bakgrunn. Ut fra hva Bjørn forteller, tolker vi at det ved hans organisatoriske enhet, er personell med medisinskfaglig bakgrunn som legger premissene for driften og lederskapet til Bjørn. På spørsmål om hans organisatoriske enhet har enhetlig ledelse svarer han: «Nei, det har jeg ikke». Dette mener vi kan henge sammen med det Ole Berg omtaler som medikratiet. Historisk sett var sykehusene styrt av leger. Sykepleierne var opptatt av drift, mens legene hadde utstrakt autonomi og kontroll over den medisinske virksomheten med basis i sitt kunnskapsmonopol (Berg, 1991 og 1996). Enkelt forklart var sykepleieren administratoren, mens legen var lederen. Arve referer også til en kultur der man hadde oversykepleier på sykepleier-siden og en overlege på legesiden. Ledelsen var delt mellom disse. Det var todelt ledelse. Vi kan også trekke paralleller til dette i Bjørns uttalelse om manglende enhetlig ledelse.

Jacobsen og Thorsvik definerer profesjonalisering som at organisasjonene «rekrutterer personer som gjennom en langvarig formell utdanning på et område, har fått et helt eller delvis monopol på en viss type jobber» (Jacobsen og Thorsvik, 2019, s. 109). Herunder nevnes både sykepleier og leger. Vi undres over begrepet langvarig formell utdanning. Hva er lang nok utdanning i denne sammenheng? Dersom en sykepleier er leder for legene. Har denne sykepleieren lang nok utdanning til å få legitimitet som leder? Eller vil det resultere i at det oppstår mange uformelle ledere blant personell med medisinfag kompetanse. Gitt at legenes utdanningen er av lengere varighet og på høyere akademisk nivå enn sykepleierens profesjonsutdanning? Arve forteller at hans organisasjon trolig har uformelle ledere i legegruppen, og uttaler at det nok er «mer av dem enn i sykepleiergruppen». Dette kunne være et interessant tema å gå i dybden på, men gitt oppgavens størrelse har vi valgt å ikke forfølge dette.

Jacobsen og Thorsvik (2019) påpeker at høyt utdannede personer motvillig lar seg kontrollere gjennom regler og rutiner. Dersom regler og rutiner skal fungere må disse komme fra profesjonen selv. Styring og ledelse oppleves som lite legitimt av andre, fordi ledelse og stab alltid vil ha mindre kunnskap om hvordan oppgaven bør løses. «Den eneste form for kontroll som profesjonelle opplever som legitim, er den som utøves av andre med samme

profesjonelle kunnskap» (Jacobsen og Thorsvik, 2019, s.109). Utsagnet legger opptil at leder skal ha samme profesjonelle kunnskapsnivå som den han/hun er leder for. Dersom vi ser nærmere på denne påstanden, vil det i utstrakt betydning kunne bety at spesialsykepleiere ikke kan ledes av andre enn en spesialsykepleier, ortopeder vil ikke kunne ledes av andre enn en ortoped, kardiologer vil ikke kunne ledes av andre enn en kardiolog og så videre. Tillater vi oss å strekke resonnetet om at leder skal ha likt profesjonelt kunnskapsnivå som de han skal lede ytterligere, er det et paradoks at nåværende Helseminister har grunnfag i jus og toårig studie i hotelladministrasjon (Storvik, 2018).

En leder med annen profesjonsbakgrunn enn de han er satt til å lede, er ikke i konflikt med spesialisthelsetjenesteloven som sier at det skal være en ansvarlig leder på hver organisatorisk enhet, uavhengig av profesjon (Lovdata, 2019). De profesjonelle vil kunne opptre som uformelle ledere og slik underbygge organisasjonsmedlemmenes opplevelse av at det praktiseres todelt ledelse. Vi har selv opplevd å se dette blant ulike profesjoner i spesialisthelsetjenesten. Et eksempel på dette er sykepleiere med videreutdanning (spesialsykepleiere) som motsatte seg rekruttering av leder uten videreutdanning i aktuelt fag. Begrunnelsen for denne motstanden var, at den nye lederen manglet aktuell spesialisering, og de ansatte opplevde da å skulle bli ledet av noen med lavere utdanningsnivå enn de selv. Lederen hadde med andre ord ikke samme profesjonelle kunnskapsnivå som spesialsykepleierne. Et annet eksempel fra spesialisthelsetjenesten er leder med annen profesjonsbakgrunn enn lege, som blir satt til å lede en legegruppe. På samme måte som spesialsykepleierne, motarbeidet legene denne aktuelle leder da vedkommende ikke hadde samme profesjonelle kunnskapsnivå som dem. Legene mener mente at de med basis i sitt kunnskaps-monopol fortsatt skal ha en utstrakt autonomi og kontroll over den medisinske virksomheten. Disse legene opptrer som ledere uten å inneha den formelle lederrollen. Dag beskriver at dette også er tilfelle i hans organisatoriske enhet. Det er flere uformelle ledere som påpeker at «slik gjør vi det her og sånn skal vi ha det».

Legeleder som har legitimitet som leder kan også miste denne. Vi har selv erfaring med dette, der legeleder kan miste sin legitimitet hvis de ikke samtidig jobber som klinikere. Dette står i kontrast til det vi tidligere har nevnt om rammevilkårene for utøvelse av lederskapet til legeledere. Det er betimelig å stille spørsmål ved om det er ønskelig med legeledere som jobber som ledere i 100% stillinger, eller leger som har kombinasjonsstillinger slik vi har beskrevet over. Gitt oppgavens størrelse har vi valgt å ikke forfølge dette ytterligere.

Vi tror at noe av årsaken til at profesjoner kan vise motstand mot å bli ledet av andre enn egen profesjon, blant annet kan skyldes medarbeiderens manglende tillit til sin leder. Ved lik profesjonsbakgrunn kan man oppleve at medarbeidere har større tillit til at lederen evner å lede basert på sitt faglige skjønn. Dette fordi de da kan oppleve at leder innehar samme fagkompetansen og trolig vil ta sine beslutninger ut fra faglige hensyn. Dersom lederen er lege, kan han/hun dermed framstå med faglig autoritet i beslutningsprosessen. På den annen side, er det slik vi ser det, ikke sikret at en leder med medisinskfaglig kompetanse nødvendigvis tar de riktige og gode beslutninger, sett i lys av sin profesjon. Ofte fins flere faglige hensyn å ta i en sak. Disse skal innbyrdes avveies, og igjen veies opp mot juridiske, personalmessige og økonomiske relevante faktorer. Dersom medarbeideren har tillit til leder uavhengig av fag, er det sannsynlig at de vil stole på at ledere gjør det beste for pasienten, faget, de ansatte og organisasjonen som helhet. Samtidig vil tillit, som tidligere vist, bidra til at det er mindre behov for kontroll og overvåkning, og gi leder større mulighet til blant annet delegering av handlefrihet. Dette underbygger blant annet hvordan kultur, uttrykt gjennom tillit, og ledelse, gjensidig påvirker hverandre i den helhetlige modellen.

Det er i dag flere generasjoner i arbeidslivet. Våre erfaringer er at medisinskfaglig personell med lang yrkeskarriere, kan virke mer motvillig til å la seg lede av andre med ikke medisinskfaglig bakgrunn. Vi tror dette blant annet kan skyldes en redsel for endring av maktforhold, redsel for tap av yrkes identitet, og skepsis til endring av sosiale bånd. Videre er dette personer som har med seg en nedarvet kultur gjennom mange år, helt tilbake til deres profesjonsutdanning. Den gang de ble utdannet, hadde den medisinskfaglige profesjonsutdanningen trolig mer fokus på at utdanningen var synonymt med å være leder. Vi mener å se en utvikling fra denne «streng» medikratiske tankegangen og over til en større villighet til å la seg lede av andre enn ledere med samme profesjonsbakgrunn som en selv. Det kan dermed synes som det er større fokus på å være delaktig i beslutningsprosessene slik at deres «sak» blir hørt og tatt til etterretning, enn at legene innehar det formelle lederskapet. Sagt på en annen måte, kan det da virke som at legene har et større ønske om å fungere som medisinskfaglige rådgivere, enn å være ledere. Dette mener vi samsvarer med det NOU 1997: 2 «Pasienten først! — Ledelse og organisering i sykehus» sier om enhetlig ledede og bruk av medisinskfaglig rådgivere (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Arve uttaler som tidligere nevnt at dette «er ekstremt krevende, men samtidig helt rett».

Begrepet organisasjonskultur består ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) av grunnleggende antakelser, verdier/normer og artefakter. Artefakter er definert som ting du sier, ting du gjør



eller fysisk gjenstander. Vi har tidligere nevnt at ledere med medisinskfaglig bakgrunn ofte har lederstillinger i kombinasjon med sine kliniske oppgaver, og hvilke utfordringer dette kan gi for utøvelse av lederskapet. Vi mener kulturelle artefakter blant annet kan bidra til å synliggjøre hvilken rolle lederen til enhver tid innehar. Som ett eksempel fra egen arbeidshverdag, har vi observert at ledere med medisinskfaglig bakgrunn bevisst benytter seg av artefakter for å vise hvilke arbeidsoppgaver som er i fokus. Når vedkommende leder jobber med pasientnære oppgaver, jobber han/hun i arbeidsuniform (hvitt), mens når han/hun jobber med lederoppgaver synliggjøres dette ved at vedkommende kler seg i sivil tøy. Vi tror årsakene til denne bruken av artefakter er et forsøk på at lederen selv legger til rette for sitt lederskap, og tydelig ønsker å signalisere skillet mellom klinikk og ledelse. Andre måter å bruke artefakter bevisst på, er at leder kan vise sin tilgjengelighet ved åpen versus lukket kontordør. En åpen dør vil her kunne symbolisere at lederen er tilgjengelig for sine medarbeidere og at det bare er å komme inn, mens en lukket dør kan være et tydelig tegn på at lederen ikke vil forstyrres eller ikke er tilgjengelig.

#### 5.4 Organisasjonsadferd og prosesser

Krav, forventninger og rammebetingelser for helsetjenesten endres fra år til år, og det enkelte helseforetak bør fortløpende vurdere om den organisering man til enhver tid har, er egnet til å løse samfunnsoppdraget. Å gjøre endringer i organisasjonsstrukturen kan bidra til å oppnå bedre pasientflyt, økt samhandling, bedre styring av den totale ressursmengden, og påvirke organisasjonskulturen. Dette bekrefter det vi tidligere har beskrevet om Jacobsen og Thorsvik (2019) sin helhetlige modell, og hvordan elementene i denne gjensidig påvirker hverandre. Flere av våre informanter forteller om ulike typer endringer og hvordan dette har påvirket deres lederskap.

Arve sier: «Organisering er ikke en permanent tilstand, det er et verktøy som man bruker for å nå et mål». Han har selv gjort beviste endringer i sin organisasjon. Disse endringene er av organisatorisk strukturell art og endringer som er gjort som følge av strategisk rekruttering. Arve mener at endringer er viktige og nødvendig, enten du har en dypere hensikt eller at du rett og slett bare gjør det. Arve understøtter dette ved å uttale at organisasjoner har godt av endring og at det er viktig med nye impulser blant annet i form av rekruttering av nye ledere. Dette mener vi trolig vil kunne bidra til at organisasjonen i større grad vil ha evne til å tilpasse

seg nye impulser fra omgivelsene og hindre at organisasjonen blir for rigid og gammeldags. Sagt på en måte, kan en organisasjon som ikke er endringsvillig oppleve å bli «satt», og dermed få medarbeidere som over tid etablerer allmenngyldige grunnleggende antakelser. De har etablert en sannhet, en kultur, på hvordan organisasjonen bør fungerer i praksis. Noe som igjen kan bidra til at det oppstår uformelle ledere som uttaler som beskrevet tidligere: «Slik gjør vi det her og sånn skal vi ha det».

En måte å motarbeide at det vokser frem slik uformelle ledere kan være å gjennomføre endringer i organisasjonen. Arve uttaler: «De har ikke godt av å sitte i lenestolen hele tiden, man må heller gjøre noen endringer». Både de strukturelle og kulturelle endringene påvirker Arves lederskap ved blant annet å bidra til det han uttaler som kortere vei til beslutning, til forbedret samhandling og koordinering mellom de ulike organisatoriske enhetene i organisasjonen. På den annen side ser Arve at dette også utfordrer organisasjonen og dens kultur. De strukturelle endringene medfører at ulike kulturer og ledelsesstrukturer skal smelte sammen til ny felles kultur. Dette underbygger, som tidligere nevnt, det Jacobsen og Thorsvik (2019) beskriver i sin litteratur. Der understreker de at det ikke er automatikk i at endringer i ett forhold i den helhetlige modellen nødvendigvis følges av endringer i et annet.

Alle endringer i en organisasjon kan true dens stabilitet og forutsigbarhet, og møter ofte motstand. Denne motstanden er en rasjonell reaksjon fra enkeltindivider og grupper (Jacobsen og Thorsvik, 2019). Bjørn og Dag beskriver at det er vanskelig å bryte en nedarvet kultur og opplever å stadig møte motstand mot forslag til endringer. Dag forteller at det handler vel så mye om redsel for slike endringer og uttaler: «Man har jobbet på en bestemt måte i lang tid. Man vil ikke gå til noe som man ikke vet hva er». Bjørn forteller at dette påvirker hans lederskap på en slik måte at han noen ganger føler resignasjon og beskriver det som at han noen ganger har «møtt litt veggen». Jacobsen og Thorvik (2019) mener at motstand mot endring ikke trenger å være dysfunksjonell. Motstanden har ofte utgangspunkt i at man forsvarer det som er kjent og som man mener fungerer godt og riktig.

Vi mener at organisasjonen og ledere kan legge til rette for å redusere slik motstand. Dersom du som leder ønsker å gjennomføre endringer, bør du involvere dine medarbeidere slik at de blir gjort kjent med utfordringen og får en forståelse for nødvendigheten av endringen. Endring velger vi å sidestille med forbedringer da vi mener at man alltid ønsker å endre til noe som er bedre enn utgangspunktet. Som et bidrag til dette arbeidet kan vi se til Helse Nords

satsning på forbedringsutdanningen QI nord. QI nord er et regionalt program som skal gjøre deltagerne rustet til å sette i gang og lede forbedringsarbeid. Utdanningen er praktisk orientert, og deltagerne må ha med seg et forbedringsarbeid fra egen organisatoriske enhet som de skal jobbe med i opplæringsperioden. Forbedringsarbeidet skal være forankret i egen organisatoriske enhet, og det må etableres et team rundt forbedringsarbeidet. Egnede prosjekter vil være forbedring av eksisterende praksis, innføring av nye rutiner, tjenester eller behandlingsforløp, og bør spesielt vurderes opp mot satsningsområdene i foretaket (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2020).

Enhetlig ledelse er ikke til hinder for at oppgaver kan delegeres til medarbeidere. Å delegere forbedringsoppdrag til såkalt forbedringsagenter fraskriver ikke lederen hans totalansvar. Vi har valgt å se på disse agentene som leders rådgivere, eller som Carl omtaler som lederens for-lengede arm ut i den kliniske hverdagen. Disse agentene skal etablere team som skal bistå i forebrings-/endringsarbeidet. På denne måten kan man sikre involvering og at medarbeidere med høyt profesjonelt kunnskapsnivå får mulighet til å være delaktig i prosessen. Jamfør det vi har utdypet tidligere om behovet for at deres «sak» blir hørt og tatt til etterretning. Vi tenker at en slik tilnærming vil kunne bidra til å redusere det uformelle lederskapet og motstand mot endringer i organisasjonen. Samtidig vil det kunne sikre til at alle involverte parter bli hørt, og på den måte bidra til å lette lederskapet og hindre at ledere skal oppleve det Bjørn beskriver som «å møte veggen».

## 5.5 Forforståelse og forståelse av problemstillingen

Forut for vår studie hadde vi som forskere en forforståelse av at innføringen av enhetlig ledelse og praktisering av denne, fortsatt er utfordrende for spesialisthelsetjenesten. Som nevnt i kapittel 1.2 Formål, undret vi oss over hvem som utøvde den reelle ledelsen når formell leder selv ikke har den medisinskfaglige kompetansen, og hvilke utfordringer dette kunne medføre i utøvelse av lederskapet hos den enkelt leder.

Med bakgrunn i dette valgte vi i vår studie å se nærmere på fenomenet lederes erfaringer med enhetlig ledelse, og hvordan dette påvirker deres lederskap. Vi har vært opptatt av å få frem informantenes subjektive erfaringer og virkelighetsoppfattelse i forhold til fenomenet. Vår opplevelse er at informantene har delt velvillig med oss og vist stor ærlighet i sine

virkelighetsbeskrivelser. Dette mener vi trolig har bidratt til at empirien viser en mer reel beskrivelse av virkeligheten og deres hverdag, enn om informantene hadde svart det de trodde vi som forskere ønsket å høre.

For å tolke vår empiri valgte vi en hermeneutisk tilnærming. Som tidligere nevnt er hermeneutikk læren om fortolkning av tekster (Alnes, 2018). Vi gjennomførte 4 semi-strukturerte intervjuer der det ble gjort opptak som senere ble transkribert i sin helhet. Disse teksten ble deretter bearbeidet og brukt i vår tolkning og analyse. Tolkningen og analysen er sett i lys av vår forforståelse. I tillegg har vårt utdanningsforløp i MBA i helseledelse bidratt til økt innsikt om ulike fasetter knyttet til ledelse i spesialisthelsetjenesten, alt fra økonomi og jus, til inngående undervisning om ledelse. Samlet sett har dette på enkelte områder gitt oss en mer nyansert og ny forståelse av fenomenet, og på andre områder forsterket vår forforståelse.

Med bakgrunn i det våre informanter har beskrevet om sine opplevde utfordringer i utøvelsen av sitt lederskap, har vi fått bekreftet vår forforståelse om kompleksiteten i lederskapet og de utfordringer som ligger i praktisering av fenomenet. Herunder utfordringer knyttet til organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, kontekst og lederroller, og hvordan disse gjensidig påvirker hverandre.

Vi har videre fått en dypere forståelse av at det ikke nødvendigvis er tilstrekkelig, eller behov for profesjonskompetanse for å være en god leder i spesialisthelsetjenesten. Ulike profesjoner har ulikt fokus i sine profesjonsutdanninger. Et eksempel på dette er en sykepleier som i sin profesjonsutdanning trolig vil ha hovedfokus på pleie og omsorg, mens en lege i sin profesjonsutdanning trolig har hovedfokus på diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter. Ledelse i spesialisthelsetjenesten er kompleks og krever muligens mer en kun slik faglig profesjonskunnskap. I tillegg til profesjonskunnskap er det blitt tydeligere for oss at det er et behov for kunnskap og opplæring i forhold til ledelse og hvordan ulike elementer/momentene i en organisasjon påvirker hverandre innbyrdes. Ledere har behov for å se sin organisatoriske enhet i en større helhet, og ha forståelse av organisasjonens kontekst. Det er ikke nok å kun se den enkelte pasient eller det enkelte pasientforløpet. En leder må kunne evne å se den større sammenhengen slik at organisasjonen når sine målsettinger til det beste for alle sine pasienter, og for de i befolkningen som fremover vil kunne ha behov for sykehusets kompetanse.

I lys av våre forskinger har vi også tilegnet oss en ny forståelse av rammefaktorenes betydning for utøvelse av lederskapet i spesialisthelsetjenesten. Ut fra vår analyse kan det synes som om det er et behov, spesielt blant legeleder, for at det legges bedre til rette for utøvelse av lederskapet i form av rammefaktorer, og konteksten lederen skal utøve sitt lederskap innenfor. Her tenker vi blant annet på bruk av delegering og det Mintzberg beskriver som støttefunksjoner.

Vi har gjennom vår forskning fått ett mer nyansert bilde av at det er ulike virkelighetsoppfatninger mellom ledernivåene i spesialisthelsetjenesten. De ulike ledernivåene har, som nevnt ved flere anledninger, ulike perspektiver på opplevelser og forståelser av fenomenet. Vi har videre fått innblikk i vår undring rundt hvem som utøver den reelle ledelsen når formell leder selv ikke har medisinskfaglige kompetansen. Vår empiri beskriver en organisasjonsstruktur som ivaretar kravet om enhetlig ledelse. Informantene derimot, beskriver en praksis der uformelle ledere forsøker å påvirke beslutningslinjer og beslutningstaking. Det kan synes som om dette er mer gjeldende på lavere ledernivå enn på høyere ledernivå.

Gjennom vår studie og vår fenomenologiske – hermeneutiske tilnærming, har vi som forskere på enkelte områder fått en mer nyansert og ny forståelse av fenomenet, og på andre områder forsterket vår forforståelse. Vår forforståelse er med andre ord blitt påvirket av vår fenomenologiske – hermeneutiske tilnærming.

## 6.0 Konklusjon

Vi har i vår studie sett på hvilke erfaringer ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten har med enhetlig ledelse og hvordan dette påvirker deres lederskap. Det er benyttet et kvalitativt forskningsdesign med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming til forskningen. For å finne svar på vår problemstilling ble det gjennomført 4 semistrukturerte intervjuer med ledere fra ulike nivå i spesialisthelsetjenesten. Resultatene fra disse er, i tillegg til våre egne erfaringer og refleksjoner, blitt brukt som grunnlag for den gjennomførte analysen og drøfting.

Våre informanter representerer ledere fra forskjellige nivå i spesialisthelsetjenesten og har stor variasjon i lengden på sin ledererfaring. De har fortalt om sine erfaringer med enhetlig ledelse og vi mener det kommer tydelig frem at informantene har ulik forståelse av innholdet i dette. De har ulik tilnærming til bruk av delegering og støttepersonell, samt uensartet forståelse av hvordan en leder kan benytte seg av medisinskfaglige rådgivere for å ivareta totalansvaret. Vi mener videre det kommer tydelig frem at ledere på lavere nivå har et mer uklart bilde av innholdet i enhetlig ledelse, enn ledere på høyere nivå.

Vår forskning har videre avdekket at de gjeldende organisatoriske enhetene fyller kravet i Spesialisthelsetjenesteloven §3-9 om en ansvarlig leder på alle nivå. Vi ser likevel at dette i praksis oppleves som utfordrende og til dels krevende. Informantene har beskrevet forsøk på styring fra uformelle ledere i sine organisatoriske enheter, og fortalt om uformelle ledere som påvirker, eller forsøker å påvirke både beslutningslinjene og beslutningsstakning. Det kan synes som om påvirkningen fra uformelle ledere er mer utbredt blant våre informanter på de lavere ledernivåene. I tillegg kan det synes som om at det er noe ulikt hvor stor påvirkning uformelle ledere har på lederskapet. Informantene har fortalt at et stort innslag av uformelle ledere kan gi organisasjonsmedlemmene ett inntrykk av at det praktiserer to-delt ledelse, kart og terreng stemmer ikke overens. Vi mener at studiet viser at informantenes erfaringer med enhetlig ledelse påvirker deres utøvelse av lederskap i varierende grad.

Spesialisthelsetjenesten er å anse som en ekspertorganisasjon. Dette er komplekse organisasjoner som i tillegg til krav om medisinsk faglig kompetanse har behov for ledere med gode lederkunnskaper. I et større bilde handler muligens ledelse i spesialisthelsetjenesten

om «spenningene» mellom det faglige virke på den ene siden, og på den andre siden de rammer som faget må utøves innenfor gitt av organisasjonsstruktur, juridiske forhold og økonomi. Å treffe de beste beslutninger og drifte organisasjonen effektivt og kvalitetsmessig på topp, vil trolig være avhengig av konteksten, menneskene i organisasjonen og interaksjonen dem imellom, samt deres felles forståelse av primæroppgavene og de ledelsesutfordringene som finnes i organisasjonen. For å imøtekomme dette, vil det trolig være formålstjenlig å ha større fokus på opplæring og bevisstgjøring av ledere.

Med bakgrunn i resultatene fra vår kvalitative studie vil vi anbefale at en slik opplæring ikke bare fokuserer på begrepet enhetlig ledelse, men også retter fokuset på ledelse generelt og kompleksiteten i lederskapet i spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne bevisstgjøre ledere på blant annet behovet for bruk av delegering, samt bruk av det Mintzenberg omtaler som støttestrukturer. Videre vil det kunne bidra til kunnskap om hvordan ledere bør sette sammen gode lederteam ved å fylle alle lederrollene i Strand sin PAIE – modell. I tillegg vil dette kunne bidra til økt forståelse for hvordan organisasjonsstruktur og organisasjonskulturer påvirker hverandre gjensidig, jamfør Jacobsen og Thorvik sin helhetlige modell. Opplæring og formalkompetanse vil slik kunne bidra til større innsikt og forståelse, og dermed til at ledere blir bedre rustet til å møte kompleksiteten i ledelse og lederskapet i spesialisthelsetjenesten.

Ved hjelp av den fenomenologisk - hermeneutisk tilnærmingen har vi fått bekreftet vår forståelse av kompleksiteten og utfordringene som ligger i praktisering av enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten, men vår forskning og våre resultater må ses i lys av de forbehold som følger av at dette er en liten studie med få informanter, samt den begrensingen som ligger i vårt valg av metode. For fremtidige studier kunne det vært en tanke å gjennomføre mer forskning på hvordan enhetlig ledelse gjennomføres i praksis. Dette kunne blant annet vært gjort ved hjelp av nye studier, basert på observasjoner eller større surveys. En survey kunne for eksempel ha sett på utøvelse av lederskap blant ledere på alle nivå i spesialisthelsetjenesten, enten nasjonalt eller regionalt.

Gjennom vår forskning, er vi av den oppfatning at vi på en god måte, har belyst hvilke erfaringer ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten har med enhetlig ledelse og hvordan dette påvirker deres lederskap.

## 7.0 Litteraturliste

Alnes, Jan Harald. 2018. Hermeneutikk. *Store norske leksikon*. Sist oppdatert 20. februar 2018. Hentet 18. april 2020. <https://snl.no/hermeneutikk>

Armstrong, Michael. 2006. *A Handbook of Human Resource Management Practice*. 10. utgave. London: Kogan Page.

Berg, Ole. 1991. «Medikrati, hierarki og marked» i Album, D. & Midre, G. (red.) *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Oslo: Ad Notam.

Berg, Ole. 1996. Meta-medicine: the rise and fall of the doctor as leader and manager. In Ø. Larsen and B.O. Olsen (Eds.). *The shaping of a profession: physicians in Norway, past and present* (pp. 431 -443). Canton, MA: Science History Publications.

Berg, Ole. 2014. Store Norske leksikon. *Organisasjon*. Sist oppdatert 14. oktober 2014. Hentet november 2019. <https://snl.no/organisasjon>.

Berg, Ole. 2015. Samfunnsvitenskap. *Store norske leksikon*. Datert 23. februar 2015. Hentet 18. april 2020. <https://snl.no/samfunnsvitenskap>

Berg, Ole. Udatert manuskript. «Helseledelse: Å fatte beslutninger for en klinisk organisasjon». Uferdig manuskript.

Dahlum, Sirianne. 2015. Forskningsmetode. *Store norske leksikon*. Sist oppdatert 17. juni 2015. Hentet 18. april 2020. <https://snl.no/forskningsmetode>

Dahlum, Sirianne. 2018. Validitet. *Store norske leksikon*. Sist oppdatert 20. februar 2018. Hentet 18. april 2020. <https://snl.no/validitet>



De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2016. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi. Innledning. Sist oppdatert: 27. april 2016. Hentet 27. april 2020. <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/innledning-formal/>

Ebdrup, Niels. 2012. «Hva er hermeneutikk?» *Forskning.no*, 27. februar. Hentet 11. juni 2020. <https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732>

Friis-Mikkelsen, Mette. 2012. Grafisk framstilling av «Den hermeneutiske spiral», i artikkelen «Hva er hermeneutikk?» av Ebdrup (2012). Hentet 11. juni 2020. <http://forskning.no/filosofiske-fag/2012/02/hva-er-hermeneutikk>

Helsedirektoratet. 2019. «Kostnader i spesialisthelsetjenesten SAMDATA Spesialisthelsetjeneste». Rapport IS-2847. Datert 14. februar 2019. Hentet 30. april 2020. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/is-2847-kostnader-i-spesialisthelsetjenesten/IS-2847%20Kostnader%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf/>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2013. «Rundskriv I-2/2013 Lederansvaret i sykehus». *Regjeringen.no*. Datert 28. mai 2013. Hentet 30. april 2020. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer\\_kta/dokumenter/rundskriv\\_lederansvaret\\_sykehus.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/rundskriv_lederansvaret_sykehus.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2019. «Førstelinjeledere i norske sykehus – en kunnskapsoppsummering». Hentet 30. april 2020. [https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2019/04/Rapport\\_HOD\\_F%C3%B8rstelinjeledere-i-norske-sykehus-en-kunnskapsoppsummering\\_AK.pdf](https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2019/04/Rapport_HOD_F%C3%B8rstelinjeledere-i-norske-sykehus-en-kunnskapsoppsummering_AK.pdf)

Jacobsen, Thorsvik. 2019. *Hvordan organisasjoner fungerer*. 5. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Johannessen, Asbjørn, Tuft, Per Arne og Christoffersen, Line. 2016. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utgave. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Jusleksikon. 2017. «Organisasjon». 29. mars 2017. Hentet 18. november 2019. <https://jusleksikon.no/w/index.php?title=Organisasjon&oldid=7263>.

Kvale, Steinar, Brinkmann, Svend. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lian, Olau. S. 2000. «Behovet for helsetjenester – naturgitt eller sosialt bestemt?» *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 20. januar. Hentet 09. juni 2020. <https://tidsskriftet.no/2000/01/kronikk/behovet-helsetjenester-naturgitt-eller-sosialt-bestemt>

Lovdata. 2018. «Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)». Ikrafttredelse 20. juli 2018. Sist endret 20. desember 2018. Hentet 2. april 2020. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/>

Lovdata. 2019. «Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)». Hentet 30. april 2020. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Malterud, Kirsti. 2017. *Kvalitative Forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Nasjonal Ledelsesutvikling. 2012. Rapport «*Nasjonal Plattform for ledelse i helseforetak*». Mai 2012. Hentet 26. Mai 2020. [https://ekstranett.helsemidt.no/1001/Sakspapirer/sak%2031-13%20vedlegg%20Rapport\\_Nasjonalplattformforledelse\\_web.pdf](https://ekstranett.helsemidt.no/1001/Sakspapirer/sak%2031-13%20vedlegg%20Rapport_Nasjonalplattformforledelse_web.pdf)

Nyeng, Frode. 2018. *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. 2. opplag. Bergen: Fagbokforlaget.

Nyland, Kari, Pettersen, Inger Johanne. 2018. *Penger og helse*. 1. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Pettersen, Inger Johanne, 2018. Ledelse i kontekst. Power Point fra forelesning under MBA i helseledelse i Tromsø, dater 22.11.18.

Postholm, May Britt. 2010. *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kassusstudier*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedepartementet. 1997. NOU 1997: 2 «Pasienten først!— Ledelse og organisering i sykehus». *Regjeringen.no*. Datert 21. januar 1997. Hentet 30. april 2020. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/sec1>

Spehar, Ivan. 2016. «Ledelse i norske helseforetak». *UIO: Institutt for helse og samfunn. Det medisinske fakultet*. Publisert 18. januar 2016. Sist endret 17. februar 2020. Hentet 30. april 2020. <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2016/ledelse-i-norske-helseforetak.html>

Statistisk sentralbyrå. 2020. «69 600 per innbygger til helse» Hentet 30. april 2020. <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/69-600-per-innbygger-til-helse>

Storvik, Anne Grete. 2018. «Høie fikk fylkesmannsjobben». *Dagens medisin*. 26. Oktober. Hentet 21.mai 2020. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/10/26/hoie-fikk-fylkesmannsjobben/>

Strand, T. 2007. *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Svendsen, Lars Fredrik Händler. 2018. Edmund Husserl. *Store norske leksikon*. Sist oppdatert 28. desember 2018. Hentet 19. april 2020. [https://snl.no/Edmund\\_Husserl](https://snl.no/Edmund_Husserl)

Thagaard, Tove. 2018. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 5. utgave. 1. opplag. Bergen: Fagbokforlaget.

Thorsvik. 2019. Forelesning ved studiet Master i ledelse, datert 22.10.19.

Torjesen, Dag Olaf. 2008. *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Dr.polit-avhandling. Universitetet i Bergen. Bergen: Allkopi Ph. [http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/2824/Dr.Av.h.\\_Dag\\_Torjesen.pdf](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/2824/Dr.Av.h._Dag_Torjesen.pdf)

Tranøy, Knut Erik. 2019. Metode. *Store norske leksikon*. Sist oppdatert 18. februar 2019. Hentet 18. april 2020. <https://snl.no/metode>

Ulleberg, Hans Petter. 22.10.2002. Pedagogisk Institutt SVT-fakultetet NTNU. Forelesningsnotater fra Pedagogisk grunnfag, Høst 1999 SVPED 100. *Vitenskapsteori, forskningsmetode og hermeneutikk*. Datert 22.10.2002. Hentet 18. april 2020. <http://www.sv.ntnu.no/ped/hans.petter.ulleberg/vitenskaph99.htm>

Universitetssykehuset Nord-Norge. 2020. Regional forbedringsutdanning –bli en forbedringsagent i 2020. Publisert 22.10.2019. Sist oppdatert 20.03.2020. Hentet 23. Mai 2020. <https://unn.no/kontinuerlig-forbedring/regional-forbedringsutdanning-bli-en-forbedringsagent-i-2020>

Øvreberg, Elisabeth. 2017. «Jentene dominerer profesjonsstudiene». UIT Norges arktiske universitet. 5. mai. Hentet 21. Mai 2020. [https://uit.no/nyheter/artikkel?p\\_document\\_id=517702](https://uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=517702)

## 8.0 Vedlegg

Vedlegg 1 Godkjenning fra Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD)

### **NSD Personvern**

**20.02.2020 08:34**

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 935449 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 20.02.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### **MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

### **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 23.06.2020.

### **LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 2 Intervjuguide

# Intervjuguide

Semistrukturerte intervjuer med ledere fra ulike nivå i Spesialisthelsetjenesten.

Spørsmål:

1. Hvor lenge har du vært leder?
2. Hvordan forstår du / hva legger du i enhetlig ledelse?

Stikkord for samtalen hvis behov:

- a. Profesjonsuavhengig ledelse
- b. En ansvarlig leder på hvert nivå
- c. Hvis mulighet til å deiligere, men du er fortsatt ansvarlig
- d. Rådgivere / ass. i stab og ansvarlinjer

3. Hvordan praktiseres dette i din klinikk / avdeling / enhet/organisasjon?

Stikkord for samtalen hvis behov:

- a. Beslutningsmyndighet
- b. Arbeidsfordeling og spesialisering
- c. Koordinering – tilpasning, direkte tilsyn, standardisering, normer, horisontal ordning for samarbeid
- d. Styring og kontroll – rekruttering, sosialisering, disiplin

4. Positive erfaringer. Hvilke positive erfaringer har du med utøvelse av enhetlig ledelse?

Stikkord for samtalen hvis behov:

- a. Beskriv hva som fungerer
- b. Beskriv positive effekter av enhetlig ledelse i din organisasjon

5. Hvilke utfordringer har du erfaring med i utøvelse av enhetlig ledelse i din organisasjon?

Stikkord for samtalen hvis behov:

- a. Kultur?

- Tilhørighet og felleskap
  - Motivasjon
  - Tillit
  - Samarbeid og koordinering
  - Styring
- b. Uformelle ledere?
- c. Stemmer kart og terreng?
- d. Ville du gjort noe annerledes?
6. Beskriv hvordan enhetlig ledelse direkte / indirekte påvirker ditt lederskap?
7. Hva ville du evt. endret / gjort annerledes / forbedret i forhold tema?



## Vedlegg 3 Informasjonsskriv

### **Vil du delta i forskningsprosjektet ” Erfaringer med enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten ”?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på erfaringer knyttet til enhetlig ledelse og hvordan lederskapet utføres. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

I forbindelse med masteroppgaven på studiet MBA i Helseledelse ønsker vi å se nærmere på erfaringer knyttet til enhetlig ledelse og hvordan lederskapet utføres.

#### Problemstilling:

*Hvilke erfaringer har ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten med enhetlig ledelse og hvordan påvirker dette deres lederskap?*

Vi ønsker å benytte semistrukturerte intervjuer med ledere fra ulike nivå i spesialisthelsetjenesten.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Nord universitet er ansvarlig for prosjektet.

#### Veileder:

*Pål Andreas Pedersen*

*Professor ved Handelshøgskolen*

*Mail: [pal.a.pedersen@nord.no](mailto:pal.a.pedersen@nord.no)*

*Tlf. +4775517239*

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Vi ønsker å benytte semistrukturerte intervju med ledere fra ulike nivå i spesialisthelsetjenesten. Informantene er rekruttere fra egen helseregion. Vi ønsker 4 informanter.

Informantene er valgt med bakgrunn i sitt ledernivå. Dette for å få innblikk i informantens erfaringer knyttet til enhetlig ledelse og hvordan lederskapet utføres på aktuelt nivå.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Vi ønsker å benytte semistrukturerte intervju med 7 spørsmål.
- Vi regner med å bruke ca. 30 minutter på intervjuet.
- Vi ønsker å benytte lydopptak.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Masteroppgaven og forskningsprosjektet gjennomføres av:

Linda Karlsen	og	Gunn – Hege Valøy
Mail: <a href="mailto:Lk2@nlsh.no">Lk2@nlsh.no</a>		Mail: <a href="mailto:guk@nlsh.no">guk@nlsh.no</a>
Tlf: 91693834		Tlf. 92661483

Behandling av datamaterialet vil gjennomføres av Linda Karlsen og Gunn – Hege Valøy.

Informantene vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 23.06.20. Personopplysninger og opptak vil bli makulert ved prosjektslutt.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,

- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Pål Andreas Pedersen  
Professor ved Handelshøgskolen  
Mail: [pal.a.pedersen@nord.no](mailto:pal.a.pedersen@nord.no)  
Tlf. +4775517239
- Vårt personvernombud: *[sett inn navn på personvernombudet hos behandlingsansvarlig institusjon]*
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Pål Andreas Pedersen  
Prosjektansvarlig og  
veileder

Linda Karlsen  
Student

Gunn – Hege Valøy  
Student

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Enhetlig ledelse», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

1. å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 23.06.20.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)