

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE323E

Navn: Erick Hong

Kandidatnummer: 123

Hvordan er det å være en legeleder?

En erfaringsbasert studie blant legeledere på
Nordlandssykehuset.

Dato: 26.mai 2021

Totalt antall sider: 86

Til minne om bestefar

«Kunnskap er viktig»

Abstract

In my master's thesis, I have researched what experiences medical leaders at different levels in Nordlandssykehuset have with their leadership. The research question is "what is it like to be a medical leader?"

To find an answer to the research question, I have first done a search on literature and have found relevant theory regarding leadership, organizational structure, organizational culture and communication. They form the basis of my preconception. The theories are briefly summarized in Chapter 2. Furthermore, I have used a qualitative research design with an approach from Grounded theory. Methodological aspects are described in Chapter 3. Four semi-structured interviews were conducted with medical leaders at different levels in Nordlandssykehuset. The interviews were transcribed and presented as a retelling in Chapter 4. The results from the interviews are used as a basis for further analysis and discussion based on my own experiences and reflections as well as relevant literature.

In my study, I find that doctors have a high regard for the medical profession. Leadership for many doctors is intertwined with medicine and many medical leaders choose to remain partially in the clinic even they have endless leadership tasks. Following the introduction of unitary management, the function of the leadership in the healthcare has been strengthened. There are still some myths and prejudices among doctors against leadership, but more and more doctors realize that they should learn more about leadership. I think doctors should have a fundamental change in the attitude where leadership can be more accepted and valued. It will probably be expedient to have a greater awareness of education of leadership in medical school and early in doctor's postgraduate training.

The medical leaders' everyday lives are characterized by various challenges. Limited time is constantly challenging. The employer should offer medical leaders support staff who can relieve medical leader according to their wishes and priorities. Due to the size of the thesis, I have chosen to focus on challenges related to organizational structure and organizational culture. Communication is the key to solving a lot of challenges and a good leader should be

able to communicate in a good way. Trust, relationships and collaboration across professions are topics that are important and worth further research.

Sammendrag

I min masteroppgave har jeg forsket på hvilke erfaringer/opplevelser legeledere på ulike nivå i NLSH Bodø har ved sin ledelse. Forskningsspørsmålet er «hvordan er det å være en legeleder?»

For å finne svar på forskningsspørsmålet, har jeg først foretatt et søk på litteratur og har funnet relevant teori angående ledelse, organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og kommunikasjon. De danner grunnlaget for min forforståelse. Teoriene blir kort oppsummert i kapittel 2. Videre har jeg benyttet et kvalitativt forskningsdesign med en tilnærming fra Grounded Theory. Metodisk moment er gjort rede for i kapittel 3. Det er gjennomført 4 semi-strukturerte intervjuer med ledere på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten. Intervjuene ble transkribert og presentert som gjenfortelling i kapittel 4. Resultatet fra intervjuene er brukt som grunnlag for videre analyse og drøfting basert på mine egne erfaringer og refleksjoner samt relevant litteratur.

I min studie finner jeg at leger er opptatt av fag. Ledelse for mange leger er uløselig med fag og mange leger velger dermed å forbli delvis i klinikken selv om de har uendelige ledelsesoppgaver. Etter innføring av enhetlig ledelse er ledelsesfunksjon i helsevesenet styrket. Det er likevel fremdeles en del myter og fordommer mot ledelse blant leger, men flere og flere leger innser at de bør kunne beherske ledelse. Jeg tror det bør skje en grunnleggende holdningsendring hos leger hvor ledelse kan bli mer akseptert og verdsatt. Det vil trolig være formålstjenlig å ha større søkelys på opplæring og bevisstgjøring av faget ledelse allerede i medisin profesjonsstudium og tidlig i spesialistforløp for leger.

Legeledernes hverdag er preget av ulike utfordringer. Begrenset tid er en faktor som er stadig utfordrende. Arbeidsgiver bør kunne tilby legeledere støttepersonell som kan avlaste legeledere etter deres ønske og prioritering. På grunn av oppgavens størrelse har jeg valgt å sette søkelys på utfordringer knyttet til organisasjonsstruktur og organisasjonskultur. Kommunikasjon er nøkkelen til å løse mye av utfordringene og en god leder bør kunne kommunisere på en god måte. Tillit, relasjoner og samarbeid på tvers av profesjoner er temaet som har betydning og er verdt videre forskning.

Forord

Denne masteroppgaven er avsluttende del av 3 årlig Master of Business Administration (MBA) ved Nord universitetet. Oppgaven handler om hvordan det er å være en legeleder. Bakgrunnen for oppgaven er et ønske om å gi leserne et innblikk i hverdag til legeledere i ulike ledelsesnivå og forhåpentligvis bidra til at flere leger vil prøve seg som leder i fremtiden.

Å studere MBA ved siden av jobb og familieliv har vært krevende. Spesielt under en verdens omfattende pandemi som setter begrensinger på flere fronter. Samtidig må jeg si at den har gitt meg en stor personlig og faglig utvikling. I tillegg har jeg blitt kjent med flere likesinnede mennesker på samlinger.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder Johan Olaisen for konstruktive tilbakemeldinger og veiledninger. Jeg vil også takke alle informantene ved Nordlandssykehuset som har stilt opp til intervju. Jeg har lært mye av deres meninger, kunnskap og observasjoner og de har gitt meg mye til å tenke og reflektere over.

Jeg vil rette en stor takk til min arbeidsgiver, Nordlandssykehuset ØNH ved overlege Eggesvik, som har gitt meg mulighet og tilrettelagt jobben for meg.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke mine tålmodige venner og familie som har støttet meg i denne perioden. Uten deres omtanke og bidrag i hverdagen hadde det vært vanskelig å fullføre dette studiet.

Bodø, 26.mai 2021

Erick Hong

Innholdsfortegnelse

Abstract	ii
Sammendrag	iv
Forord	v
Innholdsfortegnelse	vi
1. Innledning	1
1.1 Formål	1
1.2 Bakgrunn.....	1
1.3 Forskningsspørsmål	4
1.4 Avgrensning	4
1.5 Oppgavens oppbygging.....	5
2. Teoretiske momenter	6
2.1.1 Hva er ledelse?	6
2.1.2 Ledere har ulike arbeidsoppgaver	6
2.1.3 Makt	7
2.1.4 Lederstiler	7
2.2.1 Organisasjonsstruktur.....	8
2.2.2 Mintzbergs grunnmodell	9
2.2.3 Det profesjonelle byråkratiet	10
2.3.1 Kultur	11
2.3.2 Hvordan påvirkes kulturen?	12
2.4.1 Kommunikasjon	13
2.4.2 Kommunikasjonsprosess	13
2.4.3 Forståelseshorisont	14
2.4.4 Kommunikasjon og konflikthåndtering	15
3. Metodiske momenter	17
3.1 Forskningsdesign	17
3.2 Grounded theory	18
3.3 Datainnsamlingsteknikk	19
3.4 Utvalg	20

3.5 Rekruttering av informanter	21
3.6 Hvordan ble intervjuet gjennomført	22
3.7 Gjennomføring av dataanalyse	24
3.8 Validitet og reliabilitet	25
3.9 Refleksjon over egen rolle som forsker.....	28
3.10 Etisk problemstillinger	29
4. Funn	31
4.1 Tora	31
4.2 Bjarne	36
4.3 Tormod	39
4.4 Tonje	42
5. Drøfting og analyse	46
5.1 Veien til ledelse før og nå	46
5.2 Legeledernes hverdag: kamp mellom klinikk og ledelse.....	48
5.3 utfordringer til legelederne	53
5.4 Veien tilbake til klinikk?	62
5.5 Enhetlig ledelse. En kald potet?	63
6. Konklusjon	65
6.2 Veien videre.....	65
6.3 Oppgavens svake og sterke sider.....	66
7. Litteraturliste	67
8. Vedlegg	70
Vedlegg 1 Intervjuguide	70
Vedlegg 2 Informasjonsskriv og samtykkeskjema	71
Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD	75
9. Oversikt over figurer	
Figur 1 Lederes ulike oppgaver	
Figur 2 Mintzbergs grunnmodell	

Figur 3 Det profesjonelle byråkratiet

Figur 4 Kommunikasjonsprosess

Figur 5 Konflikthåndtering

Figur 6 Variasjoner i ulike ferdigheter over ulike ledelsesnivåer

Figur 7 Situasjonsbasert ledelse

1. Innledning

1.1 Formål

Jeg vil med denne forskningsoppgaven bidra til å få litt mer innsikt i livet til leger som ledere og avmystifisere en del myter. På den måten kan jeg kanskje bidra til at flere som ønsker å bli ledere, men som kvier seg på grunn av at de har en mindre riktig fremstilling av hvordan det å være en legeleder i realiteten. Helsevesenet står overfor en fremtid med mange utfordringer, og gode ledere er viktigere enn noen gang. Derfor bør sykehusene prioritere å få frem unge ledertalenter og legge til rette for at de kan få utvikle seg til å bli gode ledere.

Formål med den oppgaven er å gi leserne et innblikk i hvordan er arbeidshverdag til legeledere, hvordan/hvorfor en lege har blitt en leder og hva slags utfordring legeleder har møtt og hvordan de har løst de. Fagområder jeg skal fokusere på er ledelse, organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og kommunikasjon. Jeg tar utgangspunkt i boka «Ledelse i små og mellomstore virksomheter» av Erichsen, Solberg og Stiklestad (2017).

Forskningsspørsmål jeg ønsker å svare på er: *Hvordan er det å være en legeleder?*

1.2 Bakgrunn

Leger utgjør en stor gruppe innenfor det norske helsevesenet. De har et stort ansvar innenfor utredning, behandling, forskning, utdanning og ikke minst organisering/ledelse. Helsevesenet er i stadig endring og det er en utfordring for mange å tilpasse seg i stadig nye reformer og forbedringskampanjer.

Det er lite fokus på ledelse som fag på medisinstudiet. Leger som gruppe sitter med mye kunnskap om helse. Det er de som står for diagnostikk, utredning, behandling og oppfølging av en pasient. Dog kan leger fremstå som autoritære og konservative og tidvis har leger jobbet imot ledelse med bakgrunn i fag. Leger er ofte noe motvillige til endring. Det kan virke som at leger som gruppe ikke ønsker å bli ledet av andre, men de ønsker heller ikke å lede andre selv. Det er et kjent fenomen eller myte at når en lege blir leder så blir vedkommende ofte mer og mer fjern fra fag og får mye mer fokus på økonomi. «Han har blitt en av dem». Leger

beskylder ofte sin tidligere kollega for å glemme «hvordan det er å være på gulvet». Hvorfor er det slik?

Leger har ofte fokus på pasienter på individ nivå, det vil si hvordan leger skal behandle en pasient best mulig her og nå. Men leger må ikke glemme at det finnes mer enn en pasient. Vi bor i verdens rikeste land, men ressurser er fortsatt ikke ubegrenset. Leger må også ta hensyn til pasientene som en gruppe. Det vil si at lege må også fordele ressursene slik at det blir mest mulig medisin for flest mulig pasienter. Dette er et samfunnsansvar som legene er blitt mer og mer klar over.

Jeg har jobbet som lege siden februar 2012 og er per i dag overlege i Øre-Nese-Hals (ØNH). Jeg tok medisinsk embetseksamen fra Universitet i Oslo, i desember 2011. En måned senere begynte jeg som turnuslege i Norges nordligste sykehus – Kirkenes sykehus. Året etter jobbet jeg som distriktsturnuslege i en av Norges minste kommuner, Nesseby, med totalt 944 innbyggerne. Etter turnustjenesten fikk jeg jobb på Nordlandssykehuset og tok min spesialisering i ØNH. Veien til å bli spesialist har vært lang og tidvis meget tung. Likevel så har det vært utrolig fargerikt, spennende og ikke minst lærerikt. Jeg har møtt utrolig mange mennesker, både pasienter og kolleger. Folk har kommet og gått. Noen husker du knapt at du har møtt og en del har satt dype spor. Det er uten tvil at jeg ikke er den samme personen som da jeg startet for snart 10 år siden.

Bortsett fra å være interessert i faget syntes jeg ledelse er veldig interessant. Gjennom tiden har jeg møtt flere ledere på ulike nivå i ulike avdelinger. Det er stor forskjell mellom hvordan forskjellige personer er som ledere. Noen ledere er joviale og fremstår som en venn, mens andre fremstår mer autoritær og er ikke like lett å tilnærme seg. Dette reflekteres også i hvordan en avdeling er drevet.

Å være fungerende i en avdeling er utfordrende og det stilles store krav til en leder. Det er flere ting som skal falle på plass for at en avdeling skal drives godt. Helsevesenet endres stadig og det er flere interessenter som er involvert. Det å kunne tilpasse seg ulike endringer har vist seg å være vanskelig. Jeg husker godt hvordan reform «Pakkeforløp kreft» ble mottatt

for 3-4 år siden. Til å begynne med var det motstand og hjertesukk. I dag er det likevel ingen tvil om at «pakkeforløp kreft» har effektivisert kreftdiagnostikk, behandling og oppfølging.

Hva er grunnen til at en avdeling fungerer godt med fornøyde arbeidstakere, lavt sykefravær og høy pasienttilfredshet? Todelt ledelse ble innført i norske sykehus på 1980-tallet. En overlege og en oversykepleier styrte hver enkelt kliniske avdeling, og oppgavene til begge profesjoner var klart definerte. Overlegen hadde overordnet pasientansvar, oversykepleieren styrte pleiepersonell og administrative oppgaver. Innføringen av enhetlig ledelse i 2001 skapte uro grunnet at det ikke lenger var den med høyest faglig rang som alltid skulle lede de ulike kliniske avdelingene. Det har ført til en het debatt om hva slags kvalifikasjoner en leder bør ha. Debatten om en leder burde være lege eller ikke har kjørt fart. I dag ser vi både leger og ikke-leger i ulike ledelsesposisjoner. Er det noe forskjell mellom lederstil blant lege og ikke-leger? Er det virkelig slik at en bør være lege for å forstå hvordan en avdeling skal drives? Er leger kun opptatte av fag og ikke tar hensyn til økonomi? Etter innføring av enhetlig ledelse i 2001, hvordan drives ledelse nå? Er virkelig enhetlig ledelse noe annerledes enn den tidligere todelte ledelsen? Det er stadig flere som bestrider det. Det er flere som har påpekt at leger gjennom sin formelle utdanning krever frihet i arbeidet for å kunne jobbe på en mest effektiv og hensiktsmessig måte. Ofte vil reglement og rutine oppleves som illegitimt siden leger alltid vil ha mer kunnskap om hvordan oppgavene bør løses.

Tidligere studier på feltet har påvist at leger kvier seg til å bli ledere. De påtar seg ofte lederansvar pga «ingen andre vil være det», «jeg blir påpekt» og «jeg er den eneste som kunne». Leger ser ofte ledelse som en forlengelse av klinisk arbeid. Det er ofte vist at de fleste leger som ledere, jobber ikke med ledelse på heltid og som regel er fortsatt i klinisk arbeid (Nordeng, 2017). Det er ofte slik at fag spiller en fortsatt rolle i utvelgelse av en leder i en avdeling og ikke nødvendigvis lederkompetanse eller lederegenskaper. Det er fordelaktig i og med at faglig tyngde gir autoritet og legene har tradisjon i å respektere faglig dyktighet. Beslutninger fra en legeleder med høy faglig kompetanse/autoritet mottas oftest med enighet og lydighet. Ofte er det også slik at leger med størst faglig tyngde, også er de som har jobbet lengst i en avdeling og på den måten kjenner avdelingen best, både avdelingsstruktur og kultur. Det er likevel heller ikke slik at leger som er best på fag er den beste lederen. Ensidig

fokus på fag og uten hensyn til økonomi, ledelse og personal er ikke bærekraftig for en avdeling.

1.3 Forskningsspørsmål:

Hvordan er det å være en legeleder?

Det vil være hoved forskningsspørsmålet. Det er et vidt spørsmål som berører et meget stort tema. Jeg har videre laget noen delspørsmål som skal gjøre intervju og oppgaven lettere å strukturere:

1. Hvorfor/hvordan valgte du å bli leder?
2. Hvordan karakteriserer en leder som har legebakgrunn?
3. Hva slags utfordring har du møtt i forhold til organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og kommunikasjon? Hvordan har du løst de?
4. Hvordan har de opplevd å gå fra klinikk til ledelse?
5. Enhetlig ledelse. Tiden før og etter innføring av enhetlig ledelse.

Det er mange delspørsmål. Tanken er at det skal fange opp flere aspekter av hvordan det er å være en legeleder. Spørsmålene har både bredde og dybde. Det er ikke sikkert at hver informant har et konkret svar til hver av spørsmålene. Informantene har selv lagt en tolkning av de spørsmålene og lagt ulike vekt på de ulike problemstillingene. Det kan være fordi informant ikke har borti de aktuelle problemstillinger eller rett og slett ikke erfart de som et problem. Under intervju har jeg vært forsiktig med å ikke guide informantene men heller la de snakke fritt i forhold til hva de syns er viktig. Det er uansett ikke meningen at informanter skal svare på alle spørsmålene da delspørsmålene er først og fremst ment som et hjelpemiddel til å fange opp de ulike aspektene ved å være legeleder.

1.4 Avgrensning

Forskningsoppgaven er empiridrevet og induktiv. Ledelse er et stort tema. Jeg har tatt utgangspunkt i forskningsspørsmålene som nevnt over. Det sier seg selv at denne MOPP ikke kan si sikkert hvordan en lege skal være en god leder i et komplisert norsk helsevesen. Det er heller ikke meningen da oppgavens hensikt er å belyse hvordan det er å være en legeleder i

dagens helsevesen. Forhåpentligvis kan oppgaven bidra til at yngre legekolleger vil bli mer nysgjerrige, motivert og engasjert i det å være leder.

Oppgaven er avgrenset til lege som er leder fra midtre til øvre ledelsesnivå. Oppgaven mangler informant fra de meste operative legeledere, altså avdelingsoverleger fra ulike spesialiteter. Dette på grunn av undertegnede har personlig kjennskap til flere av dem gjennom klinisk jobb men også på grunn av oppgavens størrelse og begrensning i tid. Oppgavens validitet/generalitet er begrenset i forhold til antall legeleder som er med i studie. Likevel så tror jeg at en vil finne tilsvarende funn på andre sykehus av tilsvarende størrelse i Norge.

Oppgaven har også i stor grad fokus på egenskaper ved legeledere, interaksjon mellom legeledere og andre mennesker og hvordan legeledere har håndtert utfordring i forhold til organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og kommunikasjon. Alle disse temaene er store tema og det er rikelig med litteratur og forskning på de områdene. Oppgaven har som mål å fokusere noe mer på bredden enn på dybden.

1.5 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 presenterer vi oppgavens teoretiske persektiv. Her beskrives begrepene ledelse, organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og kommunikasjon. Det vil bestå av ulike modeller og teorier.

Kapittel 3 handler om forskningsdesign. Her handler det om hvilke vurderinger jeg har gjort om forskningsprosessen og hvilke valg jeg har gjort underveis.

Funn som jeg har gjort under intervju blir presentert i kapittel 4. I kapittel 5 handler det om drøfting og analyse av funnene basert på mine erfaringer, refleksjoner samt relevant litteratur.

2 Teoretiske momenter

2.1.1 Hva er ledelse?

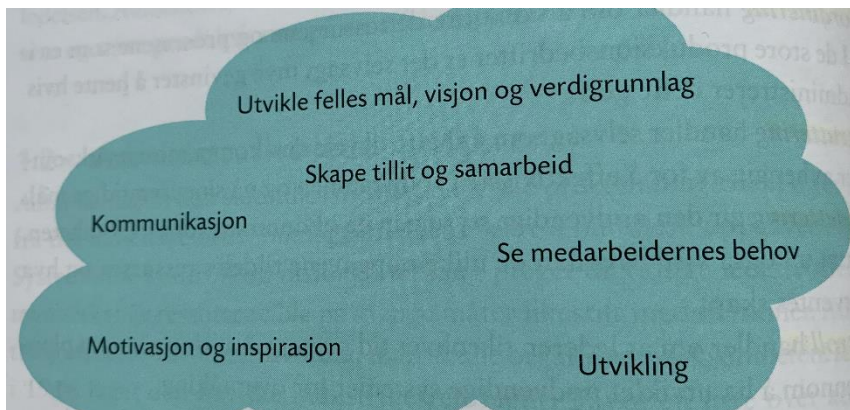
Svaret på spørsmålet varierer fra fagbøker til fagbøker. Det er gitt ulike definisjoner og lagt ulik vekt i hva som defineres i ledelse. Dette reflekterer hvor komplisert ledelse er. Jeg tar utgangspunkt i «Ledelse i små og mellomstore virksomheter» av Morten Erichsen, Frode Solberg og Trond Stiklestad (2017):

«Ledelse handler om å mestre endring. Ledere bruker overbevisning og overtalelse for å skape oppslutning blant medarbeiderne om å nå felles mål. Ledelse kan sees på som en prosess der et individ påvirker en gruppe individer til å oppnå et fellesmål.»

Ifølge Ness (2000) må gode leder:

1. Forme organisasjonen
2. Ta ansvar og løse problemet
3. Uttrykke seg tydelig
4. Ta vare på seg selv

2.1.2 Ledere har ulike arbeidsoppgaver



Figur 1 Erichsen, Solberg og Stiklestad. Viktige ledelsesoppgaver

Lederen må utarbeide en meningsfull visjon og et godt verdigrunnlag for virksomheten. Gode ledere vil også inkludere sine arbeidere med på prosess/vurdering på hvordan virksomhetens visjoner kan oppnås. En god leder er klar over menneskets tre grunnleggende behov: eksistensbehov, relasjonsbehov og vekstbehov. Gode ledere vil legge til rette for at disse tre behovene blir tilfredsstilt gjennom faglig utvikling og mestring.

2.1.3 Makt

Lederen er tildelt makt via sin stilling. Hos Erichsen, Solberg og Stiklestad defineres det forskjellige typer makt:

1. Posisjonsmakt
 - a. Belønningsmakt: Mulighet til å bestemme hvem som får belønning
 - b. Tvangsmakt: Ønske fra arbeiderne om å unngå straff
 - c. Legitim makt: Det makten lederen har gjennom sin tittel eller stilling. «Jeg er din leder og jeg bestemmer»
2. Ekspertmakt: lederens generelle kunnskap, fagkunnskap og erfaring.
3. Referansemakt: Lederens personlighet.
4. Informasjonsmakt handler om lederens kontroll over informasjon.
5. Økologisk kraft: lederens kontroll over teknologi, det fysiske miljøet og organisering av arbeidet.

2.1.4 Lederstiler

Oppgaveorientert:

Vektlegger å få utført virksomhetens mål. Mye av jobben handler om organisering, struktur, planlegging og kontroll.

Relasjonsorientert:

Vektlegger arbeidernes behov. Handler om å motivere og inspirere arbeiderne.

Transaksjonsledelse:

En utveksling eller en byttehandel mellom leder og medarbeider. Det handler om gi og ta.

Transformasjonsledelse:

Ledere styrer medarbeidernes oppmerksomhet mot hensikten og visjonen de arbeider for. Dette baserer seg på motivasjon, innflytelse, individuell støtte eller oppmerksomhet og intellektuell stimulering.

Relasjonsledelse:

Hensikten med relasjonsledelse er å etablere, utvikle og vedlikeholde vellykkete relasjoner. I stedet for konkurranse er det mer fokus på samarbeid. Lederen skal skape mekanismer og gjennomføre tiltak som stimulerer til samarbeid. Det blir da en «vinn-vinn» situasjon for begge parter.

Enhetlig ledelse.

- Ved enhetlig ledelse er det en person som innehar totalansvaret. Dette i motsetning til det som tidligere har vært i norske sykehus med todelt ledelse, der sykepleieren hadde lederansvar for pleie-funksjonene og legen det medisinske lederansvaret.
- Det kan se ut som at innføringen av enhetlig ledelse er et administrativt grep, noe som kan ha bidratt til at avdelingene stort sett blir drevet på samme måte som før enhetlig ledelse ble innført (Nordengen 2017).
- Funnene støtter antakelsen under henholdsvis fagledermodellen og den profesjonelle ledermodellen. Sykepleiere bruker all tid på ledelse, mens legene bruker mest tid på eget fag via klinisk arbeid (Nordengen 2017).

Situasjonsbasert ledelse:

En annen tilnærming. En god leder må tilpasse seg organisasjonens situasjon og tilpasse atferd etter det. Alt etter hva slags situasjon/prosess en organisasjon er i, eller hva slags kompetanse arbeiderne besitter, må en god leder finne ut hva som skal til for at medarbeiderne skal lykkes. Det illustrerer kompleksiteten til lederrollen. Det finnes ingen oppskrift da alle organisasjoner/prosjekter er komplekse og situasjoner er forskjellige.

2.2.1 Organisasjonsstruktur

“En organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål” (Jacobsen og Thorsvik, 2019).

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. 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 Thorvik, 2019).

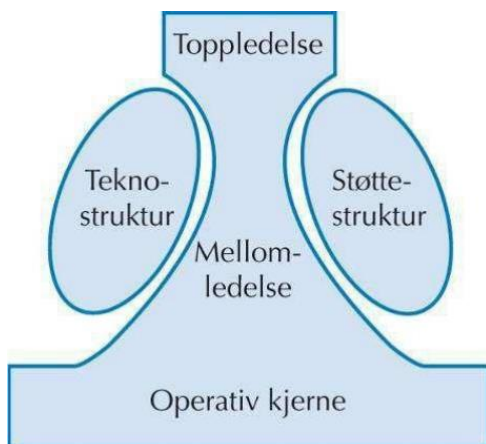
Organisasjonsstruktur danner i stor grad utgangspunktet for hvordan ulike arbeidsoppgaver en avdeling skal løse. Hver avdeling må gjøre en vurdering i forhold til hvor spesialisert de skal være. Det kan være stor forskjell mellom hva en avdeling trenger av kompetanse.

Eksempelvis er det stor avstand mellom «Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens» ved Rikshospitalet til «Medisinsk poliklinikk» som fins i nesten hvert norsk sykehus uansett størrelse.

Pasientgrunnlag, tilgang til andre avd., geografi, politikk og ikke minst rekruttering spiller en stor rolle.

2.2.2 Mintzbergs grunnmodell

Mintzbergs grunnmodell viser hvordan en organisasjon er sammensatt:



Figur 2 Mintzberg grunnmodell

Den operative kjernen er de som utfører tjenestene rettet direkte mot brukerne. I et sykehus er det hovedsakelig leger, sykepleier, og hjelpepleier osv.

Toppleidelse er de som har den totale oversikt og til syvende og sist har ansvar over organisasjonen. I et sykehus kan det være administrerende direktør, avdelingsoverlege og klinikkoverlege, alt etter hvordan organisasjonen er organisert.

Mellomledelse er personer som står mellom toppleidelse og den operative kjernen. Denne gruppen har hovedansvar for å føre tilsyn og binde toppleidelse til den operative kjernen. Ved et sykehus kan det være ulike enhetsleder.

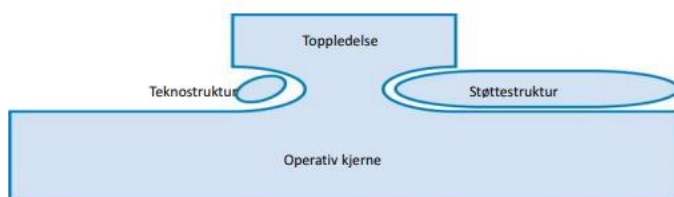
Analysestab inngår ikke direkte i produksjon. De kan utforme planer, lage rutiner og drive opplæring. I et sykehus er det relativt lite av analysestaben. Forklaringen ligger enkelt i at i sykehus er det ulike profesjoner med stor grad av autonomi. De er i stor grad flink selv til å ivareta disse virksomhetene.

Støttestab består for eksempel av merkantile, regnskapsførere, HR og andre støttepersonell. (Høst, Ledelse i helse- og sosialsektoren)

Legeleder sitter i ulike posisjoner i et sykehus. De kan være leder for kun leger, men kan også være leder for flere profesjoner.

2.2.3 Det profesjonelle byråkratiet

Sykehus 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. Sykehus kjennetegnes ved det profesjonelle byråkratiet.



Figur 3 Det profesjonelle byråkratiet

Kjennetegnes ved:

- Desentralisert byråkratiet. Faglig spørsmål er delegert til de ansatte. Leger, sykepleiere, fysioterapeuter, sosionomer og ernæringsfysiologer vet godt hvordan de skal løse ulike arbeidsoppgaver. Det gir raskere problemløsning og saksbehandling.

- Ulike fagdisiplin er spesialisert og har lang utdanning til å kunne håndtere ulike arbeidsoppgaver. Det kan imidlertid danne grunnlaget for rivalisering og konflikter mellom ulike fagdisiplin. Klassisk ved sykehus mellom leger og sykepleiere er grensen mellom ulike arbeidsoppgaver og ansvar. I tillegg vil fag være dominerende blant ulike profesjoner slik at økonomistyring kan være utfordrende.

2.3.1 Kultur

Interessen for organisasjonskultur startet på 1920-tallet (Gillspie 1991). De som har jobbet på ulike arbeidsplasser kan ofte si at atmosfæren er ulike på de forskjellige stedene. Det kan være at noen arbeidsplasser er opptatt av å være inkluderende med for eksempel felles lunsj, mens andre plasser er medarbeiderne mer preget av det individuelle, hvor hver holder på med sitt og det er lite sosial kontakt.

Organisasjonskultur kan være en avgjørende faktor for en organisasjons suksess. I følge Jacobsen og Thorsvik (2019) hadde vestlig industri mistet store markedsandeler til japanske bedrifter. Mange stilte derfor spørsmål om hva japanerne gjorde til forskjell fra andre bedrifter i verden. Det ble senere skrevet flere bøker som analyserte forskjeller mellom japanske og amerikanske bedrifter. I bøkene kom det frem at japanernes nøkkel til suksess ble beskrevet som "den japanske bedriftskulturen". Det ble derfor antatt at kultur var en viktig faktor for å forklare organisasjoners suksess. Kultur ble derfor sett på som et viktig strategisk fortrinn. En sterk organisasjonskultur som samler medarbeiderne i felles opplevelser av tilhørighet og fellesskap kan være avgjørende for hvor vellykket en bedrift er.

Det er flere definisjoner på organisasjonskultur. 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.»

Jeg viser til hva Jakobsen og Thorsvik legger vekt på:

- Kultur er et sett av meninger som mennesker i et fellesskap har sammen
- Kultur omfatter et system av felles verdier, symboler og meninger i en gruppe
- Kultur er et mønster av felles oppfatninger og verdier som gir mening til ansatte og retningslinjer for hvordan den enkelte bør opptre i organisasjon.

Organisasjonskulturen ser ut til å ha fem generelle effekter på atferd:

- Tilhørighet og fellesskap
- Motivasjon
- Tillit
- Samarbeid og koordinering
- Styring (Jacobsen og Thorsvik 2019)

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 at det er to forhold som må legges til grunn:

1. Sterkt fellesskap kultur
2. Verdier som lojalitet, ærlighet og pålitelighet

2.3.2 Hvordan påvirkes kulturen?

Det vil være spesielt interessant å vite hvordan ulike lederne har jobbet for å påvirke organisasjonen i ønsket retning. Ifølge Jakobsen og Thorsvik er det flere måter en leder kan påvirke en organisasjons kultur:

- Bevisst rekruttering, hvor man velger person som skal passe inn i ønsket kultur
- Sosialisering

- En prosess hvor en ny person lærer hvordan man skal opptre for å bli akseptert og anerkjent.
- Virkemidler kan være interne kurs, bevisst fortelling av historier og myter om organisasjonen, utvikling av egen terminologi, ulike ritualer og seremonier, og utforming av logoer, slagord og sanger om organisasjonen.

Basert på overnevnte kan det virke som at organisasjonskultur er mindre «håndfast» enn organisasjonsstruktur. Mens organisasjonsstruktur er mer synlig via for eksempel et organisasjonskart, er organisasjonskultur mindre synlig og består mer av opplevelser, tanker og meninger. På denne måten kan man kanskje si at organisasjonskultur er ikke noe som er bestemt via et vedtak, en beslutning eller en avgjørelse, men heller utvikles over lengre tid. Kulturen i en organisasjon opprettholdes så lenge medarbeiderne oppfatter den som riktig.

2.4.1 Kommunikasjon

Hittil er det gjennomgått ulike tema som ledelse, organisasjonsstruktur og organisasjonsstruktur, om ikke på en svært forenklet vis. Det siste temaet handler om kommunikasjon.

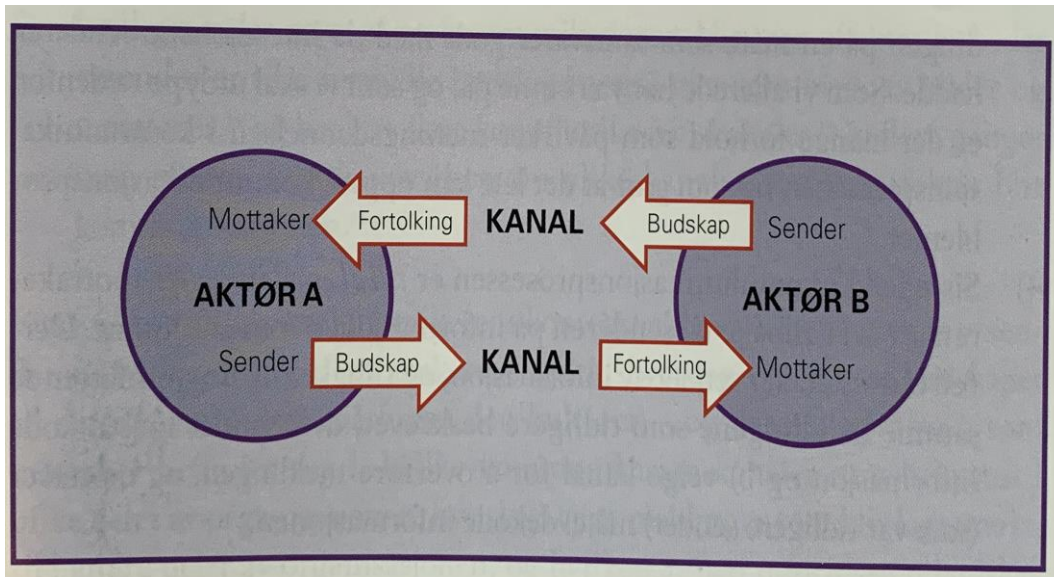
Til en viss grad kan man si at alt handler om kommunikasjon. Mintzberg (1990) har gjort fem forskjellige amerikanske studier som viser at 78 prosent av det ledere gjør er kommunikasjon. Alle de tre første overnevnte tema handler i vid forstand om kommunikasjon på et eller annet vis. Kommunikasjon er «limet» som holder organisasjonen sammen, danner grunnlaget for beslutninger og læring, og skaper mening og samhold. (Jacobsen og Thorsvik 2019).

Kommunikasjon er viktig. I boka «Kommunikasjon og ledelse» av Halvor Nordby poengterer han at de eldre og erfarne vektlegger spesielt at kommunikasjon har mye å si for god ledelse og at mye av problemene kunne vært unngått ved hjelp av bedre kommunikasjon. Karp (2014) beskriver likevel at mange undersøkelser viser at kommunikasjon er et område mange organisasjoner og ledere sliter med.

2.4.2 Kommunikasjonsprosess

Tradisjonelt defineres kommunikasjon som den prosessen der personer eller grupper sender ut eller utveksler informasjon, men også ideer, holdninger, følelse og prioriteringer. Mye av

kommunikasjon er umiddelbart ikke-verbal og utgjøres av kroppsspråket, stemmebruk og andre ikke-verbale signaler.



Figur 4 Kommunikasjonsprosess etter Jacobsen og Thorsvik 2016

Prosesen består av aktør A og aktør B som vekselvis både er sender og mottaker av informasjon. I en kommunikasjon er det også forskjellige kanaler. For eksempel ansikt-til-ansikt, elektronisk eller skriftlig. Deretter må budskap/informasjon som blir formidlet tolkes.

2.4.3 Forståelseshorisont

Halvor Nordby (2009) beskriver begrepet «forståelseshorisont» i boka «Kommunikasjon og helseledelse». Han definerer forståelseshorisont som:

Personens totale sett av subjektive tilstander som oppfatninger, tanker, ønsker, preferanser og verdier.

Videre poengterer Nordby at det er en vesentlig forskjell mellom oppfatninger og verdier. Ifølge Nordby er verdier en type psykologiske holdninger, som er annerledes enn oppfatninger og tanker i den forstand at de ikke er sanne eller usanne. Dårlig kommunikasjon skjer typisk når en helseleder ikke anerkjenner andres verdier som verdier, men kritiserer dem som om de er direkte gjenstand for spørsmål om sannhet eller usannhet.

En god leder må huske at en medarbeider har nødvendigvis ikke samme forståelseshorisont som er den samme som sin lederen. Det kan godt hende at medarbeideren tenker på en annen måte enn det en selv gjør. En god leder må dermed tilpasse sitt budskap til medarbeiderens

forståelseshorisont. På den måten har lederen større sjanse for at medarbeideren faktisk forstår budskapet. I praksis betyr det at en leder må kartlegge medarbeiderens forståelseshorisont før de starter opp med en dialog. Det innebærer også at en god leder ikke bør snakke likt til alle, og alle budskap/informasjon må tilpasses til mottaker.

2.4.4 Kommunikasjon og konflikthåndtering

Riktig kommunikasjon sikrer best mulig konflikthåndtering. Måten man kommuniserer på kan danne både gode og onde grunnlag for løsning. Det bør unngås å kommunisere på en måte som bringer andre i forsvar (Høst 2014). Under følgende situasjoner går man ofte i forsvar:

1. Når man føler at man har blitt vurdert istedenfor beskrevet, når folk dømmer over andre, vurderer skyld og tenker svart og hvitt.
2. Når man føler seg kontrollert av motparten.
3. Når man føler seg utsatt for strategier og spill istedenfor spontanitet, ærlighet og åpenhet.
4. Når man opplever nøytralitet fremfor innlevelse der det skulle ha vært innlevelse, spesielt ved manglende interesse for andres ve og vel.
5. Når man føler seg underlegen i stedet for jevnbyrdig.
6. Når man opplever skråsikkerhet i stedet for en prøvende holdning.

		Utspørring	
		Lavt nivå	Høyt nivå
Meningsytring	Høyt nivå	Selvhevdende	Integrerende
	Lavt nivå	Passiv	Imøtekommende

Figur 5 Forholdet mellom meningsytring og utspørring

Høst (2014) beskriver at en god leder kan kombinere meningsytring ved utspørring for å gjøre kommunikasjon lettere. Med meningsytring menes at en leder forteller hva en tror, vet, ønsker eller føler. Utspørring vil si at en leder vil finne ut hva andre tror, vet, ønsker eller føler.

Det vil danne grunnlag for 4 ulike tilnærminger til kommunikasjon. Hva som er den riktige tilnærmingen er nok situasjonsavhengig. Men Høst anbefaler at i de fleste situasjoner er det nok mest hensiktsmessig å ha en integrerende tilnærming.

Det er vanskelig å skille sak og person. Avmakt, sorg og sinne kan gi grobunn for en klagesak. En god leder bør kunne beklage resultatet selv om behandlingen var riktig. Det å beklage er ikke det samme som å legge seg flat. Det er heller ikke å ta på seg skyld. (Ness, 2000)

3 Metodiske momenter

I metodekapittelet skal jeg gjøre rede for valg av metode, strategi og design som ble benyttet for å besvare forskningsspørsmålet. Videre skal jeg presentere mine informanter og avslutte med å vurdere oppgavens validitet og reliabilitet.

3.1 Forskningsdesign

Bakgrunnen for min studie er interesse og nysgjerrighet for ledelse innenfor helsevesenet, spesielt hvordan leger utøver ledelse. I samfunnsvitenskapelig metodelitteratur skiller det hovedsakelig mellom kvalitative og kvantitative metoder. I kvantitative metoder handler det mye om tall og utfra det målinger og kalkulasjoner beregnes det i statistikk med ulike variabler. I kvantitative metoder har man mulighet for å sammenligne randomiserte studier hvor man kan sammenligne et tiltak/virkemiddel mot et placebo. I kvantitativ forskning er det etter at datainnsamlingen er gjort, ikke gitt at det må være de samme som utfører analysen av dataene. Det er imidlertid annerledes for kvalitativ forskning hvor den som samler inn dataene også bør være den som analyserer og fortolker disse. Teorier, teoretiske antakelser og forskerens forståelse er viktig for utgangspunktet for dataanalysen. Kvalitative data taler ikke for seg selv, de må fortolkes (Johannessen et al., 2011).

Ledelse er komplisert. Svar til forskningsspørsmålene mine baserer seg hovedsakelig på erfaring, opplevelse og subjektive synspunkter. Forskningsspørsmålene mine starter med «hvordan» og «hvorfor» og i liten grad «hvor mye». Innsamlingsdata kan være tekster, lyd eller bilde som gir meningsinnhold. Det er rom for bearbeidelse og tolkning. Jeg hadde vanskelig for å se for meg hvordan tall skal brukes i denne sammenhengen. Jeg har dermed valgt en kvalitativ forskningsstrategi. Ved bruk av en kvalitativ metode ga det mulighet til å fokusere på informanter som jeg hadde tilgjengelig, samtidig som muligheten for å tilpasse problemstillingen underveis var til stede. Dette er i tråd med Grounded theory som jeg skal komme tilbake til senere.

Fra egen arbeidserfaring har det vært mange hendelser og sammenhenger som jeg har fundert og grublet over, spesielt hvorfor enkelte ting har skjedd på akkurat den måten og om det virkelig var en riktig avgjørelse. Det er lett å være dømmende når man står utenfor en

hendelse og ikke har all tilgjengelig informasjon. En hendelse kan også oppleves ulikt fra person til person (Tjora 2017). Jeg har erfart at den samme hendelsen kan oppleves ulikt av ulike personer som har vært involvert i den samme hendelsen. Med denne forståelsen til grunn, syntes jeg at det var spesielt viktig å velge en type kvalitativ metode som var induktiv, og i størst mulig grad reduserer effekten av egne bevisste eller ubevisste fordommer.

Det som også la grunnlaget for mitt valg av kvalitativ metode, var å kunne forstå, beskrive og forhåpentligvis kunne forklare innenfor den rammen jeg hadde satt til min problemstilling. Gjennom forskningsoppgaven har jeg fått en bredere forståelse av hvordan leger utøver ledelse.

3.2 Grounded theory

Jeg har brukt Grounded Theory som metode. Metoden ble utviklet på 1960-tallet av sosiologene Barney Glaser og Anselm Strauss. Grounded Theory er kritisk til at forskeren setter seg inn i teori og tidligere forskning for å kunne utvikle gode problemstillinger og hypoteser. Man blir da farget av teori og ikke av selve dataene eller empiri man har samlet inn.

Grounded Theory egner seg for problemstillinger som er åpne og undersøkende. Det passer min forskning utmerket da mesteparten av mine forskningsspørsmål var hvordan, hva og hvorfor. Grounded Theory legger til grunn at teorien ikke skal være det styrende innenfor forskningen, men at man er åpen i sitt møte med datamaterialet man samler inn, og skaper egne teorier og/eller konsepter. Jeg har på forhånd lest meg opp på en del teorier rundt ledelse blant leger og har på den måten en forforståelse og således et analytisk rammeverk. Dataene jeg har innhentet var den drivende faktoren for oppgaven og dette skulle gjenspeiles seg i funnkapittelet. Jeg hadde en induktiv tilnærming til analysen og i dette ligger det at jeg basert på funnene i datamaterialet går fra empiri til teori.

Likevel mener Tjora (2013) at *selv om «grounded theory» har «et ideal om at teorier ikke skal styre forskningen, blir dette en sannhet med modifikasjoner. Etablerte teorier eller*

forklaringsmodeller innenfor fag og hva som av «forskingsamfunnet» oppfattes som relevante spørsmål innenfor et tema, vil påvirke hva forskeren ser og ikke ser». Jeg forstod godt hva Tjora mente og var hele tiden bevisst på det i hele oppgaven. Jeg mente at jeg har vært forsiktig med å la disse påvirke meg og hadde et åpent sinn da jeg intervjuet informantene mine.

Et viktig element ved grounded theory er at datainnsamling og analyse foregår parallelt. Data må analyseres underveis, slik at forskeren etterhvert kan danne seg en oppfatning om hva som er sentralt i dataene, og derigjennom gjennomføre undersøkelse (Johannesen et al 2011). Jeg analyserte data etter hvert intervju og dannet meg et inntrykk av hva de ulike lederne valgte å fokusere på. Forskningsspørsmålene mine var nokså åpne til å begynne med. Jeg måtte endre på de underveis og til en viss grad snevre inn noe på fokus. Dette gjelder spesielt om tema kommunikasjon som jeg ser at flere informanter har påpekt som viktig. Det ble et ekstra dykk innenfor temaet og jeg har lagt til et eget punkt angående kommunikasjon på teori kapittelet. Det er en gjennomgående trekk at informantenes største fokus er på mennesker. Organisasjonsstruktur og organisasjonskultur viste seg derimot til å være et tema som informantene har en mindre bevisst holdning til men likevel spiller en stor rolle i informantenes utøvelse av ledelse.

3.3 Datainnsamlingsteknikk

Hensikten med kvalitativ undersøkelse er snarere å få mest mulig kunnskap om fenomenet og ikke å foreta statistisk generalisering. Utvelgelse av informanter skulle ikke være representativt, men hensiktsmessig (Johannesen et al 2011). Det vil være naturlig å tenke seg at ledere på ulike nivåer har ulike prioriteringer og dermed forskjellige tilnærminger når det gjelder atferd, strategi og lederstil osv. Jo høyere nivå jo lengre bort fra klinikken er lederen. Spiller det en rolle? Det vil være interessant å se på både likheter og ulikheter mellom ledere på de ulike nivåene. Er det noen egenskaper som går igjen eller er de alle forskjellige? For å besvare på disse spørsmålene og forskningsspørsmålene har jeg valgt direkte intervju med informanter.

Kvale og Brinkmann (2009) karakteriserer det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale

med en struktur og et formål. Formålet er ofte å forstå eller beskrive noe. Hva slags informasjon som samles inn gjennom intervju, er avhengig av de problemstillingene intervjuene skal gi svar på. Problemstillingene kan være:

- *Beskrivende spørsmål* knyttet til konkrete hendelser eller handlinger.
- *Fortolkende spørsmål* om hvordan informantene vurderer, oppfatter og tolker hendelser og handlinger.
- *Teoretiske spørsmål* med sikte på å belyse, forstå, forklare handlinger og hendelser.

Mine forskningsspørsmål er hovedsakelig fortolkende og teoretiske spørsmål.

3.4 Utvalg

Ledelse er et stort fag. For å kunne begrense/avgrense min forskning innenfor ledelse i helse, ønsket jeg å bruke ledelsen på Nordlandssykehuset som en ramme. Hvor mange informanter som trengtes, var avhengig av hvordan jeg fikk belyst forskningsspørsmålene mine, både i forhold til innhold og mengde. Johannessen et al. (2011, s. 108) sier at det er vanskelig å si hva som er nok data, men at man bør ha så mange informanter at intervjuene til slutt ikke tilfører ny informasjon – et såkalt metningspunkt. En utfordring var at tid og oppgavens åpne spørsmål kunne sette en begrensning til å ha nok informanter til å nå det nevnte metningspunktet.

For å få informanter som kunne belyse temaet, måtte jeg lage en strategi for utvelgelse, en form for purposeful sampling som Johannessen et al. (2011) kaller det, gjengitt fra Michael Patton. Min utvalgsstrategi baserte seg på nåværende ansatte i ledende stillinger med ledelsesansvar på ulike avdelinger. I tillegg hadde jeg tenkt på kriterier for å sortere hvordan informantene skulle prioriteres, dersom jeg fikk positivt svar fra flere enn jeg ville ha tid til å intervjuer:

- Avvikende og/eller ekstreme informanter burde inkluderes.
- Ledere med lederansvar for overleger prioriteres foran ledere uten lederansvar for overleger
- Ledere på høyere nivå prioriteres foran ledere på lavere nivå.

Johannessen et al. (2011) sier at ekstreme og/eller avvikende informanter er rike på informasjon fordi de kan beskrive spesielt vellykkede eller mislykkede tilfeller.

Det var på forhånd vanskelig å bestemme hvor mange informanter jeg skulle ha. Jeg har i utgangspunktet beregnet ca. 4- 6 informanter basert på tilgjengelig tid og hva jeg trodde måtte til for å oppnå det såkalte metningspunkt i forhold til informasjon. Det har etterhvert visst seg at tid og omfang av oppgaven er langt større enn det jeg har antatt. Med en verdensomfattende pandemi er det satt betydelig mindre tid hos både ulike legeledere og hos meg selv. Jeg synes likevel at jeg har fått positiv respons hos samtlige legeleder.

Jeg tok utgangspunkt i Bodø sykehus. Det var legeleder for ulike avdelinger ved Nordlandssykehuset. Alle hadde satt av tid og var genuint interessert i tema og ønsket å bidra. Det kunne godt tenkes at det finnes legeledere som har andre synspunkter og meninger. Men basert på den tilgjengelige tiden følte jeg likevel at jeg har fått et godt inntrykk av hvordan det er å være legeleder. Det er også målet med oppgaven, nemlig å danne et inntrykk hvordan det er å være en legeleder.

3.5 Rekruttering av informanter

Rekruttering var basert på personlig rekruttering. Legemiljøet i Bodø er relativt lite. Legeledere jobber som regel i klinikken også. Det at legeleder jobber som regel klinisk ved siden av lederjobb er et generelt trekk ved ulike legeleder og jeg skal komme tilbake til det senere i oppgaven. Gjennom tiden har jeg vært borti de fleste legene gjennom samarbeid med ulike pasienter, møter eller uformelt via for eksempel lunsj på kantina eller en prat i gangen osv. Fordeler med direkte og personlig kontakt er at en unngår at en person kan misforstå, være engstelig, usikker og irritabel osv.

Jeg har brukt en del tid på Nordlandssykehuset sin hjemmeside for å finne et oppdatert organisasjonskart for hele Nordlandssykehuset. Så snevret jeg videre inn og plukket ut hvilke avdelinger som ville være mest egnet. Informantene kommer fra forskjellige klinikk som tilsammen utgjør en stor del av Nordlandssykehuset. Deretter har jeg personlig ringt opp hver

enkelt leder på dagtid. Det var initiert skummelt å ringe i frykt for å bli avvist. Jeg visste godt selv at alle har mye å gjøre og at det ikke var sikkert de var villige til å delta, enten fordi de hadde dårlig tid, ikke ville engasjere seg eller rett og slett ikke ønsket en slik deltakelse. Den frykten ble raskt borte da nesten alle svarte ja umiddelbart. Den raske informantene kunne stille opp dagen etter jeg ringte. Det ble sendt en epost hvor det fremgikk tidspunkt, dato og et kort sammendrag om hva oppgaven gjaldt og hva slags spørsmål jeg kom til å stille. Alle informantene var informert om at de kunne trekke seg når som helst i hele oppgavens periode og det var full anonymisering.

Kjønnsmessig er det 50% dame og 50% man. Det er etter en god blanding og jeg synes det er positivt at begge kjønn er representert.

3.6 Hvordan ble intervjuet gjennomført

Det var en semistrukturert gjennomføring av intervjuene og det ble benyttet en intervjuguide som beskrevet i Johannessen et al (2011). Informantene virket til å føle seg komfortable, trygge og deltok aktivt i intervjuet. Med en semistrukturert oppbygning av intervjuene ønsket jeg å bygge opp en ramme hvor alle de viktige temaene som forskningsspørsmålene berørte skulle bli besvart. Dette for at informasjonen som ble samlet skulle være lettere å strukturere og analysere senere. En viss struktur på intervjuene gjorde også at gjennomføringen av intervjuene ble mer effektiv i og med at alle intervjuene hadde noenlunde samme oppbygning. Dette gjorde at jeg ble mindre «revet» med og sto ikke i fare for å spore av forskningsspørsmålene. Likevel var heller ikke et rigid system hvor det ikke var rom for fordypning eller ytterligere følgespørsmål. Det var rikelig med tid og rom for diskusjon. På den måten forsøkte jeg å komme tett på livsverdenen, eller en verden sett gjennom informantens øyne – ikke min egen. Rekkefølgen på spørsmålene hadde mindre betydning. Spørsmålene jeg stilte tok utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Det var vanskelig å ikke spore av under intervju og det var flere historiske men også dagsaktuelle saker som ble tatt opp. Synspunktene til informantene var i stor grad interessant og lærerikt men av hensyn til sakenes natur og anonymitet til informantene ble de de ikke tatt med under kapittel om funn.

Tjora (2017) sier at dersom man ikke gjennomfører intervjuer ansikt til ansikt, så mister man muligheten til å bruke og lese kroppsspråk. Samtaleaspektet som er viktig for gode intervjuer vil da svekkes. Det ble personlige intervjuer hvor jeg møtte alle informantene ansikt til ansikt. Det var mulighet for å observere og tolke kroppsspråk. På en annen side ville jeg være forsiktig med å tolke for mye og lot ikke særlig stor vekt på det.

Jeg hadde lagt opp til en romslig tidsramme slik at det var nok tid for at informanten fikk utdypet sine synspunkter og refleksjoner. Da jeg sendte forespørsel til informantene la jeg opp til en varighet på 30 minutter per intervju. Dette kunne i første omgang virker kort, men erfaringsmessig så har leger lite tid og mye står på programmet. Jeg var redd for at intervju som varer 45-60 min ville skremme bort en del informanter grunn av stort tidspress. Jeg satte av lengre tid til meg selv og lot heller informantene styre tiden. Det vil si at informantene stod fritt til å bruke lengre tid dersom de ønsket det. Det viste seg i etterkant å ikke være et problem. Alle informantene sa gladelig ja og ingen brydde seg noe særlig om klokka. Det kortest intervjuet varte i 55 min og det lengste varte i 1 time og 22 min. Intervjuet tok slutt da begge partene følte seg ferdig. Det var noen oppfølgingsspørsmål som jeg kom på i etterkant av noen intervju. Det tok jeg enten kort via en telefon eller et kort oppmøte.

En annen fordel med personlig intervju var å redusere sjansen for misforståelser. Det er en del faglige begrep som var basert på litteratur. Det er ikke sikkert informantene har samme forståelse av de ulike begrepene som det er forklart i litteraturen. Eksempelvis kan begrepet «interessenter» bety en ting for informantene og en helt annen i litteraturen. Jeg var forsiktig i hvordan jeg formulerte meg, unngikk fagspråk og hadde et språk som var enkelt å forstå. Det gikk helt ukomplisert.

Et kvalitativt forskningsintervju gir en slags dynamikk hvor begge parter underveis i intervjuprosessen kunne avdekke elementer som både gir meg muligheten til å korrigere intervjustrategien, men også muligheten til å se tidligere intervjuer i lys av den nye kunnskapen jeg har tilegnet meg. Jeg tror at denne dynamikken er spesielt hensiktsmessig når jeg forsker på ledelse, organisasjonskultur/struktur og kommunikasjon. Dette er i tråd med Grounded theory som forskningsmetode.

Jeg informerte om at intervjuene ville bli anonymisert, uten at respondentene la veldig vekt på dette. Flere uttalte at de ikke kom til å si noe her de ikke kan stå for i andre sammenhenger. Flere av respondentene uttrykte glede over å få snakke rundt dette temaet, og de brukte beskrivelser som gøy, moro, spennende, viktig og interessant. Intervjuene ble gjennomført i en hyggelig tone.

3.7 Gjennomføringen av dataanalysen

Jeg tok opp alle intervjuene på diktafon. Det var informantene helt klare over. Fokus var hovedsakelig på informantene og ingenting ble notert ned.

Jeg transkriberte hele intervjuet relativt fort etter hvert intervju. Transkribering av intervju forventet jeg å være en tidskrevende prosess. Jeg skulle transkribere intervjuene ordrett slik at jeg fikk ha en god kontinuitet i behandlingen av data ved å ha det ferskt i minne og for å spare tid. Transkribering skal også inneholde beskrivelser av kroppsspråk, pauser og latter osv. slik Tjora (2017) anbefaler. Disse dataene er verdifulle, men kan likevel bære preg av usikkerhet. Jeg brukte ikke de i noen særlig grad. Dette tror jeg skyldtes at kroppsspråket og hva som ble sagt var sammenfallende og jeg opplevde de ikke til å være motsigende. Jeg oppfattet også mine informanter som ærlige og kapittel om funn baserte hovedsakelig på hva som ble sagt.

Som nevnt under forskningsdesign har jeg valgt «Grounded Theory» som en metode for analyse av kvalitativ data.

Fasene i dataanalyse ved Grounded Theory:

1. Undersøkellesdesign.
2. Datainnsamling
3. Organisering av data
4. Dataanalyse
5. Sammenligning med eksisterende litteratur (Johannesen 2011)

Undersøkellesdesign og datainnsamling er beskrevet tidligere og gjentas ikke her.

Organisering av data foregikk via koding og kategorisering. Koding er en prosess der data

analyseres, konseptualiseres, kategoriseres og bygges opp til en beskrivelse. (Johannessen et al 2011). «Åpen koding innebærer å møte datamaterialet med et åpen sinn, en åpen holdning til hva datamaterialet forteller deg». Jeg forsøkte å legge bort teori, og kun se etter hva datamaterialet forteller meg. Det førte til at jeg kom inn på noe jeg ikke har tenkt på før.

Etter dette var gjort, satt jeg igjen med masse koder, der kodene var dratt ut fra teksten. For å få oversikt over hva jeg skulle jobbe videre med, gikk jeg i gjennom kodene og utarbeidet kategorier. «Kategoriseringen består av å samle de kodene som er relevante for problemstillingen i grupper» (Tjora 2013, s.185). Jeg har sorterte ulike kategorier slik at hvert av forskningsspørsmålene ble besvart. Intervjuene tok lang tid og det er lite hensikt å få med alt under funn kapittel. Jeg har valgt å få frem intervju som en slags gjenfortelling hvor jeg har skrevet ned hva informantene mener. I tillegg er det flere sitater som jeg syns er veldig interessant og lærerikt. De står i kursiv. Fordel med den tilnærmingen er flere. Lesere slipper å bruke lang tid til å lese flere sider av hvert enkelt intervju som ikke alltid inneholder relevant opplysninger. Men samtidig får lesere et inntrykk av hvordan ulike legedere er som person. Alle fire informantene har forskjellige tilnærminger på ledelse, utmerker seg på hvert sin måte og jeg vil si at alle fire har god karakter. Det gjenspeiles godt i deres intervju. Det er flere likheter men også flere ulikheter. Da oppgavens formål er å gi inntrykk og opplevelser syns jeg at det er viktig at informantenes personligheter kommer frem på funn kapittel.

3.8 Validitet og reliabilitet

Alle forskere bør vurdere validiteten og reliabiliteten til sitt eget arbeid.

Reliabilitet stammer fra engelsk «reliability» og betyr pålitelighet (Johannessen et al 2011, s.243). Reliabilitet knytter seg til undersøkelsens data: hvilke data som brukes, hvordan de samles inn, og hvordan de bearbeides. I kvalitativ forskning kan det være vanskelig å tilfredsstillende krav til reliabilitet. I Johannesen et al nevner det 3 hovedgrunn.

1. Ikke strukturert datainnsamlingsteknikk
2. Observasjoner er klart verdiladet og kontekstsvhengig
3. Forsker i seg selv er ikke objektiv.

Disse faktorene vil til syvende og sist føre til at det er umulig for andre forskere å duplisere en kvalitativ forskers forskning, selv med samme data.

Jeg har redegjort en beskrivelse av metoden for forskningsoppgaven for å styrke reliabilitet. I metodekapittelet er det en detaljert beskrivelse av fremgangsmåten, fra informantutvalg og datainnsamling, til analyse. Det blir forklart hvordan jeg foretok en datareduksjon og kategoriserte informasjonen med induktiv tilnærming. Pålitelighet styrkes også ved en solid validitet.

For å vurdere validitet bør man se på to ting. Det første er begrepsvaliditet og det andre er ekstern validitet. Begrepsvaliditet handler om til hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten. (Johannessen et al 2011). Metode for datainnsamlingen, intervjumetode og analyse av transkripsjoner er redegjort overfor. Videre er det viktig å gjøre en vurdering i forhold til informantenes pålitelighet. Her har jeg ingen tvil om alle informantenes pålitelige og ærlighet. Det vil ikke være noe av bevisst metodefeil. Likevel kan det oppstå metodefeil man ikke er klar over.

I Johannessen et al beskrives det ulike former for skjevhet eller metodefeil.

1. Publiseringsskjevhet går ut på at en artikkel med et positivt resultat, ansees å ha større verdi enn en artikkel med negativt eller kontroversielt resultat. Dette mener jeg at jeg ikke har gjort. Som beskrevet tidligere har jeg gått inn i hvert intervju med åpent sinn og var ikke dømmende. Det er flere overraskende svar fra informantene som satt preg på intervju.
2. Utvalgsskjevhet går ut på en gruppe informanter er bevist utelatt. Jeg har tatt med informanter som sitter i lederstilling i forskjellige klinikker som tilsammen utgjør en stor del av Nordlandssykehuset.
3. Klassifiseringsskjevhet oppstår når informantene som er med i en undersøkelse, ikke er de som er egnet til å belyse problemstillingen. I min forskningsoppgave er informantene nøye valgt ut og det er ingen tilfeldigheter. Begge kjønn er også likt representert.

4. Hukommelsesskjevhet. Hele intervjuer er tatt opp på opptak og transkriberes rett etter hvert intervju.
5. Frafallsskjevhet. Det er ingen frafall av informantene. Jeg syns jeg har tilnærmet alle informantene på en trygg og ærlig måte slik det er beskrevet tidligere.
6. Kognitiv skjevhet. Det betyr at jeg kan ha tolket informantene i en retning som støtter mine allerede etablerte synspunkter og holdninger. Min strategi for å motvirke dette har vært å benytte Grounded Theory som metode hvor empirien er styrende. Empirien har vært styrende under hele forskningsprosessen.

Intervjueffekt innebærer at intervjueren påvirker, bevisst eller ubevisst, informantene og deres svar gjennom for eksempel kroppsspråk, antrekk, stemmeleie og holdninger slik at informanten vet hvilket svar som forventes, eller påvirkes på en annen måte (Patel og Davidson 1994). Det er ikke mulig å eliminere bias fullstendig, noe som støttes av Johannessen et al. (2011), og jeg regnet med at mine subjektive vurderinger ville uansett i mer eller mindre grad har innflytelse på hva jeg syntes var viktig. Alle informantene har jeg jobbet direkte eller indirekte med, enten klinikkrelatert eller via uformelt bekjentskap. Det kan tenkes at min oppfatning av disse personene i forkant for intervjuene danner en slags fordom eller forutinntatthet som kan påvirke min tolkning av meningsinnholdet i deres uttalelser.

Lincoln og Guba (1985) beskriver to teknikker som øker sannsynligheten for at forskningen frambringer troverdige resultater:

1. Vedvarende observasjon innebærer å investere nok tid til å bli godt kjent med feltet, slik at man kan skille mellom relevant og ikke relevant informasjon og bygge opp tillit.
2. Metodetriangulering vil si at forskeren under feltarbeidet bruker ulike metoder – for eksempel intervju og observasjon.

Jeg har vært bevisst på disse farene og har fulgt metoder beskrevet overfor av Lincoln og Guba (1985)

Ekstern validitet betyr overførbarhet. Her er det spørsmål om resultater fra et forskningsprosjekt kan overføres til liknende fenomener? (Johannessen et al 2011). Det er utfordrende å gi en objektiv vurdering av kvaliteten i eget arbeid, men jeg kan gi en vurdering

av hvorvidt mine data og funn gir en god representasjon av de fenomenene som jeg har undersøkt. Jeg kjenner de fleste informantene på profesjonell basis og de fremstår som pålitelige og ærlige. Jeg kan likevel aldri vite hvor sannferdige de har vært i intervjusituasjonen. Jeg kan heller ikke vite om det informantene har sagt de gjør, stemmer med hva de faktisk gjør, og i hvor stor grad disse størrelsene eventuelt avviker fra hverandre. Jeg anser mine kilder som troverdige, og jeg anser at mine funn vil være representative med tanke på overføring til andre klinikker i sammenlignbar størrelse.

En svakhet med forskningsoppgaven er det relativt lave antallet informanter. Det følger en naturlig begrensning med tanke på oppgavens størrelse og det er heller ikke meningen at forskningsoppgaven kan gi et endelig svar på forskningsspørsmålene. En annen usikkerhet er om at informantene representerer legeledere generelt godt nok. Dette fordi det finnes klinikker som har en vesentlig annerledes oppbygging og funksjon. Jeg velger likevel å basere forskningsoppgaven på legeledere fra disse avdelingene. Dette for å avgrense oppgavens størrelse, men også fordi de avdelingene til sammen utgjør en relativ stor andel av hele Nordlandssykehuset.

3.9 Refleksjon over egen rolle som forsker

Jeg har et ønske om at oppgaven min kan bidra til å gi et innblikk i hvordan det er å være en leder. Oppgaven kan kanskje demystifisere litt slik at flere leger kan ta steget å bli leder. Jeg håper samtidig også på at mitt bidrag skal være akademisk nyttig, og at oppgaven kan være et grunnlag for å utføre større undersøkelser i fremtiden.

Jeg jobber «på gulvet». Det er ikke uvanlig at jeg har mine egne synspunkter om hvordan et arbeid skal utføres. Likevel må jeg være klar over at det er mye informasjon som jeg ikke besitter. Jeg visste godt hvem informantene var på forhånd. Jeg var bevisst på at jeg ikke skulle forsvare/reklamere mine egne personlige synspunkter, men heller fokuserte på hva informantene hadde å si.

3.10 Etiske problemstillinger

Etikk dreier seg om mellommenneskelige forhold og dermed hva vi kan og ikke kan gjøre mot hverandre (Johannessen et al 2011). Det ville ikke fått noen negative konsekvenser for informantene hvis man valgte å ikke delta eller valgte å trekke seg. Ved gjennomføring av en kvalitativ undersøkelse i form av intervjuer var det viktig å tenke igjennom om spørsmålene som stiltes kunne være for nærgående og truende at de ble uetiske. Informantene burde ikke føle seg presset av undertegnede slik at de ble sittende etterpå med en følelse av at de har dummet seg ut eller gitt oss for mye informasjon. Det handlet om at jeg som intervjuer skulle behandle både den intervjuede og den innhentede informasjonen med respekt.

Det finnes forskningsetiske retningslinjer som kan sammenfattes i tre typer hensyn som forskere må tenke igjennom. Uten å gå inn i detalj på disse nevnes at de tre typene er:

1. Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi.
2. Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv.
3. Forskerens ansvar for å unngå skade (Johannessen et al 2011)

Alle informantene jobber på Nordlandssykehuset og har lederstillinger på ulike nivåer. Det er et relativt lite miljø. Det ville være naturlig at mange ønsker å være anonym i slike undersøkelser, og spesielt når det dreier seg om et tema som ledelse i en organisasjon. Det var viktig å ha full anonymisering slik at følsomme temaer kunne snakkes om. Jeg la stor vekt på å skape trygghet for informantene. Jeg informerte om det fra begynnelsen av slik at de skulle føle seg frie til å gi informasjon om de utfordrende sidene av temaet. Det var full anonymisering av navn og hvor de jobbet. Alle informantene fikk fiktive navn, og det var ikke navn på noen organisasjon eller organisatorisk enhet.

Informanten var opplyst om at de kunne på hvilket som helst tidspunkt velge å trekke seg fra undersøkelsen og at alle data som var innhentet ville da bli slettet. Ved levering av oppgaven ble alle intervjuer, transkripsjoner og innhentet informasjon slettet i sin helhet slik at det ikke ville være noe som kunne knyttes til de involverte informantene i vår forskning. Informantene fikk overnevnte punkt skriftlig via epost og det ble gjentatt av meg muntlig i forkant av hvert intervju for å understreke at jeg tar dette alvorlig.

Til en viss grad kunne en argumentere at full anonymisering svekket studiens pålitelighet og overførbarhet, fordi kilden til data var skjult. Jeg la likevel mer vekt på reell innsikt i fenomenenes virkelighet sett fra informantens perspektiv og anonymisering var et nødvendig grep for å få dette til. En lavere grad av anonymisering ville svekket styrken av funnene i studien.

Jeg var forsiktig i min tilnærming når det gjaldt sensitiv informasjon. Ingen pasientrelatert informasjon var tatt med og var heller ikke særlig relevant i min oppgave. Tema som handlet om dagsaktuelle saker ble ikke tatt opp.

4.0 Funn

I dette kapitlet skal jeg presentere funn etter 4 semi-strukturerte intervju. Intervjuene tok lang tid og det er en enorm mengde med informasjon. Alle fire informantene er unike på hver sin måte. Da et av målene til oppgaven er å gi leserne en opplevelse av hvordan det er å være legeleder, prøver jeg å gjenskape deres karakter ved å presentere funnene som en slags gjenfortelling. Den består av en del meningsfortetning basert på hva informantene sa og en del sitater. Til en viss grad så kan det sies at det vil være tap av informasjon med slik meningsfortetning. Men jeg tror tap av informasjon vil forekomme uansett hvordan man velger å legge funnene frem. Meningsfortetning vil dessuten forbedre leseopplevelse.

4.1 Tora

1. Hvorfor/hvordan valgte du å bli leder?

Tora ble leder relativt tidlig i sin karriere. Hun har vært leder i både primærhelsetjeneste og i spesialisthelsetjeneste. Hun ble spurt relativt tidlig etter ferdig medisinstudium, det vil si ca 2-3 år etter. Bakgrunnen var hovedsakelig at Tora var opptatt av fag og ville påvirke hvordan fag praktiseres. For henne var det viktig å drive frem en god avdeling som kunne gi pasientene de beste behandlingene. Tora var klart på at hun ikke var interessert i det politiske spillet. I tillegg manglet det folk og det var ingen som var villig til å bli leder. Det satt Tora i en utfordrende situasjon. Formelt sett var hun leder i en avdeling, men faglig sett var hun klart mindre erfaren. Det ble en spesiell situasjon hvor hun skulle lede sin eldre kollega samtidig som hun var mindre erfaren faglig og må ofte søke faglig råd. Tora sluttet etter en stund i daværende jobb. Hovedårsaken var at hun syntes at fag ikke ble drevet på en forsvarlig og god måte. Det stridte imot hennes prinsipp/ideal om hvordan avdelingen skulle drives.

Etterhvert begynte Tora i en annen jobb og spesialiserte seg i et fag som hun har brent for siden studiet. Hun ble raskt konstituert som overlege. Etterhvert ble det en tid hvor det skulle skje en omfattende endring i organisasjonsstruktur og Tora sin spesialitet måtte organiseres på nytt. Det ble raskt behov for en leder som skulle lede avdelingen gjennom den omfattende reorganiseringen. Det var i praksis kun to personer som var aktuelle hvorav den ene skulle gå av pensjon. Tora var dermed den eneste som hadde både den faglige tyngden og motivasjon

for å bli leder. Igjen var mye av motivasjon begrunnet i fag. Tora ble raskt utpekt som leder for den respektive avdelingen.

2. Hvordan karakteriserer en leder som har legebakgrunn?

Tora jobber 50% stilling som leder og 50% i klinikk. Tora var tidlig klar på at hun ønsker ikke å gå helt ut av klinikken. Hun tror at leger ofte er så glade i fag at de ønsker ikke å miste det. Mange føler at hvis de blir 100% leder så vil de glemme så mye fag at veien tilbake til klinikken blir vanskelig.

«Etter 3-4 år uten klinisk arbeid er man rimelig udugelig faglig sett.»

Tora er ikke særlig interessert i den administrative del av ledelse. Beregning av lønn, registrering av diverse mål og IKT system osv. er noe som hun ikke interesser seg for. Men hun sier at vaktplan for leger må hun planlegge selv og hun mener at den kan ikke lages av andre. Tora sier at det er kun leger som forstår vaktplan. Det ser ut som at vaktplan er viktig for leger og dette fenomenet understøttes hos flere legeleder. Det var en betingelse fra Tora at hun må få støtte fra det merkantile for å avlaste henne i de administrative delene av lederskapet. Likevel så sier hun at selv om hun får hjelp fra det merkantile så er det så mye å gjøre at hun jobber i praksis minst 130-140%.

Tora mener at legeledere skiller seg ikke så mye ut fra andre ledere som har andre enn medisinsk bakgrunn. Hvis hun skal nevne noe så syns hun at legeledere virker til å være mindre motivert. Tora sier at for sykepleiere kan det å bli leder en karrierestige. Det blir mer lønn og mindre vaktarbeid.

«For leger er det ikke en karrierestige. Det er derimot et sidespor. Det blir klart mindre tid til fag og man må gjøre oppgaver som man i utgangspunkt ikke er lært opp til.»

En del leger opplever også at de ikke får gjennomslag for sine ide/beslutning og føler at de ikke blir hørt. Spillerrommet er mye mindre enn man skulle tro/forvente og man må lære seg det politiske spillet.

3 Hva slags utfordring har du møtt i forhold til organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og kommunikasjon? Hvordan har du løst det?

Det er kanskje en fordel å være lege for å lede leger. Vanskelig for andre med ikke medisinsk bakgrunn å lede leger. Jo lengre opp man er i ledernivå jo mindre viktig er det å være lege. Da er det andre egenskaper som er viktigere. Det er en bra ting å være en god blanding.

Man må lære at man ikke kan endre alt på en dag. Det er viktig å være tålmodig og vite hvordan «spillet» fungerer.

«Å være leder i en offentlig sektor og tror at du skal endre alt i morgen da knekker du nakken. Fordi veggen er for harde til å springe med hode først, men du kan lene på den veggen så kan veggen flytte seg etterhvert.»

«Offentlig sektor endrer seg ikke på dagen. Det er ikke meningen. Men muligheten er der. Man kan ikke krisemaksimere alt. Men burde kunne dokumentere/sifra på en god måte.»

Å ha et mål om å være leder. Man bør ikke være konfliktsky og må ikke la ting skurre og tørre ta opp ting. Viktig å vite hva sin egen rolle er. Man kan ikke løse alt.

En god leder må trives med folk. En del av jobben ved å være leder er å snakke og kommunisere med folk. Det vil si å spise lunsj sammen, gå i korridorene og stikke innom kontoret til ulike folk. Det er viktig at man må kunne danne et nettverk slik at man kan få hjelp når man trenger det.

Tora mener at ledelse er dynamisk hvor man hele tiden beveger seg i en skala fra autoritær til demokrati. Tora nevnte at det er 5 trinn i den skalaen som har to ytterpunkt:

1. Jeg bestemmer (Autoritær)
2. Jeg legger frem et problem, dere diskutere og jeg bestemmer.
3. Jeg legger frem et problem, dere diskuterer, jeg lytter og jeg modererer meg.
4. Jeg legger frem et problem, dere diskuterer, jeg lytter og tar hensyn.
5. Bestemmelse i fellesskap (Demokrati)

Jo mer man involverer andre parter jo mer gjennomslagskraft i en beslutning vil det være. Av og til kan partene være uenige om hva som er den riktige avgjørelsen og da må man avveie hvor viktig saken er. Dersom man er totalt uenig eller prinsipiell uenig så må man vurdere å gå av. Det å jobbe med en sak som lederen ikke har tro på selv er ikke gunstig. Det påvirker lojalitet. Det verste man gjøre er å ta en avgjørelse bak ryggen på noen.

For å være leder må man også kunne det formelle, det vil si juss, regelverk og prosedyrer ved ulike situasjoner. Tora påpeker spesielt at tillitsvalgte har en viktig rolle. Skal man gjennomføre noe så er det viktig at tillitsvalgte er med. Det gjelder fra å finne en løsning i en vaktordning, for eksempel hvordan man skal forberede seg til koronakrisen, til en konflikt mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Tillitsvalgte er ikke ute etter å ta deg, men for å kjempe for rettigheter og godene til arbeidstaker. Det er viktig at en leder skal kunne snakke med tillitsvalgte før en situasjon eskalerer seg. Tora mener at i 98% av tiden er ønske fra arbeidstaker og arbeidsgiver sammenfallende. Dersom partene ikke er enig så er det viktig at tillitsvalgte er involvert slik at det formelle blir ivaretatt. *«Det dummeste man kan gjøre er å ta en avgjørelse alene og trer det overfor arbeidstaker.»*

«Viktig å vite hva som er ditt ansvar og hva som er mitt ansvar.» Man må ikke ta avgjørelse som ikke er din. Så bør man være lojal mot beslutning som er gjort. Hvis ikke blir det ikke bra. Viktig å bringe informasjon både oppover og nedover. Man kan ikke sitte alene og bestemme alt. Man må involvere flere.

Tora sier at den vanskeligste konflikten er når lederen er involvert selv. For eksempel er det mye lettere å løse en konflikt blant sykepleierne enn blant legene. Jo nærmere konflikten er jo vanskeligere er det å løse den. Tora syns at en bør tidlig involvere leder på et høyere nivå. Man bør være bevisst sin rolle. Det er lurt å bruke person fra ulike fag, for eksempel jurist som kan mye om arbeidsrett, tillitsvalgte som kan være et vitne for at juss/prosess er fulgt og hva som virkelig har skjedd i et møte.

Tora poengterer også at i en konflikt er det også viktig å skape jevnbyrdighet. *«Hvis man sitter tre stykker på den ene siden og det er kun en person på den andre siden så vil den ene person kun huske at man er ute etter å bli kvitt dem»*. Det er ikke en måte å løse en konflikt på. @

4. Hvordan har du opplevd å gå fra klinikk til ledelse?

Å være leder er til en viss grad å være ensom. Man kan være med på så mye sosialt man bare vil, men man vil ikke få den intime praten. Det kan være en av grunn til at mange leger ikke ønsker å være leder. Det er mye mer behagelig å være en del av fellesskapet.

5. Enhetlig ledelse. Tiden før og etter innføring av enhetlig ledelse

Tora merket i praksis ikke noe vesentlig forskjell før og etter innføring av enhetlig ledelse. En enhetsleder kan være leder for både leger og sykepleier. En enhetsleder kan være både lege eller sykepleier. Tora mener at selv om det var todelt ledelse før så var det fortsatt hun som satt føring på hvordan faglig rutine skal utøves, det vil si hvordan sengepost, poliklinikk og mottak skal drives. Det faglige er altså i hånden til Tora hele tiden fra todelt ledelse til nå mer moderne enhetlig ledelse. Tora har opplevd å være uformell leder hvor hun har måtte ta flere beslutninger selv om det i utgangspunktet ikke var hennes valg å ta. Det oppleves ikke riktig. Da er det bedre å innta en leder posisjon og ha legalitet. Det har enhetlig ledelse bidratt til.

4.2 Bjarne

1. Hvorfor/hvordan valgte du å bli leder?

Bjarne mener at det var en del tilfeldighet som førte til at han ble leder. Det var få faste ansatte leger på den avdelingen som han jobbet tidligere. Det var mye vikarer og det var kun han som var den eneste faste lege i spesialisering pluss en fast ansatt overlege. Han fikk dermed mye av det administrative ansvaret, deriblant innleie av vikarer, vaktplan og ukeplan osv. «Det ble bare sånn og det var ingen andre der.»

Bjarne sier at han ble tidlig formet av det og ble vant til å gjøre lignende oppgaver tidlig i karrieren. Enten tok han de arbeidsoppgavene eller så ble de ikke gjort.

Deretter ble han ansatt i en stilling som rådgiver for en direktør. Etter en tid ble den direktørstillingen ledig og Bjarne ble oppfordret til å søke og fikk den stillingen. I begynnelsen jobbet Bjarne fortsatt i klinikken, men så fort at den kombinasjon mellom å være kliniker og leder ikke gikk. Det ble stadig konflikter mellom lederjobb og klinikk. Han fikk kollegaer til å dekke opp for ham, men tiden strakk rett og slett ikke til og det ble ikke en god løsning. «Man klarer rett og slett ikke å utføre en 140% jobb på 80% av tiden.» Han gikk deretter over i å bli 100% leder uten klinisk arbeid.

2. Hvordan karakteriserer en leder som har legebakgrunn?

Bjarne synes at legeleder ikke skiller seg så mye ut fra andre ledere med andre faglig bakgrunn. Enkelte legeledere kan ta litt for lett på lederjobben, spesielt på den administrative delen. Eksempelvis anvisning, attestasjon og andre administrative oppgaver. Legeleder setter seg ofte ikke nok inn i disse oppgavene og bare gjør det mens andre leder tar de mer seriøse.

Leger jobber også ofte i klinikk slik at vedkommende må ofte delegerer en del av de administrative jobbene til andre. Det er ikke så vanlig blant ledere som har for eksempel sykepleierutdanning og de jobber ofte i 100% stilling som leder. På den andre siden er det flere sykepleierledere enn legeledere. Det vil dermed også være vesentlig vanskeligere å ta en

overlege helt ut i klinikken enn en sykepleier. Hvis du tar en overlege i en avdeling ut i 100% lederstilling så vet man at det vil være mange pasienter som ikke vil få behandling. Det som vil skje etterhvert, er at den overlegen ofte må ende opp med å behandle dem likevel men da neglisjere lederoppgavene. Man må dermed legge det opp slik at legeledere får avlastning slik at han/hun kan ha mulighet til å gjøre begge deler.

3. Hva slags utfordring har du møtt i forhold til organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og kommunikasjon? Hvordan har du løst det?

Mye handler om å være medisinsk rådgiver, det innebærer å delta på møter sammen med ulike klinikker, gjøre vurderinger som ikke er av ren økonomisk eller administrativ art. Mye av tiden går til samarbeid med Helse Nord RHF, noen ganger opplever Bjarne at han fungerer som en slags oversetter hvor han er bro mellom økonom og kliniker. Han jobber mye med prioritering, det gjelder ulike investeringer, innkjøp av medisinteknisk utstyr, økonomi, satsingsområder og langtidsplanlegging av helsepersonell osv.

Kommunikasjon er vanskelig og viktig. Sier at han blir ukentlig møtt med ting som andre mener han har sagt uten han faktisk har sagt det. Bjarne sier at «Kommunikasjon blir tolket og videreformidlet og deretter kan de bli tillatt en andre verdi enn det var opprinnelig tenkt».

Han sier videre at det å nå ut med informasjon er utfordrende. Det er ulike forventninger blant ansatte om hva som regnes som kommunikasjon. Noen mener at det er ikke kommunisert så lenge ingen har fysisk fortalt de det, mens andre mener at en melding på sykehusets intranettside holder. Folk har ulike behov. Dette gjelder både internt og eksternt. Informasjonskanaler har altså ha stor betydning. Men kommunikasjon er stadig et vanskelig tema. Med ca. 5000 ansatte er det ikke lett å nå alle på en tilfredsstillende måte.

Bjarne synes at det er viktig å tenke langsiktig. Det handler ofte ikke om lite om penger. Bjarne nevner spesielt at spesialister er mangelvare. Man må være tidlig ute og være flinke med rekruttering. Bjarne synes det er viktig at en leder skal ha visjon i sin avdeling. «Hva vil vi med den enheten?» «Hvordan skal vi være om 5 år». En god leder bør ha en stor grad av ydmykhet

i forhold til at de ikke alltid sitter med sannhet selv og må ofte jobbe for å finne den sannheten med andre.

En bør også kunne stå i ubehagelige avgjørelser. Det er ikke rent sjeldent at med en avgjørelse så vil halvparten av staben være misfornøyd uansett. Men å ikke ta en avgjørelse er ofte enda verre. Det er viktig å være ærlig og kunne tørre å si fra, det gjelder spesielt i vanskelig situasjon.

Han har opplevd at leger ikke er like snille med sin leder, i hvert fall hvis lederen også er en lege. Hvis man vil ha en god og lyttende leder så må enhver arbeidstaker, da spesielt leger som en gruppe selv også tenke litt hva de kan bidra med og ikke bare forvente at en leder skal løse alt. Leger som yrkesgruppe har selv et ansvar for å rekruttere flere leger til leder. Bjarne tror at en diskusjon rundt det vil bidra til bedre rekruttering. Det kan bli en slags ond sirkel hvor en lege kan forlenge mye av sin legeleder uten å bidra selv. Vedkommende vil da kvie seg til å være leder i neste omgang i frykt for at vedkommende blir satt i en lignende situasjon.

Bjarne sier videre at leger på generell basis er selv et hinder for at flere leger ønsker å bli leder. Bjarne sier at toppledelsen har et klart ønske om å ha flere leger inne i ledelse. Mange leger vet også relativt lite om hva ledelse dreier seg om og hva det innebærer. Det er dermed mange som kvier seg fordi de ikke vet hva de går til. Leger har generelt også lite opplæring i ledelse og omfang av det leger ikke behersker kan bli veldig stor. Det fører også til flere leger ofte ikke ønsker å ta det steget. Som leder må en også ofte ta upopulære beslutning slik at en blir upopulær blant sine kollegaer som en tidligere har hatt et godt forhold til. Bjarne nevner at det er flere leger som har opplevd at de har mistet omgangskretsen etter de har blitt leder. Relasjon er viktig for leger. Bjarne mener at det er klart viktig at en åpen diskusjon vil være sunt og kan bidra til enighet.

4. Hvordan har du opplevd å gå fra klinikk til ledelse?

Bjarne savner pasienter, spesielt i begynnelsen. Jo lengre han er ute av klinikken jo mer ser han at hans bakgrunn som kliniker er verdifull. Bjarne er klar på at dersom han skal tilbake til

klinikken så må han ha rehabilitering i og med at det har skjedd en god del utvikling siden han var ute av klinikken.

5. Enhetlig ledelse. Tiden før og etter innføring av enhetlig ledelse

Har ikke erfart noe særlig i tiden før enhetlig ledelse. Bjarne støtter enhetlig ledelse. Det krever at en leder kan rådføre med andre som har medisinsk kompetanse. Men det er likevel leder selv som avgjør om vedkommende vil følge den medisinske anbefalinger. Bjarne synes at det i praksis er sjeldent at en leder går imot den medisinske anbefalinger.

Bjarne mener at gjensidig dialog er viktig. Hvis det blir slik at en leder tar den medisinske beslutningen og en annen som tar den økonomiske beslutningen, blir det ikke bra. Da er det bedre at en leder tar begge beslutning og står til ansvar for det. Det er ikke slik at helsevesenet skal bli styrt av økonomi, men hvis en leder ikke tar hensyn til både det faglige, det økonomiske og ikke minst medarbeidere så går det ikke bra.

4.3 Tormod

1. Hvorfor/hvordan blir du en leder?

Da Tormod begynte i spesialisering i Bodø var det få fastleger ansatt i den avdelingen og det var mye vikarer. Han ble raskt selvstendig, måtte lære å ta avgjørelser og måtte ta kontroll. Han fikk dermed mye ansvar og syntes at han hadde til enhver tid god oversikt. Tormod skiltes seg litt ut fra de øvrige legene med at han ble oppfattet som jovial og det ble fort lagt merke til. Han ble relativt raskt leder for avdelingen og dette før han fikk spesialistgodkjenning. På den tiden hadde han hovedsakelig fagansvar, men ikke personalansvar.

Etter spesialistutdanningen ble Tormod spurt om å kunne være leder for en enda større organisatorisk enhet og denne gangen med personalansvar. Tormod etterspurte tidlig om formell lederkompetanse og fikk vært med på et ledelsesprogram. Det synes han var veldig givende og nyttig.

2. Hvordan karakteriserer en leder som har legebakgrunn?

Tormod mener at det er viktig å jobbe som kliniker ved siden av å være leder. «Å være lege og ikke være i klinikken da får man ikke faglig integritet blant legegruppen, det kan hende det er feil, men jeg er av den oppfatningen». Dette skiller legeleder klart fra andre ledere som ikke har medisinsk faglig bakgrunn. Enhetsleder som har sykepleier faglig bakgrunn jobber oftest som 100% leder og jobber oftest ikke i klinikken ved siden av. Tormod derimot tar alle sine vakter på lik linje med andre leger i den avdelingen. Tormod har 3 klinikkdager i uke og resten er satt av til lederjobb. Tormod er likevel klar på at det går utover lederjobben siden han er mindre tilgjengelig. Han har et klart ønske om at han vil gjerne være mer involvert og synlig i de ulike avdelingene, men han har «noob sjanse». Tormod synes også at det er litt trist at man er lite synlig som leder. Men han synes det er vanskelig å løse det. Tormod er veldig klar på at det er en tveegget situasjon hvor ønske om å bli i klinikken kommer i konflikt med å være leder. Det er en pris som han må betale for å være i klinikken.

Tormod jobber 40% som leder og 60% i klinikk, men i praksis så jobber han mye mer enn det. Det at en lederjobb i praksis alltid innebærer vesentlig mer jobb kan være en av grunnene til at flere leger kvier seg å være leder. Det er en grunnleggende holdning som Tormod synes er vanskelig å løse.

Tormod mener at det er helt essensielt at legeleder får støtte fra det merkantile til den administrative delen av ledelse. Det vil nok være tøft for en sykepleier å lede lege i begynnelsen, men blir kanskje lettere etterhvert når lederkompetansen kommer på plass og man får mer erfaring. Legeleder er muligens mer opptatt av pasientrelaterte problemstillinger som for eksempel hvordan man får den beste diagnostikk/behandling/oppfølging mens andre ledere er mulig mer opptatt av den administrative del som for eksempel GAT/turnus.

Legeleder er kanskje flinkere til å ta beslutning. Det kan kanskje begrunnes i både fagkunnskap og personlighet. Leger er generelt mer vant til å ta ansvar. Leger har oftest til syvende og sist ansvar for pasient og tar beslutninger på vegne av pasienter. Disse beslutninger har også ofte stor konsekvens. Slik sett er leger mer rustet eller trent til å ta beslutninger enn andre ledere av ikke medisinsk faglig bakgrunn.

3. Hva slags utfordring har du møtt i forhold til organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og kommunikasjon? Hvordan har du løst det?

Det har vært mer fokus på utdanning av underordnede leger. Tormod har jobbet mye for at den overordnede struktur skal være i orden. Ulike mellomledere er gjort oppmerksom på hvordan utdanning skal foregå. Korona har vært veldig krevende. Det er ikke mindre rom for møte og den faglige diskusjonen.

Man må være god i kommunikasjon. Tormod mener at det er alltid en sender og en mottaker i en kommunikasjon. Det er ikke alltid sender og mottaker har samme begrepsapparat til å forstå i en situasjon. Tormod har et mantra: *«Samme hvor håpløst utgangspunkt for en samtale er så skal både sender og mottaker gå utfra samtale med en øk følelse. Selv i en konflikt. Man må skille mellom sak og person.»*

Tormod sier at en leder må kunne snakke med alle og bør kunne stå opp for en person. En god leder bør støtte de som trenger støtte og bør tørre å si sin mening og være meningsbærer.

4. Hvordan har de opplevd å gå fra klinikk til ledelse?

Tormod tenker ikke noe særlig over det. Han har vært leder lenge og mener at han er slik han alltid har vært. Han er tydelig og det er en refleksjon på at han har med tiden blitt mer trygg på seg selv. Han har ikke noe særlig problem med å si sin mening og være i ubehagelig situasjon som for eksempel personalkonflikt.

5. Enhetlig ledelse. Tiden før og etter innføring av enhetlig ledelse.

Tormod syntes i begynnelsen at enhetlig ledelse var vanskelig å forstå seg på. Han tenkte tidligere at det var legen som var premissleverandør i helsevesen og det burde være legen som bestemmer hvordan helsevesen skal organiseres. Men ved enhetlig ledelse kan hvem som helst i teorien uten medisinsk bakgrunn være leder såfremt en anses til å være kvalifisert. Dersom en uten medisinsk bakgrunn blir enhetsleder må vedkommende også ha en medisinsk rådgiver.

Enhetlig ledelse innebærer personalansvar. «*Personalansvar innebærer rekruttering, konflikter, personalsaker, ferie, sykemelding og alt det fuss.*» Leger generelt er mer opptatt av fag enn personalansvar og det er få leger som er villig til å påta seg det. Men det er slik det har blitt og vi må forholde oss til det.

4.4 Tonje

1. Hvorfor valgte du å bli leder?

Tonje sier at det var litt tilfeldig at hun ble leder. «Det bare ble sånn». Til en stor grad kunne det sies at Tonje var riktig dame til riktig tid i en riktig situasjon. Tonje hadde et ønske om å være med på å påvirke og var ikke redd for å ta ansvar. Hun trives med å være i lederskap. Mangel på mer erfarne leger i avdelingen gjorde at hun fikk lederoppgaver og ble konstituert overlege raskt i sitt utdanningsforløp. Tonje tok imot utfordringen med åpne armer.

Tonje fikk med årene mer ansvar og nye lederoppgaver. Hennes interesse for ledelse gjorde at hun begynte på masterutdanning ved universitetet i etter fullført spesialisering, og hun har tatt flere lederutdanninger siden. Hun har ikke søkt på lederstillinger, men har vært tilgjengelig og positivt innstilt når sykehuset har forespurt henne om å gå inn i ledige lederroller.

2. Hvordan karakteriseres en leder som har legebakgrunn?

Tonje synes at legeledere er generelt samvittighetsfulle. Leger fremstår ofte tryggere på seg selv enn andre ledere med annen bakgrunn. Mange legeledere har ofte lang fartstid innen sitt fagområde, og kan støtte seg til sine fagkunnskaper. De er ofte flinke til å prioritere og får ting gjort.

Kommunikasjon og informasjonsflyt kan være utfordrende for legeledere, og det tar gjerne lengre tid å nå ut med informasjon i legemiljøene enn i andre enheter. Det skyldes nok i stor grad at legeledere er som regel mindre tilgjengelige enn andre ledere. Få legeledere er 100% ledere. De fleste ivaretar sine lederoppgaver 1-3 dager i uka, og bruker resten av tiden på klinisk arbeid. Andre ledere tilbringer mye tid på kontoret sitt, og svarer raskt på mail, telefon og andre henvendelser, mens legeledere går visitt, har poliklinikk eller står i operasjon. Det blir også vanskeligere å stikke innom for å diskutere en saker eller problemstillinger, og noen

prosesser tar følgelig lengre tid.

Legeledere har ofte støtte av merkantilt personell som ivaretar endel administrative oppgaver, eller de kan støtte seg til andre ledere de samarbeider tett med. Et eksempel på dette kan være tidkrevende rekrutteringsprosesser som legelederen har det formelle ansvaret for, men der andre kan utarbeide utlysningstekst og gjennomgå søknader før legelederen involveres ved seleksjon og intervjuer. Det er likevel begrenset hvor hvilke lederoppgaver man kan «outsourc» til andre. Eksempelvis er det å bytte en vakt noe merkantilt personell kan være behjelpelig med. Men å behandle en kurssøknad fra en lege kan være vanskelig for andre å ta stilling til. Trenger den aktuelle legen dette kurset? Har avdelingen behov for denne kompetansen? Hvordan vil legen reagere dersom hen får et nei? Slike spørsmål har innslag av personalledelse kan ikke uten videre outsources.

3. Hva slags utfordring har du møtt i forhold til organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og kommunikasjon? Hvordan har du løst det?

Fag er ofte ikke så utfordrende, men personalansvar er stadig med krevende. Behovet for personaloppfølging er stort, uavhengig hva slags bakgrunn en leder har. På dette området forventes det av legeledere enn tidligere. Det betyr at en legeleder må ha evne og tid til å ta vare på sine ansatte. Det kan dreie seg om å ha en medarbeidersamtale en gang i året, og sykemeldingsoppfølging eller håndtering av konflikter. Den nye generasjonen av legeledere er kanskje ikke bedre på personalledelse enn de eldre, men de er kanskje mer bevisste på formaliteter og bedre til å bruke verktøy og systemer. Forståelse av lederrollen har blitt mer helhetlig, og legeledere er ikke dårligere enn ledere av annen bakgrunn. Men dårlig tid vil alltid være et problem, og noen lederoppgaver blir nedprioritert.

Det er økende krav til rapportering og detaljoppfølging i helsevesenet. Tonje nevner for eksempel at kravene til spesialistutdanning har endret seg betraktelig. Tidligere ble man godkjent spesialist etter 5-6 år innen sitt fagområde, der dokumentasjonskravet var begrenset. I dag er utdanningsplanene svært detaljerte og formelt forankret i kompetansemodule, med krav til dokumentasjon av læringsmål, læringsaktivitet, supervisjon og veiledning. Det er krevende for en legeleder å følge med på utviklingen, spesielt mye er nytt og annerledes fra tidligere. Man kommer ikke utenom å bruke verktøy og systemer som mange leger ikke er begeistret for.

Det kan være utfordrende å finne balansen mellom fag og ledelse i et sykehus. Dersom avstanden blir for stor, mister ledelsen troverdighet og tar dårligere valg. Tonje sier at de har løst dette ved å inkludere flere leger i ledergruppa, og man tilstreber å løfte fram medarbeidere med både lederegenskaper og faglig autoritet i lederposisjoner. Det legger til rette for gode diskusjoner og bedre beslutningsgrunnlag. Den faglige forankringen blir sterkere, og det er sjelden stor uenighet mellom ledelsen og fagmiljøene. Ulempen er at veien til en beslutning tar lengre tid, men til gjengjeld synes Tonje at på den måten har ofte beslutningen en bedre og bredere legitimitet, som igjen fører til bedre gjennomslagskraft. Det kan fortsatt bli støy og suboptimale beslutninger når man ikke har tid til å jobbe på denne måten.

Tonje mener at psykologisk trygghet er helt nødvendig for at folk skal fungere godt i lag.

«Det handler om å ha tillit til at vi vil hverandre godt og vi tør å vise sårbarhet. Hvis man har dette grunnlaget, kan man være uenige uten det blir en konflikt eller anstrengte relasjoner. I fravær av psykologisk trygghet oppstår ofte feiltolkninger, og en tillegger hverandre negative egenskaper. Små problemer og uenigheter blir større enn det de egentlig er.»

Tonje sier videre at det er svært viktig å skape og opparbeide seg trygge relasjoner og tillit i fredstid. «Har man ikke en trygg relasjon i fredstid så har man det heller ikke i en konflikt.» Når man først har en konflikt anbefaler Tonje at man bør snakke ut om saken én-til-én, eller med en leder eller annen tillitsperson til stede. Man bør unngå epost og store møter i slike saker, for å dempe konflikter og unngå misforståelser. Hvis konflikter eskalerer ytterligere bør leder søke bistand for å sikre at prosessen går riktig for seg. Da kan det være aktuelt med formelle og referatførte møter med ledere og tillitsvalgte, for å sikre at alles plikter og rettigheter ivaretas i en vanskelig situasjon.

Tonjes erfaring er at en god prosess er vel så viktig som hvilken beslutning man tar. Dersom prosessen har vært god, vil de fleste være komfortable med utfallet og forholde seg greit til det i etterkant. Dersom den samme løsningen blir presentert uten at berørte involveres, blir det gjerne uro og lite oppslutning for utfallet.

Tonje mener videre at hun tilstreber å være «uformell». Man bør ha liten avstand mellom folk, dette gjelder både mellom leger og pasienter og som leder og medarbeider. Det er viktig

at en leder kan snakke med folk på gulvet og identifiserer seg med folk vedkommende er leder for.

«Man bør ikke være så høyt på strå at folk ikke tør prate med deg.»

Tonje ønsker at folk skal oppfatte henne som ufarlig og en som kan prates med om det man har på hjertet.

Tonje sier videre at hun prøver å gjøre seg overflødig, uten at hun trenger å involveres i alt som skjer. Dette kan man kun oppnå i en velfungerende organisasjon der alle fungerer godt sammen. Både medarbeidere og ledere.

4. Hvordan har de opplevd å gå fra klinikk til ledelse?

Tonje savner klinikken og savner det å bety noe for de enkelte pasientene. Det føles godt å ha gjort noe for pasientene der og da. Tonje tror hun har vært så lenge ute av klinikken at det kan være vanskelig å komme tilbake. Hun mistenker også at hun vil ha for stor trang til å påvirke og endre.

«Ved å være i ledelse mister man den gode følelsen man får av å se at pasienten har blitt bedre og er fornøyd. Som leder ser man ofte ikke resultatet av jobben sin fra dag til dag. Selv om man tar riktig avgjørelser, kan det ta år før man ser den ønskede virkningen. Det som gir gode opplevelser i hverdagen, er når folk utvikler seg og fungerer godt i lag.»

5. Enhetlig ledelse. Tiden før og etter innføring av enhetlig ledelse

Må det være lege som sitter i lederposisjon?

Nei, det viktigste er å være en god leder. Det kan man være uavhengig om man er lege eller ikke, men det forutsetter at man er i stand til å ta til seg råd fra de som kjenner fagene bedre enn man selv gjør. Vi vektlegger å ha ledere som er «flinke med folk». Er man ikke det, er det vanskelig å bli en god leder. Ledelse er et stort fagfelt og det er mye å lære seg.

Lederhverdagen er ikke statisk, og hver situasjon må håndteres på sin måte. Man blir tryggere med tiden, men det blir aldri lett.

5. Drøfting og analyse

5.1 Veien til ledelse før og nå.

Alle legeledere ble ledere relativt tidlig i sin karriere etter endt turnustjeneste. Den tidligste ble leder ca. 0,5 år etter påbegynt spesialisering. Ingen av legelederne søkte aktiv i lederstilling. Det som var gjennomgående var at det manglet kvalifiserte leger på de avdelingene informantene jobbet. Leger var en mangelvare på den tiden, i alle fall leger som var fast ansatt og skulle være i avdelingen over lengre tid. Informantene ble alle spurt om å være i lederposisjon. Dette både på grunn av at de var fast ansatt, men også på grunn av deres personlige egenskaper og ikke minst deres villighet til å bli ledere. Tora nevnte en situasjon der hun var leder for eldre kollegaer organisatorisk sett, men var klart mindre erfaren faglig sett. Dette var en god stund siden og det var en uheldig situasjon, spesielt blant leger hvor fag spiller en stor rolle. Tora fant det til å være noe problematisk. Etter min mening burde det ideelt sett være slik at de eldre kollegaene stilte seg opp som leder. Det at leger ikke ønsker å bli leder, men samtidig viser noe motvilje mot de som velger å bli leder er altså et kjent fenomen langt tilbake i tid. Etter innføring av enhetlig ledelse er lederposisjon profesjonsnøytralt og ikke lenger kun forbeholdt leger. Som følge av det har leger mistet en del viktige posisjoner i helsevesenet. Leger som gruppe bør kanskje reflektere litt selv om hvordan det ble slik. Det kan ikke være slik at leger skal sette premisser for helsevesenet samtidig som de ikke ønsker å være leder som tar ansvar for disse premissene.

Det at alle informantene ble ledere relativt tidlig i karriere har flere årsaker. En av dem er den manglende rekruttering. Det var faktisk ingen andre. Det er umulig å si hvordan det virkelig var på den tiden. Kan det være noen andre som ble spurt, men som takket nei? Det vil vi aldri finne svar på. Vil det si at for å være en vellykket leder bør man være tidlig ute med å være leder? Jeg vil si at situasjonen er annerledes idag. Det rekrutteres flere leger idag enn før. Helsevesenet er stadig mer spesialisert og en spesialitet kan ha flere sub-spesialiteter. Krav til bedre forsvarlighet, økt effektivitet og ikke minst innovasjon og teknologi har ført til at fag blir større og større. Som informantene trekker frem er fag viktige hos leger. Det å ha fag på plass er høyt verdsatt blant leger og leger har en tendens til å respektere leger som er «flinkest i klassen». For å oppnå nok legitimitet vil flere leger velge å være i klinikken lengre for å opparbeide seg mer fagkunnskap og erfaring. Høyere grad av spesialisering fører også til at leger bruker lengre tid til å spesialisere seg. Alle overnevnte fører til at leger stadig dreier

fokus mot fag og ledelse kan rett og slett bli «glemt» oppi det hele. Jeg tror leger finner rett og slett større tilfredsstillelse ved å kunne beherske faget og velger å bli leder først når de har selvrealisert drømmen om å kunne beherske faget. Undertegnede hører nok til de yngre leger på Nordlandssykehuset. Ut fra min kjennskap er det per idag ingen yngre leger i spesialisering som blir konstituert overlege noen år etter endt turnus og heller ingen som tar over rollen som seksjonsoverlege noen år etter endte turnus. De yngre legene blir som oftest først leder noen år etter endt spesialisering, altså blitt overlege først. Det tar lengre tid for en yngre lege å modnes idag enn før.

Et annet gjennomgående trekk var at alle fire legene fikk tidlig administrative oppgaver. Bjarne nevnte at for ham var det slik at enten tok han tak i disse oppgavene eller så ble det ikke gjort. Tormod fikk tidlig ansvar for fag da det var få fast ansatte leger. Det var nettopp på grunn av de fikk tidlig disse arbeidsoppgavene at de har blitt tidlig selvstendige. Jeg vil anta at holdning til en person spiller en rolle hvordan de håndtere slike utfordringer og til en viss grad selekterer ut egnet person til ledelse. Noen vil møte utfordringer med åpne armer, slik som alle de fire informantene gjorde. Men det vil også være leger som ikke tar disse oppgavene med like stor begeistring. Det må også nevnes at ingen av legelederne takket nei til å være leder. Det er en seleksjonsbias i og med at mine informanter er pre-selektert, det vil si at det er kun leger som har takket ja til å være ledere som er med i oppgaven som informanter. Denne seleksjonsbiasen har umiddelbart ingen betydning for oppgavens reliabilitet.

Samtlige informanter har et motiv for at den avdelingen som vedkommende jobber på skal være veldrevet. Det vil si at mye av motivasjon for å være leder går ut på at faget skal kunne utøves på en god måte. Tora sier at hun har en viss standard på hvordan fag skal praktiseres. Da det var en konflikt mellom henne og arbeidsgiver om hva hun syntes var faglig forsvarlig, til slutt valgte Tora å slutte i daværende lederstilling. Det er ikke en overdrivelse å si at leger verdsetter faget høyt. Motivasjon ser ut til å spille en stor rolle for å bli leder. Alle informantene er motiverte ledere. Det er krevende å være legeleder i dagens helsevesen og jeg tror umotiverte ledere ikke forblir i lederposisjon over lengre tid.

Jeg tror at både motivasjon og holdning har stor betydning for de legene som velger å bli leder. Det gjelder både før og i enda større grad i nåtid. Jeg har nylig blitt overlege i ØNH. Som nevnte overfor så er medisin blir så avansert at det er enormt mye å lære selv en har blitt overlege. Jeg er ikke sikker på at en gjennomsnittlig nyutdannet overlege vil være noe særlig interessert i å gå rett over i lederstilling. Medisin som fag frister langt mer enn ledelse. Likevel tror jeg at norsk helsevesen trenger mer leger i ledelse. Dorgan S, Layton D, Bloom N et al (2010) finner at de sykehusene som blir drevet best, har ledere med medisinskfaglig bakgrunn. En nærliggende forklaring er at dybdekunnskap om kjernevirksomheten er viktig for å kunne gå inn i lederfunksjoner på sykehus. Før var leger nødt til å bli ledere fordi ingen andre kunne. Det holder ikke i vår tid. Jeg tenker at ledelse som fag må komme inn på bane hos lege. Det må skje en grunnleggende holdningsendring hvor leger ikke assosiere ledelse som mindre verdt/viktig men sidestilles som hvilke som helst medisinsk fag. Leger hjelper oftest mennesker på individuell basis og det er slik medisin oftest blir lært og praktiseres. Leger bør løfte et blikk oppover og se at det er mulig å hjelpe mennesker på gruppenivå. Med bakgrunn i medisin kan legelederne bidra til mer effektivt og forsvarlig helsevesen slik at mest mulig folk får bedre helse. Jeg tror at en slik holdningsendring må allerede starte på medisin profesjonsstudium og deretter mer fokus under spesialistutdanning. Helseforetak bør tilrettelegge for unge ledertalenter skal få lov å kunne delta på seminar og kurs osv. Idag må helsevesen utdanner lege til å bli leder ikke fordi lege må men fordi lege vil. Leger som blir leder må ikke føle at de må ofre seg.

5.2 Legeledernes hverdag: kamp mellom klinikk og ledelse.

To av informantene, Tora og Tormod, jobber i klinikken ved siden av å være leder. Begge syntes at det er viktig å være i klinikken når man skal være leder. Tormod sier at:

«skal han ha integritet blant legegruppen så bør han jobbe i klinikken.»

Tora sier at hun er så glad i faget at hun ikke klarer å gi slipp på det helt. Begge er nokså klare på hvis man er ute av klinikken over lengre tid så er veien tilbake til klinikken lang. Legene fokuserer på ledelse av det medisinske faget, det vil si ledelse av behandlingsarbeidet. Fag og

ledelse henger uløselig sammen for legene. Dette er tilsvarende det Mo(2006) fant fra Norge og også hva vi så i studiene fra New Zealand, Storbritannia og USA. Lederen for en lege, er senioren i faget. Det viktigste for en legeleder er utviklingen av det kliniske faget.

Å jobbe klinisk blir satt opp mot å være leder. Tora og Tormod er klare på at det kan være uheldig å være kliniker og leder samtidig, da spesielt tid blir sett på som et hovedproblem. De har hele tiden uendelig mye oppgaver som de må gå gjennom og ta stilling til. På andre siden er det viktig at de har en nærhet til faget og ikke minst nærhet til dem de skal være leder for. Dette er i tråd med Nezar Raouf (2019) som vant prisen for legeforeningens lederpris i 2019.

Tora og Tormod er på midtre øvre i ledelsesnivå. De har ansvar for flere avdelingsoverleger som igjen har ansvar for flere underordnede leger. I tillegg har de ansvar for flere enheter som består av sykepleiere, fysioterapeuter og miljøterapeuter osv. Det å jobbe i klinikken ved siden av skaper nærhet til de man jobber med og de kan hele tiden vite hva som foregår på «gulvet». Men jeg tenker at problem lett oppstår når de er leder over flere spesialiteter og de kun jobber i den avdelingen som kun har deres spesialitet. En lege jobber kun med sin egen spesialitet. En gastrokirurg jobber ikke på nyremedisin og en urolog skal ikke operere det indre øret osv. Både Tora og Tormod sier at det er uheldig å være lite synlig hos de andre spesialitetene som de også er leder for. Tormod sier:

«Jeg vil gjerne være mer synlig og viser meg mer på de ulike avdelingene. Men jeg har noob sjans»

Det kan oppstå potensielle konflikter når Tora og Tormod skal foreta prioriteringer over ulike spesialiteter. De er leder over flere spesialiteter. De bør være rettferdig og skal ikke favorisere sin egen spesialitet. Det er knapphet på ressurs og prioritering er av natur alltid vanskelig og utfordrende. Det har forekommet at noen legeledere har bevisst favorisert sin egen spesialitet. Men det har også forekommet at noen legeledere har underprioritert sin egen spesialitet i frykt for å bli beskyldt for å favorisere. Begge deler er ikke optimalt, og det er et problem som tilsynelatende er umulig å løse. Jeg tror at åpenhet, diskusjon og ledermøter har til hjulpet på situasjon. Jeg skal komme tilbake til problemstillingen senere i oppgaven.

Kombinasjon av å jobbe som både kliniker og leder har en pris. Tora og Tormod jobber i realitet langt over 100%. Når det gjelder fordeling mellom pasient-relaterte oppgaver og ledelsesoppgaver viser Gjerberg og Sørensen (2006) at legeledere jobber færre timer per uke med ledelsesoppgaver enn ledere med annen fagbakgrunn: medianverdien er 27 timer per uke for legeledere og 38 timer per uke for ledere med annen bakgrunn (sykepleiere eller psykologer). Men ledere med legefaglig bakgrunn har en samlet arbeidstid per uke som overstiger en normal arbeidsuke på 38 timer. Medianverdien for totalt antall arbeidstimer per uke er 50 timer for legene og 39 timer for sykepleierlederne. Legeledere er generelt vanskeligere å få tak i. Dette har sin naturlige forklaring i at legeledere jobber som regel klinisk ved siden av. Det stemmer godt med hvordan jeg opplever det. Legeledere har oftest så mye å gjøre at det tar ofte lang tid å få svar. Tidvis kan det oppleves slik at legeledere ikke bryr seg, men det skyldes nok at de rett og slett ikke har hatt tid til å rekke alt.

Det at lederstillingen for leger innebærer alltid vesentlig mer jobb er en hinder for leger å ønske å bli leder. Hvorfor skal en lege velge å bli leder med visshet om at de må jobbe mer, potensielt komme i konflikt med sine tidligere kollegaer og gi slipp på faget som de brenner for? Det å bli en leder er ikke en karrierestige. Det er heller et sidespor. For sykepleiere derimot er det en karrierestige med mer lønn og «flukt» fra vaktarbeid (Johansen 2009). Det er generelt lite fokus på ledelse på medisinstudium og de fleste leger er mest opptatt fag. For mange leger vil dermed det å være i lederskap, ikke regnes som like prestisjetungt. For legenes del handler ambivalensen om at de må velge bort ”faget” til fordel for ledelse. Som et resultat risikerer legeledere å tape legitimitet blant sine legekolleger slik som Tora og Tormod nevner. Å være en dyktig lege handler om å kunne «håndverket». Dersom en legeleder bruker mer tid på ledelse og administrasjon enn det kliniske, vil han kunne bli mistenkt av sine kolleger om at han ikke lenger har klinikken «i fingrene». Dette forsterker i neste runde ambivalensen til legene i forhold til lederstillingen. For mange legeledere anses derfor lederposisjonen som midlertidig. En informant sier:

«så snart det dukker opp en egnet person som kan erstatte meg, så skal jeg gå av og det bli godt å kunne fokusere 100% på faget igjen.»

Det at legelederne ønsker å forbli delvis i klinikken kan etter min mening ser ut som en slags retrettmulighet når de gir seg som leder. Jeg ser i utgangspunkt ikke noe galt i det. Det er ikke alle som egner seg og lykkes i å være leder. Det å ha en retrettmulighet bidrar til at terskel for en lege å prøve seg som leder blir lavere og det vil på sikt føre til bedre rekruttering. Jeg har tidligere nevnt at legers grunnholdning til ledelse må endres og at det bør allerede starte på profesjonsstudiet. I den reelle og praktiske verden er det etter min oppfatning helt essensielt at legelederne skal få støtte fra det merkantile for deler av det administrative arbeidet. Jeg tror det er langt mer samfunnsøkonomisk lønnsomt med en slik løsning. Det må være opptil legelederne å avgjøre hva de skal jobbe med og hva det merkantile kan/skal hjelpe de med. Som regel er ikke lege særlig interessert i GAT/lønn/registrering av diverse mål. Men lege er opptatt av at de som skal sørge for vaktplan/gjøremålsplan for legene. Det stemmer godt med min erfaring fra min egen avdeling. Vaktplan/gjøremålsplan er sammensatt. Den stiller krav til hvordan medisin skal utøves og det er flere faktorer som spiller inn. Hva er ulike leger sin kompetanse, både formelt som for eksempel vaktkompetanse og uformelt som for eksempel hvor langt har vedkommende kommet med sine kirurgiske ferdigheter? Klarer vedkommende en standard rutineoperasjon? Det stilles krav til en legeleder å prioritere studiedag, avspasering og ulike kurs som ulike leger trenger. Er kurset obligatorisk? Trenger vi kurset? Er kurset faglig godt nok? Hvor mange studiedager trenger en lege, og hvor mange studiedager har en lege mistet på grunn av annen sykdom eller ekstraordinære hendelser? Vakt/gjøremålsplan setter også direkte grunnlag for et avdelings mål og resultat. Støttepersonell kan være behjelpelig med å iverksette planen i datasystem eller lønssystem, men det er klart at ingen andre enn en legeleder med erfaring kan stå bak en slik planlegging. Arbeidsgiver har altså et stort ansvar i å kunne tilby legeledere støttepersonell som kunne avlaste de basert på deres ønske/preferanse. Videre tror jeg at innføring av nye teknologi og innovasjon vil kunne avlaste de ytterligere.

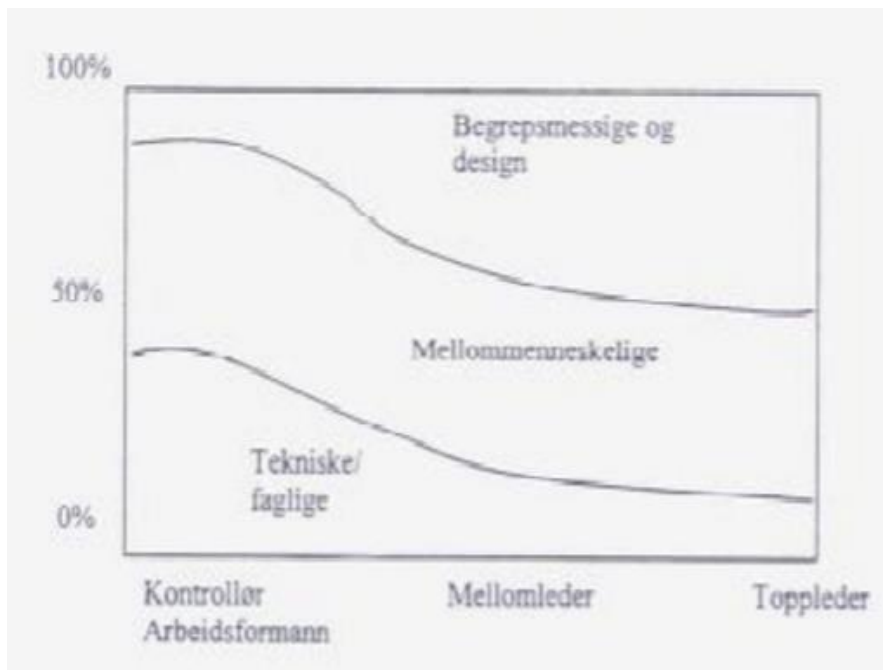
De alle fleste legelederne jobber i klinikken. Bjarne og Tonje presenterer de få legeleder som jobber 100% med ledelse. Begge sitter i øvre sjikt i lederhierarkiet og har enda større ansvar for helsepersonell. Begge mener at deres tid i klinikken er uvurderlig i sin videre virke som leder. Begge er leder for en større enhet der flere enn deres egen spesialitet er representert. Tora og Tormod trekker frem at for å ha integritet som lege må de jobbe klinisk. Kulturen er velkjent blant leger. Likevel så stilles jeg spørsmål i forhold til hvordan kan Tonje og Bjarne oppnå faglig integritet over andre spesialiteter som ikke er deres egne? Hvis tankegangen til

Tora og Tormod skal holde mål så kan det umulig finnes en lege som kan lede andre leger med spesialiteter andre enn deres egne. Har Tonje og Bjarne i det hele tatt legitimitet blant leger som har en annen spesialitet enn de? Det har jeg tro på. Historisk sett har leger lenge holdt viktige lederposisjoner i norsk helsevesen. Etter innføringen av enhetlig ledelse er ikke lederstillingen forbeholdt leger, men er nå stillingsnøytral. Mange leger har måttet innfinne seg i å bli ledet av andre enn leger. Det største nederlaget for leger er at de måtte finne seg i å bli ledet av sykepleier som tradisjonelt har vært deres underordnet. Det har i starten ført til en del misnøye og diskusjoner, men det ser ut som «uroen» har lagt seg litt. For meg ser ut som den yngre generasjons leger har mer aksept for at ledelse er noe som leger må beherske og i hvert fall være deltakende i. Mo (2006):

«det har skjedd en endring i retning av at de ”nye” legeledere er noe annet enn den tidligere faglederen. Den nye legelederen er mer leder enn lege, men den medisinske komponenten er fortsatt viktig.»

Dette er i tråd med funnet fra Danmark (Kragh Jespersen 2005) og Storbritannia (Llewellyn 2001). Det ulike spesialitetene har dessuten blir så stort at det er umulig for en lege å holde «styr» på alt. Legeleder som er leder over flere spesialiteter må uansett søke faglig hjelp til sin kollega. Vi ser at leger er stadig mer representert både i midtre og øvre sjikt i ledelseshierarkiet. Jeg tror at både toppledelse og leger selv har skjønt at leger må være representert.

For meg ser ut til at jo lengre opp man er i ledelsesnivå jo mindre viktig er selve faget, men desto viktigere er ledelseskunnskap. 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. Informantene på lavere nivå har større fokus på drift og dermed fag, mens informantene på høyere nivå tenker mer strategisk, fremtidsrettet og på mer overordnet plan. Felles for alle lederne uansett nivå er krav til det mellommenneskelige. Her stemmer kartet overens med terrenget.



Figur 6 Variasjon i ulike ferdigheter på ulike ledelsesnivåer

Legeledere ser ikke ut til å skille seg noe vesentlig ut fra ledere med andre fagbakgrunn. Alle informantene forbinder legeledere med å være samvittighetsfulle og ansvarsfulle. Det samme gjelder ledere med andre bakgrunner. De trekker frem at legeledere på grunn av sin fagkunnskap virker generelt mer selvsikre men lederne av andre bakgrunn tar det ofte igjen etter noen år som leder. Jeg tror det er viktig at man ikke går i fellen med å ukritisk behandle de ulike profesjonene som homogene grupper. Legene er ikke nødvendigvis en gruppe hvor alle tenker likt. Det gjør selvsagt heller ikke sykepleiere som gruppe. Det kan være store variasjoner innad i de ulike profesjonsgruppene. Enhver analyse av profesjoner, deres holdninger til hverandre og til organisasjonen de jobber i bør ha denne potensielle variasjonen i mente.

5.3 utfordringer til legelederne.

Informantene har opplevd forskjellige utfordringer. Jeg har valgt å fokusere på utfordringer knyttet til organisasjonsstruktur og organisasjonskultur. Fellesnevner for disse utfordringene er god kommunikasjon. Det kan se ut som kommunikasjon er limet som binder sammen alt. I dette underkapittelet skal jeg diskutere de ulike sidene av ledelser som informantene trekker frem og drøfter de basert på mine egne erfaringer, tanker og funn fra litteratur.

Helsevesen er å betraktes som en ekspertorganisasjon, spesielt på sykehus er det flere spisskompetanser. Når det gjelder organisasjonsstruktur bærer sykehus preg av den profesjonelle byråkrati. Helsepersonell med lege i spiss har via sitt fag mye ansvar, men er også meget selvstendig. Ledelsen skal tilrettelegge for at leger kan gjøre jobben på mest effektiv vis samtidig å ikke ta fra leges autonomi. Leger er generelt beslutningsdyktig. På den andre siden er leger kjent for å være «vanskelig å ha med å gjøre» og kan virke litt autoritær med lite respekt for økonomi. I helsevesen står mennesker står i sentrum og det er viktig å kunne behandle mennesker på en ordentlig måte. Legeledere bør være ydmyke og lyttende. Fundamentale misforståelser og dårlig kommunikasjon oppstår lett hvis en leder uten videre tror at sine verdier er universelle og riktige (Nordby 2009). Tonje sier at personalledelse er utfordrende og spiller en stor rolle i hennes virke. For meg virker det som at hun ser organisasjonsstruktur og organisasjonskultur som en slags hjelpemiddel/verktøy som hun bruker til å ta vare på sine ansatte. Tonje sitter høyt i ledelseshieraki med ansvar for flere personer og for henne er det en viktig kultur å kunne ta vare på hverandre. Hun introduserer et begrep som hun kaller for «grunnleggende psykologisk trygghet».

«Det handler om å ha tillit til at vi vil hverandre godt og vi tør å vise sårbarhet. Hvis man har dette grunnlaget, kan man være uenige uten det blir en konflikt eller anstrengte relasjoner. I fravær av psykologisk trygghet oppstår ofte feiltolkninger, og en tillegger hverandre negative egenskaper. Små problemer og uenigheter blir større enn det de egentlig er.»

Videre er det viktig å jobbe for den grunnleggende psykologiske tryggheten i fredstid slik at man kan være trygge på hverandre i usikre tider. Det er Tonje sin kultur og hun syntes at det er en grunnleggende faktor å samarbeide med hverandre. Tora er særlig opptatt av «små praten», det vil si den uformelle samtalen på korridoren, lunsj og på kontoret til ulike personer. Hun sier at det er viktig å snakke med folk og bli kjent før eventuelle problem oppstår. Når ulike problemer oppstår så er det lettere å oppsøke folk å søke hjelp. Jeg oppfatter det Tora og Tonje sier som to sider av sammen sak. Begge ønsker å bygge opp et tillitsforhold og relasjon mellom mennesker før det oppstår vanskelige situasjoner. Her er altså fokus på relasjon

Konflikt mellom fag og økonomi er velkjent i norsk helsevesen. For meg kan det ser ut som at legene oppfatter ledelse av kliniske avdelinger tett knyttet opp mot medisinsk aktivitet. Legenes forståelse av ledelse knytter seg opp mot det faglige ledelsesidealet, der fag og ledelse er uløselig knyttet sammen. Det er en gjennomgående kultur blant leger. Leger skal ta seg av fag og alt annet, spesielt økonomi/administrasjon er noe som andre må ta seg av. Men slik situasjon er idag så kan ikke helsevesenet drives kun basert på fag. Tonje involverer flere egnet legeledere i toppledelsen og hos Tora er kulturen slik at hun ønsker mest mulig involvering fra tillitsvalgte. Det er slik ting gjøres på hennes avdeling. Begge parter har godt av dialog og som regel er ønske fra ledelsen og de tillitsvalgte sammenfallende. Det er etter min oppfatning et smart organisatorisk tiltak. Det verste er å ta en avgjørelse bak ryggen på folk og deretter tre det overfor folk. Videre er Tora opptatt av å være tydelig. Hun syns at det må være en klar grense mellom hva som er hennes ansvar og hva som er andres ansvar. I en konflikt er hun flink til å søke hjelp og spesielt høre med hennes leder igjen. Tora oppfyller en av viktige krav til å være leder, nemlig det å være tydelig. Involvering og diskusjon mellom fag og økonomi er helt nødvendig og essensielt i et fungerende og effektivt helsevesen. Ifølge Janbu 2009 så må en god ledelse inneholde involvering av ansatte, gode prosesser og felles forståelse av mål og hvordan man skal nå målene. Målene må være forankret i organisasjonen. Ledere må «se» medarbeiderne. Det er viktig at medarbeidere opplever at det de har spilt inn får betydning for resultatene. Som Tora trekker frem i sitt intervju så mener hun at i over 90% av tilfellene så er ønske fra arbeidsgiver og arbeidstaker det samme. Dette reflekterer over viktigheten av en god organisasjonsstruktur med riktig kompetanse, men også kommunikasjon. Det er videre en indirekte refleksjon over at flere leger er representert i ledelsen nå enn før.

Fordeling av ressurser er utfordrende i helsevesen. Operasjonsstue, pleiepersonell og merkantile er hele tiden mangelvare og det oppstår ofte uenigheter mellom ulike spesialiteter om hvem som har mest krav på de ressursene. Det er ikke alltid lett å fordele ressursene slik at alle blir fornøyde. Det å gjøre alle fornøyde er generelt vanskelig. Alle informantene deler samme syn. Alle sier at ved en avgjørelse kan det alltid være slik at noen blir misfornøyde og at det er umulig å unngå. Ulike folk har ulike syn på saker, de har gjerne opplevd situasjoner forskjellig eller har rett og slett sin egen preferanse. Fra min erfaring er hvordan operasjonsdagen skal fordeles mellom forskjellige leger i spesialisering, et stadig tilbakevendt tema. Det er per idag ingen enighet/konsensus blant leger i spesialisering hvordan

operasjonsdager skal organiseres/fordeles. Problemstillingen er velkjent fra flere forskjellige avdelinger rundt omkring i landet. Oppstartstid, tidligere bakgrunn fra andre spesialiteter, familiesituasjon og interesse kan alle påvirke hvor langt en lege er kommet i spesialiseringsforløpet. Leger i spesialisering vil dermed ha ulike behov for hva slags operasjon de trenger mest øvelse i. Det er dermed vanskelig å lage et fast system på hvordan operasjonsdagen skal fordeles. Situasjon er hele tiden dynamisk. På min avdeling er det jevnlig dialog mellom leger i spesialiseringer og ansvarlig seksjonsoverlege slik at det er justeringer underveis. Det kan tidvis oppstå skjevfordelinger, men så lenge alle er klare over det og ujevnheter blir justert så er de fleste leger i spesialisering fornøyde. Det er umulig å tilfredsstille alle på en gang, men en må jobbe for at alle blir fornøyde i det lengre perspektiv. Igjen er kommunikasjon nøkkel.

Det handler ikke alltid om å ta en beslutning, men hele prosessen er minst like viktig. Dette synes jeg er interessant. Jeg finner mye likhet mellom det utsagnet og det vi ofte hører i hverdagen med litt humor: «det er ikke hva du sa, men måten du sa det på». I henhold til kommunikasjonsteori til Jakobsen og Thorsvik (2016) foregår kun en liten del av kommunikasjon verbalt og resten utgjøres av den ikke verbale delen, som for eksempel kroppsspråket, tonefallet og situasjon også videre. Tora på sin side mener klart at kommunikasjon er svært viktig og sier at

«Samme hvor håpløst utgangspunkt for en samtale er så skal både sender og mottaker gå utfra samtale med en ok følelse. Selv i en konflikt. Man må skille mellom sak og person.»

Det er viktig å kunne skille mellom sak og person. Når man går til angrep mot person så blir det fort mye forsvar og man kommer ikke videre. Dette er i godt samsvar med kommunikasjonsteori til Nordby (2009). Det synes jeg er et godt utgangspunkt overfor de fleste situasjoner, spesielt overfor konflikt. I en god prosess skal/bør man ikke ta en avgjørelse før de riktige personene er involvert. Selv om en beslutning er riktig så kan det fort føre til dårlig stemning hvis de riktige personene ikke er involvert eller blir hørt. Da vil man føle seg forbigått:

«Selv om man har kommet frem til en lik løsning/beslutning så kan en god prosess føre til at man er rolig og samarbeider godt. Mens den samme løsningen som blir presentert uten en god prosess kan føre til motstand.»

Bjarne trekker frem at kommunikasjonsspredning er utfordrende. Det å nå alle med relevant informasjon er ikke lett når alle har ulike krav på hva de mener er adekvat kommunikasjon. Kommunikasjonskanal har altså stor betydning. Skal man uttrykke seg muntlig eller skriftlig? Skal man bruke formelle eller uformelle kanaler? Skal man sende epost til alle eller legge ut på sykehusets intranett? Mulighetene er mange og situasjoner er forskjellige. Skriftlige kanaler har den begrensningen med at den gir relativt begrenset mulighet til å formidle «rik informasjon» og dessuten tar det vanligvis lang tid før sender får tilbakemelding. Muntlig kanaler er tvert imot, det gir både rik informasjon og mottaker kan gi respons med en gang (Thorsvik og Jacobsen 2019). Jeg tror at den største utfordringen ligger i at det er umulig å spre/sendte informasjon til alle ansatte. Ingen kommunikasjon er lik og etter min mening bør en god leder tilpasse kommunikasjon etter mottaker, innhold og situasjon. Det vil for eksempel være vesentlig forskjell mellom det å snakke om en sensitiv pasient relatert informasjon enn et oppslag som skal gå til alle.

Informantene trekker frem at en god leder bør tenke langsiktig og ha en visjon. Bjarne mener at mye av utfordringer i hverdagen kan være løst ved å tenke mer langsiktig. Tora er av den oppfatningen at som en leder bør en være tålmodig. Det er flere ledere, ofte de ferske, som blir frustrert som leder. Dette skjer ofte pga. at de har ikke noe særlig gjennomslagskraft og ting blir ikke endret slik de ønsker. Tora sier at offentlig sektor har en treghet og det skal heller ikke være slik at en kan endre alt på en dag. Det vil ta tid og en god leder bør kunne håndtere det på en god måte. En god leder bør ha et mål og vet hvordan det skal oppnås på et lengre perspektiv.

«Å være leder i en offentlig sektor og tror at du skal endre alt i morgen da knekker du nakken. Fordi veggen er for hard til å springe med hode først, men du kan lene på den veggen så kan veggen flytte seg etterhvert.»

«Offentlig sektor endrer seg ikke på dagen. Det er ikke meningen. Men muligheten er der. Man kan ikke krisemaksimere alt. Men burde kunne dokumentere/sifra på en god måte.»

Jeg tror det handler også litt om å ikke gi seg så fort og ha lengre perspektiv. Den yngre generasjon har mye entusiasme, engasjement og nytenkning. Det er kanskje mye som de har lyst å endre på. Men yngre legeledere må ikke tro at de kan endre alt på en dag, heller ikke på en uke eller en måned. Det er kanskje snakk om år før resultatet viser frem. I mellomtiden må de ikke miste motet og gi seg.

Bjarne skiller seg fra de øvrige informantene ved å nevne at det også er viktig at ansatte skal gjøre sin leder god. Det er et relativt avvikende utsagn. Det er Bjarne sin oppfatning at ansatte, spesielt leger, ikke kan kreve at sin leder skal fikse alt av problemer og de bør ha en realistisk forventning. Bjarne mener altså at det råder en ukultur blant leger å tro at en legeleder kan fikse alt. Bjarne er av den oppfatning at det er en av flere årsaker til at mange leger kvier seg for å være leder. Toppledelsen har alltid hatt et ønske om at flere lege skal være ledere og vilje til å bli lege hviler mest hos leger som gruppe. Manglende støtte blant legekolleger er stadig et problem (Janbu 2009). Jeg tror spesielt at de ulike avdelingsoverlegene kan kjenne seg mye igjen i det. De sitter i en slags mellomposisjon hvor de får direktiver/mål ovenfra samtidig som de får misnøye eller klager fra sine kollegaer under ifra, ofte med lite forståelse og empati fra begge partene. Mer diskusjon, åpenhet, større fokus på utdanning både under medisinstudier og under spesialisering kan bidra til mer felles forståelse og innsikt.

Tema om lederstiler ble diskutert med Tonje, der spesielt den autoritære lederstilen og lederstilen som er mer lyttende. Bakgrunnen er den klassiske problemstillingen om en beslutningsprosess, det vil si fra problemstilling, diskusjon, løsning og deretter gjennomføring. Helsevesenet er komplisert. Til enhver tid er det utallige faktorer som en ikke vet sikkert svar på, argumentene kan virke motsigende og konsekvensen av en beslutning stor. En beslutning kan rett og slett ikke ta hensyn til alle usikkerheter, tilfredsstillende alle sine meninger og har stor grad av sikkerhet eller visshet om at den er helt rett. Samtidig kan det å

ikke ta en beslutning føre til enda større ulempe. En beslutning uten at alle er enige kan føre til gjennomslagskraften blir dårlig.

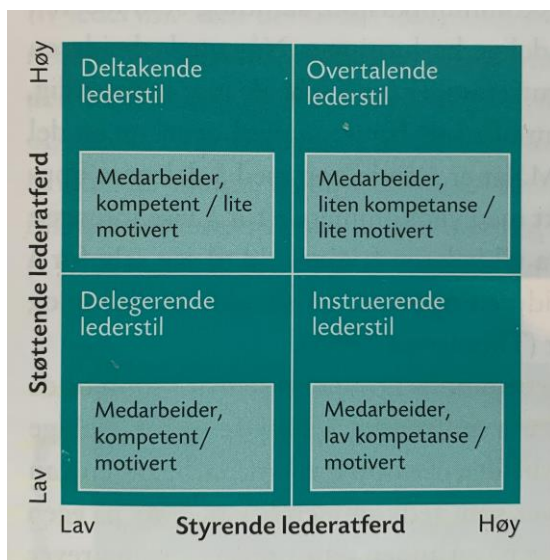
«Når halvparten ikke tror på en beslutning så er gjennomslagskraften ofte deretter.»

Det kan fort bli fortvilelse og misnøye og oftest blir det misnøye uansett hva en legeleder velger å gjøre. For mange legeledere kan det oppleves som et angrep og kritikk og mange legeledere har av på grunn av det blitt mer autoritære hvor de «skjærer» gjennom uten å kommunisere godt nok på forhånd. Tonje ønsker ikke å være autoritær. Hun er opptatt av å være uformell. Det er viktigere for henne at hun blir oppfattet som ufarlig slik at folk tør å si sin mening. Det er greit at folk kan være uenige og har sine tvil, men det er bedre at de kan komme til henne med de istedenfor å ikke snakke om det. Hun tror at det vil på sikt føre til bredere enighet og bedre resultat. Jeg tror at en brutal overstyring av medarbeideres meninger eller handlinger vil stort sett ikke være til hjelp når det gjelder å få dem til å forstå hvorfor de skal handle på en bestemt måte. Kritikk eller instruksjon som ikke er ledsaget av en forklaring som virker konstruktiv for mottager, vil normalt skape større psykologiske avstand istedenfor bedre kontakt og samarbeid. (Nordby 2009). På en annen siden så er begrenset tid en stadig utfordrende faktor. Det er ikke alltid at en leder har tid til å forklare sin ansatte hva er begrunnelse for en beslutning. Jeg tror at man kan senke forventning et lite hakk. Det er ikke et krav at alle skal forstå bakgrunn/logikk bak en beslutning. Det er heller ikke ansatte sitt ansvar å ta beslutning. Jeg tror det vil være lurt av leder å gi tilbakemelding om at ansatte sin mening er hørt og tatt hensyn til. God ledelse handler om å få ansatte til å forstå og godta at de ikke har den bakgrunnen som trengs for å få full innsikt i beslutningsgrunnlaget for en kompleks eller faglig vurdering. En leder bør også kunne være åpen og be om tillit fra sin ansatte. Det forutsetter åpenbart at det er tillit mellom ansatte og leder. For en leder er det ofte avgjørende å oppnå den tilliten som trengs for at medarbeidere blir fortrolige med å overlate innsikten i hvorfor en vurdering er begrunnet til lederen selv. Tillit bidrar 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. Tillit er en viktig del av ledelse men på grunn av oppgavens størrelse har jeg valgt å ikke utdype det noe særlig mer.

Tora introduserer et begrep som heter dynamisk lederskap som er en skala fra å være autoritær til demokratisk. Tora nevnte at det er 5 trinn i den skalaen som har to ytterpunkter:

1. *Jeg bestemmer (Autoritær)*
2. *Jeg legger frem et problem, dere diskutere og jeg bestemmer.*
3. *Jeg legger frem et problem, dere diskuterer, jeg lytter og jeg modererer meg.*
4. *Jeg legger frem et problem, dere diskuterer, jeg lytter og tar hensyn.*
5. *Bestemmelse i fellesskap (Demokrati)*

Tora sier at hun hele tiden beveger seg på den skalaen. Hva hun velger å gjøre er helt situasjonsbestemt. Dette minner som situasjonsbasert ledelse (Erichsen, Solberg og Stiklestad 2017). Ifølge Hersey og Blanchard (1982) er medarbeidernes motivasjon og kompetansenivå blant de dominerende faktorer. Teorien gjelder helsevesenet i høyst grad. Helsevesenet er en ekspertorganisasjon og motivasjon hos sine arbeidere kan variere alt etter alder, ansiennitet, lokal organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og ledelse osv. Ved hele tiden å justere seg til den aktuelle situasjonen og samtidig være klare over hvordan medarbeidere er i forhold til motivasjon og kompetanse, vil føre til den beste beslutningen.



Figur 7 Situasjonsbasert ledelse

Det mest slående for meg er at ulike teorier har ofte rake motsetninger. I en relasjonsbasert ledelse er fokuset på relasjon mellom leder og medarbeider, og gjennom god relasjon danner det grunnlaget for bedre samarbeid og effektivitet. I oppgaveorientert ledelse er det oppgaven

som først og fremst trenger å løses. Så lenge oppgavene er løst så er måten oppgavene blir løst på mindre interessant. Det kan se ut som at relasjonsledelse høres bedre ut enn oppgaveorientert ledelse. Det er ingen som ønsker å være han som kun ser på oppgaven og ikke på menneskene. Men betyr det at relasjonsledelse alltid er effektiv? Ulike profesjoner har ulike myndighetsområder over arbeidsoppgaver. Noen oppgaver er tradisjonelt sykepleieroppgaver, mens andre oppgaver tar legen seg av. Disse myndighetsområdene er imidlertid ikke statiske, men er gjenstand for stadig forhandling og reforhandling. Et klassisk eksempel på det er blodprøvetaking. Å kunne ta blodprøve er et læringsmål til både legestudenter og sykepleierstudenter. I praksis er det utelukkende sykepleier som står for blodprøvetaking. Men når sykepleier ikke lykkes så ringer de til en lege som ofte må ty til mer avansert utstyr. Helsevesen er dynamisk og ting endrer seg hele tiden. Jeg tror mye av ledelse handler om å kunne tilpasse seg. Mye er avhengig faktorer hos medarbeidere, den aktuelle situasjonen, organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og ikke minst omgivelser. For meg virker det som at det ikke finnes en teori/modell som kan utruste en leder til å takle alle ulike utfordringer. Ledelse er dynamisk og en god leder må analysere hver enkelt problemstilling, drøfter med sine rådgivere, ansatte og komme frem til den beste løsningen basert på tilgjengelig informasjon og kunnskap.

På siste delen av medisinstudiet foreleses det at det å være en god lege er en kunst. I skrivende stund og etter 3 år på MBA ved Nord Universitet føler jeg at å utøve lederskap er mye av det samme. Akkurat samme som det er viktig for legen å kunne om ulike medisinske tilstander, så er det like viktig å ikke glemme at det er mennesker en har med å gjøre. Dagens medisin blir i større grad basert på objektiv målinger som for eksempel røntgen undersøkelse og blodprøve. Men det menneskelige har likevel fortsatt en stor rolle i ethvert møte mellom en lege og en pasient. Alle har en kropp som består av kjøtt og blod, men også av følelser, tanker og ønsker. Det samme kan sies om å være en god leder. Det er viktig for ledere at de tildelte oppgavene skal utføres på en god og effektiv måte, men en god leder bør ikke glemme at medarbeidere er mennesker som har sine egen tanker, meninger og ønsker. En god leder bør kunne respektere disse behovene og ivareta de på en forsvarlig og tilfredsstillende måte. «Det å være flink med mennesker» er en viktig egenskap.

Det er krevende å være leder. Det er uendelig arbeidsoppgaver som skal utføres, ulike mennesker som man må forholde seg til og en omgivelse som er i stadig endring. En leder må forholde seg til motsigende interesser, ofte press både nedenfra og ovenfra, og ikke minst må en lære seg å løse konflikter. Likevel har jeg fått inntrykk av at det å være leder kanskje ikke er så skummelt som jeg kanskje hadde trodd tidligere. Mye handler om å være fornuftig, men også være et godt menneske som kan håndtere ulike situasjoner og ta vare på andre mennesker. Der ligger det kanskje mye diskusjon om en er født leder eller ikke. Det finnes selvsagt en del mennesker som har det naturlige inni seg, såkalte ledertalenter. Men jeg tror likevel at ledelse er en læringsprosess som alt annet. Det vil ta tid og ressurser å lære og beherske. Jeg vil oppfordre mine yngre kollega til å bli leder. Man trenger nødvendigvis ikke bli klinikkjef på en dag, men man kan gjerne prøve seg i små prosjekter og en får i alle fall teste seg. Jeg vil også oppfordre til eksisterende ledere å ha mer fokus på opplæring av leger i ledelse også i den kliniske hverdagen.

5.4 Veien tilbake til klinikk?

Tonje og Bjarne jobber 100% som ledere. Begge svarte at de savner å jobbe med pasienter. Tonje sier hun savner at hun kan hjelpe en pasient her og der. Likevel har Tonje vært så lenge ute av klinikken at hun føler at hun ikke klarer helt å se for seg å jobbe klinisk igjen. Hun vil ha for sterk trang til å forsøke å påvirke. Bjarne svarer mye av det samme som Tonje. For Bjarne er det ikke utenkelig å vende tilbake til klinikken, men sier at han har vært ute av klinikken så lenge at han må «rehabiliteres» før han kan vende tilbake til dit.

De to øvrige informantene, Tormod og Tora, jobber klinisk ved siden av å være ledere. Tora sier at man må forberede seg på å være ensom når man er leder og savner den intime praten blant kollegaene. Som leder må man ofte ta upopulære valg og det kan føre til at relasjonen mellom kollega svekkes. Det er altså et virkelighetsbilde. Tormod mener på sin side at han ikke tenker noe særlig på det. Han har jobbet lenge som leder ved siden av og mener at han er alltid slik han har vært og merket ikke særlig forskjell i sin relasjon med andre kollegaer.

Alle fire informantene har hver sin opplevelse av hvordan det var å gå fra klinikken til å være legeleder. De hadde hver sin måte å håndtere overgangen på. Tonje og Bjarne er 100% og det

har de vært over flere år. Veien tilbake til klinikken er lang. Jeg tror at begge har reflektert og har tatt et bevisst valg i forhold til hvor de er idag. Tora og Tormod representerer største parten av legeledere idag, nemlig hybridleder som jobber både med klinikk og ledelse. De har

Jeg vil tro at personlighet, livssituasjon, behov i avdeling og hvor sterkt en ønsker å være i klinikken spiller en rolle i hvordan en lege håndterer overgangen fra ren kliniker til ledere i ulike prosent. På den andre siden så kan en si at leger står i en privilegert situasjon hvor en faktisk kan velge hvor høy prosent en lederstilling skal utgjøre.

5.5 Enhetlig ledelse? En kald potet?

Fire forskjellige svar ang enhetlig ledelse. Det kan se ut som informantene legger litt forskjellig vekt i hva enhetlig ledelse betyr for dem.

Beate støtter enhetlig ledelse. Svaret reflekterer igjen hennes lederposisjon som er på øvre sjikt. Der er det mye samhandling mellom økonomi og fag. Det er dermed lett å forstå at hun syntes det er hensiktsmessig at en person tar ansvar for begge deler og rene kommandolinjer.

Tormod synes det er vanskelig å forstå at ved enhetlig ledelse så kan det være andre enn leger som sitter i lederposisjon. Tormod mener at det bør være leger som setter premisser på hvordan helsevesenet skal drives. Tormod har likevel akseptert enhetlig ledelse og forholder seg til det.

Tora som sitter på mellomstikt synes at det ikke er noe særlig forskjell fra tiden før og etter enhetlig ledelse. Det skyldes nok at for Tora som verdsetter faget høyt, og så har fag alltid vært i hennes hånd både før og etter. Tora har operativt ansvar for flere spesialiteter men også ansvaret for sykepleiere nå, men med så mange enhetsledere under henne så er det ikke noe stort problem. Her tror jeg ligger mye av den diskusjonen om enhetlig ledelse virkelig er annerledes enn den tidligere todelte ledelsen. Jeg tror betydning av enhetlig ledelse varierer alt etter ledelsesnivå. På lavere nivå hvor den operative driften er viktigere har enhetlig ledelse mindre betydning. Ved lik profesjonsbakgrunn kan leger har større tillit til at legeledernes evner å lede basert på sitt faglige skjønn. De kan oppleve at legelederne innehar samme fagkompetansen og trolig vil ta sine beslutninger ut fra faglige hensyn. Her spiller fag

større tyngde og en legeleder basert på sitt fag vil få vesentlig større legitimitet enn ledere av andre bakgrunn. På høyere ledelsesnivå er fag alene ikke godt nok og det er ikke sikkert at en legeleder nødvendigvis tar de riktige og gode beslutningene. Legelederne kan bli blindet av fag og ofte finnes det andre hensyn å ta enn fag. De juridiske, personalmessige og økonomiske faktorer må alle veies mot fag. Der er det avhengig av en god leder med solid kunnskap som kan ta avgjørelse og bærer ansvar. På den måten kan en unngå ansvarspulverisering slik todelt ledelse har vært kritisert for tidligere. Nå det er sagt så betyr det ikke at leger vil være mindre egnet til å være leder på mer høyere ledelsesnivå. Men leger må være oppmerksom på at det ikke er bare fag som har betydning i ledelse. En av hovedintensjonene til enhetlig ledelse er å styrke ledelsesfunksjon og det tror jeg man har kommet langt med. Gjerberg og Sørensen (2006) finner at hele 90% av sykehusdirektørene var «helt» eller «ganske enig» i at reformen har bidratt til å styrke ledelsesfunksjonene.

6.1 Konklusjon

Hvordan er det å være en legeleder? Det er mitt hoved forskningsspørsmål som jeg ønsker å svare på. Mine funn og fortolkningen av disse kan oppsummeres i følgende punkter:

1. Alle legeledere har møtt utfordringer knyttet til organisasjonskultur og organisasjonsstruktur og det er gjort ulike tiltak for å håndtere disse utfordringene. Det er slik at kommunikasjon blir sett på som meget viktig, både i seg selv, men også som et verktøy til å løse utfordringer knyttet til organisasjonsstruktur og organisasjonskultur.

2. Faget spiller en viktig rolle for leger. Helsevesenet blir stadig mer avansert med nye teknologier og innovasjoner. Spesialisering av leger tar stadig lengre tid og det kan føre til at leger har enda større fokus på fag. På en annen side er det nettopp på grunn av et stadig mer avansert helsevesen at det er behov for flere leger i lederposisjon. Det må skje en grunnleggende holdningsendring hvor leger ikke assosierer ledelse som mindre verdt/viktig, men sidestilles som hvilke som helst medisinsk fag. Fokuset på ledelsesutdanning bør allerede starte på profesjonsstudium og videre i spesialiseringen. Jeg er av den oppfatningen at ledelse er et fag på samme linje som hvilken som helst klinisk spesialitet. Ledelse kan læres og man blir bedre med trening og med tiden.

3. Det er utfordrende å være legeleder. Spesielt tid blir sett på et stort problem. For mange leger blir lederoppgavene ofte nedprioritert på grunn av kliniske oppgaver. Arbeidsgiver bør kunne tilrettelegge for at leger kan være leder, spesielt med tanke på administrative oppgaver. Dette er ikke i strid med prinsippet på enhetlig ledelse. Enhver legeleder bør ha et overordnet mål og visjon for sin avdeling på et lengre perspektiv.

4. Etter vedtaket av enhetlig ledelse i 1999 blir lederposisjon profesjonsnøytral og ikke lenger forbeholdt legen. Enhetlig ledelse har mindre betydning for legeledere på lavere nivå hvor fag har størst betydning. På høyere nivå er det i tillegg til faget andre faktorer som juss, økonomi og personal som en leder må ta hensyn til. Da er det viktigere med enhetlig ledelse med rene kommandolinjer.

6.2 Veien videre

Basert på min oppgave har det vært interessant å kartlegge mer nøyaktig hvordan legeledere mener utdanning av ledelse til leger burde bli lagt opp, både på profesjonsstudium og videre i spesialistløpet. Legeledere vet hvor skoen trykker, og de bør bli hørt.

Samarbeid på tvers av ulike profesjoner kommer til å spille en større rolle i fremtiden. Kunnskap om hva og hvordan en kan fremme til bedre samarbeid vil bidra til et mer effektivt og forsvarlig helsevesen.

Tillit er en viktig aspekt i ethvert samarbeid og hvordan en leder kan bygge opp tillit i helsevesen er verdt å ta en dypere forskning.

6.3 Oppgavens sterke og svake sider

Oppgavens sterke side er at mine informanter er pålitelige og er åpen om deres opplevelser. Informantene representerer legeledere på ulike nivå i helsevesenet og tilsammen gir de god innblikk i hvordan det er å være en legeleder. Ledelse er et stort fag og oppgaven er naturligvis ikke ment for å gi en slags fasit, men heller gir leserne en opplevelse. Oppgavens begrensning er først og fremst begrenset til antall informanter og jeg har ikke intervjuet de mest operative legelederne.

Litteraturliste:

- Asbjørn Johannessen, Line Christoffersen og Per Arne Tufte, *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*, 3 utgave, Abstrakt forlag
- Anne Kjersti Befring, *Helsepolitikk og ledelse*. 2015 Cappelen Damm.
- Dag Ingvar Jacobsen og Jan Thorsvik, *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4.utg, 2016. Fagbokforlaget
- Eva Ness, *Ta ledelse – en innføring i sykehusledelse*. 2000. Universitetsforlaget
- Egil Nordeng masteroppgave høst 2017, *Spiller fagbakgrunn noen rolle for hvordan en avdelingsleder i sykehus utøver ledelse? Avdeling for helseledelse og helseøkonomi*, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
- Dag Olaf Torjesen, Haldor Byrkjeflot og Lars Erik Kjekshus, *Ledelse i helseofretakene. En gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus*. 2011, Fagbokforlaget
- Dorgan S, Layton D, Bloom N et al. 2010. *Management in healthcare: why good practice really matters*. Rapport. London: McKinsey & Company og the London School of Economics and Political Science.
- Elisabeth Arntzen, *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten – Arbeids glede og orden i eget hus*. 2014, Gyldendal Norsk Forlag.
- Gadamer Han Georg, 1975. *Truth and Method*. London/New York: Continuum.
- Gjerberg E. Og B. Aa. Sørensen (2006). *Enhetlig ledelse i sykehus*. AFI-rapport nr 1/2006. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie.
- Hersey, P og K.H. Blanchard. 1982. *Management of Organizational behavior*. 4.utg. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Janbu Torunn, 2009, *Fra presidenten: Leger og ledelse*, Tidsskrift den norske legeförening.

- Johansen M. S. 2009. Mellom profesjon og reform – om fremveksten og implementering av enhetlig ledelse i sykehusvesen. Masteroppgaven. Handelshøyskole BI
- Jon Haffner, Fred A. Mürer, Olaf G. Aasland. Avdelingsoverlegen – leder eller lege? 2000, Tidsskrift den norske legeförening
- Karp, Tom (2014) Endring i organisasjoner, Cappelen Damm
- Kragh Jespersen, P. (2005) Mellom profession nad management – ledelse i danske sykehusene. Handelshøjskolens Forlag.
- Llewellyn, S. 2001. Two-way windows: Clinician as Medical Managers. Organization studies vol.22, no.4, pp.593-623
- Lincoln, Yvonna S. og Egon G. Guba. 1985. Naturalistic inquiry. Beverly Hills: Sage.
- Mintzberg, Henry (1990) The Manager's Job: Folklore and Fact, Harvard business review, march-april issue 1990.
- Mo, T.O. 2006. Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus. Doktorgradsavhandling, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU.
- Monica Skjøld Johansen, Mellom profesjon og reform - om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen, 2009, Avhandlingsoppgave, Handelshøyskolen BI
- Morten Erichsen, Frode Solberg og Trond Stiklestad, Ledelse i små og mellomstore virksomheter, 2017. Fagbokforlaget.
- Nezar Raouf, Hva vil det si å være en god leder? 2019. Tidsskrift Norske Legeförening
- Ole Berg, Fra politikk til økonomikk – Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel, 2005, Den norske lægeförening.
- Patel, Runa og Bo Davidson. 1994. Forskningsmetodikkens grunder: att planera, genomfora och rapportere en undersökning. Lund: Studentlitteratur.

- Steinar Kvale og Svend Brinkmann, Det kvalitative forskningsintervju, 2.utgave
Forlag: Gyldendal akademisk
- Strand, T. 2007. *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2.utgave. Bergen: Fagbokforlage
- Thompson, G. 1995. *Situasjonsbestemt ledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tor Høst, *Ledelse i helse- og sosialsektoren*, 3.utgave, 2014, Universitetsforlaget.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Semi-strukturerte intervjuer med ledere fra ulike nivå ved Nordlandssykehuset.

Før intervjuet starter:

- Presentere oss selv og hva MOPP oppgaven vår omhandler.
- Informere om hvordan intervjuet skal foregå, lengde og hvordan det skal dokumenteres (lydopptaker).
- Informere informanten om deres rett til anonymitet og samtykkeerklæring.
- Bruk av datamateriale, informantens mulighet for gjennomlesning og deres rett til å trekke seg når de måtte ønske.

Forskningsspørsmål:

- 1 Hvorfor/hvordan valgte du å bli leder?
- 2 Hvordan karakteriserer en leder som har legebakgrunn?
- 3 Hva slags utfordring har du møtt i forhold til organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og kommunikasjon? Hvordan har du løst de?
- 4 Hvordan har de opplevd å gå fra klinikk til ledelse?
- 5 Enhetlig ledelse. Tiden før og etter innføring av enhetlig ledelse.

Vedlegg 2 Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

Hvordan er det å være en legeleder?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en bredere forståelse av hvordan leger utøver ledelse. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg vil bidra til å få litt mer innsikt i livet til leger som ledere og kanskje demystifisere en del myter. På den måten kan jeg kanskje bidra til at flere som ønsker å bli ledere, men som kvier seg. Bakgrunn for det er min interesse for hva som er god ledelse og hva som kreves av leger som er leder i en avdeling. Min erfaring er at det er en del myte/usikkerhet blant yngre leger angående ledelse. Vi lærer relativt lite om det på studie og man hører sjeldent fra leger leder hvordan det er å være leder.

Oppgaven er en avsluttende masteroppgave på MBA studie ved Nord Universitet. Det er en studie som skal gi innsikt i økonomi- og ledelsesfaglige emner, samt trening i å kunne identifisere faglige problemer og analysere disse for å kunne utøve ledelse i offentlige og private organisasjoner.

Studiet er samlingsbasert fordelt på 3 samlinger i halvåret. Hver av samlingene er på 3-4 dager. Hele studiet er på 3 år og gir totalt 90 studiepoeng.

Forskningsspørsmål:

Hvordan er det å være en legeleder?

Det vil være hoved forskningsspørsmålet. Det er et vidt spørsmål som berører et meget stort tema. Jeg har videre laget noen delspørsmål som skal gjøre intervju og oppgaven lettere.

- 1 Hvorfor/hvordan valgte du å bli leder?
- 2 Hvordan karakteriserer en leder som har legebakgrunn?
- 3 Hva slags utfordring har du møtt i forhold til organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og kommunikasjon? Hvordan har du løst de?
- 4 Hvordan har de opplevd å gå fra klinikk til ledelse?
- 5 Enhetlig ledelse. Tiden før og etter innføring av enhetlig ledelse.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Professor Bjørn Olsen ved Nord Universitet

Professor Johan Olaisen ved BI Oslo i samarbeid med Nord Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir valgt på grunn av du er både lege og jobber som leder. Jeg har jobbet med deg tidligere og jeg tror du vil være meget kvalifisert til å svare på forskningsspørsmålene mine.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg vil gjerne ha et intervju med deg. Det vil basere seg på de spørsmålene overfor. Det vil ikke bli spurt om dagsaktuelle tema som er sensitiv. Det skal ikke inneholder pasientopplysning på noe som helst måte. Du kan nå som helst velge å ikke svare på spørsmålene eller avbryte hele intervjuet. Du kan på hvilket som helst tidspunkt velge å trekke seg fra undersøkelsen og at alle data som er innhentet vil da bli slettet. Du vil få tilbud om å lese transkriberingen. Dette kan også bidra til at mulige misforståelser oppklares. Etter oppgaven er ferdigskrevet blir hele opptaket slettet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. 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.

For å kunne huske alt så vil hele intervjuet tas opp på opptak med vanlig mobiltelefon. Det er kun jeg som har tilgang til opptak og det blir full anonymisering. Du vil bli gitt fiktive navn, og det gjengis ikke navn på noen organisasjon eller organisatorisk enhet. Det er ingen andre enn meg som har tilgang til opptak/intervju.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene slettes på permanent basis når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 26.mai 2021.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet ved Erick Hong og Professor Johan Olaisen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Nord Universitet ved Erick Hong Mobil: 97716374 Epost: erick.h.hong@gmail.com eller Bjørn Olsen, Professor ved Nord Universitet, Mobil 91606171 Epost: bjorn.olsen@nord.no
- Professor Johan Olaisen ved BI Mobil: 46410745 Epost: johan.olaisen@bi.no
- Vårt personvernombud: Toril Iren Kringen Telefon: 74022750 Epost: personvernombud@nord.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Erick Hong/Johan Olaisen/Bjørn Olsen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD

Tilbakemelding på meldeskjema med referansekode 351063:

NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår.

HVA MÅ DU GJØRE VIDERE? Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE? NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

VILKÅR

Vår vurdering forutsetter:

1. At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet
2. At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under)
3. At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt.
4. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser
5. At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon)
6. Dersom du er student skal du dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig/din veileder. Det gjør du ved å trykke på «Del prosjekt» når du er logget inn i meldeskjemaet.
7. Om deler av utvalget vil kunne gjenkjennes direkte eller indirekte i publikasjon må du innhente eksplisitte samtykker. Vi anbefaler at utvalget gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

8. Utvalget ditt har taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkelt personer eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 26.05.2021.

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).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

NSD SIN VURDERING NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering 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

Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD 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 behandles 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) og dataportabilitet (art. 20).

Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkårene nevnt over, vurderer NSD at informasjonen om behandlingen 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.

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 typer endringer det er nødvendig å melde:

Lykke til med prosjektet! Tlf. Personverntjenester