

# Ledelse helt ut

## *Førstelinjelederes kommunikasjon med medarbeidere om overordnede mål*

Håkon Sverre Lycke



Masteroppgave

Det medisinske fakultet

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

November, 2017



# Tittelblad

”Ledelse helt ut. Førstelinjelederes kommunikasjon med medarbeidere om overordnede mål”

Copyright Håkon Sverre Lycke

År 2017

Tittel: Ledelse helt ut. Førstelinjelederes kommunikasjon med medarbeidere om overordnede mål.

Forfatter: Håkon Sverre Lycke

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Copy Cat, Ski.





# Sammendrag

**Bakgrunn:** Hva kan bidra til at man klarer å kommunisere ”ledelse helt ut”, til det kliniske og operative nivå i store og komplekse organisasjoner? Denne oppgaven vil belyse dette temaet ved å undersøke hvilke erfaringer førstelinjeledere har med å kommunisere med ansatte om overordnede mål.

**Problemstilling:** Hvilke erfaringer har førstelinjeledere med å skape felles forståelse for organisasjonens mål helt til det kliniske og operative nivået? Jeg vil særlig undersøke to mer spesifikke spørsmål: 1. Hvilke erfaringer har førstelinjeledere med å kommunisere med ansatte om organisasjonens mål, og 2. Hva hemmer og hva fremmer førstelinjeledernes kommunikasjon om organisasjonens mål.

**Materiale og metode:** For å belyse problemstillingen og å få svar på forskningsspørsmålene har jeg valgt å bruke kvalitativ metode. Kvalitative metoder egner seg godt i situasjoner der man tar mål av seg til å utforske erfaringsbredde og opplevelser. En vanlig fremgangsmåte i kvalitative undersøkelser er å innhente data ved hjelp av individuelle intervjuer.

**Resultater:** Jeg fant at førstelinjelederens erfaringer med kommunikasjon med ansatte preges av at lederne opplever at de står i et krysspres, eller det mange av lederne selv kaller ”en skvis”. Dette krysspreset kan relateres til to dimensjoner som jeg vil kalle posisjon og situasjon. Formelt sett er førstelinjeledernes organisasjonsmessige plassering mellom ledelse på ulike nivå i helseforetaket og klinikerne i førstelinjen. *Posisjon* bruker jeg her for å fremheve plasseringen førstelinjelederen opplever i forholdet mellom den øvrige ledelsen og deres mål og målkrav ovenfra og medarbeidere, fag og behandling nedenfra. Et viktig funn her er at lederne går til ”kilden” når de skal kommunisere om overordnede mål. Med ”kilden” mener jeg i denne sammenheng lover, forskrifter, veiledere, oppdrags- og styringsdokumenter, altså det som er besluttet på politisk nivå som utgangspunkt for kommunikasjon med medarbeidere. *Situasjon* bruker jeg for å fremheve at lederne varierer sin kommunikasjon med medarbeiderne etter hvilken situasjon de befinner seg i og at dette har betydning for hvilken måte lederne kommuniserer på. Et tredje funn i denne undersøkelsen er at lederne har svært ulikt forhold til lokal *handlingsplan* og hvilken betydning denne har i kommunikasjon med medarbeidere om overordnede mål.

Undersøkelsen viser at førstelinjelederne relaterer flere forhold til hva som hemmer og fremmer kommunikasjon med medarbeidere om overordnede mål. Informantene i denne undersøkelsen trekker frem at for mye informasjon (overflod) og uklare definisjoner er typiske hemmende faktorer, mens god relasjon mellom leder og medarbeider, god oversettelse av overordnede mål til handlinger lokalt og direkte muntlig kommunikasjon trekkes frem som fremmende.

**Konklusjon:** Alle ledernivåer bør ta ansvar for oversettelse av overordnede mål og tilstrebe et språk som oppleves som meningsfylt på det operative nivået. Videre bør førstelinjeledere sikres opplæring i tanken bak og hensikten med å utarbeide handlingsplaner. De bør i tillegg få økt kompetanse på å bruke handlingsplaner som et redskap til å styrke kommunikasjonen om organisasjonens mål.

Det som fremmer førstelinjeledernes kommunikasjon om overordnede mål er åpne relasjoner mellom leder og medarbeider og direkte toveis kommunikasjon. Ikke minst viktig er ledernes lojalitet overfor organisasjonen, deres troverdighet i samhandling med medarbeider og deres gode oversettelser av overordnede mål som bygger bro mellom ulike logikker. Dette bidrar til å redusere krysspresset som lederne står i når de skal kommunisere om overordnede mål.





# Forord

Denne oppgaven markerer avslutningen på utdanningen master i helseadministrasjon. Dette studiet har vært en fantastisk reise for meg. Lærerikt og utviklende hele veien. Takk alle medstudenter på kull 29 – For en gjeng!

En stor takk til veilederen min Jan Frich. Du har hatt tro på prosjektet mitt fra første spede prosjektide til ferdig oppgave. I prosjektet har du bidratt med gode tanker, perspektiver og retning videre. I innspurten de siste ukene har du vært utrolig rask med gode tilbakemeldinger. Skriveprosessen i seg selv har vært en skikkelig berg-og-dal-bane og du har bidratt til at jeg har kunnet holde skriveprosessen i gang og har sikret at jeg har kommet i mål på en god måte.

Takk til informantene mine. Takk for at dere ville være med, takk for at dere tok dere tid til å bli intervjuet og takk for alt dere delte. Dere er flotte, dyktige og inspirerende folk – ta vare på dere selv!

Jeg vil takke Jorunn, min sjef, for å ha støttet meg gjennom hele utdanningen. Uten den tilrettelegging og goodwill som du har hatt, hadde jeg ikke kommet gjennom. Takk til Therese som har transkribert alle intervjuene ved siden av alt annet du gjør for meg og resten av Follo DPS.

En spesiell takk til Nina. Nå har du vært tålmodig! Du er den beste. Du har hele tiden vært den beste og viktigste støtten for meg. Uten deg hadde jeg ikke klart å komme i mål. Takk for at du er den du er. Takk for middager, koordinering av aktiviteter og orden i hus og hjem. Ingrid, Solveig og Johanne – takk for oppmuntring og nysgjerrighet – nå får dere se pappa igjen!



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Om helseforetak	1
1.3	Fra planer til handling	3
1.4	Ledelse i helseforetak	4
1.5	Kommunikative utfordringer i lederrollen	6
1.6	Problemstilling og forskningsspørsmål	7
<b>2</b>	<b>Teori</b>	<b>9</b>
2.1	Organisasjoner	9
2.1.1	Mintzbergs teori om organisasjoner	10
2.2	Ledelse	12
2.3	Kommunikasjon	15
2.3.1	Generell kommunikasjonsteori	15
2.3.2	Kommunikasjon og helseledelse	17
<b>3</b>	<b>Materiale og metode</b>	<b>21</b>
3.1	Intervju	21
3.2	Intervjuguide	21
3.3	Utvalg og rekruttering	22
3.4	Intervjuenes lengde og hvor de ble gjennomført	24
3.5	Gjennomføring	24
3.6	Analyse av data	25
3.7	Egen rolle som forsker	26
3.8	Etikk, reliabilitet og validitet	27
<b>4</b>	<b>Resultater</b>	<b>30</b>
4.1	Hva kommuniseres det om?	30
4.1.1	Ledelsens krav og forventninger	30
4.1.2	Fag og behandling	32
4.1.3	Medarbeidere og arbeidsmiljø	34
4.1.4	Informasjonsformidling	36
4.1.5	Planer	36
4.2	Hvordan kommuniseres det?	37
4.2.1	Kommunikasjonskanaler	37
4.2.2	Kommunikasjonsstrategier	39
4.3	Oppfatninger av lederrollen	40
4.4	Kommunikasjonsutfordringer	41
4.4.1	Troverdighet	41
4.4.2	Lojalitet	42
4.4.3	Oversettelse	43
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>46</b>
5.1	Posisjon	46
5.1.1	"Kilder" og kommunikasjon	48
5.1.2	Hva fremmer og hva hemmer kommunikasjonen i forhold til posisjon?	50
5.1.3	Hva så?	50
5.2	Situasjon	51

5.2.1	Hva fremmer og hva hemmer kommunikasjonen i forhold til situasjon?.....	53
5.2.2	Hva så? .....	54
<b>5.3</b>	<b>Handlingsplaner .....</b>	<b>54</b>
5.3.1	Hva fremmer og hva hemmer kommunikasjonen knyttet til handlingsplaner? .....	55
5.3.2	Hva så? .....	55
<b>5.4</b>	<b>Metodologiske aspekter .....</b>	<b>56</b>
<b>6</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>58</b>
6.1	Forslag til tiltak .....	58
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>62</b>
	<b>Vedlegg / Appendiks .....</b>	<b>64</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Da jeg startet som leder deltok jeg på en større ledersamling. Hensikten med ledersamlingen var at vi skulle holde på med ledelse og ledelsesutvikling. Det var her jeg første gang hørte formuleringen ”ledelse helt ut”. Formuleringen blir ofte knyttet til at organisasjonens mål skal kommuniseres på alle nivå – helt ut til førstelinjens medarbeidere. Jeg som leder på et nivå langt nede i organisasjonen interesserte meg for hva som kan bidra til at man klarer å kommunisere ”ledelse helt ut” i store komplekse organisasjoner som helseforetak. Denne oppgaven vil belyse dette temaet ved å undersøke hvilke erfaringer førstelinjeledere har med å kommunisere med ansatte om overordnede mål.

## 1.2 Om helseforetak

Spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert under fire regionale helseforetak (RHF), Helse Nord, Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Denne oppgaven vil basere seg på data innsamlet i Helse Sør-Øst som er det regionale helseforetaket jeg jobber under. En beskrivelse av Helse Sør-Øst gir et utgangspunkt for å forstå hvordan spesialisthelsetjenesten er bygget opp og gi en illustrasjon over avstanden fra overordnede beslutninger og ned til de som skal gi helsehjelp. Helse Sør-Øst har ansvar for spesialisthelsetjenesten til en befolkning på cirka 2,9 millioner innbyggere i Norge og er det klart største regionale helseforetaket. Helse Sør-Øst eier 11 helseforetak som har tilsammen 78 000 medarbeidere (“Helse Sør-Øst,” n.d.). Av disse 78 000 medarbeiderne er 4 500 ledere; fem prosent av disse er toppledere, 19 prosent er mellomledere og 76 prosent er ledere for enheter og seksjoner (“Helse Sør-Øst,” n.d.). For 2017 mottok Helse Sør-Øst i overkant av 52 milliarder kroner for å yte helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

De fleste av helseforetakene i Helse Sør-Øst er relativt store helseforetak med mange ledernivåer, de forvalter store ressurser og har ansvar for å gi helsehjelp til svært mange innbyggere. En måte å dele inn de ulike nivåene i helseforetakene på er hentet fra Frich (Frich, 2016). Frich beskriver det slik at topplederen, eller direktøren, befinner seg på nivå 1. Topplederen har det overordnede ansvaret for hele helseforetaket. På nivå 2 finner vi det første nivået som går under betegnelsen ”mellomledelse”, nærmere bestemt tjenesteovergripende ledelse som har ansvar for en del av organisasjonen. I helseforetak

omtales dette nivået som klinikkdirektør/-sjef eller divisjonsdirektør. Ledere på nivå 3 har som regel ansvar for en avdeling eller et helt distriktpsikiatrisk senter (DPS). Det neste nivået er nivå 4. På nivå 4 finner vi som regel seksjoner. Med noen få unntak er nivå 4 det siste formelle ledernivået i helseforetaket. Bare unntaksvis finner vi nivå 5 som formell del av lederlinjen. Jeg vil i det følgende omtale de lederne som befinner seg på det laveste ledernivået i organisasjonen og som dermed er leder for klinikere for ”førstelinjeledere”. Denne beskrivelsen er en hovedmodell. I realiteten kan veien fra politiske beslutninger om helsetjenesten til pasienten som mottar helsetjenestene være lang og kronglete uten de tilsiktede direkte linjene mellom nivåene. Frich peker på at det er noen uheldige konsekvenser av at det er innført så mange formelle ledernivåer i helseforetak. Hvert ekstra ledernivå vil innebære en merkostnad for å sikre god kommunikasjon internt i organisasjonen. På denne måten vil mange ledernivåer bidra til at den vertikale dialogen settes på strekk (Magnussen, Vrangbæk, Martinussen, & Frich, 2016).

For at foretakene skal kunne etterkomme de krav som stilles fra myndighetene og fra befolkningen må man ha godt fungerende ledere. Ledelse har de siste 15 årene stått sentralt i en rekke offentlige dokumenter, utredninger og i ulike nasjonale, regionale og lokale prosjekter knyttet til helseforetak. Hver dag må ledere i helseforetak og deres ansatte prioritere og ta vanskelige valg. Det kan være svært vanskelig å avgjøre hva som er forsvarlig og godt nok i enhver situasjon. Slike dilemmaer oppleves i alle ledernivåer. Likevel synes det som at utfordringene oppleves aller mest belastende blant ledere på førstelinjenivå – de som befinner seg nærmest pasientene og klinikerne (Schumacher, 2012). Det er flere tilbakemeldinger som tyder på at kravene til prioritering og drift innen begrensede økonomiske rammer oppleves mer belastende på lavere nivåer i ledelseshierarkiet, samtidig som det er på førstelinjeledernivå at opplæring og støttesystemer oppleves som mest mangelfulle (Schumacher, 2012). Dersom ledelsens visjoner og mål skal gjennomføres er man avhengige av at mål, planer og visjoner for foretaket når helt frem til de som skal utføre handlingene. I helseforetak vil dette si klinikerne som møter pasienten. For at det skal være samsvar mellom ledelsens mål for organisasjonen og handlingene som utføres av klinikerne, må målene bearbeides og tilpasses de ulike nivåene som blir berørt og som skal gjennomføre handlingene.

En betydelig utfordring vil være å definere og konkretisere hva toppledelsens mål innebærer av handlinger. Det vil være av stor betydning at det er god kommunikasjon mellom nivåene i

organisasjonen. Som leder selv har jeg opplevd at jeg raskt plukket opp begreper, ord og språkbruk som er typisk for ledere, som ”aktivitetskrav”, ”måloppnåelse”, ”prioriteringer” og ”budsjettbalanse”, men at det kunne være vanskeligere å skjønne hvordan man skal omsette dette til klinikernes møte med pasienter og pasientbehandlingen.

### **1.3 Fra planer til handling**

For å få et klarere bilde av hvordan helsevesenet i dag styres, kan det vært nyttig å skissere kort hvordan politiske beslutninger transformeres til utøvelse av helsehjelp.

Helseministeren og departementet lager, med bistand fra for eksempel Helsedirektoratet planer for helsetjenestene i form av ”oppdragsdokument” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Noen av hovedtrekkene i oppdragsdokumentet presenterer helseministeren årlig i det som kalles ”sykehustalen” (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2017). Oppdragsdokumentet sendes ut til de regionale helseforetakene, som igjen sender videre sine oppdragsdokumenter til helseforetakene i regionen. Innenfor hvert foretak utarbeides det deretter ulike plan- og strategidokumenter for hvordan hvert enkelt foretak skal innfri de forpliktelser og oppgaver de er pålagt for sitt opptaksområde, på vegne av ”Staten”. Innenfor hvert foretak bearbeides så føringene ovenfra slik at de så langt det lar seg gjøre, kan samsvare med hvordan de ulike avdelingene og seksjonene i foretaket driver, eller må drive, for at ”bestillingene” ovenfra skal leveres. På avdelings- og seksjonsnivå utarbeides det ofte ”handlingsplaner”.

Handlingsplanene skal ivareta flere funksjoner – de skal bidra til at det overordnede oppdraget løses, i tillegg til at det skal bidra til å skape retning for lokal ledelse og klinikere som skal utføre oppdraget. For hvert av disse ”nivåene” gjøres det en fortolkning av hvordan man forstår innholdet i ”oppdraget”. Denne fortolkningen vil også, naturlig nok, bli preget av hvor i landet/regionen man er og i hvilket foretak man jobber i. Det er ikke alltid direkte kommunikasjon mellom de ulike nivåene og resultatet av dette er at fortolkningene sannsynligvis utvikler seg etterhvert som ”oppdraget” beveger seg nedover i nivåene. I tillegg blir det en utfordring å lage handlingsplaner som gir mening og betyr noe for de som møter pasientene. Ønsket om en handlingsplan kommer ofte fra ledelsen og ikke fra ”gulvet”, samtidig som en god handlingsplan som gir mening og retning for arbeidet på ”gulvet” vil øke sannsynligheten for at virksomheten når de mål som er satt.



## 1.4 Ledelse i helseforetak

Politiske føringer legger opp til økt effektivisering og stiller høyere krav til kvalitet samtidig som det fremheves at kostnadene skal holdes nede. Dette skjer samtidig som det oppdages nye behandlingsmetoder og at helsetjenestene behandler flere og mer komplekse tilstander enn tidligere. Glouberman og Mintzberg (Schumacher, 2012) beskriver spesialisthelsetjenestens ulike ”verdener”, hver med forskjellige oppgaver, ulike tankesett og ulike måter å organisere oppgaveløsningen på. Legenes fokus rettes mot behandling, sykepleiere har fokus på pleie og lederne har fokus på kontroll. I følge Glouberman og Mintzberg kan ulikt tankesett på denne måten medføre at det oppstår en horisontal kløft – særlig mellom helsepersonell og ledere (Schumacher, 2012). En måte å beskrive hvordan denne ”kløften” arter seg på er at helsepersonell som regel blir individorientert og fokusert på pasienten de har foran seg ”der og da”, mens ledelsen i større grad blir mer opptatt av hvordan ressursene kan utnyttes slik at flest mulig får best mulig helsehjelp. Å si til helsepersonell at de skal unnlate å behandle pasienter på grunn av økonomiske hensyn, vil i stor grad utfordre yrkesetikken hos helsepersonell og kan vekke sterke følelser og reaksjoner. Fra en leders synspunkt vil økonomiske prioriteringer være viktig og riktig for å sikre at de økonomiske ressursene fordeles slik det er besluttet og at ikke enkeltpasienter eller pasientgrupper behandles på bekostning av andre pasienter. De økonomiske rammene ikke er ubegrensede. For en leder som skal gå inn i diskusjoner med klinisk ansatte i slike situasjoner stilles det store krav til legitimitet og gode kommunikasjonsevner for at samtalen ikke skal ende i en fastlåst situasjon der gapet mellom klinikerne og ledelsen bare vokser. Mange av de debattene som pågår om utvikling av helsetjenestene i Norge i dag, er preget av denne kløften og gapet mellom ledere og klinikere (Grimsgaard, 2016).

Siden slutten av 1990-tallet har det vært et tydelig fokus på ledelse i helseforetak (NOU 1997:2). Et viktig skritt i denne sammenheng var at Stortinget vedtok i en lovbestemmelse i 2001 at det skulle være enhetlig og udelt ledelse i sykehus. Enhetlig ledelse innebærer at det ikke lenger skulle være en lederlinje for ”administrasjon” og en linje for ”fag”, men at disse skulle samles. I rapporten heter det at ledelse brukes i vid forstand om ivaretagelse av et helhetlig ansvar for den virksomhet som ledes. Dette innebærer et omfattende ansvar som inkluderer resultater og kvaliteten på tjenestene, et overordnet personalansvar for alle ansatte, ansvar for arbeidsmiljø og organisasjonskultur, ansvar for å initiere og gjennomføre

nødvendige endringsprosesser, samt evne og vilje til å utøve ledelse ved formell myndighet og bruk av delegering (NOU 1997:2). I rapporten hevdes det at sykehus vil styres både ovenfra og nedenfra. Ovenfra styres sykehusene av krav og retningslinjer gitt av sykehuseier og de krav som legges på sykehusene fra offentlige myndigheter. Myndigheten og ansvaret ligger hos styre og direktør, men delegeres til ledere på lavere nivåer. På avdelingsledernivå var man opptatt av at ledere skulle ha reell lederkompetanse bestående av personlig egnethet og egenskaper, relevant ledererfaring og formell lederkompetanse. Nedenfra styres sykehusene av de ulike fagenes utøvelse av normer, faktiske prioriteringer og av den utvikling som til enhver tid skjer i et fag eller på et fagområde. Dersom man skal lykkes med ledelse i sykehus, må man erkjenne de spenningene som finnes mellom disse to perspektivene, og det trekkes frem som svært viktig at man finner frem til hvordan man kan integrere de organisatoriske og de utøvende nivåene i sykehusorganisasjonen (NOU 1997:2).

I rapporten Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak (Schumacher, 2012) har man forsøkt å formulere ”nasjonale lederkrav”, altså hvilke forventninger man stiller til de som skal være ledere i helseforetak. Kravene er ”helhetstenkende”, ”ansvarlig”, ”endringsvillig”, ”handlekraftig”, ”kommuniserende” og ”inspirerende” i den hensikt at man skal oppnå gode og stadig bedre resultater. Dette utdypes ved at man sier at ansvarlig og helhetstenkende er noe man ”er”, endringsvillig og handlekraftig er noe man ”gjør” og kommuniserende og inspirerende handler om ”måten man gjør det på”.

Den teoretiske bakgrunnen for denne studien baserer seg på Mintzbergs (Mintzberg, 1989) teorier om organisasjoner og prosjektrapporten ”Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak” (Schumacher, 2012). Norske sykehus (helseforetak) har utviklet seg til store hierarkisk oppbygde organisasjoner med mange ledernivåer. Henry Mintzberg (Jacobsen & Thorsvik, 2013) beskriver tre hovedgrupper i en hierarkisk organisasjon. Det er *toppledelsen* som har det øverste administrative ansvaret for organisasjonen. *Mellomledelsen* er den gruppen som har hovedansvar for å føre tilsyn med og koordinere produksjonen. De skal også formidle informasjon fra toppen av organisasjonen og ned til det operative nivået, samt formidle informasjon fra det operative nivået og oppover til toppledelsen. Den *operative kjernen* er den delen som gjør det arbeidet organisasjonen må for å realisere sine overordnede mål. I helseforetak vil dette være personer som har direkte pasientkontakt.

## 1.5 Kommunikative utfordringer i lederrollen

Helseleders kommunikasjon med ansatte er belyst av bl.a. Halvor Nordby (Nordby, 2009, 2014; Nordby & Botten, 2007). Nordby har fokusert på noen av de utfordringer helseledere møter på i kommunikasjon med ansatte. Hans studier viser at et sentralt og viktig element i denne kommunikasjonen er hvorvidt ledere klarer å ”oversette” økonomisk-administrativ tenkning til et klinisk helsefaglig perspektiv. Nordby (Nordby, 2009) hevder dette er en nøkkelfaktor for å lykkes med ledelse i helsevesenet. En bredere søkerprofil avdekker litteratur om beslektede tema.

Indrebø og Korsæth (2013) har gjort en studie rettet mot hvordan ledere kommuniserer rundt kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. De fant at pålegg fra myndighetene i utgangspunktet ikke opplevdes som relevante for å sikre kvalitet og at begrepene som ble benyttet ikke hadde den samme betydningen for leder i klinisk praksis. Deres funn ledet til at de oppfordret sykehusets ledelse til å finne frem til formuleringer som opplevdes relevant for klinikernes individorienterte perspektiv.

Haugland og Kristensen (2010) har sett på betydningen av lederutviklingsprogram for førstelinjeledere. De fant at et slikt program bidro til økt trygghet i lederrollen. I tillegg ga det lederne økt motivasjon for lederjobben og for å lære mer om ledelse.

Mahdi (2016) har undersøkt mål- og resultatstyring i offentlig psykisk helsevern. Studien tyder på at mål- og resultatstyring påvirker behandlernes adferd, motivasjon og handlinger. Videre viste studien at kvalitetsaspekter ved behandlingen ble svekket som et resultat av målforskyvning. Mål- og resultatstyring bidro også til redusert autonomi for behandlerne.

Denne litteraturen peker på problematikken knyttet til lederes kommunikasjon med klinikere om overordnede mål med to ulike innfallsvinkler, den ene i forhold til oversettelse (Indrebø & Korsæth, 2013) og den andre i forhold til mål- og resultatstyring (Mahdi, 2016). Den siste (Haugland & Kristensen, 2010) rettet seg mot førstelinjeledere.

Søk på mellomledere i andre organisasjoner gir også eksempler på kommunikasjon mellom ledere og ansatte, men det er i første omgang ingen som går spesifikt inn på lederes kommunikasjon med ansatte om overordnede mål.

Ledere kan oppleve at det er en utfordring å formidle innholdet i overordnede mål og virksomhetsplaner til klinikere på en slik måte at disse gir mening, inspirasjon og oppleves som relevante. Hensikten med denne undersøkelsen er å utforske hvordan ledere i helsevesenet kan bidra til å skape felles forståelse for organisasjonens mål helt ut til det kliniske operative nivået. Det utarbeides mange overordnede planer og mål for virksomhetene, skrevet med et språk som ikke nødvendigvis samsvarer med det språk som beskriver klinikernes arbeid i hverdagen. Måloppnåelse og i hvilken grad virksomhetene klarer å følge opp dette, vil langt på vei være avhengige av hvordan ledere klarer å snakke med egne ansatte om disse målene på en slik måte at de oppleves som relevante og meningsfulle for klinikerne. Et sentralt tema er hvordan ledere går frem for å sikre at overordnede planer for virksomheten kommer frem til alle nivåer i organisasjonen. I forlengelsen av dette kan det være aktuelt å undersøke i hvilken grad ledere på førstelinjenivå er opptatt av overordnede planer og virksomhetsmål, eller om de i større grad definerer egne mål ut fra klinisk hverdag.

Gode ledere ses på som en sentral og nødvendig faktor for at helseforetakene skal kunne levere gode og effektive tjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske rammer fremover. For å få til dette er man avhengig av å lykkes med ”ledelse helt ut”.

Jeg vil i denne oppgaven blant annet rette oppmerksomheten mot ”Handlingsplaner”. Bakgrunnen for dette er at handlingsplaner er det dokument som på seksjons- og enhetsnivå er ment å skulle definere praksis for virksomheten. Det er disse planene som blir konkretiseringen av hvordan overordnede planer er bearbeidet og tilpasset nedover de ulike ledernivåene i foretaket. Gode handlingsplaner som følges, brukes og styres etter, vil være en indikasjon på om man lykkes i ønsket om ”ledelse helt ut”.

Man kan også tenke seg at ledere i mindre grad er opptatt av disse handlingsplanene. Det vil derfor være interessant å undersøke hva lederne selv er opptatt av og om det de er opptatt av kan knyttes til overordnede planer og føringer.

## **1.6 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Formålet med undersøkelsen er å utforske hvordan ledere oversetter og omsetter hovedpunkter i virksomhetsplaner, styrings- og plandokumenter til konkrete og relevante mål

for klinikerne. I hvilken grad leder lykkes i denne formidlingen vil være avgjørende for valg knyttet til ledelse og ledelsesutvikling i helseforetak fremover.

Oppgavens problemstilling er: *”Hvilke erfaringer har ledere med å skape felles forståelse for organisasjonens mål helt til det kliniske og operative nivået”.*

Problemstillingen operasjonaliseres i følgende to forskningsspørsmål:

1. Hvilke erfaringer har førstelinjeledere med å kommunisere med ansatte om organisasjonens mål?
2. Hva hemmer og hva fremmer førstelinjelederens kommunikasjon med ansatte om organisasjonens mål?

## 2 Teori

Jeg vil i det følgende presentere teori som kan bidra til å forstå og belyse oppgavens tematikk. Teori om organisasjoner, ledelse og kommunikasjon står da sentralt. Jeg har ikke til hensikt å redegjøre for all teori på de respektive områdene, men har valgt ut noen teoretiske tilnærminger som er sentrale og relevante for min studie.

### 2.1 Organisasjoner

Organisasjoner kan defineres som sosiale systemer som er konstruert for å løse spesielle oppgaver for å nå bestemte mål. Det er sosialt fordi det involverer mennesker og sosiale relasjoner. Organisasjonen inngår i et system for å kunne samarbeide med andre om å skaffe ressurser som råvarer, kapital og arbeidskraft, kunder, klienter eller brukere.

En organisasjon kan ofte ses på som et produksjonssystem der ressurser transformeres og gir resultater. Resultatene kan igjen gi tilbakemelding til organisasjonen om i hvilken grad den når sine mål. De senere årene har det vært stor diskusjon rundt begrepet ”produksjon” når vi snakker om helsetjenester. Dette har blitt særlig fremtredende etter foretaksreformen fra 2002 og innføringen av New public management (NPM). Etter foretaksreformen ble det i økende grad lagt vekt på at helsetjenestene skulle finansieres etter hva de utførte, heller enn at de fortsatt skulle finansieres ved tildelte rammer. Bakgrunnen for dette var at man i årene før hadde sett at kostnadene til helsetjenester hadde økt dramatisk, samtidig som man ikke så en tydelig økning i antallet pasienter som ble behandlet. Med innføringen av foretaksreformen og NPM hadde man en intensjon om bedre og mer effektiv drift av helsetjenestene dersom man tok i bruk prinsipper vi kjenner fra private virksomheter der økonomiske insentiver kan brukes som styringsmekanisme. At man i helsetjenestene har tatt i bruk begreper som man vanligvis kjenner fra bedriftsøkonomisk tankegang har vært vanskelig for mange helsearbeidere. Det å likestille vareproduksjon og helsetjenester har bidratt til at mange oppfatter det som om pasienter objektifiseres og at man fjerner seg fra det menneskelige. At man i tillegg har hatt et økt fokus på effektivisering og standardisering av tjenestene har bidratt ytterligere til at klinikere har en oppfatning om at det er et mål å bli en slags helsefabrikk. Dette kan ses på som et eksempel på den horisontale kløften som kan oppstå mellom ledelse og helsepersonell. Den store forskjellen i tenkemåte mellom ledelse og helsepersonell er vanskelig å forene. Helseforetak er kunnskapsorganisasjoner som forvalter

og genererer kunnskap. Det er en samfunnsoppgave å drive sykehus. I sykehus er mennesker ”råmaterialer”, virksomhetene realiserer viktige samfunnsverdier, karakteriseres av verdier som omsorg, pleie og restituering (Sørås, 2007). Sykehus har også vært preget av profesjonsdominans. I kamp om ressurser trekkes ofte den sårbare pasienten frem.

### **2.1.1 Mintzbergs teori om organisasjoner**

For å belyse viktige trekk ved ledelse, vil jeg beskrive noen trekk ved Mintzbergs teori om organisasjoner, i hovedsak basert på Jacobsen og Thorsvik (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Et sentralt tema innen organisasjonsteorien omhandler strukturelle konfigurasjoner.

Mintzberg har forsøkt å avklare hvilke hoveddeler organisasjoner består av. I følge Mintzberg består alle organisasjoner av fem hoveddeler. Disse hoveddelene benevner han som operativ kjerne, mellomledelse, toppledelse, teknostruktur og støttestruktur. De tre første av disse utgjør lederlinjen og de to siste er de som omtales som stabsfunksjoner.

Den operative kjernen er den delen som utfører det arbeidet som organisasjonen må utføre for å realisere sine overordnede mål. Oversatt til helseforetak kan vi si at den operative kjernen er den som driver med pasientbehandling. Mellomledelsen er den gruppen som har hovedansvaret for å koordinere arbeidet og å passe på at de ulike avdelingene i foretaket gjør den jobben de skal. Mellomledelsen skal også være bindeleddet mellom toppledelsen og det operative nivået ved å sørge for at informasjon fra den operative kjernen kommer oppover i systemet, samt gi informasjon fra toppen og nedover. Toppledelsen er den gruppen som har det øverste administrative ansvaret for organisasjonen. Det vil si administrerende direktør, klinikkjef, divisjonsdirektør eller lignende.

Teknostrukturen er ikke en direkte del av produksjonen, men har som oppgave å utforme planer, sette opp rutiner eller kontrollere for eksempel økonomien. I tillegg til dette er det en del til som omtales som støttestruktur. Støttestrukturen er ikke involvert i pasientbehandlingen, men sørger for ting som organisasjonen trenger for å fungere som sentralbord, rengjøring og lignende. De ulike gruppernes størrelse og betydning kan være forskjellig i ulike organisasjoner ut fra hvilken betydning og innflytelse de har i den lokale organisasjonen.

Helseforetak har ofte en organisasjonsform som kalles et profesjonelt byråkrati. I profesjonelle byråkratier er vanligvis mye av beslutningsmyndigheten og handlefriheten tillagt den operative kjernen, altså behandlerne. Dette fordi den operative kjernen består av ansatte som gjennom utdanning og erfaring har tilegnet seg faglige kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for å løse oppgavene på tilfredsstillende måter. I det profesjonelle byråkratiet, legger man opp til å standardisere oppgavene gjennom å rekruttere fagpersoner som har den ønskede kompetansen, og på den måten skape forutsigbarhet. I det profesjonelle byråkratiet har man delegert beslutningsmyndigheten i faglige spørsmål til ansatte og har på den måten fått et desentralisert byråkrati. *”Ingen andre enn de profesjonelle kan vurdere hvordan jobben skal utføres på en god måte”*(Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 98).

Helseforetak blir ofte trukket frem som eksempler på profesjonelle byråkratier der man grupperer ulike fagspesialister sammen i avdelinger etter hvilken spesialisering de har. Fordelen med en slik organisasjonsform er at delegering av beslutningsmyndighet sikrer faglig godt arbeid og raskere problemløsning og saksgang. Ulempen med en slik organisering er rivalisering og konflikter mellom faggrupper. Fagpersoner kan ha lett for å prioritere pasientgrupper man selv har kompetanse og erfaring med på bekostning av andre utsatte pasientgrupper. I tillegg vil denne organiseringen gjøre det svært vanskelig å drive god økonomistyring, fordi engasjerte fagfolk som oftest vil rangere faglige standarder fremfor økonomiske begrensninger.

Maskinbyråkratiet er en organisasjonsform som har litt andre karakteristikk. Denne organisasjonsformen kjennetegnes ved at man har en sentralisert beslutningsmyndighet og høy grad av formalisering. Mye av virksomheten styres gjennom skriftlige regler og prosedyrer. Organisasjoner med denne typen organisering har ofte en ganske stor teknostruktur, som har ansvar for å utarbeide regler og prosedyrer, samt kontrollere at disse blir fulgt. Fordelene ved maskinbyråkratiet er at det er klare ansvarsforhold, det er stabilitet og forutsigbarhet, samt at man jobber for standardisering som fremmer produktivitet. Ulempene ved denne formen for organisering er at virksomheten ofte blir vanskelig å endre. En annen ulempe er at det kan bli et mål i seg selv å følge reglene og man kan oppleve at man i liten grad får utnyttet ansattes kompetanse i virksomheten (Jacobsen & Thorsvik, 2013). En slik sentralisering av beslutningsmyndigheten kan også virke demotiverende på de ansatte. Organisasjonsformen omtales også som dysfunksjonell i et samfunn som i dag der krav til fleksibilitet og tilpasninger er høy. Mange organisasjoner beholder likevel



maskinbyråkratiske trekk siden den har vist seg å være svært funksjonell for virksomheter med behov for effektivitet og forutsigbarhet. Det kan av flere i dag oppleves som at helseforetakene er mer organisert som maskinbyråkratier enn profesjonelle byråkratier. Selv om eksemplene fra litteraturen legger opp til at helseforetak bør ha organisering som profesjonelle byråkratier, kan det virke som at foretakene etter foretaksreformen gradvis har fått en dreining mot maskinbyråkratiet.

Mintzberg skriver at organisasjoner også er påvirket av omgivelsene og at det ofte oppstår spenninger. I hovedsak vil det være slik at kultur og fellesskap om virksomhetens mål og oppgaver vil bidra til å holde organisasjonen samlet, men det vil også være slik at dynamikk innad i organisasjonen vil bidra til spenninger. Toppledelsen vil ofte trekkes mot overordnet styring, toppledelsens visjoner og overordnede mål. Teknostrukturen vil forsøke å påvirke organisasjonen mer i retning av rasjonalisering, støttestrukturen vil trekke mot samling av funksjoner og den operative kjernen vil trekke i retning av økt profesjonalisering.

Mellomledelsen vil ha stor betydning i forhold til å knytte de ulike strukturene i organisasjonen sammen, men presset på mellomledelsen kan bli stort. Dersom mellomledelsen ikke lykkes i dette, vil et fenomen som kalles ”balkanisering” oppstå, der forbindelsen mellom toppledelsen og den operative kjernen brytes og opptrer løsrevet fra hverandre. Et annet uttrykk som beskriver det samme er ”decoupling”(Brunsson, 1993).

## **2.2 Ledelse**

Uavhengig av hva slags organisasjon man arbeider i vil man som leder være bindeleddet mellom eiernes prioriteringer og ansattes krav og ønsker. I Norge er det etter foretaksreformen i 2002 slik at det er Staten som eier helseforetakene. Utøvelse av eierskapet skjer ved Helseministeren og Foretaksmøtet. Den til enhver tid sittende regjering har dermed politisk innflytelse på hvordan helseforetakene styres. Uavhengig av hvordan foretakene styres og hvor gode systemer man har, er man nødt til å ha ledere som har gode evner til å forklare ansatte systemenes formål og funksjon (Magnussen, Vrangbæk, Martinussen & Frich, 2016).

Det er ganske ofte at det oppstår situasjoner der de ulike aktørenes krav og ønsker kolliderer. Det å håndtere relasjoner er derfor en viktig del av det å lede (Hippe & Trygstad, 2012). En sykehusleder går ofte inn i flere og mer komplekse relasjoner der de forholder seg til mange

interesser. En leder i et helseforetak har ikke anledning til å tilpasse virksomheten for å tilfredsstille en enkelt ”kundegruppe”, men skal være til for alle (Hippe & Trygstad, 2012). Helseforetakene har også mange ulike grupper ansatte og profesjoner som bidrar til økt kompleksitet og et stort mangfold i oppfatninger om hva som er god behandling, god omsorg og god kvalitet på tjenestene. Helsetjenestene har også kravstore eiere med sammensatte ønsker for tjenestene, i tillegg til at disse ønskene kan endre seg etter hvilken regjering som sitter og etter strømninger i befolkningen (Hippe & Trygstad, 2012).

Ledelse handler også om kommunikasjon og samhandling med andre slik at arbeidet blir utført på en slik måte at organisasjonen holder riktig retning (Hippe & Trygstad, 2012). Flere hevder at ledelse er farget av både virksomhetens kultur og institusjonelle føringer. Et slikt institusjonelt perspektiv på ledelse medfører at kunnskap om virksomhetens egenart, fag eller produksjon er en lederegenskap som er viktig. Det betyr at lederen må være blant de fremste innenfor sitt felt (Hippe & Trygstad, 2012). Dette perspektivet skiller seg fra det perspektivet som finnes i New Public Management (NPM). I NPM anses ledelse som kontekstfri og det legges opp til at ledelse er et eget fag der en god leder kan lede alt. Innenfor dette perspektivet kan profesjonenes sterke rolle betraktes som et hinder for effektiv ledelse og drift.

Det finnes i dag mye teori om ledelse, hva som bidrar til god ledelse og hvilke egenskaper en leder bør ha for å lykkes. I følge Goffee og Jones (2000) har det vist seg vanskelig å finne personlighetstrekk som kjennetegner gode ledere. Det har også vært vanskelig å utarbeide ”oppskrifter” som kan fortelle hva som skal til for å bli en god leder. Forskningen deres viser likevel til fire faktorer de mener enhver leder bør ha bevissthet om og jobbe for å utvikle. Goffee og Jones hevder at det som er avgjørende for ledere som lykkes er at de evner å inspirere og engasjere folk for å få dem til å gjøre en innsats for å nå virksomhetens mål. Jeg vil i det følgende gå gjennom fire faktorer de fremhever som viktige, sårbarhet, intuisjon, tøff empati og annerledeshet.

Ledere som lykkes tør å synliggjøre at de ikke er feilfrie og som viser en sårbarhet, fremstår som mer menneskelige overfor ansatte. Det er også slik at ansatte kan tenke at en som ikke har noen feil ikke trenger hjelp eller støtte. Dette kan fort slå tilbake på lederen. Det å avsløre egne svakheter bidrar også til at man oppfattes som mer ekte og autentisk. Siden man selv åpent byr på sine egne svakheter og feil, har man mulighet til å vektlegge ”feil” som kan

forsterke egenskaper som er av betydning for jobben på en positiv måte. Et eksempel på dette er om man avslører at man er ”arbeidsnarkoman”.

En annen viktig faktor er lederens intuisjon knyttet til å fange opp tendenser, strømninger og stemninger blant de ansatte. Ved å være vår på hva som skjer i virksomheten og hvordan medarbeiderne jobber, kan lederen handle eller iverksette tiltak på de riktige tidspunktene.

Den tredje faktoren er at lederen bruker det som kalles ”tøff empati”. Tøff empati handler i stor grad om å stille klare og tydelige krav til medarbeiderne sine. Den gode lederen hjelper sine medarbeidere med å gi dem den støtten de trenger for å gjøre jobben, selv om dette ikke alltid er det den ansatte vil ha. Innenfor helseforetak kan dette for eksempel være at lederen ikke tar over behandlingen av en vanskelig pasient, men kommer med støtte slik at medarbeideren selv kan behandle pasienten.

Den siste faktoren er at en god leder våger å være annerledes og at de til og med kan fremheve det som er unikt med dem selv. Det er likevel viktig at man ikke gjør seg så spesiell at de ansatte ikke lenger kan identifisere seg med lederen.

Mye av den teori som finnes om ledelse stammer fra land der det er vanlig med en autoritær lederstil. Dette er i stor kontrast til ledelsesstilen som er vanlig i Norge og Skandinavia. I Skandinaviske land legges det stor vekt på likhet, demokrati og uformelle relasjoner i samfunnet. Hippe og Trygstad (2012) beskriver at den skandinaviske lederstilen kjennetegnes som uformell og likhetsorientert. Det er lite forskjeller mellom ledere og medarbeidere både når det gjelder lønn og når det gjelder frynsegoder. De senere årene har vi sett at det kommer frem større forskjeller på disse områdene også i Norge, men enda så lenge har ikke dette gjort seg veldig gjeldende innenfor helseforetakene. I Skandinavia legges det stor vekt på konsensus, deltagelse og inkludering i beslutnings og endringsprosesser. I tillegg bruker skandinaviske ledere sjelden makt og dominans for å få igjennom endring, men er mer opptatt av å få igjennom beslutninger og endringer ved hjelp av gode argumenter.

## 2.3 Kommunikasjon

I det følgende vil jeg presentere nærmere teori om kommunikasjon. Først om kommunikasjon generelt og så kommunikasjon i forbindelse med helseledelse. Presentasjonen er i stor grad basert på Jacobsen og Thorsvik (2013).

### 2.3.1 Generell kommunikasjonsteori

Kommunikasjon kan ses på som en grunnleggende prosess i alle mellommenneskelige relasjoner. Som jeg har vært inne på tidligere er organisasjoner også sosiale systemer og kommunikasjon er avgjørende for å holde organisasjonen sammen: *”Kommunikasjon er limet som holder organisasjonen sammen, danner grunnlaget for beslutninger og læring, og skaper meninger og innhold”* (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 278).

Kommunikasjon handler enklest sett om overføring av informasjon, tanker eller ideer fra en sender til en, eller flere mottakere. Vi snakker da om en enveis kommunikasjon. For de fleste vil ikke enveis kommunikasjon være ”nok”, man ønsker eller har et mål om at kommunikasjonen skal være toveis. I toveis kommunikasjon blir kommunikasjonsprosessen dynamisk ved at sender og mottaker gjensidig utveksler informasjon. I denne prosessen får sender tilbakemeldinger fra mottaker som bidrar til at sender får informasjon som gir indikasjoner på om mottaker har forstått det budskapet sender har gitt. Å få til en slik toveis kommunikasjon er av avgjørende betydning når man skal koordinere oppgaver i komplekse organisasjoner som helseforetak. Helsepersonell må kommunisere for å komme frem til enighet om ”hva” som feiler pasienten, ”hvordan” pasienten skal behandles og ”hvem” som skal gjøre hvilke oppgaver.

Det fattes ikke bare beslutninger om oppgaver som skal gjøres. Det kan også fattes beslutninger om strategiske planer eller overordnede spørsmål. Kvaliteten på beslutningene vil avhenge av hvor godt informasjonsgrunnlaget er. Dette betyr at informasjon må være tilgjengelig for de som skal beslutte når beslutningstagerne trenger den. Vi har de senere årene fått mye ny teknologi som både har til hensikt å gi mulighet for bedret kommunikasjon og for rask tilgang til nødvendig informasjon. Moderne teknologi har også medført at vi har muligheten til å kommunisere og utveksle informasjon uten å møtes. Dette kan være svært nyttig for eksempel i helsetjenestene der man har behov for å samarbeide med helsepersonell

som befinner seg geografisk sett langt unna eller det på andre måter er vanskelig for å finne tid til å treffes.

Kommunikasjon kan foregå i en rekke ulike kanaler. Kommunikasjon kan foregå skriftlig eller muntlig. Skriftlig kommunikasjon skjer i dag ofte ved bruk av e-post. E-post har en rekke fordeler. Det er en rask og lettvinnt måte å sikre at et budskap når ut til de personene man ønsker å nå innenfor organisasjonen. Det forekommer i dag lite kommunikasjon i ordinær brevpost. I en organisasjon kan man ofte kommunisere ved hjelp av oppslag på bedriftens intranett. Dette er informasjon som har mulighet til å nå et stort antall mennesker, men som i liten grad sikrer at de rette personene mottar budskapet. Muntlig kommunikasjon kan forekomme i formelle og uformelle sammenhenger. Organisering av møter er en vanlig måte å legge til rette for muntlig kommunikasjon på. Møter kan ha ulikt antall deltagere og ulik varighet og egner seg svært godt til kommunikasjon med små og mellomstore grupper. Møter gir også muligheter for umiddelbare tilbakemeldinger fra mottakere som gjør at sender kan omformulere eller på annen måte sikre at budskapet oppfattes etter hensikten. Muntlig kommunikasjon kan også forekomme i en-til-en samtaler. Dette er tidkrevende, men har til gjengjeld den fordel at det er gode muligheter for at budskapet når frem med rett form og innhold. I organisasjoner eller på en arbeidsplass er det ofte muligheter for mer uformell muntlig kommunikasjon. Dette oppstår for eksempel i kaffepauser, til lunsj eller ved sosiale arrangementer.

Som jeg har vært inne på er det et mål at kommunikasjon er en toveis dynamisk prosess. Får vi til det kan vi si at vi har effektiv kommunikasjon. Effektiv kommunikasjon har vi når mottageren oppfatter budskapet slik senderen hadde tenkt og at sender og mottager utvikler felles forståelse. For å få til dette er det avgjørende at senderen klarer å sette seg inn i situasjonen mottaker befinner seg i, at det brukes språk eller formuleringer mottaker forstår og at budskapet sendes via en kanal mottaker benytter. I tillegg er det viktig at budskapets innhold blir lagt merke til og at det sendes eller formidles på et tidspunkt der det ikke blir borte blant mange andre ting. Det er også slik at kommunikasjonen blir mer effektiv dersom man bruker flere ulike kommunikasjonskanaler og at budskapet formidles ved bruk av metaforer eller bilder mottaker kan relatere seg til. Vi må ikke glemme at toveis kommunikasjon innebærer at det også skjer en tilbakemelding fra mottaker til avsender. Denne tilbakemeldingsprosessen påvirkes også av relasjonen mellom sender og mottaker.

Dette medfører at kommunikasjonen mellom sender og mottaker påvirkes av relasjonen mellom dem. Dette kan slå både positivt og negativt ut.

Dersom en sender skal kunne sette seg ordentlig inn i mottakers situasjon er det avgjørende at sender kjenner mottakerens arbeidshverdag og kan tilpasse budskapet etter dette. Det er også viktig å kjenne til hvilke kommunikasjonskanaler mottakerne benytter og hva man kan gjøre for at det budskapet man selv skal sende blir lagt merke til og tatt på alvor. Det blir et stadig større problem for mange, både i organisasjoner og utenfor, at man utsettes for en jevnt høy strøm av informasjon. Når all informasjon presenteres som om akkurat dette er det som er viktigst, kan det føre til en overbelastning for mottakerne. Konsekvensen av en overbelastning er at det blir vanskelig å prioritere og skille ut hva som virkelig er viktig. Mottakere som opplever en slik overbelastning kan av og til velge bort eller overse informasjonen.

Kommunikasjonsproblemer kan oppstå allerede ved utforming av meldingen. Sender kan bruke ord, uttrykk eller sjargong som uttrykker noe annet eller noe mer enn man hadde tenkt. Dette kan fort skje når personer med ulik utdanning eller erfaringer kommuniserer. Dette er en problematikk som ofte oppstår i kommunikasjon mellom ledelse og ansatte i helseforetak, og vil beskrives nærmere i neste avsnitt.

### **2.3.2 Kommunikasjon og helseledelse**

Kommunikasjon ut fra et helseledelsesperspektiv har vært et viktig tema i arbeidet til Halvor Nordby og jeg vil legge dette til grunn for min fremstilling (Nordby, 2009, 2014; Nordby & Botten, 2007).

Det moderne helsevesenet er et komplekst system av organisasjoner, strukturer og enheter hvor mennesker med forskjellige former for bakgrunn, oppfatninger, interesser og erfaringer møtes og jobber sammen. Det er en spesielt viktig oppgave for helseledere vil derfor være å skape enighet, samarbeid og gode relasjoner (Nordby, 2014). For å klare dette er god kommunikasjon en vesentlig forutsetning. Sagt på en annen måte; dersom en leder i helsevesenet ikke er i stand til å kommunisere på en god måte, vil det være liten sjanse for å oppnå forståelse og felles enighet om felles handlinger, prosedyrer og rutiner. Det vil også bli mindre sannsynlig at virksomheten når de mål som er satt: *"Hovedutfordringen for*

*helseledere er at mennesker som jobber i helsevesenet, utgjør et konglomerat av aktører som ikke har de samme ståstedene, og at god kommunikasjon forutsetter at man forstår hverandre på en god måte” (Nordby, 2009, s. 12).*

Et av de største problemene for helseledere er at de befinner seg i skjæringspunktet mellom en klassisk medisinsk ideologi og det man kan kalle en økonomisk-administrativ tenkning (Nordby, 2009). Denne motsetningen kan forstås som to ulike grunnholdninger til hva som burde være styrende for god og effektiv pasientbehandling. Helsepersonell er tradisjonelt opptatt av å gi hver pasient så god behandling som mulig, mens økonomene på sin side i større grad er opptatt av ressurs spørsmål og målbare resultater (Nordby, 2009). Reformene som har preget helsevesenet de siste tiårene har vært preget av den økonomiske mentaliteten med økende krav til effektivitet, konkrete effektivitetsmål, innføring av tanker om konkurranse og med økonomiske insentiver (Nordby, 2009). Dette er selve hovedtanken bak det som omtales som New Public Management (NPM). I NPM legger man opp til at helsetjenesten og andre offentlige tjenesteytere kan styres ut fra prinsipper om konkurranse, effektivitet og gevinst som man kjenner igjen fra det private næringslivet (Nordby, 2009). Dette er en tankegang som har vært vanskelig for helsepersonell å være med på. Helsepersonell vil i større grad si at det ikke er forsvarlig å øke effektiviteten uten at man får økte ressurser og at helsetjenester også omhandler faktorer som vanskelig lar seg måle, slik som omsorg og omtanke. Ut fra dette blir det tydelig at helseledere ofte vil befinne seg i en situasjon der man skal forholde seg til sterke grupper med svært motstridende interesser og at ledere på denne måte befinner seg i en krysspressituasjon (Nordby, 2009). I helsepersonells logikk vil som regel behandling prioriteres fremfor økonomi, snarere enn det motsatte. Det kan være vanskelig for helsepersonell eller helseledere å skape forståelse for at arbeidet de gjør har omkostninger som ikke lar seg måle, for eksempel i kroner og øre, som det å forholde seg til mennesker i krise, med spørsmål om liv eller død. På den annen side kan det også være vanskelig for ledelsen å formidle vurderinger rundt nødvendige prioriteringer og ressursfordelinger. Dette gjør seg gjeldende både internt i et helseforetak og eksternt overfor befolkningen, media eller spesielle pasientgrupper. Ikke sjelden er det større oppslag i nyhetene som omhandler situasjoner der syke mennesker ikke får den behandlingen de ønsker ut fra begrunnelsen om at det krever for mye ressurser.

Typiske kommunikasjonsproblemer oppstår lett i interaksjoner som inneholder ord som effektivitet, ressurser og kvalitet. I tradisjonell medisinsk logikk vil disse ordene primært

forstås i tilknytning til prosessen med å gjøre pasienter så friske som mulig og hvor ideen om god behandling forstås som noe mer enn det rent medisinsktekniske (Nordby & Botten, 2007). Dette kan for eksempel knyttes til hvordan pasienter selv beskriver sin opplevelse med å bli behandlet der opplevelsen inkluderer hvordan de blir snakket til og i hvilken grad de har opplevd omsorg. For en helseleder med helsefaglig bakgrunn vil det være lettere å argumentere for at en enkeltpasient skal få en dyr og kostnadskreven behandling, mens det for en leder med økonomibakgrunn vil være lettere å forholde seg til spørsmål om ressurser og kostnader fortløpende (Nordby, 2009).

For å oppnå god kommunikasjon i relasjon til medarbeidere som i stor grad har andre forståelseshorisonter enn dem selv, har ikke helseledere andre alternativer enn å forsøke å tilpasse budskapet til medarbeidernes forståelseshorizont på en slik måte at budskapet blir forstått (Nordby, 2009). Det kan være mulig å endre medarbeidernes forståelseshorizont, men dette krever god kommunikasjon i forkant. Dersom en leder er flink til å skape forståelse gjennom god kommunikasjon, kan det i etterkant oppstå en god dialog og diskusjon. I et slikt landskap som dette kan man lett tenke seg at det vil være hensiktsmessig å satse på helsepersonell som ledere, såkalte hybridledere (Magnussen, Vrangbæk, Martinussen & Frich, 2016). Helsepersonell som blir ledere og som skoles innen ledelse vil ha gode forutsetninger for å kommunisere godt både oppover og nedover i organisasjonen. Et tradisjonelt dilemma knyttet til helsepersonell som ledere er at mange kommer i lederposisjoner ikke ut fra et ønske om å bli leder eller at man har særlige kvalifikasjoner for å være leder, men heller som en slags forfremmelse eller karriereskritt. Innad i helseforetakene har man i økende grad blitt oppmerksomme på dette dilemmaet og det understrekes i den interne opplæringen som gis til nye ledere at man selv må ønske om å være leder. Mange klinikere kan vegre seg for å gå inn i ledelse. Grunnene til dette kan være flere. For det første vil man som leder få mindre tid til å utøve sitt fag og det kan gi opplevelse av at man fjerner seg fra faget. Et annet moment er at man som leder ofte trer ut av det sosiale og faglige miljøet på avdelingen, man ”skifter side” i kollegenes øyne. Et tredje moment kan også være at man opplever en mistenkeliggjøring av egne motiver eller egenskaper fra kolleger eller egen faggruppe, som at man ”selger seg ut”, opptrer som ”nyttige idioter” eller lignende (Grimsgaard, 2016).

Når det gjelder helseledelse kan det også være hensiktsmessig å se nærmere på det som kalles ledelsesstil. I følge Eriksen (1999) kan man skille mellom strategisk og kommunikativ



helseledelse. Strategisk helseledelse kan defineres som ledelse som baserer seg på autoritet, ekspertise og måloppnåelse, og hvor målet i større eller mindre grad helliger middelet. I sin mest ekstreme form kan strategisk ledelse forstås som klassisk kommanderende militær ledelse. En helseleder som jobber under et kommunikativt ledelsesparadigme vil heller legge vekt på innlevelse, forståelse og rasjonell enighet om hva det er riktig å gjøre. Målet vil ikke være å skape enighet om handlinger og vurderinger, men enighet ut fra felles rasjonell innsikt. Målet innenfor det kommunikative paradigmet blir i virkeligheten å utdanne medarbeidere, slik at de selv er i stand til å forstå at det er rasjonelt å godta beslutningsgrunnlaget for en vurdering.

Nordby og Botten (2007) hevder at det er avgjørende å finne den riktige balansen mellom strategisk og kommunikativ ledelsesstil. Å utelukkende basere seg på en kommunikativ ledelsesstil vil være vanskelig å få til med begrenset tid, ressurser og med svært komplekse kommunikasjonskanaler. Helseledere bør likevel forsøke å kommunisere så mye som mulig av beslutningsgrunnlaget for handlinger som situasjonen praktisk tillater. I så stor grad som mulig bør de forklare hvorfor handlinger skal utføres og ikke bare nøye seg med at de skal utføres. Når ledere ikke har tid til å forklare beslutningsgrunnlaget for en vurdering eller handling, bør det i det minste være et mål å forklare hvorfor man ikke hadde mulighet til å forklare mer (Nordby, 2014).

## 3 Materiale og metode

For å belyse problemstillingen og å få svar på forskningsspørsmålene har jeg valgt å bruke kvalitativ metode. Kvalitative metoder egner seg godt i situasjoner der man tar mål av seg til å utforske erfaringsbredde og opplevelser. En vanlig fremgangsmåte i kvalitative undersøkelser er å innhente data ved hjelp av individuelle intervjuer. Jeg vil i den følgende redegjøre for hvordan denne undersøkelsen er gjennomført.

### 3.1 Intervju

For å belyse problemstillingen ønsket jeg å intervjuer førstelinjeledere. Intervjuer er en egnet måte å samle data på når man ønsker å studere personers forståelse, tanker, følelser og opplevelser (Malterud, 2011). Siden jeg i denne undersøkelsen er opptatt av å førstelinjelederens erfaringer med kommunikasjon med ansatte om overordnede mål, vurderte jeg intervju som en godt egnet metode for innsamling av data. Jeg har i denne undersøkelsen valgt individuelle intervjuer der det ble avsatt tilstrekkelig tid til at informantene kunne reflektere og tenke igjennom sine svar. Dette er begrunnet av flere hensyn. For det første er det lettere å gjøre individuelle intervjuavtaler. Det kan være vanskelig å finne egnet tid og sted for gjennomføring av for eksempel fokusgruppeintervjuer dersom informantene jobber på ulike steder. For det andre vil individuelle intervjuer i større grad ha forutsetninger for å fange opp enkelterfaringer, mens fokusgrupper raskt kan etablere konsensus og på den måte gjøre det vanskelig å få tak i ulike erfaringer informantene har.

### 3.2 Intervjuguide

For å sikre at jeg fikk belyst forskningsspørsmålene utarbeidet jeg en intervjuguide. Målsetningen var å gjøre semi-strukturerte intervjuer der samtalen kunne løpe litt fritt etter hvilke temaer informantene var opptatt av, samt bruke intervjuguiden til å gi litt struktur og sikre at hovedtemaene ble tilstrekkelig belyst. Intervjuguiden ble organisert i hovedtemaer basert på forskningsspørsmålene. Temaene var bakgrunnsinformasjon, hva informanten mente var viktigst å kommunisere om, hva foretaket forventer de skal kommunisere om, handlingsplaner og hva de tenker hemmer eller fremmer kommunikasjon. Temaene ble introdusert som åpne spørsmål der jeg forsøkte å følge opp temaene og skape en naturlig samtale med flyt (se vedlegg 1). Jeg var fleksibel i forhold til intervjuguiden, det var ikke sett

på som viktig at spørsmålene ble stilt i samme rekkefølge, men at jeg i størst mulig grad fikk belyst alle temaene.

En utfordring i intervjuer er å finne en adekvat balanse mellom det å få rike data på enkeltområder og det å få tilstrekkelig bredde i synspunkter til at ulike perspektiver og erfaringer lederne hadde kom frem. I intervjuene stilte jeg derfor mange utforskende og oppfølgende spørsmål, samt at jeg validerte svarene ved oppsummering og reformulering.

### **3.3 Utvalg og rekruttering**

Det å komme frem til et hensiktsmessig utvalg og å rekruttere de rette informantene til å stille på intervju er viktig for å sikre at man får gode data. Informantene til denne undersøkelsen baserer seg hovedsakelig på et strategisk utvalg, men med noe innslag av tilfeldig utvalg (Malterud, 2011). Jeg vil her redegjøre nærmere for utvalgsprosessen.

Rent generelt anbefales det ikke å gjøre kvalitative studier på egen arbeidsplass (Lerum, 2016b). Jeg ønsket derfor ikke å rekruttere fra ledergruppen ved eget DPS. Det var heller ikke naturlig for meg å rekruttere fra andre DPS som er underlagt samme foretak (AHUS) der jeg jobber, siden jeg har regelmessig kontakt med disse lederne og kjenner flere av dem godt fra før. Å intervju personer man kjenner godt eller har en relasjon til fra før kan bidra til å påvirke dataene. Relasjonen til intervjuer kan føre til at informanten blir mer selektiv med tanke på hvilke opplysninger som vurderes å være trygge å dele. Det er vanlig at man opptrer annerledes overfor en nær kollega enn for en utenforstående. For mitt vedkommende vil det også være vanskeligere med anonymisering og konfidensialitet.

Av strategiske hensyn valgte jeg derfor å rekruttere førstelinjeledere innen psykisk helsevern og ikke innenfor et sykehusområde innenfor somatisk helse. Bakgrunnen for dette er at det innenfor somatikken ofte er en organisasjonsstruktur der det er elementer av både hierarkisk linjestruktur og matrisestruktur. En slik blandet struktur kan gjøre det vanskeligere å ha oversikt over gjeldende leder- og beslutningslinjer. Innenfor psykisk helsevern derimot, er det i hovedsak en hierarkisk linjestruktur som gjelder.

Av praktiske hensyn tok jeg telefonisk kontakt med ekspedisjonene ved DPS'er underlagt 3 andre helseforetak enn AHUS i det sentrale østlandsområdet. Jeg ba om navn på og å få

snakke med leder av Allmennpoliklinikken på stedet. Jeg erfarte at det var sjelden vedkommende var å treffe ved første gangs henvendelse. På spørsmål om jeg ville legge igjen beskjed, informerte jeg om navnet mitt, hvor jeg ringte fra og formålet med å ta kontakt. Noen av de jeg ble satt i kontakt med viste seg å ikke være førstelinjeledere, men de hadde et overordnet ansvar for poliklinikken. I disse tilfellene ga vedkommende meg navnet til de jeg kunne kontakte og deres telefonnummer. Hvilke ledere jeg da fikk kontakt med ble på den måten litt tilfeldig.

Når jeg fikk kontakt med mulige informanter informerte jeg om hvem jeg var og hva prosjektet gikk ut på. Etter å ha gjort det, spurte jeg om vedkommende ønsket å stille opp på intervju og om det var ønskelig at jeg kom til deres arbeidsplass for å gjøre intervjuet. Dette var alle sammen positive til. Vi gjorde så avtale om tidspunkt for intervjuet. I etterkant av telefonsamtalen, sendte jeg utfyllende skriftlig informasjon om prosjektet på e-post med samtykkeskjema (se vedlegg 2), samt bekreftelse på avtalt tid for intervju.

Jeg hadde på forhånd vurdert at det ville være hensiktsmessig å gjennomføre 5-7 intervjuer. Dette ville være et tilstrekkelig antall for en eksplorerende undersøkelse som kunne gi et innblikk og forståelse av relevante aspekter ved førstelinjeledernes kommunikasjon. Dette var også et realistisk antall sett i forhold til tidsrammen for denne studien. Jeg kontaktet derfor ikke alle ledere av allmennpoliklinikker ved alle DPS'ene i de valgte foretakene, med stoppet rekrutteringsarbeidet da jeg hadde 7 intervjuavtaler. Jeg kjente ingen av disse informantene fra tidligere, alle intervjuavtalene ble gjennomført og ingen av informantene har gitt uttrykk for at de har ønsket å trekke seg fra undersøkelsen.

Tabell 1: Oversikt over deltagerne i undersøkelsen:

Gj. snitt alder (min-maks)	51 (35-65)
Gj. snitt år som leder (min-maks)	13,5 (0,5-30)
Ledernivå	
Nivå 4 (antall)	4
Nivå 5 (antall)	3
Gj. snitt antall i ledergruppe (min-maks)	6 (3-12)
Gj. snitt antall stillinger (min-maks)	24,5 (12-44)
Teamleder(e)	
Ja	5
Nei	2
Kjønn	
Kvinne	5
Mann	2

Som det fremgår av tabellen er det stor spredning når det gjelder alder, antall år som leder, størrelse på ledergruppen og i antall stillinger de har ansvar for. Jeg har ikke data som kan belyse implikasjonene av spredningen, men tenker at dette er noe det kunne vært spennende å undersøke nærmere i en annen undersøkelse. Det er også en skjevfordeling mellom kvinner og menn i materialet, men det er ikke tilstrekkelig mange informanter til at jeg eventuelt kunne vurdert om kjønnsforskjeller har noen betydning for resultatene.

### **3.4 Intervjuenes lengde og hvor de ble gjennomført**

Etter at jeg hadde utarbeidet intervjuguiden gjennomførte jeg et prøveintervju. Hensikten var å prøve ut spørsmålene. Åpnet de for gjennomtenkte svar? Var det rimelig samsvar mellom intervju- og forskningsspørsmålene? Jeg ønsket også å finne ut hvor lang tid det ville ta å gå igjennom intervjuet og på den måten ha en oppfatning av hvor mye tid som måtte settes av til gjennomføring av intervjuene. Etter prøveintervjuet vurderte jeg at det var realistisk å gjennomføre intervjuet i løpet av omtrent en time. Jeg var bevisst på at jeg ikke ville legge beslag på for mye av informantens tid. Et intervju av lengre varighet enn en time vil gjøre det vanskeligere å rekruttere informanter, samt at det vil bli mindre sannsynlig at intervjuene kan gjennomføres uten avbrytelser. For ikke å belaste informantene mer enn nødvendig, ble det åpnet for at intervjuene kunne gjennomføres på informantens arbeidsplass. Dette var noe alle informantene ønsket.

### **3.5 Gjennomføring**

Alle intervjuene ble gjennomført i perioden 15.-30.08.17. Jeg åpnet møtene med informantene med å takke for at de hadde satt av tid til å snakke med meg. Videre sjekket jeg om de hadde lest informasjonen jeg hadde sendt dem på forhånd, supplerte med nødvendig informasjon eller svarte på spørsmål. Videre informerte jeg om hvilke tiltak jeg ville gjøre for å sikre deres anonymitet. Jeg la vekt på at jeg var interessert i deres opplevelser og erfaringer med å kommunisere med medarbeidere, heller enn hvilke tanker de hadde om hvordan det kunne eller burde være. Dette kalles en "pitch" og bidrar til å strukturere intervjusituasjonen. Det fremkom ingen betenkeligheter hos informantene med tanke på deltagelse i undersøkelsen. Etter at innledningen var ferdig ble opptager startet og intervjuet gjennomført.

Alle intervjuene fulgte intervjuguiden. Det var noen variasjoner i rekkefølgen enkelte spørsmål ble stilt, men alle intervjuene var innom guidens hovedtemaer. Informantene hadde sørget for å skjerme tiden og intervjuene forløp uten avbrytelser eller forstyrrelser.

Etter at vi hadde gått gjennom temaene i intervjuguiden ble opptakeren slått av. Informanten og jeg hadde da en kortere samtale med umiddelbare reaksjoner. Informantene ga uttrykk for at de syntes det hadde vært spennende å delta og at de hadde ønsket om å lese oppgaven når den er ferdig. De tilkjennega ingen betenkeligheter med å delta. Jeg åpnet for at de kunne ta kontakt om de hadde spørsmål til undersøkelsen eller ønsket å trekke seg.

### **3.6 Analyse av data**

Rett etter hvert intervju skrev jeg ned umiddelbare inntrykk av intervjuet og sentrale temaer informantene formidlet i et eget dokument. Dette ble gjort for å bidra til egen refleksjon rundt intervjusituasjonen og på den måten bedre kvaliteten på de videre intervjuene, samt danne et utgangspunkt for analyse av dataene.

Som jeg har vært inne på tidligere er det viktig i en undersøkelse som dette at informantene er trygge på at de opplysninger de gir ikke spores tilbake til dem og på en eller annen måte føre til at de får problemer på arbeidstedet. Jeg har gjennom hele prosessen gjort flere overveielser og valg for å sikre informantene anonymitet og konfidensialitet.

Jeg har fått hjelp av helsesekretær ved eget arbeidsted til transkripsjon av intervjuene. Dette for å sikre en bedre fremdrift i prosjektet. I intervjuene har jeg så langt det har vært mulig unnlatt å bruke informantens navn eller arbeidsted. På denne måten hadde sekretæren i liten grad ha mulighet til å vite hvem jeg har snakket med og som har bidratt med opplysningene i intervjuene. De gangene det likevel har kom frem opplysninger som identifiserte informanten eller arbeidstedet, ble disse opplysningene utelatt fra transkripsjonen. Etter at transkripsjonen var gjennomført ble lydfilene fortløpende slettet. Dette for å unngå vanskeligheter med oppbevaring og lagring av sensitive data.

Analysen har vært tematisk der jeg har kategorisert data i hovedtema og underordnede kategorier. Analysearbeidet har i hovedtrekk fulgt trinnene i systematisk tekstkondensering slik det skisseres av Malterud (Malterud, 2011).

Første trinn i denne prosessen var at jeg gikk gjennom teksten for å skaffe meg en oversikt over innholdet og hva som er hovedtemaene i intervjuene. Dernest begynte jeg å finne frem til meningsbærende enheter for å etablere noen koder eller temaer jeg kunne bruke til å sortere teksten. Disse kodene ble også drøftet med veileder for å sikre at kodingen var relevant. Med bakgrunn i de kodene som da ble etablert utarbeidet jeg et analyseutkast. I dette utkastet var jeg nøye med å være datanær og å holde meg tett opptil det informantene faktisk hadde sagt. Denne kodingen innebærer at man tar ut biter av tekst og setter sammen med andre biter tekst som kan tenkes at sier noe av det samme. Det kan her være en utfordring at ikke teksten endrer mening siden den nå leses ut fra en annen kontekst. Det neste jeg gjorde var å sammenfatte og å hente ut betydningen av resultatene slik at jeg kunne presentere dem.

På flere tidspunkter i analyseprosessen har jeg gått tilbake til transkripsjonene for å sikre at jeg hadde fått med meg all vesentlig informasjon. Jeg har i presentasjonen av resultatene sammenfattet hovedtendensene i materialet. Jeg har også forsøkt å bevare bredden i materialet og har vært opptatt av å få frem eventuelle nyanser eller motsetninger i uttalelsene. Jeg har brukt sitater for å illustrere hovedpoenger eller uttrykk som kan belyse forskningsspørsmålene på en god måte.

### **3.7 Egen rolle som forsker**

Når man bruker kvalitative metoder i forskning er det viktig å reflektere over sin egen rolle som forsker. Jeg har i denne undersøkelsen valgt et utvalg informanter som jobber innen psykisk helsevern. Dette er det samme området jeg selv jobber innenfor. Fordelen med dette er at jeg kjenner til aktuelle problemstillinger informantene befinner seg i og dermed ”vet hvor skoen trykker”. Det kan i noen tilfeller også være en ulempe. Et eksempel på en ulempe som kan forekomme er at temaer som kommer opp ikke blir tilstrekkelig utforsket fordi man i intervjusituasjonen tror man har samme oppfatning, men at dette ikke klargjøres eller utforskes av forlegenhet overfor den andre. Å bli intervjuet av en kollega kan også føre til at man ønsker å fremstille seg selv eller arbeidsplassen sin i et bedre lys enn det som faktisk er tilfelle.

Det var klart at min forforståelse kunne påvirke data som ble hentet inn. Ved å være masterstudent og leder for en tilsvarende enhet som informantene, kunne mine erfaringer og oppfatninger prege situasjonen og tolkningen av det som ble sagt. Forforståelsen min preget på denne måten evnen til å forstå og sette meg inn det informanten sier. Jeg opplevde selv at jeg identifiserte meg i noen grad med informantene, men at jeg forsøkte å kompensere for dette ved å legge inn kontrollspørsmål og oppsummeringer for å sikre at jeg fikk frem informantenes erfaringer. Jeg forsøkte også å unngå direkte referanser til egne erfaringer.

I intervjuene opplevde jeg at jeg fikk til gode kollegiale samtaler. Jeg var på forhånd bevisst på at intervjuene ikke skulle følge mønsteret for en terapisaamtale. Denne bevisstheten ved siden av at jeg forholdt meg til intervjuguiden bidro til at samtalene forløp på en god måte. I arbeidet med å samle inn og å bearbeide dataene tror jeg at det informantene sier stemmer med den oppfatningen de har av temaene. Jeg har ikke inntrykk av at de sier noe for å pynte på eller forverre fremstillingen. Jeg får heller ikke inntrykk av at informantene har underliggende motiver som det hadde vært viktig å identifisere.

Gjennom hele forskningsprosessen har jeg hatt regelmessige samtaler og drøftinger med veileder. En veileder bidrar med et kritisk blikk på forskningsprosessen og sørger for at prosjektet holder seg innenfor god forskningsstandard.

### **3.8 Etikk, reliabilitet og validitet**

Det er søkt godkjenning av prosjektet fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) og godkjenning foreligger med referansenummer 54392 (se også vedlegg 3).

Kvale og Brinkmann (2015) stiller opp fire områder der det er viktig å reflektere over etikken; informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle.

Jeg har i kapittel 3.7 redegjort for en del forhold knyttet til min rolle som forsker. Jeg vil derfor videre komme nærmere inn på informert samtykke, konfidensialitet, reliabilitet og validitet.

I denne studien ble informert samtykke ivaretatt ved at informantene fikk informasjon i forkant om hva prosjektet går ut på og hvordan studien er lagt opp. Informantene har blitt



forklart at de har rett til å trekke seg fra undersøkelsen og at informasjonen de har gitt kan slettes dersom de ønsker det. Det ble utarbeidet et samtykkeskjema informantene har skrevet under på. Informasjon om undersøkelsen og retten til å trekke seg ble i tillegg gjentatt ved start og slutt av intervjuene.

Jeg har tidligere vært inne på hvilke tiltak som er gjort for å sikre informantene som har bidratt i denne undersøkelsen anonymitet og konfidensialitet. Jeg har ikke brukt navn på informanten eller deres arbeidssted. Jeg har valgt å ikke bruke kjønn i presentasjon av resultatene. I et såpass lite utvalg ville informantens kjønn raskt kunne bidra til å identifisere vedkommende. Selv om noen av informantene er seksjonsledere og noen er enhetsledere, har jeg av samme grunn valgt å omtale alle som enhetsledere. Det kan tenkes at informanten selv kjenner igjen egne utsagn der disse gjengis som sitater, men utover dette er jeg trygg på at informantenes identitet ikke avsløres.

Det siste punktet læreboken gjelder refleksjon over ”konsekvenser”, det vil si om det kan ha negative konsekvenser for informanten å delta i intervjuet. Det var ingen indikasjoner på at informantene hadde negative reaksjoner på form eller innhold under eller etter intervjuene. Alle ga muntlig uttrykk for at de hadde opplevd det som positivt å delta på intervjuet. Informantene har hatt anledning til å ta kontakt med undertegnede i etterkant av intervjuet, men jeg har ikke fått noen henvendelser. Jeg har heller ikke sett behovet for å ta initiativ til slik kontakt. Jeg har heller ikke forventninger om at informantenes deltagelse i intervjuene vil få negative konsekvenser for dem i fremtiden. De har ikke gitt opplysninger som stiller dem selv eller deres arbeidsplass i et dårlig lys som kan få uheldige konsekvenser heller og anonymitet og konfidensialitet er godt ivaretatt.

Reliabilitet handler om hvorvidt det er mulig for andre forskere å komme frem til det samme resultatet om de følger samme metode, for eksempel til en annen forsker. I lys av det jeg tidligere har nevnt, er det ikke sikkert at en annen forsker ville fått de samme resultatene. Kvalitativ forskning har imidlertid ikke til hensikt å beskrive et fenomen presist, men heller å utvikle forståelse.

Validitet i kvalitativ forskning handler om hvor gyldige tolkningene av datamaterialet er. For å sikre validitet er det viktig at forskeren opptrer med gjennomsiktighet og ”transparens” (Lerum, 2016a). Dette betyr at forskeren i så stor grad som mulig redegjør for datainnsamling, analyser og resultater og at tolkninger og konklusjoner begrunnes ut fra

dette. Å drøfte de ulike trinnene i analyseprosessen er godt egnet til å sikre validitet. Denne studien har tatt utgangspunkt i førstelinjeledere ved Allmenpoliklinikker i DPS. Jeg fant at det var nokså stort sammenfall i uttalelsene fra de ulike informantene og dette gir grunn til å tro at undersøkelsen har relevans for denne gruppen. Jeg vurderer det dithen at metoden jeg har benyttet meg av i stor grad har vært egnet til å belyse forskningsspørsmålet. Med bakgrunn i spredningen utvalget mitt hadde på flere av variablene er det usikkert om resultatene kan overføres til andre DPS'er eller andre deler av helseforetak, men det er grunn til å tro at funnene kan gi god retning for videre forskning på dette området.

For å sikre validitet i kvalitativ forskning har man ofte en medforsker (Malterud, 2011). Medforskere kan gå gjennom dataene hver for seg for så å diskutere seg frem til hovedtemaer for analyse. I mangel av en medforsker har jeg sikret validiteten ved å drøfte resultater, analyse og tolkninger med veileder.

## 4 Resultater

I det følgende vil jeg presentere resultatene av det som kom frem i intervjuene jeg har hatt med ledere av allmennpoliklinikker for å belyse deres kommunikasjon med hensyn til organisasjonens mål. Hovedtemaene vil være hva de kommuniserer med sine medarbeidere om, hvordan de kommuniserer med medarbeiderne sine og hvorfor de de kommuniserer det de gjør. I arbeidet med analysen av resultatene ble det også tydelig at et hovedtema også vil være vil være hvilke utfordringer informantene har i kommunikasjonen med medarbeiderne sine.

I presentasjonen av resultatene har jeg valgt å bruke et enhetlig språk. Informantene er ledere av seksjoner og enheter avhengig av om de er ledere på nivå 4 eller 5. Isteden for å skille disse i to grupper omtaler jeg seksjoner og enheter som enheter. De ulike foretakene i det sentrale østlandsområdet har organisert psykisk helsevern i en divisjon eller klinikk, men i oppgaven referer jeg kun til foretaket. Jeg har også valgt å omtale informantene kjønnsnøytralt. Disse valgene er gjort for å sikre informantene anonymitet og å sørge for at det vil være vanskelig å identifisere oppfatninger og utsagn til enkeltpersoner eller deres arbeidsplass.

### 4.1 Hva kommuniseres det om?

Når det gjelder innholdet i kommunikasjonen er det noen tema som går igjen, det er ledelsens krav og forventninger, behandling og fag, medarbeidere og arbeidsmiljø, og informasjonsformidling.

#### 4.1.1 Ledelsens krav og forventninger

Informantene oppfatter det slik at ledelsens krav og forventninger til dem i stor grad handler om å oppnå mål knyttet til aktivitet i form av polikliniske konsultasjoner og gjennomført behandling av pasienter. Disse kravene tallfestes i et antall samtaler med pasienter per dag. Det er også en forventning til at behandlingen avsluttes etter en viss tid, slik at nye pasienter kan tas inn. En informant sier det sånn: *”Bestillingen og oppdraget i allmennpoliklinikken er: ta inn flest mulig av de henvisningene vi får, gi dem forsvarlig behandling på kortest mulig tid”*. (Informant nr. 3)

Dette er en måte som lederne bruker til å omformulere overordnede mål til konkrete mål på. Det oppstår ofte et dilemma mellom presset på å behandle mange pasienter på kort tid og oppfatningen av hva som er god behandling som mange av informantene som kjenner på. For å imøtekomme forventningene om aktivitet og behandling er det mange av enhetene som har etablert ulike strukturer og nedfelte krav til hvordan kravene skal imøtekommes. Noen steder legges det opp til at hver behandler skal ha to pasienter før lunsj og to pasienter etter lunsj. Andre steder stilles det krav om at man har en fast ledig time i uken der inntaksteam kan sette opp time til nye pasienter. Intervjuene indikerer at det har vært en del motstand ved innføring av disse strukturene, men at det etterhvert har blitt akseptert. Flere av informantene forteller at de nå gjør det så bra på disse målene at de ikke lenger trenger å ha fokus på dette i kommunikasjonen. En av informantene forteller at de nylig har fått pålegg om ytterligere økning i aktivitet. Da forteller informanten at det er nødvendig med mer fokus på aktivitet fra lederens side, men at det også oppfattes som viktig å invitere medarbeiderne med til å finne nye løsninger til hvordan de skal øke aktiviteten. Informanten reflekterer over at det stadig stilles større krav til aktivitet og at det må finnes en grense for hvor høy aktivitet som kan oppnås. Informanten har ikke tanker om hvor en slik grense går og velger inntil videre å jobbe for at de nye målene nås.

Ikke bare kommuniserer lederne om aktivitet, men de forteller at de også må ha fokus på inntjening. Denne inntjeningen henger nært sammen med aktiviteten, men kan variere noe etter hvilken type aktivitet man registrerer. En del av den inntjeningen man forventes å ha, kommer fra innkreving av egenandeler fra pasientene. En leder forteller at det har vært nødvendig til å jobbe for en omstilling ved enheten for å få det til. Tidligere krevde behandlere ofte ikke egenandel fordi pasientene hadde dårlig økonomi eller hadde en vanskelig periode i livet. Dette er et eksempel på utfordringer som oppstår i møtet mellom ledelsens tankegang og økonomistyring og helsepersonells fokus på å yte helsehjelp til alle som trenger det, uten tanke på kostnader. Et virkemiddel informanten bruker for å bidra til omstilling hos behandlerne er å fortelle at det å ikke kreve egenandeler, kan innebære at enheten ikke kan reise på seminar neste år.

Et annet eksempel er innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) i psykisk helsevern fra januar 2017. Flere av informantene forteller at de etter innføringen av ISF har hatt vanskeligheter med å få til den inntjeningen de forventes å ha. Det er ikke klare tanker om hva som er årsaken til redusert inntjening hos de fleste av informantene, men noen av dem er

opptatt av det kan være problemer med endrede krav til koding av aktiviteten. En annen mener at det er nødvendig med en omstilling av aktiviteten etter innføringen av ISF, med økt fokus på direkte møter med pasienter og mindre telefonkontakt.

Ut fra det informantene forteller om i disse intervjuene, ser det ut som om ledelsens krav og forventninger i stor grad nås ved å oppnå kvantitative mål og at det i mindre grad er fokus på kvalitet i behandlingen. En av informantene forteller at de som er opptatt av selve behandlingen er samarbeidspartnere, pårørende og brukerorganisasjoner.

Krav om aktivitetsnivå og effektivitet kommer til uttrykk på litt forskjellige måter hos informantene. Noen av dem forteller at deres arbeidsplass gjør det såpass bra at de ikke trenger å ha fokus på aktivitetstallene i det daglige og at det er noe de opplever som bra. Andre opplever at de nylig har fått økt kravet til aktivitet. Da forteller informanten at det er nødvendig å ha mye fokus på dette i kommunikasjonen med medarbeiderne: *”Da er det jeg som står der og forteller om dette. Dette er kravene som blir stilt til oss og vi må levere på dette”. ”Hvordan skal vi få det til Dette gjelder alle”*. (Informant nr. 6). En annen informant uttrykker noe av det samme og minner om de overordnede målene: *”Vi vet jo at vi har noen overordnede mål, men når det gjelder noen av dem så er det jo noe som blir litt glemt. Sånn er det bare. I en travel hverdag er vi mest opptatt av hvordan vi skal ha det her, men samtidig er vi også opptatt av samarbeid med resten av systemet. Men det er litt hverdagen som tar oss.”* (Informant nr. 5)

#### **4.1.2 Fag og behandling**

Det er særlig i forhold til fag og behandling at de overordnede målene skal konkretiseres i handling. Flere av informantene er opptatt av at det kan oppleves som en vanskelig balansegang mellom ”fokus på drift og fokus på fag”. Problemet med ”drift” i denne sammenheng handler om opplevelsen av at det stadig forventes et høyere tempo i virksomheten, slik jeg har vært inne på tidligere. ”Fag” er for mange av informantene en motsetning til dette, ved at de vil at medarbeiderne skal ha tid til å fokusere på det faglige, gå i dybden på ting og å behandle lenge nok til at pasienten blir frisk.

Det er derimot ikke ensbetydende med et fokus på kvantitet alltid vil være på bekostning av kvalitet. Det har over lengre tid vært et siktemål for mange poliklinikker at man må gjøre

endringer i hvordan man driver behandling uten at det går ut over kvaliteten. Et eksempel er en enhet der det tidligere har vært en kultur med åpenhet for at pasienter kunne gå der i behandling i 20 år, selv om effekten av behandlingen i tillegg har vært usikker. Lederen ønsker å endre dette til en kultur med mer målrettet og tidsavgrenset behandling av pasientene. Dette vil etter informantens mening gi både mer effektiv drift og bedre behandling av pasientene. Flere av de andre informantene forteller om lignende erfaringer med å kommunisere med medarbeiderne for å bidra til omstillinger som ikke går på bekostning av god pasientbehandling, men likevel er mer tidsriktig og effektivt. Det er ofte krevende å få behandlere til å endre måte å jobbe på og å formidle at den måten de tidligere har jobbet på ikke lenger er godt nok. I forhold til medarbeidere som strever med denne omstillingen forteller informantene at de ofte må ha individuelle samtaler.

Ledere i poliklinikker er også opptatt av at medarbeiderne bruker de rette dokumentmalene, bruker relevant utredningsverktøy og lager behandlingsplaner. Dette kan dels være en hjelp for behandlerne, men det kan også bidra til at det er lettere for ledere og andre å kontrollere hvilken behandling som er gitt. Det er et overordnet mål at behandlere skal følge gjeldende retningslinjer for ulike tilstander.

Som jeg har vært inne på opplever lederne ofte et dilemma mellom det å etterkomme krav om aktivitet og effektivitet og det å gi faglig optimal behandling for den enkelte pasient. En av lederne forteller at selv om det er forventet at behandlerne skal avslutte og ta inn nye pasienter hver uke, kan man innimellom diskutere seg frem til løsninger der det likevel åpnes for at en pasient får lenger behandling. Dette får man til ved å være i dialog med samarbeidende enheter om for eksempel å overføre behandlingen av en annen pasient.

Noen av informantene forteller at det er krevende med de stadig økende krav til aktivitet og effektivitet, men at det også kan være utfordrende på en positiv måte. Dette begrunnes med at de stadig må følge med på egen virksomhet og må være aktive for å finne frem til hvordan faget kan utnyttes på best mulig måte, nå og hvordan ”fremtidens DPS” skal se ut.

I den rollen de har som førstelinjeledere sitter de også veldig nært klinikken og pasientbehandlingen. Alle informantene har selv jobbet klinisk og noen av informantene behandler pasienter ved siden av lederoppgavene. Dette kan gi dem et fortrinn når de skal veilede medarbeiderne i forhold til kliniske dilemmaer. De opptrer da som faglige seniorer

med bred kompetanse og mye erfaring. De oppfattes også som troverdige siden de står i de samme problemstillingene som medarbeiderne gjør. En av informantene understreker sin faglige kompetanse på denne måten: *”Jeg er veldig opptatt av det faglige siden jeg er i den samme faggruppen som det de jobber med i det daglige. Siden jeg har jobbet som kliniker i mange år, så blir jeg veldig opptatt av det.”*(Informant nr. 4).

Det har i flere år vært snakk om å innføre pakkeforløp i psykisk helsevern i Norge. Dette har vært gjenstand for mye diskusjon i de fagmiljøene som informantene representerer. Tre av informantene har fortalt at de er positive til den planlagte innføringen av pakkeforløp i psykisk helsevern. Pakkeforløp i denne sammenheng blir av informantene brukt som eksempel på hvordan de lettere kan vite at de gjør det som er forventet av dem. Informantene håper at pakkeforløpene blir laget slik at de blir tydelige nok, men er samtidig bekymret for at de ikke blir det. Andre informanter er urolige for at pakkeforløp skal føre til for mange krav til dokumentasjon som vil stjele tid fra det kliniske arbeidet.

Samlet sett gir informantene uttrykk for at noe av det viktigste de kommuniserer om er fag og behandling. Dette kommer litt ulikt frem hos informantene. Noen er opptatt av å kommunisere at medarbeiderne skal bruke riktige dokumentmaler, utredningsverktøy og behandlingsplaner, mens noen snakker mer om pasientbehandling som er god, faglig forsvarlig behandling, tidsriktig og effektiv. Eller som en informant sier: *”Det med god pasientbehandling, det er jo det som er det overordnede målet”*(Informant nr. 5).

### **4.1.3 Medarbeidere og arbeidsmiljø**

Intervjuene viser at lederne er opptatt av å skape et godt arbeidsmiljø og at medarbeiderne skal trives. De ser dette som en viktig og prioritert oppgave. Å skape et godt arbeidsmiljø blir sett på som en betydningsfull faktor for å skape gode resultater og for at medarbeiderne skal klare å utføre de oppgaver de er satt til å gjøre. Det er flere faktorer som trekkes frem når informantene snakker om arbeidsmiljø. De er opptatt av at medarbeiderne ikke skal arbeide alene hele dagen, men ha muligheter til å få støtte og hjelp av andre. Det er en utfordring å skape et fellesskap i poliklinikker, siden alle i utgangspunktet jobber individuelt med enkeltpasienter på hvert sitt kontor. Jo flere pasienter medarbeiderne treffer, jo mer sitter de faglig sett alene på hvert sitt kontor. Det å legge til rette for at medarbeiderne kan samarbeide og å hente støtte hos hverandre, bidrar ikke bare til at den enkelte behandler i større grad

trives, men kan også tjene andre funksjoner. Eksempler på dette kan være kollegial veiledning, opplæring, kvalitetssikring og utvikling av nye behandlingsteknikker og metoder. Opplæring i forhold til krav, forventninger og praktisk gjennomføring er også sentrale temaer for kommunikasjonen mellom ledere og medarbeidere.

Trivsel blir også en viktig faktor som i stor grad påvirker i hvilken grad enheten klarer å løse oppdraget sitt. Høy turn-over går ut over enhetens aktivitet, siden den enkelte behandlers effektivitet faller i perioder der behandlere er i avslutning eller i oppstart. Høy turn-over gjør også at det bindes opp mer tid til opplæring.

Når førstelinjeledere i poliklinikker er så opptatt av at medarbeiderne skal samarbeide og ha et fellesskap er det også et uttrykk for at behandlerne ofte befinner seg i svært krevende situasjoner som krever mye av dem. For å mestre for eksempel pasienter med forhøyet selvmordsrisiko eller utagering er det avgjørende å kunne få bistand raskt og å ha tillitt til sine kolleger.

Som vi ser er de fleste informantene opptatt av medarbeiderne sine og arbeidsmiljøet ved arbeidsplassen. Deres kommunikasjon er rettet mot å styrke team og fellesskap, forhindre at noen sitter alene, men får hjelp av andre, utvikle samarbeidskultur og styrke tverrfagligheten. Lederne forsøker også å formidle betydningen av at medarbeiderne forvalter seg selv, skape trygghet, fremme en kultur for deling, læring og utvikling. For at lederne skal nå frem med dette sier en av dem at medarbeiderne må: *”være trygge på meg, vite at jeg vil dem vel”* (Informant nr. 5).

En særlig utfordring ligger i å kommunisere med medarbeidere som ikke holder mål og ikke gjør jobben sin. Hvordan gi negativ kritikk eller påpeke at det ikke fungerer? De fleste lederne forsøker å ta opp det som ikke fungerer i felles møter. De mener det er destruktivt og sprer dårlig stemning når ting ikke tas opp. Samtidig viser informantene stor respekt for sine medarbeidere. En leder sier: *”Dette er folk som har et faglig engasjement, som har faglig tyngde, som vet hva de snakker om og ser at dette går ikke”* (Informant nr. 3). Lederne har også erfaring for at det er viktig å sette ord på utfordringer: *”Det hjelper å snakke om det, da greier vi i fellesskap å finne ut av det.”*



#### **4.1.4 Informasjonsformidling**

Informantene er opptatt av at det er mye informasjon som de dels må forholde seg til dels må formidle til sine medarbeidere. Denne informasjonen kan for eksempel omhandle endringer i lovverk, nye veiledere eller retningslinjer fra Helsedirektoratet. Det kan også være informasjon om ulike prosesser innenfor eget foretak eller DPS som hva som rører seg overordnet, omstillinger nye pålegg og endrete rapporteringer. Informasjonen som informantene refererer til er som regel ikke nøytral informasjon og det kan ofte være flytende grenser mellom informasjon og pålegg eller varsel om pålegg. En av informantene sier tydelig at disse påleggene ikke er ting de kan velge bort. En del av informantene gir uttrykk for at de må forholde seg til ganske mye som er til dels ganske uklart og at det skjer ting i organisasjonen som skaper alt fra støy til endrede forventninger. Lederne forteller at de blir bindeledd mellom organisasjonen og egne ansatte ved at de videreformidler hva overordnet ledelse er opptatt av og hvorfor.

#### **4.1.5 Planer**

Et gjennomgående tema i intervjuene er de mange planene som utvikles på ulike nivåer i foretakene. Planer som utarbeides skriftliggjør bestemte mål for ulike deler av virksomheten. Informantene nevner at de har handlingsplaner for HMS, kompetanse og for virksomheten. Det kan se ut til at terminologien når det gjelder planene er uklar. Det som kalles en ”overordnet plan” for et foretak, ligner det som kalles ”visjon” ved et annet foretak. Det som betegnes som en ”handlingsplan” ved en enhet, kan bli kalt en ”prosjektplan” ved en annen enhet. Dette kan gjøre det vanskelig å formidle de intensjoner som planene gir uttrykk for og å kommunisere om dem med medarbeiderne. Et annet type problem kunne oppstå dersom lederen er uenig (helt eller delvis) i en plan, men som vi har sett over forholder informantene seg lojalt til planene og forsøker å formidle nødvendigheten av å følge planene til sine medarbeidere.

Det er i denne undersøkelsen spurt spesifikt etter informantenes kjennskap til om det er utarbeidet handlingsplan for deres arbeidsplass, om de har deltatt i utarbeidelsen av denne og på hvilken måte en slik handlingsplan eventuelt brukes i kommunikasjon med medarbeidere. Som for andre plandokumenter er det noe ulike oppfatninger om hva en handlingsplan er og følgelig også ulike måter å bruke slike planer som ledd i kommunikasjonen om organisasjonens mål.

De fleste av informantene forteller likevel at det finnes en handlingsplan for deres DPS og mange av dem har vært med på å utarbeide denne planen. Noen av informantene forteller at de har utarbeidet handlingsplaner som gjelder for flere år, mens andre lager en ny plan hvert år. Andre steder er handlingsplanen utarbeidet i ledergruppen, på grunnlag av innspill fra den enkelte enhet.

Informantene har litt ulikt forhold til "handlingsplanen". Variasjonen kan eksemplifiseres på ulike måter med tanke på kjennskap til handlingsplanen og i hvilken grad den har betydning for lederens kommunikasjon med medarbeiderne. En gruppe av informanter er usikre på om det finnes en lokal handlingsplan og hva den inneholder, mens en annen gruppe kjenner godt til handlingsplanen og har vært med på å utarbeide den. I den gruppen som har og kjenner til handlingsplanen, varierer det i hvilken grad denne brukes i kommunikasjon med medarbeiderne. En sier for eksempel: *"Den henger på tavla på møterommet vårt, så jeg går forbi den hver dag."* (Informant nr. 4). En annen forteller at planen av og til tas opp på ledermøter og at de et par ganger i året går igjennom planen på personalmøtet for å snakke om hvordan de ligger an. En tredje ønsker å bruke handlingsplanen som et levende dokument. Denne informanten opplever at handlingsplanen ikke følges opp og at foretaket lett introduserer nye tiltak eller mål som gjør handlingsplanen mindre aktuell og sier: *"Hvis en så stor virksomhet skal oppnå de resultater som forventes at man skal gjøre, så må man vite hvilken retning man skal gå i. Det er veldig viktig."* (Informant nr. 3).

## **4.2 Hvordan kommuniseres det?**

I avsnittet som omhandler hvordan førstelinjeledere kommuniserer med sine medarbeidere vil jeg presentere resultatene i underkategoriene kommunikasjonskanaler og kommunikasjonsstrategier.

### **4.2.1 Kommunikasjonskanaler**

Alle informantene forteller at de har regelmessige møter der de kommuniserer med medarbeiderne sine. Hovedinntrykket er at møter er den viktigste kommunikasjonskanalen. Det er etablert flere typer møter i alle poliklinikkene og de varierer noe med tanke på hyppighet, varighet og innhold. Informantene bruker møtene til å kommunisere direkte med de fleste av medarbeiderne sine. Møter oppleves å være en god kanal for å kommunisere med

mange på en gang. Lederne får tak i umiddelbare reaksjoner fra de ansatte og har muligheter til å forklare og utdype eventuelle misforståelser. Flere av informantene forteller at de har erfaring med gruppeterapi og gruppeprosesser og sier at de synes det er nyttig kompetanse å ha i slike situasjoner. I møter får medarbeiderne muligheter til å komme med reaksjoner og å komme med innspill til leder og det leder har presentert. Det at møtene har ulik varighet og hyppighet gjenspeiles i hva møtene brukes til. Alle informantene forteller at det settes av hele eller halve planleggingsdager flere ganger i året. Disse møtene brukes til å arbeide med planer for enheten og om hvordan de skal jobbe fremover. Det er som regel leder som bestemmer hva temaet skal være store deler av dagen, men noen forteller også at det kan komme innspill til temaer fra medarbeiderne. Ideelt sett er det grunn til å tenke at slike planleggingsmøter er der enhetens medarbeidere blir enige om hvordan overordnede planer og mål skal imøtekommes på. I lys av dette er det interessant at informantene har så forskjellig opplevelse av og forhold til handlingsplanen (se 4.1.5).

Ut over disse lengre møtene der poliklinikken stenges, finnes det flere former for kortere møter som avholdes regelmessig. Disse møtene kan ha navn som personalmøte, seksjonsmøte, behandlingsmøte og morgenmøte. Her finnes det lokale forskjeller som påvirkes av enhetens størrelse og på hvilket nivå man er i organisasjonen. Behandlingsmøte er møter der kliniske problemstillinger og pasientbehandling drøftes og kvalitetssikres, mens morgenmøter er korte samlinger der hovedintensjonen er å gi beskjeder om fravær. Personalmøtene gir informantene uttrykk for at er viktige når det gjelder å få frem viktig informasjon for enheten. Møtet kan også brukes til å følge opp saker leder og medarbeidere tidligere har blitt enige om, eller møtet kan brukes til å forberede enheten på forestående utfordringer og endringer. De fleste informantene benytter e-post som kommunikasjonskanal, men sier samtidig at de er ganske bevisste på hva de sender av e-post. En av informantene prøver å samle opp viktige e-poster i løpet av en uke, som det lages et sammendrag av før det sendes ut. En annen tar mål av seg til å lage et nyhetsbrev som kan sendes ut omtrent annenhver uke. Noen av informantene er nøye på at de ikke sender ut viktig informasjon på e-post før de har hatt muligheten til å presentere informasjonen muntlig først. For å få til dette har møter en avgjørende betydning.

I tillegg til felles møter i enheten forteller informantene at de kommuniserer med medarbeiderne sine i både formelle og uformelle en-til-en samtaler. Individuelle samtaler gjennomføres for eksempel i form av årlige medarbeidersamtaler der det er fokus på hvordan

enkeltmedarbeidere har utført sitt arbeid og hvordan de skal møte krav og forventninger fremover. Leder har her mulighet til å kommunisere direkte med medarbeider om hvordan vedkommende kan bidra til å løse enhetens mål. Noen av informantene forteller at de har vært nødt til å kalle medarbeidere inn til slike samtaler ved flere anledninger. Dette er samtaler som informantene opplever som vanskelige.

Informantene forteller også om mer uformelle individuelle samtaler. Flere av informantene sier at de er opptatt av å ha en ”åpen dør” som gir medarbeiderne mulighet til å ta kontakt ved behov. En annen forsøker å ”stikke hodet inn” hos medarbeidere innimellom. Det kan virke som om denne typen møter og samtaler mellom leder og medarbeidere, i større grad gjennomføres for å styrke fellesskapsfølelse, arbeidsmiljø og opplevelsen av støtte fra leder, mer enn at de brukes til kommunikasjon om overordnede mål.

#### **4.2.2 Kommunikasjonsstrategier**

Jeg har tidligere vært inne på noen av de strategiene informantene forteller at de benytter seg av ved kommunikasjon med medarbeiderne sine, men skal her samle noen flere inntrykk jeg har fått etter intervjuene.

De fleste informantene forteller at de mottar store mengder informasjon selv. Et sentralt dilemma for dem da er å avgjøre hvordan de skal forholde seg til informasjonen. Noen av informantene er opptatt av at de skal si informasjonen før de formidler den videre. Dette har til hensikt å skjerme medarbeiderne for informasjon som ikke vurderes som viktig, eller fordi informanten vurderer at det ikke er hensiktsmessig å gi informasjonen videre på det tidspunktet. Flere av informantene har opplevd det de kaller: ”*et bombardement av informasjon*” (Informant nr. 1). En annen sier at de må filtrere en del informasjon for: ”*ikke overkjøre medarbeiderne*” (Informant nr. 3). En tredje legger vekt på å vurdere når det passer å informere, eller som denne lederen sier: ”*Hvis folk har veldig mye å gjøre er de ikke så mottakelige*” (Informant nr. 2).

Noen av informantene er opptatt av at de har behov for tid til å sette seg bedre inn i hva informasjonen handler om selv før de formidler den videre. En informant sier som følger: ”*Jeg informerer ikke før jeg har nok fakta*” (Informant nr. 1). Dette gir bedre muligheter til å ta imot og svare på spørsmål fra medarbeiderne. Det gir dem også muligheter

for å legge opp en plan for gjennomføring dersom det for eksempel handler om endringsprosesser. Flere av informantene er opptatt av at informasjonen skal gi mening, samtidig som de er opptatt av at hvis man er åpen om at de selv ikke hilser alle endringer velkommen. Det gir mer plass til legitime reaksjoner. En av informantene sier at de ofte får pålegg som det ikke har noen hensikt å diskutere. Informanten sier: ” *Det er sløsing av vår energi hvis vi skal gå å irritere oss over dette.* ”(Informant nr. 5).

### 4.3 Oppfatninger av lederrollen

I analysen av dataene som har kommet frem i intervjuene i denne undersøkelsen er det helt tydelig at det er mange ulike oppfatninger av lederrollen, men at det er flere av oppfatningene som deles. Mange av lederne fremhever at det å være leder er noe de har valgt. En leder uttrykker: ” *Vi er her frivilling, vi ønsker å bidra.* ”(Informant nr. 7). En annen sier: ” *Hvis jeg ikke holder ut, må jeg slutte* ”(Informant nr. 2).

Lederrollen, slik informantene oppfatter den, påvirkes ”ovenfra, nedenfra og innenfra”.

Eksempler på det som påvirker lederrollen ”ovenfra” er en oppfatning av at lederen skal vise gode verdier og holdninger som er forenlig med virksomhetens mål. Lederen skal sørge for at tildelte ressurser benyttes på en hensiktsmessig måte til beste for pasientene. Flere av lederne gir uttrykk for at de mener det ligger til lederrollen å være kreativ med å finne gode løsninger på situasjoner og problemer som oppstår.

”Nedenfra” er informantene opptatt av at de skal skape struktur være tilgjengelige og i tett dialog med medarbeiderne, forankre og styrke medarbeidernes delaktighet, motivere, gjøre det spennende og faglig interessant, hjelpe medarbeidere til å prioritere og å forstå helheten. En av informantene mener at det ligger til lederrollen å representere medarbeiderne oppover i systemet og å påvirke i de rette kanalene og sier: ” *hvis det er noe man mener er riv ruskende gærent.* ”(Informant nr. 1).

”Innenfra” er et uttrykk for egenskaper ved en selv som informantene blir opptatt av at de må inneha i rollen som leder. En fremhever at det er viktig å bevare roen i krevende og stressende situasjoner. Informantene er opptatt av at de må reflektere over egne reaksjoner. En informant legger vekt på at man må være forberedt på endringer som kommer og å bruke tid på å orientere seg i hva som skjer i andre deler av avdelingen, foretaket eller i

helsevesenet forøvrig. Noen av informantene refererer til ledere de selv har hatt som både positive og negative forbilder for hvordan de selv ønsker å opptre i lederrollen.

Informantene bekrefter påstanden fra litteraturen om at førstelinjeledere befinner seg i det største skviset. Lederne forteller at deres måte å kommunisere om overordnede mål på handler om å vektlegge og realisere virksomhetens mål i forhold til verdier de har om god behandling til det beste for pasientene. De ønsker å sette pasienter og medarbeidere først, men opplever at de får pålegg de må gjennomføre. Dette gjør det vanskelig å prioritere. Pålegg ovenfra kan på sett og vis frita leder for ansvar, men lederne opplever likevel at de har ansvar for en del av pasientene. Dette opplever informantene som det største skviset.

## **4.4 Kommunikasjonsutfordringer**

I begynnelsen av dette kapittelet var jeg inne på at det i intervjuene har kommet frem områder som informantene opplever som særlig utfordrende i kommunikasjonen med egne medarbeidere. Disse utfordringene vil jeg presentere nærmere med henblikk på temaer fra intervjuene som troverdighet, lojalitet og oversettelse.

### **4.4.1 Troverdighet**

For at ledere skal få medarbeiderne til å jobbe i samme retning og utføre de oppgaver som leder har gitt dem ansvar for er det viktig at lederne er troverdige og har troverdighet. Troverdighet skapes ved at lederen er på en bestemt måte eller innehar visse egenskaper og kvaliteter, eller at budskapet de formidler oppfattes som troverdig av mottakerne. Noen av informantene refererer ofte til autoriteter som Statsministeren, Fylkesmannen eller politikerne i sin kommunikasjon med medarbeiderne. Flere av informantene viser konkret til helseministeren og bruker også ministeren som eksempel i sin kommunikasjon. Informantene forteller at de bruker mye tid på å sette seg inn i lovverk, retningslinjer og veiledere. En informant leser ”Sykehustalen” og styringsdokumenter for, som informanten sier: ”å finne ut hva det er ministeren faktisk har sagt”(Informant nr. 3). En annen mener det er viktig å få frem at det ikke bare er den enkelte leder, men hele lederlinjen som står bak, eller at man finner ut hvordan andre virksomheter jobber og sammenligner seg med dem for å få aksept for å gjennomføre ting som ikke er så populære.

Lederne er opptatt av å være tydelige i sin kommunikasjon og at god forståelse av rammer som lovverk, retningslinjer og veiledere bidrar til bedre kommunikasjon med medarbeiderne. Noen av informantene jobber litt klinisk selv ved siden av å være leder. Flere av informantene har jobbet klinisk ved den seksjonen/enheten de nå leder. Det at lederne har klinisk erfaring og ekspertise mener de er et fortrinn når de kommuniserer med medarbeiderne om overordnede mål. De kan sette seg inn i og forstå medarbeidernes dilemmaer og oppleves derfor som troverdige av medarbeiderne. En av de som ikke lenger jobber klinisk, fremhever at det kan være en fordel, siden informanten da ikke er så personlig involvert i pasientarbeidet og dermed kan se situasjonen litt mer fra utsiden.

Et annet poeng som en av informantene er opptatt av er at medarbeiderne må være trygge på lederen sin og vite hva lederen står for. Flere av lederne er opptatt av at de i flere situasjoner direkte eller indirekte viser medarbeiderne at de selv ikke er enige eller støtter endringer eller pålegg som kommer. Dette gjør de for å skape rom for at medarbeiderne deler sine reaksjoner, men også fordi det er viktig for dem å fremstå som autentiske. Autentisitet bidrar til økt troverdighet.

Jeg har tidligere vært inne på at mange av informantene opplever at det kommer mange pålegg ovenfra og at det oppfattes som at ledelsen over dem i stor grad er opptatt av høy effektivitet og aktivitet. En av informantene forteller at det derfor er viktig å kommunisere til medarbeiderne at ledelsen også er opptatt av fag. Ved å formidle at ledelsen over er opptatt av fag og ikke bagatelliserer dilemmaene mellom krav til aktivitet og optimal faglig pasientbehandling kan bidra til troverdighet.

#### **4.4.2 Lojalitet**

Mitt inntrykk av informantene da jeg intervjuet dem var at de var svært lojale.

En av informantene sier ganske enkelt: *”Jeg tror at jeg er ganske lojal”* (Informant nr. 7).

Flere av informantene forteller at det har kommet pålegg eller blitt fattet beslutninger informanten selv ikke har vært enig i eller forstått. De har likevel gjort sitt beste for at vedtaket skulle gjennomføres etter intensjonen. En annen informant sier: *”Det ga ikke mening for noen av oss, men sånn måtte det være.”* (Informant nr. 3). Dette viser at flere ledere synes at det er vanskelig å være lojal til beslutninger man selv ikke har vært med på å beslutte og som man i tillegg ikke ser hensikten med. En informanten velger å minne medarbeiderne på

en beslutning som er fattet, men følger ikke opp med å se til at medarbeiderne gjennomfører det som er besluttet. Dette er et tydelig eksempel på et lojalitetsdilemma lederen står i.

En av informantene gir uttrykk for et ønske om ikke bare å være en administrator som kommer med pålegg, men å snakke med medarbeiderne om hvordan de i fellesskap kan finne frem til gode løsninger. Dette tenker jeg gjenspeiler et ønske lederen har om å være lojal til medarbeiderne og ”faget”, og ikke bare en som er lojal til beslutninger og pålegg ovenfra. Informantene forteller at det er krevende med press om å avslutte pasienter, selv de som er dårlige og trenger behandling fordi de forventes å ta inn nye pasienter. Dette skaper stor frustrasjon som en uttrykker på følgende måte: *”Det er alltid vanskelig å forklare ting du ikke er enig i, men som leder så må jeg jo det. Jeg har en plikt til å være lojal oppover også.”* (Informant nr. 3). Informanten har inntrykk av at medarbeiderne vet at leder selv også er frustrert, men de vet samtidig at leder er lojal til det som er bestemt.

Spørsmålet om lojalitet belyser et vanskelig dilemma lederne står i. For disse lederne, som selv også er fagfolk og som jobber klinisk, blir det tydelig at de også tenker på pasientene. En leder sier: *”lojaliteten er først og fremst til pasientene”* (Informant nr. 4). Et annet uttrykk for det samme er at flere av informantene refererer til ansvaret for innbyggerne i opptaksområdet eller at de har det de kaller et ”samfunnsansvar”. En leder uttrykker lojalitetsdilemmaet på følgende måte: *”Den største utfordringen er at man dras i alle retninger”* (Informant nr. 3)

#### **4.4.3 Oversettelse**

Det har blitt fremmet tanker om at førstelinjeledere i helsevesenet har en spesiell utfordring når det gjelder det å oversette eller fortolke temaer med økonomisk administrativt språk som kommer fra ledelsen til et språk som helsearbeidere kan kjenne seg igjen i. Informantene i denne undersøkelsen kommer i ulik grad inn på dette fenomenet, men de fleste sier at en form for oversettelse blir sentralt i kommunikasjonen de har med medarbeiderne sine. En av informantene uttrykker ansvaret for å skape forståelse på denne måten: *”Det er min jobb å oversette til klinisk hverdag, å forklare og å gi det mening”* (Informant nr. 7).

Førstelinjelederne må både forstå styringsdokumentene og formidle dette til medarbeiderne. En informant uttrykker det slik: *”Men skal du kunne oversette, må du skjønne språket der det kommer fra”* (Informant nr. 3).



Jeg har tidligere vært inne på at det er flere av informantene som forteller at de bruker mye tid på å innhente informasjon. De forteller at de leser lover, retningslinjer, veiledere, oppdrags- og styringsdokumenter, samt ”sykehustalen” til helseministeren. Dette gjør de fordi de mener at det er viktig å ha god forståelse av hva som er grunnlaget for virksomhetens overordnede planer og mål. Dette hjelper dem også når de skal kommunisere de overordnede målene til medarbeiderne. En informant er opptatt av at endringer bør gi mening, ikke bare for en selv men også for medarbeiderne. Det å prøve å skape mening ses på som svært viktig. En av informantene forteller at det er spesielt vanskelig å tolke hva politikerne ønsker at de skal gjøre i valgår. Denne lederen opplever situasjonen enda mer utydelig enn vanlig fordi det er vanskelig å vite hva som er konkrete planer og hva som er valgløfter.

Flere av de eksemplene som informantene gir på oversettelse er å gi eksempler de tror medarbeiderne kan kjenne seg igjen i. En sier: *”Hva ville du gjort hvis du var privatpraktiserende?”* (Informant nr. 2). En annen sier: *”Hva om det var din kone eller min mamma?”* (Informant nr. 7). Informantene sier at oversettelse handler om å finne frem til hvilke deler av veilederen som er realistisk å gjennomføre i enheten. Både det å gi eksempler medarbeiderne kan kjenne seg igjen i og å fortelle medarbeiderne hvordan føringene i en veileder skal gjennomføres lokalt, vil være viktige for kommunikasjon om overordnede planer.

To av informantene var på hvert sitt vis opptatt av noe som kan oppfattes som et oversettelsesproblem. Den ene ga et eksempel på at ledelsen hadde gitt et pålegg om endring nedover i organisasjonen. Dette endringspålegget ble tolket og oversatt ulikt av enheter som var ment å samarbeide. I dette tilfellet oppsto store samarbeidsvansker som man senere måtte bruke tid og krefter på å løse. Den andre sa at man ideelt sett skal få en ”oversettelse” i linjen, men sier: *”Her bommes det, og da skjønnte jeg at dette måtte jeg engasjere meg i! Hva er det ministeren faktisk har sagt? Hva henvises det til?”* (Informant nr. 2).

Ytterligere et dilemma er at det overlates til de ulike enhetene å oversette og tolke føringer som kommer i linjen, samtidig som det kommuniseres at det er et overordnet mål at det for eksempel skal være likeverdige tilbud til pasientene. En av informantene uttrykte at dersom man fattet klare beslutninger på et høyere nivå, ville tilbudet til pasientene i større grad bli likt. I noen av eksemplene informantene forteller om blir det klart at det ikke alltid er snakk

om en oversettelse. I mange tilfeller handler det vel så mye om å få medarbeiderne til å godta en ny tenkemåte eller behandlingspraksis.

## 5 Diskusjon

Denne undersøkelsen hadde som mål å utforske lederes erfaringer med å skape felles forståelse for organisasjonens mål helt til det kliniske operative nivået, med vekt på to forskningsspørsmål: 1. Hvilke erfaringer har førstelinjeledere med å kommunisere med ansatte om organisasjonens mål, og 2. Hva hemmer og hva fremmer førstelinjeledernes kommunikasjon om organisasjonens mål.

Jeg fant at førstelinjeledernes erfaringer med kommunikasjon med ansatte om organisasjonens mål preges av at:

- lederne opplever at de står i et krysspress som kommer til uttrykk gjennom to dimensjoner her kalt *posisjon* og *situasjon*
- lederne ofte referer til ”kildene” det vil si lover, andre styringsdokumenter og uttalelser som uttrykker beslutninger på høyt nivå
- lederne i liten grad forholder seg til handlingsplaner for enheten

Med hensyn til hva som hemmer og fremmer førstelinjeledernes kommunikasjon med ansatte om organisasjonens mål fant jeg at:

- for mye informasjon i et språk som er mer knyttet til økonomisk-administrativ logikk enn til helsefaglig logikk hemmer kommunikasjonen, og
- en åpen relasjon mellom leder og medarbeidere, oversettelse av overordnede mål til handlinger lokalt og direkte kontakt fremmer kommunikasjonen.

### 5.1 Posisjon

Formelt sett er førstelinjeledernes organisasjonsmessige plassering mellom ledelse på ulike nivå i helseforetaket og klinikerne i førstelinjen. *Posisjon* bruker jeg her for å fremheve plasseringen førstelinjelederen opplever i forholdet mellom den øvrige ledelsen og deres mål og målkrav ovenfra og medarbeidere, fag og behandling nedenfra.

Det fremgår av resultatene at informantene i denne undersøkelsen har en opplevelse av at det er en stor mengde kommunikasjon fra ledelsen og fra deres medarbeidere til dem i deres posisjon som førstelinjeledere. Hovedsakelig opplever de at kommunikasjonen som kommer fra ledelsen over dem handler om krav og forventninger knyttet til effektivitet, aktivitet og

inntjening. Samtidig skal lederne innfri kommunikasjon fra medarbeiderne som uttrykker forventninger om et godt, ivaretagende arbeidsmiljø og pasienters forventninger om god behandling.

Krysspresset eller skvisen som førstelinjelederne opplever i den posisjonen de befinner seg er ikke overraskende. Jeg vil i det følgende diskutere ulike sider ved denne skvisen og konsekvensen den har for kommunikasjonen mellom lederen og medarbeidere, samt vise sammenhenger til aktuell teori.

Effektiv kommunikasjon mellom leder og medarbeider forutsetter i følge litteraturen (Jacobsen & Thorsvik, 2013) at den er toveis. Det vil si at kommunikasjonen bidrar til og utvikler dialog mellom sender og mottaker. En av de faktorene som er særlig viktig for at kommunikasjonen skal bli effektiv, som litteraturen trekker frem, er at sender av budskapet har evne til å sette seg inn i mottakers situasjon. Lederne i denne undersøkelsen mener at de har gode forutsetninger for å sette seg inn i mottakernes situasjon. De kjenner enheten og arbeidsoppgavene svært godt og de har alle har erfaring med selv å være behandler ved denne eller tilsvarende enhet.

En annen faktor er at man i kommunikasjon må bruke språk og formuleringer som mottaker forstår. I denne undersøkelsen viser resultatene at lederne er veldig opptatt av å finne frem til måter å kommunisere på som gjør at budskapet gir mening for medarbeiderne. Halvor Nordby (2009) hevder at helseledere på dette punktet har en særskilt utfordring. Nordby viser til at når helseledere skal kommunisere med medarbeidere som jobber klinisk med pasienter, er det spesielt vanskelig å finne et godt felles språk. Bakgrunnen for dette er at det som kommuniseres i lederlinjen ofte baserer seg på en økonomisk-administrativ logikk og forståelse, mens medarbeiderne, de som behandler pasientene, har utgangspunktet sitt i en helsefaglig logikk. Dette gjør at førstelinjeledere må gjøre et oversettelsesarbeid for å kunne kommunisere godt med sine medarbeidere og å tydeliggjøre ledelsens budskap. Jeg har funnet at informantene bruker mye tid på dette. For å kunne gjøre gode oversettelser er lederne bevisste på at de selv må ha nødvendig og tilstrekkelig forståelse av det de skal kommunisere og hva det innebærer. Noen av informantene forteller at de i slike sammenhenger snakker med nære kolleger eller at de rådfører seg med lederen på nivået over dem.

Kommunikasjon med medarbeiderne om fag og behandling er det området der det er tydeligst at et oversettelsesarbeid er nødvendig og viktig. Det er i forhold til fag og behandling at de overordnede målene skal konkretiseres i handling og det er her mål og resultater skal omdannes til utøvelse av fag. De mål og resultatkrav som stilles har hovedfokus på aktivitet, effektivitet og inntjening. Informantene opplever at det er lite i ledelsens kommunikasjon som har fokus på innhold og kvaliteten i behandlingen. Informantene i denne undersøkelsen er likevel klare på at et fokus på kvantitet ikke alltid går på bekostning av kvalitet. Et tydelig krysspress oppstår mellom krav om gjennomstrømning og optimal pasientbehandling. Dette gjelder for eksempel krav om å avslutte behandlinger for å ha rom til å ta inn nye pasienter, eller til krav om å treffe et gitt antall pasienter i løpet av en arbeidsuke relativt uavhengig av pasientenes behandlingsbehov. For å etterkomme disse kravene er flere av informantene opptatt av å lage konkrete strukturer der det for eksempel legges opp til at hver behandler skal sette opp to samtaler før og to samtaler etter lunsj hver dag, eller at de skal ta imot en ny pasient hver uke. Flere forteller at det har vært vanskelig å få behandlerne til å være med på å innføre slike strukturer til å begynne med, men at de etterhvert har tilpasset seg strukturene godt. Informantene forteller at det har vært helt nødvendig å legge om måten behandlerne tenker på etterhvert som kravene har økt, men informantene uttrykker at det har vært noe positivt i dette også. De økte kravene har bidratt til at behandling spisses og forbedres, samt at det har bidratt til en nødvendig endring av kultur. En leder uttrykker at det ikke er hensiktsmessig at en pasient kan behandles i 20 år uten sikker effekt.

Informantene i denne undersøkelsen er også positive til innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern. Lederne gir uttrykk for at pakkeforløpene, dersom de er godt nok definert, vil gjøre det lettere for dem å avgjøre om de har innfridd forventningene som stilles til dem og medarbeiderne deres. Dette er et interessant funn. Profesjonene ønsker tradisjonelt autonomi i beslutninger om behandling, mens innføring av pakkeforløp av de fleste oppfattes som å gi dem mindre autonomi fordi deres egne vurderinger får mindre betydning eller settes til side.

### **5.1.1 ”Kilder” og kommunikasjon**

Et interessant funn her er at lederne går til ”kilden” når de skal kommunisere med medarbeiderne om overordnede mål. Med ”kilden” mener jeg i denne sammenheng lover, forskrifter, veiledere, oppdrags- og styringsdokumenter, altså skriftlig uttrykk for det som er

besluttet på høyt organisatorisk eller politisk nivå som utgangspunkt for kommunikasjon med medarbeidere.

Førstelinijelederne leser slike dokumenter når de trenger informasjon for å kunne oversette påbud til handling. De viser også til politisk ledelse for å få støtte for beslutninger ved å for eksempel lese eller høre ”sykehustalen” til helseministeren, altså til utgangspunktet for beslutningene om hva helsetjenestene skal gjøre fattes. Det at lederne slik sett går til kilden kan forstås på to måter. Det ene er at lederen ved å kjenne til og referere fra disse kildene, øker sin troverdighet når de kommuniserer med medarbeiderne. Det andre er at det opprinnelige budskapet eller den oversettelsen førstelinjelederne har fått av budskapet gjennom linjen, ikke er tydelig eller utfyllende nok til at lederen kan kommunisere om dette med sine medarbeidere.

Lederne i denne undersøkelsen tar ofte utgangspunkt i ”nasjonale veiledere og retningslinjer” når de kommuniserer med medarbeiderne om fag og behandling. Nasjonale veiledere og retningslinjer er dokumenter utarbeidet med anbefalinger om utrednings- og behandlingstiltak knyttet til spesifikke tilstander. Med utgangspunkt i hva veilederne anbefaler diskuterer lederne med medarbeiderne hva som er realistisk at de skal få til innenfor rammene de har. Når førstelinjelederne skal kommunisere om fag og behandling befinner de seg ofte mellom sterke grupper med motstridende interesser. Hybridledere (Magnussen, Vrangbæk, Martinussen, & Frich, 2016) som disse står med en fot i hver leir, mellom nødvendige prioriteringer og hensynet til pasienter. De har forutsetninger for å finne gode måter å kommunisere på fordi de har kjennskap til både ”ledelseslogikken” og ”faglogikken”. I debatter i media har for eksempel Grimsgaard (2016) likevel uttrykt bekymring for at avstanden mellom ulike grunnsyn skal medføre så store spenninger i organisasjonen at det er fare for delaminering (decoupling) (Brunsson, 1993) eller ”balkanisering” som Mintzberg kaller det (Mintzberg, 1989). Ved delaminering vil de indre spenningene der delene i organisasjonen trekker i hver sin retning bli så stor at forbindelsen mellom *toppledelsen* og det *kliniske operative* nivået brytes og balkanisering eller delaminering oppstår. At førstelinjelederne i denne undersøkelsen så tydelig gir uttrykk for at de går til kilden for å forstå og kommunisere, mener jeg at kan være et uttrykk for at det er store spenninger i organisasjonen der førstelinjeledernes engasjement og forpliktelse til helsevesenets overordnede prosjekt, behandling av pasienter, bidrar til å redusere eller forhindre delaminering. Det førstelinjelederne uttrykker er at dette er krevende kommunikasjonsprosesser som de bruker mye tid på å forberede seg til og gjennomføre.

Det bør likevel bemerkes at førstelinjelederne viser stor lojalitet. De ser ut til å akseptere situasjonen i helseforetaket som den er, for eksempel med at stadig nye krav er en nødvendig følge av at bevilgningene ikke økes i takt med pasienttilstrømmingen. De følger opp og oppmuntrer sine medarbeidere til å gjøre det samme.

### **5.1.2 Hva fremmer og hva hemmer kommunikasjonen i forhold til posisjon?**

I teksten ovenfor ser vi flere eksempler på hva som fremmer og hva som hemmer kommunikasjonen mellom førstelinjelederne og deres medarbeidere. Fremmer og hemmer er motsatser og det er som regel slik at det som ikke fremmer blir hemmende og vice versa. Den viktigste fremmende faktoren knyttet til *posisjon* handler om førstelinjeledernes evne til å bygge bro mellom ulike typer logikk; mellom økonomisk-administrativ logikk kommunisert ovenfra og helsefaglig logikk nedenfra. For at førstelinjelederne skal klare å bygge en slik bro, kreves det at de klarer å arbeide seg frem til gode oversettelser som gir mening for medarbeiderne. Hvordan skal vi omsette disse kravene til handling her hos oss? Hva skal vi gjøre videre? Førstelinjelederne bruker ofte bilder eller metaforer i disse situasjonene. Dette støttes av litteraturen som gode måter å skape mening på (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Mangel på gode oversettelser av kommunikasjon fra ledelsen vil på den annen side, hemme effektiv kommunikasjon med medarbeiderne. Det kan legges til at det noen ganger kan tenkes at det ikke er mangel på forståelse som hemmer kommunikasjonen, men at det heller handler om at mottaker (medarbeiderne) noen ganger ikke godtar de konsekvensene av budskapet som kommunikasjonen formidler.

### **5.1.3 Hva så?**

Funnene tyder på at ledernivåene over førstelinjelederne ikke utformer og videreformidler visjoner og planer på en slik måte at det er til tilstrekkelig hjelp og støtte for førstelinjelederne. For å styrke formidlingen videre fra ledelsesnivåene over, bør førstelinjelederne gjøres mer delaktige i de overordnede ledelsesnivåenes planarbeid. De kan for eksempel få uttale seg om avdelingsledernivåets planer før disse blir fastlagt.

Et annet moment er at man ofte tar språkbruken i ledelsens plandokumenter for gitt. Når man ser den betydningen plandokumenter har for prioriteringer i det daglige arbeid ville det være

hensiktsmessig å vurdere om språkbruken kan utformes med tanke på det nivået som skal iverksette planen heller enn ut fra overordnede nivåers økonomisk-administrativ tankegang. Dette vil for det første spare førstelinjelederne for unødig tidsbruk, det ville sikre at det man ønsker å oppnå vil bli riktig forstått og generelt styrke kommunikasjonen om organisasjonens mål på alle nivå.

## 5.2 Situasjon

*Situasjon* bruker jeg for å fremheve at lederne varierer sin kommunikasjon med medarbeiderne etter hvilken situasjon de befinner seg i og at dette har betydning for hvordan og på hvilken måte lederne kommuniserer.

Situasjonen har særlig betydning for hvilke kommunikasjonskanaler lederen velger å benytte. I denne undersøkelsen blir det tydelig at informantene vektlegger muntlig kommunikasjon. Muntlig kommunikasjon gir gode muligheter for å få til effektiv kommunikasjon, siden lederen da får umiddelbare tilbakemeldinger og reaksjoner fra medarbeiderne på et budskap. Den viktigste kommunikasjonskanalen er derfor møter der de får snakket direkte med flere medarbeidere samtidig. Informantene forteller at de har flere regelmessige møter på enheten der de bruker mye av tiden til å kommunisere om overordnede mål. Informantene er opptatt av å skape en dialog med medarbeiderne om tiltak slik at de kan dra nytte av medarbeidernes erfaring og kompetanse for å utvikle enheten og nå virksomhetens mål. Best dialog med medarbeiderne mener lederne at de får når de kan sette av god tid, for eksempel når klinikkene stenger og de kan ha planleggingsdager. Informantene oppgir at de har slike planleggingsdager omtrent en gang i semesteret.

Informantene forteller at de også kommuniserer en del skriftlig med sine medarbeidere. Det er som oftest i form av e-post. I sin bruk av e-post er mange ledere opptatt av å være restriktive med tanke på hva og hvor mye de skal kommunisere slik at de ikke belaster medarbeiderne med for mye informasjon. Noen av lederne siler derfor ut informasjon, enten for å ikke sende den videre, eller for å videreformidle den på det tidspunktet de mener er best egnet. Andre ledere oppsummerer den viktigste informasjonen i en e-post i slutten av uken, eller sender ut ”nyhetsbrev” med de viktigste sakene med jevne mellomrom. Lederne mener at dersom de utsetter medarbeiderne for en overflod av informasjon, medfører dette lett at medarbeiderne ikke klarer å skille ut hva som er viktig og mindre viktig. I sin ytterste



konsekvens kan en slik overbelastning føre til at medarbeiderne ikke forholder seg til noe av informasjonen, men overser den (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Jeg finner i mine resultater at informantene er opptatt av å formidle en del informasjon muntlig før de sender ut e-post. Dette begrunner de med at de ved muntlig kommunikasjon har muligheter til å fange opp umiddelbare reaksjoner, de får muligheter til å forklare, utdype eller på annen måte bearbeide budskapet slik at det forstås og ikke skaper unødig motstand hos medarbeiderne. Ledernes beskrivelse av sin kommunikasjon passer godt inn i hvordan Eriksen (1999) skriver om kommunikativ ledelse. Kommunikativ ledelse baserer seg på at ledere må bruke innlevelse og forståelse når de skal kommunisere med medarbeiderne for at deres argumenter skal bidra til rasjonell enighet.

Resultatene i denne undersøkelsen tyder altså på at lederne i stor utstrekning forsøker å ha en ledelsesstil som kan beskrives som kommunikativ. Dette korresponderer også med den stilen Hippe og Trygstad (2012) referer til som skandinavisk lederstil. Skandinavisk lederstil slik de beskriver det kjennetegnes ved at den er uformell og likhetsorientert og at det legges vekt på demokratiske prosesser. Til tross for disse idealene gir informantene flere eksempler på at de av og til bruker en lederstil som minner mer om strategisk ledelse. Strategisk ledelse er kjennetegnet ved at lederen begrunner sine standpunkter med sin autoritet og ekspertise. Den strategiske lederstilen har nærmest utelukkende fokus på måloppnåelse og legger vekt på at målene skal nås, nærmest ”koste hva det koster vil”. Resultatene i denne undersøkelsen viser flere eksempler på at lederne benytter seg av en strategisk lederstil. For eksempel kan de kommunisere til medarbeiderne at ”*dette må vi levere på*”. I noen av eksemplene fremgår det at informantene ønsker å bruke en form for kommunikativ ledelse, men det oppstår situasjoner der leder opplever at de ikke har valg eller handlingsrom. Da kan en leder gi uttrykk for at det ikke er hensiktsmessig å bruke tid på å diskutere andre løsninger. Nordby og Botten (2007) fremhever da også at det er viktig at helseledere finner frem til en riktig balanse mellom kommunikativ og strategisk lederstil, siden det kan være urealistisk å basere seg på en utelukkende kommunikativ lederstil i en travel hverdag. Ut fra resultatene som foreligger i denne undersøkelsen ser det ut til at lederne er opptatt av å finne denne balansen. De strekker seg langt for å forsøke å kommunisere og å komme frem til tiltak i samarbeid med medarbeiderne, men de gir også klare eksempler på at de innimellom ser det som nødvendig å bruke en mer autoritær lederstil. I Norge er det lite tradisjon for en autoritær lederstil og det kan i følge Eriksen (1999) være fare for at man ikke får medarbeiderne med seg, men snarere mot seg, dersom man er for autoritær.

Kommunikasjonsteorien legger vekt på at egenskaper ved avsender og relasjonen mellom sender og mottaker er av stor betydning for hvordan et budskap blir forstått, tatt i mot og tatt til følge. Lederne i denne undersøkelsen er opptatt av at de skal ha en god relasjon til sine medarbeidere og at medarbeiderne skal være trygge på dem som ledere. De ønsker å støtte og veilede medarbeiderne i vanskelige saker og i forhold til krevende beslutninger. Lederne gir også uttrykk for at de opplever enkelte situasjoner på jobben som vanskelige og at de ikke alltid er enig i pålegg fra ledelsen, men at de prøver å gjøre det beste ut av det. Å vise denne typen sårbarhet overfor medarbeiderne sine bidrar til at leder oppfattes som mer autentisk og dette trekkes også frem av Goffe og Jones (2000) som viktig for å lykkes som leder. Den måten disse lederne forholder seg på til sine medarbeidere er i tråd med slike anbefalinger. I tillegg til at kommunikasjonen blir bedre av at det er god relasjon mellom leder og medarbeidere, øker gode relasjoner sannsynligheten for at medarbeidere vil utføre arbeidet på den måten leder ber om, selv om de selv ikke er helt enige. En viktig egenskap leder trenger å ha for å avgjøre når og i hvilke situasjoner de ulike lederstilene kan benyttes er ikke gitt, men må ofte overlates til lederens intuisjon (Goffee & Jones, 2000). Intuisjon i denne sammenheng handler om en leders evne til å fange opp stemninger og strømninger blant de ansatte og forene dette med innsikt i de kravene som stilles til enheten.

### **5.2.1 Hva fremmer og hva hemmer kommunikasjonen i forhold til situasjon?**

Førstelinsjeleiderne i denne undersøkelsen trekker frem at gode relasjoner mellom leder og medarbeidere er en viktig faktor som fremmer kommunikasjonen. De fremhever også at direkte muntlig kommunikasjon er den kommunikasjonskanalen de foretrekker. Det som kan hemme kommunikasjonen relatert til situasjon er at det til tider er svært mye informasjon medarbeiderne må kjenne til. Dersom leder ikke i tilstrekkelig grad klarer å si ut hva som er viktig eller nødvendig informasjon er det fare for en overbelastning. En annen hemmende faktor er at flere av informantene har et stort kontrollspenn når det gjelder hvor mange medarbeidere de har ansvar for. Med et stort kontrollspenn er det begrensede muligheter for regelmessig individuell oppfølging av medarbeidere. Flere steder forsøker man å kompensere for stort kontrollspenn ved å ha en teamlederfunksjon. Denne funksjonen kan hjelpe noe. En teamleder er ikke en formell leder, men kan hjelpe til med å fordele og delegere arbeidsoppgaver. Problemet med teamledere er at man da innfører et nytt ledernivå der

oppgaver og ansvar kan være uklare. Ikke minst kan det skape uklarhet med hensyn til ansvaret for å kommunisere og følge opp organisasjonens mål.

### **5.2.2 Hva så?**

Slik lederne uttrykker seg ser det ut til at organisasjonen forventer at førstelinjelederne skal bidra til måloppnåelse og at de er lite opptatt av om lederne benytter seg av en kommunikativ eller strategisk lederstil. På den annen side fremhever litteraturen at det er kommunikativ lederstil som best ivaretar demokrati, faglig autonomi og trivsel på arbeidsplassen.

Litteraturen advarer samtidig mot strategisk ledelse fordi dette kan vekke motstand hos medarbeiderne. Førstelinjelederne kan oppleve at det er en motsetning mellom ledelsens signaler og teoretiske idealer. Denne motsetningen burde kanskje drøftes i fora der man diskuterer ledelse.

## **5.3 Handlingsplaner**

Et viktig funn i denne undersøkelsen er at lederne i liten grad forholder seg til lokale *handlingsplaner* som grunnlag for kommunikasjon med medarbeidere om overordnede mål.

Utvikling av handlingsplaner på alle nivåer i organisasjonen inngår i den målstyringstankegangen som det legges opp til i helseforetakene. Ved å lage en plan for hvilke mål enheten vil forsøke å nå og hvordan førstelinjelederen og medarbeiderne på best mulig måte skal nå disse målene, ønsker man å øke sannsynligheten for at medlemmene i organisasjonen vet hva de skal gjøre og hvordan de kan bidra til at målene nås.

Det var overraskende at det var så stort sprik i ledernes forhold til handlingsplaner for enheter i denne undersøkelsen. Her varierte det fra ledere som knapt kjente til noen slik handlingsplan, til ledere som hadde et nært forhold til den og som hadde et ønske om å bruke den i større utstrekning. Det kan være ulike forklaringer på hva som bidrar til at informantene i undersøkelsen var så ulike i sitt forhold til en handlingsplan. Mitt inntrykk var at det kunne være noe ulike forståelser av hvilken plan det ble spurt om. For eksempel snakket informantene om handlingsplan for HMS, kompetanseplan og andre planer som jeg fikk inntrykk av at var ”prosjektplaner”. Det kom også frem at noen har handlingsplan på enhetsnivå, noen på seksjonsnivå og noen på avdelingsnivå. Hva som er ”riktig” nivå for en handlingsplan har nødvendigvis betydning for hvilke oppfatninger førstelinjelederen har om

dem. At det var så stor spredning i ledernes oppfatning om handlingsplaner kan også henge sammen med at informantene i stor grad var opptatt av å kommunisere mer direkte ut fra lover, nasjonale retningslinjer og veiledere, og at de derfor opplevde de lokalt utarbeidete handlingsplanene som mindre relevante. Dette innebærer at det er stort rom for å bedre organisasjonenes arbeid med handlingsplaner; både når det gjelder å få frem viktigheten av dem, men også hvordan de skal lages og brukes. Man kan anta at det utarbeides mange planer på flere nivåer i helseforetakene, men at de ikke blir kommunisert i tilstrekkelig grad eller på en hensiktsmessig måte nedover i organisasjonen. Handlingsplaner kan oppfattes som en blant flere planer som lederne ser liten verdi i å forholde seg til i det daglige. Hva som kan være grunnen til at det er slik, gir ikke denne undersøkelsen svar på.

### **5.3.1 Hva fremmer og hva hemmer kommunikasjonen knyttet til handlingsplaner?**

Når det gjelder hva som fremmer og hemmer kommunikasjon knyttet til handlingsplan er det hva som hemmer som bør få mest oppmerksomhet. Slik jeg oppfatter det er *handlingsplan* uklart definert og har en uklar plass blant de mange styringsdokumenter som ledere skal arbeide utfra. Det ser nærmest ut som om handlingsplaner er overflødige for flere av informantene når de skal kommunisere om organisasjonens mål med medarbeiderne. Likevel er det slik at en god handlingsplan i henhold til intensjonene kan bidra til å fremme kommunikasjonen mellom leder og medarbeidere betydelig. Leder vil trenge mindre tid til oversettelsesarbeid, til å innhente informasjon, til å lese kildene og mindre tid til å klargjøre informasjon, siden det meste av dette allerede ville være nedfelt i den handlingsplanen leder og medarbeiderne har laget sammen.

### **5.3.2 Hva så?**

Det bør satses mer på å gi opplæring som får frem tanken bak og hensikten med å lage handlingsplaner. Ikke minst må man arbeide med hvordan lederne kan forhandle seg frem til en handlingsplan som tilgodeser alle krav på en rimelig måte selv om det er begrensede ressurser. I tillegg bør lederne oppfordres til å bruke handlingsplanen i sin regelmessige kommunikasjon med medarbeiderne når de planlegger og treffer beslutninger om behandling slik at handlingsplanen får den retningsgivende funksjon som den skulle ha etter intensjonen. Det er først når den blir brukt og referert til at handlingsplanen vil ha en nytteverdi som står i forhold til den innsatsen som kreves for å utvikle en god handlingsplan for en enhet. En

handlingsplan vil vanligvis bli utarbeidet for en gitt tidsperiode, for eksempel 12 mnd. Et problem kan oppstå dersom ledelsen kommer med nye krav som tilsidesetter de prioriteringer som handlingsplanen legger opp til. Det innebærer at det ideelt sett må være mer forutsigbart for førstelinjelederne når de eventuelt må forholde seg til nye krav.

## 5.4 Metodologiske aspekter

I denne oppgaven har jeg benyttet kvalitative intervjuer med førstelinjeledere ved allmennpoliklinikker på DPS for å undersøke deres erfaringer med å kommunisere med medarbeidere om overordnede mål, dernest hva som hemmer og fremmer slik kommunikasjon.

Intervjuene ga mye informasjon om ledernes erfaringer med kommunikasjon med ansatte om overordnede mål. Jeg opplevde også at informantene var åpne og meddelsomme i samtalene. Intervjuene har den begrensning at de gir informasjon om hva informantene sier at de gjør, men ikke hva de faktisk gjør. Mitt inntrykk var likevel at informantene ikke holdt tilbake informasjon eller at de på annen måte ikke var ærlige i sin fremstilling.

I arbeidet med resultatene har jeg vurdert om deler av undersøkelsen kunne vært gjort annerledes for på den måten å bedre kvaliteten på dataene. Jeg har ansett utvalg av informanter og gjennomføring av intervjuene som kritiske deler i så måte.

Utvalget av informanter er på syv personer noe ujevnt fordelt på kjønn (K: 5, M: 2). Informantene fordelte seg også på ulike typer enheter. I tillegg var det stor variasjon når det gjelder alder, antall år som leder og antall medarbeidere som informantene har ansvar for. Dette utvalget åpnet for at det kunne bli en tilsvarende stor variasjon i oppfatninger blant informantene. I en slik kvalitativ undersøkelse er det viktig å kunne fange opp bredden i oppfatninger og synspunkter knyttet til en problemstilling. Resultatene viste at det ikke var så stor variasjon som forventet. For å kunne generalisere disse resultatene til førstelinjeledere ved DPS mer generelt, er det likevel nødvendig med et langt større representativt utvalg.

I intervjuguiden hadde jeg formulert relativt åpne spørsmål. Bakgrunnen var at jeg i utgangspunktet ønsket en åpen tilnærming, slik at informantene selv kunne sette fokus på det de mente var viktig å snakke om i denne sammenheng. Ved gjennomføring av intervjuene

merket jeg at det noen ganger var vanskelig å forsøke å presisere et spørsmål, uten at informantene ble styrt av mine tanker om hva dette kunne gjelde. Dersom jeg i forkant hadde forberedt mer presise spørsmål, ville det kanskje gitt mer presise svar. Mer spesifikke resultater kunne også bidratt i større grad til indikasjoner om hva man burde jobbe med videre. På den annen side ville jeg ikke fått samme tilgang til informantenes egne refleksjoner som har vært viktig for å forstå svarene deres. Jeg tror også at mine oppfølgingsspørsmål – som ble stilt for å være sikker på at jeg forstod hva de mente med et svar – fungerte som hjelp for informantene til å presisere sine svar uten å bli påvirket av mine synspunkter.

Flere av mine informanter kjente nesten ikke til handlingsplanen og dataene jeg har fått om handlingsplaner var derfor mer begrenset enn forventet. Vurdert i et metodologisk perspektiv innebærer dette at jeg for eksempel kunne ha fulgt opp med spørsmål om eventuelle alternativer til handlingsplaner i kommunikasjonen. Vurdert som et resultat er det meget interessant at handlingsplaner ikke var særlig viktig for informantene.

Undersøkelsen har med dette noen begrensninger. En kvalitativ studie som dette, med et relativt lite antall informanter, er ikke velegnet til å gi en presis dokumentasjon av faktiske forhold generelt. Styrken i kvalitative studier ligger i å utforske forhold for å få en bedre forståelse av dem. Denne studien gir indikasjoner på forhold som det vil være verdt å undersøke nærmere med bredere kvalitative og kvantitative studier.

## 6 Konklusjon

Utgangspunktet for denne undersøkelsen var en interesse for hvordan man kommuniserer ”ledelse helt ut” i store og komplekse organisasjoner som helseforetak, ikke minst på lavere nivå. Oppgaven har belyst dette temaet ved å undersøke hvilke erfaringer førstelinjeledere har med å kommunisere med ansatte om overordnede mål og hva som eventuelt hemmer og fremmer slik kommunikasjonen.

Denne undersøkelsen viser at det som hemmer førstelinjeledernes kommunikasjon om overordnede mål er at kommunikasjonen fra øverste ledelse ofte foregår i et økonomisk-administrativt språk og at det mangler gode fremstillinger i et helsefaglig språk.

Undersøkelsen viser at førstelinjelederne opplever denne mangelen som så stor at de velger å studere grunnlagsdokumentene for beslutningene. Det oppleves også som hemmende for kommunikasjonen at det er for mye informasjon som førstelinjelederne må sile ut før det kan kommuniseres om videre. Stort kontrollspenn gjør det vanskelig å sikre at alle har mottatt og forstått kommunikasjonen. Det er hemmende at hensikten med handlingsplaner er uklar og de har uklar plass i førstelinjeledernes hverdag.

Det som fremmer førstelinjeledernes kommunikasjon om overordnede mål er åpne relasjoner mellom leder og medarbeider og direkte toveis kommunikasjon. Ikke minst viktig er ledernes lojalitet overfor organisasjonen, deres troverdighet i samhandling med medarbeider og deres gode oversettelser av overordnede mål som bygger bro mellom ulike logikker. Dette bidrar til å redusere krysspresset som lederne står i når de skal kommunisere om overordnede mål.

### 6.1 Forslag til tiltak

Det anbefales at man diskuterer oversettelsesproblematikken i helseforetakene åpent. For å bedre oversettelsene fra politiske beslutninger til handlinger som skal utføres på det operative kliniske nivået, må alle ledelsesnivåer ta ansvar for oversettelsene og tilstrebe et språk som oppleves som meningsfylt. Dersom ledere på alle nivåer i helseforetakene bidrar til å finne gode oversettelser for nivåene nedover i organisasjonen, vil man øke opplevelsen av å samarbeide om et felles prosjekt i tillegg til at man sikrer større grad av måloppnåelse.

Det anbefales også at førstelinjeledere involveres bedre i utarbeidelse av planer på avdelingsnivå, og at øvrig ledelse i større grad må lytte til opplevelsene på det operative nivået. Dersom øvrig ledelsesnivåer gir førstelinjeledere bedre muligheter til å uttale seg om planer på avdelingsnivå før de besluttes, kan man sikre at disse planene i større grad formidles videre og gir retning for arbeidet på førstelinjenivå.

Det anbefales at det blir økt bevissthet rundt hva som er nødvendig å kommunisere fra øvrig ledelse. Bedre hjelp til å trekke ut hvilken informasjon der er viktigst å kommunisere om videre synes nødvendig. En fortsatt stor informasjonsflom kan også førstelinjeledere oppleve som overveldende.

Det anbefales at man ser nærmere på organisasjonsstrukturen i helseforetakene. Mange av førstelinjelederne har et stort kontrollspenn. Et stort kontrollspenn bidrar til at det er vanskeligere for førstelinjelederne å inngå i gode, trygge relasjoner med medarbeiderne. Ulempen med å endre organiseringen slik at kontrollspennet reduseres, er at det kan bli behov for flere ledernivåer, og dermed større spenninger i lederlinjen. Dersom man mener at endret organisering ikke vil gi bedre forutsetninger for førstelinjeledernes kommunikasjon med medarbeiderne, bør man diskutere om forventningene til hva førstelinjelederne skal rekke over må reduseres.

Det anbefales at førstelinjeledere i større grad sikres opplæring i tanken bak og hensikten med å utarbeide handlingsplan. De bør også få bedre opplæring i hvordan slike planer kan lages på en god måte. Gode handlingsplaner vil fremme kommunikasjon mellom leder og medarbeidere betydelig. Leder trenger mindre tid til oversettelsesarbeid, til å innhente informasjon, til å lese kildene og mindre tid til å klargjøre informasjon, siden det meste av dette allerede ville være nedfelt i den handlingsplanen leder og medarbeiderne har utarbeidet sammen.

Sist men ikke minst bør man anerkjenne krysspresset og den krevende situasjonen førstelinjelederne står i med støtte og strukturer som kan bidra til å opprettholde førstelinjeledernes lojalitet, troverdighet og arbeid med oversettelser.

Det finnes lite litteratur som direkte belyser førstelinjelederens kommunikasjon med sine medarbeidere. Denne undersøkelsen kan bidra til at førstelinjeledere får en bedre forståelse



av sin egen posisjon og situasjon, selv om det vil være aspekter som de ville ønske å få mer utfyllende informasjon om. Resultatene av denne undersøkelsen gir også noen indikasjoner som kan være interessante for ledelse og førstelinjeledere å undersøke nærmere. Noen av resultatene kan eventuelt gi innspill til diskusjon i miljøer som ønsker å utvikle kommunikasjonen mellom ulike nivåer i organisasjonen.



# Litteraturliste

- Brunsson, N. (1993). *The reforming organization*. (J. P. Olsen, Ed.). London: Routledge.
- Eriksen, E. O. (1999). *Kommunikativ ledelse : om verdier og styring i offentlig sektor*. (LOS-senteret & Rokkansenteret, Eds.) *Kommunikativt ledarskap*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Frich, J. C. (2016). Modeller for ledelse i sykehus. *Overlegen*, 3, 16–17.
- Goffee, R., & Jones, G. (2000). Why should anyone be led by you? *Harvard Business Review*, 78(5), 62–70, 198.
- Grimsgaard, C. (2016). yngreleger.no - Bør klinikerne lede i sykehusene? Retrieved from <https://yngreleger.no/artikkel/bør-klinikerne-lede-i-sykehusene>
- Haugland, K. (2010). Bidrar et lederutviklingsprogram for førstelinjeledere til opplevelse av trygghet i lederrollen? (H. Kristiansen & U. i O. D. medisinske fakultet, Eds.). Oslo: K. Haugland, H. Kristensen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Oppdragsdokument 2017 Helse Sør-Øst RHF*. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument\\_helse\\_sor-ost\\_rhf\\_2017.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_sor-ost_rhf_2017.pdf)
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2017, January 10). Sykehustalen 2017. Retrieved October 4, 2017, from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2017/id2526538/>
- Helse Sør-Øst. (n.d.). Retrieved May 21, 2016, from <http://www.helse-sorost.no/>
- Hippe, J. M., & Trygstad, S. C. (2012). *Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. Retrieved from [http://www.faf.no/media/com\\_netsukii/20284.pdf](http://www.faf.no/media/com_netsukii/20284.pdf)
- Indrebø, M. M., & Korsæth, A. (2013). Lede trygt og godt : Sykehuslederes arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. (J. Thorsvik, Ed.) (4. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (S. Brinkmann, T. M. Anderssen, & J. Rygge, Eds.) *Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing* (3. utg., 2). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lerum, S. V. (2016a). Hvilke utfordringer er det ved å forske på seg selv? In *Hvilke utfordringer er det ved å forske på seg selv?*
- Lerum, S. V. (2016b). Om intervjuing Hva slags kunnskap får vi om intervjuer ? In *Om intervjuing*.

- Magnussen, J., Vrangbæk, K., Martinussen, J., & Frich, J. (2016). *Mellom politikk og administrasjon. Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge*.
- Mahdi, S. K. (2016). Mål- og resultatstyring i offentlig psykisk helsevern for voksne: En casestudie av tre voksen-/allmennpsykiatriske poliklinikker.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management : inside our strange world of organizations*. New York: Free Press.
- Nordby, H. (2009). *Kommunikasjon og helseledelse*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Nordby, H. (2014). Kommunikasjon og helseledelse (pp. 35–46). Oslo: Akademika, cop. 2014.
- Nordby, H., & Botten, G. (2007). Kommunikasjon og helseledelse. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 127(8), 1080–1082.
- Oma, V., Leder, S., Børresen, H., Børsheim, E. L., Gården, T., Haffner, J., ... Hauge, H. N. (1997). *NOU 1997:2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/870fc08fede6426188a9373cdab88380/no/pdfa/nou199719970002000dddpdfa.pdf>
- Schumacher, A. (2012). *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*.
- Sørås, I. (2007). *Organisasjonsutvikling i sykehus : forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Oslo: Universitetsforl.

# Vedlegg / Appendiks

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Samtykkeskjema intervju

Vedlegg 3: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata

## Vedlegg 1:

### Intervjuguide

1. Bakgrunnsinformasjon
  - a. Alder
  - b. Utdanningsbakgrunn
  - c. Antall år ansatt som mellomleder
2. Mellomlederens plassering i organisasjonen
  - a. Hvor mange ledernivåer er det over deg i din organisasjon?
  - b. Hvor mange ledere har organisasjonen på ditt nivå/hvor stor er den ledergruppen du deltar i?
  - c. Hvor mange medarbeidere har du ansvar for?
    - i. Har alle disse samme stillingstype/utdanning?
    - ii. Er det ulike roller blant dine medarbeidere? Hvilke er det?
    - iii. Opplever du at all kommunikasjon fra dine overordnede til dine medarbeidere går gjennom deg?
3. Som mellomleder har du ansvar for å kommunisere med dine medarbeidere om en rekke forhold – Hvilke synes du selv er viktigst?
4. Fra foretakets ledelse er det forventet at du motiverer medarbeiderne i din enhet til å realisere foretakets overordnede mål – Hvordan gjør du det? Hvilke overordnede mål er det du må/vil kommunisere med dine medarbeidere om?
5. Er det f.eks. slik at dere har en handlingsplan for din enhet/seksjon eller DPS?
  - a. På hvilken måte er det den er laget? Har du vært med på å utarbeide denne?
  - b. Hva betyr den for ditt arbeid som leder?
    - i. Bruker du handlingsplanen aktivt eller ikke?
      1. Tenker du at det er bra eller ikke bra? – Hvorfor?
  - c. Hvordan relaterer du den til det dine medarbeidere skal gjøre?
  - d. Hvordan snakker du med medarbeiderne dine om det?
  - e. Bruker du andre kommunikasjonskanaler enn å snakke for å få det frem?
    - i. Direkte kommunikasjon
    - ii. En til en samtaler
    - iii. Felles møter
    - iv. E-post
    - v. Intranett
6. Hva tenker du hemmer eller fremmer kommunikasjon med ansatte om overordnede mål?
  - a. Hva ser du på som utfordringer?
  - b. Hva er det lett å få til?

Som du har merket, ønsker jeg å belyse mellomlederens erfaringer med kommunikasjon med sine medarbeidere. Jeg håper å samle erfaringer som kan bli nyttige for mellomledere. Ut i fra dette er det kanskje noe du har lyst til å føye til?

## Vedlegg 2:

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## «Ledelse helt ut» - en studie av mellomlederes opplevelse av kommunikasjon med ansatte om overordnede mål”

### Bakgrunn og formål

Det utarbeides mange overordnede planer og mål for virksomhetene, skrevet med et språk som ikke nødvendigvis samsvarer med det språk som beskriver klinikernes arbeid i hverdagen. Måloppnåelse og i hvilken grad virksomhetene klarer å følge opp dette, vil langt på vei være avhengige av hvordan ledere klarer å snakke med egne ansatte om disse målene på en slik måte at de oppleves som relevante og meningsfulle for klinikerne. Et sentralt tema er hvordan ledere går frem for å sikre at overordnede planer for virksomheten kommer frem til alle nivåer i organisasjonen.

Problemstillingen som undersøkes i dette prosjektet er: ”Hvilke erfaringer har ledere med å skape felles forståelse for organisasjonens mål helt til det kliniske og operative nivået?”

### Forankring

Dette prosjektet er en del av utdanningen Erfaringsbasert master i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo (UIO). Prosjektet er forankret ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Veileder er professor Jan Frich.

### Hvem kan delta?

Studien er rettet mot mellomledere i helseforetak og det er mellomledere som vil bli intervjuet. Jeg ønsker å snakke med ledere på arbeidssteder som ligner mitt eget arbeidssted mht organisering og arbeidsoppgaver. Dette vil være (allmennpsykiatriske) poliklinikker fra helseforetak (DPS) i det sentrale østlandsområdet.

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

Deltagelse i studien innebærer at du er villig til å stille på et intervju med ca. 60 minutters varighet. Intervjuene vil bli spilt inn med elektronisk opptaksutstyr. Det vil bli utarbeidet en intervjuguide som vil være retningsgivende for temaene i intervjuet. Spørsmålene vil i hovedsak omhandle dine erfaringer knyttet til kommunikasjon med egne ansatte.

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

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og vil lagres på forskningsserver TSD (Tjeneste for sensitive data) ved UiO. Det er kun veileder og undertegnede som vil ha tilgang til opplysninger om deg. Lydfilene vil nummereres etter en nøkkel som oppbevares adskilt fra filene slik at personopplysninger sikres.

Opplysninger om deg som informant og ditt arbeidssted vil anonymiseres for å unngå at du kan gjenkjennes. Resultatene vil presenteres i den ferdige masteroppgaven. Denne publiseres i Digitale utgivelser ved Universitetet i Oslo (DUO). Publisering i tidsskrift eller lignende vil bli vurdert i samråd med veileder ved avslutning av prosjektet. Undertegnede regner ikke med at det blir behov for å klausulere oppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes ved utgangen av 2017. Personopplysninger og lydfile vil da slettes.

## **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Håkon Sverre Lycke, telefon 924 04 322, eller veileder professor Jan C. Frich, telefon 480 57 813.

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

## **Samtykke til deltakelse i studien**



Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3:



Jan Frich  
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo  
Postboks 1130 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 12.06.2017

Vår ref: 54392 / 3 / IJJ

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.05.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>54392</i>	<i>Ledelse helt ut. En studie av mellomlederens opplevelse av kommunikasjon med ansatte om overordnede mål</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Jan Frich</i>
<i>Student</i>	<i>Håkon Sverre Lycke</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Ida Jansen Jondahl

Kontaktperson: Ida Jansen Jondahl tlf: 55 58 30 19

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS  
NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29  
NO-5007 Bergen, NORWAY

Tel: +47-55 58 21 17  
Faks: +47-55 58 96 50

[nsd@nsd.no](mailto:nsd@nsd.no)  
[www.nsd.no](http://www.nsd.no)

Org.nr. 985 321 884