

Spiller fagbakgrunn noen rolle for hvordan en avdelingsleder i sykehus utøver ledelse?

Egil Nordengen

MASTEROPPGAVE



Høst 2017

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Egil Nordengen

År 2017

Tittel: «Spiller fagbakgrunn noen rolle for hvordan en avdelingsleder i sykehus utøver ledelse?»

Forfatter: Egil Nordengen

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

Trykk: CopyCat, Lillestrøm

Sammendrag

Bakgrunn:

Utgangspunktet med denne studien er innføringen av enhetlig ledelse som ble lovfestet i 1999, og effektivt i 2001. Denne innføringen gjorde det mulig for andre yrkesgrupper enn leger å være avdelingsledere i sykehus. Etter dette er det flere sykepleiere ved eget sykehus (Akershus Universitetssykehus) som har denne rollen, der de leder andre faggrupper inkludert legene. Det ble etter innføringen av enhetlig ledelse ett voldsomt oppstyr der legene, og legeforeningen protesterte, mens sykepleierforbundet så på endringen som positiv og nødvendig. Protestene har blitt færre ettersom åra har gått, og det ser som det har gått seg til. Mine spørsmål går derfor på hvordan situasjonen er nå, og om det er forskjell på hvilken bakgrunn en avdelingsleder i sykehus har.

Tema/ Problemstilling:

Jeg har begrenset oppgaven til å gjelde for leger og sykepleiere, da de fleste avdelingslederstillinger i de kliniske enhetene oftest ledes av disse faggruppene. Temaet i oppgaven er å finne ut om sykepleiere og leger i avdelingslederrolle utøver ledelse forskjellig. Spiller fagbakgrunn noen rolle? På hvilken måte spiller det en rolle?

Metode:

I undersøkelsen har jeg benyttet meg av kvalitativ metode. Jeg har tilsammen intervjuet 8 leger og sykepleiere som enten har vært eller sitter i en avdelingslederstilling. Det er de som sitter med kunnskapen om hvordan hverdagen ser ut, og valget av respondenter falt derfor naturlig på disse.

Funn:

De fleste av legene og sykepleierne ble pekt ut av avtroppende leder, eller forespurt om å ta på seg lederoppgaven. Alle sykepleierne jobbet kun med ledelse, mens alle legene kombinerte ledelse med klinisk arbeid. Sykepleierne så på ledelse som sitt hovedfag, mens de fleste av legene hadde den kliniske biten som hovedfokus. Legene jobbet i klinikk fra 20-75%. Lederoppgavene utførte legene enten ved å jobbe mye eller delegere til andre. De delegerte

ofte til ledernivået under sitt eget. Utfordringen til sykepleierne var å lede legegruppen, legene på sin side hadde ikke samme oppfatning. Ledelse gjeldende sykepleiergruppen så ingen på som noe problem. Begge faggrupper opplevde autonomi i lederjobben. Legene opplever autoritet og respekt gjennom å være dyktige i eget fag. Sykepleierne føler de må bevise noe i disse stillingene, de bruker tid på å skape relasjoner og gode psykososiale forhold. Respekt oppnår begge faggrupper ved blant annet effektivisering av drift, og god økonomisk styring. Sykepleierne er avhengig av medisinsk faglige rådgivere, og ofte sier sykepleierne at relasjonene til disse er gode. Legelederne mener en lege helst burde inneha disse avdelingslederstillingene, men at det uansett kreves en med helsefaglig bakgrunn. Dette for å forstå hvordan avdelingen fungerer. Sykepleierne mener at fagbakgrunn spiller liten rolle. Både sykepleierne og legene beskriver at de trives i jobben som avdelingsledere.

Konklusjon:

Det spiller en rolle hvilken fagbakgrunn en avdelingsleder har i kliniske avdelinger ved Akershus Universitetssykehus! Forskjellen er at sykepleierne trenger en medisinsk faglig rådgiver ved faglige spørsmål. Legene tar disse avgjørelsene selv eller sparrer med en kollega. Med gode medisinsk faglige rådgivere kan allikevel nytten være den samme. Så lenge faglig dyktige avdelingsoverleger styrer de enkelte avdelinger ser det ut for at det er lettere for dem å få gjennomslag i organisasjonen, særlig blant egne kollegaer. Sykepleierne bruker all tid på ledelse og er nærme «den profesjonelle lederen» som har ledelse som hovedfokus, mens legene nærmer seg «faglederrollen» som har hovedfokus på klinikk. Det er lettere for legene å gå tilbake til klinikken grunnet faglig spisskompetanse. Sykepleierne kan også skifte stilling, men går da ofte til en annen lederjobb. Flere av sykepleierne har fått ledertilbud utenfor sykehuset, og det tyder på at deres lederkompetanse ses på som attraktiv av andre. En overgang til klinikken er mindre aktuelt grunnet deres generelle fagkompetanse som sykepleiere, og det økonomiske vil nok spille en rolle ved en slik overgang. En annen forskjell er at legene delegerer flere oppgaver enn sykepleierne, dette grunnet fokus på klinisk drift. Dette påvirker også legenes tilstedeværelse på møter og diverse samlinger. Dette kan resultere i at de sender stedfortreder eller at representant fra avdelingen uteblir. Ett resultat av dette er at omkamper kan oppstå når beslutninger blir tatt uten viktige deltakere tilstede. Beslutningsprosesser er avhengig av at nøkkelpersonell er tilstede når beslutninger skal tas. Legene ser helst at andre leger sitter i avdelingslederstillinger, men setter som minstekrav at personen har helsefaglig bakgrunn. Fordelen legene har ved å være mye i klinikk er at de ser

hvordan klinikken fungerer i praksis, de snakker ofte med folk på grasrota, og kan oppleve spenninger og andre driftsmessige forhold tidlig. Sykepleierne leder via nivåene under, og har liten tilstedeværelse i klinikk. Kommunikasjonen med ledernivåene under er derfor essensielt for å kunne vite hva som skjer på «grasrota». Reaksjonen på ansettelse av sykepleiere er mindre, men kommer det reaksjoner er det ofte fra legegruppen de er satt til å lede.

Forord

Jeg er i utgangspunktet sykepleier og utdannet meg deretter til operasjonssykepleier. Jobberfaring har jeg fra det private, forsvaret, og fra det offentlige. Mesteparten av denne tiden har jeg jobbet ved Akershus Universitetssykehus.

Jeg trives veldig godt i klinikken blant pasientene, men tilfeldigheter og nysgjerrighet har fått meg inn i ledelse. De første årene i ledelse på nivå 5, ett nivå som kombinerer ledelse og drift.

Etter at ledelseskarrieren var i gang har jeg undret meg over forskjellene på hvordan og hvorfor leger og sykepleier i avdelingslederstillinger utfører arbeidet forskjellig. Etersom jeg jobbet på operasjonsstua kunne jeg se legene som var avdelingsledere opererte og var tungt inne i klinikken, mens avdelingslederne som var sykepleiere var fraværende ute hos pasienten. Spørsmålene jeg og kolleger stilte var: Hvorfor er det sånn? Dette ble utgangspunktet for min oppgave.

Tilfeldighetene ville det også at under dette masterprosjektet ble jeg selv konstituert i en avdelingslederstilling. Dette gjorde arbeidet ekstra interessant.

Under arbeidet med masteroppgaven vil jeg rette en stor takk til Dag Olaf Torjesen som ga meg verdifulle tips om relevant litteratur, samt takke veileder Frode Veggeland for uvurderlig hjelp, samt hyggelige og konstruktive samtaler. Når jeg er i gang med å takke må jeg også takke egen familie som har holdt ut, og ikke minst yngste sønn Anders som har lånt ut rommet sitt, slik at jeg har kunnet arbeide i ro og fred.

Ellers har dette vært en spennende prosess som ikke hadde vært mulig å gjennomføre uten velvilje fra respondenter, samt tid gitt fra ledernivået over. Oppmuntring og hyggelige ord har kommet fra alle nivåer, og mange er spente på hva undersøkelsen vil vise.

Egil Nordengen

Innholdsfortegnelse

1	EMNEVALG OG TEMATISK FOKUS.....	1
1.1	Tema.....	1
1.2	Problemstillingen.....	1
1.3.1	Ledelse i utvikling.....	2
1.3.2	Historikk.....	3
1.3.3	New Public Management(NPM).....	4
1.4	Begrensninger/ Oppklaringer.....	5
2	TEORETISK TILNÆRMING.....	6
2.1	Teoretisk bakgrunn.....	6
2.2.1	Ulike ledelsesmodeller.....	11
2.2.2	Analyseramme: Faglig ledelse versus Profesjonell ledelse.....	13
3	METODE/ DATA.....	17
3.1	Forskningsdesign.....	17
3.2	Valg av metode.....	17
3.3.1	Valg av intervjumetode.....	18
3.3.2	Semistrukturerte intervjuer(dybdintervjuer).....	18
3.3.3	Dybdintervjuets struktur.....	19
3.4	Valg av respondenter.....	19
3.5	Intervjuguide.....	20
3.6	Gjennomføring av intervjuene.....	21
3.6.1	Forarbeid.....	21
3.6.2	Åpning/ Oppvarmingsspørsmål.....	21
3.6.3	Hovedfasen/ Refleksjonsspørsmål.....	22
3.6.4	Avrundingsfasen.....	22
3.7	Transkripsjon.....	23

3.8	Etikk.....	23
3.9	Transparens/ Refleksivitet/ Troverdige forskning.....	24
3.10	Analyseprosessen.....	24
4	PRESENTASJON AV FUNN.....	26
4.1	Akershus Universitetssykehus.....	26
4.2	Kategorier brukt for å studere Akershus Universitetssykehus.....	27
4.3.1	Presentasjon av funn med legelederne.....	28
4.3.2	Presentasjon av funn med sykepleielederne.....	34
4.4	Oppsummering av funn.....	39
5	KONKLUSJON/ OPPSUMMERING.....	45
5.1	Spiller fagbakgrunn noen rolle for hvordan en avdelingsleder i sykehus utøver ledelse?.....	48
6	IMPLIKASJONER AV STUDIEN.....	49

1. EMNEVALG OG TEMATISK FOKUS

1.1 Tema

Temaet for masteroppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere og leger utøver ledelse ved Akershus Universitetssykehus. Utgangspunktet var innføring av enhetlig ledelse som ble lovfestet i 1999. Denne loven ble effektivert i 2001, og den gjorde det mulig for andre yrkesgrupper enn leger å være ledere i sykehus. Denne innføringen møtte massiv motstand i begynnelsen, særlig fra legene. Lederen i legeföreningen Hans P Aarseth var krystallklar i Tidsskriftet for Den norske legeförening utgitt november i 2000 (1). Han mente at bare en lege kan lede en klinisk avdeling eller ansvarsenhet i sykehus. Dette på grunn av medisinsk faglig ansvar og kompetanse.

Bente G H Slaatten i Norsk Sykepleierforbund sa i samme artikkel det ikke er profesjonstilhörigheten, men lederegenskapene som bør avgjøre (1). I dette perspektivet sier hun at det er åpenbart at en kirurg som står og opererer hele dagen, umulig kan være en god avdelingsleder.

Profesjonskampen raste og diskusjonene var mange. Etter massiv motstand fra legesiden i begynnelsen, har temperaturen i debatten gått til ett lavere nivå. Har det gått seg til? Dette er ett av mange spørsmål som jeg ønsker svar på. Andre spørsmål er: Hvordan er gjennomslagskraften til sykepleiere i lederposisjoner, er de det samme som legene. Hvem bruker mest tid på ledelse? Er det mulig å kombinere klinisk arbeid med ledelse for begge faggrupper?

1.2 Problemstillingen

Problemstillingen i oppgaven er å finne ut om sykepleiere og leger i en avdelingslederrolle i sykehus utøver ledelse forskjellig. Spiller fagbakgrunn noen rolle, og på hvilken måte spiller det eventuelt en rolle?

Interessen min for ledelse har blitt større etter hvert som årene i klinikken som sykepleier ble flere. Jeg ser i klinikken at avdelingsledere med legebakgrunn tar vakter og er aktive på

operasjonsstua. De går i arbeidsantrekk, mens sykepleieledere ofte kan sees i sivile antrekk. Gir dette oss en pekepinn om forskjeller i utøvelse av ledelse?

Er det utfordringer/ forskjeller i å lede ulike faggrupper? Spiller faglig dyktighet en rolle, eller er det lederutdanning som er avgjørende for lederens gjennomslagskraft?

Mine antakelser på forhånd av oppgaven var at legelederne brukte mye tid i klinikken, mens sykepleieledere brukte det mesteparten av tiden på administrasjon og ledelse. Jeg antok at legene delegerte lederoppgaver, og at sykepleierne ble fjernere og fjernere fra klinikken. Stemmer dette? I så fall er dette ønsket? For å få svar på alle spørsmål, samt antakelser, intervjuet jeg ledere på nivå 3 (se definisjoner 1.5) med både lege og sykepleierbakgrunn. I tillegg til dette benyttet jeg litteratur om emnet skrevet av andre.

I denne oppgaven vil jeg se på hvordan lederrollen uttrykker seg forskjellig mellom leger og sykepleiere. Jeg vil vurdere funn fra innsamlede data opp mot ulike modeller for ledelse. De to modellene som trekkes fram er «faglederen» som bygger sitt lederskap på eget fagområde, og «den profesjonelle lederen» som har ledelsesfaget i fokus.

1.3.1 Ledelse i utvikling

Todelt ledelse ble innført i norske sykehus på 1980 tallet (2). En overlege og en oversykepleier styrte hver enkelte kliniske avdeling, og oppgavene til begge profesjoner var klart definerte. Overlegen hadde overordnet pasientansvar, oversykepleieren styrte pleiepersonell og administrative oppgaver.

Innføringen av enhetlig ledelse i 2001 skapte uro grunnet at det ikke lenger var den med høyest faglig rang som alltid skulle lede de ulike kliniske avdelinger. Nå skulle lederegenskapene telle mest (3). Dette åpnet opp for at andre faggrupper enn leger kunne innta lederposisjoner. I sykehus ble dette ofte sykepleiere. Disse sykepleierne benytter mye tid på administrasjon og ledelse (4), samt at de ser på ledelse som ett viktig steg i karrieren (5). Legelederne har på sin side beina godt plantet i klinikken. For dem gir en ledelsesposisjon ikke automatisk økt autoritet, makt eller mer i lønningsposen.

Hybridledelse dukket med reformen opp som et begrep. Hybridledelse kan betraktes som en blandingsrolle og en grenserolle mellom faglig og generell ledelse (6, s. 45). Dette ble

løsningen etter innføringen av enhetlig ledelse for legene. De kunne nå kombinere klinikk og ledelse, og veien tilbake til klinikken er kort hvis man ønsker seg tilbake. Hybridrollen begeistrer snarere enn avskrekker legene til å ta på seg lederansvar, da nærhet til klinikken opprettholder faglig status makt og autoritet (6).

1.3.2 Historikk

For å skjønne forskjellen på sykepleiere og leger i lederposisjoner tror jeg det er viktig å se på historien til utviklingen av sykehusvesenet i Norge det siste hundreåret for de to faggruppene. Professor Ole Berg har brukt ordet «medikrati» som en beskrivelse for hvordan sykehusene historisk sett har blitt drevet og styrt av legene (7). Sykehusene har fungert som medikratiske institusjoner som har vært upåvirket av ytre styring og kontroll.

Ved krigens slutt var strukturen til sykehusene i Norge tredelte: Kirurgi, indremedisin og røntgen var avdelingene, og hver enkelt av dem var ledet av en overlege (2). Legene var selvsikre i å lede på bakgrunn av profesjon og fagkunnskap. De var medikratiske institusjoner. Frem til 1970 årene ble de fleste sykehusavdelinger styrt av en overlege, mens en administrerende overlege styrte hvert enkelt sykehus.

En ekspanderende administrasjon vokste fram da fylkeskommunen tok over eierskapet i 1976 (2). Ytre styring økte, og den medisinske autonomien ble svakere på bakgrunn av dette. I årene som fulgte utviklet det seg et økt politisk og ytre press, som resulterte i at ledelse ble mer skilt fra klinikken. Legene dominerte fortsatt i klinikken, men dette var ikke lenger selvsagt innen administrasjon og ledelse.

Sykepleierne kom nå mere på banen og spilte en viktigere rolle innen ledelse (2). Først gjaldt det pleie og omsorgsledelse, etterhvert også innen profesjonaliserte ledelsesprofesjoner. På begynnelsen av 80 tallet ble todelt ledelse innført. Overlegen og oversykepleieren hadde avdelingsansvaret for administrasjon, budsjett og drift. Overlegen brukte mesteparten av tiden på pasientene, mens oversykepleieren hadde fokuset på pleiepersonalet, pleiefunksjoner og administrative oppgaver.

Da det ble lovfestet med enhetlig ledelse i 1999, innebar dette at sykehusene sto fritt til å velge blant ulike faggrupper når de skulle ansette ledere på ulike nivå. Andre enn legene

kunne nå konkurrere om kliniske lederstillinger i sykehus. Sykepleierne har etter dette kommet sterkt på banen og brukt ledelse som en strategi for å oppnå respekt, anerkjennelse, samt å frigjøre seg fra de medisinske hierarkier (2). Utviklingen av et selvstendig kunnskapsgrunnlag i sykepleien har her vært essensielt.

Reformbølger har også påvirket norsk sykehusdrift. En av disse reformbølgene er New Public management, og noe av denne bedriftsøkonomiske tankegangen har vært med på å påvirke ledelsesstrukturen i sykehusene. Ledelse som fag vektlegges, og den beste lederen skal lede. Lederen skal få større rom til selv å velge hvordan driften skal organiseres og drives (8). Lederen får økt press på kostnadseffektivitet, økt press på kostnadskutt, og i tillegg skal lederen inneha god budsjett disiplin.

1.3.3 New Public Management(NPM)

NPM brukes om en reformbølge som siden 1980 tallet har hatt som mål å effektivisere offentlig sektor ved hjelp av ulike styringsprinsipper fra privat sektor (8). NPM regnes som en motsats til byråkratisk eller selvstyrt ledelse. Med NPM menes reformer i offentlig sektor hvor indirekte kontroll og styringsformer tas i bruk. Et eksempel på dette er aktivitetsbasert finansiering. Her introduseres markedslignende arrangementer hvor pengene følger brukeren. Et annet eksempel er fritt brukervalg. Disse reformene som er tatt i bruk utfordret den tradisjonelle fagtenkingen, samt hvordan legene handler og posisjonerer seg innen ledelse (9).

Steineutvalget og deres rapport Pasienten først! (NOU 1997:2)(10) representerer et tidsskille gjeldende ledelse i norske sykehus. NPM basert ledelse ble her for alvor satt på dagsordenen. Denne rapporten ble også utgangspunktet for lovfesting av enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten i 1999. Det er også mye som tyder at utviklingen av hybridledelse er forårsaket av denne (9).

Kritikken av NPM har kommet fra statsvitere og jurister som mener at økonomiske organisasjoner som det private næringsliv er svært godt egnet til slik tenkning, da organisasjonens mål ofte er så enkel som det å tjene penger (8). Sykehus på sin side har ofte mål som er vanskelige å tallfeste, samt at disse målene ofte kan være flertydige. Dette kan igjen føre til målkonflikter og ett kontrollbyråkrati. Det tenkes her på at pasientene man får

mest utbytte av å behandle i forhold til DRG inntekter, ikke alltid er de samme som legene mener det er rett å prioritere.

Poenget er at NPM representerer et veiskille i utviklingen av offentlig sektor, der den profesjonelle lederen i større grad vektlegges. Dette kan også ha bidratt til å utfordre den tradisjonelle faglederen i helsesektoren.

1.4 Begrensninger/ Oppklaringer

Jeg har begrenset oppgaven til å gjelde ledere på nivå 3 (Avdelingsledere) i sykehus.

For å klargjøre nivået så er min forståelse av nivåene som følger:

Nivå 1: Toppledelsen, direktør, Nivå 2: Mellomledelsen, Nivå 3: Avdelingsledelsen, Nivå 4: Seksjons-enhetsledelse, Nivå 5: Eventuelle ytterligere nivåer (11).

Jeg begrenser oppgaven også til å gjelde kun to faggrupper: Leger og sykepleiere. Grunnen til dette er at det er flest med denne bakgrunnen som innehar disse avdelingslederstillingene.

Dette med hensyn til kliniske avdelinger ved eget og andre sykehus. Ved Akershus Universitetssykehus har dette nivået blitt kalt avdelingssjef, helt til dette ble endret før sommeren 2017. I min oppgave vil således henvisning til avdelingssjef være det samme som en avdelingsleder.

2 TEORETISK TILNÆRMING

2.1. Teoretisk bakgrunn

The professional organization skriver Henry Mintzberg om i boka Mintzberg on management (12). Hans tanker om profesjonelle organisasjoner er anerkjente og fortsatt meget aktuelle, og blir teoretisk utgangspunkt for oppgaven. Han skriver også om interne koalisjoner i organisasjonen som søker innflytelse (13, s. 32). Dette gir spenninger, og disse spenningene relaterer jeg til sykepleierne og legene som kjemper om de samme stillingene etter innføring av enhetlig ledelse.

I det profesjonelle byråkratiet er det fagpersonene som har makten og autoriteten (12). Dette skal sikre faglig forsvarlig arbeid, desentralisering av ansvar, og en raskere problemløsning. Dette grunnet en raskere saksbehandling av de styrende fagpersoner. Ett trekk ved sykehus er at de er preget av profesjonelt selvstyre og autonomi. I sykehusene er det fortsatt legene som har makta, grunnet den faglige autoriteten de har, og deres hovedansvar for pasientbehandlingen. Sykepleierne sin logikk er fortsatt knyttet til omsorg og pleie (6). Denne ujevne maktbalansen kan føre til spenninger mellom faggrupper, forskjellsbehandling, og mindre utnyttelse av realkompetanse. Denne faglige autoriteten drar fagpersoner som er blant annet er leger med seg inn i eget ledervirke.

Andrew Abbots definisjon på profesjoner sier noe om at fagkompetanse gir enkeltindivider en eksklusiv kompetanse i eget fag. Tenker med denne definisjonen spesielt på legegruppen, som har hovedansvar for pasientbehandlingen i sykehus. Andrew Abbot er kjent for å studere profesjoner og deres status:

«Professions are somewhat exklusive groups of individuals applying somewhat abstract knowledge to particular cases» (14, s. 318).

Mintzberg mener at sykehus kan defineres som fagbyråkratier (13, s. 86). Disse kjennetegnes ved at de er komplekse med hensyn til oppgaveutførelse og mål. Arbeidet i sykehus koordineres i produktkjernen av autonome profesjonelle på bakgrunn av ferdigheter. Sykehusledelse har alltid vært utfordrende og gjenstand for konflikter. Bakgrunnen er at i sykehus har fagbyråkratiet to ulike tradisjoner for ledelse. De som er fagledere som leder på bakgrunn av eget fag, og den profesjonelle lederen som har ledelse som fag (13).

Mintzbergs definisjon som leder er: (Manager): *“Someone who is « Vested with formal authority over an organizational unit”*(15, s. 15). Et klassisk syn på en leder er ifølge Mintzbergs en som planlegger, organiserer, koordinerer og kontrollerer (16).

Autoritet og makt er viktig i forhold til utøvelse av ledelse og gjennomslag, eksempelvis i ulike prosesser. *“The professional administrator maintain power only as long as the professionals perceive him or her to be serving their interests effectively”*(12, s.181).

Oppfylgning av krav fra fagmiljøene er viktig for autoritet og makt hos den enkelte leder, og et fokus på fagmiljøet og klinisk drift er viktig.

Framvekst av hybride ledere sier oss noe om at det er nye fokus og krav som kommer. Stadig nye politiske og økonomiske krav både i og utenfor sykehuset er en del av denne helheten. I et historisk perspektiv var det den mest faglig dyktige legen som ble pekt ut som leder (2), i våre dager skal han i tillegg ha gode lederegenskaper.

Når det gjelder sykepleierne, har akademisering og vitenskapeliggjøring av faget gjort samhandlingen og konkurransen om lederstillingene med legene enklere (6). Likevel er sykepleiere i lederstillingen helt avhengig av medisinske rådgivere, og den faglige autoriteten fås ofte gjennom disse rådgiverne.

Ivan Spehar har skrevet en doktoravhandling om legenes og sykepleiernes motivasjon og opplevelse av lederrollen, samt hvordan de ellers søker makt og innflytelse i en stor organisasjon (7). Avhandlingen er basert på tre artikler hvor Frich og Kjekshus er medforfattere.

Spehar med flere viser at enkelte leger i lederroller kan oppleve mere tilfredsstillelse i det kliniske arbeidet enn i arbeidet med ledelse (16, s. 3). Hovedfokuset blir derfor ofte i klinikken. Sykepleierne på sin side var ofte mer fornøyd med lederoppgavene, og synes det var en positiv forandring fra det å være i klinikken. Noen av de andre konklusjonene/ funnene i avhandlingen: Helsevesenet bør formalisere egne veier for klinikere som vil inn i ledelse. Kurs i ledelse burde i tillegg til generell ledelseskompetanse også fokusere på rolle og identitet. De må også anerkjenne tapsfølelsen som flere kjenner på i overgangen fra å være kliniker til leder (16, s. 46).

Tapsfølelsen grunnet mindre klinisk arbeid i lederrollen ser ut som er større for legene, siden de ofte er spesialister innen eget fagområdet. Dette fagområdet er ofte det de i tillegg er leder for. Sykepleierne innehar ofte en generell sykepleiekompetanse, og tapsfølelsen blir av den grunn mindre for dem: *“While nurses appear to be more positive towards engaging management, doctors have traditionally been reculant toward adopting managerial roles and responsibilities”* (17, s. 354).

Sykepleielederne oppfatter at legene får lettere gjennomslag for sine synspunkter i kraft av sin fagtilhørighet. Legene prøvde ofte å være en medisinsk rollemodell, mens sykepleierne ofte snakket om å være rollemodell generelt (15, s. 44).

Legene har ofte utfordringer med å kombinere lederrollen og det kliniske arbeidet. Legene understreket at klinisk arbeid er en mulighet til å få legitimitet og respekt fra medisinske kollegaer. Sykepleiernes overgang til lederstillinger er ofte enklere, og det ledelsesmessige aspektet er ofte hovedfokuset (15, s. 44).

Torjesen, Byrkjeflot og Kjekhus har sammen skrevet om ledelse i norske sykehus, og sett på studier om ledelse i sykehusene (18). Noen interessante momenter i denne artikkelen er: Andelen medisinerere som har hatt avdelingslederstillinger har holdt seg relativt stabilt: 40% i 2005 og 39% i 2009. Blant sykepleiere har det vært en nedgang fra 55 % i 2006 til 48% i 2009 (18, s. 95). De fleste av disse sykepleierne bruker mesteparten av tiden på lederoppgaver, mens medisinerne betraktes som deltidsledere. Det er kun 20% av legelederne som bruker mer enn 80% av tiden på ledelse. En så stor andel som 59% (totalt for alle typer sykehus, små og store) bruker mindre enn halvparten av tida på lederoppgaver.

Tidligere undersøkelser viser at 83 % av sykepleierne som er avdelingsledere har formell lederutdanning, mens andelen blant legene er ca 50% (18, s. 95). Mange av medisinerne har fra et historisk perspektiv sin ledelsesutdanning fra erfaringsbasert masterstudie i helseledelse ved UIO, mens sykepleierne ofte har sin fra de regionale høyskolene (18, s. 95).

Norske studier tyder på at legene har et mindre avklart forhold til ledelse enn sykepleierne (18, s. 97). De kombinerer ledelse med arbeid i klinikken. De betrakter ofte ledelse som noe midlertidig før de går tilbake til klinisk arbeid. Legene har ofte en lang spesialisering bak seg.

Karrieremuligheter knyttes til klinikk, og uten praksis forvirrer deres kjernekompetanse. Denne unike kompetansen er ofte ikke anvendbar andre steder. En ledelseskariere gir heller ikke sikkert statusfordeler eller økonomisk vinst eller bedre lønnsbetingelser enn spesialisering i klinikken. Ledelse gir legene mindre autonomi og handlingsrom, samt at man risikerer å miste respekten i fagmiljøet. Dette gjør lederstillingene mindre attraktive blant leger.

Blant sykepleierne derimot gir lederposisjoner lønsmessig bedre betingelser enn å jobbe i klinikken. Mens legene ofte betrakter ledelse som forlengelse av klinisk aktivitet, betrakter sykepleiere ledelse som eget fag, og er i større grad mer opptatt av organisasjonens resultater og mål (18, s. 99).

Avdelingsledere har etter hvert fått et mindre handlingsrom der budsjett og økonomi er viktige elementer. Fra et medisinsk faglig synspunkt er ledelse en mulighet til å påvirke egen autonomi og medisinsk faglig kvalitet (18).

I doktoravhandlingen multifaglig ledelse fra 2015, har Laila Nordstrand Berg sammen med Haldor Byrkjeflot skrevet artikkelen: Management in hospital's- career track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway. Her er det flere spennende funn:

I deres material fant de at alle sykepleieleidere på avdelingsnivå jobbet 100% som ledere (19, s. 277). I deres undersøkelse var utdanningsnivået innen ledelse for legene lav, mens sykepleierne har en til fire års lederutdanning.

I sykehus ser det også ut som organisering av arbeidet som avdelingsleder er forskjellig for leger og sykepleierne. For sykepleiere er det ikke et alternativ å jobbe klinisk (19, s. 277). Noen av respondentene i undersøkelsen er misunnelige på legene som har denne muligheten. I deres studie så det ikke ut til at det var pengene som var motivasjonen for sykepleierne. Sykepleierne hadde ofte en lang karriere som ledere ofte med inngang på de laveste nivåene. På et avdelingsnivå er derimot vinsten større, og på dette nivået kan økonomi spille en rolle.

I avdelingslederrollen kan sykepleierne oppleve ledelse som en karrierefelle, da faglige diskusjoner kan gå over hodet deres, og deres faglige argumenter sees på som mindre verdt (19, s. 281).

Legene i studiet ga uttrykk for at de likte lederjobben, og studiet tydet på at vi ser et lege «come-back» i interesse for ledelse (19, s. 278). Selv om det å være leder ikke har vært veldig attraktivt for legene, er det større aksept for dette nå enn få år etter innføring av enhetlig ledelse. Før var det sett på litt som en karrierefelle der klinikk hadde høyere status enn ledelse (19, s. 278). Grunnen til økt interesse for ledelse kan være for å bevare autoriteten til legeprofesjonen, og beskytte deres interesser. Legene har også begynt å ta personal- og budsjettansvar, og bruker mer tid på ledelse, og flere leger enn før ser på ledelse som en karrierevei. Det ser også ut som det er en større forståelse for at det må brukes mer tid på ledelse kontra klinikk.

Sykepleierne i undersøkelsen jobbet som nevnt fulltid som ledere, og de har ikke samme muligheter som leger i samme stilling, jeg tenker da på muligheten for klinisk arbeid. Sykepleierne i denne studien betraktet sykepleiebakgrunnen som minst like viktig som ledelsesbakgrunnen (19, s. 277).

Momentene i disse studiene er spennende i forhold til egen oppgave. Mange spørsmål dukker opp. Stemmer karakterestikker av leger i disse studiene? Eksempelvis: *“Medical doctors are commonly viewed as members of one of the most stereotypical professions, characterized by extensive autonomy, medical rationality, evidens-based treatment, natural science, knowledge and devotion to dutys”* (20, s. 194). Finner jeg det samme i min undersøkelse? Har legene klinisk arbeid ved siden av, og hvordan utøver sykepleierne på sin side ledelse? Er ledelse midlertidig, eller en valgt karrierevei? Spiller lønn, autonomi og fagtilhørighet samme rolle for leger og sykepleiere? Delegerer enkelte legeledere vekk administrasjon/ ledelsesoppgaver til andre, slik at todelt ledelse på en måte fortsatt består? Skjer dette selv om mandatet for enhetlig ledelse var en leder på hvert nivå, der den profesjonelle lederen skulle lede?

Etter en gjennomgang av relevant litteratur dukket flere spørsmål opp, og i teorien finnes det svar som gir meg antagelser om hvordan sykepleierne og legene utøver ledelse.

Mintzberg nevner at sykehus kan regnes som fagbyråkratier (13). I dette fagbyråkratiet finnes den profesjonelle lederen som har ledelse som fag, og faglederen som leder på bakgrunn av kliniske fag. I tidligere studier ser jeg at sykepleierne er lite i klinikk, de fokuserer på ledelse og har en medisiner som er fagansvarlig i egen avdeling. Deres autonomi baseres på ledelsesfaget, og de ser på seg selv som en generell rollemodell. De har også ofte en lederutdanning bak seg. Legene på sin side ser på seg selv som en medisinsk rollemodell, de er ofte hybride ledere som jobber mye i klinikk. Autonomien i lederrollen fås ofte gjennom det kliniske arbeidet, og det er i denne rollen de virker og trives aller best.

Mine antagelser utfra Mintzbergs teori, sammen med funn fra undersøkelser og studier utført av Sphehar, Torjesen, Berg, Kjekshus, Byrkjeflot og Frich med flere, er at sykepleierne nærmer seg den profesjonelle lederrollen, mens legene nærmer seg faglederrollen. Jeg vil se om denne antagelsen slår til i mine data, og eventuelt hvordan den slår til. Jeg vil videre redegjøre for ulike ledelsesmodeller før jeg presenterer de to idealmodellene jeg skal vurdere mine funn opp mot: Faglig ledelse versus profesjonell ledelse.

2.2.1 Ulike ledelsesmodeller

Tradisjonell ledelse: Her er lederen leder fordi det alltid har vært slik, eller fordi personens status sier han eller hun bør være det (21, s. 357). Lederskapet trenger ikke begrunnes på saklig vis, da det ikke diskuteres om det er bra eller ikke at denne personen er leder.

Opprinnelsen til idealet er i førdemokratiske samfunn der det ble tatt for gitt at enkelte var «født» som ledere. Eksempler på dette kan være konger eller kirkelige overhoder som skulle representere Guds tilstedeværelse på jorden.

Legmannsledelse: Begrunnelsen for dette lederskapet er at den aktuelle person framstår som den fremste blant likemenn (21, s. 359). I utgangspunktet kunne det dreie seg om at en gruppe tilhengere om en spesielt karismatisk person. Det ble ofte oppfattet at denne personen hadde overnaturlige evner eller hadde fått en gave fra guddommen eller forsynet. Etter hvert ble denne folketroen mindre utbredt og det ble lagt vekt på samhørighet, representativitet og personlig integritet. Sosial intelligens og talegaver var viktig. Opprinnelig bygde legmannsledelse på motsetningen mellom «leg» og «lærd».

Forhandlingsledelse: Prinsippet her er at grunn for utvelgelsen av denne lederen er å velge den som er den dyktigste til å fremme gruppens interesser i forhandlinger med andre (21, s. 360). Det handler om å ivareta gruppespesifikke interesse. Denne personen er en som bidrar til indre samling og mobilisering, og som evner å opptre strategisk ved konflikter.

Todelt ledelse: En todelt profesjonsbasert modell som ble praktisert i norske sykehus tidligere. Overlegen hadde ansvaret for pasienten og det pasientrelaterte. Oversykepleieren hadde ansvaret for pleiepersonellet, økonomi og det meste av det administrative arbeidet (2).

I utlandet praktiseres også todelt ledelse for tiden, men litt ulik den vi hadde her i landet. Denne modellen kan bestå av en med medisinsk faglig bakgrunn, og en med økonomisk-administrativ bakgrunn. Dette gjelder blant annet i ulike sykehus i USA, som Mayo-klinikken (11).

Team basert modell: Teamet består da av 3-4 personer med ulik faglig bakgrunn (11). Fagpersoner slike team kan bestå av: Leger, økonomer, personalledere, sykepleiere eller andre. Teamet står her samlet ansvarlig. (Dette i likhet med eksempelvis «matrix» modellen etablert i Geisinger Health System i USA). Fordelen med todelt og teambasert ledelse er at legen kan ha en avgrenset lederrolle med fokus på fag og pasient.

Enhetlig ledelse:

Bakgrunnen for enhetlig ledelse var Anderslandsutvalget som anbefalte innføring av fagnøytrale ledelsesformer i sykehusene (2, s. 284). Dette inspirert fra amerikanske storkonsern og deres tanker om ledelse. NPM er en del av dette. Lederegenskapene skulle telle mest, og ikke bare den som hadde høyest faglig rang skulle lede. Forslaget ble nedstemt men tråden ble tatt opp igjen med «Pasienten først» utvalget (NOU 1997:2) (10). Her nevnes det at ledelse ikke kun dreier seg om fag, men at det er behov for en ansvarlig leder ved hver enkelt enhet. I 1999 ble enhetlig ledelse lovfestet i den nye spesialisthelsetjenesteloven. Prinsippet ble at den som var best til å lede skulle lede, uansett fagbakgrunn (2).

Hybridledelse

Hybrid defineres stort sett av ulike fenomener som dannes ved at to eller flere ting som vanligvis opptrer separat, kombineres eller kobles. I helsevesenet er det blitt brukt for ulike reformer, hvor pasienten er i sentrum, og behandlingen er pakkeforløpsbetinget.

Hybridledelse i ulike studier er i hovedsak utøvd av leger hvor et perspektiv på ledelse kombineres med det kliniske, avledet av et økonomisk paradigme (6).

Sykepleiere i enhetlige lederstillinger på sin side er ikke oppfattet til å ha den faglige tyngden og den autoritets om kreves til å bekle hybride stillinger i de kliniske avdelingene (4).

Ledelse i sykehus handler om utvikling av relasjoner, kommunikasjon og samhandling mellom ulike aktører, for etablering av en posisjon hvor ulik form for autoritet kombineres.

Hybridledelse er således en mellomting mellom fagledelse og generell ledelse, eller en grense eller blandingsrolle mellom disse.

“The creation of this role should not replicate a copy of a general manager role. Nor should it been as purely liason role. Unlikely, clinical managers can potentially combine in-depth clinical knowledge and credibility with manager expertise.”(6, s. 35). I sykehus kan det defineres som en kombinasjon av en generell ledelseskomponent og en medisinsk faglig komponent uten å se et felles kriteriesett utover dette (6).

Jeg har nevnt ulike former og modeller for ledelse, en av de spenninger som er i mange av disse modellene er fag versus ledelse. I denne oppgaven skal hovedfokus nettopp være på faglederrollen (Faglig ledelse) og den profesjonelle lederen (Profesjonell ledelse). De er beskrevet i kapittel 2.2.2 Der stiller jeg også noen forventninger til lederrollen basert på modellene.

2.2.2 Analyseramme: Faglig ledelse versus Profesjonell ledelse

Dette er disse to ideallmodellene jeg skal vurdere mine data opp mot i min undersøkelse:

Faglig ledelse-Dette lederidealet består i at det er den kyndigste av de kyndige som skal lede (21, s. 359) Sånn som i byråkratiet stilles det en del formelle krav til utdanning og systematisk opplæring i fagets ferdigheter. Utvelgelsen skjer ofte gjennom en kollegial vurdering. Det er ikke fartstid, men den som er dyktigst i faget som skal lede. De faglige lederne appellerer til allmenninteresser, og påberoper seg allmenndanningen eller vitenskapen som legitimitetsbasis. Økt velferd og bedret produktivitet er målsettinger som har vært forbundet

med fagfolkenes dominans. Faglederne er avhengig av utviklingsoptimisme på vegne av faget, og det skal ikke være tvil om hva som er verdifull ekspertise. Etterhvert som kritiske spørsmål vedgående vitenskapens progressive og positive betydning har blitt stilt, rokket det ved faglederens legitimitet. Kravene om bedre prioritering av ressurser, og avveiningen mellom vitenskapelige og samfunnsmessige hensyn bidrar til å undergrave deres posisjoner (21).

Profesjonell ledelse- Er det nyeste og kanskje det mest aktuelle lederprinsippet (21, s. 360). Her skal man ikke lede etter grunnlag på substansiell kjennskap til virksomheter eller fag. Bakgrunnen er at blir man utpekt som leder kan man lede hva som helst. Bare de de lederne som er i stand til å demonstrere slik allmenn kompetanse får fornyet tillitt. Ettersom ledelse er et eget fag er det en forutsetning at man kun har sin lojalitet overfor de organisasjonsmessige og prosjektmål som er satt. Dette lederidealet øker sin betydning når organisasjoner blir viktigere, og når det stilles større krav til resultater og handlinger. Slike ledere legger mer vekt på å være responsive og tilpasningsdyktige til omgivelsene enn ivaretagelse av likebehandlingshensyn og rutiner. Dette gjør det lettere å bryte etablerte mønstre for arbeidsdeling og sosiale relasjoner (21).

Jeg vil nå se faglig ledelse og profesjonell ledelse opp mot hverandre. Jeg setter rollene opp mot ulike kategorier. Jeg vil da utfra kategoriene beskrive hva jeg forventer å finne under hver av rollene på bakgrunn av teori.

Kategoriene jeg ser rollene oppimot er: Motivasjon for å bli leder, faglig arbeid og ledelse, kompetanse, autonomi og hva som er meritterende. Grunnlaget for kategoriseringen begrunnes i kapitlet Metode/ Data.

«Faglig ledelse» versus «Profesjonell ledelse» (De to idealmodeller jeg vurderer data opp mot)

Motivasjon for å bli leder:

Hos faglederen vil motivasjon for å ta en lederstilling være og fortsatt ha hovedfokus på eget fag. Ekspertise i eget fag er det viktigste og ledelsesbiten vil komme sekundært til dette.

Den profesjonelle lederen vil ha hovedmotivasjonen i faget ledelse. Det er ledelse som er oppdraget og eventuelle profesjonstilknytninger vil ha en sekundær eller ingen påvirkning.

Faglig arbeid og ledelse:

Faglederen vil benytte det meste egen tid til egen profesjon eller fagområdet. Dette er prioritert da faglederen mener dette er det viktigste arbeidet i egen bedrift. Ledelsesoppgaver utføres, men blir oftest delegert til andre på andre ledernivå under sitt eget.

Den profesjonelle lederen på sin side vil ha sitt hovedfokus på ledelse, og bruke det meste, eller all tid på ledelsesfaget. Hovedkompetansen hos disse ligger ofte i ledelsesfaget.

Kompetanse:

Faglederen ser på eget fag eller egen profesjon som den viktigste kunnskapen i en lederstilling. Denne kunnskapen bærer bedriften, og kunnskapen om denne er essensiell for å kunne forstå sammenhenger, ta gode beslutninger, og sist men ikke minst lede bedriften. Den beste i faget er den beste til å lede.

Den profesjonelle lederen ser på ledelseskompetanse som det viktigste. Den dyktigste lederen skal lede. Fagkompetanse er sekundært, og utgangspunktet er at hvis du er en god leder med solid lederbakgrunn skal du kunne lede hvilken som helst bedrift, uten å ha noen forkunnskap om faget.

Autonomi:

Faglederen vil oppleve autonomi i eget fagområde. Beslutningene gjeldende fag er det kun de med kunnskap om faget som kan ta. Ingen direktiver fra andre rokker ved beslutninger tatt av ekspertene på faget. Når det gjelder ledelsesbiten gir denne mindre autonomi, og derfor delegeres mange av disse oppgavene bort til andre.

Den profesjonelle lederen finner autonomi i ledelsesfaget, det er dette faget man kjenner best, og har størst spillerom i.

Hva er meritterende:

For faglederen er dyktighet i faget nøkkelen til å vinne autoritet og respekt. Denne autoriteten og respekten gir gjennomslag i organisasjonen, og da særlig blant ansatte og ledere fra egen faggruppe.

Den profesjonelle lederen yter respekt gjennom å være en god leder. Ved å levere på ledelse vil organisasjonen se resultater, og dette gir mulighet for respekt, øke den enkeltes handlekraft, som igjen gir økt gjennomslagsevne.

Indikatorene på de to idealmodellene for ledelse (Fagledelse og Profesjonell ledelse), vil jeg bruke til å belyse mine funn fra Akershus Universitetssykehus.

3 METODE/ DATA

3.1 Forskningsdesign

Det finnes kvalitativ og kvantitativ tilnærming til ulike forskningsspørsmål. Den kvantitative metoden egner seg best ved opptelling av noe. Eksempelvis: Hvor mye? Hvor ofte? eller mer effektiv enn (22). Ved kartlegging av omfang, fordeling, effekt, eller si noe om samvariasjon er den kvantitative metoden løsningen.

Den kvalitative metoden benyttes når forskningsspørsmålet er: Hva betyr? Hva er? Eller hvordan er gangen i ulike prosesser (22). Målet med forskningen er forståelse, snarere enn en forklaring. Det letes etter kunnskap om hva noe består av, hvordan avgrense dette, hva kalles det, og hvordan forholdes det til noe annet. Denne tradisjonen støtter teorier fra sosial konstruksjonisme og postmodernisme, forskeren er en aktiv deltaker i en utvikling av kunnskap som aldri blir helt fullstendig, men handler mer om spørsmål enn de universelle sannheter (22).

Dette er en utfordring og ofte blir kvalitative metoder kritisert for akkurat dette. Men hvis man vil se på ulike trender, og få en forståelse for hverdagen, og hvordan kompliserte prosesser fungerer, er det en god metode til å få en forståelse av disse.

I medisinen er oppfatningen av at kvantitativ forskning er den beste metoden, og gjerne den eneste veien til medisinsk kunnskap (22). Fra forskere som bruker de kvalitative metodene er et vanlig utsagn om at kvantitative tilnærminger kan gi uinteressante resultater fra til tider perifere temaer.

Men metodene kan selvsagt benyttes sammen (22). Hvis vi vil ha kunnskap bak tallene, kan man etter en kvantitativ undersøkelse stille utdypende spørsmål i en kvalitativ undersøkelse. Dette kan forklare og utdype ett uklart kunnskapsfelt.

3.2 Valg av metode

Utfra egen problemstilling, har jeg valgt kvalitativ metode. Jeg ønsker å finne ut forskjellene på hvordan leger og sykepleiere oppfatter å inneha en nivå 3 stilling i eget sykehus. Hvordan opplever avdelingslederne hverdagen? Fungerer enhetlig ledelse i praksis? Dette vil jeg finne

ut ved å intervju avdelingsledere. Jeg intervjuet 5 sykepleiere som enten er i rollen eller har god kjennskap til rollen, og tre leger som sitter i rollen.

Utfra forskningsspørsmålet kunne jeg ha levert ett spørreskjema, med mange ulike spørsmål og ulike alternativer og sendt dette til mange av delingsledere. Jeg valgte imidlertid intervjuer for å gå i dybden på temaet og problemstillingen, og høre de enkeltes personlige erfaringer.

Kvalitative tilnæringer passer godt når man forsker på dynamiske prosesser som utvikling, samhandling, bevegelse og helhet (22, s. 29). De kvalitative metodene bygger på teorier om menneskenes egne erfaringer og deres fortolkninger. Disse omfattes av et spekter av strategier for en systematisk innsamling, tolkning og organisering av tekstlig materiale fra observasjon, samtale eller skriftlige kilder. Hvor målet er utforskning av meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomener, slik at det for de involverte selv, beskrives innenfor sin naturlige sammenheng.

3.3.1 Valg av intervju metode

Jeg har valgt i denne oppgaven å benytte meg av semistrukturerte intervjuer (dybdeintervjuer), da jeg mener dette gir meg de viktige og nødvendige svarene jeg kan forske videre på.

«Det kan imidlertid ikke understrekes tydelig nok at vi i slike intervjuer utelukkende fokuserer på forhold som er knyttet til informantens subjektivitet, eller informanten som subjekt» (23, s. 105) Intervjuene skal derfor brukes til å forstå sammenhenger utover disse som individer.

3.3.2 Semistrukturerte intervjuer (dybdeintervjuer)

Intervjuer som har individuelle individer som deltakere omtales som dybdeintervjuer, eller semistrukturerte intervjuer. Målet med disse intervjuene er i hovedsak å oppnå en fri samtale kretsende rundt spørsmål som er forutbestemt fra forskerens side (23).

Diskusjonen skal ikke foregå uten mål og mening, og det kan diskuteres etter hvor dypt det er ønskelig å komme. Dybden er avhengig av problemstillingen og relasjonen mellom deltakeren og forskeren. Det skal utarbeides en intervjuguide som påminner om hva vi ønsker data om (22). Som hovedregel kan man skal bruke dybdeintervjuer der man vil studere holdninger, meninger og erfaringer (23).

Det er akkurat disse meningene, holdningene og erfaringene jeg er ute etter i min oppgave. Jeg laget før intervjuene en intervjuguide som ett redskap for de kommende samtalene. Guiden er vedlagt i oppgaven.

3.3.3 Dybdeintervjuets struktur

I grove trekk kan dette intervjuet inndeles i tre faser:

Oppvarmings spørsmål: Enkle spørsmål om dagligliv, fritid, familie og lignende. Dette for å få samtalen i gang, samt å få skuldrene ned. Disse spørsmålene skal ikke kreve refleksjon, men skal være ufarlige og uformelle (23).

Refleksjonsspørsmålene: Disse danner kjernen i intervjuet. Viktigheten av en god intervjuguide er stor, samt at stikkord og oppfølgingsspørsmål er godt gjennomtenkt (23).

Avrundings spørsmål: Disse kan gjerne lede fokuset bort fra refleksjonen, og heller konkret gå inn på databehandling av intervjuene, og eventuelt tilbakemeldinger (23). Takknemlighet for intervjuet er viktig. Hvis det er en god stemning er det en god anledning til avtale eventuelle nye samtaler per telefon eller lignende ved behov.

3.4 Valg av respondenter

Mine respondenter ble valgt utfra et strategisk utvalg på bakgrunn av opplysninger fra en direktør i eget system. Han formidlet utvalget av avdelingsledere som befant seg i de ulike divisjoner. Jeg valgte tilfeldig utfra denne kunnskapen aktuelle respondenter, de jeg mente kunne gi meg best svar på eget forskningsspørsmål.

Først hadde jeg kun tenkt å intervju avdelingsledere med sykepleierbakgrunn. Ute i prosessen fant jeg ut at legene måtte med for å kunne svare ut egen problemstilling. Derfor intervjuet jeg først 5 sykepleiere og deretter 3 leger som kunne bidra til å få et balansert materiale.

Et strategisk utvalg er sammensatt utfra målsettingen at disse har størst potensial til å belyse problemstillingen (22).

Det ble også et spørsmål om tilgjengelighet. To respondenter var utilgjengelige, men jeg fikk tips fra disse om andre mulige deltakere i prosjektet. Dette viste seg å være verdifullt. Denne måten å finne fram til respondenter på minner om ett snøballutvalg. Der møter med enkeltpersoner automatisk generer helt nye alternativer (23, 24).

Jeg har valgt respondenter fra eget sykehus. Dette er en utfordring gjeldende blant annet anonymisering. Det er viktig å ha en viss forståelse for hva personopplysninger er, for å kunne avgjøre hva som skal til for at en personopplysning skal kunne regnes som anonymisert (25, s. 6). Jeg har i oppgaven lyst til å sjekke hvordan staa var ved eget hus, og da følte jeg det naturlig at respondentene kom herfra. Ellers er sykehuset stort og ved gode egenrutiner angående datamateriale, burde ikke anonymitet være ett problem. Likevel er det nødvendig å trå varsomt.

Når forskere møter datamateriale som stiller respondenten i dårlig lys, kan det være fristende å hevde forskningens frihet og formidle funn ufortrødent (22, s. 207). Vi handler da neppe i samsvar med informert samtykke. Dette gjelder også data som kunne gitt problemstillingen et ekstra løft. Dette må da legges til side, forskeren har ingen rett til å krenke den som har vist oss tillit i forskningens navn. Jeg har av denne grunn utelatt noen spenstige sitater som kunne avsløre identitet og arbeidsplass til enkelte av respondentene.

3.5 Intervjuguide

Jeg utarbeidet først en intervjuguide, som etter veiledning ble noe forandret. Jeg ble utfordret til å lage konkrete spørsmål som kunne belyse egen problemstilling. Etter mye jobbing ble jeg etter hvert fortrolig med egen guide og kunne også videreutvikle den ettersom jeg intervjuet de ulike respondentene. Dette førte til en friere samtale, og at oppfølgingsspørsmålene ble lettere å stille.

Alle intervjuere vil etter 2-3 intervjuer modnes med guiden, slik at den etter hvert sitter såpass under huden, at de er i stand til å frigjøre seg fra den i en stor grad (23).

Jeg ble etter hvert kjent med hva jeg synes ble det viktigste temaene i intervjuene. Strukturen ble ulik på intervjuene men jeg frigjorde meg fra guiden og fikk stilt de viktigste spørsmålene,

slik at de ønskelige momentene kom frem. Det må uansett sies at intervjuguiden ble ett nyttig redskap, eller en sjekklister, som var god å ha når jeg og respondenten pratet oss litt ut på viddene.

3.6 Gjennomføring av intervjuene

3.6.1 Forarbeid

Intervjuobjektene ble kontaktet per telefon. I samtalen informerte jeg om oppgaven, databehandlingen, og selvsagt om anonymisering. Problemstillingen falt i interesse hos respondentene og de fleste godtok deltakelse i prosjektet.

Etter dette ble tid og sted avtalt, og intervjuene kunne starte. I min studie hadde jeg først tenkt å booke et møterom på sykehuset, og ta intervjuene der. Dette ble det imidlertid vanskelig å gjennomføre med tanke på tilgjengelighet og tid. For respondentene passet det best at jeg oppsøkte deres kontorer og møterom. Da ble det slik. Dette passer også godt med det A Tjora sier om dette: *«For å legge til rette for en avslappet stemning er det vanlig å gjennomføre dybdeintervjuene der informanten kan føle seg trygg, gjerne på egen arbeidsplass. Det kan være greit å overlate til informantene å velge hvor intervjuet skal finne sted»* (23, s. 120). Intervjuene ble ellers lagt opp etter malen, som jeg synes var ett godt redskap i arbeidet.

Utfordringen med dette er at jeg visste og oppdaget at dette var en travel gruppe som jeg skulle intervju. Noen måtte avlyse, da en operasjon, poliklinikk eller viktige møter plutselig kom i veien. Jeg var da på hugget til fort å avtale nye møter. Alt i alt gikk dette rimelig greit, og innen en kalendermåned var intervjuene avtalt og gjennomført.

3.6.2 Åpning/ Oppvarmingsspørsmål

Etter å ha hilst satte vi oss ned, og jeg prøvde å skape en god atmosfære ved å tilby noe å drikke, samt litt å bite i. Beverting var ikke mulig alle ganger, da et par av intervjuene måtte tas på kort varsel, grunnet tilgjengelighet.

Jeg informerte etter dette om godkjenningen fra NSD (Vedlegg) og personvernombudet, og lot deltakerne få se på og underskrive samtykkeskjemaet (Vedlegg). Etter dette informerte jeg

om lydopptakene, med båndopptaker og mobil (Dobbelt opptak). Dobbelt opptak ble gjort for ikke å miste noe lydopptak grunnet teknisk feil, samt hindre andre feilkilder som kunne skade opptakene. Alle godtok dette.

Intervjuene ble åpnet med oppvarmingsspørsmål, for å skape tillit og en god atmosfære (23). Slike spørsmål kan dreie seg om familie, dagligliv, alder og temaer som krever lite refleksjon. Det kan være med på å skape en trygghet for intervjuobjektet.

3.6.3 Hovedfasen/Refleksjonsspørsmål

Her var formålet å finne kjernematerialet utfra egen problemstilling. Noen intervjuer gikk nærmest av seg selv da jeg refererte egen problemstilling. I disse tilfellene lot jeg respondenten fortelle fritt, og gløttet innimellom ned på guiden for å sjekke at alt ble dekket.

I andre intervjuer var det nødvendig med oppfølgingsspørsmål for å få fram essensen av innholdet. Disse intervjuene var mer krevende, og jeg oppfattet at jeg ofte gjentok meg selv, eller prøvde nye ord og vinklinger for å kunne svare ut egen problemstilling.

«Kunsten å stille oppfølgingsspørsmål kan ikke spesifiseres på forhånd, men krever en fleksibel oppfølging på stedet av intervjupersonens svar, med henblikk på intervjuundersøkelsens forskningsspørsmål» (26, s. 171). Oppfølgingsspørsmål ble jeg gradvis bedre på, og kunne etter hvert guiden så godt at intervjuene etter foregikk som en samtale. Etter å ha lest litteratur ble jeg også bedre på å ha litt is i magen, hvis det skulle bli stillhet. Respondenten kom ofte opp med noe mer utdypende etter en tenkepause, dette viste seg å bli mer belysende, enn at jeg stilte nye spørsmål (23).

3.6.4 Avrundingsfasen

Her er det viktig at fokuset tas bort fra refleksjonen, og situasjonen skal normaliseres mellom informant og intervjuer (23). Etter hvert som intervjuene gikk av seg selv, og hvor jeg følte at jeg hadde fått svarene på det essensielle, ble det naturlig å avslutte intervjuene. Jeg stilte alltid et siste spørsmål om det var noe vedkommende brenner inne med, eller noe som er viktig å få med. I to av intervjuene kom det essensiell informasjon i forbindelse med avslutningsspørsmålet. Etter dette ble det praktisk informasjon om leveringsfrister, og hvordan dataene skulle behandles i etterkant. Det er viktig å få en god avslutning, med god stemning, og at man selvsagt takker for intervjuet. Dette ble selvsagt gjort. Dette er også

viktig for at eventuelle uklarheter eller løse tråder da kan tas i ett nytt intervju seinere eller at dette blir oppklart per telefon.

3.7 Transkripsjon

I utgangspunktet hadde jeg tenkt å transkribere intervjuene selv. Dette utfra at det er en fordel i at man i en viss grad kan huske eller gjøre opp tanker om sosiale og emosjonelle aspekter ved intervjusituasjonen. Dette kan være nyttig i seinere tolkning (26). Jeg begynte arbeidet, men brukte ekstremt mye tid, og dette utløste en del frustrasjon, og etter nøye overveielser fant jeg ut at for meg ville ikke egen transkripsjon bedre analysen av innsamlede data. Isteden hørte jeg på lydopptakene flere ganger for at dette skulle hjelpe meg i den seinere databehandlingen. Løsningen ble å sette bort arbeidet til en dyktig sekretær. I de fleste intervjuundersøkelsene er det en vitenskapelig assistent eller en sekretær som blir satt til å transkribere opptakene (26). Underveis i prosessen hadde jeg god dialog med sekretæren, og jeg fikk transskripsjonene fortløpende etter ferdigstilling. Jeg kunne da sammenligne med lydopptak, og dette fungerte utmerket. Jeg kunne da også komme i gang på et tidligere tidspunkt, da minnet om intervjuene var tydeligere.

3.8 Etikk

I en forskningsprosess er etikk essensielt. Informasjon til respondenter er viktig, samt informere om konsekvenser ved deltakelse. Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser er noen sentrale begreper (23).

Informert samtykke er at forskningsdeltakeren informeres om studiens overordnede formål, samt om hovedtrekkene i designen. I tillegg informeres det om fordeler og eventuelle ulemper ved å delta i prosjektet (26).

Jeg har i oppgaven benyttet et skriftlig samtykkeskjema hvor malen er hentet fra NSD (Norsk senter for forskningsdata). Det ble sendt inn for godkjenning, og etter små justeringer kunne skjemaet tas i bruk. Det er viktig at respondentene deltar frivillig, og at de blir informert om at de når som helst i prosessen kan trekke dette samtykket. Konfidensialitet i forskningen refererer enighet mellom forsker og deltakeren om hva som de gitte dataene kan brukes til (26). I min oppgave vil navn og personer bli anonymisert. Forskingen er en utfordring ettersom jeg forsker ved eget hus. Ettersom jeg også benytter meg av sitater i denne oppgaven kan det være fare for at enkeltpersoner gjenkjennes via disse. Dette er tatt opp med deltakerne,

slik at de er klar over dette. Jeg har også understreket at det er mulig å trekke seg mens prosessen med ferdigstilling pågår.

Konsekvensene ved å utlevere seg i en kvalitativ oppgave kan både være negative og positive (26). Man kan utlevere enkelte sider av seg selv man gjerne ikke vil at skal komme på trykk i en oppgave. Samtidig kan deltakeren ha nyttige bidrag som kan være med å hjelpe andre i lignende situasjoner i etterkant. Fra ett nytteperspektiv bør summen av potensielle fordeler for deltakeren, samt betydningen av den oppnådde kunnskap veie tyngre enn risikoen for å skade deltakere, og dermed gjøre det berettiget å gjennomføre undersøkelsen. Det er selvsagt min oppgave og ansvar i arbeidet med denne oppgaven å reflektere over mulige konsekvenser den kan få for den enkelte respondent.

3.9 Transparens/ Refleksivitet/ Troverdige forskning

Ett av de viktigste kravene til presentasjon av forskning ifølge Tjora er transparens (23, s. 216). Han mener med dette at det kommer fram i oppgaven hvordan undersøkelsen er gjort, hvilke valg som er tatt, problemer som har oppstått og hva slags teorier som har blitt benyttet. Det er viktig at dette formidles i forskningsrapporten. Ved tolkning av kvalitative data, må det følge en form for refleksjon om hvordan denne tolkningen fremkommer. Bevissthet på hvordan man tolker er viktig da dette er påvirket av ulike ting. Eksempler på dette kan være egne kognitive, politiske og kulturelle muligheter og omgivelser. Forskning handler om å skaffe troverdige data, det vil si at godt begrunnede tolkninger, gjort ved systematiske analyser av empiriske data, generert ved ett nøye gjennomtenkt design (23). Dette er viktige argumenter, og min bakgrunn som sykepleier er viktig å nevne i et slikt henseende.

3.10 Analyseprosessen

Jeg startet analyseprosessen med å kode de transkriberte intervjuene fra legene og sykepleierne. Å opprette koder betyr å opprette ord og uttrykk som beskriver avsnitt, eller mindre utsnitt fra innhentet datamateriale. Målet er tekstnære koder, det vil si at kodene er utviklet fra tekstmaterialet (23). Nye koder kom til etter hvert som jeg gikk igjennom intervjuene, og jeg havnet på 32 koder totalt. Jobben videre var å kategorisere disse kodene i grupper som er relevant for egen problemstilling. Hovedregelen er at kategoriseringen vil være utgangspunktet for hovedtemaene i analysen, kategoriseringen strukturerer undersøkelsens resultatdel (23).

Det ble etter hvert mange kopier, gule pennestrøk over viktige sitater, samt at det var arbeidskrevende og hele tiden bla gjennom intervjuene for å finne sammenhenger, likheter og forskjeller. Jeg bestemte meg da for å se om det var god nytte i dataanalyseprogrammer. CAQDAS – computer-assisted qualitative data analysis software har de siste årene fått stor utbredelse blant forskere, og programmene bidrar til å bistå i systematiseringen av kodearbeidet. A Tjora tar det som en selvfølge at forskere som arbeider med kvalitativ analyse skaffer seg erfaring med disse programmene (23, s. 195). Det er akseptabelt å analysere uten, men en bevisst holdning til ikke bruk må da være tilstede. Kvalitativ forskning ifølge Tjora har all grunn til å utnytte potensialet til slike programmer.

Jeg installerte så et av disse anbefalte programmene å så da med en gang en stor gevinst. Etter dette begynte med å laste ned litteratur, samt de transkriberte intervjuene inn i programmet. Intervjuene kunne nå sammenlignes ved hjelp av koder eller stikkord. Det å bla fram og tilbake blant kopierte intervjuer ble unntaket, og tekstlinjene fra de ulike intervjuene kunne bearbeides via pc. Det geniale var også at programmet også behandler pdf filer fra relevant litteratur på samme måte, slik at dette lettet arbeidet betraktelig med hensyn til det teoretiske materialet. Stikkord og enkeltsitater kan legges som ett søk i dataprogrammet, dette genererer treff i de ulike dokumentene jeg har lagt inn i programmet. Å finne sidetall på sitater samt se etter sammenhenger i innmatet datamateriale er dermed mye enklere. I etterpåklokskapens tegn skulle benyttelsen av dette dataprogrammet (Maxqda) vært kommet inn som et verktøy fra begynnelsen i egen masterprosess. Dette hadde lettet arbeidet betraktelig.

Etter at kategoriseringen ble klar, var jobben videre å finne sitater som passet inn i egen kategorisering. Dette ble utgangspunktet for mine presentasjoner av funn. Dette er til tider vanskelig da noen sitater og kategorier kan ha interaksjoner med hverandre. Det ble lettere da jeg diskuterte hver enkelt kategori for seg, og synes dette gjorde veien videre lettere.

4 PRESENTASJON AV FUNN

4.1 Akershus Universitetssykehus

Innledningsvis vil jeg presentere sykehuset jeg skal studere. Grunnen til dette er for å belyse hvordan situasjonen på sykehuset var for kun få år siden, samt å se om dette samsvarer med min undersøkelse noen år seinere.

Akershus Universitetssykehus er organisert etter en divisjonsstruktur (27). Toppledelsen er nivå 1, de 8 ulike divisjonsdirektører utgjør mellomledelsen nivå 2, sammen med leder for universitetsfunksjonen. Avdelingslederne som leder de ulike kliniske avdelinger er nivå 3, og seksjonslederne utgjør nivå 4.

Enhetlig ledelse er blitt innført på ulike tidspunkt. Dette kan tyde på at det ikke har vært utarbeidet en felles forståelse for hva enhetlig ledelse skulle innebære for sykehusledelsen (28, s. 30). Det er heller ikke utviklet en felles strategi for hvordan oppgradere lederfunksjonen i sykehuset gjennom enhetlig ledelse. Det kan se ut som innføringen av enhetlig ledelse var et administrativt grep, noe som kan ha bidratt til at avdelingene stort sett blir drevet på samme måte som før enhetlig ledelse ble innført. Dette hvis man ser bort ifra at lederansvaret ble plassert hos en leder. Lippestad, Harsvik og Kjekshus konkluderte dette i oppsummeringen av et følgeprosjekt ved Akershus Universitetssykehus i perioden 2006-2010 (28).

Et av funnene fra dette prosjektet var at avdelingsledere som var leger brukte mye tid i klinikken, og relativt mindre av tiden på ledelse. Dette var imidlertid ulikt mellom legene. Det var bekymring blant informantene over liten interesse blant legene for ledelse (28, s. 30).

Fordelingen av ansvar og myndighet ble problematisert i sykehuset etter innføring av enhetlig ledelse (28). Det ble presisert også blant avdelingslederne at de hadde samme oppgavene og ansvaret som før. Men muligheten til å beslutte, iverksette prosesser, eller bestemme, hadde de ikke uten å konferere med nivå over. Dette var en ny utfordring som kom etter innføringen av enhetlig ledelse. Sykehuset gis ellers ros for at man opplevde at sykehuset hadde en klarere ansvarsstruktur etter innføringen av enhetlig ledelse.

I min oppgave skal jeg studere hvordan avdelingsledere i kliniske avdelinger ved Akershus Universitetssykehus på nivå 3 utøver ledelse. Er det forskjell fra noen år tilbake, eller er situasjonen stort sett den samme? Jeg skal se på sykepleiere og leger som innehar denne rollen.

4.2 Kategorier brukt for å studere ledelse ved Akershus

Universitetssykehus

I den videre presentasjonen av funn vil jeg fokusere på kategoriene som jeg kom fram til etter å ha jobbet med i utgangspunktet 32 koder i analysen av oppgaven. Hovedkategoriene som jeg etter hvert kom fram til og vil se intervjuene og sitatene på bakgrunn av er:

-Motivasjon for å bli leder

Det interessante her er om man er genuint interessert i ledelse, eller ser man det som en plikt å ta lederoppdraget. Jeg vil se på om det er spesielle grunner for at man valgte ledelse, eller om det var en tilfeldig vei inn.

-Faglig arbeid versus ledelse

Her vil jeg se om hva man som leder bruker tiden på. Bruker man tid på ledelse eller klinikk, eller begge deler. Uansett hva man velger er det noe man må velge bort. Bruker man mye tid på ledelse, kan man da få gode opplysninger og viten hva som skjer på grasrota? På den andre side hvis man bruker mye tid i klinikken, velger man da bort noe, eller hvordan organiserer man seg i slike tilfelle?

-Syn på kompetanse

Her ser jeg etter om man har hovedfokus på fag eller ledelse. Hva er viktig for den enkelte avdelingsleder? Hvilken kompetanse setter man høyest og hva blir gjort hvis kompetanse mangler på enkelte områder.

-Syn på autonomi

Jeg vil gjerne finne ut om det er forskjeller på følelsen av autonomi blant leger og sykepleierne. Hvem føler seg mest fri i jobben, og hvem føler at man kan styre det meste av hverdagen på egne premisser?

-Syn på hva som er meritterende

Jeg vil finne ut hva som betyr mest for den enkelte leder, hva gir tilfredsstillelse og hyllest fra grasrota eller nivåene over?

På bakgrunn de to idealmodellene presentert under 2.2.2 forventer jeg å finne følgende:

Sykepleiernes fokus på ledelse er stor. De har egen interesse for ledelse, og er lite i klinikk. Dette gjør at de vil bruke det meste av egen tid til ledelse. De er tilfredse med lederoppgaver og ser dette på fin variasjon fra klinisk arbeid (16). De er generelle rollemodeller (15). Ofte en lett overgang til ledelse, og de har en god lederutdanning. Sykepleielederne opplever ledelse som eget fag (18). De oppfatter det også som vanskelig å kombinere ledelse og klinikk, og kan synes dette som urettferdig (19).

Legelederne på sin side har ofte faget som hovedfokus, og er ofte hybridledere som kombinerer ledelse med klinikk. De mest tilfreds med klinisk arbeid, derfor er hovedfokuset på dette (16). De er medisinske rollemodeller (15). Legene har et mindre avklart forhold til ledelse, halvparten har lederutdanning, og de oppfatter ofte ledelse som en midlertidig geskjeft (18). Legene oppfatter ledelse som forlengelse av klinisk aktivitet. Men det er en større interesse for ledelse for legene nå, enn rett etter reformen (19).

4.3.1 Presentasjon av funn fra intervjuene med legelederne (Sitater)

Jeg har nummerert legene fra L1-L3,

Funn med tanke på motivasjon for å bli leder:

Inngangen til ledelse for legene viser seg ofte å være litt tilfeldig. To nevner dette som hovedgrunnen for at de tok en lederstilling:

L1: «Nei, det var litt tilfeldig, og litt for at ingen andre ville, og fordi alle andre pekte på meg, og han som var sjef hos oss før pensjonerte seg i år xxx, og da var det egentlig ingen andre som hadde lyst, av de som var her. Så ble vi kalt inn hele gjengen, hvor vi fikk beskjed om at noen måtte gjøre det, så pekte alle på meg og sa at da må du gjøre det».

L3: «Det var vel sånn i utgangspunktet tilfeldigheter, kanskje. X avdeling skulle ha en ny avdelingssjef. Så ble jeg forespurt om jeg kunne tenke meg å søke på den. Ledelse for meg betyr ganske mange forskjellige ting. Det betyr å kunne få lov til å påvirke, kunne få lov til å

bestemme hvordan vi kan endre oss, for vi endrer oss hele tiden inn i framtiden. Og så betyr det at man gjør en ekstra innsats. Det har vært en drivkraft». Disse lederne har blitt pekt på, eller forespurt grunnet egnethet og god faglig kompetanse. Det er mer på grunn av fagkompetanse enn indre motivasjon for ledelse, som har ført disse inn i lederfaget.

En annen hadde tidlig fattet interesse for ledelse, ved å ha fått ansvaret for assistentlegene tidligere i sin karriere: *L2: «Og så fikk jeg ansvaret for assistentlegene, og trivdes med den kombinasjonen av faglige oppgaver og administrasjon og ledelse. Så det var vel det som startet det hele».* Denne respondenten viste tidlig interesse for ledelsesfaget. Dette ga motivasjon og inspirasjon til å fortsette lederkarrieren.

Framtidig motivasjon for ledelse var tilstede hos de fleste, men en nevner særlig at lederjobben er et midlertidig prosjekt, og at målet er å ende opp i klinikken om noen år: *L3: «Jeg er ikke så sikker på at jeg er her i 5 år til. Jeg tenker at det er viktig at det er utskifting i en sånn type stilling, at det trengs rotasjon. Og så har det noe med hva jeg egentlig er utdannet til. Skal jeg holde på veldig mye lenger i forhold til min spesialitet, så begynner det å gå utover kunnskapene mine. Det å være kirurg og lege er det jeg er utdannet til, og det er det som kanskje er det mest meningsfulle å gjøre».* Respondenten nevner her at hovedfokuset er på fag, og det er det arbeidet som er det mest meningsfylt å utføre. Når det gjelder lederutdanning har de fleste dette: *L2: «Jeg har gått på lederutdanningen til lederforeningen, jeg har tatt noen emner på BI, og sykehusets lederutdanning».* De andre nevner også sykehusets topplederprogram (29), samt at en har Universitetsutdanning i ledelse.

Inntrykket fra intervjuene er at flertallet av legene i liten grad er drevet av genuin interesse for ledelse, men i større grad følger trekk ved faglederrollen som at det er en plikt, eller en konsekvens av tilfeldigheter som førte dem inn i lederrollen. En av legene fattet imidlertid tidlig interesse for ledelse, og sier at interessen og fokuset på ledelse er vedvarende. Dette er utsagn som passer opp mot den profesjonelle lederrollen.

Funn med hensyn til faglig arbeid og ledelse:

Alle legelederne er deltakende i klinisk drift alt fra 20-75 %. Dette viser de tre underliggende sitater:

L3: «Ja, si at jeg kanskje er 40% direkte operatør, men jeg jobber veldig mye mer med drift enn bare å være operatør selv. Mekanismer i forhold til drift, samarbeide med dere, følge med

på programmer, at alt går gjennom som skal gå gjennom. Det tar en stor del av min arbeidstid. Så hvis du definerer drift litt mer enn at jeg bare selv er operatør, men at det er mye mer som er drift, så er det kanskje 60% drift og 40% ledelse».

L2: «Tidligere når jeg hadde veldig mye klinikk, da brukte jeg mye tid på fritiden. Nå klarer jeg nok mer å gjøre tingene innenfor arbeidstiden. Bruker en del på fritiden også. Jeg pleier å si at jeg ser på mellom 5 og 10 pasienter hver dag, men jeg bruker kanskje bare et par minutter på de, for det er andre leger som gjør alle de andre oppgavene. De siste årene har det blitt mer og mer ledelse, sånn 70-80% ledelse, og 20-30% eget fag».

L1: «Gjeldende stillingsfordeling ledelse/klinikk: Det vet jeg aldri, for jeg gjør masse administrativt innimellom. Sånn som nå mens jeg snakket med de oppe og sånn, så er jeg innom mailen, så jeg gjør sånt innimellom klinikk, men kanskje 75% klinikk og 25% ledelse».

De fleste bruker altså en betydelig del av egen tid til klinisk drift. Ledervirket kompenseres ved enten overtidsarbeid, eller at de ved «god planlegging» klarer dette innenfor arbeidstiden. Dette er også meget erfarne overleger som har drevet avdelinger i flere år. Noen nevner at det kliniske arbeidet har blitt mindre med årene, ettersom egen drift har blitt betydelig spesialisert. Grunnet dette kreves det mye for å holde seg oppdatert på alt. De har da fokusert på egne spesialområder, og vedlikeholdt fokuset her.

Flertallet av legene bruker godt over 50% av arbeidstiden i klinisk drift, de har hovedfokuset på eget fagområdet og anser dette som det viktigste. Dette er trekk som stemmer opp mot faglederrollen. En av legene bruker imidlertid nesten 80% av tida på ledelse, og 20% i klinikken. Dette er en prioritering og ressursbruk på ledelse som er lik trekk fra den profesjonelle lederrollen.

Funn med syn på kompetanse:

Legene er tydelige på at fagkunnskap er viktig i en kunnskapsbedrift: *L1: «Det å ha fagbakgrunn og fagkunnskap er viktig når du skal lede en kunnskapsbedrift, avdeling i et sykehus. Jeg tror ikke at ledelse som fag er sånn at man kan lede hva som helst, bare man kan ledelse. Det tror jeg ikke noe på».* Her kommer det fram at man ikke tror at man kan lede hva som helst bare basert på ledelsesfaget. Dette grunnet at fagkompetanse gir god innsikt i egen bedrift, og dette er nødvendig i en avdelingslederstilling: *L1: «Nei, fordi at når jeg sitter som avdelingsjef som doktor, så har jeg en meget god innsikt i hele bedriften vår, og jeg tror at*

det å lede en sånn bedrift, så må du ha kunnskap, og du må ha innsikt, så må du selvfølgelig ha gjennomføringskraft selvfølgelig, og som jeg har sagt så mange ganger: Den som skal være avdelingssjef, trenger nødvendigvis ikke å være best i det faget vi snakker om, men han skal være rimelig god. Du skal ikke støtte deg på å ha fagansvarlig for å kunne lede, synes jeg da». Her kommer det fram at man bør kunne lede uten en fagansvarlig. Det begrunner påstanden om at i kliniske avdelinger bør en leder være lege. Dette grunnet fagkompetanse, og at profesjoner ikke vil bli styrt av andre: L1: «Det er ingen som egentlig har lyst til å bli styrt av andre. Det er jo en iboende egenskap i oss alle det. Av og til så må du inn å styre og sette en standard, og detdu må være fast i klypa for å gjøre det. Jeg skal ikke påstå at du må være lege, men du må i alle fall være ganske fast i klypa. Og hvis du ikke er det, så kan du lett bli vippet ut av senga». På slutten hevdes det også at det mulig at andre kan lede, men at da må vedkommende ha autoritet, ellers er det lett å vippes av pinnen.

Å gå vakter nevnes å gi betydelig innsikt og kjennskap til drift og egen klinikk: L1: «Dette vet jeg siden jeg er så mye ute i drift og er med. Blant annet så har jeg valgt å gå vakt, det er for å ha mest mulig innsikt og kontroll, og kunnskap/ kjennskap til de andre som jobber i systemet, altså sekundærvakter, sentraloperasjon, alt personell. Klart du får mye mer kontakt med folk hvis du er på jobb». Tilstedeværelse nevnes som essensielt for å ha en god oversikt og en god kontroll.

Innspill fra en annen lege sier også at man nødvendigvis ikke bør være lege for å være avdelingsleder, men utgangspunkt i kun ledelseskunnskap ikke er et godt alternativ. (Dette er også nevnt tidligere): L2: «Og så når du kommer til avdelingssjef, så har du jo mange yrkesgrupper under deg, og jeg har vel alltid tenkt sånn at du må nødvendigvis ikke være lege for å være avdelingssjef. Men jeg tenker at du må ha en helsefaglig bakgrunn. Jeg kan ikke se at vi kunne klart oss med en leder som bare hadde lederutdannelse, og ikke noe helsefaglig bakgrunn». Respondenten nevner også at det i kliniske avdelinger er en fordel med en lege som leder: L2: «Det er det området hvor jeg fortsatt tror at det er en fordel at det er en lege som er avdelingssjef er i de kliniske avdelingene. Det skjer mye hele tiden, og jeg skal ikke si det er nødvendig at det er en lege som er sjef, men jeg tror det er en fordel. Du skjønner med en gang mye lettere hva det dreier seg om, plutselig når det kommer noe helt nye operasjonsmetoder, eller nye diagnostiske muligheter. Skal man satse på dette? Hva koster det i forhold til gevinsten, og sånne ting. Der tenker jeg at leger har en fordel fremfor andre».

Respondenten mener det er en stor fordel å være lege med hensyn til nye operasjons- og diagnostiske metoder.

Andre sitater som argumenterer i retning av at en lege bør være avdelingsleder: L3: «*MÅ ikke, men det er en stor fordel, så sant man ikke har ekstremt gode lederegenskaper. At man på en måte er veldig naturlig.....noen mennesker er veldig naturlig til å være ledere i alle mulig forskjellige sammenhenger, i det sosiale eller et eller annet, som gjør at man blir hørt på. Men sånn generelt sett tror jeg det er veldig viktig at de som leder legene er av samme profesjon*». L3: «*Jeg støtter meg også i den lederstillingen også, i forhold til at jeg reflekterer og tenker på hvordan man best mulig kan lede en så stor gruppe, men det er veldig viktig at man kjenner og kan sitt fag. Med de man skal lede i samme fag*».

Legene mener fagkunnskap er den viktigste ressurs til å drive en klinisk enhet. Dette gir autoritet og respekt blant de ansatte. Denne kunnskapen er bærende for driften.

Helsebakgrunn er uansett påkrevd i en slik stilling. Funnene viser tydelig at legene setter fagkompetanse høyt, og vurderer dette som viktigst for å kunne være en dyktig avdelingsleder. Dette de uttrykker her er trekk som gjenkjennes i faglederrollen.

Funn med syn på autonomi:

Legene ser på egen faggruppe som mer autonome enn sykepleierne i utgangspunktet: L3: «*Ja. Jeg tror sykepleierne som gruppe ønsker å ha en leder, legene ønsker å lede seg selv. De ønsker i mye mindre grad å ha en leder. De er mye mer autonome, og arbeidsdagen er mer styrt av dem selv også. Men det er en høykompetent gruppe som ikke er lett å lede, det er ofte at de som har en annen profesjon som prøver å lede en legegruppe, trekker seg etter hvert. Fordi det blir for komplisert eller for tøft. Man har ikke den faglige tyngden, og da blir man ikke hørt på*». Respondenten ser at ledere med annen bakgrunn enn lege har det tøft, og blir ofte ikke hørt i legegruppen de er satt til å lede. Respondenten utdyper videre: L3: «*Leger er nok tradisjonelt mer selvstendig i arbeidet. De tenker at de har et mer personlig ansvar for arbeidet, mens sykepleierne er mer kollektivt innrettet...»VI» har et ansvar. Det går nok på at legene er spesialister, og de har et personlig ansvar for det de gjør*». Her peker respondenten på at legene er mer spesialister i faget og sykepleierne er mer generalister.

Legene føler de kan styre egen hverdag, grunnet at de har ett fag som er mer variert og mindre definert enn sykepleierne. Jeg referer tre sitater som sier noe om dette:

L3: «Angående styring av egen arbeidshverdag: Nei den kan jeg styre mye selv, men jeg har valgt å jobbe mye».

L1: «Sykepleiejobbene her inne er jo veldig definert i utgangspunktet. For legene er den mye mer variabel med masse arbeidsstasjoner og ting som skjer».

L1: «Angående styring av egen arbeidshverdag: Ja det er jo litt sånn utenforstående ting som kommer i tillegg både fra divisjonen og som vi må igjennom, men i stor grad så styrer jeg hverdagen selv ja».

Funn fra sitatene viser at legene ser på legeyrket som ett yrke med større autonomi enn sykepleiefaget, dette grunnet et stort ansvar og en krevende behandlerrolle. Sykepleierne ses på som mer kollektivt innrettet. Sitatene tyder på at de tar med seg dette inn i lederyrket, og når autonomi nevnes er dette mest knyttet opp mot det kliniske arbeidet. Dette er trekk som passer opp mot faglederrollen.

Presentasjon av funn med tanke på syn på hva som er meritterende:

Det påpekes at det er viktig å være sjef i egen avdeling, samt å drifte avdelingen godt: L1: «Men det viktigste for en avdelingssjef, det er å være sjef i egen avdeling. Og så er du en del av et lederteam i ... divisjon, ja, men man må ikke glemme at man er avdelingssjef. Derfor må jeg drive min butikk mest mulig».

Det nevnes også at det du utfører skal være nyttig for pasienten, og de ansatte. Dette slik at de opplever en fornuftig og meningsfull hverdag. Økonomi og kvalitet er viktig, og har du alle disse ingrediensene, har du en avdeling som fungerer. Dette refererer de to siste sitatene til:

L2: «Det du gjør skal være til nytte for pasientene, det skal om ikke være bra for de ansatte, så skal du ha de ansatte med deg, og så skal du alltid ha et øye på økonomien, at det er riktig å gjøre økonomisk. Så det blir litt sånn at det er det som blir lederprinsippet, kan du si».

L3: «Det jeg tenker er det viktigste jeg driver med er at når jeg kommer på jobb, er at alle får en fornuftig arbeidsdag. At alle legene får gjort det de skal gjøre den dagen. At det legges til rette for å løse problemer som gjør at man får gjort jobben sin. Det tenker jeg er den aller viktigste jobben min. Så er det alt det med drift, og alt det med pasientene. At det vi driver med er god nok kvalitet, og alt det der».

God og effektiv drift er meritterende hos legene. Økonomi og en problemfri hverdag for de ansatte nevnes også. Inntrykket fra intervjuene er at legene opptatt av økonomi og budsjett. En planlagt og effektiv drift med lite strykninger er målet. Dette er trekk som passer opp mot den profesjonelle lederrollen. Samtidig nevner de at det er viktig å være «sjef» i egen avdeling. For å være sjef trengs respekt og autoritet. Dette skaffer legene seg ved å ha en stor fagkompetanse. Dette er trekk som kan gjenkjennes i faglederrollen.

4.3.2 Presentasjon av funn fra intervjuene med sykepleielederne (sitater)

Jeg har nummerert sykepleierne fra S1-S5

Funn med tanke på motivasjon for å bli leder:

Sykepleiernes motivasjon for å bli ledere var påvirkning, ønske om endring, samt å tilrettelegge for andre å gjøre jobben sin: S3: *«Men hvorfor jeg ønsket å bli leder, er vel det å ha muligheten til å være med å påvirke. Og det å på en måte lede andre, jeg har et ønske om å legge til rette for at andre skal få gjort jobben sin»*. S1: *«Det var fordi jeg mente så mye, hadde så mange tanker om ting, og ville gjerne være med å påvirke. da. Eh, og så, ja jeg så ting som jeg skulle ønske ble endret, da»*. Motivasjonen respondenten har til å inneha en lederstilling er relatert til ledelse, og mindre relatert til eget fag.

Den vanligste grunnen til at sykepleierne kom inn i ledelse var at de ble spurt, eller at noen pekte på dem som mest egnet. Dette er samme funn som hos legene. Dette belyser jeg med to sitater: S5: *«Første gang jeg ble leder så søkte jeg ikke leder jobb, jeg ble bedt om å søke på en lederjobb. Men jeg var veldig nysgjerrig på hva jeg kunne utrette, i hvilken grad jeg kunne påvirke pasientbehandlingen, gjennom å være leder»* S3: *«Jeg ble spurt først om å være assisterende avdelingssykepleier, og så ble jeg spurt om vikariat når avdelingssykepleier var ute, og så har det bare ballet på seg. Jeg har både søkt og blitt spurt etter det»*. Motivasjonen til sykepleierne er å være ledere, minst en av dem jeg intervjuet skulle skifte jobb om kort tid, og det var da nye lederjobber som var alternativet: S1: *«Nå skal jeg skifte jobb, jeg fikk ett tilbud nå i høst, og da hadde det vært litt modning, så jeg tenkte ja, kanskje jeg skal prøve. Nå får jeg både privat og litt ..., så jeg skal lære masse nye ting. Jeg kommer til å være novise av dimensjoner, men jeg har en ballast herfra som jeg kan ta med meg»*.

Lederutdanning hadde de fleste sykepleierne. Eksempler på dette: *S1: «Jeg har BI, så har jeg intensivkurs i helseledelse». S2: «Jeg har tatt videreutdanning i faglig ledelse med klinisk perspektiv, økonomisk perspektiv, og samhandling». De andre sykepleierne har også ledelsesutdanning enten fra BI, eller de har interne kurs eksempelvis Akershus Universitetssykehus sitt eget mellomlederprogram (29).*

Hvordan sykepleierne kom inn i ledelse er veldig likt som hos legene. De er enten blitt forespurt eller pekt på. Den kyndigste av de kyndige skulle lede er et trekk fra faglederrollen. Dette er beskrivende for sykepleiernes møte med ledelse. Funn fra intervjuene viser ellers at vel inne i lederrollen, er det ledelse som er hovedfokuset til sykepleierne. Ingen jobber klinisk i tillegg. Dette er trekk som stemmer opp mot den profesjonelle lederrollen.

Funn med hensyn til faglig arbeid og ledelse:

Alle sykepleierne var på fulltid engasjert i ledelse, og ingen var ute i klinisk drift. Eksempler på dette er to sitater: *S1: «Spørsmål om ledelse/ klinisk arbeid: 100% ledelse». S3: «Spørsmål om deltakende i daglig drift: Ikke ute. Men jeg er veldig driftsrelatert da. Jeg kjenner veldig til detaljene».*

Funnene fra intervjuene er enstemmig blant sykepleierne, de har ett fullt lederfokus, og ingen er aktive i egen klinisk drift. Sykepleierne er generalister, mens legene er spesialister i eget fag. Dette gjør den kliniske tilnærmingen vanskelig for sykepleierne. Fullt lederfokus som nevnt over, er et trekk samstemmende med en profesjonell lederrolle.

Funn med syn på kompetanse:

En av sykepleierne nevner at den beste lederen må lede: *S1: «Jeg er opptatt av at det er den beste lederen som skal ha lederstillinger». Respondenten forklarer sitt utgangspunkt: S1: «Jeg mener det er ledelse som er mitt fag, og det er det jeg er god på. Jeg er ikke god på sykepleie. Men jeg kan mene mye. Nei, jeg er jo sykepleier, men jeg har jo jobbet som sykepleier veldig lite, jeg har jobbet mest som leder. Jeg synes ledelse er mitt fag».*

Respondenten ser på ledelse som sitt fag, og fagbakgrunn som sykepleier kommer i andre rekke. Dette er et eksempel på full tilnærming til den profesjonelle ledermodellen.

De fleste av sykepleierne mener at det er det samme om det er en sykepleier eller en lege som leder en klinisk avdeling. Neste sitat er ett eksempel på dette: *S5: «Spørsmål om hvilken*

fagbakgrunn som er ønskelig: Hva skal jeg si om det? Jeg tror nok man blir enda mere bevisst på å være lydhør når man skal lede noen som har en annen kompetanse enn deg selv, som jeg sa tidligere. Nei, jeg ser ikke den store forskjellen. En ledelse handler jo om å bygge kultur, skape felles virkelighet, jobbe med de verdier som rører seg i organisasjonen, og som du ønsker skal være de styrende. Det trenger ikke være noe stor forskjell i det» En av sykepleierne har en motsatt erfaring og sier det rett ut: S2: «Jeg tror det er helt avgjørende at avdelingssjefen har en faglig bakgrunn med en tyngde, det tror jeg er helt avgjørende. Fordi, hvis man tenker på et sykehus, så er det sånn hierarki i forhold til kompetansen, at det er ikke lett å være en sykepleier eller en økonom, å skulle styre leger f.eks.» Respondenten nevner legenes kliniske fokus, samt det de ikke har interesse av, eller velger bort i sin ledergjerning: S2: «Legene er opptatt av å være i forskning, opptatt av å være i klinisk arbeid. De er ikke opptatt av å kjøre lønn eller sende skjema i Personalportalen, eller i GAT, eller legge inn ferie, eller sykefraværssamtaler, eller medarbeidersamtaler. Dette er de ikke opptatt av. Og det ser jeg jo også i ledergruppa i divisjon, hvor det er leger som er avdelingssjefer, da er det sånn tilfeldig hvem som kommer på ledermøtene og sender stedfortreder f.eks». Her nevnes blant annet deltagelse i møter som en utfordring legene har grunnet klinisk arbeid, som en annen utfordring nevnes å lede leger med bakgrunn som sykepleier: S2: «For jeg tror.....det er ganske forunderlig med leger, de lar seg ikke styre av andre enn andre leger, for det vil de bare ikke».

Flere av sykepleierne synes også det er stor forskjell på å lede leger og sykepleiere, her er ett eksempel: S1: «Ja, det er litt forskjell. Eller ja, hva skal jeg si for noe. Jeg har hatt direkte personalansvar for flere av legene på en annen avdeling tidligere. Og da opplevde jeg at jeg måtte endre meg litt når jeg snakket med de, fordi...du kan ikke bare si, sånn er det, sånn må vi bare gjøre, kjør på. Det må ta litt lenger tid. Du må på en måte legge det fram.... men med sykepleierne kan du si at det, at det er en forståelse på å endre fokus, og sånn må det bare bli, vi må gjøre det sånn. Det er sjelden man gjør det, litt sånn direkte. Men du kan ikke alltid gjøre det med leger. Og så har ikke jeg noe god forklaring på det, men de har enda mer innsigelser på ting, faglige ting som gjør at du må gå to runder. Det er ikke så enkelt noen ganger å si at «gjør sånn der». Og jeg har lært mye av det. Det betyr ikke at jeg stryker leger på ryggen, men det er rett og slett bare at de sitter med mer kompetanse eller ting de vil ha fram før beslutningen blir tatt». I tillegg føler respondenten at man som sykepleier må bevise noe ekstra for å inneha nødvendig autoritet: S1: «Noen ganger, eller på veien min oppover, så har jeg følt at når du er sykepleier så må du bevise noe. Du må bevise at du sitter i stillingen,

at du har den autoriteten, den integriteten, og respekten må du jobbe for på et vis. Du må bevise at du fortjener den fordi du er sykepleier. Sånn har jeg følt det opp gjennom, men nå er jeg såpass voksen at jeg blåser i det, fordi jeg stoler på meg selv og de valgene jeg gjør, sånn at nå etter meg så er det en lege som skal inn, og om han kommer til å gjøre en bedre eller dårligere jobb enn meg, det vet jeg ikke».

En av sykepleierne nevner spesielt at det er utrolig viktig at lederen ikke er deltakende i den kliniske driften, dette med tanke på ledernivåene under, respondenten ser det som viktig at opplysninger om drift skaffes via disse: S5: *«Det er veldig viktig for meg at jeg IKKE skal være med i daglig drift. Dersom jeg hadde jobbet på førstelinjen, hvis jeg var seksjonsleder, så synes jeg det er fint at de er med i den daglige driften. Både for å.....kanskje først og fremst for å vise at de forstår hva driften handler om, og at de kjenner litt på den selv. Jeg har alltid ment at en førstelinjeleder skal være mer tilstede i den daglige driften. Ikke gjøre alt, men ha en type kontakt, en nærhet til det. Ledernivået over, etter mitt syn, bør ikke inn i det i det hele tatt. Fordi det handler også litt om å nærmest degradere det ledernivået som er under. Det synes jeg er kjempeskummelt, å gå inn og være orakelet på det nivået. Det gjør noe med autoriteten på lederne på ett nivå under».*

Alle sykepleierne har medisinskfaglige rådgivere, her er to eksempler: S5: *«Her er vi organisert slik at vi har en sykepleieleder på sengeposten, så har jeg en lege som er der for legetjenesten, så jeg har en lege»* S3: *« Jo, jeg har en medisinskfaglig rådgiver».*

Intervjuene viser at sykepleierne har en genuin interesse for ledelse. I intervjuene nevner sykepleierne at det er viktig at den beste lederen skal lede, samt at det spiller liten rolle hvilken fagbakgrunn man har. Det er ledelsesfaget som er viktigst i en avdelingslederstilling. At man ikke deltar i den kliniske driften nevnes av en som essensielt, dette for å ha fullt fokus på ledelse, og ikke blande seg i arbeidet til ledere på nivåene under. Dette er trekk som kan kjennes igjen fra den profesjonelle lederrollen. Allikevel mener en at det er en fordel at avdelingslederen er lege, da en solid fagautoritet trengs for å lede legene i avdelingen. Denne autoriteten og respekten er vanskelig å få med bakgrunn som sykepleier. Denne faglige autoriteten sykepleieren mener avdelingsledere trenger, er gjenkjennelig i faglederrollen.

Funn med syn på autonomi:

Sykepleierne vurderer at de kan styre mye av dagen selv, selv om noe av dagen går til planlagte møter og aktiviteter. Eksempler på dette er tre sitater som kommer fortløpende:

S3: «Torsdager er det ledermøter og sånne ting, så er det møter hver morgen fra 9-930, så er det litt faste møter med ledere i avdelingen og sånn, faste møter med legene på mandag...så ja, jeg tenker jeg nok kan styre 50% av dagen min selv».

S1: «Asså, jeg kan i stor grad påvirke egen hverdag i forhold til at jeg setter opp når ledermøter skal være, oppfølging og alle de tingene, og så er det, ja, jeg vet ikke....kanskje 80% da, og 20% blir styrt av leveranser og krav fra min leder igjen».

S5: «Jeg er helt autonom på det. Og bare for å si noe om autonomi, det er noe vi er veldig opptatt av her. Vi har det i behandlingsplanen for de ansatte».

Med unntak av faste møter, og leveranser oppover i divisjonen mener sykepleierne at de kan styre hverdagen selv. De føler de har autonomi i utøvelse av ledelse. Ettersom de føler autonomi i utøvelse av ledelse, og ikke i klinikk, er dette trekk som er gjenkjennelig i profesjonelle lederrollen.

Presentasjon av funn med tanke på syn på hva som er meritterende

En funksjonell og velfungerende avdeling er meritterende mener flere av sykepleierne. Enkelte nevner også at fokus på trivsel bidrar til god pasientbehandling, samt egen trivsel og et stimulerende miljø: *S1: «Nei og da er det noe med at dess mer jeg fikk...så hva jeg kunne utrette, dess mer sugen har jeg liksom blitt da på å gjøre en forskjell, få medarbeiderne til å trives, sånn at de kan gjøre jobben sin, at vi kan jobbe med forbedringsprosjekter, at det gjør en forskjell da. Eller som skal levere og bidra til god pasientbehandling, sånn at...ja, jeg får stadig vekk tilbakemeldinger på at jeg blir satt pris på, og at ting fungerer i avdelingen, da. Det er veldig godt å være her».*

Resultater og effektivitet gir også gode tilbakemeldinger: *S3: «Det jeg trives med er på en måte at vi har hatt mulighet til å vise resultater. Jeg har hatt mulighet til å vise gode resultater fordi det var mye å gå på da jeg tok over, så det synes jeg har vært veldig interessant, og fått masse positive tilbakemeldinger fra i Helse Sør-Øst, bl.a.» S3: «Har fått til mer effektiv drift: Jeg har også fått mye positive tilbakemeldinger fra legene, jeg*

tror flere av dem var litt skeptiske i starten, mens noen var veldig positive. Vi har fått til veldig mye bra de siste tre årene, vi har kommet veldig langt og tror ikke det er bare min skyld, men jeg tenker det er en god blanding».

Med effektiv drift nevnes også fokuset på økonomi av flere, her et sitat som eksempel på dette: S5: «Vi skal jobbe for hele divisjonen. Jeg er opptatt av å kommunisere det inn i egen avdeling. Vi kommuniserer mye på økonomi, for vi er vel den avdelingen som har best økonomi».

I funn fra intervjuene nevnes god pasientbehandling, gode resultater, effektiv drift, og økonomi som meritterende. Effektiv drift gir gode tilbakemeldinger eksempelvis fra legene, mens god økonomi gir kreditt oppover i divisjonen. Budjettdisiplin og god økonomi er trekk som stemmer med den profesjonelle lederrollen. Sykepleierne nevnte også at trivsel gir motiverte ansatte, og gode tilbakemeldinger.

Beskrivelse av funn på tvers som ikke kommer fram i intervjuene.

Etter intervjurundene så jeg også noen forskjeller som går på lokaliteter, bekledning og kontorers nærhet til de ulike kliniske avdelinger.

I intervjurundene ble jeg møtt og tatt godt imot av intervjuobjektene, ofte på deres kontor eller i nærheten av dette. Det var da påfallende forskjeller mellom sykepleierne og legene. De fleste av sykepleielederne som ble intervjuet hadde kontorer i avstand fra klinikkene de var leder for. Flere av sykepleierne hadde også kontorer i umiddelbar nærhet til egen divisjonsledelse. De fleste legene hadde kontor i eller i tilknytning til den kliniske enheten de ledet. Bekledningen var også forskjellig. Mens legene møtte meg til intervju i arbeidstøy, var sykepleierne stort sett kledd i ett sivilt antrekk.

4.4 OPPSUMMERING AV FUNN

I oppsummering av funn jeg fokuserer jeg videre på de to lederrollene i fagbyråkratiet. Mintzberg nevner disse som årsaken til spenninger og konflikter i sykehusene (12): 1) Faglederen som leder i kraft av egen profesjon og faglig dyktighet. 2) Den profesjonelle lederen som har hovedfokus på ledelse og ledelsesfaget. I teorien og leste studier tyder det på som nevnt tidligere at sykepleierne nærmer seg den profesjonelle lederrollen, mens legene nærmer seg faglederrollen.

I dette kapittelet vil jeg om det er forskjeller på leger og sykepleiere med utgangspunkt i de kategoriene som er beskrevet tidligere. Dette for å se på likheter og forskjeller mellom faggruppene. Jeg vil også se på om den teoretiske referanserammen stemmer overens med mine funn.

Funn med tanke på motivasjon for å bli leder:

Felles for begge gruppene er at de stort sett har blitt pekt på eller bedt om å søke lederjobbene de nå sitter i. Sykepleierne sier alle at de har hatt ett engasjement og motivasjon for å gå inn i ett ledervirke. De har alle også en form for lederutdanning, enten eksternt eller ved sykehusets interne lederprogram. Legene på sin side har på lik linje med sykepleierne enten interne lederkurs, eller ekstern utdanning. Allikevel ligger hovedmotivasjonen hos legene i eget fagområde. En nevner at det trengs rotasjon på slike stillinger, slik at flere kan bidra, dette også for å kunne komme tilbake til klinikken som *«kanskje er det mest meningsfulle å gjøre.»* Minst en av sykepleierne kommer til å skifte jobb, da tilbud om lederstilling har kommet fra andre steder.

Angående lederutdanning er dette stort sett likt for gruppene, men jeg ser at legene som går inn i ledelse fortsatt har hovedfokus i klinikken. Dette støtter antakelser fra fagledermodellen og den profesjonelle ledermodellen der sykepleierne har hovedfokus på ledelse, og har en spesiell interesse for dette, mens legene fokuserer på fag. Motivasjonen sykepleierne har for å gå inn i ledelse er interessen for ledelsesfaget, og de har ofte en lengre lederutdanning enn legene.

I min undersøkelse er utdanning innen ledelse ganske lik, så forutsetningene for en ledergjerning er stort sett det samme. Funnene støtter antakelsen under henholdsvis fagledermodellen og den profesjonelle ledermodellen om at legene legenes motivasjon i lederrollen ligger i eget fag, mens sykepleierne finner motivasjon i ledelse.

Funn med hensyn til faglig arbeid og ledelse

Her er forskjellen åpenbar, alle sykepleierne som er avdelingsledere fokuserer 100% på ledelse. Legene fokus på klinikk varierer fra 20-75% av arbeidstiden. Dette betyr at det meste av tiden til legene går med til klinisk drift. Det blir da mindre tid på ledelse. Dette kompenseres de enten ved å jobbe mye, delegere oppgaver, eller ved å velge bort eksempelvis

møter og samlinger. De nevner imidlertid at trøkket på ledelsesoppgaver har blitt større etter hvert, og at det blir nødvendig å bruke mer tid på dette framover.

Sykepleierne i min studie ønsket heller ikke større deltakelse i klinikken, grunnet arbeidstrøkket var mer enn stort nok med tanke på lederoppgaver. De påpekte også at det var viktig å unngå å jobbe for mye klinisk for «ikke å tråkke i andres bed». Med det mente respondenten ledere på nivå 4 og nivå 5.

Funnene støtter antakelsen under henholdsvis fagledermodellen og den profesjonelle ledermodellen. Sykepleierne bruker all tid på ledelse, mens legene bruker mest tid på eget fag via klinisk arbeid. Grunnen til at sykepleierne ikke deltar kan også skyldes at deres fagområde ikke er så faglig tungt og spesialisert, slik at en hybridrolle nesten er umulig å få til for sykepleiere. Sykepleierne er ofte generalister og ikke spesialister som legene. Sykepleierne passer den profesjonelle ledermodellen, mens legene passer inn under fagledermodellen.

Funn med syn på kompetanse

Avdelingsledere på nivå 3 jobber ofte i kliniske avdelinger. Legene mener at det er essensielt at ledere på dette nivået har en solid faglig plattform. Dette for å inneha den respekten og autoriteten det kreves for å få gjennomslag, og for å ta viktige beslutninger. Den teknologiske utviklingen nevnes også. For å få denne kunnskapen trenger man å være i klinikken, man kan da se hvor skoen trykker. På bakgrunn av klinisk arbeid og kompetanse om egen avdeling kan man lede godt. De fleste av legene mente at det beste var å ha en lege som leder, men minimumet var en helsefaglig bakgrunn. Det nevnes også at kun lederutdanning ikke er nok for å lede en klinisk avdeling. Dette fordi man ikke har oversikt over de helsefaglige utfordringene som kreves for å lede en klinisk avdeling. De ser heller ingen utfordring med å lede sykepleiere, da det ofte er et delegert ansvar, og at de ikke er like selvstendige og autonome som gruppe i forhold til legegruppen. Sykepleierne mener det er viktig å være lite i klinikk for å kunne levere som leder. De tenker da på det store trøkket som kommer med krav på leveranser innen økonomi, HMS (Helse miljø og sikkerhet) oppdaterte prosedyrer, samt deltakelse i møter og ulike fora. De har alle en medisinsk faglig rådgiver som de støtter seg til. Legene på sin side er ofte denne rådgiveren selv grunnet klinisk kompetanse, samt at de ofte bruker en legekollega å «sparre» med. Hovedutfordringen til sykepleierne ellers er å lede legene. De fleste sier det går greit og at de bruker de medisinske rådgiverne mye. En nevner at legene ikke vil styres av andre faggrupper, «for det vil de bare ikke». De fleste mener at

sykepleiere godt kan styre kliniske avdelinger, da det er ledelsesfaget som står i fokus, men man trenger da god medisinskfaglig støtte.

Disse funnene støtter også antakelsen under henholdsvis fagledermodellen og den profesjonelle leder modellen. Legene leder via ett godt klinisk innblikk, og får ved dette med seg hva som forgår på grasrota, og kan styre «skipet» etter dette. Sykepleierne fokuserer på ledelse, og er helt avhengig av andre ledelsesnivåer for å få med seg hva som foregår ute i klinikken. Legene nærmer seg fagledermodellen, og sykepleierne den profesjonelle ledermodellen.

Funn med syn på autonomi:

Legene føler de kan styre mye av hverdagen selv i klinisk arbeid, de bruker derfor mye tid i klinikken. De mener at de er mer autonome enn sykepleierne, grunnet faglig tyngde og bakgrunn. Sykepleierne opplever også at de kan styre mye av hverdagen selv, men at møter og «ad hoc» møter med personalet stjeler en del tid. De mener at legene de leder er mer autonome enn sykepleierne de leder, men at dette ikke er tilfelle på avdelingsledernivå.

Funnene støtter antakelsen under idealmodellene i at det har blitt mer administrativt arbeid, og at dette har påvirket både legene og sykepleierne. Funnene tyder også på at det er en grad av autonomi i nivå 3 stillingene. Nivå 3 stillinger er særlig populære blant sykepleiere. Om denne populariteten også skyldes økonomiske motiv har jeg ikke data på i egen undersøkelse. Legene føler autonomi i klinisk arbeid, mens sykepleierne føler autonomi i ledelse. Legene nærmer seg fagledermodellen, mens sykepleierne er nærme den profesjonelle ledermodellen.

Funn med syn på hva som er meritterende

Meritterende for legene er å drive egen klinikk fornuftig og at ansatte og ikke minst pasienten er fornøyd. Det økonomiske har blitt ett fokusområde den siste tiden, og legene er også opptatt av dette. Sykepleierne er opptatt av relasjoner og trivsel. Dette skaper samhold og gir positive tilbakemeldinger fra klinikken. Ellers er effektiv drift viktig for sykepleierne, noe som gir gode tilbakemeldinger særlig fra legene. Det økonomiske fokuset gir også kreditt oppover i systemet.

Funnene støtter antakelsen under henholdsvis fagledermodellen og den profesjonelle leder modellen ved at det er klinisk drift og effektiv ledelse som er meritterende. Det økonomiske aspektet har og er ett viktig moment, som vil påvirke hverdagen enda mer i årene som

kommer. Legene får kreditt for effektiv drift, som de er deltakende i. Sykepleierne får kreditt for god ledelse som gir effektiv drift. Legene nærmer seg fagledermodellen, og sykepleierne nærmer seg den profesjonelle ledermodellen.

Etter oppsummeringen av funn i henhold til de ulike kategorier kan jeg nærmest fastslå at sykepleierne i min studie er veldig nærme den profesjonelle ledelsesrollen. De fokuserer på ledelse, og de føler at ledelse er deres fag. De har medisinske rådgivere som hjelper dem i kliniske spørsmål, og de føler at de har autoritet, respekt og kontroll nok til å gjøre en god jobb på avdelingsledernivå.

Legene på sin side er nærme faglederrollen. De ser på eget kompetanseområde i klinikken som viktigst. De leder med hovedfokus på klinisk virksomhet, De mener dette gir dem de beste redskapene til å lede den kliniske avdelingen på en best mulig måte. De mener også at dette gjør dem best skikket til å lede disse avdelingene.

Allikevel er det nyanser, ingen lege eller sykepleieleder passer 100% til noen av modellene. Noen leger bruker mest tid på ledelse, mens flere sykepleiere i min undersøkelse er pekt ut som de mest egnede til egen lederrolle. Hovedpoenget er at trenden viser at sykepleierne nærmer seg den profesjonelle ledermodellen, mens legene er nærme faglederrolle, men at det ikke er en absolutt sannhet.

Beskrivelse/ tolkning av observasjoner som ikke kom fram i intervjuene:

De fleste av sykepleierne hadde kontorer i avstand fra den kliniske avdeling de ledet og ofte i nærhet til egen divisjonsledelse, de møtte meg i arbeidstøy, og fortalte at det var deres normale kleskode. Alle legene hadde kontorer i eller i direkte nærhet til egen kliniske avdeling, og jeg ble møtt i arbeidstøy, noe de fortalte var deres normale kleskode.

Min egen tolkning av dette blir jo at legene i sin nærhet til pasientene har mye kontakt med egen klinikk og egne pasienter. Dette kommer også fram i de empiriske data. Noe som ikke kommer fram i empiriske data er at sykepleiernes nærhet med egen divisjonsledelse etter min tolkning burde skape nærmere relasjon til egen divisjons ledelse. Denne nærheten mener jeg uansett er viktig å få med for å danne et helhetlig bilde hvordan relasjoner og kommunikasjonsprosesser foregår.

Jeg har før påpekt at det ser ut som legene nærmer seg faglederen og sykepleieren nærmer seg den profesjonelle lederen. Hovedtrekkene som viser dette og støtter påstanden er at:

-Legene i hovedsak ser på eget fag som viktigst i egen utøvelse av ledelse, mens sykepleierne ser på ledelsesfaget som viktigst.

-Legene jobber mye av tiden i klinikk og mindre på ledelse. Sykepleierne på sin side bruker all tid på ledelse.

-Legene motiveres av eget fagområde, og når det gjelder autonomi er vesentlig eget fagområde de ser autonomi oppimot. Etersom sykepleierne kun jobber med ledelse, er det i ledelse sykepleierne fester autonomibegrepet til.

-Legene mener at leger egner seg best til å styre kliniske avdelinger, grunnet sin sterke faglige posisjon. Dette gir autoritet og respekt, samt gjennomslag i organisasjonen. Sykepleierne mener i hovedsak at dette ikke spiller noen rolle, ettersom utøvelse av ledelse er det viktigste, og de mener den beste lederen skal lede.

Det må allikevel sies at det er momenter som gjør at ingen av faggruppene passer 100% inn i rollene. Eksempler på dette er:

-Legene og sykepleierne har stort sett like mye lederutdannelse. Det betyr at begge grupper har god ballast på dette området.

-I min studie har stort sett alle blitt pekt på eller bedt om å søke en lederstilling. Dette passer godt til en faglederrolle, der den beste av de beste utpekes til å lede en enhet.

-I tillegg er heller ikke alle sykepleierne eller legene unisont enige om alt, de er forskjellige. En lege bruker mest tid på ledelse, mens en sykepleier er enig med legene at det er en solid fagbakgrunn er det som trengs i en avdelingslederstilling. Det finnes dermed glidende overganger mellom modellene blant begge faggrupper.

Begge grupper har trekk fra de to modellene, men konklusjonen er likevel at per dags dato ved Akershus Universitetssykehus, er sykepleierne nærmest den profesjonelle lederrollen, mens legene er nærmest faglederrollen.

5 KONKLUSJON/ OPPSUMMERING

Både sykepleierne og legene i min studie ble i de fleste tilfeller spurt eller «headhunted» til sitt ledervirke. Sykepleierne var interessert i ledelse og motivert for en lederstilling, mens legene ikke var uvillige, men så det som sin plikt å trå til når man ble spurt. Minst en av legene vurderte å gå tilbake til klinisk drift, da respondenten følte at det var hans hovedfag. Blant sykepleierne var det flere som vurderte eller skulle skifte jobb, men dette da til lederstillinger utenfor Akershus Universitetssykehus. Dette kan tyde på at sykepleierne i disse stillingene er interessante for andre arbeidsgivere i lederstillinger.

Legene var alle involvert i klinisk drift i mer eller mindre grad, mens sykepleierne brukte all sin tid på ledelse. Fordelen legene har ved å være mye i klinikk er at de ser hvordan klinikken fungerer i praksis, de snakker ofte med folk på grasrota, og kan oppleve spenninger og andre driftsmessige forhold tidlig. Sykepleierne leder via nivåene under, og har liten tilstedeværelse i klinikk. En meget god kommunikasjon mellom disse leddene kreves for at man får et oppdatert syn på egen klinikk.

Legene mener de er best til å lede kliniske avdelinger. Helsefaglig bakgrunn er uansett en forutsetning. De er også klare på at kun lederbakgrunn i en avdelingslederstilling ikke er nok til å kunne drive en klinisk avdeling. Dette grunnet mangel på kompetanse om den daglige driften.

Sykepleierne på sin side mente at det var det samme om en sykepleier eller lege var leder. Det var imidlertid essensielt med gode medisinskfaglige rådgivere for å få støtte og gjennomslag i avdelingen. Utfordringen for sykepleierne var å lede legene. Legene følte at det å lede andre faggrupper ikke var noe problem, da ledelsen av disse ofte var delegert til nivået under. De var også enige om at å lede leger var en utfordring, da de er mer autonome enn sykepleierne. Gjennomslag hos legene kom ved at de selv i kraft som dyktige fagpersoner hadde den autoriteten og respekten som trengtes.

Både sykepleierne og legene opplevde at de hadde stor grad av autonomi i jobben. Legene uttrykte at de hadde autonomi i klinisk drift, mens sykepleierne opplevde autonomi som ledere. Utfordringene sykepleierne nevnte var obligatoriske leveringer oppover i divisjonen, samt fastsatte møter og diverse andre samlinger og fora. Legene delegerte enkelte lederoppgaver, og sendte stedfortredere i møter der eget oppmøte var vanskelig grunnet klinisk drift. Dette kan igjen føre til forsinkelser og omkamper i viktige beslutningsprosesser.

Tilstedeværelse av nøkkelpersonell i beslutningsmøter er viktig for å unngå omkamper og forsinkelser.

Meritterende for begge grupper var effektiv, økonomisk drift til det beste for pasientene. Sykepleierne nevnte her spesielt relasjoner og trivsel som viktige faktorer.

I studien er det tydelig at sykepleierne opptrer som å nærme seg en profesjonell lederrolle. Det betyr at hovedvekten av tida benyttes til ledelse som fag. Legene opptrer som å nærme seg faglederrollen, der hovedvekten dreier seg om klinisk arbeid. Men de ser utfordringer med et økt press fra ledersjiktene over, fører til at de må bruke mer tid på ledelse.

Ved noen avdelinger fungerer ledelsen som bortimot før innføring av enhetlig ledelse, ved at legen er opptatt i klinikken, og delegerer administrasjon og ledelse til nivået under der som oftest er en sykepleier. Det må tillegges at dette nå er unntaksvis.

Jeg har nå beskrevet, oppsummert, og konkludert funn fra egen studie. Det må sies at dette ikke er en stor studie, men den viser tydelige tendenser på hvordan sykepleiere og leger bekler en avdelingslederstilling. Funnene støtter antakelsen under henholdsvis fagledermodellen og den profesjonelle leder modellen. Utfra egne funn, og egne tolkninger, vil jeg svare ut spørsmålene jeg stilte innledningsvis i oppgaven:

Hvordan er gjennomslagskraften til sykepleiere i lederposisjoner, er de det samme som legene? I de fleste tilfeller er det nok det, men det må bemerkes at gjennomslagskraften til legegruppen vurderer jeg som større ved at man har fagbakgrunn som lege. Fagbakgrunnen og kompetansen er sterk, og de kollegiale bånd hos legene er sterke. For å ha en lik gjennomslagskraft trengs en solid medisinskfaglig støttespiller som er tilstede når avgjørelsene ut mot legegruppen tas.

Hvem bruker mest tid på ledelse? Det er liten tvil om at ved Akershus Universitetssykehus bruker sykepleierne mere tid på ledelse enn legene. De er tilstede, og leverer pålagte oppgaver oppover i systemet. Det gjør imidlertid legene også, men mange av disse oppgavene er delegerte. Grunnet klinikk og vakter er det enkelte fora de må velge bort, de sender da ofte stedfortredere. Utfordringen at uteblivelse fra viktige møter, kan skape utfordringer ved at avgjørelser må utsettes, eller omkamper må tas.

Er det mulig å kombinere klinisk arbeid med ledelse for begge faggrupper? Jeg tror dette er vanskelig, men ikke umulig. Legene har ofte en spesialitet, og er gode i faget. De kan benyttes til visitt, poliklinikk, operasjonsstuer og andre prosedyrer. Sykepleierne som oftest er generalister og har ikke denne spisskompetansen. De kan eventuelt hjelpe til som en del av ett team som de gjorde i klinikken. Det er viktig da at sykepleierne har ny kompetanse i den klinikken man leder. Klinisk arbeid er da mulig. Dette kan gi status blant egne, og man opplever hva som skjer på «grasrota».

Jeg ser i klinikken at avdelingsledere med legebakgrunn tar vakter og er aktive på operasjonsstua. De går i arbeidsantrekk, mens sykepleieledere ofte kan sees i sivile antrekk. Gir dette oss en pekepinn om forskjeller i utøvelse av ledelse?

Det sier meg at legene bruker mye tid på klinisk arbeid, og at tid på ledelse lider under dette. Allikevel kan ledelsesoppgaver utføres, men det må tilpasses det kliniske arbeidet. Dette gjøres da innimellom, eller til andre tider. Dette gjør også at lederoppgaver må delegeres. Dette gjelder særlig på dagtid, hvis man har poliklinikk, er på operasjonsstua, eller har vakt. Sykepleierne deltar ikke i den kliniske driften, og de har mulighet til å fokusere 100% på ledelse.

Er det utfordringer/ forskjeller i å lede ulike faggrupper?

Ut fra egen studie ser det ut som sykepleierne har størst utfordringer med å lede legegruppen i egne kliniske avdelinger. Som oftest løser det seg med en god medisinskfaglig støttespiller. Ledelse av sykepleiere går enklere da de virker mer kollektive og mindre autonome enn legene. Legene ser ingen stor utfordring i å lede noen av gruppene.

Spiller faglig dyktighet en rolle, eller er det lederutdanning som er avgjørende for lederens gjennomslagskraft?

Mitt svar på dette er ja. Det ser ut som faglig dyktighet i faget er avgjørende for gjennomslagskraft. Legene har en autoritet og en respekt som gjør at andre lytter.

Mine antakelser på forhånd av oppgaven var at legelederne brukte mye tid på klinikk og delegerte flere administrative oppgaver, mens sykepleieledere brukte mest tid på administrasjon og ledelse og blir fjernere og fjernere fra klinikken. Er dette ønsket?

I min studie ser de fleste av sykepleierne på seg selv først og fremst som ledere, men noen har ymtet fram på at de savner det å være sykepleier. Noen tror jeg gjerne ville deltatt i klinikk, men spesialisering og år i ledelse gjør at man er usikker i rollen. Dette sier noe at man må være oppdatert og god i faget for å jobbe klinisk. Det er dette legene strever etter i sin hybride lederrolle. Ved å gå tilbake i klinikken vil også det økonomiske spille inn for sykepleierne. Mens legene oftest i hvert fall ikke går ned i lønn ved å gå tilbake i klinikken, vil dette merkes drastisk for sykepleierne. Dette tror jeg ikke noen av dem er interessert i.

Delegerer enkelte legeledere vekk administrasjon/ledelsesoppgaver til andre slik at todelt ledelse på en måte fortsatt består?

Jeg tror dette er tilfelle ved enkelte avdelinger fortsatt ved Akershus Universitetssykehus, men trenden er at dette blir det mindre og mindre av. I min studie har avdelingslederen ansvaret for budsjett og de viktigste administrative oppgavene. De administrative oppgavene som ikke blir sett på som viktige delegeres imidlertid bort, særlig av legene.

5.1 Spiller fagbakgrunn noen rolle for hvordan en avdelingsleder i sykehus utøver ledelse?

Til tross for enkelte individuelle forskjeller, viser mine funn noen grunnleggende forskjeller mellom hvordan leger og sykepleiere utøver ledelse i sykehus. Som vist i presentasjon av funn kan flere av disse forskjellene relateres til hvordan sykepleierne i større grad går inn i en profesjonell lederrolle, mens legene tenderer til å bevare sine interesser, sin motivasjon, og sin autoritet knyttet opp mot det faglige arbeidet i klinikk.

6 IMPLIKASJONER AV STUDIEN

Det kommer stadig krav om mere tilstedeværende ledere som har hovedfokus på ledelse. Det er en økt satsing på ledelse i utdannelsene for de ulike faggrupper. Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLOK) er blitt en del av legeutdanningen (16).

Undervisningen KLOK tar utgangspunkt i er: Økt spesialisering og samarbeid i helsetjenestene krever kompetanse innen ledelse og teamarbeid. Dette for å kunne bidra til en koordinert og sikker innsats tilpasset pasientens behov. Systemer må også forstås for å kunne brukes og kvalitetssikres. Når det gjelder sykepleierne, har de i mange år hatt fokus på ledelse. Ett eksempel er kommer fra beskrivelsen av sykepleiestudiet ved UIT (30): Gjennom studiet vektlegges undervisning og veiledning, ledelse og administrasjon, fagutvikling og forskning.

Framover vil sannsynligvis den beste kirurgen ikke lenger også kan være den beste lederen. Faglederen vil bli ytterligere utfordret. Nye krav og forventninger ovenfra i organisasjonen krever dette. Både leger og sykepleiere vil nok satse mer på ledelse og ledelsesutdanninger framover. Hvem som får avdelingslederposisjonene er vanskelig å spå. Jeg ser mange fordeler med å ha en lege i denne posisjonen, grunnet sin faglige bakgrunn som lege, men at forskjellen utjevnes mer når ledelsesbiten kommer til å telle mer.

En utfordring som kan ses i oppgaven er at kommunikasjonsbiten i organisasjonen ikke er optimal, grunnet legeledernes fokus på klinisk drift. Det nevnes i intervjuene at legene uteblir i blant annet divisjonsmøter grunnet arbeid med fag. I framtiden er det ett spørsmål om dette vil tolereres. Kanskje blir det pliktig oppmøte i enkelte fora, og at fravær ikke er ett alternativ.

Det blir spennende å se hvem som bekler disse stillingene framover. Sykepleierne kommer fortsatt til å bruke mest tid på ledelse, og legene kan bli nødt til å gjøre det samme. Kan legene autoriteten og respekten da klinisk arbeid blir mindre? Kan nye faggrupper gjøre sitt inntog? Jeg tenker da på økonomene. Det kan eventuelt åpnes for en todelt ledelsesmodell, der en med helsebakgrunn og en økonom styrer. En annen mulig løsning er en team basert modell der 3-4 personer med forskjellig bakgrunn styrer (11).

Det viktigste uansett hvem som styrer er at det fører til en effektiv behandling med god kvalitet til pasientene i opptaksområdet. Det er til syvende og sist de dette handler om.

Litteraturliste

1. Sundar T. Enhetlig ledelse- en varm potet. Tidsskr Nor Legeforen. 2000. 20 November;28: 120:3466 - 7.
2. Torjesen DO. Kunnskap, profesjoner og ledelse. Tidsskrift for samfunnsforskning.02/2007; 48. s 275-287.
3. Torjesen DO. Foretak, management og medikrati. ATM-Skriftserie Nr 26/2008. 128 s.
4. Berg LN. Multifaglig ledelse- Hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reformen. Phd. Universitetet i Bergen; 2015. 300 s.
5. Johansen MS, Gjerberg E. Unitary management, multiple practices? Journal of Health Organization and Management.[elektronisk artikkel].2009[hentet2017-03-08];23. [s396-410]. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1108/14777260910979290>
6. Berg LN, Byrkjeflot H, Kvåle G. Hybridledelse i sykehus-en gjennomgang av litteraturen. Nordiske Organisasjonsstudier; 12: Fagbokforlaget; 2010. s 30-49.
7. Spehar I. Ledelse i norske sykehus. Ledelse NSF`S Faggruppe for ledere. 01/2016; 4: s 26-30.
8. Wikipedia.no[Internett] ; 2017[hentet2017-10-12] Tilgjengelig fra: <https://www.wikipedia.no>
9. Kjekshus LE, Byrkjeflot H, Torjesen DO. Organisering og ledelse av sykehus etter NPM-legenes tilbaketrekning? Hagen A, Tjora A, Melby L,red. Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten;Oslo:Gyldendal; 2013. s 105-119.
10. NOU 1997:2 1997. Pasienten først!-Ledelse og organisering i sykehus. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet;1997.
11. Frich JC. Modeller for ledelse i sykehus. Overlegen 3/2016: s 16-17.
12. Mintzberg H.Mintzberg on Management. Inside our strange world of organizations.London: Collier Macmillan Publisher; 1989.418 s.
13. Myhre AM. Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus-Påvirkning av avdelinglederrollen. ATM-Skriftserie Nr 5/2008. 95 s.
14. Abbot A. The system of professions. An essay on the Division on Expert Labor.Chicago and London: The University of Chicago Press; 1988. 435 s.
15. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Clinicians`experience of becoming a clinical manager:a qualitative study. BMC Health Services research[elektronisk artikkel] 2012[hentet 2017-03.08] [12;421]. Tilgjengelig fra: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-421>
16. Spehar I. Leadership in Norwegian hospitals: a qualitative study of clinical managers`pathways, identities, and influence strategies. Phd. Universitetet i Oslo; 2014. 124 s.

17. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Professional identity and role transitions in clinical managers. *Journal of Health Organization and Management* [elektronisk artikkel].2015[hentet 2017-03-08]29.[353-366]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25970529>
18. Torjesen DO, Byrkjeflot H, Kjekshus LE. Ledelse i helseforetakene. En gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus *Kunnskap om ledelse. Festskrift for Torodd Strand*; 2011. s 89-108.
19. Berg LN, Byrkjeflot H. Management in hospital- a career track and a career trap. A Comparison of physicians and nurses in Norway *International Journal of Public Sector Management*[elektronisk artikkel] . 2012 [hentet 2017-08-21];27; [s379-394]. Tilgjengelig fra: www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/IJPSM-11-2012-0160
20. Martinussen PE, Magnussen J. Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. *Social Science and medicine*. [elektronisk artikkel]. 2011 May[hentet 2017-08-21];2. [s193-200].Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21689875>
21. Byrkjeflot H. Fra ledelse til management? Fimreite AL, red. ; *Forskerblikk på Norge: en oppsummering fra satsningsområdet: Ledelse, organisasjon og styring*; Oslo: Tano Aschehoug; 1997. s. 355-396
22. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning . En innføring*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2013. 238 s.
23. Tjora A. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2012. 246 s.
24. Kuper A , Lingard L, Levinson W. Critically appraising qualitative research. *Practice*. [elektronisk artikkel] 2008 Aug[hentet 2017-03-08] [337].Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1136/bmj.a1035>
25. Datatilsynet Anonymisering av personopplysninger. Veileder. [Internett] [hentet 2017-10-21] Tilgjengelig fra : <https://www.datatilsynet.no>
26. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervjuet*. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2015 . 381 s.
27. Akershus Universitetssykehus Organisasjonskart [internweb] Ahusveven 2017 [hentet 2017-10-12]Tilgjengelig fra: Internweb Ahus
28. Lippestad JW, Harsvik T, Kjekshus LE. Ledelse i et sykehus i omstilling. *Sintef Teknologi og Samfunn Helse*; 2011. 69 s
29. Akershus Universitetssykehus [Internett], Akershus; 2017[hentet 2017-08-25] Tilgjengelig fra: <https://www.ahus.no>
30. Universitetet i Tromsø. *Sykepleie-bachelor 2017* [hentet 2017-10-21] Tilgjengelig fra: <https://uit.no>

Liste over vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Godkjennelse fra NSD

Vedlegg 3: Godkjennelse utsettelse fra NSD

Vedlegg 4: Samtykkeskjema

Vedlegg 1

Intervjuguide til avdelingssjefene

Problemstilling:

SPILLER FAGBAKGRUNN NOEN ROLLE FOR HVORDAN EN AVDELINGSSJEF I SYKEHUS UTØVER LEDELSE?

Intervjuguide til avdelingssjefene:

Hvorfor ble du leder?

Hva er din bakgrunn som leder?

Har du en formell lederutdanning?

(Ble du forespurt om å ta en lederutdanning fra en annen leder i organisasjonen?)

Hva er din fagspesialitet?

Har du lang ledererfaring?

Hvor lenge har du hatt nåværende stilling?

Hva er ledelse for deg?

Støtter du deg mest på din faglige bakgrunn eller din lederbakgrunn i din nåværende stilling?

Hvor mye tid bruker du på ledelse kontra fag?(Er du med i daglig drift?)

I hvilken grad kan du styre egen arbeidshverdag?

Hva kan du påvirke?

Hva er utenfor din kontroll, hva kan du ikke påvirke?

Har du ett eget lederteam i egen avdeling? Hvordan er dette organisert?

Hvordan tror du at du som leder blir oppfattet av dine medarbeidere?

Hvordan er din relasjon med lederne over i systemet?

Nærmeste leder? De Under?

Hva tenker du om å ta viktige beslutninger?

Er viktige beslutninger tatt sammen med dine medarbeidere/ eget lederteam, eller i lederteamet over?

Er mange av de viktige beslutninger tatt høyere i organisasjonene?

Hvordan blir endringer implementert i egen avdeling?

Føler du at du yter stor tillitt blant dine medarbeidere?

Blant lederne over deg?

Hva er dine sterke sider?

Hva er dine største utfordringer på denne arbeidsplassen?

Er du opptatt av å lede etter spesielle prinsipper/eller en spesiell stil. Evnt hvilke?

Hvilke egenskaper ferdigheter mener du er viktig når du leder ulike faggrupper?

(Til spl lederne):Har du en «wingman» som du kan kjøre tospenn sammen med blant legene når det gjelder medisinske og faglige spørsmål?

Har du en viktig støttespiller i avdelinga som du rådfører deg med?

Har du en mentor gjeldende ledelse i organisasjonen?

Er det lettere å ha fagbakgrunn som lege når man er avdelingsjef? (Pga faghiarki og sosiale normer)

Er det forskjell på å lede sykepleiere og leger?

Eventuelt hvilke?

Må/bør du være lege av fagbakgrunn for å lede andre leger?

Bør man ha samme spesialitet?

Bør/må man være sykepleier av fagbakgrunn for å lede andre sykepleiere.

Hvem er dine beste støttespillere?

Hva er dine viktigste arbeidsoppgaver i avdelingen?

Hva er de viktigste målet du har satt deg som leder ved denne avdelingen?

Den største utfordringen med nåværende jobb?

Hva er din mening om enhetlig ledelse (Slik det er nå kontra todelt en lege /en sykepleier slik det var før?)

Hva er din oppfatning av samhandling i organisasjonen?

Hva er det beste med jobben du har?

Hva fungerer godt i egen avdeling?

Andre forhold som opptar deg som leder?

Vedlegg 2



Frode Veggeland
Institutt for klinisk medisin Universitetet i Oslo
Sognsvannsveien 21, bygning 12
0372 OSLO

Vår dato: 22.09.2016

Vår ref: 49635 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.08.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49635	<i>Spiller fagbakgrunn noen rolle for hvordan en avdelingssjef i sykehus utøver ledelse?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Frode Veggeland
Student	Egil Nordengen

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/personvern/meldeplikt/skjema.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, 21.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

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

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

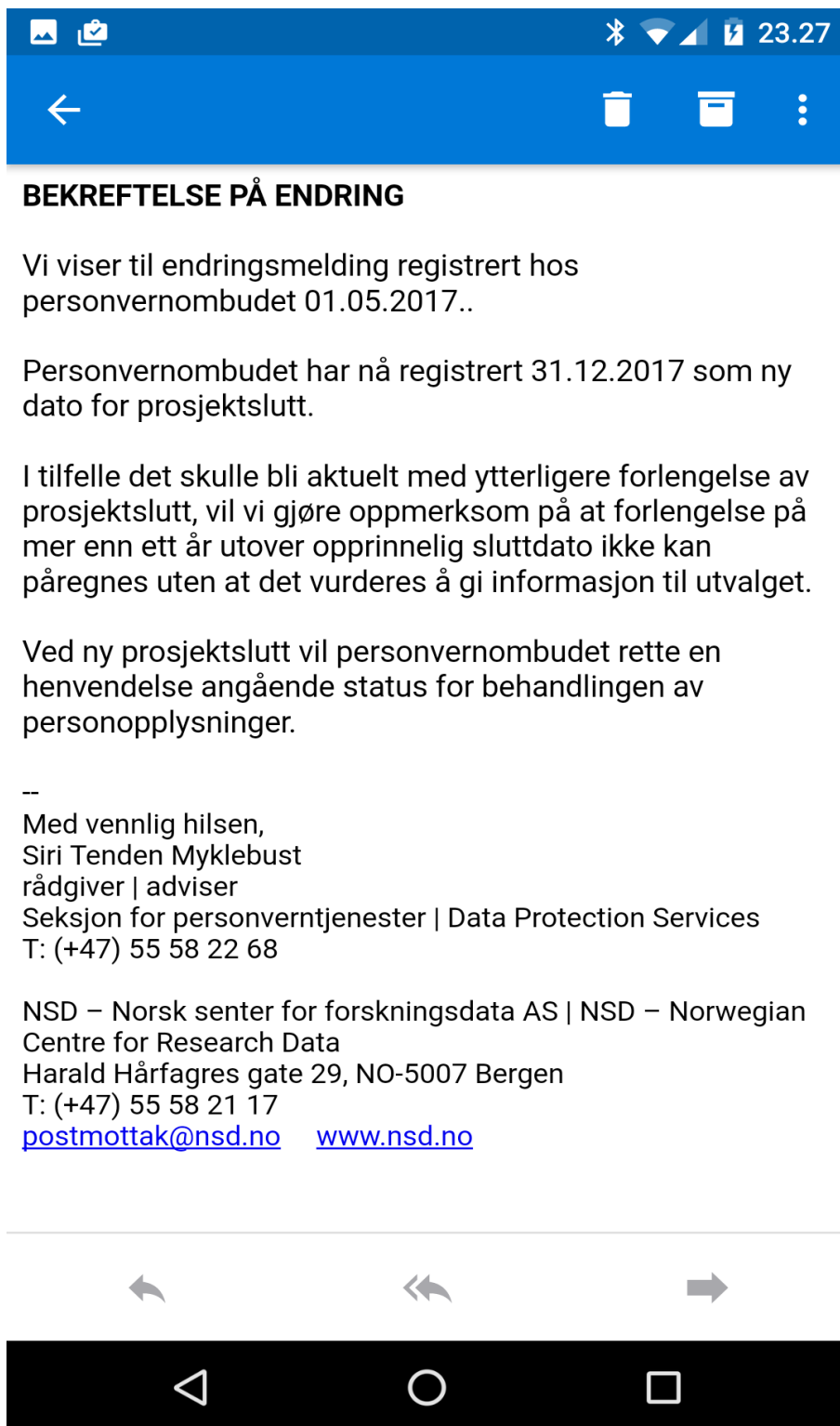
Harald Hårfagres gate 29
NO-5007 Bergen, NORWAY

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

nsd@nsd.no
www.nsd.no

Org.nr. 985 321 884

Vedlegg 3



Vedlegg 4 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

SPILLER FAGBAKGRUNN NOEN ROLLE FOR HVORDAN EN AVDELINGSSJEF I SYKEHUS UTØVER LEDELSE?

Bakgrunn og formål:

Masterstudie. UIO.

Vil finne ut om ledere med ulik fagbakgrunn utøver ledelse på samme måte.

Intervjuer avdelingssjefer ved kirurgisk og medisinsk divisjon ved Ahus. Samt medarbeidere under hver av disse

Dere er forespurt på grunnlag av opplysninger fra kirurgisk divisjons direktør.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse innebærer at man er villig til å dele personlig erfaring fra egen hverdag som leder/medarbeider

Blir utført intervju som blir tatt opp på bånd og transkribert

1 Hva skjer med informasjonen om deg?

2 Informasjonen blir lagret på sikkert sted til oppgaven er publisert og deretter slettet.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Veileder og undertegnede har adgang til dataene

Det vil ikke komme fram personopplysninger i oppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes **[21 juni 2017]**.

Frivillig deltakelse

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

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

Direktør/ avdelingssjef vil ikke opplyses om hvem som velger å delta i prosjektet.

Kontaktopplysninger ved spørsmål om prosjektet:

Egil Nordengen Mha kull 29

E-post: egno@ahus.no, eller egil.nordengen@studmed.uio.no

Tlf: 93493446

Veileder:

Frode Veggeland Professor

E-post: frode.veggeland@medisin.uio.no

Tlf: 22850529

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

