

Hilde Pleym

Lederutvikling i sykehus

Utvikling av ledelse eller ledelse for utvikling?

Masteroppgave i Organisasjon og ledelse

Trondheim, mars 2011

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Pedagogisk institutt

*Leadership is a process whereby an
individual influences a group of
individuals to achieve a common goal*

Northouse, 2007.

Forord

Tanken om å ta lederutdanning dukket opp hos meg for om lag ti år siden. Ulike forhold gjorde at lederutdanningsplanene ble lagt på hylla i noen år, men for tre år siden var tiden inne til å ta dem fram igjen. Jeg begynte med å ta faget Ledelse og Strategi i vårsemesteret 2008, og etter det har lederutdanningsballen rullet helt til jeg nå sitter med en ferdigskrevet masteroppgave i Organisasjon og Ledelse.

Det har vært tre interessante år, og jeg har lært mye. Å få fordype seg i relasjonsledelse har vært svært givende for meg, men også frustrerende. Frustrasjonen har i hovedsak vært knyttet til den avstanden jeg noen ganger ser mellom ”liv og lære”. Jeg treffer daglig flotte og dyktige ledere, men noen ganger opplever jeg at det kan være vel langt mellom den ledelsesutøvelsen jeg observerer og det som skrives og foreleses om hva god ledelse innebærer. Da kommer frustrasjonen snikende. Roma ble imidlertid ikke bygget på en dag, så det gjelder å være tålmodig. Gjennom å sette i gang det lederutviklingsprogrammet denne oppgave handler om, viser toppledelsen ved sykehuset at den ser behovet for og verdsetter god ledelse. Jeg er overbevist om at gode ledere på alle nivåer i organisasjonen vil utgjøre en forskjell både for ansatte og for pasienter og pårørende.

Denne oppgaven ville ikke ha vært mulig uten det gode samarbeidet jeg har hatt med sykehusets organisasjonsavdeling. Jeg vil derfor rette en stor takk til denne avdelingen, og en spesiell takk går til organisasjonsutviklingssjefen. Jeg vil også takke alle mine veilederkollegaer for de gode diskusjonene vi har hatt i løpet av de årene vi har vært sammen om lederutviklingsprogrammet. Disse diskusjonene har vært til god hjelp i arbeidet med oppgaven. En stor takk går også til de seks lederne som var villige til å delta i intervjuene. Uten dem hadde denne oppgaven ikke sett dagens lys.

Videre vil jeg takke mine to veiledere, Ragnheidur Karlsdottir og Ingunn Hybertsen Lysø, som har lært meg det jeg nå kan om kvalitativ forskning og loset meg sikkert gjennom skriveprosessen. Deres evne til å stille spørsmål ved og se på materialet mitt fra ulike vinkler har vært helt uvurderlig.

Sist, men mest av alt vil jeg takke Olav, Kjersti, Nina og Øystein for all den støtte og store tålmodighet dere har vist deres studerende kone og mor. Det er dere som gir livet mitt mening.

Den norske legeforening ved Utdanningsfond I og Norsk overlegeforening har bidratt med økonomisk støttet til min masterutdanning.

Trondheim, mars 2011.

Sammendrag

Tema for denne oppgaven er lederutvikling i helsesektoren. Oppgaven bidrar med innsikt i hvordan lederutvikling for sykehusledere kan gjennomføres ved hjelp av et skreddersydd og delvis internt utviklet lederutviklingsprogram. Hensikten med oppgaven er å gi innspill til videreutvikling av lederutviklingsprogrammet som beskrives i oppgaven. Oppgavens problemstilling er på hvilken måte et internt program for lederutvikling i et norsk sykehus kan utvikles og kontinuerlig videreutvikles i forhold til de stadige endringer som finner sted i sykehuset. For å kunne besvare denne problemstillingen har jeg studert om ledere som har deltatt i det aktuelle programmet har opplevd at de har hatt nytte av programmet i sitt daglige virke som ledere, om programmet har ført til en felles forståelse av helseforetakets overordnede mål hos lederne, og om det er noe samsvar mellom programmets fokus på transformativ ledelse og ledernes fokus i eget lederskap. Studien er basert på mine erfaringer fra utviklingen og gjennomføringen av det aktuelle lederutviklingsprogrammet, på en empirisk undersøkelse av et utvalg ledes opplevelse av å ha deltatt i programmet, samt på internasjonal litteratur om ledelse og lederutvikling i sykehus.

Den empiriske undersøkelsen viste at alle de intervjuede lederne opplevde å ha hatt en form for nytte av å delta. Imidlertid var det bare halvparten av lederne som opplevde å ha fått påfyll til sine lederverktøy gjennom programmet. Kun to av lederne anga at lederutviklingsprogrammet hadde hatt noe å si for deres forståelse av helseforetakets overordnede mål. Imidlertid anga de intervjuede lederne at de gjennom å delta i programmet hadde fått en økt forståelse for andre enheters arbeid. Programmet kan gjennom dette indirekte ha fremmet helhetstenkning i sykehuset. Resultatene fra intervjuene ga ingen holdepunkter for at lederutviklingsprogrammet hadde påvirket den enkelte ledes orientering mot transformativ eller fagorientert ledelse.

Litteraturgjennomgangen viste at utøvelse av såkalt transformativ ledelse er fordelaktig i helseinstitusjoner. Basert på dette, på resultatene av den empiriske undersøkelsen og på mine erfaringer fra utviklingen og gjennomføringen av lederutviklingsprogrammet, diskuterer jeg hvordan programmet bør videreutvikles ved at innholdet i programmet i enda større grad legger vekt på å utvikle ferdigheter i transformativ ledelse og endringsledelse.

Innhold

Forord	I
Sammendrag	III
Innhold	IV

Kapittel 1: Innledning

Ledelse i helsesektoren	2
Lederutviklingsprogrammet	3
Oppgavens struktur	7

Kapittel 2: Metode

Utviklingsorientert evaluering	8
Min rolle som forsker	10
Informanter og intervju	12
Analyse og kategorisering	14
Fortolkning og troverdighet	14
Etiske betraktninger	19

Kapittel 3: Teoretiske perspektiver på ledelse og lederutvikling

Transformativ ledelse, transaksjonsledelse og laissez-faire ledelse	20
Ledelse i helsevesenet	23
Perspektiver på lederutvikling	25
Forskningsspørsmål	28

Kapittel 4: Gjennomføring av lederutviklingsprogrammet

Innholdet i lederutviklingsprogrammet	29
Kvantitativ vurdering og videreutvikling av lederutviklingsprogrammet	34

Kapittel 5: Informantenes opplevelse av lederutviklingsprogrammet	36
Opplevelse av nytte av programmet i forhold til egen lederrolle	36
Opplevelse av sykehusets overordnede mål	39
Opplevelse av transformativ versus faglig ledelsesorientering	40
Kapittel 6: Diskusjon og konklusjon	41
Nytte av lederutvikling	41
Helhetstenkning	43
Ledelsesorientering	44
Videreutvikling av lederutviklingsprogrammet	45
Konklusjon: utvikling av ledelse eller ledelse for utvikling?	48
Litteratur	50
Vedlegg	53

Kapittel 1. Innledning

Denne oppgaven handler om organisering av lederutvikling i helsesektoren. I oppgaven argumenterer jeg for at lederutviklingsprogrammet som studeres bør videreutvikles ved at innholdet i programmet i enda større grad legger vekt på å utvikle lederes ferdigheter i transformativ ledelse og endringsledelse. Dette er viktig fordi internasjonal litteratur viser at transformativ ledelse er velegnet som tilnærming til ledelse i helseinstitusjoner. Norske sykehus befinner seg i en nærmest kontinuerlig endringsprosess, og den refererte litteraturen viser at ledere som leder etter prinsippene i transformativ ledelse også lykkes bedre med å gjennomføre nødvendige endringsprosesser. Å utvikle lederes ferdigheter i transformativ ledelse og endringsledelse har derfor viktige praktiske implikasjoner for å kunne gjennomføre nødvendige endrings- og utviklingsprosesser i norske sykehus på en best mulig måte og med best mulig resultat.

Jeg har valgt å bruke teori som legger vekt på relasjonsledelse fordi ledelse i sykehus i hovedsak handler om å lede høykompetente og spesialiserte medarbeidere med stor faglig autoritet og autonomi. Mange av disse medarbeiderne drives av en sterk indre motivasjon i det daglige arbeidet de utfører, og prinsippene i transformativ ledelse vil da være velegnet når medarbeidere skal ledes, både i det daglige arbeidet og gjennom endringsprosesser. Jeg baserer meg på en utviklingsorientert evaluering av det aktuelle lederutviklingsprogrammet, hvor både ulike erfaringer med gjennomføringen av programmet og resultater fra kvalitative intervjuer inngår i en felles refleksiv praksis om ledelse og lederutvikling i sykehus.

Hensikten med oppgaven er å gi innsikt i på hvilken måte et internt program for lederutvikling i et norsk sykehus kan utvikles og kontinuerlig videreutvikles i forhold til de stadige endringer som finner sted i sykehuset. Med videreutvikling menes her både en tilnærming til hvordan lederutviklingsprogrammet kan evalueres og forbedres kontinuerlig, samt anbefalinger om innholdsmessige endringer i det aktuelle programmet. For å kunne belyse dette beskriver jeg først hvordan det aktuelle lederutviklingsprogrammet ble utviklet og gjennomført. Deretter beskrives resultatene fra en kvalitativ undersøkelse av seks lederes erfaringer med å delta i det aktuelle programmet i forhold til nytte, helhetstenkning og ledelsesorientering.

Ledelse i helsesektoren

I løpet av de siste tiårene har offentlig sektor i Norge gått gjennom en rekke reformer. En viktig bakgrunn for de ulike reformene har vært et ønske om en bedre og mer effektiv drift av denne sektoren. New Public Management (Gruening, 2001) er et konsept som er knyttet til innføring av markedsorienterte styringsprinsipper i den offentlige forvaltningen, og konseptet benyttes ofte når de siste tiårenes reformer i offentlig sektor skal beskrives.

Betydningen av organisasjons- og ledelsesutvikling er en viktig del av New Public Management. Et sentralt moment i så måte er at makt og innflytelse delegeres til den enkelte virksomhet og virksomhetsleder i organisasjonen. Virksomhetsledere i organisasjoner som organiseres etter ideene i New Public Management får således et nytt og utvidet mandat sammenlignet med det mandatet de ville ha hatt i en mer hierarkisk og regelstyrt organisasjon. Selve lederutviklingen i konseptet fokuserer mye på betydningen av strategisk ledelse, teamledelse og totalt lederansvar der de enkelte enhetsledere har et helhetlig ansvar for driften av enhetene og enhetenes resultater (Dalby, 2005).

Tidligere var norske sykehus tradisjonelt små og bestod av få avdelinger (Haug, 2002). Avdelingene ble ledet av en avdelingsoverlege. Ledelsesfilosofien var enkel. Avdelingsoverlegens maktutøvelse var basert på faglig autoritet, og den hadde stor legitimitet (Berg, 1991). Mot slutten av 1970-tallet utviklet det seg en todelt ledelsesstruktur på de fleste norske sykehus. Denne utviklingen kan sees på bakgrunn av både en økende størrelse og kompleksitet i sykehus og de enkelte sykehusavdelinger, og på bakgrunn av den økte profesjonaliseringen, bevisstgjøringen og utviklingen i faglig autonomi som skjedde i sykepleiegruppen (Gjerberg & Sørensen, 2006). Det vanlige ble nå at sykehusavdelinger ble ledet av en avdelingsoverlege og en oversykepleier i fellesskap.

På 1990-tallet førte stadig økende kostnader kombinert med økende ventelister i sykehusene til en tiltakende debatt om bedre og mer effektive sykehus. Med bakgrunn i ideene fra New Public Management om reformer i offentlig sektor, ble spørsmål knyttet til ledelse sentrale i debatten om effektivisering i sykehusene (Gjerberg & Sørensen, 2006). En offentlig utredning om ledelse og organisering i sykehusene foreslo at det skulle innføres enhetlig ledelse i sykehusavdelinger (NOU, 1997), og dette ble fulgt opp med et eget lovkrav i spesialisthelsetjenesteloven § 3.9 som sier at ”sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer” (Odelstingsproposisjon nr 10, 1998-1999). Lovkravet har ført til en omorganisering av ledelsen i norske sykehusavdelinger slik at det i dag som hovedregel

er en leder ved hver avdeling (Gjerberg & Sørensen, 2006). Pålegget om enhetlig ledelse i sykehusavdelinger førte imidlertid ikke til at det ble ansatt nye ledere med formell lederutdanning i sykehusavdelingene. Gjerberg og Sørensen (2006) undersøkelse viser at det i stor grad var forhenværende avdelingsoverleger og oversykepleiere som konkurrerte om disse stillingene.

Sammen med innføringen av enhetlig ledelse og totalt lederansvar i sykehusene, vokste det også fram en bevissthet om at måten ledelse utøves på spiller en rolle for hvordan helseforetakene lykkes med å løse de oppgaver de er pålagt. I den forbindelse understreker Haug (2002) i en redaksjonell kommentar i *Tidsskrift for den norske legeforening* at den profesjonsutdannelsen leger og andre helsearbeidere har ikke automatisk gjør dem skikket til å være ledere i sykehus. Hun etterlyser videre gode opplæringsprogram for helsearbeidere som påtar seg lederoppgaver i landets sykehus. Et slikt opplæringsprogram er Nasjonalt topplederprogram for ledere i helseforetakene. Dette programmet gir ledere mulighet både til å utvikle sine lederferdigheter, og det gir ledere innsikt i hva og hvordan både helsepolitikere og embetsverket i Helse- og omsorgsdepartementet tenker og arbeider (<http://www.helse-midt.no>, 2010; Dommerud, 2006). Programmet er imidlertid i hovedsak kun tilgjengelige for helseforetakenes klinikk- og divisjonssjefer og kan ikke gi et tilbud til de mange mellomlederne i sykehusene. Det er derfor behov for andre måter å drive lederopplæring og utvikling på i norske sykehus. Helseforetakene må selv ta ansvar for å utvikle lederprogrammer for ledere på lavere nivå. Denne masteroppgaven er basert på en studie av et lederutviklingsprogram i et av landets helseforetak, og fokuset i oppgaven er å gi innspill til videreutviklingen av det aktuelle programmet.

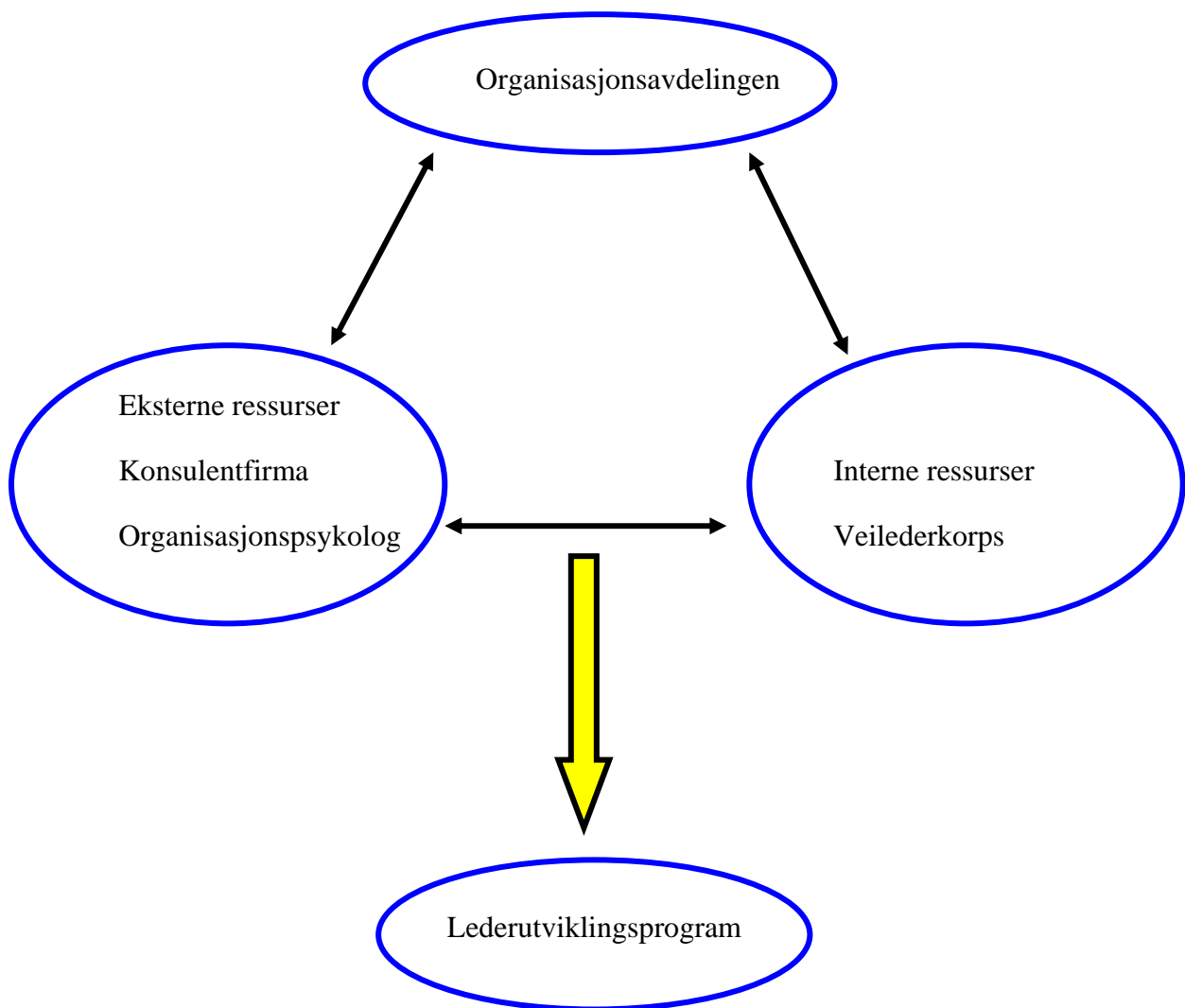
Lederutviklingsprogrammet

I det aktuelle helseforetakets strategidokument fra 2005 kan man i den delen som omhandler ledelse ved sykehuset lese at "Helseforetakets ledere skal være synlige og ansvarlige og sikre effektiv organisering og ressursbruk". Videre sier dokumentet at "Helseforetaket skal ha en tydelig, enhetlig ledelsesstruktur", og at "alle ansatte skal ha én leder som de skal ha medarbeidersamtaler med en gang i året". Dokumentet beskriver ikke nærmere hva som ligger i begrepet "synlige og ansvarlige" ledere eller hvordan de beskrevne målene for ledelse skal oppnås. For å nå strategidokumentets beskrevne mål vedrørende ledelse, besluttet sykehusets toppledelse å utvikle og gjennomføre et lederutviklingsprogram som skulle favne alle

mellomlederne i organisasjonen. Et av målene med programmet var å hjelpe lederne med å avklare roller og forventninger og gi dem kunnskaper, konkrete verktøy samt mot og motivasjon til å stå i lederrollen generelt og i endringsprosesser spesielt. I tillegg ville man med programmet legge grunnlaget for helhetstenkning i sykehuset. Dette vil si at man ønsket å bevisstgjøre spesielt ledere på at selv om foretaket består av mange ulike avdelinger og seksjoner, er det allikevel et sykehus der alle arbeider mot de samme målene. Gjennomføringen av lederutviklingsprogrammet i det aktuelle helseforetaket har krevd og krever fortsatt betydelige menneskelige og økonomiske ressurser.

Det aktuelle helseforetaket ledes av administrerende direktør. Foretaket er delt inn i 17 klinikker/divisjoner som hver ledes av en klinikk/divisjonssjef. Klinikk- og divisjonssjefene utgjør direktørens ledergruppe. Klinikken og divisjonene er delt inn i avdelinger som ledes av avdelingssjefer. Avdelingenes ulike seksjoner ledes av seksjonsledere. Avdelingssjefene og seksjonslederne utgjør organisasjonens mellomledersjikt, og helseforetaket har ca 330 ledere på dette nivået. Både leger, sykepleiere, fysioterapeuter, bioingeniører, teknisk personale og merkantilt personale er representert blant mellomlederne.

Utviklingen av lederutviklingsprogrammet ble ledet av helseforetakets organisasjonsavdeling. Aktører i utviklingen av programmet og forholdet mellom dem er vist i Figur 1.1. I figuren illustreres samspillet mellom organisasjonsavdelingen, organisasjonspsykologer og veilederkorpset i den endelige utarbeidelsen av lederutviklingsprogrammet.



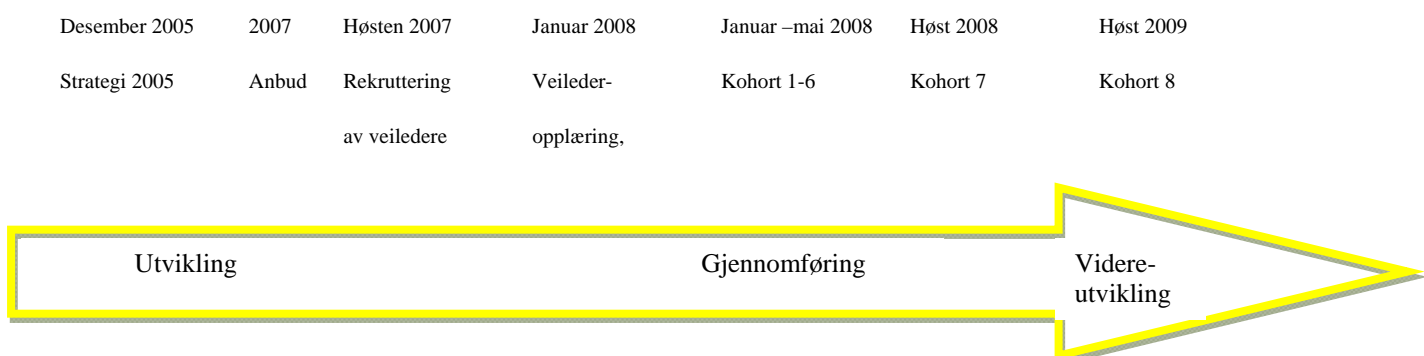
Figur 1.1 *Aktører i utviklingen av lederutviklingsprogrammet.*

Organisasjonsavdelingen innså at for å gjennomføre et lederutviklingsprogram for det aktuelle antallet ledere, måtte man bruke en kombinasjon av eksterne og interne ressurser. Man anså også at det å ha med egne krefter i gjennomføringen av programmet ville gi fordeler knyttet til både god kjennskap til og god forankring i organisasjonen. De eksterne ressursene ble rekruttert i form av et offentlig tilbud som beskrev helseforetakets mål for ledelse og lederutvikling. Oppdraget gikk til et konsulentfirma drevet av organisasjonspsykologer. De interne ressursene i form av 14 lederveiledere ble rekruttert via en annonse på sykehusets intranett. Det meldte seg ca 60 interesserte personer, og de 14 som ble valgt som veiledere ble plukket ut med bakgrunn i at man ønsket seg et veilederkorps med ulik faglig bakgrunn og ulik tilknytning i organisasjonen. Veilederkorpset ble således bestående av medarbeidere både

fra den somatiske medisinen, fra psykiatrien og fra staben. Både leger, sykepleiere, psykologer og medarbeidere fra staben var representert. Noen av veilederne hadde lederoppgaver i sitt daglige virke i organisasjonen, mens andre ikke hadde det. Det var en jevn kjønnsfordeling i veilederkorpset (7 kvinner og 7 menn).

Firmaet som vant det offentlige anbudet hadde utviklet et faglig innhold for et fire dager langt lederutviklingsprogram. De endelige detaljene i programmet ble utarbeidet i samarbeid med sykehusets organisasjonsavdeling og det interne veilederkorpset. Samarbeidet med veilederne foregikk samtidig med at veilederne fikk opplæring og trening som forberedelse til veilederoppgavene. To av firmaets organisasjonspsykologer sto for denne opplæringen. Forberedelsene foregikk over to ganger to dager, og i løpet av disse dagene ble også programmets endelige innhold utarbeidet. Veilederopplæringen bestod av en detaljert gjennomgang av programmet og av veilederens rolle i dette. Korte foredragssekvenser med fokus på veiledning alternerte med trening i form av rollespill både i grupper og i plenum. Alle veiledere fikk trening i å veilede, og etter hver treningssekvens ble det gitt tilbakemelding både fra organisasjonspsykolog og fra de andre deltakerne. I tillegg til å trene på selve det å veilede, rollespilte veilederne seg også gjennom de rollespill og treningsoppgaver som deltakerne i lederutviklingsprogrammet skulle få prøve seg på. På denne måten ble veilederne godt kjent med innholdet i programmet, noe som førte til at de etter avsluttet opplæring følte seg komfortable med de kommende veilederoppgavene. Det var også gjennom disse rollespill og treninger at de endelige og siste detaljene i programmets innhold falt på plass.

Figur 1.2 illustrerer lederutviklingsprogrammets utvikling over tid fra strategidokumentet ble utformet og fram til gjennomføringen av kohort 8.



Figur 1.2 Tidslinje som viser gangen i utviklingen og gjennomføringen av lederutviklingsprogrammet.

Denne studien er basert på erfaringer fra utvikling og gjennomføring av det aktuelle lederutviklingsprogrammet for mellomledere i et norsk sykehus, herunder ulike dokumenter, samt på en empirisk undersøkelse av et utvalg ledes opplevelse av å delta i programmet. Sammen med kunnskap hentet fra internasjonal litteratur på områdene lederutvikling generelt og ledelse og lederutvikling i sykehus spesielt, vil resultatene fra studien belyse på hvilken måte det aktuelle lederutviklingsprogrammet kan forbedres og videreutvikles i forhold til og i takt med endringer i helseforetaket.

Oppgavens struktur

Oppgaven består av seks kapitler, litteraturliste og vedlegg. Etter innledningen (kapittel 1) som gir bakgrunnsinformasjon for studien samt klargjør oppgavens problemstilling, følger et metodekapittel (kapittel 2) hvor jeg redegjør for de forskningsmetoder jeg har brukt i oppgaven. Deretter følger en gjennomgang av den litteraturen oppgaven baserer seg på (kapittel 3), etterfulgt av en detaljert redegjørelse for gjennomføringen av lederutviklingsprogrammet (kapittel 4). Videre gjør jeg rede for resultatene fra den empiriske intervjuundersøkelsen (kapittel 5), før jeg diskuterer studiens resultater, sammenholder disse med den internasjonale litteraturen og beskriver hvordan lederutviklingsprogrammet kan videreutvikles (kapittel 6).

Etter de sju kapitlene følger litteraturlisten, og denne etterfølges av to vedlegg, informasjon til informantene samt samtykkeerklæring (vedlegg 1), og intervjuguide (vedlegg 2).

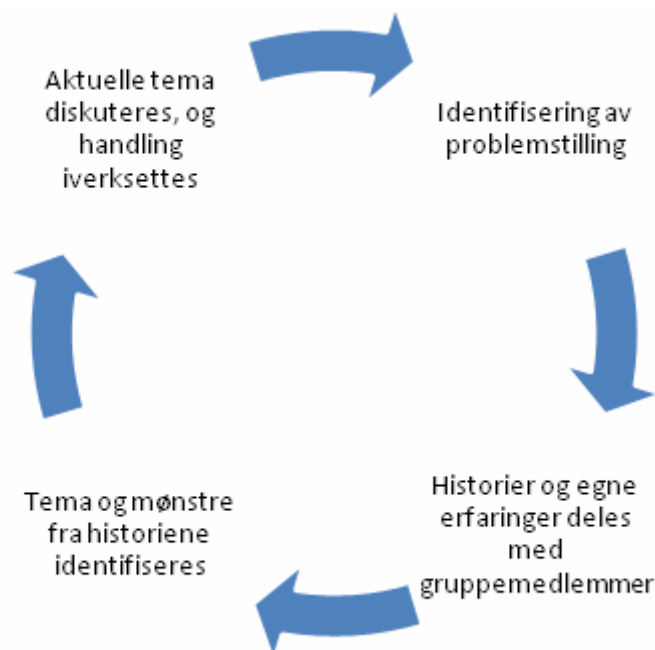
Kapittel 2. Metode

I dette kapittelet vil først beskrive den forskningsstrategien jeg har valgt for denne oppgaven. Deretter tar jeg for meg min egen kombinerte rolle som veileder i programmet og som gjennomfører av den empiriske studien. Videre følger det et avsnitt om informanter og intervju, og et avsnitt der jeg beskriver hvordan data er analysert og kategorisert. Jeg gjør så rede for undersøkelsens fortolkning og troverdighet. Avslutningsvis gjør jeg kort greie for de etiske betraktninger jeg har gjort i forbindelse med studien.

Utviklingsorientert evaluering

Forskningsstrategien jeg har brukt i denne oppgaven kan beskrives som utviklingsorientert evaluering. Dette handler om å bruke innovativ utvikling for å underlette tilpassninger til nye og dynamiske virkeligheter i komplekse omgivelser (Patton, 2011). Hensikten med utviklingsorientert evaluering er å bidra til utvikling av en innovasjon, en intervensjon eller et program (Patton, 2011). Utviklingen foregår gjennom en kontinuerlig evalueringsprosess der den som evaluerer ofte er en del av programmet eller intervensjonen som skal evalueres. Som forskningsstrategi egner utviklingsorientert evaluering seg når man skal studere prosesser som er i kontinuerlig utvikling og endring. Det aktuelle lederutviklingsprogrammets utvikling og videreutvikling er en slik kontinuerlig prosess, og utviklingsorientert evaluering passer derfor som forskningsstrategi.

Et klassisk trekk ved utviklingsorientert evaluering er at evalueringsprosessen starter allerede under utviklingen av programmet, intervensjonen eller innovasjonen som skal evalueres. Prosessen fortsetter gjennom hele implementeringen og videreutviklingen av programmet. Den kontinuerlige evalueringen foregår som en refleksiv praksis der de ulike trinnene i en refleksiv sirkel stadig gjentas. Dette er illustrert i figur 2.1.



Figur 2.1. Den refleksive sirkelen i en utviklingsorientert evaluering. Etter Patton (2011).

Den refleksive praksisen starter med at man identifiserer et eller flere spørsmål knyttet til prosessen eller intervensjonen som skal evalueres. Deretter deler medlemmene i gruppen hvor evalueringen foregår historier og egne erfaringer med hverandre. Det neste trinnet i sirkelen består av å identifisere temaer og ulike mønstre i historiene, og deretter følger et trinn hvor de temaer som anses å være av betydning for læring og den videre utviklingen av prosessen diskuteres og handling iverksettes (Patton, 2011).

I min studie har jeg identifisert spørsmålet om lederutviklingsprogrammet bør videreutvikles, og jeg har også stilt spørsmålet om hvordan det kan forbedres. Jeg har videre delt historier og erfaringer både med mine veilederkolleger og representanter fra organisasjonsavdelingen på våre halvårlige veiledersamlinger, og med mine informanter under intervjuene. Etter dette trinnet i prosessen har jeg sittet igjen med både egne erfaringer, erfaringer formidlet til meg fra de andre veilederne og fra organisasjonsavdelingen, og med erfaringer formidlet til meg fra et utvalg av deltagerne i programmet gjennom kvalitative intervju. I det videre arbeidet med oppgaven har jeg så gjort en analyse av disse ulike erfaringene, og gjennom denne analysen har jeg kunnet identifisere viktige momenter som vil kunne bidra til en videreutvikling av det aktuelle lederutviklingsprogrammet. Iverksetting av handling i form av

forandringer i programmet vil kunne skje etter at mine resultater er presentert for og diskutert i veiledergruppen og i organisasjonsavdelingen. Deretter vil en ny sløyfe i den reflekseive sirkelen kunne påbegynnes for å evaluere de endringer i programmet som resultatene av min studie har ført til.

I utviklingsorientert evaluering går evaluering og utvikling hånd i hånd. Dette medfører at evalueringsprosessen kan produsere kunnskap og innsikt som ikke bare resulterer i mindre forbedringer, men som resulterer i virkelig genuin utvikling av prosessen, intervensjonen eller innovasjonen som evalueres (Patton, 2011). Hovedmålsettingen med denne oppgaven er at den skal gi innsikt i på hvilken måte lederutviklingsprogrammet kontinuerlig kan videreutvikles i takt med de endringer sykehuset gjennomgår. Det har derfor vært naturlig å bruke utviklingsorientert evaluering som forskningsstrategi i arbeidet med oppgaven.

Min rolle som forsker

Graden av lederutdanning og ledererfaring blant helsearbeidere som rekrutteres til lederstillinger i helseforetakene varierer. Intern lederutvikling er en viktig del av det å styrke lederkompetansen i sykehus, og utviklingen av det aktuelle lederutviklingsprogrammet må sees i denne sammenheng. Som beskrevet i kapittel 1, satset man i dette lederutviklingsprogrammet på å rekruttere interne veiledere til å bistå i utviklingen og gjennomføringen av programmet. Sammen med 13 andre veiledere kom jeg derfor inn i programmet i utviklingsfasens siste del (Figur 1.2).

Den siste delen av utviklingsfasen foregikk parallelt med at de interne veilederne fikk opplæring i prosessstyring og veiledning. En ekstern konsulent hadde laget et forslag til programinnhold sammen med helseforetakets organisasjonsavdeling. Dette innholdet ble prøvd ut på og med veilederne som beskrevet i kapittel 1, og veilederne ble deretter bedt om å komme med forslag til forandringer og forbedringer. Alle forslag ble diskutert og vurdert av gruppen av veiledere, representanter fra organisasjonsavdelingen og den eksterne konsulenten. Gjennom disse diskusjonene ble det endelige innholdet i lederutviklingsprogrammet utformet. Det vil si at jeg har vært medvirkende i den siste fasen av utviklingen av programmet.

Min rolle i gjennomføringen av lederutviklingsprogrammet var å være veileder for totalt fem ulike grupper fordelt på fem av de i alt åtte kohortene programmet så langt har vært gjennomført for. Jeg er fortsatt aktivt med i helseforetakets veilederkorps.

Ved å være veileder i lederutviklingsprogrammet har jeg fått en svært god kjennskap til innholdet i programmet og til hvordan det har blitt presentert. Jeg har også hatt god anledning til å observere og vurdere hvordan det har blitt mottatt av deltagerne. Dette gjelder spesielt for de deltagerne jeg har vært veileder for. I tillegg har jeg blitt kjent med mange av helseforetakets ledere, og dette inkluderer også de lederne jeg har intervjuet i forbindelse med denne oppgaven.

Gjennom fortsatt å være med i helseforetakets veilederkorps er jeg også med på arbeidet med å videreutvikle programmet. Veilederne har halvårlige samlinger der programmets innhold og gjennomføring stadig diskuteres i samarbeid med organisasjonsavdelingen og den eksterne konsulenten. I tillegg til å være veileder i lederutviklingsprogrammet er jeg også ansatt i det helseforetaket som programmet har vært gjennomført i. Det vil si at jeg er ansatt i samme organisasjon som alle mellomlederne som har deltatt i programmet, herunder også mine informanter.

Det å være en "insider" i et prosjekt som det jeg her beskriver byr på både fordeler og spesielle utfordringer. En fordel er at jeg har god kjennskap til organisasjonen og til mange av de menneskene som arbeider i den. En annen fordel er at jeg har en definert rolle og posisjon i helseforetaket, både som veileder og som profesjonell yrkesutøver. Dette har ført til at jeg i mitt arbeid har opplevd umiddelbar tillit både hos ledelsen i organisasjonsavdelingen og hos mine informanter. Denne tilliten har lettet arbeidet med å samle inn empirisk materiale til oppgaven. I tillegg har både organisasjonsavdelingen, informantene og jeg hatt et felles forståelsesgrunnlag for utgangspunktet for den empiriske undersøkelsen. Dette opplevde jeg også som en fordel.

Samtidig kan mitt kjennskap til og min posisjon i organisasjonen være en utfordring i forhold til mine forskningsspørsmål. God kunnskap om den organisasjonen som undersøkes kan føre til at jeg som forsker er forutinntatt og derfor bare ser det jeg forventer å finne. Gjennom mitt mangeårige ansettelsesforhold i foretaket har jeg både tilegnet meg kunnskap om ulike forhold og utfordringer i foretaket, samt fortolket denne kunnskapen. Dette kan virke inn både på min vurdering av innholdet i og gjennomføringen av programmet, på utformingen av forskningsspørsmål og av intervjuguiden, på gjennomføringen av intervjuene og på

tolkningen av innholdet i intervjuene. For å redusere effekten av at inngående kunnskap om helseforetaket skal virke inn på gjennomføringen av undersøkelsen og fortolkningen av resultatene, er det viktig og ”ta et mentalt skritt tilbake” for å oppnå en viss avstand til prosjektet. Jeg har også bevisst skapt avstand ved å velge informanter som arbeider i andre klinikker og dermed på andre felt enn det jeg selv gjør. Dette har medført at informantene og jeg ikke kan sies å være godt kjente, selv om vi ikke er fremmede for hverandre. I tillegg har jeg skapt avstand ved at jeg har hatt permisjon fra stillingen min mens jeg har arbeidet med oppgaven.

Selv om informantene og jeg ikke er godt kjent, har vi som tidligere nevnt et felles forståelsesgrunnlag som danner et utgangspunkt for intervjuene. Min ”insider” rolle både i helseforetaket som sådan og i lederutviklingsprogrammet og det derav følgende felles forståelsesgrunnlag har ført til at jeg har kunnet stille oppfølgingsspørsmål og fått ærlige, utdypende og til dels svært direkte svar og kommentarer som en forsker utenfra ville ha hatt vansker med å få tilgang til. Dette har vært en stor fordel.

Informanter og intervju

For å få svar på spørsmålene knyttet til mellomlederens opplevelse av nytte av deltagelse i lederutviklingsprogrammet, deres forståelse av helseforetakets overordnede mål, samt på spørsmålet om lederne er transformativt ledelsesorientert og/eller fagorientert i sin ledelsesutøvelse, har jeg gjennomført en kvalitativ intervjuundersøkelse. Etter å ha innhentet godkjenning fra Personvernombudet ved Norsk samfunnsfaglig datatjeneste, ble seks informanter intervjuet etter å ha avgitt skriftlig informert samtykke (vedlegg 1). Alle informantene var mellomledere i det undersøkte helseforetaket, og alle hadde deltatt på det aktuelle lederutviklingsprogrammet to og et halvt år før intervjuet fant sted.

Under utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen for undersøkelsen ble det besluttet å intervju seks informanter. Antallet informanter ble valgt ut fra forhold relatert til den tiden som stod til rådighet for gjennomføringen av masteroppgaven, oppgavens omfang, samt en vurdering av det antall informanter som skulle til for å oppnå tilstrekkelig informasjon til å kunne si noe om forskningsspørsmålene.

Utvelgelsen av informanter var ikke tilfeldig, men ble gjort ut fra praktiske vurderinger. Ved hjelp av en liste over deltagere i programmet ble totalt ti mellomledere (fem sykepleiere og

fem leger) kontaktet og spurt om å delta i undersøkelsen. Av disse var to ikke lenger mellomledere (en lege og en sykepleier), og de var derfor utelukket fra å delta. En lege ønsket ikke å delta, mens en sykepleier aldri svarte på henvendelsen. De gjenværende mellomlederne svarte ja til deltagelse og ble intervjuet. Tre av samtalene foregikk på informantenes arbeidsplass, og tre fant sted på undersøkernes kontor.

De seks informantene besto av tre sykepleieledere (kvinner) og tre legeledere (en kvinne og to menn). Median alder var 56.5 (47-61) år. Hvor lenge de hadde vært ledere varierte fra 4 til 29 år, med en median tid som leder på 13 år. Antallet medarbeidere de var nærmeste leder for varierte fra 7 til 40. Ingen av informantene hadde jobbet som leder i annen organisasjon. Alle hadde søkt lederstillingen aktivt. To av lederne (en sykepleier og en lege) var blitt oppfordret til å søke, mens de øvrige hadde søkt på eget initiativ. Sykepleielederne hadde lederutdanning som gir studiepoeng. En av legelederne hadde et tre uker langt lederkurs i regi av fagforeningen, mens de to andre legelederne ikke hadde lederutdanning.

Intervjuene ble utført med hjelp av en intervjuguide (vedlegg 2). Denne guiden ble utarbeidet med bakgrunn i undersøkelsens forskningsspørsmål, i litteratur som viser at transformativ ledelse har fordeler når det gjelder ledelse av helsearbeidere og i de erfaringene jeg har gjort meg som veileder i programmet. Det er særlig de to innledende spørsmålene om hva informanten anser som god ledelse og om når informanten lykkes som leder som er relatert til teori om transformativ ledelse. Ved å spørre om dette gis informantene mulighet til å beskrive sitt syn på og opplevelse av egen ledergjerning. Svarene er tenkt å skulle si noe om i hvilken grad den enkelte leder har en spesiell orientering i sitt lederskap, og om lederen er mer eller mindre transformativt ledelsesorientert eller fagorientert. Spørsmålene om konkret nytteverdi og konkrete verktøy er tenkt å gi svar som kan belyse på hvilken måte lederutviklingsprogrammet har blitt opplevd som nyttig av lederne, mens spørsmålene om den enkeltes oppfatning av overordnede mål ble tatt med for å belyse om det finnes noen felles forståelse av helseforetakets overordnede mål blant de intervjuede mellomlederne.

I tillegg til spørsmålene i intervjuguiden ble det stilt oppfølgingsspørsmål som var avhengige av hvordan informantene hadde svart på tidligere spørsmål. Tilleggsspørsmålene var preget av intervjuerens "insider" rolle med dertil hørende gode kjennskap til helseforetaket. Alle intervjuene ble tatt opp ved hjelp av en diktafon. De ble deretter transkribert fra muntlig til skriftlig form. Det skriftlige materialet ble så analysert og gruppert i tre kategorier. Denne prosessen beskrives nærmere i det følgende avsnittet.

Analyse og kategorisering

Kategorisering er en måte å presentere kvalitative forskningsdata på og innebærer en systematisk konseptualisering av ulike utsagn (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne presentasjonsmåten fører til at meningen i lengre utsagn i intervjuer kan forkortes og grupperes i få og enkle kategorier. Undersøkelsens hovedfunn presenteres ved hjelp av 3 hovedkategorier. Utviklingen av kategorier foregikk ad hoc under analysens gang (Kvale & Brinkmann, 2009), men er utviklet på bakgrunn av oppgavens forskningsspørsmål og i møtet mellom min empiri og teori om ledelse og lederutvikling i helsevesenet. Den første kategorien kategoriserer utsagn knyttet til ledernes opplevelse av personlig nytte av lederutviklingsprogrammet. Gjennom denne kategorien belyser jeg om ledere som har deltatt på programmet opplever at de har hatt nytte av programmet i sitt daglige virke som ledere, samt på hvilken måte de opplever nytte av lederutvikling. Den andre kategorien omhandler ledernes syn på helseforetakets og egen enhets overordnede mål. Denne kategorien skal gi svar på om lederne har noen felles forståelse av helseforetakets overordnede mål, og om lederne opplever at en slik eventuell felles forståelse er et resultat av eller har blitt forsterket gjennom lederutviklingsprogrammet. Den siste kategorien tar for seg hvordan lederne uttrykker seg med hensyn til vektlegging av momenter knyttet til begrepet transformativ ledelse versus fagorientert ledelse. Sammen vil resultatene fra kategoriseringen gi svar på oppgavens overordnede problemstilling knyttet til om og på hvilken måte lederutviklingsprogrammet kan videreutvikles.

Hovedkategorien som kategoriserer informantenes opplevelse av nytte av programmet i forhold til egen lederrolle er delt inn i underkategoriene *orientering oppover, nedover og horisontalt*, *nye verktøy* og *selvrefleksjon*. Hovedkategoriene som belyser informantenes opplevelse av sykehusets overordnede mål og informantenes lederfokus i forhold til transformativ ledelse versus fagorientert ledelse er ikke delt inn i underkategorier.

Fortolkning og troverdighet

Fortolkning

Troverdighet er et sentralt tema i all fortolkning av forskningsresultater. I den kvantitative forskningen blir kvaliteten på resultatene og i hvilken grad vi kan tro på dem og generalisere ut fra dem basert på en vurdering av resultatenes validitet og reliabilitet. Mens reliabilitet

handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet, handler validitet om sannhet, riktighet og styrke (Kvale & Brinkmann, 2009). I kvantitativ forskning vurderes oftest resultatenes validitet og reliabilitet ved hjelp av statistisk analyse og definerte statistiske krav. Et annet viktig poeng når det gjelder troverdigheten av kvantitativ forskning er at forskningsresultatene skal kunne reproduseres av andre forskere. Dette innebærer et syn på forskningsprosessen og dens resultater som objektive størrelser som avspeiler virkeligheten slik den er (Kvale & Brinkmann, 2009).

I kvalitativ forskning stiller dette seg annerledes. I følge Lincoln og Guba (1985) er kriteriene for troverdighet i kvantitativ forskning formet av et positivistisk perspektiv som er basert på en antagelse om naiv realisme. Imidlertid kan kvalitativ forskning ikke nødvendigvis analyseres statistisk på samme måte som kvantitativ forskning. I tillegg er kvalitativ forskning vanligvis ikke reproducerbar. Problemet med reproducerbarhet kan illustreres ved hjelp av min intervjuundersøkelse. Jeg jobber i samme organisasjon som informantene mine, og jeg har truffet alle tidligere, selv om jeg ikke kan si at jeg kjenner dem. I tillegg har jeg vært veileder i det lederutviklingsprogrammet jeg undersøker, noe som også har innebåret at jeg har vært med i utviklingen av programmet. Min "insider" rolle har påvirket både utformingen av intervjuguide, den måten intervjuene har forløpt og spørsmålene har blitt stilt på, samt fortolkningen av resultatene. Det er ikke usannsynlig at en annen forsker uten min "insider" kunnskap vil kunne komme fram til andre resultater og fortolkninger om lederutviklingsprogrammet enn det jeg har gjort. Dette trenger ikke å bety at resultatene av min undersøkelse av lederutviklingsprogrammet ikke er riktige eller "sanne", ei heller at resultatene av en tenkt undersøkelse av det samme programmet av en annen forsker er gale. Men vi må bytte ut det positivistiske perspektivets tro på én objektiv "sannhet" med noe annet.

Det konstruktivistiske paradigmet forutsetter en relativistisk ontologi der det finnes flere virkeligheter, en subjektivistisk epistemologi der for eksempel intervjuer og informant lager en felles forståelse, og en naturalistisk metodologi (Denzin & Lincoln, 2005). Dette paradigmet er i tråd med den studien jeg har gjennomført. Konstruktivismen gir plass for at ulike forskere kan komme fram til ulike beskrivelser av den samme virkeligheten der ingen av de ulike beskrivelsene er mer eller mindre riktige enn de andre.

Med et konstruktivistisk syn på den kvalitative forskningen følger et behov for andre kriterier enn validitet og reliabilitet for å bedømme forskningsresultatenes troverdighet. Lincoln og

Guba (1985) har foreslått å bruke kriteriene kredibilitet, overførbarhet, avhengighet og konfirmabilitet for å vurdere troverdighet av kvalitativ forskning innenfor det konstruktivistiske paradigmet. I det følgende vil jeg diskutere troverdigheten av min undersøkelse basert på disse kriteriene.

Troverdighet

Kredibilitet

Kredibilitet handler om i hvilken grad jeg har klart å presentere informantenes oppfatning av virkeligheten på en riktig måte. Lincoln og Guba (1985) foreslår sju teknikker som kan brukes for å oppnå kredibilitet. Disse er et forlenget engasjement, vedvarende observasjon, triangulering, diskusjon og debriefing med andre forskere, negativ "case" analyse, kontroll av rådata og sjekking av funn, og fortolkninger hos informantene.

Med *forlenget engasjement* menes det at forskeren tilbringer nok tid i det miljøet som forskningsdata hentes fra til at det kan oppstå en gjensidig tillit mellom forsker og menneskene i miljøet, og slik at muligheten til misforståelser hos forsker og/eller informanter reduseres (Lincoln & Guba, 1985). Jeg har konstruert mine data fra den organisasjonen jeg selv arbeider i. Mitt engasjement i organisasjonen har derfor vart over en periode på mer enn 10 år. I tillegg har jeg vært involvert i lederutviklingsprogrammet som veileder i tre år. Jeg vil derfor hevde at mitt engasjement har vært særdeles langvarig og at jeg har svært god kjennskap både til organisasjonen og til lederutviklingsprogrammet.

Vedvarende observasjon gir en mer dyptgående kunnskap om det som studeres. Ved å ha et åpent sinn og holde ulike tolkningsmuligheter åpne over tid, kan nye og interessante ting dukke opp og bidra til å differensiere det totale bildet (Lincoln & Guba, 1985). For mitt vedkommende startet analysen av virkningen av lederutviklingsprogrammet med de observasjonene og refleksjonene jeg gjorde meg da jeg veiledet de ulike gruppene gjennom programmet. Mine tanker og refleksjoner fortsatte da jeg fikk tilgang på de umiddelbare tilbakemeldingene fra deltagerne etter de ulike programkohortene, og gjennom diskusjoner med de andre veilederne på de halvårlige veiledersamlingene. Videre fikk jeg god anledning til fortsatt refleksjon da jeg transkriberte intervjuene fra muntlig til skriftlig form. Dette medførte en god del spoling fram og tilbake, og jeg hadde flere "aha-opplevelser" under dette

arbeidet. Til slutt har også den endelige analysen av intervjuene vært en kilde til refleksjon over hva hele mitt materiale egentlig kan fortelle om lederutviklingsprogrammet.

Triangulering vil si at man bruker ulike kilder, metoder, undersøkere og teorier (Lincoln & Guba, 2005). I min undersøkelse har jeg brukt intervju for å få vite noe om hvordan et utvalg mellomledere har opplevd å delta i et lederutviklingsprogram. I tillegg har jeg også brukt egen erfaring knyttet til mitt oppdrag som veileder i programmet, og jeg har hatt tilgang til og brukt ledernes umiddelbare tilbakemeldinger etter avsluttet program. Jeg har derfor brukt både ulike kilder og metoder som grunnlag for å komme fram til undersøkelsens resultater og tolkningen av dem. I tillegg har jeg reflektert over programmet i lys av norsk og internasjonal litteratur om ledelse og lederutvikling i sykehus. Imidlertid har mitt hovedfokus i undersøkelsen hele tiden vært rettet mot det som var organisasjonsavdelingens mål med lederutviklingsprogrammet, og jeg mener at det å se disse målene og hele programmet i lys av annen litteratur har styrket undersøkelsen.

Diskusjon og debriefing med andre forskere styrker kredibiliteten ved at man legger fram og diskuterer sine forskningsfunn og tolkninger med andre forskere (Lincoln & Guba, 1985). Dette kan hjelpe til med å klargjøre forskningsfunnene gjennom det at andre får anledning til å stille spørsmål ved forskerens slutninger og konklusjoner.

Negativ "case" analyse beskriver en prosess hvor man hele tiden reviderer og tester ut sin forståelse ved å se bakover (Lincoln & Guba, 1985). Jeg har sett bakover, reflektert og kommet til ny erkjennelse om hvordan lederutviklingsprogrammet kan videreutvikles under hele prosessen med denne oppgaven. Det er særlig diskusjoner med mine veiledere som har katalysert dette, men samtalene med mine informanter og intervjuanalyse- og skriveprosessen har også bidratt. Prosessen foregår fortsatt i skrivende stund.

Kontroll av rådata og sjekking av funn vil si at man lar andre få tilgang til de originale data (Lincoln & Guba, 1985). Mine veiledere har hatt tilgang til empiri i form av min opplevelse av å være veileder i programmet gjennom min skriftlige redegjørelse i denne oppgaven og gjennom mine muntlige fortellinger. I tillegg har de hatt tilgang til deltagerens umiddelbare tilbakemelding etter avsluttet program. Jeg har imidlertid ikke vist rådata fra intervjuene til veilederne eller andre. Årsaken er at jeg har lovet mine informanter full konfidensialitet, og det medfører at jeg ikke kan vise disse data til andre, selv om de utgjør undersøkelsens viktigste rådata.

Fortolkninger hos informantene vil si at man kontrollerer sine funn og tolkninger hos informantene (Lincoln & Guba, 1985). Dette har jeg gjort under intervjuenes gang. Jeg har imidlertid ikke gjort det i ettertid. Jeg mener at intervjusituasjonen ga god anledning til å få klarhet i ulike uklårheter og at informantene og jeg hadde et felles syn på hva vi hadde snakket om og hvordan det skulle oppfattes ved intervjuets slutt. Alt i alt mener jeg at jeg ved å sammenholde de sju kriteriene for kredibilitet kan si at min undersøkelse har god kredibilitet.

Overførbarhet

Lincoln og Guba (1985) hevder at det konstruktivistiske paradigmet umuliggjør direkte generaliserbarhet av forskning gjort i én setting til andre settinger. I stedet for generaliserbarhet mener disse forfatterne at overførbarhet er et begrep som kan brukes for å si noe om en undersøkelses troverdighet. Overførbarhet vil si at funnene fra en studie er relevante også i andre sammenhenger. Det er imidlertid ikke forskeren selv, men derimot den enkelte leser som avgjør om resultater av en gitt undersøkelse er overførbare. For å gjøre studien overførbar er det viktig at forskeren gjør detaljert rede for innhenting og analyse av data, samt for den settingen eller sammenhengen data er innhentet i. I denne oppgaven har jeg gjort nøye rede for hvordan lederutviklingsprogrammet er blitt gjennomført, samt hvordan jeg gjennom å intervju seks informanter har innhentet informasjon om mellomlederes opplevelse av deltagelse i programmet. Jeg mener at dette er gjort rede for på en slik måte at det vil være mulig for lesere av oppgaven å bedømme undersøkelsens overførbarhet.

Avhengighet

Avhengighet handler om i hvilken grad mine funn er avhengig av mine interesser, teoretiske overbevisning og tidligere forskningserfaring. Lincoln og Guba (1985) hevder her at det er viktig å se på selve forskningsprosessen i lys av avhengighetskriteriet. Jeg har en god del forskningserfaring fra tidligere innen området kvantitativ pasientnær medisinsk forskning. Jeg har imidlertid ingen tidligere erfaring med kvalitative intervjuundersøkelser. Jeg kan derfor si at valget av forskningsmetode og prosess ikke har vært avhengig av verken mine interesser eller min teoretiske overbevisning. Forskningsprosessen har i øvrig vært godt eksponert og diskutert sammen med mine veiledere. Problemstillingen har naturlig nok vært avhengig av mine interesser, men mest av interessen for å finne en god problemstilling for denne oppgaven. Mine øvrige forskningsinteresser ligger innenfor et helt annet område. Som i min

tidligere forskning har jeg også i denne oppgaven gjort et ærlig og oppriktig forsøk på å framstille alle resultater og funn på en så god og riktig måte som mulig.

Konfirmabilitet

Konfirmabilitet vil si at man etterstreber at forskningsfunnene er basert på reelle data og ikke i forskerens personlige tolkninger eller konstruksjoner, og er ment å erstatte objektivitetskravet (Lincoln & Guba 1985). Det innebærer at en annen person som får tilgang til data skal være i stand til å rekonstruere hvordan forskeren har tolket data, samt komme fram til de samme konklusjonene. Dette innebærer at data må være konkrete og mulig å overføre fra forskeren til en annen person. I min undersøkelse foreligger data dels i form av transkriberte intervju. Disse vil være mulig å overføre til en eller flere andre. Imidlertid hindrer mitt løfte om konfidensialitet meg i dette. I tillegg er andre deler av datagrunnlaget å finne i min empiri, det vil si min kunnskap om organisasjonen og om lederutviklingsprogrammet. Dette datagrunnlaget er det ikke fullt ut mulig å dele med andre forskere. Jeg tror allikevel at en annen forsker vil kunne komme fram til de samme hovedresultatene som det jeg har gjort. En utenforstående ville imidlertid også måtte bruke tid på å sette seg inn i innholdet og gjennomføringen av lederutviklingsprogrammet, samt kanskje intervju personer i organisasjonsavdelingen, før han eller hun gikk i gang med å intervju mellomledere.

Alt i alt mener jeg at det ovenstående viser at mine resultater er troverdige.

Etiske betraktninger

Den viktigste etiske betraktningen i denne undersøkelsen gjelder forholdet til informantene. Alle informantene ble opplyst om at deltagelse i undersøkelsen var frivillig og at de kunne trekke seg fra den uten å måtte oppgi grunn. De ble også garantert full anonymitet i forbindelse med undersøkelsen. Selv om de ikke oppgir navn i intervjuene, gir de opplysninger som vil kunne identifisere dem. Det er derfor viktig at jeg presenterer resultatene på en slik måte at informantene ikke vil kunne gjenkjennes. Jeg har tilstrebet dette.

En annen etisk betraktning gjelder forholdet til helseforetaket. Arbeidet med oppgaven er godkjent av og har skjedd i samforstand med foretakets organisasjonsavdeling ved organisasjonsutviklingssjefen som også er leder for lederutviklingsprogrammet. Jeg har valgt å ikke direkte identifisere helseforetaket i oppgaven.

Kapittel 3. Teoretiske perspektiver på ledelse og lederutvikling

For å gi innspill til på hvilken måte lederutviklingsprogrammet kan videreutvikles, vil jeg gjøre rede for litteratur om ledelse og lederutvikling i helsesektoren. Teori knyttet til forholdet mellom lederstilene transformativ ledelse, transaksjonsledelse og laissez-faire ledelse omtales ofte i nyere litteratur innen området ledelse i sykehus. Denne teorien er også sentral i litteratur som omhandler sykehuslederens utvikling av egen lederrolle. Jeg starter derfor dette kapittelet med en gjennomgang av denne teorien. Videre går jeg gjennom litteratur som omhandler ledelse i helsevesenet, før jeg beskriver ulike perspektiver på lederutvikling. Kapittelet avsluttes med et kort avsnitt der jeg redegjør for oppgavens forskningsspørsmål.

Transformativ ledelse, transaksjonsledelse og laissez-faire ledelse

Flere tilnærminger til ledelse legger vekt på betydningen av mellommenneskelig interaksjon i utøvelsen av ledelse. Dette gjelder også begrepet transformativ ledelse, og forholdet mellom transformativ ledelse, transaksjonsledelse og laissez-faire ledelse. I dette avsnittet vil jeg gjøre rede for disse tilnærmingene til ledelse.

Transformativ ledelse er en nyere tilnærming til fagområdet ledelse. Denne modellen legger vekt på betydningen av de karismatiske elementene i et lederskap. En god leder har i følge teorien om transformativ ledelse evnen til å utnytte den enkelte medarbeiders individuelle forutsetninger slik at medarbeideren til enhver tid gjør en best mulig jobb i samspill med andre medarbeidere. Lederen evner også å skape en sterk fellesskapsfølelse rundt virksomhetens visjoner og verdier. Egenskaper som å være en god rollemodell og inspirator, være dyktig selv og gjøre andre dyktige, og kommunisere forventninger og mål på en tydelig måte er viktig i transformativ ledelse (Northouse 2007).

I sin omtale av transformativ ledelse beskriver Northouse (2007) en modell der ledelse kan ses på som et kontinuum fra transformativ ledelse, via transaksjonsledelse, og til det han kaller laissez-faire ledelse. Modellen består av sju ulike faktorer som beskrevet i Tabell 3.1.

Tabell 3.1. Faktorer som karakteriserer transformativ ledelse, transaksjonsledelse og laissez-faire ledelse. Etter Northouse (2007).

Transformativ ledelse	Transaksjonsledelse	Laissez-faire ledelse
Faktor 1 Idealisert innflytelse Karisma	Faktor 5 Belønning Konstruktivt bytteforhold	Faktor 7 Laissez-faire Intet bytteforhold
Faktor 2 Inspirerende motivasjon	Faktor 6 Ledelse ved unntak Aktiv og passiv Transaksjon ved korleksjon	
Faktor 3 Intellektuell stimulering		
Faktor 4 Individualisert oppmerksomhet		

Som Tabell 3.1 viser er de fire første faktorene knyttet til begrepet transformativ ledelse. Idealisert innflytelse handler om lederen som en sterk rollemodell som gjennom egen væremåte og handlinger inspirerer sine medarbeidere til å yte for fellesskapet. Inspirerende motivasjon beskriver ledere som kommuniserer et budskap om høye forventninger til sine medarbeidere, og som inspirerer og motiverer arbeidstakerne til forståelse, forpliktelse og deltagelse i det å oppnå organisasjonens mål og visjoner. Intellektuell stimulering handler om at ledere stimulerer medarbeiderne til kreativitet og nytenkning. Arbeidstagerne oppfordres også til å stille spørsmål både ved egne, leders og hele organisasjonens verdier og mål. Individualisert oppmerksomhet handler om lederens evne til å være oppmerksom på og ta hensyn til den enkelte arbeidstagers ønsker og behov. Ved å være lydhør overfor enkeltmedarbeidere, klarer en transformativt orientert leder i stor grad å få det maksimale potensialet ut av alle de hun eller han leder. Faktorene i transformativ ledelse handler i stor grad om å bruke indre motivasjon hos medarbeiderne for å oppnå ønskede resultater. Ved ledelse i form av transformativ ledelse vil både enkeltmedarbeidere, enheter og hele organisasjoner kunne prestere ut over det forventede.

Tabell 3.1 viser videre at faktor fem og seks er knyttet til begrepet transaksjonsledelse. Faktor fem handler om belønning og konstruktive bytteforhold. Lederen forvalter et bytteforhold som består av innsats fra arbeidstageren på den ene siden, og en relativt konkret belønning

som lønn eller andre goder fra leder på den andre siden. Belønningen utløses når innsatsen er utført. Man kan si at i denne formen for ledelse spiller lederen på ytre forhold, ytre motivasjon, for å få medarbeideren til å prestere i arbeidet.

Faktor seks beskriver ledelse ved unntak og korreksjon, og er delt opp i kategoriene aktiv og passiv. Aktiv ledelse ved unntak innebærer en aktivt overvåkende lederstil der leder stadig ser etter feil, mangler eller regelbrudd i arbeidsutførelsen, og der leder griper inn med korrigerende tiltak så snart hun/han ser uønsket arbeidsutførelse og/eller adferd. Passiv ledelse ved unntak innebærer at leder griper inn og korrigerer medarbeidernes utførelse av arbeidsoppgavene først når oppgavene ikke er blitt utført i henhold til virksomhetens standard eller det er gjort direkte feil.

Selv om Northouse (2007) plasserer både faktor fem og seks under begrepet transaksjonsledelse, beskriver han at det går et skille i effekten av ledelse mellom disse to faktorene. Mens både transformativ ledelse og transaksjonsledelse ved belønning og et konstruktivt bytteforhold vil kunne være effektive lederstiler, hevder han at transaksjonsledelse ved unntak og korreksjon fører til ineffektiv ledelse.

Den siste faktoren i Northouse (2007) modell er knyttet til begreper laissez-faire ledelse. Dette begrepet handler om fravær av ledelse. Laissez-faire ledere unnlater å lede, gir ingen tilbakemeldinger til medarbeiderne og inngår heller ikke noe bytteforhold med dem. Laissez-faire ledelse fører til at medarbeiderne blir oversett og overlatt til seg selv, og dette resulterer i at enheten og dens medarbeidere ikke får ut sitt fulle potensial. Denne ledelsestypen er derfor ineffektiv.

Transformativ ledelse som teoretisk tilnærming til ledelse har flere styrker. Teorier modellen bygger på har blitt bekreftet gjennom en stor mengde både kvalitativ og kvantitativ forskning som viser at transformativ ledelse gir effektivt lederskap (Northouse 2007). I tillegg har modellen en nærmest intuitiv appell og er i stor grad i overensstemmelse med moderne antagelser av hva ledelse innebærer. Andre styrker er i følge Northouse (2007) at modellen fokuserer på samspillet mellom leder og de som ledes, og at modellen viser at lederskap har en viktig moralsk dimensjon. Svakheter med modellen er at det er vanskelig å definere eksakt hva transformativ ledelse innebærer. I tillegg er de fire faktorene som inngår i begrepet transformativ ledelse (Tabell 3.1) vanskelige å avgrense, og forskning har vist at faktorene korrelerer med hverandre og derfor ikke er distinkte uavhengige faktorer (Northouse, 2007). Modellen kritiseres også for å fokusere for mye på lederen og i mindre grad på samspillet

mellom leder og medarbeider. Til tross for disse svakhetene er modellen svært aktuell i litteratur som tar for seg ledelse og lederutvikling i sykehus.

Ledelse i helsevesenet

I dette avsnittet gir jeg en gjennomgang av internasjonal litteratur innen området ledelse i sykehus. Fokuset på ledelse og lederutvikling i norske sykehus må også sees i lys av denne litteraturen.

I en artikkel om ledelse og ledelsesstrategier i helsevesenet, understreker Menaker (2009) viktigheten av at helseledere har kunnskaper og evner innen både det tekniske/faglige området, innen det å arbeide med mennesker, og innen det å kunne arbeide med nye ideer. I tillegg understreker Menaker (2009) betydningen av helselederens evne til å lede endringer. Forfatteren understreker at det å lede gjennom endringer og influere på medarbeideres oppfatninger og handlinger/handlingsmønstre i endringsprosesser er nøkkelferdigheter i godt lederskap. I denne sammenhengen er kvaliteten på forholdet mellom leder og medarbeider viktig (Menaker, 2009). God kvalitet i dette forholdet oppnås når lederen leder etter prinsippene i transformativ ledelse. Det å utvikle ferdigheter i transformativ ledelse vil hjelpe helseledere i å lede gjennom de stadig nye utfordringer og forandringer som dagens helsevesen står overfor (Menaker, 2009).

Xirasagar et al. (2005) har undersøkt sammenhengen mellom lederstil og effektivitet blant legeledere. Forfatterne påpeker innledningsvis at leger som leder andre leger er ledere for likemenn. De hevder at i et slikt leder-medarbeider forhold er den viktigste delen av lederskapet evnen til å utøve det de kaller interpersonlig lederskap, for derigjennom å styre legekolleger mot ønskede handlinger og mål (Xirasagar et al., 2005). I undersøkelsen har Xirasagar et al. (2005) bedt legelederes ledere om å vurdere legelederes lederstil. Samtidig har forfatterne vurdert effektivitet ut fra i hvilken grad de ulike avdelingene som har deltatt i undersøkelsen har oppfylt sine definerte mål. Undersøkelsen finner at det er en klar sammenheng mellom lederstil og effektivitet. Resultatene viser at transformativ ledelse er den mest effektive lederstilen. Men også transaksjonsledelse, med unntak av ledelse ved passivt unntak, er effektiv, om enn i mindre grad en transformativ ledelse. Forfatterne mener dette har sammenheng med at det i transaksjonsledelse ligger et mindre potensial for ledere til å øve innflytelse på medarbeiderne i deres utførelse av arbeidsoppgavene. Studien viser at ledelse

ved passivt unntak og laissez-faire ledelse er ineffektive lederstiler. Et annet funn i Xirasagar et al. (2005) sin studie er knyttet til den utfordringen legeledere møter ved at deres legekolleger forventer at lederen skal beskytte hans eller hennes autonomi i arbeidsutførelsen, mens organisasjonen representert ved lederens leder kan ha forventninger om strømlinjeformet lik praksis og standardiserte pasientforløp. Studiens resultater viser også at legeledere som leder etter transformativ ledelsesprinsipper utøver en betydelig påvirkning på kollegers arbeidsutførelse og praksis.

Flere andre forfattere understreker betydningen av medisinsk kompetanse i lederposisjoner i sykehus og andre helseinstitusjoner (Warren & Carnall, 2010; Menaker & Bahn, 2008; McAlearney et al., 2005; Farrel & Robbins, 1993). Disse forfatterne hevder at det både er riktig og viktig å rekruttere leger inn i ledelse. Imidlertid inngår ikke ledelse som en del av den medisinske utdanningen, og legeledere må derfor lære lederegenskaper og videreutvikle disse. Felles for alle forfatterne er at de fremhever transformativ ledelse som den ledertilnærmingen som gir best resultater i helsevesenet.

Når det gjelder ledelse av sykepleiegruppen, er det i de senere år satt fokus på hvordan ulike lederstiler påvirker sykepleieres arbeidssituasjon og jobbtilfredsstillelse. Disse faktorene har vært satt i sammenheng med i hvilken grad sykepleiere blir i jobben over tid. Flere forfattere peker på lederstil som en viktig faktor for å kunne opprettholde en stabil sykepleiestab (Weberg, 2010; Gardener B, 2010; Cummings et al., 2010). Også i Norge tegner fremtredende helseledere et bilde av økende personellmangel som en viktig utfordring for helsevesenet i tiden framover. Faktorer som påvirker rekruttering til og stabilitet i arbeidsstyrken er derfor viktige å ta hensyn til også i norsk helsevesen.

I en nylig publisert litteraturgjennomgang viser Weberg (2010) at transformativ ledelse både fører til økt jobbtilfredsstillelse, og virker positivt inn på medarbeidernes egen bedømmelse av effektivitet i arbeidet. På den annen side finner forfatteren at andre lederstiler som transaksjonsledelse er assosiert med økt forekomst av utbrenthet og redusert jobbtilfredsstillelse hos sykepleiere. Weberg (2010) konkluderer med at helsearbeidere har store fordeler av å ledes av en leder som anvender transformativ ledelse i sitt lederskap. McCutcheon et al. (2009) fant i en undersøkelse at både transformativ ledelse og transaksjonsledelse i form av et konstruktivt bytteforhold førte til økt jobbtilfredsstillelse hos sykepleiere. Ledelse ved unntak resulterte i redusert jobbtilfredsstillelse, mens laissez-faire ledelse ikke hadde noen effekt på graden av jobbtilfredsstillelse hos sykepleierne som deltok i

undersøkelsen. Forfatterne konkluderer med at helseinstitusjoner bør implementere lederutviklingsprogram som kan hjelpe ledere til å utvikle ferdigheter innen transformativ ledelse. Gardener (2010) og Cummings et al. (2010) understreker også den betydningen transformativ ledelse har for sykepleieres jobbtilfredsstillelse og ønsket om å bli i jobben. Også disse forfatterne understreker betydningen av opplæring og trening som virkemidler for å øke andelen sykepleieledere som leder gjennom transformativ ledelse.

Perspektiver på lederutvikling

I boka *Leadership Agility* presenterer Joiner og Josephs (2007) sin teori på området lederutvikling. I følge forfatterne er det nødvendig å betrakte lederutvikling både fra et utenfra-og-inn perspektiv og fra et innenfra-og-ut perspektiv. Mens utenfra-og-inn perspektivet fokuserer på en leders ytre utfordringer og de ferdigheter som må utvikles for å møte og håndtere disse, fokuserer innenfra-og-ut perspektivet på de mentale og følelsesmessige egenskaper som trengs for å utøve godt lederskap. For å beherske de mange ytre utfordringer som møter dem må ledere spesielt utvikle ferdigheter i det å føre viktige og sentrale samtaler i en direkte person til person setting, og i det å ta både team-initiativer og organisatoriske initiativer. Mens team-initiativer handler om å ta initiativer som medfører forbedrede prestasjoner i team og/eller forbedringer i teams samhandlinger med omgivelsene, handler organisatoriske initiativer om å ta grep for å forandre og dermed forbedre en organisasjon og/eller organisasjonens forhold til den omkringliggende verden. I innenfra-og-ut perspektivet fokuserer Joiner og Josephs (2007) på viktigheten av å utvikle ferdigheter innen områdene kreativitet, evnen til selvledelse, evnen til å lede i den til enhver tid rådende kontekst og evnen til å se og forstå de mange ulike interessenters synspunkter og behov. Forfatterne binder sammen de to perspektivene ved å hevde at ved å utvikle de mentale og følelsesmessige egenskapene beskrevet i innenfra-og-ut perspektivet utvikles også evnene til å føre sentrale samtaler og ta team og organisatoriske initiativ. Å oppnå personlig utvikling som leder innen de områdene Joiner og Josephs (2007) beskriver tar tid. Forfatterne beskriver prosesser der ulike former for lederutviklingsprogrammer som også kan inneholde coaching, veiledning, meditasjon, aktiv tilbakemelding fra medarbeidere og selvrefleksjon, tas i bruk for å komme videre i utviklingen som leder.

Selv om Joiner og Josephs (2007) ikke fokuserer på begrepet transformativ ledelse i sin bok, er det rimelig å hevde at lederutvikling slik den beskrives av disse forfatterne gir ledere

ferdigheter som hører inn under det vi forstår med transformativ ledelse. Deres teorier kan derfor bidra til en økt forståelse av hvordan ferdigheter i transformativ ledelse kan utvikles.

Warren og Carnall (2010) beskriver hvordan legeledere i dagens helsevesen må ha overblikk over virksomhetens overordnede mål og mekanismene for ressursfordeling for å kunne utøve ledelse som er til beste for organisasjonen og dens interessenter. Et slikt overblikk krever kunnskap om både politiske, økonomiske, sosiale og teknologiske faktorer som ligger bak de kontinuerlige forandringer som finner sted i helsevesenet. Forfatterne hevder videre at leger i utgangspunktet ikke nødvendigvis har de kunnskapene som skal til for å inneha en slik helhetsforståelse, men at ulike former for lederutvikling, som lederutviklingsprogram, mentoring, coaching og aksjonslæring alle kan hjelpe legelederne til å utvikle slike kunnskaper.

Warren og Carnall (2010) fortsetter med å beskrive hvordan leger kan utvikle ferdigheter i transformativ ledelse gjennom ulike korte eller mer langvarige lederutviklingsprogram. I følge forfatterne bør slike program inneholde spesifikke mål for opplæringen. Målene bør ha både et organisatorisk og et personlig fokus, noe som innebærer at kursene bør være skreddersydde for dem de er ment for. Videre skriver forfatterne at lederutviklingsprogram for leger bør inneholde eksempler og casebeskrivelser som er hentet fra ledernes egen arbeidshverdag. På denne måten oppleves problemstillingene som reelle for deltagerne, noe som vil øke innsats og engasjement. I tillegg bør programmene ha en viss varighet, og det bør være mellomperioder der deltagerne både får anledning til å øve på og skaffe seg erfaringer med utøvelsen av lederskap i praksis, og der det er tid til refleksjon.

McAlearney et al. (2005) beskriver hvordan den medisinske kulturen står i kontrast til en profesjonell ledelseskultur, og hvordan dette kan skape problemer når leger påtar seg lederoppgaver i helsevesenet. Forfatterne hevder at leger vanligvis oppnår lederposisjoner i helsevesenet på bakgrunn av sin faglige ekspertise, og ikke på bakgrunn av sine lederegenskaper. Mens den medisinske kulturen i hovedsak karakteriseres ved autonome avgjørelser, en reaktiv tilnærming til problemløsning og et fokus rettet mot enkeltpasienter, er den profesjonelle ledelseskulturen preget av mer proaktive og samarbeidsorienterte beslutningsprosesser og et bredt fokus rettet mot organisasjonens overordnede mål og visjoner. Leger som påtar seg lederoppgaver bør i følge McAlearney et al (2005) tilegne seg kunnskaper som finnes i den profesjonelle ledelseskulturen, og dette kan gjøres gjennom ulike former for lederutvikling.

Forfatterne beskriver videre et skreddersydd og internt laget lederutviklingsprogram for legeledere (McAlearney et al., 2005). Dette programmet hadde en varighet på 20 måneder og besto av månedlige utdanningssekvenser / foredrag med påfølgende diskusjoner av en times varighet, samt halvårslige halvdagssamlinger. Mellom forelesningene og samlingene skulle deltagerne utøve ledelse samt reflektere over egen praksis. Praksis og tilhørende refleksjoner kunne så tas opp og diskuteres i påfølgende samling. Viktige læringstema i forelesninger og samlinger i programmet var å lede sitt team, å skape en visjon og drive strategisk planlegging, lederskap og transformativ ledelse, hvordan behandle og takle vanskelige personer, delegering og ansvarliggjøring, misjon – visjon – verdier – strategier, og økonomi i helsevesenet.

På forhånd var det bestemt at ledernes opplevelse av programmet skulle studeres. Alle deltagerne besvarte derfor en spørreundersøkelse som omhandlet forventninger til lederutviklingsprogrammet før programstart. I tillegg ble ledernes opplevelse med og vurdering av programmet undersøkt et år etter programslutt. Resultatene av studien viste at 90% av lederne fortsatt var med i programmet etter et år, og at 75% av lederne fullførte hele programmet. På en skala fra 1 til 5, der 1 var dårligste og 5 høyeste skåre, vurderte lederne programmet til en skåre på 4.7 for tilfredsstillende av ledernes behov, 4.8 for kvaliteten av informasjonen som ble gitt i løpet av programmet, og 4.6 for den praktiske nytten av programmet. I tillegg viste innhentede kvalitative data at lederne mente at deltagelse i lederutviklingsprogrammet hadde endret deres lederstil på områdene beslutningstaking, konflikthåndtering, virksomhetsplanlegging og innen det å lede mennesker. McAlearney et al. (2005) konkluderer med at det beskrevne lederutviklingsprogrammet var vellykket og at det derfor er videreført for nye ledere ved deres institusjon.

Cummings et al. (2008) fant at sykepleieledere som hadde deltatt i lederutviklingsprogram i større grad ledet etter prinsippene i transformativ ledelse enn sykepleieledere som ikke hadde deltatt i slike program. Programmene lederne deltok på var relativt ulike. Mens flertallet av programmene strakk seg over tre til fire dager, varte et program i 18 måneder. Innholdet i lederutviklingsprogrammene besto av både heldagsamlinger og strukturerte egenlærings- og utviklingsprogram. Oppfølging tre til tolv måneder etter gjennomført lederutviklingsprogram viste en bestående forbedring i lederferdigheter innen transformativ ledelse. Forfatterne konkluderer med at det å investere i utviklingsprogram for sykepleieledere for å øke deres lederkompetanse er vel verdt innsatsen.

Forskningsspørsmål

I denne oppgaven beskriver jeg erfaringer med utvikling og gjennomføring av et skreddersydd og delvis internt utviklet lederutviklingsprogram i et norsk sykehus. Hensikten med oppgaven er å undersøke og diskutere på hvilken måte et slikt lederutviklingsprogram kontinuerlig kan forbedres og videreutvikles i forhold til de endringer som finner sted i sykehuset over tid. Videre i oppgaven vil jeg diskutere følgende tre forskningsspørsmål:

1. På hvilken måte har ledere som har deltatt i programmet opplevd at de har hatt nytte av programmet i sitt daglige virke som ledere?
2. Finnes det noen felles forståelse for sykehusets overordnede mål blant lederne, og har programmet bidratt til en slik felles forståelse?
3. Er lederne transformativt orientert eller fagorientert i utøvelsen av ledelse?

For å diskutere disse forskningsspørsmålene vil jeg først gjøre rede for hvordan lederutviklingsprogrammet har blitt gjennomført. Deretter vil jeg beskrive ledernes opplevelse av lederutviklingsprogrammet basert på de kvalitative intervjuene og diskutere om deltagelsen har hatt betydning for lederne over tid. Dette danner så grunnlag for å diskutere på hvilken måte lederutviklingsprogrammet kontinuerlig kan videreutvikles i forhold til endringer i sykehuset.

Kapittel 4. Gjennomføring av lederutviklingsprogrammet

I dette kapitlet vil jeg først beskrivelse innholdet i lederutviklingsprogrammet. Der det er gitt oppsummeringer om deltagerens arbeid med programmet er disse i hovedsak basert på mine erfaringer. Unntaket er oppsummeringen av hva som kan legges i begrepet ”synlig og ansvarlig ledelse”. Denne sammenfatningen er gjort av sykehusets organisasjonsavdeling. Kapitlet avsluttes med en kort redegjørelse for hvordan programmet så langt er evaluert og videreutviklet.

Innholdet i lederutviklingsprogrammet

Da lederutviklingsprogrammet startet opp, ble det tilbudt til alle sykehusets mellomledere. I skrivende stund har ca 330 ledere på avdelingssjef- og seksjonsledernivå vært igjennom det aktuelle lederutviklingsprogrammet. Årlig tilsettes ca 30 nye ledere ved helseforetaket, og organisasjonsavdelingens tanke for framtiden er at programmet skal være et tilbud til alle nytilsatte ledere.

Hoveddelen av lederutviklingsprogrammet ble gjennomført i løpet av første halvår 2008. I løpet av dette halvåret ble det arrangert totalt seks programkohorter slik at alle mellomledere fikk anledning til å delta på en kohort. Deretter har det vært avholdt en kohort høsten 2008 for ledere som ikke hadde anledning til å delta våren 2008, og en kohort for nytilsatte ledere høsten 2009 (Figur 1.2). Alle kohortene har hatt samme innhold. Hver kohort har gått over to ganger to dager, og med en mellomperiode på to til tre måneder. I mellomperioden har hver deltager hatt en oppgave som skulle løses, og denne oppgaven har deretter stått sentralt i lederutviklingsprogrammets siste dag. Dette er det nærmere redegjort for i beskrivelsen av programmets fjerde og siste dag. En oversikt over lederutviklingsprogrammet er gitt i tabell 4.1.

Tabell 4.1. Oversikt over lederutviklingsprogrammets mål, innhold og metode.

	<i>Mål</i>	<i>Innhold</i>	<i>Metode</i>
Samling 1 Dag 1	Introduksjon til programmet. Bli kjent med medlemmene i gruppa. Lære om ledelse og ulike dimensjoner ved lederskap. Gi innhold til begrepet <i>Synlig og ansvarlig</i> .	Innledning ved administrerende direktør. Presentasjon av lederutviklingsprogrammet. Gruppearbeid for å bli kjent med øvrige medlemmer i gruppa. Forelesning om ulike dimensjoner ved lederskap. Gruppearbeid og arbeid i plenum for å gi innhold til begrepet <i>Synlig og ansvarlig</i> .	Foredrag ved administrerende direktør. Forelesning ved organisasjonspsykolog. Gruppearbeid ledet av veileder.
Dag 2	Lære om endringsprosesser og om endringsledelse. Lære å presentere et vanskelig budskap. Lære å gjennomføre en vanskelig samtale med en medarbeider. Definere oppgave for mellomperioden.	Forelesning om endringsledelse og endringsprosesser. Trening på å presentere et vanskelig budskap ved hjelp av rollespill. Trening på å gjennomføre en vanskelig samtale ved hjelp av rollespill. Arbeid i par der den enkelte fikk definere og beskrive de oppgavene vedkommende skulle arbeide med i mellomperioden.	Plenumsforelesning. Gruppearbeid med rollespill, ledet av veileder. Tilbakemelding fra gruppemedlemmer og veileder etter hvert rollespill. Arbeid i par.
Mellomperioden	Utvikle egne lederferdigheter gjennom å arbeide med et personlig og et organisatorisk prosjekt relatert til egen arbeidshverdag.	Arbeide med egne utviklingsprosjekt parallelt med arbeidet som leder. Forberede presentasjon til neste samling.	Selvstudium og læring av egen praksis. Mulighet for kontakt med parkamerat og med veileder.
Samling 2 Dag 3	Lære om økonomi og økonomistyring, samt om forholdet mellom fag og økonomi. Lære om kommunikasjon og samhandling. Lære metode for kreativ problemløsning.	Foredrag. Gruppeoppgaver basert på aktuelle case fra virksomheten. Øvelse i samarbeid. Øvelse i kreativ problemløsning.	Plenumsforelesning. Gruppeoppgaver med påfølgende plenumsdiskusjon. XY-øvelsen. Gruppearbeid med rollespill kreativ problemløsning.
Dag 4	Tilbakemelding og veiledning til hvert enkelt gruppemedlem med utgangspunkt i enten personlig eller organisatorisk utviklingsprosjekt.	Arbeid i gruppe med presentasjon av de enkelte deltageres prosjekt. Veiledning.	Gruppearbeid. Presentasjon av prosjekt. Tilbakemelding og veiledning fra veileder og fra de andre gruppemedlemmene. Proessen styres av veileder.

Deltagerne i hver kohort ble delt inn i grupper bestående av seks til ni personer. Gruppene hadde hver sin veileder, og denne veilederen fulgte gruppen gjennom alle fire programdagene og var også tilgjengelig for gruppen i mellomperioden.

Første samlings første dag ble innledet ved at sykehusets administrerende direktør ga et kort foredrag om ledelse i helseforetaket. Her understreket han at alle deltagerne i lederutviklingsprogrammet sammen utgjør foretakets ledelse. Direktøren redegjorde for hvilke utfordringer sykehuset sto overfor, samt for hvilke tanker han hadde om hvordan lederne sammen kunne løse disse utfordringene for å nå virksomhetens mål. Fokuset var rettet mot hvordan ledere kan møte, bearbeide og gjennomføre de endringer som må til for at helseforetaket skal kunne nå sine mål. Direktøren utfordret også lederne til å komme med egne syn på hvordan sykehusets ulike utfordringer kunne møtes og løses. Ved denne innledningen markerte direktøren et tydelig eierskap til lederutviklingsprogrammet. Etter direktørens foredrag gikk gruppene i gang med arbeidet.

Den eksterne organisasjonspsykologens oppgaver i lederutviklingsprogrammet besto av å lede arbeidet som foregikk i plenum. I tillegg holdt han korte foredrag om ulike dimensjoner ved lederskap, og om endringsledelse og endringsprosesser. Psykologen var også sparringpartner for de interne veilederne under gjennomføringen av programmet.

Veilederne oppgaver i lederutviklingsprogrammet besto av å være organisatorer, prosessdrivere og veiledere. Seks til sju veiledere deltok i hver kohort, og den enkelte veileder fulgte en fast gruppe gjennom hele programmet. I løpet av de fire programdagene organiserte veilederne alle aktivitetene som foregikk i gruppene, og de hadde et særskilt ansvar for å lede gruppene gjennom de ulike aktivitetene. I flere av aktivitetene utførte også veilederne aktiv veiledning. Dette gjaldt særlig etter rollespillsekvensene og under hele aktiviteten på dag fire.

Samling 1

Den første aktiviteten besto av en presentasjonsrunde. I tillegg til å presentere seg med navn, stilling og arbeidsplass, skulle hver leder kort gi en personlig beskrivelse av den største utfordringen ved det å være leder. Lederne ble også bedt om å komme med tanker om hvordan et slikt lederutviklingsprogram kunne komme til praktisk nytte og om hvordan lederen selv kunne bidra til den praktiske nytteverdien av programmet. Denne aktiviteten førte til at den enkeltes lederutfordring kom fram tidlig i programmet og fulgte med både gruppen og veilederen i det videre arbeidet. I tillegg ble deltagerne forberedt på at programmet i stor grad ville kreve aktiv deltagelse fra deres side. Etter denne presentasjonsrunden ble det holdt et foredrag der lederutviklingsprogrammets innhold kort ble presentert.

Neste aktivitet bestod i å delta i å gi innhold og mening til begrepet ”synlig og ansvarlig” ledelse. Her fikk hver deltager først tenke alene på hva den enkelte la i disse ordene, på eksempler på god og dårlig praktisering av synlig og ansvarlig ledelse, og på hvordan den enkelte leder kan hindre seg selv i å utføre slik ledelse. Deretter ble temaet diskutert både i egen gruppe og sammen med nabogruppen. Til slutt ble temaet oppsummert i plenum, og samlende stikkord for innholdet i ”synlig og ansvarlig” ble notert ned og tatt vare på. Sammenfatningsvis kom lederne i de seks kohortene som ble arrangert i løpet av første halvår 2008 fram til at i begrepet ”synlig og ansvarlig ledelse” ligger det å vise vei og sette retning (være et fyrstårn), være tilstede for medarbeiderne, være handlekraftig og være lojal. Denne sekvensen i programmet ble avsluttet med en forelesning av organisasjonspsykologen som ledet lederutviklingsprogrammet. Han tok for seg ulike dimensjoner ved ledelse og lederskap. Det ble lagt spesiell vekt på begrepet transformativ ledelse og de positive sider denne formen for ledelse vil kunne ha.

Siste aktivitet i programmets første dag var ytterligere å etablere gruppene og bli bedre kjent med de andre gruppedeltagerne. Dette ble gjort ved at gruppene fikk i oppdrag å utarbeide spilleregler for det videre arbeidet i gruppen. Reglene ble utarbeidet etter en utdelt mal der hver og en måtte si seg mer eller mindre enig i gitte utsagn. Gruppens oppgave var så å komme til enighet om hvorvidt man som gruppe var enig eller uenig i de ulike utsagnene. Til slutt skulle gruppen formulere egne spilleregler på bakgrunn av det man hadde kommet fram til ved å arbeide seg gjennom malen. Oppgaven førte til livlige diskusjoner mellom gruppemedlemmene. Det at medlemmene ble bedre kjent gjennom denne øvelsen var også en stor fordel for det arbeidet som ventet neste dag.

Dag to av første samling ble innledet med refleksjoner fra dag en. Deretter holdt organisasjonspsykologen et foredrag om endringsledelse. Også i denne forelesningen ble det lagt vekt på ledelsesutøvelse gjennom transformativ ledelse. Viktige tema her var årsaker til motstand mot endring blant medarbeidere, ulike faser i endringsarbeidet, og viktigheten av forankring og medarbeidermedvirkning når endringer skal gjennomføres. Etter dette foredraget arbeidet gruppene med temaet ”å presentere et budskap om endring” og med ”den vanskelige samtalen”. Begge disse temaene ble utforsket og trent på ved hjelp av rollespill som var utarbeidet på forhånd av organisasjonspsykolog og veiledere. Hvert rollespill ble gjentatt flere ganger, og alle gruppedeltagerne fikk prøve seg i minst en rolle. Hver rollespillsekvens ble avsluttet med tilbakemelding og diskusjon. Tilbakemelding ble gitt både av gruppemedlemmer som hadde sentrale roller i rollespillet, gruppemedlemmer som ikke

hadde sentrale roller, og av veileder som var observatør til spillsekvensene. Medlemmene i gruppene hadde ulike ledererfaringer, og dette viste seg å være en styrke for gjennomføringen av rollespillene.

Dag to ble avsluttet med at gruppemedlemmene gikk sammen to og to for å definere og diskutere egne oppgaver for mellomperioden. Hensikten med å gå sammen i par var at man skulle kunne fungere som støtte for hverandre under oppgavearbeidet. Oppgaven var todelt og bestod av å definere for deretter å bruke mellomperioden til å arbeide med et personlig og et organisatorisk lederutviklingsprosjekt. Deltagerne skulle først beskrive prosjektene sine. Deretter skulle de begrunne for seg selv og sin parkamerat hvorfor akkurat disse prosjektene var viktig. Videre skulle de både beskrive hva som var de endelige målene med prosjektene, og hvilke konkrete mål det kunne være realistisk og nå før neste samling. I tillegg ble deltagerne bedt om å gjøre seg tanker om hvem som ville kunne tenkes å merke en forbedring hos deltageren på de valgte områdene. Til slutt skulle deltageren beskrive situasjoner knyttet til prosjektene som kunne egne seg for praktisk trening. På andre samlings siste dag skulle deltagerne så presentere et av sine prosjekter og de foreløpige resultatene av det, og denne presentasjonen skulle så danne bakgrunn for videre veiledning og diskusjon i gruppen.

Mellomperioden

I mellomperioden skulle deltagerne arbeide med det personlige og det organisatoriske utviklingsprosjektet, og forberede en presentasjon av et av prosjektene til andre samling. I tillegg til å få støtte fra parkameraten, hadde deltagerne også mulighet til å få hjelp og støtte fra veileder dersom de ønsket det. De fleste deltagerne arbeidet med sine prosjekter alene og uten å ta kontakt med parkameraten. Ingen av deltagerne i mine grupper tok kontakt med meg i løpet av mellomperioden.

Samling 2

Andre samling besto av dag tre og fire i lederutviklingsprogrammet. Dag tre ble innledet med et felles foredrag av helseforetakets økonomi- og fagdirektør. Sentrale tema i denne forelesningen var økonomistyring i sykehus, hvordan sykehusets styringsverktøy kan brukes for å utøve synlig og ansvarlig ledelse, samt i hvilken grad det er en konflikt mellom fag og

økonomi og hvordan man enten kan unngå eller leve med en slik konflikt. Deretter fikk gruppene arbeide med ulike oppgaver som kunne belyse forholdet mellom fag og økonomi, og der de ulike scenarioene i oppgavene var hentet fra dagliglivet ved sykehuset. De ulike løsningsforslagene til oppgavene ble deretter diskutert i plenum. Oppgavene ga et godt bilde av ulike dilemma som oppstår i hverdagen i et stort helseforetak, og det kom fram gode og velbegrunnede forslag til løsninger fra de ulike gruppene.

Den resterende delen av dag tre var viet samarbeid, samhandling og kommunikasjon. Sesjonen startet med en samarbeidsøvelse, den såkalte XY-øvelsen. Skriftlige instruksjoner ble delt ut, og det ble gitt en knapp muntlig forklaring. Deretter kunne spillet begynne. Øvelsen forløp ulikt under de ulike kohortene, men den ga alltid en svært god illustrasjon av hvordan ulike personer og grupper kan ha ulike mål for sine handlinger som igjen fører til ulike måter å tenke og handle på. Etter denne øvelsen ble det gitt foredrag både av sykehusets samhandlingssjef og av kommunikasjonssjefen. Mens samhandlingssjefen fokuserte på eksternt samarbeid i sin forelesning, snakket kommunikasjonssjefen om ulike former for kommunikasjon og om hvordan sykehusets ansatte kan og bør kommunisere utad. Gruppene fikk også her oppgaver som ble diskutert og der løsningsforslag ble lagt fram i plenum.

Dag tres siste aktivitet var å trene på en metode for kreativ problemløsning i grupper. Deltagerne fikk utdelt en mal for hvordan dette kan gjøres, og deretter øvde de ved hjelp av rollespill. Tema for problemer som skulle "løses" var gitt på forhånd, og hver gruppe valgte et tema. Siden dette var tema som er aktuelle for ledere og medarbeidere ved helseforetaket, ble noen av løsningsforslagene kort lagt fram i plenum.

Lederutviklingsprogrammets siste dag var viet veiledning i grupper. Hvert gruppe-medlem fikk legge fram enten sitt personlige eller sitt organisatoriske utviklingsprosjekt og ta opp ulike selvvalgte problemstillinger knyttet til dette. Veileder ledet så den videre veiledningen og diskusjonen rundt de spørsmål den enkelte ønsket å ta opp, og hele gruppen tok del i samtalen. De ulike ledernes ulike erfaringer bidro til mange gode diskusjoner på disse avslutningsdagene.

Kvantitativ vurdering og videreutvikling av lederutviklingsprogrammet

Ved avslutningen av hver samling ble det gjennomført en kvantitativ vurdering, der deltagerne skulle gi tilbakemelding på hvor fornøyde de var med lederutviklingsprogrammet

på en skala fra en til seks. På skalaen representerte en svært lite fornøyd, mens seks representerte svært fornøyd. Tabell 4.2 viser en oversikt over de gjennomsnittlige resultatene av denne evalueringen for de første sju kohortene. Tabellen viser at deltagerne var relativt godt fornøyde umiddelbart etter avsluttet program.

Tabell 4.2. *Oversikt over de gjennomsnittlige resultatene av evalueringene av programmet for de første sju kohortene.*

	Kohort 1	Kohort 2	Kohort 3	Kohort 4	Kohort 5	Kohort 6	Kohort 7
Første samling	4.37	4.89	5.05	4.83	4.98	5.06	5.22
Andre samling	4.78	5.06	4.67	4.82	4.93	5.02	4.78

I tillegg til denne tallevurderingen hadde den enkelte deltager også mulighet til å gi fritekstkommentarer knyttet til innholdet i lederutviklingsprogrammet. De kommentarene som kom inn viste at deltagerne var samstemt positive i sin oppfatning av programmet. Deltagerne trakk spesielt fram det positive ved å jobbe i mindre grupper sammen med andre ledere med ulik utdannings- og erfaringsbakgrunn. I tillegg ble forelesningene verdsatt. Kommentarene ga ingen umiddelbare holderpunkter for at det var nødvendig å revidere deler av lederutviklingsprogrammet.

Veilederne og ledelsen i organisasjonsavdelingen har også evaluert programmet sammen med den eksterne konsulenten. Denne evalueringen kan beskrives som en kontinuerlig prosess. Den har dels vært basert på de beskrevne tall- og friteksttilbakemeldingene, og dels på veilederens direkte opplevelse av hvordan programmet har blitt mottatt blant deltagerne. Så langt har denne evalueringen ført til at det vil bli foretatt mindre forandringer i lederutviklingsprogrammets innhold før det gjennomføres for en ny kohort våren 2011. Temaet samhandling vil bli tatt ut av programmet og erstattet med en utvidelse av den delen som omhandler endring og endringsledelse.

Kapittel 5. Informantenes opplevelse av lederutviklingsprogrammet

I dette kapittelet gjør jeg rede for resultatene av intervjuundersøkelsen. Grupperingen av resultatene er basert på de utviklede kategoriene, som igjen er utviklet på bakgrunn av oppgavens tre forskningsspørsmål. Jeg vil først beskrive informantenes opplevelse av nytte i forhold til egen lederrolle, deretter informantenes opplevelse av sykehusets overordnede mål, og til slutt informantenes opplevelse av transformativ versus faglig ledelsesorientering.

Opplevelse av nytte av programmet i forhold til egen lederrolle

Orientering oppover, nedover og horisontalt

En leder (lege) uttrykker at programmet har gitt en ny styrking av lederidentiteten generelt, og av det å være arbeidsgivers representant spesielt. Dette har ført til en ny bevissthet rettet oppover i linjen.

”.... jo altså, litt det der med erkjennelsen av at jeg faktisk er leder, at jeg faktisk er arbeidsgiver. Den erkjennelsen der tror jeg kanskje ble litt sånn tydeligere”.

En annen leder (sykepleier) opplevde at sykehusets toppledelse gjennom programmet skapte en vi-følelse blant alle lederne, og at dette var med på å rette fokuset oppover.

”Det med vi-følelse, jeg husker at han sykehusdirektøren snakket om det. Det har jeg veldig tro på”.

De øvrige fire informantene gir ikke uttrykk for noen ny eller utvidet orientering oppover i linjen. Men alle informantene uttrykker at lederutviklingsprogrammet førte til at de følte seg sett som ledere, og dette opplevde de som positivt.

En leder (lege) uttrykker at programmet har bidratt til å øke en allerede eksisterende orientering mot pasientene, at lojaliteten først og fremst ligger der, og at programmet har bidratt til at lederen har distansert seg fra lederfelleskapet ved sykehuset.

”Det har jo vært direktørens mantra siden han tiltrådte, det her med at vi er i samme båten, alt fra laveste ledernivå som jeg befinner meg på, til helseministeren. Jeg tenker at den båten jeg sitter i er liksom den båten med pasienter og pårørende. Jeg føler at det er liksom der min lojalitet ligger, og det er på en måte der mitt oppdrag ligger, da.

..... så tror jeg nok at jeg i større grad nesten kanskje har fjernet meg litt fra det lederfelleskapet. Sånn at når sykehuset sentralt snakker om at vi er alle sykehusets

ledelse, så føler jeg meg vel ikke noe mer grepet av det, nei, enn det jeg gjorde før seminaret. Snarere tvert imot.”

En leder (sykepleier) uttrykker at programmet har ført til et nytt fokus på medarbeiderne i forhold til hva som kan forventes av dem. Dette har sammenheng med hvordan lederen ønsker at avdelingen skal framstå for pasienter og pårørende.

”Jeg er blitt mye mer bevisst på å jobbe med målsettinger og prøve å være klar i forhold til å kommunisere fra meg og til dem og. Hva jeg forventer av dem, og hva jeg forventer at avdelingen skal framstå som.”

Lederen med lengst ledererfaring (sykepleier) uttrykker en sterk relasjonsorientering mot medarbeiderne.

”Det handler om å bli sett. At folk medarbeiderne føler at de blir sett og verdsatt.”

To andre ledere uttrykker også tydelig relasjonsorientering (lege og sykepleier), om enn i noe mindre grad. Fire ledere uttrykker ikke noe endret fokus på medarbeidere eller pasienter som følge av programmet.

Alle informantene uttrykker at de har hatt stor nytte av å treffe og bli kjent med andre mellomledere i organisasjonen. Det har ført til en økt bevisstgjøring og tydeliggjøring av at mellomlederne har felles lederutfordringer, noe som de betrakter som positivt.

”Men jeg har jo skjønt at det var en del sånne ting som jeg kjente at jeg slet litt med som andre også hadde erfaring med. Som gjorde at det liksom ble litt alminneliggjort.”

Lederne opplever også at det å ha truffet så mange andre lederkollegaer har gjort det lettere å samarbeide med andre ledere. Dette handler både om å bli kjent, og om å få en bedre innsikt i og forståelse for andres arbeid.

”Jeg synes det er veldig bra på sånne kurs, for vi blir veldig bevisst. Det blir mye lettere å samarbeide når vi har sett ansiktene til hverandre.”

Nye verktøy

Alle lederne angir generelt at gruppearbeidene var den delen av programmet som var mest interessant og nyttig. En leder (lege) opplever å ha hatt utbyttet av treningen i ”den vanskelige samtalen”.

”Vi snakket jo litt om sånn hvordan, den vanskelige samtalen og slik, liksom sånne grep i forhold til det å prate med medarbeidere om forskjellige ting som ikke nødvendigvis er så enkelt. Og der synes jeg vel at jeg fikk noen sånne, det synes jeg at jeg hadde utbytte av.”

En annen leder (sykepleier) angir å ha fått nye verktøy når det gjelder det å ordlegge seg for å bli mer tydelig.

”Så jeg er alltid litt nysgjerrig på sånne typer verktøy, da. Noe man kan bruke aktivt, og et sånt verktøy. Det var vel måten å ordlegge seg på, tror jeg. For å bli mer tydelig”.

De øvrige fire lederne svarer benektende på spørsmål om de har fått med seg nye verktøy i løpet av programmet.

To ledere (lege og sykepleier) opplevde å få påfyll til verktøy de allerede hadde. En av disse lederne var en av dem som også opplevde å få nye verktøy. Denne lederen var den som hadde minst ledererfaring. Lederen som bare opplevde å få påfyll til gamle verktøy var den lederen som hadde mest ledererfaring.

”Da må jeg heller si at jeg fikk påfyll til kanskje de verktøyene jeg hadde fra før.”

Ingen ledere opplevde å sitte igjen med ny kunnskap som følge av programmets forelesninger.

”Jeg tror at jeg tenkte, de forelesningene, dette har vi i grunnen hørt før, altså”

”Men hvis jeg lærte noe mer om det å bli synlig og bevisst, hva er det, synlig og? – ansvarlig- ansvarlig, så vet jeg da søtten, jeg altså.”

”.... og noe var litt sånn, ja, bli ferdig nå. Men, for noe av det, når en har jobbet så lenge, så blir noe av det litt sånn selvfølgelig og. Og noe har blitt sagt før.”

”Nei, det er jo det jeg sa i sted, at detaljene husker jeg ikke. Så, det var allright å treffe andre i samme, eller lignende situasjon. Uten at jeg kan si at jeg kan komme på konkrete nye verktøy eller nye kunnskaper som gjør at jeg gjør ting annerledes.”

Selvrefleksjon

Alle lederne oppgir at lederutviklingsprogrammet har ført til selvrefleksjon. Muligheten både til selvrefleksjon og til det å få reflektere sammen med andre oppleves som positivt og nyttig.

”Jeg synes jo kanskje at enkelte av de tingene som blir tatt opp gjør at en går inn i seg selv. Og på et vis reflekterer over hvor står jeg og hvor ønsker jeg å gå hen. En får tid til litt indre refleksjon. Så den indre dialogen som går mens en er på sånt kurs er kanskje minst like viktig som akkurat det som blir sagt, altså.”

”Og så synes jeg jo det i seg selv, at man liksom kan tre ut av arbeidshverdagen og få lov til å reflektere over sin posisjon som leder, fordi det innebærer veldig mange ting som ikke jeg var vant til i min foregående jobb. Sånn at egentlig så synes jeg at det er, sånn alt i alt så synes jeg på en måte at det lederutviklingsprogrammet var et positivt tiltak som jeg godt kunne tenkt meg mer av.”

Oppsummeringsvis opplever alle lederne at de har hatt noe nytte av å delta i programmet.

Opplevelse av sykehusets overordnede mål

Tre av lederne (to sykepleiere og en lege) svarer at sykehusets overordnede mål er å gi et godt tilbud innen diagnostikk og behandling. En av disse sykepleierne nevner også forskning, undervisning og opplæring av pasienter og pårørende som viktige overordnede mål.

”Det er jo å gi folka i regionen her et godt tilbud innenfor diagnostikk og behandling, og derav tilhørende omsorg.”

”Nei, vi skal jo drive pasientbehandling og forskning, og opplæring av pårørende og pasienter, blant annet. Og så har vi jo våre verdier som vi skal bruke oppi det hele.”

En lege mener at sykehusets overordnede mål er vanskelige å se, og at dette skyldes at ledelsen er lite visjonær.

”Det de overordnede målene synes jeg er, og alltid har vært, på mange måter litt sånn vanskelig å se. Og det har for meg å gjøre med at jeg synes ikke ledelsen på noe tidspunkt, egentlig, har vært noe særlig visjonær, altså.”

En lege mener at det overordnede målet først og fremst er å holde budsjettet og

”ellers bare å gjøre en god nok jobb”.

Informanten legger til at de overordnede målene burde være å sørge for

”en helsetjeneste som ikke bare er god nok, men er helt utmerket”.

En sykepleier angir først at hun ikke vet hva som er sykehusets overordnede mål. Senere korrigerer hun dette på e-post, men hun er ikke veldig konkret på hva de overordnede målene er. Alle lederne er samstemte i at egen avdelings overordnede mål er å gi en best mulig total pasientbehandling innen de respektive områdene.

To ledere (sykepleiere) mener at lederutviklingsprogrammet har hatt betydning for deres forståelse av sykehusets og egen avdelings overordnede mål. En av disse lederne sier at programmet også har hatt betydning

”sett i forhold til hvor stort sykehuset egentlig er, og hvor viktig det er at lederne har litt sånn felles forståelse av hva som er helheten i sykehuset”.

Fire ledere opplever ikke at lederutviklingsprogrammet har hatt noen betydning for deres forståelse av overordnede mål.

”Nei, det er jeg i tvil om altså. Det er jeg veldig i tvil om.”

Opplevelse av transformativ versus faglig ledelsesorientering

Tre ledere (to sykepleiere og en lege) uttrykker seg slik at jeg vil si at de formidler tanker om ledelse som er i overensstemmelse med prinsippene i transformativt orientert ledelse.

”Det (god ledelse og å lykkes som leder) er å lede medarbeiderne til å gjøre en god jobb, å legge til rette for å gjøre en god jobb, sånn holdt på å si organisatorisk og praktisk.” Altså at jeg får arbeidet til å gli sånn at alle vet hva de skal gjøre og, og de får de arbeidsoppgavene de trives med. Og får assistentlegene til å trives med faget og til og liksom yte maksimalt.

En sykepleier og en lege har sitt hovedfokus rettet mot fag, men begge uttrykker også at de legger vekt på momenter som faller inn under begrepet transformativ ledelse.

”Sånn at god ledelse for meg er å ta vare på fag, samtidig som en ivaretar den største ressursen en har på avdelingen, nemlig ansatte, sånn at en gir best mulig sykepleie til pasientene.”

En lege kom ved en inkurie ikke til å svare på spørsmålene om hva som er god ledelse og hva det vil si å lykkes som leder, og det var heller ikke mulig å få noen klar oppfatning om vedkommende var mer transformativt orientert eller fagorientert gjennom de øvrige delene av intervjuet. Intervjuene gir ingen holdepunkter for at lederutviklingsprogrammet har hatt noe å si for den enkelte leders orientering på dette området.

Kapittel 6. Diskusjon og konklusjon

I dette kapittelet skal jeg diskutere resultatene fra intervjuundersøkelsen og relatere dette til mine erfaringer som veileder i programmet samt til den litteraturen som er beskrevet i kapittel 3. Gjennom min diskusjon vil jeg gi svar på om lederutviklingsprogrammet har hatt noen betydning for de intervjuede mellomlederne over tid i forhold til nytte, helhetstenkning og ledelsesorientering. Deretter vil jeg diskutere på hvilken måte et internt program for lederutvikling i et norsk sykehus kan utvikles og kontinuerlig videreutvikles i forhold til de stadige endringer som finner sted i sykehuset.

Nytte av lederutvikling

De kvantitative dataene som er presentert i tabell 4.2 viser at alle mellomlederne som deltok i programmets kohort 1 til 7 var relativt fornøyde med lederutviklingsprogrammet umiddelbart etter avsluttet samling. Intervjuer av seks informanter to og et halvt år etter avsluttet program, viser et litt mer differensiert bilde. Selv om alle de intervjuede lederne uttrykte tilfredshet ved at programmet bidro til at de følte seg sett og verdsatt som ledere, var det ingen av dem som opplevde at de hadde fått ny kunnskap om ledelsesrelaterte emner gjennom programmets forelesninger. I tillegg var det bare halvparten av lederne som opplevde å ha fått nye verktøy eller å ha fått påfyll til gamle verktøy gjennom å delta på programmet. Det kan være ulike årsaker til dette funnet. En viktig grunn kan være at programmet fra starten av ble holdt for ledere med noe ledererfaring. Det vil si at lederne kan ha tilegnet seg ulike verktøy til bruk i ledergjerningen gjennom sitt daglige virke. En annen årsak kan være at lederne har tilegnet seg kunnskap og lederverktøy gjennom andre utdannings- eller utviklingsprogram. Fire av lederne hadde tatt lederutdanning eller lederkurs, og det er sannsynlig at de har fått med seg kunnskap og verktøy derfra. I framtiden vil programmet bli holdt for nytilsatte ledere. Det er ikke utenkelig at en intervjuundersøkelse med nytilsatte ledere ville ha gitt andre resultater med hensyn til om programmet har gitt deltagerne kunnskap og lederverktøy.

Når det gjelder ledernes oppfatning om å ikke sitte igjen med mer kunnskap om ledelsesrelaterte emner, kan dette også ha sammenheng med måten programmet ble gjennomført på. De fire programdagene var tettpakket med innhold (tabell 4.1), og forelesningene kom som korte sekvenser mellom ulike former for gruppearbeid. Selv om det kan hevdes at gruppearbeidene var basert på de teoretiske forelesningene, var arbeidet i

grupper relativt praktisk orientert. I tillegg ble de ulike deltageres tidligere erfaringer brukt aktivt i gruppearbeidene. Den foreleste teorien kom derfor noe i bakgrunnen på gruppearenaen. Sammen med de korte og hektiske forelesningssekvensene kan dette ha ført til at det teoretiske innholdet i programmet ”forsvant” for deltagerne, noe som kan forklare deres manglende opplevelse av å ha fått ny kunnskap gjennom programmets forelesninger. Lederne er imidlertid samstemte i at programmet ga rom for selvrefleksjon. Årsaker til triggingen av selvrefleksjon kan være samspillet med andre ledere i diskusjoner og i gruppearbeid, men det kan også tenkes at det som har vært formidlet i forelesningene har vært en nøkkel til egne refleksjoner. Slik kan forelesningene allikevel ha vært nyttige for deltagerne.

Intervjuene viser at lederne har opplevd det som svært nyttig å treffe og arbeide i grupper sammen med andre mellomledere. Etter programmet har informantene opplevd å ha en bedre forståelse for andres arbeid, og dette har medført at det har blitt lettere å samarbeide med andre ledere. Dette funnet viser at lederne har orientert seg mer mot andre mellomledere, og jeg mener at det viser at sykehusledelsen har oppnådd noe av målet med å bevisstgjøre lederne på at selv om sykehuset består av mange ulike avdelinger, er det allikevel et sykehus der alle arbeider mot de samme målene.

Selv om alle lederne uttrykte at det var positivt ”å bli sett” av sykehusets toppledelse, var det bare to ledere som uttrykte seg slik at jeg kan si at programmet skapte en viss orientering oppover mot ledere høyere opp i linjen. Samtidig viste intervjuresultatene at to ledere hadde fått et økt fokus mot medarbeidere og pasienter. Sammenholdt med de erfaringene jeg har gjort meg som veileder i programmet, tolker jeg disse funnene samt funnet om orientering mot andre ledere dit hen at programmets økte bevisstgjøring av lederne i hovedsak er rettet mot det praktiske arbeidet som gjøres fra mellomledernivå og nedover i organisasjonen. Dette må karakteriseres som nyttig, selv om nytte sett fra toppledelsens side muligens ville ha vært enda større dersom også orienteringen mot egne ledere hadde vært tydeligere.

Med bakgrunn i det ovenstående mener jeg at alle de intervjuede lederne har opplevd lederutviklingsprogrammet som nyttig, selv om hva de opplever som nyttig varierer. Dette funnet er i samsvar med annen litteratur på området. McAlearney et al. (2005) fant således at legeledere som deltar i et internt utviklet lederutviklingsprogram opplevde programmet som praktisk nyttig, og forfatterne konkluderte med at det undersøkte programmet var vellykket. På samme måte fant Cummings et al. (2008) at lederutviklingsprogram for sykepleieledere

økte deltagerens lederkompetanse, og at programmene derigjennom var nyttige og vel verdt innsatsen.

Det aktuelle lederutviklingsprogrammet besto av to todagers samlinger med en mellomperiode mellom samlingene på to til tre måneder. Programmet må kunne sies å ha vært gjennomført over et relativt kort tidsrom. Som en motsetning til dette beskriver Joiner og Josephs (2007) hvordan den personlige utviklingen i og av lederrollen vanligvis tar lang tid. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om lederutviklingsprogrammet har hatt noe å si for den enkelte leders utvikling av egen lederrolle. Selv om programmet var av kort varighet, fortalte alle informantene at det førte til selvrefleksjon i forhold til egen lederrolle. I tillegg opplevde jeg at denne selvrefleksjonen også fant sted i selve intervju situasjonen. Disse funnene kan tolkes dit hen at programmet har ført til en langvarig selvrefleksjon i forhold til egen lederrolle og eget lederskap. Joiner og Josephs (2007) beskriver hvordan langvarig selvrefleksjon er en viktig del i utviklingen av egen lederrolle. Den selvrefleksjonsprosessen som lederutviklingsprogrammet har ført til hos mine informanter kan således ha bidratt til en videreutvikling av informantenes egen lederrolle.

Helhetstenkning

I helseforetakets strategidokument fra desember 2005 står det at sykehusets hovedoppgaver er pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell. Dette er en viktig bakgrunn for den følgende diskusjonen.

Mine resultater viser at lederne har et noe divergerende syn på hva som er sykehusets overordnede mål. Bare halvparten av informantene angir primært at de overordnede målene er knyttet til god diagnostikk og behandling, og av disse er det kun en som også tar med elementene forskning, undervisning og opplæring av pasienter og pårørende. Det kan være ulike årsaker til dette funnet. En årsak som er relatert til lederutviklingsprogrammet kan være at programmet ikke fokuserte spesifikt på problemstillinger knyttet til overordnede mål. Programmet fokuserte imidlertid på økonomi (Tabell 4.1, dag 3), noe sykehusets ledere har måttet ha i sentrum for oppmerksomheten også i arbeidshverdagen både før og etter at de deltok i programmet. Det er mulig at de overordnede målene for sykehuset "drukner" litt for lederne i hverdagen, noe også en av legenes svar om at målet først og fremst er å holde budsjettet kan tyde på.

Når det gjelder de overordnede målene for lederne respektive enheter, er svarene samstemte og i tråd med sykehusets mål om å gi god pasientbehandling. Jeg tolker forskjellen i svar når det gjelder sykehusets versus egen enhets mål dit hen at lederne på mellomledernivå har sitt hovedfokus rettet mot egen enhet, og at de er mindre opptatt av helhetstenkning som favner hele sykehuset.

Kun to ledere angir at lederutviklingsprogrammet har hatt noe å si for forståelsen av sykehusets og egen enhets overordnede mål. Ut fra dette resultatet kan man ikke uten videre si at programmet har bidratt til å fremme en felles helhetstenkning hos mellomlederne. Dersom vi imidlertid også tar med resultater knyttet til nytte fra lederutvikling, ser vi at lederne har opplevd at deltagelse i lederutviklingsprogrammet har ført til at de har fått en bedre forståelse for andre enheters arbeid, noe som igjen har lettet samarbeidet med andre avdelinger. Gjennom denne økte forståelsen for andre, har lederne også fått en økt forståelse for helheten i sykehuset. Programmet har derfor indirekte hatt en viss betydning for utvikling av helhetstenkning i sykehuset.

Ledelsesorientering

Tabell 3.1 viser at lederutviklingsprogrammet inneholdt forelesninger både om ulike dimensjoner ved lederskap, og om endringsledelse og endringsprosesser. Begrepet transformativ ledelse var sentralt i disse forelesningene. I tillegg ble det gjennomført trening på det å presentere et vanskelig budskap om endring, og på den vanskelige samtalen. De transformative ledelsesprinsipper dannet også bakgrunn for disse trenings- og veiledningssekvensene. Programmets fokus på endringsledelse og transformativ ledelse er i overensstemmelse med internasjonal litteratur som viser at måten ledelse utføres i sykehus på har betydning for sykehusenes og de enkelte sykehusavdelingens resultater (Cummings et al., 2010; Gardener, 2010; Warren & Carnall, 2010; Weberg, 2010; McCutcheron et al., 2009; Menaker, 2009; Menaker & Bahn, 2008; McAlearny et al., 2005; Xirasagar et al., 2005; Farrel & Robbins, 1993). De ulike forfatterne er samstemte i at dagens utfordringer i helsevesenet krever ledere som kan lede etter prinsippene i transformativ ledelse. Denne kunnskapen må sees som en viktig bakgrunn for selve opprettelsen og utviklingen av lederutviklingsprogrammet, og for gjennomføringen av programmet når det gjelder valg av innhold og metoder.

For å få et bilde av om de intervjuede lederne hadde med momenter som faller inn under begrepet transformativ ledelse i sine tanker om og oppfatning av ledelse, inkluderte jeg spørsmål om hva de anser for å være god ledelse og om når de lykkes som ledere i min undersøkelse. Informantenes svar både på disse og på de øvrige spørsmålene viser at alle lederne uttrykker tanker om ledelse som faller inn under begrepet transformativ ledelse, men at to av lederne hadde et sterkere fokus rettet mot fagledelse. Resultatene fra intervjuene gir ingen holdepunkter for at lederutviklingsprogrammet har påvirket den enkelte leders orientering.

Når man skal studere hvilke ledelsesprinsipper en leder bruker i sitt lederskap, kan man både utføre sin undersøkelse blant lederes ledere, blant lederes medarbeidere og gjennom å gjøre undersøkelser blant lederne selv (Xirasagar et al., 2005; Menaker & Bahn, 2008; McCutcheon et al., 2009). Xirasagar et al. (2005) hevder at selvevaluering er den dårligste metoden for å undersøke hvilke ledelsesprinsipper en leder bruker i sitt lederskap fordi spesielt mindre gode ledere ofte overvurderer egne lederegenskaper. I tillegg vil det rent vitenskapsteoretisk være mest riktig å undersøke lederes bruk av ulike ledelsesprinsipper både før og etter gjennomført program dersom man ønsker å kunne si noe om effekten av programmet på utøvelsen av ledelse. Det er derfor ikke mulig å trekke konklusjoner om hvorvidt lederutviklingsprogrammet har ført til økt bruk av transformativ ledelse basert på min undersøkelse.

Videreutvikling av lederutviklingsprogrammet

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke på hvilken måte et internt program for lederutvikling i et norsk sykehus kan utvikles og kontinuerlig videreutvikles i forhold til og i takt med de stadige endringer som finner sted i sykehuset. Med bakgrunn i den foregående litteraturgjennomgangen, mine erfaringer som veileder i programmet, den empiriske studien og diskusjonen i de tre foregående avsnittene i dette kapittelet, avslutter jeg oppgaven med å diskutere hvordan lederutviklingsprogrammet kan videreutvikles.

Endringer i målformulering

Målene med programmet var å bidra til å øke evnen til helhetstenkning blant helseforetakets mellomledere, å hjelpe lederne til å avklare roller og forventninger, samt å gi lederne kunnskaper, konkrete verktøy og mot og motivasjon til å stå i lederrollen generelt, og i endringsprosesser spesielt. Mine resultater viser at de intervjuede lederne har opplevd det å delta på programmet som nyttig. Imidlertid er det ingen av informantene som opplevde å ha fått nye teoretiske kunnskaper om ledelsesrelaterte emner ved å delta i programmet, og bare halvparten fikk med seg nye eller påfyll til gamle lederverktøy. I tillegg finner jeg ingen klar sammenheng mellom deltagelse i programmet og utvikling av en felles helhetstenkning blant lederne. Det kan derfor være grunn til å videreutvikle programmet for å få en enda bedre måloppnåelse. En annen grunn til å videreutvikle programmet er at det har tilkommet et forsterket fokus på endring i det aktuelle helseforetaket. Dette har medført at administrerende direktør har bedt organisasjonsavdelingen om å øke vektleggingen av temaet endringsledelse i lederutviklingsprogrammet.

Før jeg diskuterer videreutvikling av det aktuelle lederutviklingsprogrammet, er det naturlig å stille spørsmål ved om et internt utviklet lederutviklingsprogram er veien å gå for å oppnå helseforetakets mål på området ledelse. Svaret på dette spørsmålet ligger både i den internasjonale litteraturen, og i resultatene fra min undersøkelse. Litteraturen som det er gjort rede for viser at lederutvikling i sykehus kan gjennomføres med internt utviklede program skreddersydd for dem de er ment for (Warren & Carnall, 2010; Cummings et al., 2008; McAlearney et al., 2005). Flere forfattere hevder også at slike skreddersyde program er den beste måten å gjennomføre lederutvikling i sykehus på (Warren & Carnall, 2010; McAlearney et al., 2005). Lederutviklingsprogrammet som er beskrevet i denne oppgaven er et slikt delvis internt utviklet og skreddersydd program som favner både sykepleie- og legeledere. Bakgrunnen for, og utviklingen og gjennomføringen av programmet må kunne sies å være i overensstemmelse med internasjonal litteratur på området, noe som styrker oppfatningen om at dette er veien å gå når det gjelder lederutvikling i helseforetaket. I tillegg viser mine resultater at alle lederne har satt pris på og opplever å ha hatt nytte av programmet i sin lederhverdag. Dette bidrar også til å styrke den valgte modellen med intern lederutvikling.

Endringer i innhold og metoder

Basert på internasjonal litteratur om ledelse i sykehus (Cummings et al., 2010; Gardener 2010; Warren & Carnall, 2010; Weberg, 2010; McCutcheon, 2009; Menaker, 2009; Menaker & Bahn, 2008; McAlearney et al., 2005; Xirasagar et al., 2005; Farrel & Robbins, 1993), på egne erfaringer knyttet til min deltagelse som veileder i programmet og på resultatene fra min intervjuundersøkelse, mener jeg at lederutviklingsprogrammet bør videreutvikles ved at innholdet i programmet i enda større grad legger vekt på å utvikle ferdigheter i transformativ ledelse. Dersom dette skal gjøres innenfor rammen av to ganger to dager, betyr det at noe av dagens innhold i programmet må vike plass. Slik programmet er utformet, inneholder det både ledelsesteori og teori om endringsprosesser, praktiske øvinger og veiledning i dilemmaer som møter ledere i hverdagen, økonomi kontra fag, samt temaene ekstern samhandling og ekstern kommunikasjon. Sykehuset tilbyr imidlertid også en rekke kurs av to til fire timers varighet både innen økonomi, innen personaladministrasjon og innen helse- miljø- og sikkerhetsarbeid. Det er godt mulig å tenke seg at også temaene økonomi kontra fag, samhandling og kommunikasjon kan tilbys gjennom slike kortere enkeltkurs. Ved å flytte disse emnene fra lederutviklingsprogrammet til den øvrige kursporteføljen, vil det bli rom for å gå dypere inn i tematikk knyttet til det å lede gjennom endring ved å praktisere transformativ ledelse.

En endring av programmet slik jeg foreslår vil gi en hel dag til fordypning i transformativ ledelse og endringsledelse. Basert på mine resultater som viser at de intervjuede lederne ikke opplevde å sitte igjen med ny faktakunnskap etter å ha deltatt på programmet, er det naturlig å foreslå at en del av denne tiden brukes til en noe mindre komprimert og mer detaljert gjennomgang av teoretiske aspekter knyttet til transformativ ledelse. Det bør også redegjøres for de positive aspektene ved transformativ ledelse i sykehus, og for de sammenhenger som er påvist mellom transformativ ledelse og det å lede i endringer (Cummings et al., 2010; Gardener 2010; Warren & Carnall, 2010; Weberg, 2010; McCutcheon, 2009; Menaker, 2009; Menaker & Bahn, 2008; McAlearney et al., 2005; Xirasagar et al., 2005; Farrel & Robbins, 1993). Dette mener jeg er nødvendig da ledelsesteori ikke inngår i helsearbeideres profesjonsutdanning (Haug, 2002). Dersom lederne skal ha godt utbytte av trening i endringsledelse gjennom transformativ ledelse, vil det være viktig for dem å ha et visst teoretisk rammeverk å forholde seg til. Den øvrige delen av den frigjorte tiden kan brukes til praktiske øvelser knyttet til temaene transformativ ledelse og endring. Det vil da være nødvendig å utarbeide nye case som basis for treningen. Disse casene bør ta utgangspunkt i

ledernes praktiske hverdag (Warren & Carnall, 2010), og de bør utarbeides gjennom et samarbeid mellom organisasjonsavdelingen, den eksterne konsulenten og veilederkorpset.

Fokuset på transformativ ledelse og endringsledelse kan også økes gjennom en utvikling av mellomperioden. I følge Warren og Carnall (2010) bør ledere bruke mellomperioder i lederutviklingsprogram til å skaffe seg erfaringer med den praktiske utøvelsen av transformativt lederskap, for så å reflektere over praksisen sammen med andre deltagere på senere samlinger. For å oppnå en bedre utnyttelse av mellomperioden er det viktig at hovedinnholdet om endringsledelse gjennom transformativ ledelse formidles i løpet av første samling. I tillegg bør hensikten med og viktigheten av oppgaven i mellomperioden klargjøres bedre. Dette vil forhåpentligvis føre til at lederne i større grad ser at denne oppgaven handler mer om deres personlige utvikling som ledere og mindre om at de skal ha noe å presentere på andre samling. Jeg mener også at det ville vært fordelaktig om deltageres treningsoppgaver ble utarbeidet sammen med hele gruppen og veileder. Da ville den enkelte kunne få innspill til sin oppgave fra flere lederkollegaer og fra veileder, samtidig som det ville gi både veileder og gruppen innsikt i alle gruppedlemmenes mellomoppgaver. Dette siste ville også gitt et bedre utgangspunkt for veiledningen i programmets dag fire.

Gjennom en endring av programmet slik jeg har foreslått det i denne oppgaven, mener jeg at sannsynligheten for at lederne vil sitte igjen med en opplevelse av å ha fått med seg både ny kunnskap om ledelse og nye lederverktøy vil øke. Dette vil kunne føre til en økt opplevelse av nytte av programmet. I tillegg vil en slik forandring i programmet være i tråd med administrerende direktørs ønske om et sterkere fokus på endringsledelse. Hvorvidt endringen vil føre til en økt evne til helhetstenkning blant sykehusets mellomledere er mer usikkert. Dersom forandringen gjennomføres, bør den følges opp med en ny undersøkelse som tilsvarer den denne masteroppgaven er basert på.

Konklusjon: utvikling av ledelse eller ledelse for utvikling?

Jeg argumenterer for at lederutviklingsprogrammet bør videreutvikles ved at innholdet i programmet i enda større grad legger vekt på transformativ ledelse og endringsledelse. Norske sykehus befinner seg i en nærmest kontinuerlig endringsprosess, og den refererte litteraturen viser at ledere som leder etter prinsippene i transformativ ledelse også lykkes bedre med å gjennomføre nødvendige endringsprosesser. Utvikling av lederes ferdigheter i transformativ

ledelse og endringsledelse har derfor viktige praktiske implikasjoner for å kunne gjennomføre nødvendige endrings- og utviklingsprosesser i norske sykehus på en god måte. Ved å utvikle lederes ferdigheter i transformativ ledelse og endringsledelse vil sykehuset oppnå ledelse for utvikling. Og det er ledelse for utvikling som bør være det virkelige målet med programmet.

I tillegg til å argumentere for endringer i innholdet i det aktuelle lederutviklingsprogrammet, viser jeg også hvordan utviklingsorientert evaluering kan brukes for å kontinuerlig evaluere og forbedre programmet. Gjennom en refleksiv praksis der tilbakemeldinger og ideer fra både nye og gamle deltagere i programmet, veilederkorpset, organisasjonsavdelingen, den eksterne konsulenten og sykehusets toppledelse inngår, vil programmet også i framtiden kunne framstå som et oppdatert, aktuelt og tilpasset program for lederopplæring.

Litteratur

Berg O. (1991). Medikrati, hierarki og marked. I: D. Album og G. Midré. *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Oslo: Ad Notam.

Cummings G.G., Lee H., MacGregor T., Davey M., Wong C., Paul L., Stafford E. (2008). Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*, 13, 240-8.

Cummings G.G., MacGregor T., Davey M., Lee H., Wong C.A., Lo E., Muise M., Stafford E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud.*, 47, 363-85.

Dalby K. (2005). *Omstilling i kommunene med fokus på New Public Management*. Stiftelsen IMTEC, <http://www.fagforbundet.no/file.php?id=1209>

Denzin N.K., Lincoln Y.S. (2005). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Detsky A.S. (2010). How to be a good academic leader. *J Gen Intern Med.*, Doi:10.007/s11606-010-1486-7.

Dommerud T. (2006). *Spesialutvikler sykehustoppledere*. Oslo: Dagens Medisin. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2006/02/09/spesialutvikler-sykehustopp/>

Farrell J.P, Robbins M.M. (1993). Leadership competencies for physicians. *Healthc Forum J.*, 36, 39-42.

Fulop L., Day G.E. (2010). From leader to leadership: clinician management and where to next? *Australian Health Review*, 34, 344-51.

Gardner B.G. (2010). Improve RN retention through transformational leadership styles. *Nurs Manage.*, 41, 8-12.

Gjerberg E., Sørensen A.S. (2006). Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet? *Tidsskr Nor Legeforen.*, 126, 1063-6.

Gruening G. (2001). Origin and theoretical basis of New Public Management. *International Public Management Journal*, 4, 1-25.

Haug C. (2002) Legekunst og ledkunst. *Tidsskr Nor Legeforen.*, 122, 1971.

http://www.helse-midt.no/templates/StandardMaster_69753.aspx, 2010.

Joiner B., Josephs S. (2007). *Leadership Agility*. San Fransisco CA: Jossey-Bass.

Kvale S., Brinkmann S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lincoln Y.S., Guba E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park CA: Sage.

McAlearney A.S., Fisher D., Heiser K., Robbins D., Kellehr K. (2005). Developing effective physician leaders: changing cultures and transforming organizations. *Hospital Topics*, 83, 11-18.

McCutcheon A.S., Doran D., Evans M., Hall L.M.G., Pringle D. (2009). Effect of leadership and span of control on nurses` job satisfaction and patient satisfaction. *Nurs Leadersh.*, 22, 48-67.

Menaker R. (2009). Leadership strategies in healthcare. *J Med Pract Manage.*, 24, 339-43.

Menaker R., Bahn R.S. (2008). How perceived physician leadership behaviour affects physician satisfaction. *Mayo Clin Proc.*, 83:, 983-8.

Norges offentlige utredninger. (2007). *Pasienten først! Ledelse og organisering I sykehus. NOU 1997: 2*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Northouse P.G. (2007). *Leadership. Theory and Practice*. Thousand Oaks CA: Sage.

Ot.prp. nr. 10 (1998-1999). *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

Patton M.Q. (2011). *Developmental evaluation*. New York: The Guilford Press.

Schwartz R.W., Tumblin T.F. (2002). The power of servant leadership to transform health care organizations for the 21st-century economy. *Arc Surg.*, 137, 1419-27.

Warren O.J., Carnall R. (2010). Medical leadership: why it`s important, what is required, and how we develop it. *Postgrad Med J*. Doi:10.1136/pgmj.2009.093807.

Weberg D. (2010). Transformational leadership and staff retention. An Evidence review with implications for healthcare systems. *Nurse Admin.*, 34, 246-58.

Xirasagar S., Samuels M.E., Stoskopf C.H. (2005). Physician leadership styles and effectiveness: an empirical study. *Med Care Res Rev.*, 62, 720-40.

Zori S., Nosek L.L., Musil C.M. (2010). Critical thinking of nurse managers related to staff RNs perception of the practice environment. *J Nurs Scholarsh.*, 42, 305-13.

Vedlegg

Vedlegg 1

Informasjon og forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave i faget Organisasjon og ledelse, pedagogisk institutt, NTNU

Bakgrunn

Første halvår 2008 startet St. Olavs Hospital opp lederutviklingsprogrammet *Synlig og ansvarlig* for alle mellomlederne i organisasjonen. Programmet ble gjennomført i alt seks ganger denne våren, og har senere blitt gjennomført en gang høsten 2008 og en gang høsten 2009. Planen for framtida er at programmet skal holdes for nytilsatte ledere ca en gang årlig.

I forbindelse med et masterstudium i faget Organisasjon og ledelse skal jeg nå skrive en masteroppgave. Tema for denne oppgaven vil være en studie av *Synlig og ansvarlig*. Jeg vil spesielt undersøke om, hvordan og i hvilken grad ledere som har deltatt på programmet opplever at de har hatt nytte av programmet i sitt daglige virke som ledere, samt hva de har hatt nytte av. I tillegg vil jeg undersøke om programmet har hatt noe å si for hva ledere tenker om egen avdelings og hele organisasjonens overordnede mål.

Metode

I denne undersøkelsen vil jeg bruke kvalitativ metode, og data vil bli samlet inn ved hjelp av forskningsintervju. Jeg vil intervju seks personer, tre sykepleierledere og tre legeledere. Hvert intervju vil ta ca en time, og intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Etter at intervjuene er avsluttet vil de bli transkribert (overført fra muntlig til skriftlig form), og de vil deretter bli analysert. Resultatene vil bli presentert i min masteroppgave.

Etikk

Det vil være full konfidensialitet mellom meg og mine informanter. Alle data vil bli anonymisert på en slik måte at det ikke vil være mulig å gjenkjenne noen av informantene i den ferdige oppgaven. Ved prosjektslutt vil alle lydbåndopptak bli slettet. Frist for innlevering av oppgaven er 01.09.2011. Sletting av lydbåndopptakene vil skje senest 01.09.2012. Innen samme dato vil kobling til navneliste bli slettet, mens eventuelle andre opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner vil bli anonymisert.

Deltagelse i prosjektet er frivillig. Informantene kan når som helst trekke seg fra prosjektet uten å oppgi grunn. Det vil ikke være mulig å trekke seg fra prosjektet etter at data er anonymisert og alle lydbåndopptak slettet.

Det vil bli innhentet skriftlig informert samtykke fra alle deltagere. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Prosjektet er godkjent av Organisasjonsavdelingen ved St. Olavs Hospital ved organisasjonssjef Fredrik Sunde og av Pedagogisk institutt ved veileder professor Ragnheidur Karlsdottir (telefonnummer: 73591963). Ingunn Hybertsen Lysø er biveileder i prosjektet.

Med vennlig hilsen Hilde Pleym Telefon: 90844763 e-post: hildpley@online.no

Samtykkeerklæring

Jeg har lest og forstått informasjonen om prosjektet og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg er villig til å delta i et intervju. Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke meg fra undersøkelsen uten å oppgi grunn, og at det ikke vil være mulig å trekke seg etter at data er anonymisert og lydbåndopptakene er slettet.

Trondheim _____

Dato

Signatur

Vedlegg 2

Intervjuguide

Bakgrunnsspørsmål

Kjønn

Alder

Stillingstype (avdelingssjef eller seksjonsleder)

Hvordan ble du leder ved St. Olavs Hospital?

Hvor lenge har du vært leder ved St. Olavs Hospital?

Har du jobbet som leder i en annen organisasjon? Hvor?

Har du lederutdanning?

Hvis ja på spørsmålet om lederutdanning, hvilken lederutdanning har du?

Innledende spørsmål

Hva er god ledelse for deg? Hvordan vil du beskrive god ledelse?

Kan du fortelle om en situasjon der du har lykket som leder?

Innledende spørsmål om *Synlig og ansvarlig*

Deltagelse på lederutviklingsprogrammet *Synlig og ansvarlig* var/er obligatorisk for mellomledere ved St. Olavs Hospital. Hvis du tenker tilbake, hvordan så du på det å delta på de fire kursdagene på forhånd? Hvordan var din motivasjon med hensyn til å skulle delta på *Synlig og ansvarlig*?

Når du tenker tilbake på lederutviklingsprogrammet, hvordan opplevde du programmet og det å delta på det?

Konkret nytteverdi, konkrete verktøy

Kan du fortelle om / beskrive hva du har hatt nytte av ved å delta på *Synlig og ansvarlig*?

Fikk du med deg noen konkrete verktøy fra *Synlig og ansvarlig*?

Hvordan har du hatt nytte av dette? Beskriv.

Helhetstenkning i forhold til organisasjonens mål

Hva anser du er St. Olavs Hospitals overordnede mål?

Hva er de overordnede målene for din avdeling/seksjon?

Hvordan / på hvilken måte har *Synlig og ansvarlig* hatt betydning for din oppfatning av St. Olavs Hospitals og din avdelings overordnede mål?

Fikk du utvidet nettverket ditt ved St. Olavs Hospital etter *Synlig og ansvarlig*? Fortell.

Har du opplevd/oplever du å være en del av et lederfellesskap ved St. Olavs Hospital? Har *Synlig og ansvarlig* hatt noe å si for din opplevelse av lederfellesskap? Fortell.

Avsluttende spørsmål

Har du lært noe av deltagelsen på *Synlig og ansvarlig* som vi så langt ikke har snakket om? Beskriv.

Er det noe annet du har lyst til å tilføye?