



Masteroppgåve i Samfunnsplanlegging og leiing

Legitimt leiarskap
30 studiepoeng

Aud Solheim
12/2016

Samandrag

I 2002 vart *Sjukehusreforma* med etablering av 5 regionale og 47 helseføretak i Norge innført, og førte til endringar i struktur, innhald og mål for sjukehusa. Ynskje om modernisering og effektivisering av offentleg sektor var i hovudsak bakgrunnen for reforma, og New Public management med styringsprinsipp frå den private marknaden har hatt stor innverknad. Reforma fekk også konsekvensar for mellomleiarar i sjukehusa.

Profesjonalisering av leiarskap har betydd personleg ansvar for mål, budsjett og aktivitetsmål for mellomleiarane. Målet med oppgåva er å sjå på faktorar som verkar inn på legitimiteten til leiingsfunksjonen for mellomleiarar i Helse Møre og Romsdal sett frå mellomleiarane sitt perspektiv. Undersøkinga er ei kvalitativ undersøking med 8 informantar, og eit strategisk utval av mellomleiarar frå ulike klinikkar i Helse Møre og Romsdal.

Tilbakemeldingar frå mellomleiarane syner at kvardagen som mellomleiar inneheld i stor grad oppfølging av aktivitetsmål, budsjett og rapporteringar oppover i systemet, og leiingsfunksjonen vert i hovudsak *administrasjon*. Mellomleiarane må stadig forhalde seg til nye endringar, omorganiseringar, og fagleg utvikling og arbeid med visjonar får lite plass.

Leiing og leiarskap vert prioritert i mindre grad enn mellomleiarane ynskjer. Sjukehusreforma med nye lover, overordna mål og organisering viser seg å ha stor innverknad på leiingsfunksjonen for mellomleiarane i Helse Møre og Romsdal. Opplæring og oppfølging av mellomleiarane, i tillegg til støttefunksjonar til hjelp i dagleg drift, er noko av det leiarane etterspør for å få ein betre kvardag som mellomleiar. Resultatet av undersøkinga syner at mellomleiarane står i mange dilemma som gir utfordringar i høve legitimt leiarskap.

Summery

In 2002 the Hospital Reform (*Sjukehusreforma*) was established, with five regions and 47 health facilities, leading to changes in structure, contents and goals for hospitals in Norway. The main incentive for the reform was to streamline the public sector according to New Public Management principles, and the private sector model has influenced the reform to a large extent. Middle management at the hospitals was affected by the reform.

Through professionalization, middle management was made personally responsible for targets, budgets and activity goals. The purpose of this assignment is to study factors that affect the legitimacy of middle management's leadership functions at Helse Møre og Romsdal, seen from the perspective of middle management itself.

This is a qualitative report based on interviews with eight informants, and a strategic selection of middle management staff from various health facilities in Helse Møre og Romsdal. Feedback from middle management indicates that daily tasks involve following up activity goals, budgets and reports to the higher-ups, and that leadership in general becomes *administration*. Middle management constantly needs to adapt to various types of restructuring and updating, whilst there is little time to attend to plans and visions.

Leading and leadership is not as much of a priority as middle management would have wished. The hospital reform with its new laws, overall goals and organisation turns out to affect the leadership function of Helse Møre og Romsdal middle management to a large extent. Middle management have requested more training and auxiliary support to the daily running of their facilities, among the things they believe could improve their work environments. The result of the investigation demonstrated that middle management faces many dilemmas that provide challenges relating to the legitimacy of leadership.

Forord

Denne masteroppgåva ser på kva faktorar som verkar inn på legitimiteten til leiingsfunksjonar i sjukehus. Oppgåva avsluttar masterstudiet i samfunnsplanlegging og leiing ved Høgskulen i Volda, og har eit omfang på 30 studiepoeng.

Studiet har vore interessant, lærerikt og har gitt meg mange nye perspektiv. Det har også vore krevande og til tider strevsomt, men eg er takknemleg og glad i dag for eg har gjennomført studiet. Vil gjerne takke mellomleiarar i Helse Møre og Romsdal som har vore informantar, og gitt meg verdifulle innspel og delt av dykkar erfaringar, utan dette hadde det blitt ei fattig oppgåve.

Eg vil også takke veileder Roar Amdam ved Høgskulen i Volda for inspirasjon, støtte og konstruktive innspel undervegs i prosessen med oppgåva.

Takk også til medstudentar, og ei særskild takk til Linda og Grete som har gått mykje av vegen saman med meg.

Takkar også til dei på heimebane, ikkje minst til Tinka som har fått med meg på tur og hjelpt til å klare tankane!

Volda, 6. desember 2016
Aud Solheim

INNHALDSLISTE

SAMANDRAG/SUMMERY	2
FORORD	3
1.0 INNLEIING	5
1.1 Mål for oppgåva/problemstilling	7
1.2. Sjukehus/helsereforma	7
1.3 Informasjon om Helse Møre og Romsdal	8
1.4 Oppbygging av oppgåva	8
2.0 METODE	9
2.1.Eigen ståstad og val av metode	9
2.2.Gjennomføring	11
2.2.1 Intervjuguide	11
2.2.2 Strategisk utval	12
2.2.3 Prentasjon av informantane	12
2.2.4.Datainnsamling	13
2.3 Forskingetiske vurderingar	14
2.4 Validitet	15
2.4.1 Ekstern validitet	15
2.4.2 Intern validitet	16
2.4.3 Reliabilitet	17
2.4.4 Refleksivitet	17
2.5 Analyse	18
3.0 TEORETISK PERSPEKTIV/RAMMEVERK	20
3.1.Leiing	20
3.1.1.Leiingsfunksjonen	22
3.1.3.Leiing i sjukehus	22
3.2.Mellomleiaren	26
3.3 New Public mangement	29
3.4 Legitimitet	31
3.4.1 Legitimitet og makt	32
3.4.2 Legitimitet i organisasjonar	33
3.5 Ulike former for legitimitet	34
3.5.1 Regulativ legitimitet	36
3.5.2 Normativ legitimitet	39
3.5.3 Kognitiv legitimitet	40
3.5.4 Pragmatisk legitimitet	41
3.6 Legitimerande leiarskap	43
3.6.1 Legitimitetstrappa	45

4.0 ANALYSE/DRØFTING	46	
4.1. Regulativ legitimitet og institusjonell leiing	46	
4.1.1. Kvalitetsindikatorar	47	
4.1.2 Endringar	49	
4.1.3 Ansvarsområde	50	
4.1.4 Makt/autoritet	51	
4.2 Normativ legitimitet og strategisk leiing		52
4.2.1. Tilhøve til pasient/pårørande	53	
4.2.2. Visjonar	55	
4.2.3 Resultat	57	
4.2.4 Kvalitet	58	
4.3 Kognitiv legitimitet og takstisk leiing	60	
4.3.1 «Enhetlig leiing»	61	
4.3.2 Kompetanse	62	
4.3.3 Tenestetilbod i tråd med samarbeidspartar	63	
4.3.4 Organisasjonskultur	65	
4.4 Pragmatisk legitimitet og operativ leiing		67
4.4.1. Leiingsfunksjonar	68	
4.4.2 Tilhøve til overordna	70	
4.4.3 Samarbeid med tillitsvalde	71	
5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	74	
LITTERATURLISTE	76	

Figur 1 . Legitimitetstrappa

Vedlegg 1 : Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 43: Godkjenning frå NSD

1.0 Innleiing

I løpet av dei siste 20 år har helsevesenet i Norge vore gjennom ei betydeleg endring. Sjukehusa har historisk vore prega av ei sterk hierarkisk oppbygging. Makta i leiing og fag i sjukehuset var gjerne samla i ein og samme person – den administrerande overlegen. Over- og avdelingssjukepleiarar stod for drift og administrasjon av sengepost og personell. I dag framstår helsevesenet som kunnskapsbedrifter med produksjonskrav knytt til pasientbehandling, undervisning og forskning.

I denne utviklinga har fag og leiing blitt to atskilte søyler. «Fagsøyla» har vore prega av fokus på medisinske framskritt og teknologiske nyvinningar, alt for å betre pasientenes livskvalitet og levetid. «Leiingsøyla» har vært knytt til optimal organisering og drift med fokus på styringssignaler frå overordna styresmakter. Det store målet dei seinare åra har vore økonomisk balanse. I skjæringspunktet mellom budsjettstyring og dei medisinskfaglege forventningar oppstår utfordringar for dagens leiarar. Det har vært stilt spørsmål om økonomi- og fagstyring virkelig kan kombineres. Fagleg og økonomisk-administrativ logikk har i helseforetakene blitt utfordra og supplert med krav til medbestemming og målstyring (Torjesen 2008).

Dei ulike og kanskje motstridande «logikkane» som mellomleiarane må forhalde seg til, har ført til at leiaroppgåva har blitt meir kompleks og krevjande. Det er eit dilemma på den eine sida tiltakande krav om rapporteringar, mål, krav, standardiseringar, resultatorientering, økonomisk styring og på den andre sida etterspørsel etter meir moderne leiarskap og fokus på «mjuke»verdiar for tilsette og brukarar.

Korleis oppleves desse motsette krava og endringar av kulturar i sjukehusa av mellomleiarane som står nærast dei som utøver tenestene til pasientane? Kva har det gjort med legitimiteten til mellomleiarane?

Mål for oppgåva

Eigne erfaringar som mellomleiar gjennom mange år i spesialisthelsetenesta, både før og etter sjukehusreforma , har ført til mitt engasjement for å velje emnet som handlar om mellomleiarar i sjukehus og deira kvardag. Dei motstridande krava har eg opplevd sjølv som mellomleiar , og det er lite fokus både i utdanning og i helseføretaket dei utfordringane ein møter som mellomleiar i sjukehus.

Problemstilling ;

Korleis påverkar leiingsfunksjonen i sjukehus mellomleiaranes legitimitet

Forskingsspørsmål 1 (teori); Kva faktorar påverkar legitimiteten til mellomleiarar? (Teoretisk)
Forskingsspørsmål 2 (empiri); Korleis påverkar leiingsfunksjonen i Helse Møre og Romsdal mellomleiaranes legitimitet? (Empiri)

Sjukehusreforma/helsereforma

18. januar 2001 blei eit høyringsutkast om ny helsereform og organisering av spesialisthelsetenesta sendt ut .Lov om helseføretak vart vedteke 6.07.2001i Odelstinget, og landet vart delt inn i fem helseregionar. Hausten 2001 vart det etablert fem regionale helseføretak .

Dei regionale helseføretaka fekk med helsereforma to hovudoppgåver:

"Sørgje-for-ansvaret": Samla ansvar for at befolkninga i regionen får tilgang til spesialisthelsetenester og eigaransvaret: Eig og styrer helseføretaka i regionen.

Sjukehusreforma innebar ;

- Eit skifte til statleg eigarskap
- Heilt ny organisering, i helseføretak
- Helseføretak som sjølvstendige rettssubjekt og arbeidsgivarar
- Pliktene i helselovgevinga er overførde til dei regionale helseføretaka
- Avtaler og kontraktar blei overtekne av RHF (regionalt helseføretak)/HF(helseføretak)

Sjukehusa har desse hovudoppgåvene: Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning, opplæring av pasientar og pårørnde

Informasjon om Helse Møre og Romsdal

Helse Møre og Romsdal er eit av fire helseføretak i det regionale helseføretaket, Helse-Midt. Helse Møre og Romsdal består av fire sjukehus, 4 distrikstpsykiatriske senter, 2 rehabiliteringsinstitusjonar. Helse Møre og Romsdal er organisert i ein hierarkisk modell med fire leiarnivå, ein administrerande direktør, som har ansvar for å rapportere til styret. I desse dagar foregår det organisasjonsendringar, men pr i dag har Helse Møre og Romsdal 7 klinikkar ; klinikk for kvinner, barn -og unge, psykiatri – og rus, diagnostikk, akuttbehandling, medisin og rehabilitering, kirurgi og drift.

Leiarar for klinikkane vert nemna som klinikksefjar. Helse Møre og Romsdal sine sjukehus og institusjonar ligg spredt i fylket, og klinikkane som er store og organisert på tvers av sjukehusa, er difor delt i avdelingar der avdelingssefjen er leiar. Avdelingane består av ulike seksjonar der seksjonsleiar er leiarar. Dette er det siste leiingsnivå som har fag,-personal-og administrativt ansvar. Desse vert kalla mellomleiarar , sjølv om leiingsnivå 2 og 3 har leiarar over seg, er det leiingsnivå 4, seksjonsleiarane som har ansvar for «produksjonen», og er leiarar for dei som levere «varene», det vil seie er det som har ansvar for resultat og aktivitet i seksjonane.

Oppbygging av oppgåva

Etter innleiinga som også seier litt om eigen ståstad, og grunnar for val av tema og problemstilling, vil neste kapittel innehalde ei utgreiing om metodar, strategiar og handlingar som vart brukt i prosessen for å finne svar på undersøkinga si problemstilling. Dette for å gjere oppgåva meir oversikteleg, og for å få samanheng mellom teori og analyse og drøfting.

Deretter kjem teoretisk rammeverk, som handlar om teoriar og omgrep som eg meiner er viktig for å belyse tema i oppgåva. Analyse og drøftingsdelen vil sjå på det empiriske materialet , og tolke og vurdere dette i høve det teoretiske rammeverket. Avslutningsvis vil eg ha ei oppsummering og ein konklusjon der eg også skisserar mulige endringar som kan gjere ein forskjell for mellomleiarane.

2.0 METODE

2.1 Eigen ståstad og val av metode

Etter mange år som leiar i fleire organisasjonar i spesialisthelsetenesta har eg mange erfaringar som eg har undra meg over kvifor ting har blitt som dei har blitt. Erfaringane er på godt og vondt, og etterkvart som eg har fått meir kunnskap om teoriar om leiing og også politiske tilhøve og konsekvensar av dette, har eg også blitt meir nysgjerrig på å finne ut om korleis andre opplever det å vere mellomleiar i spesialisthelsetenesta i dag.

Kva faktorar som verkar inn på kvardagen som mellomleiar som forskar, og med andre «briller» enn berre som ein tidlegare kollega.

Eit grunnleggande vitenskapsteoretisk spørsmål som bør stillast når ein skal forske er ifølge Aase og Fossåskaret (2007 : 44) Kva type kunnskap treng ein om temaet som skal studerast?

Kriterier for vitenskaplighet er ikke absolutte og evigvarende sannheter, men normative forutsetninger som hører hjemme i en bestemt, historisk, sosial og kulturell ramme. (Malterud 2013: 26).

Hellevik (1991) seier at hovudmålet ved val av metode må være at den er eigna til å framsette gyldige data, det vil seie data som er eigna til å si noko om problemstillinga.

Mitt utgangspunkt for denne oppgåva var at eg hadde eit ønske om å fokusere på mellomleiarar i sjukehus sin kvardag , og korleis dei opplever denne.

Korleis skulle eg gå fram i mi undersøking for at dette skulle bli vitenskapleg forskning, og kva metode skulle eg velje?

«Forskerens ståsted , faglige interesser,motiver og personlige erfaringer avgjør hvilke problemstilling som er den aktuelle, hvilke perspektiv som skal velges, hvilke metoder og utvalg som anses som relevante, hvilke resultater som besvarer de viktigste spørsmålene ,og hvordan konklusjonen vektlegges og formidles» (Malterud 2003:43).

Kva er så mi problemstilling? Kva ønsker eg svar på? Kvar er min ståstad?

«Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt,hvorfor ikke spørre dem? «
(Kvåle/Brinkmann 2015:18)

Malterud (2013) seier at metode har som primært siktemål å skape forståing og eignar seg for å beskrive analyserekaraktertrekk, og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres.

Metode brukes til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventinger, motiver og holdninger. Vi kan oppnå økt forståelse av hvorfor mennesker handler som de gjør, ved å spørre etter meningen, betydningen og nyanser av hendelser og atferd.

Det har vore ulike meiningar om korleis ein skal forstå vitenskap og kunnskap. Eit dominante perspektiv dei siste hundre åra er det positivistiske perspektivet, som vektlegg vitenskap som kan sansast eller observerast. Naturvitenskapen byggjer på positivismen , og bygger på eit instrumentalistisk syn på teoretiske termer i vitenskapen.

Utgangspunktet i oppgåva er eit fenomenologisk perspektiv. Fenomenologi (Kvale /Brinkmann 2015) er «læra om fenomen», og utforskar det subjektive perspektivet. Å studere menneske, må gjerast utifrå menneskets væremåte og subjektive virkelighetoppfatning. Målet med ei fenomenologisk tilnærming er å gi ei beskriving av aktørane sine egne perspektiv, opplevingar og forståing. Eg vil også nytte det hermeneutiske perspektivet ; «læra om fortolkning av tekster» (Kval/Brinkamann 2015:73), og eg ønsker å vektlegge fellestrekk ved det informantane fortel.

Kvalitativ metode er kjenneteikna ved nærleik til forskningsobjektet og ved et direkte subjekt /subjekt forhold mellom forskar og undersøkelseseining. Kvalitative metoder, blir i internasjonal litteratur også omtalt som naturalistic inquiry eller interpretive inquiry, metoden bygger på teoriar om menneskeleg erfaring og fortolkning. (Malterud, 2003) .

Hellevik (2011:13) seier dette om forskjellen mellom kvaliativ og kvantitativ forskning « *En forsker innenfor den kvalitative tradisjonen baserer seg på sin evne til å leve seg inn i og oppfatte et mønster i det mangfold av sanseinntrykk hun mottar, i stedet for å trekke ut en begrenset antall spekter ved helheten, og så måle og analyserer den ved tall*».

Kvalitativ metode har også sine begrensingar som er viktig å vere klar over. Samtidig som styrken i metoden er at ein ynskjer å få fram den einkilde sine erfaringa og oppfatningar, er også dette begrensningane til kvalitativ metode, at det er den subjektiv oppfatning til den einskilde som kjem fram i intervju, det er inga objektiv sanning. Det kan også vere ein fare for at informantane held tilbake informasjon, ubevisst eller bevisst, sjølv om informantane er anonymisert i oppgåva. Det kan også vere at dei seier det dei trur intervjuar ynskjer å høyre, og slik utelet viktig informasjon.

Malterud (2013) seier at dei kvalitative metodane sikter mot å forstå og beskrive, noko som stemmer godt overeins med mine ynskjer for denne undersøkinga.

Eg ønska å legge vekt på å få fram informantane sine egne beskrivingar, og la dei få muligheit til å utdjupe desse undervegs i intervjuet.

Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Hermeneutikk er læra om fortolkning av tekst. Målet med hermeneutisk tolking er å oppnå gyldig og allmenn forståing av kva ei tekst betyr. (Kvale/Brinkmann 2015 :73)

På bakgrunn av vitenskapsteoretiske ståstad og problemstilling vert mitt val for undersøkinga kvalitativ metode.

2.2. Gjennomføring

Gjennomføring omfattar intervjuguide, strategisk utval, presentasjon av informantane og datainnsamling

2.2.1. Intervjuguide

Eit kvalitativt intervju kan utformast på ulike måtar. Både ustrukturert og strukturert. Eg har valt eit semistrukturert forskingsintervju som fokuserar på den som vert intervjuet si oppleving av eit tema. *Målet å hente inn beskrivelser om den intervjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen* (Kvale/Brinkmann 2015:22)

Fordelen med semistrukturert intervju er at svara er samanliknbare, då alle svara på dei same tema. Intervjumetoden er basert på ein fenomenologisk perspektiv.

Spørsmåla i intervjuguiden er utarbeida med bakgrunn i oppgåva si teoretiske rammeverk, Scott/Suchmann; legitimitetsteori, leiing og leiingsfunksjonar, og New Public management som bakteppe for innføring av helseføretaksreformen, i tillegg til mi for-forståing og erfaringar eg har som mellomleiar i helsesektoren.

Eg starta med nøytrale emner som det var lett å svare på for deretter gå over til meir spesifikke spørsmål.

2.2.2 Strategisk utval

Val av informantar er særleg viktig innafor kvalitativ intervjuforskning. Kven skal intervjuast, kor mange og etter kva kriterier? Kvalitative studier baserar seg ofte på strategisk utval, det vil seie at ein vel informantar som er mest hensiktmessig for å belyse problemstillinga (Larsen 2012).

Mitt utgangspunkt var at det ikkje skulle vere for mange informantar, då både intervju og bearbeidinga er tidkrevjande. Men likevel stort nok til at eg fekk eit godt grunnlag for det vidare arbeidet med analyse og drøfting.

Informantane i masteroppgåva er mellomleiarar i Helse Møre og Romsdal. Kriteria for mine informantar var at dei helst hadde meir enn 5 års praksis som mellomleiarar i Helse Møre og Romsdal, og frå ulike klinikkar innan helseføretaket for slik å få ei god spreining frå ulike medisinske miljø. Av ulike grunnar vart det slik at nokre av informantane berre hadde 2-3 års praksis, og dette førte til at eg fekk eg ei meir variert informantgruppe, og dette fall positivt ut for oppgåva, då eg fekk større variasjonar i analysen og drøftinga. Eg fekk også informantar frå klinikkar innan både medisin, kirurgi, psykiatri, rehabilitering og klinikk for barn-og unge.

Informantane vart rekruttert gjennom fagansvarlege i Helse Møre og Romsdal som vidareformidla kontakt.

I utgangspunktet ønska eg også å få med informantar frå fleire faggrupper for å få eit breidt spekter av svar, og for å sjå om faget utgjorde ein forskjell i opplevinga av å vere mellomleiar. Mellom anna prøvde eg å få legar, psykologar og sosionomar med i undersøkinga, men dette var ikkje mogeleg å få til.

2.2.3. Presentasjon av informantane

For å sikre anonymisering av informantane vil eg presentere dei på denne måten;

5 informantar frå Klinikk for kvinner, barn-og unge, Klinikk for kirurgi, Klinikk for medisin og rehabilitering.

3 informantar frå Klinikk for psykiatri-og rus

6 av informantane er sjukepleiarar, 1 vernepleiar, og alle desse har vidareutdanning innan det fagområde dei er leiar for, dvs vidareutdanning innan psykisk helsevern, intensiv, rehabilitering, eller anestesi.

3 av informantane har utdanning innan leiarskap.

For ordens skuld nummerar eg informantane slik i analyse –og drøftingsdelen;

Somatikk 1, somatikk 2, somatikk 3, somatikk 3 , somatikk 4, somatikk 5.

Psykiatri 1, psykiatri 2, psykiatri 3,

2.2.4 Datainnsamling

I forkant av intervjuja informerte eg informantane om målet med studien. Eg understreka at undersøkinga var frivillig, at dei ikkje treng å svare på alle spørsmål, og om dersom dei ynskjer å trekke seg frå undersøkinga kunne dette gjerast når som helst i forløpet.

Informantane fekk informasjon om at eg ville ivareta informantane sin anonymitet, og at det ikkje skulle være mogeleg å koble informasjon med opplysninger om ein persons identitet i denne undersøkinga. Som forskarar skal vi i den grad det er mogeleg forsøke å gjengi resultat fullstendig og i riktig samanheng.

Eg gjennomførte intervjuja på informantane sine kontor, slik vart også dette ei ramme og ein kontekst for samtalen som har vore nyttig i det vidare arbeidet.

Kvale/Brinkmann (2015:203) «..det finnes ikke entydige kvalitetskriterier for forskningsintervjuer. Et godt intervju er avhengig av forskerens håndverksmessige dyktighet, som går lenger enn til mestring av spørreteknikker og også omfatter kunnskap om forskningstemaet, sensitivitet med hensyn til den sosiale relasjonen mellom intervjuer og intervjuperson, og bevissthet om epistemologiske og etiske aspekter av forskningsintervjuet».

Eg la vekt på oppfølgingsspørsmål, og utdjupinga av spørsmåla. *Kvale/Brinkmann (2015 :84) seier det er viktig med god kjennskap til intervjutemaet for å stille gode oppfølgingsspørsmål. Kvaliteten av dei produserte data i et kvalitativt intervju avhenger av intervjuaren sine ferdigheter og kunnskap om temaet».*

Eg tenker at ein også kan være for «nær» temaet, at ein difor som intervjuar ikkje stiller gode nok oppfølgingsspørsmål. Det er lett å relatere det til sine egne tankar og sysnpunkt om temaet og ikkje

ha nok avstand .Eg gjorde meg nokre refleksjonar for eigen del i etterkant av intervjuet når det gjeld avstand til tema, då eg sjølv har vore i same situasjon som dei eg intervjuet. I intervjuet var eg svært forsiktig med å kome med egne synspunkt og meiningar for ikkje å påverke informantane på nokon måte.

Malterud (2013) sier at eit forskingsintervju er noko meir enn en vanlig samtale. Det bør innehalde både empati, lytting og refleksjon. Moderne vitenskapsteori avviser forestillinga om den nøytrale forsker som ikkje øver nokon form for innflytelse på kunnskapsutviklingen.

Transkribering av intervjuet vart gjort etterkvart intervju, og etter at alle intervjuet var ferdig hadde eg 36 sider med tekst som var utgangspunkt for mitt analysearbeid.

I Helse Møre og Romsdal der informantane mine arbeider er også min arbeidsplass. Imidlertid inneheld Helse Møre og Romsdal fire sjukehus og fleire mindre psykiatriske og rehabiliteringsinstitusjonar , så fleire av mine informantar var eg ikkje kjend med på førehand.

Det at eg arbeider i same organisasjon og også kjenner nokre, om ikkje alle informantene frå før, kan ha vore med på å forsterke noen av de såkalte ”intervjueffekta” som er dei mest openbare ulempene ved kvalitative intervjuer, som kan vere at informantene kan ha svart slik som eg har ønska at dei skal svare, dei kan ha svart på en bestemt måte for å gjøre et godt inntrykk, for å skjule uvitskap eller dei kan ha svart det dei trur er allment akseptert.

2.3 Forskingsetiske vurderingar

Etiske problemstillingar vil prege heile forløpet i ei intervjuundersøking, frå begynnelse til rapporten føreligg (Kvale/ Brinkmann 2015 : 97.)

Jacobsen (2012) sier at dei tre grunnleggande krava er at det skal være informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt angitt.

For å ivareta kvaliteten i forskinga og verne om involverte personar er det utarbeidd lover, normer og retningslinjer som ein som forskar må forhalde seg til. Dette gjeld mellom anna krav om informert og fritt samtykke, krav om konfidensialitet og krav om å unngå skade og alvorlege belastningar .

Utgangspunktet for alle forskingsprosjekt er prinsippet om informert samtykke. Dette er basert på respekten for individets råderett over eige liv, og kontroll med ei opplysningane om seg sjølv som vert delt med andre (Kvale/Brinkmann 2015). På bakgrunn av dette utforma eg eit informasjonsskriv om undersøkinga, kva det handla om og kva det innebar å delta.

Prinsippet om konfidensialitet fører til at forskar må behandle all innsamla informasjon på ein slik måte at deltakarane ikkje vert kjent. For å sikre konfidensialitet vart alle opplysningar anonymisert i oppgåva. Vidare vart lydbandopptaka sletta etter at samtale var over og ferdig transkribert. Dei transkriberte intervjuane inneheld ingen namn på personar, og heller ingen andre opplysningar som kan føre til at utanforståande kan identifisere informanten.

Bakgrunnen for at eg har valgt anonymitet er for å få fram mest mogeleg informasjon, dette med bakgrunn i at eg var redd for ikkje å få nok informantar, og for at viktig informasjon ikkje ville kome fram ved mangel på anonymitet. Dette fekk eg stadfesta under intervjuane, at det vart halde tilbake noko informasjon om dei måtte stå fram med namn.

Informantane fekk også informasjon om at intervjuet vart tatt opp på lydband og at det vart transkribert. Innholdet i dette vert makulert etter at oppgåva er ferdig, og dei fekk også vite at det berre er eg som har kjennskap til innhaldet i intervjuane.

2.4 Validitet

I samfunnsvitenskapene handler validitet om korvidt ein metode eignar seg til å undersøke det den skal undersøke...i hvilken grad våre observasjoner reflektere de fenomenene eller variablene som vi ønsker å vite noe om.. Med denne vide oppfatningen av validitet kan den kvalitative forskningen i prinsippet gi gyldig, vitenskaplig kunnskap»... (Kvale/Brinkmann 2015:276).

2.4.1. Ekstern validitet

Ekstern validitet handlar om kva overførbarheit funna i ein studie har utover den samanheng forskinga er gjennomført i.

Eg har intervjuet 8 mellomleiarar i ulike institusjonar i Helse Møre og Romsdal om kva faktorar som kan verke inn på legitimiteten til leiingsfunksjonen i Helse Møre og Romsdal. Mellomleiarane eg intervjuet var ulike med omsyn til kor lenge dei hadde vore leirarar, tal på tilsette dei var leiar for, størrelse på avdeling/ seksjon, og om dei hadde leiaransvar for fleire ulike fagpersonar.

Den eksterne validiteten er truleg lav fordi eg berre kan seie noko sikkert om den lokale konteksten undersøkinga er gjort. Det er likevel ikkje urimeleg å tenke at mellomleiarar kan ha same oppleving av sin situasjon i andre helseføretak., og at det slik kan vere ein overførbarheit i forskinga som eg har gjort.

2.4.2 Intern validitet

Intern validitet handlar om i kva grad resultata er gyldige for det utvalget og fenomenet som er undersøkt.

Informantane eg har nytta kjem frå både Klinikk for meidisin, kirurgi, rehabilitering, psykiatri og barn- og undge. Utvalet femnar såleis breidt innan Helse Møre og Romsdal, og gir grunnlag for å dekke fleire ulike medisinske miljø og «kulturar» i Helse Møre og Romsdal. Eg har slik fått ei brei framstillinga av korleis mellomleiarane oppfattar ulike sider av sin funksjon, sjølv om utvalet er lite.

Eg meiner sjølv at eg har vektlagt å samle inn data som er relevante i forhold til problemstillinga, men har i ettertid ved gjennomgang av analyse og drøfting sett at eg gjerne kunne ha spurt fleire spørsmål, og gått meir i dybda på enkelte av dei andre spørsmåla.

Muligheit for oppfølgingsspørsmål og utdjuing i intervjusamanheng har gjort det mulig å få meir valid informasjon, som handlar om den interne validiteten, dvs å få mest mogeleg **sanne** svar.

(Malterud, 2013)

Gjennom intervjuet har eg hatt mulighet til å gjere korreksjoner undervegs. Informantene hadde også mulighet til å ta opp ting dei sjølv såg på som viktige, og dette medførte fleire perspektiv på temaet. Alle intervjuet var av stor verdi for å få belyst problemstillinga.

Eg vel å omtale alle mine informanter som *han*, dette både for enkeltheits skuld, og med hensyn til anonymisering. Eg finn det dekkande å nemne intervjuobjekta som informanter.

2.4.3. Reliabilitet

Reliabilitet viser til nøyaktighet eller pålitelighet, at undersøkelsen er pålitelig og at nøyaktighet ligg til grunn i prosessen (Larsen 2012 :80) . Dette er ikkje like enkelt i kvalitative undersøkingar. Gjennom obeservasjonar vert det gjort mange tolkingar, forskarar legg ikkje merke til det samme eller oppfattar det på same måte. Informanten kan bli påverka av situasjonen og intervjuaren . Ifølge Larsen (2012) handlar reliabilitet også om at informasjonen vert behandla på ein nøyaktig måte. Dette er viktig når ein transkriberar og korleis ein oppbevarar data. Eg sørga for å kode dei ulike intervjuar på ein slik måte at eg ikkje kunne forveksle desse etter transkribering og utskriving av data..

2.4.4. Refleksivitet

Malterud (2013) seier dette handlar om forskaren sine forutsetnader og tokingsrammer, og er ei aktiv haldning som forskaren må oppsøke og vedlikehalde. Malterud (2013) seier vidare at det er viktig at forskaren har ei kritisk haldning til eiga forskning, si eiga forforståing og og at ein må spørje seg sjølv kva som er med på å bestemme det ein ser, og kva som er utgangspunktet for observasjonar og tolkingar. Nærleik til stoffet kan vanskelegjere kritisk refleksjon, og at refleksivitet inneber at vi erkjenner og overveier betydninga av eige ståstad i forskingsprosessen.

Det er viktig for meg å ha fokus på dette då eg har vore leiar i over 20 år ,og dette vil også såleis vere ein del av mi forforståing, då eg dei fleste av desse åra har eg vore i ulike institusjonar i Helse Møre og Romsdal. Sjølv om det no er tre år sidan eg har fungert som leiar og har fått noko avstand til leiingsfunksjonen, har eg med meg mange erfaringar , opplevingar og synspunkt på det å vere mellomleiar.

Dette har innverknad på heile forskingsprosessen, og det kan ha vore med på å gjere ein kritisk refleksjon vanskeleg.. På den andre sida kan det også vere ein styrke også, då eg har kjennskap til feltet eg forskar på, men det set store krav til eigen objektivitet i forskinga. Malterud kallar objektivitet (2013 :19) *krav om tvil, ettertanke, falsifikasjonshaldning og erkjening av ståstad*. Malterud (2013) viser til at upersonleg avstand har blitt eit ideal, og at dette er eit utilstrekkelege grunnlagskriterium for vitenskapleg kunnskap i si alminnelighet, og spesielt for kvalitativ forskning.

2.5 Analyse

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultat ved at materialet blir organisert,fortolka og samanfattet (Malterud 2013 : 91). Malterud seier at med utgangspunkt i problemstillinga stiller vi spørsmål til materialet, og svara er dei mønstra og kjenneteikna vi gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle. Malterud seier vidare at vi skal avklare betydninga av forforståelsen, og den teoretiske referanseramma i forhold til våre empiriske funn,og drøfte resultatata opp mot eksisterande teoriar.

Malterud (2013 :95) viser til tre ulike strategier for analyse av kvalitative data gradert i forhold til kor styrande den teoretiske referanseramma har vore under analyseprosessen. Frå at forskaren utkrystalliserer det vesentlege i teksta, til datastyrt analyse som består i at forskaren identifiserar einingar i teksta som dannar grunnlag for databaserte kategoriar , og til teoristyrte analyse der teksta vert sortert i forhold til kategoriar henta frå teorien. Mi analyse ligg nærast den teoristyrte analysa, men ikkje i «reindyrka» form. Intervjuguiden danna grunnlag for kategoriar som eg henta i teorien og som i hovudsak vert nytta i oppgåva.

Målet med det kvalitative forskingsintervjuet har ifølge Kvale/Brinkmann (2015) beskrivinga og tolkinga av tema i intervjupersonens livsverden. Kvale/Brinkmann (2015:223) seier at meiningstolking kan utvide den opprinnelege teksta ved å legge til heremenutiske lag som muliggjer forståing.; meiningkonsentrering som strukterer intervju, gjer det mulig å teste hypoteser,gir god oversikt. Meiningsfortetting medfører ei forkorting av intervjupersonen sine uttalelsar til kortare formuleringar, men meininga vert beholdt. Meiningsfortolking ; fortolking av meiningssinnhaldet strekker seg utover ei strukturering av meiningssinnhaldet,og omfattar djupare og meir kritisk fortolkninga av teksta.

Samanfating av meining kan også knytast til ei fenomenologisk tilnærming fordi analyseprosessen er orientert mot teksta sitt betydningsinnhald. Det vil seie at teksta vert tolka på ein slik måte som er minst mogeleg prega av forskaren sin forforståing. Dette er mitt mål i analysearbeidet, men Malterud (2013) seier det er eit uoppnåeleg mål.

Malterud (2013) viser til Giorgi (i 2013:98)ei prosedyre der analysen vert gjennomført i fire trinn; å få eit heilheitsinntrykk, å identifisere meiningdannande einingar,å abstrahere innhaldet i desse einingane og samanfatte betydninga av dette.

Giorgi seier vidare (Malterud 2013:98) *at målet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantane sin livsverden og erfaringar innan eit visst felt. Vi leiter etter essenser eller de vesentligste kjennetegn ved de fenomenene vi studerer, og forsøker å sette vår egen forforståelse i parantes i møte med data».*

I analysa valgte eg å nytte i hovudsak kategoriane som intervjuguiden vart delt inn i. Dette gav meining til analysen, og gjennom bruk av meiningsfortetting og meiningsfortolking vart det lettare å identifisere sentrale emner og tema og sjå mønster i materialet.

Eg samanlikna deretter informasjonen frå alle informantane innan kvart tema/emne og det gav ei djupare forståing for kvart tema. På grunn av størrelsen på oppgåva vart det ikkje plass til alle spørsmåla i oppgåva, men eg meiner at det som er tatt med er mest relevant for oppgåva.

I oppgåva legg eg vekt både på fortolkningar (hermeneutikk) og beskrivingar (fenomenologi). Eg har vektlagt den beskrivande haldninga mest, som slik ivaretek min intensjon ved å representere informantens stemme så lojalt som mulig, med minst mogeleg forstyrring som kan vere forårsaka av mi forforståing og/eller teoretiske referanseramme.

Resultata fra analysa inneheld mine tolkingar av det informantene kommuniserte i ord og væremåte, og det som kjem fram vil også være farga av mi forforståing, sjølv om nøytralitet var eit mål..

3.0 TEORETISK PERSPEKTIV/RAMMEVERK

Teoretiske perspektiv handlar mellom anna om ei synlegging over mulige teorier og perspektiv som kan knyttast til problemstillinga.

Teorikapittelet vil søke å gi eit svar på forskingsspørsmål 1:

Kva faktorar verkar inn på legitimiteten til mellomleiarar i Helse Møre og Romsdal ?

3.1 Leiing

Strand (2007:18) påpeikar at mangfaldet av definisjonar er det som har gjort omgrepet komplekst. Dei forskjellige definisjonane viser at det er eit område som er via stor interesse og merksemd, utan at det har ført til ei samla forståing eller definisjon.

Uansett kva forståelse av leiing som vert lagt til grunn, er leiing ein sentral funksjon i dei fleste organisasjonar.

Her er nokre av dei definisjonane og oppfatningane eg fann etter litteratursøk;

Yukl (2005) seier at leiarskap har blitt definert på mange måter opp gjennom åra, men at dei fleste definisjonane handlar om at leiarskap involverer og påverkar prosessar som er nødvendige for å gjennomføre eit arbeid i fellesskap.

Leadership is the process of influencing others to understanding and agree about what needs to be done and how to do it, and the process of facilitating individual and collective efforts to accomplish shared objectives. (Yukl 2005:20)

«Ledelse oppstår når personer påføres og/eller påtar seg ansvaret for å regulere indre og ytre organisatoriske grenser, for eksempel håndtere en arbeidsdeling i forhold til oppgaver og omgivelser» .Sørhaug(2004 : 31).

Jacobsen/Thorsvik (2013:416) «*Ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, haldning og atferd*». *Hensikten er å få andre til å arbeide for å resleiere bestemte mål, motivere og få dei til å trivast.*

Busch/Vanebo (2003:292) meiner det er to hovudtilnærmingar ;1. Leiing gjennom andre.2. Leing saman med andre, som eit forpliktande samspel. Den siste tilnærminga hevdar Busch og Vanebo er at den tradisjonelle tenkinga innan leiing og også det forskning på leiing tek utgangspunkt i.

Torodd Strand (2007:75) beskriv skilnaden mellom leiarskap og management parallelt til skilnaden mellom transaksjonsleiing og transformasjonsleiing, der transaksjonsleiaren gjer tinga rett, medan transformasjonsleiaren gjer dei rette tinga .

Martinsen (2009)seier at både administrasjon og leiing er like nødvendig for å oppnå suksess, og den eine ikkje er betre enn den andre. Skilje mellom dei to handlar om det som er konstant, og det som er i endring. Administrasjon handlar om å handtere kompleksiteten i organisasjonen, ved å skape orden og system. Leiing derimot handlar om det som er i bevegelse, om det å takle, og skape, endringar. Leiing handlar om å skape visjoner og mål, om å samkjøre mennesker og skape samhandling. Administrasjon handlar om å handtere den verden ein finn seg i ved å bemanne, budsjettere, lage struktur og skape orden og forutsigbarheit.

Sørhaug (2004:26) *»både i teori og praksis er ledelse gjennomsyret av dobbeltheter, m.a.;person/institusjon,det unike/det regulerte instrumenteltt/ekspressivt, makt/tillit, partikulært/allment»*. Leiing er i følge Sørhaug forankra i utfolding av makt og autoritet, skape og regulere sammenhenger og avgrensingar av ytre og indre forhold.

Strand (2007 :28) hevdar at leiing best kan forståast ein meiningssamanheng. Dette betyr at det er mange faktorar som har innverknad på utøving av leiing.Leiaren vi i dei fleste organisasjonar samhandle med mennesker både innad i organisasjonen, men også andre utanfor organisasjonen .

Mi forståing av leiing er at det er eit forpliktande samspel mellom leiar og dei ein er leiar for, der leiar er ansvarleg for å gå foran å gi retning. Så er det då mange faktorar som verkar inn på leiing, slik Strand (2007) hevdar, og på bakgrunn av dette må leiing forståast i ein meiningssamanheng.

3.1.1 Leiingsfunksjonen

Leiingsfunksjonen handlar om ansvar, oppgåver og kva leiing skal/bør innehalde.

«Steine-utvalet», leia av Vidar Oma Steine, fekk av Sosial-og helsedepartementet «mandat å foreslå tiltak innanfor områdene ledelse og organisering som kan bedre driften i norske sykehus». (NOU 1997:3).

I reforma *Pasienten først. Ledelse og organisering i sykehus* NOU (1997:2:124) vert leiingsfunksjonane definert i følgjande punkt:

- *Helhetlig ansvar for de resultater og den kvalitet på tjenestene som enheten skaper, og for at arbeidet skjer innanfor de rammer og myndigheter og eiere har trukket opp.*
- *Overordnet personalansvar for alle medarbeidere og yrkesgrupper innan enheten; herunder at dette oppfattes av enhetens medarbeidere.*
- *Ansvar for arbeidsmiljø og at de organisasjonskulturelle holdningene er tilpasset oppgavene som skal løses.*
- *Kontinuerlig å vurdere behovet for, ta initiativet til og gjennomføre nødvendige endringsprosesser.*
- *Evne og vilje til å utøve ledelse gjennom bruk av formelle myndighet, formell og uformelle beslutningsteknikker og bruk av delegering.*

Reforma Pasienten først vektlegger lederens ansvarsområder og definerer hva det forventes at lederne skal gjøre ..

«Styring brukes da ofte om aktiviteter som trekker opp rammevilkår, retningslinjer og mål for underordnet virksomhet, mens ledelse brukes om selve gjennomføringen av tiltakene som er nødvendige for å nå målene innanfor de rammer som er trukket opp.» (NOU 1997:2)

Det er i andre sammenhenger også vanlig å skille mellom administrasjon, ledelse og lederskap. Utvalget vil derfor *kort* beskrive hva de legger av innhold i disse begrepene.

- *Administrasjon* handler om å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instruksjer som er knyttet opp til en stilling.
- *Ledelse* handler om å sette mål for virksomheten, samt å identifisere og beslutte de viktigste strategiene for å få gjennomført målene.

- *Leiarskap* handler om å utvikle visjoner for virksomheten som sikrer forankring av strategier og fellesskap om målene for virksomheten.

Disse tre aktivitetene vil i praksis inngå i ei kvar leiarstilling. Det er forventa at ein leiar utøver leiarskap, leier verksemda og administrerer rutiner og prosedyrer.

Ledelse i spesialisthelsetjenesten var tidligere preget av en todeling, med rene administratorstillinger på den ene siden, og faglig ledelse på den andre siden. Tradisjonelt sett var det leger som stod for den faglige ledelsen, med en ikke ubetydelig makt, mens andre yrkesgrupper hadde det administrative ansvaret. Innføring av enhetlig ledelse rettet fokus i større grad på ledelse som fag, og ønsket én leder, med et helhetlig ansvar, på alle nivåer (NOU:1997:2).

3.1.3 Leining i sjukehus

Strand (2007) seier at leining må forståast i ein meiningssamanheng, at mange faktorar påverkar leining og at den slik er kontekstavhengig. Ein av desse faktorane er organisasjonstype. (Strand 2007:28.). Han deler organisasjonar i fire typer; byråkrati, ekspertorganisasjon, entreprenørorganisasjon og gruppeorganisasjon.

Ifølge Strand (2007) er sjukehus eit døme på ein ekspertorganisasjon. Det som karakteriserer ekspertorganisasjonar er at dei har færre nivå, posisjonen i organisasjonen er basert på yrkesmessig status og erfaring, og mange av arbeidstakarane er rekruttert på bakgrunn av sin fagkompetande. Arbeid og samordning vert styrt av deltakane sin ekspertkompetanse og faglege normer dei er opplærde i å akseptere.

En typisk ekspertorganisasjon, er kjenneteikna ved å ha lavt hierarki, konkurransevilje, produktivitet og står overfor komplekse problemstillinger, som igjen krever stor fagspesialisering. Tradisjonelt sett har medlemmene i denne organisasjonsformen stor autonomi i sitt arbeid. Leiaren si rolle i denne organisasjonsformen karakteriseres som *produsentrollen*. Regler og rutiner har mindre betydning, mens måloppnåelsen er det viktigste. Leiaren i denne organisasjonsformen har først og fremst autoritet på bakgrunn av sin fagkunnskap. Innanfor økonomiske og faglige rammer har ledere i

ekspertorganisasjoner større handlingsrom, og mulighet for å bruke skjønn, i streben etter å nå mål (Strand, 2007:269-273).

Sjukehus er eit døme på ein ekspertorganisasjon der kvalifikasjon og formell kompetanse er eit krav for medlemene.»Kyndigheit og myndigheit» kan gjerne stå mot kvarandre i ulike situasjonar. Strand (2007:28) *leiing i ein ekspertorganisasjon utover det som bygger på fagleg autoritet har liten plass.*

Ekspertorganisasjonen er orientert mot ei instrumentell problemløysing og produksjon (Amdam 2005:160), og fagpersonen, eksperten, har stor verdi i desse organisasjonane. Profesjonelle standardar i produksjonen er viktige , og kunnskap om mål-middel-samanhengar er ein førestnad.

Innføring av New Public management som «idologi» har ført til ei endring i leiing i ekspertorganisasjonar. Tidlegare var den fagleg mest kompetente personen sett på som den mest naturlege leiaren, medan ny styringsmodell har endra på dette.

Innføring av New Public Management-prinsipp i sjukehus i Norge skulle bidra til ein overgang fra det tradisjonelle byråkratiet, og mot å fungere som det Strand (2007) beskriv som ekspertorganisasjonar. Leiarane skulle få større handlingsrom.

Torjesen (2008) hevdar at i samsvar med føretaksmodellen vert det lagt opp tilat leiinga vert meir ansvarlegjort og myndig leiing. Gjennom tildelt budsjett blir leiara sett inn i ein direkte hierarkisk styringslinje frå regionalt helseføretak til lokale helseføretaks resultateiningar, dvs seksjonar, avdelingar og klinikkar. Sjukehusleiar har ikkje lenger primært sitt mandat fra fag og politikk. Det grunnleggande kriteriet for leiing i staten har no blitt «styringsmessig effektivitet og entreprenørisk omstillingsevne».

Betre leiing vert vektlagt som ei løysing på sektoren sine problem med innføring av ein «management-modell». Denne modellen innebærer eit større fokus på økonomi, effektivitet, budsjett disiplin og kostnadsreduksjon (Byrkjeflot 2011).

Ifølge Nordstrand (2015) var målet med dei norske reformane å innføre ein reindyrka og enhetlig ledelse etter ideala frå ein markedsbasert styringslogikk. Management har fått stort gjennomslag, men leiarane har ikkje forlate den faglege logikken. Introduksjonen av nye logikkar i helsevesenet,

eksempelvis management, så forsvinner likevel ikkje eldre logikkar og dette bidrar til ein auka kompleksitet av logikker. Hybridisering av leiing vert også tolka ut fra vektlegging av både fagleg leiing (i hybridisert utgave) og management .

«Hybridleiing» er eit omgrep som har blitt nytta i samband med leiing i sjukehus etter sjukehusreforma. (Byrkjeflot/Berg/Kvåle 2010:227) » *Klinikerne har operert etter sin profesjonslogikk etter det som passar seg, mens managerne som har sitt utspring frå markedslogikken, og er opptatt av konsekvenser".*

Ifølge Byrkjeflot, Berg og Kvåle (2010) er hybridleiing ikkje eit eintydig og klart omgrep verken som rolle eller praksis, men er ein kombinasjon mellom ein medisinsk komponent og ein generell leiingskomponent uten at det er mogleg å identifisere eit sett av kriteriar som er felles utover dette, og som gjer det til ei eiga leiingsform.

«Enhetlig ledelse» er nedfelt i spesialisthelsetenestelova i §3-9 § 3-9 « *Ledelse i sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.*

Bestemmelsen har som konsekvens ein leiar på kvart nivå. Gjennom denne bestemmelsen har det skjedd ei profesjonalisering av leiarfunksjonen, då det ikkje som tidlegare var den flinkaste fagpersonen som var sjølv sagt skulle leie avdelinga/seksjonen eller klinikken. Oppgåva er imidlertid å drive effektivt og realisere måla til organisasjonen og styresmaktene. Dette kan då kome i konflikt med fagpersonar som legg det faglege perspektivet til grunn for sine avgjerder.

Spesialisthelsetenesta vart tidlegare kritisert for å være svært byråkratisert, og innføring av «enhetlig ledelse» skulle snu denne pendelen, og i staden rette fokus mot målstyring og sjølvsetndig leiing. (Skjøld Johansen, 2009). Målstyring inneber imidlertid stort fokus på rapportering, noko som har fått sterkare og sterkare fokus i spesialisthelsetenesta. Målstyring inneber kontroll, for å søke å oppnå måltall, for deretter å kunne rapportere resultater.

Innføring av «enhetlig ledelse» i 2002 førte til mange diskusjonar , mediaoppslag og intern strid i sjukehus landet over. Det er på bakgrunn av dette også gjort mange studiar som handlar om reformane i sjukehus og temaet «enhetlig ledelse»(Skjøld 2009, T. Sveri , 2004, Torjesen 2008,Opdal 2006).

Det var først og fremst legane som tidlegare hadde vore både dei som hadde fagleg autoritet og formell makt, som reagerte på at fagpersonar utan medisinsk embetseksamen kunne vere leiarar av klinikkar og avdelinga. (Torjesen 2008).

« Sjukehusreforma» slik den er kalla etter etablering av helseføretak, har ført til eit sterkere fokus på pasientene som kunder i et marked og et større krav til foretakenes serviceinnstilling overfor pasientene. Fritt sjukehusval og styrking av pasientrettar krev at sjukehuset kommuniserar aktivt med sine omgivelser for å oppnå tillit hos ulike aktørgrupper (Holme 2006:8).

Management kan knyttes til en helhetlig, generell ledelse slik det vektlegges med de norske ledelsesreformene (NOU 1997). Jeg bruker også betegnelsen «enhetlig» ledelse og dette indikerer at ledelse innbefatter alle aspekter ved ledelse av organisasjonen, eksempelvis daglig drift, personale, økonomi, fag, kvalitet, HMS osv. Ledelse betraktes som et eget fag eller profesjon og karrierevei. (Nordstrand 2015: 66).

Ulike «logikkar» gjer at usemje i sjukehusa mellom fagprofesjonar som har eit fagleg perspektiv, og leiarar som skal drive effektivt og økonomisk , skapar vanskar i både i høve kultur og samarbeid.

3.2 Mellomleiararen

Mellomleiarrolla vert ofte framstilt som å befinne seg «mellom barken og veden», som ei utsett og krevande posisjon mellom toppleiinga sine forventningar og omsynet til eigne medarbeidarar. Som mellomleiar vert då utfordringa å tilfredsstille både leiarar og medarbeidarar.

Ole Hope som har forska på mellomleiararskap definerer mellomleiararen slik; «*mellom*» henviser til at mellomleiarane befinner seg et sted i midten av noe. Her forstår vi det som midt i organisasjonen med en toppledelse over og underordnede (førstelinjemedarbeidere) under. «*Leder* henviser til at

mellomlederen faktisk har en lederfunksjon. Lederdimensjonen av mellomlederens rolle er etter mitt syn en viktig del av det å vere mellomleder» (Hope, 2015:13)

Leiing i sjukehus er eit vesentleg og avgjerande ledd for å realisere helsepolitiske målsettingar i det norske helsevesen. Mellomleiarane er ikkje minst viktige i dette arbeidet. Toppleiing i sjukehus og andre organisasjonar har hatt eit stort fokus og desse har blitt tillagt mykje vekt når det gjeld både legitimitet og utvikling i ein organisasjon.

Mellomleiarar har i aukande grad fått merksemd deis einare åra då m.a. forskning viser til at dei er viktigare for å få ein organisasjon til å fungere enn ein tidlegare har

Mellomlederrollen er viktig i en organisasjon, fordi de skal gjøre om toppledelsens mål til operasjonelle mål som medarbeiderne skal forstå og jobbe etter. (Hope 2010).

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2010) er det vanlig å skille mellom tre leiingsnivå. I alle organisasjoner som har eit visst antall tilsette finnevi leiarar på ulike nivåer;

Det institusjonelle nivå, her finn vi toppleiinga, som har ansvar for organisasjonens overordna mål, budsjettarbeid og strategiplanlegging, og legg styringen for korles dei vil at organisasjonen skal framstå. Her vert alle viktige beslutninger tatt.

Det administrative nivå, her finn vi mellomleiarar som har eit overordna ansvar for avgrensa deler av organisasjonens verksemd, som t.d. seksjonleiarar og avdelingsleiarar. Dei viktigste funksjonane til mellomleiarar er å sette mål for verksemda, organisere, administrere og integrere arbeidet i den organisasjonsenheten som dei har ansvaret for. Dei er bindeleddet mellom det institusjonelle nivået og det operative nivået, og gir utfordringar i høve til kommunikasjon.

Det operative nivået. Her finner vi leiarar som har det daglege oppsynet med driften, organisasjonens kjerneaktiviteter. Leiaroppgåvene er avgrenset til den arbeidsgruppa ein har ansvar for, og vil som oftest omfatte rettleiing og koordinering av arbeidet. På dette nivået har lederne også spesialisert kunnskap om arbeidsoppgåvene som skal utføres, og kan slik rådføre og rettleie arbeiderne.

Ifølge Jacobsen/Thorsvik (2010) så vil informantane eg intervjuja ligge i det administrative nivået. Dei vil slik ikkje ha ansvar for å utarbeide overordna målsettingar og budsjett for sin seksjon, men må

forhalde seg til utarbeidde budsjett rammer ,og overordna målsettingar sett av det institusjonelle nivået. Det er forventa at leiarane likvel arbeider med mål og visjonar innafor eigen seksjon, basert på visjonar og mål sette av nivået over, det institusjonelle nivået.

Mykje forskning som er gjort om mellomleing er Mintzbergs teori om det profesjonelle byråkrati. Alle organisasjoner har to nivåer, eit strategisk nivå og eit operativt nivå. På eit sjukehus vil det strategiske nivået bestå av den sentrale leiinga og administrasjon, mens det operative nivået består av den daglege operative kjernverksemda på dei ulike seksjonar og avdelinger. Den operative kjerne gjer arbeidet for å realisere overordna mål. Produksjonsrelaterte aktivitetar. (Jacobsen/Thorsvik 2013 :97),

Mellom disse to nivåa finn vi eit gap, som vert «fylt» av mellomleiarar. Mellomleiarer er gjerne bindeleddet mellom topp og botn i organisasjonen. Mellomleiarer koordinerer og planlegg den daglige operative verksemda, men fungerer også som meklar mellom de to nivåene, topp og bunn, i organisasjonen. Dette plasserer mellomleiarer i en vanskelig posisjon. Mellomleiarer må forholde seg til forskjellige interesser og ønsker på de to ulike nivåene. Mellomleinga fører tilsyn med og koordinerar produksjonen,og formidlar informasjon frå toppen og ned til den operative kjerna.Toppleinga har det øvrste,administrative ansvar for organisasjonen. ((Jacobsen/Thorsvik 2013:97)

Mellomleiarar i Helse Møre og Romsdal arbeider og virker i ein organisasjon som har vore og stadig er i endring. Gjennom årlege foretaksprotokollar og styringsdokument vert det frå departement og styrande myndigheiter signalisert til føretaka kva forventningar og krav som ligg til sjukehusa. Dette gjeld m.a. oppfylting av kvalitetsindikatorar som er nedfelt i tal som venteliste, tal på konsultasjonar i poliklinikkar, korridorpatientar, tal på operasjonar, gjennomsnittleg ventetid, tal på inneliggande pasientar og tal på utskriving av pasientar.

Toppleinga har ansvar for å formidle dette vidare i organisasjonen at endringar er ein del av kvardagen i sjukehusa, og leiarar må difor fokusere på og vere opptekne av kontinuerleg forbetring av tenestene i sin avdeling/seksjon .

Helseinstitusjonar og helsepersonell er utdanna til å behandle , lindre og/eller gjere frisk. Pasientane skal medverke til eiga behandling og skal ha god informasjon undervegs i sjukdomsforløpet. Pårørande skal også takast hand om på ein god måte. Dette er det leiarane sitt ansvar å legge til rette for.

I tillegg krevst det at leiarane har fokus på effektivitet, produksjon og økonomi . At avdelinga overheld budsjett og følgjer opp aktivitetsmål har stor plass i leiarmøter. Dette er også noko leiarane vert «målt» på og får tilbakemeldingar på gjennom medarbeidarsamtaler eller i andre fora. Samtidig har mellomleiarane ansvar for å etablere og vedlikehalde ein god personalpolitikk gjennom medverknad , trivsel , unngå sjukefråvær og få personalet til å yte det vesle «ekstra». Som organisasjon er Helse Møre og Romsdal noko « folk flest» har eit forhold til på ein særskild måte, då det handlar om eigen eller nær familie og venner sin sjukdom, liv og helse. Organisasjonen gir tenester til befolkninga som soknar til sitt nedslagsfelt gjennom fødsel, sjukdom og død.

Leiarane har slik ulike forventningar til dei oppgåvene dei er sett til å gjere som leiar.

3.3 New Public Management (NPM)

Det er viktig å forstå kva faktorar som ligg til grunn for utvikling av offentleg sektor dei siste tiåra, då dette influerar også sjukehusa og styring og eigarskap av desse. Ein hovudfaktor er påverknad av New Public Management (NPM) som er ein samlebetegnelse på fleire teoriar som er smelta saman, og som har som mål å modernisere, avbyråkratisere og begrense veksten i offentleg sektor.

Vanebo (2011:22) definerer NPM som *bevisste endringer i strukturer, prosesser og insentiv-systemer for å få offentlige organisasjoner til (på en eller annen måte) å fungere bedre.*

Målet med NPM var å auke effektiviteten i offentleg sektor ved innføring av modellar fra privat næringsliv. Dei første endringene, var ifølge Busch/Ramstad (2004) prega av sterkare hierarkisk kontroll, større vekt på resultatevaluering, sterkare kundeorientering, deregulering av arbeidsmarknaden og overgang til individuelle lønssystem.

New Public management (NPM) består i følge Klausen (2001) av to søyler . Den første søyla er knytt til ønsket om ei meir liberalistisk marknadsorientering av offentlege verksemdar, og har ført til bruk av ei rekke nye verktøy som privatisering, konkurranseutsetjing, frie forbruksvalg og brukarbetaling. Den andre søyla i NPM er knytt til organisasjon og leiing.. Her finner vi spesielt introduksjon av ledelses- og organisasjonsprinsipper fra privat sektor - målstyring, strategisk ledelse, resultatmålinger, serviceledelse, økonomistyring et

NPM dreiar seg først og fremst om endringar i omfang og virkemåtar i offentlig sektor. Nokre meiner at NPM legg meir vekt på økonomisk effektivitet enn på faglighet som styringsreiskap. Profesjonene og fagfolk si makt vert dermed svekka til fordel for leiarar med bedriftsøkonomisk og /eller organisasjonsteoretisk bakgrunn. Det skapar ny kultur i offentlig sektor. Vekta på kundeorientering og målstyring fører også til at tradisjonell forvaltning og formell likebehandling blir erstatta av individuell kundebehandling og det at kundane kan i større grad kan velga/påvirka behandlinga si.(Opdal 2006).

Tidligere verdier forankret i offentlig administrasjon, bl. a. det å tjene offentlige interesser, er blitt konfrontert med markedsstyring og markedsliknende organisasjons- og styringsprinsipper. Den offentlige sektors makt skulle reduseres, og institusjonene skulle moderniseres og effektiviseres». (Busch/ Ramstad 2004)

New Public management har hatt stor betydning for utviklinga av sjukehusa dei siste tiåra, og dette har også fått store konsekvensar for leiing i sjukehus, som er eit av hovudområda innan NPM. *Det som teller er det som kan telles og det individuelle og spesifikke marginaliseres i alt hjelpearbeid* (Martinsen 2005).

Offentlig sektor er gjerne brukt som en samlebetegnelse for den virksomhet som skal sørge for felles oppgaver i samfunnet, der også forvaltning av fellesverdier inngår. Fellestjenestene er i hovedsak finansiert via skatter og avgifter. Offentlige tjenester er i hovedsak drevet av staten, fylker eller kommuner, eller de er satt ut på anbud til eller drevet av private virksomheter. Hva som er offentlig ansvar og tilhører offentlig sektor, bestemmes politisk. Det gjelder også hvilket nivå som skal stå for de ulike tjenestene.(Solstad 2009)

Solstad (2009) meiner at NPM kan forståst som en kritikk av styringsideologien i offentleg sektor, med utgangspunkt i at offentleg sektor er for stor, for lite effektiv, for regelbunden og for lite fleksibel, med for svak leiing og med liten brukarorientering. Samtidig er det offentlege blitt stilt overfor skjerp krav om effektivitet, fleksibilitet og krav om mål. Således kan NPM sjåast på som ein trend der offentlege organisasjonar skal lære av privat verksemd. Trenden er prega av overføring av modellar frå det private næringsliv, større vekt på konkurranse, større vekt på resultatmålingar, søkelys på kundane, sterkere styring og meir vekt på ansvarliggjerding.

Christensen og Lægreid (2001) meiner at sjukehusreforma som vart innført i 2002 er inspirert av den internasjonale New Public Management- bølga (NPM). Denne reformbevegelsen har iet uavklara forhold til balansen mellom styring og autonomi. På den eine sida forutsetter den utstrakt delegasjon av mynde og betydelig grad av tilbakeholdenheit fra politikerane si side. På den andre siden forutset den sterkere sentral styring ved hjelp av kontrakter og resultatrapportering..

3.4. Legitimitet

At leiarskapen vert vurdert som legitim er ein føresetnad for organisasjonens vidare eksistens (Amdam 2016). Dette er også noko av bakgrunnen av mitt val av legitimitetsteori i denne masteroppgåva. Kognitiv, normativ, og pragmatisk legitimitet gir mening og innhald til omgrepet legitimt leiarskap, og gir ei muligheit til å sjå nærare på kva faktorar som verkar inn på legitimiteten til mellomleiarar i sjukehus.

Leiarar i Helse Møre og Romsdal har mange mange ulike grupper å forhalde seg til ; pasientar, pårørande, tilsette , både over- ,underordna og sidestilte, tillitsvalde, vermeombod og andre i organisasjonen som ein må forhalde seg til, i tillegg til hjelpeapparatet og samfunnet forøvrig utanfor organisasjonen som ein samarbeider og må forhalde seg til.

Mange av oppgåvene til leiarar handlar også då gjerne om samordninga mellom ulike avdelingar, støttepersonar, fagpersonar, nivå, oppgåver og prosedyrer.

Leiaroppgåvene er slik komplekse og samansette, og som leiar er ein avhengig av tillit , aksept og legitimitet for å få iverksett og utført oppgåvene som organisasjonen er sett til å gjere .

3.4.1 Legitimitet og makt

Max Weber (1971) danna grunnlag for oppfatninga av den moderne stat sin autoritet, og teorien om legitimering i offentlig verksemd..Han meinte at staten kunne rettferdiggjere sine val med effektivitet basert på nytte-og kostnadskalkulering, som slik er bygt på ein instrumentell rasjonalitet.

Sanksjonsmakt: Leiaren grip inn mot uønska atferd med straff eller belønning

Weber (1971) meinte at ein kan hevde legitimitet når ein har makt på bakgrunn av tre former for autoritet .

Weber formulerer tre idealtypiske konstruksjoner av legitimt herredømme – tradisjonelt, karismatisk og legalt. Dei skiller seg fra hverandre ved å legitimere makten med henvisning til ulike forhold.

- En leiar som har autoritet har legal makt (makta vert oppfatta som rettmessig) og kan leie andre i arbeidet mot fastsatte mål
- Ein leiar med autoritet kan bestemme handlingar som dei andre kan være delvis uenige i, men allikevel godtek

Makt betyr evne til å påverke (Strand 2007:402)

Tre hovedformer for makt: (French/Raven i Strand 2007:405)

- Belønningsmakt – personer adlyder for å oppnå belønning
- Tvangsmakt- personen adlyder for å unngå straff
- Legitim makt/posisjonsmakt- personar adlyder fordi dei godtek den andre sin rett til å bestemme
- Ekspertmakt- personen adlyder fordi dei trur den andre har meir kunnskap om den beste måten å gjere det på
- Referansemakt –personar adlyder fordi dei beundrar eller identifiserer seg med den andre og ønsker å oppnå hans/hos anerkjenning

I dag er maktfordelinga meir skjult enn tidligere. Styring skjer i større grad gjennom offentlige budsjetter, innebygde markeds mekanismer, kontraktsforhold mellom personer og organisasjoner og andre institusjoner .(Martinussen 2001).

I følge Torodd Strand (2007) er autoritet eit fenomen knytt til myndigheit eller fullmakt til å påverke. Leiarar har ein «rett» til å bestemme over andre, i kraft av den legitimitet som følger leiarrolla. Denne retten er knytta til allment aksepterte fullmakter.

Autoritet har ulike forankringer. Omgrepet er noko meir snevrere enn makt, men nært kopla til leiarrolla. Samtidig ser vi at autoritet hviler på et potensiale for maktbruk. Maktbruk er forventa og akseptert. *Tillit* ”kan oppfattes som det sosiale uttrykket for legitimitet”. Det er ei positiv forventning om at makt eller autoritet ikkje vert brukt til skade for nokon og at svik ikkje vil skje.

3.4.2 Legitimitet i organisasjoner

Sosiologane M. Suchmann (1995) og R.W. Scott (1998) viser til at kulturelle normer, symbol, tru og ritual også har betydning for påverknad av omgivingar til organisasjonar, og ikkje berre materielle og tekniske tilhøve.

Ny-institusjonell teori i organisasjonssosiologi har spesielt fokusert på korleis organisasjonar tilpasser seg sine institusjonelle omgivelser (Busch/Ramstad 2004).

Legitimitet i organisasjonar er eit vesentleg vilkår for organisasjonar for å vere levedyktige. For å få den nødvendige autoritet i leiarfunksjonen vil det også vere viktig å ha legitimitet i forhold til den oppgåva ein har som leiar. Dette handlar om å få aksept, støtte og truverdigheit som leiar for slik å få gjennomført oppgåver organisasjonen eller seksjonen /avdelinga har i oppgåve å utføre.

Scott har følgande definisjon på en institusjon (1995:33) Institutions consist of cognitive, normative, and regulative structures and activities that provide stability and meaning to social behavior. Institutions are transported by various carriers, cultures, structures and routines, and they operate at multiple levels of jurisdiction».

« Institusjonar oppfattes gjerne som generelle atferdregler som oppstår som løsnings på diverse tilbakevendende, sosiale interaksjonssituasjoner» . (Busch/Johnsen/Vanebo 2006:91).

I organisasjonen finn vi institusjonane i organisasjonskulturen, rutinene og strukturen, og med denne tilnærminga blir ein institusjon eit mangefasettert system som inkorporar symbolsystem, kognitive konstruksjonar og normative reglar .(Busch 2006)

Institusjoner er bygd opp som felles klassifikasjonssystemer. Institusjonsbegrepet omfatter strukturer som blir skapt av normer,regler,prosedyrer og standarder som definerer hva som er korrekte og passende handlinger . Institusjoner er resultat av en sosial prosess der felles måter å gjøre ting på stivner over tid for til slutt å bli måten å gjøre ting på» (Busch/Johnsen/Vanebo, 2006 :91).

Institusjonar i eit samfunn er noko langt meir enn organisasjonar, dei omfattar dei grunnleggande verdiane, normane, m.m. i samfunnet (Amdam 2011:104).

Offentlige virksomheter står i dag foran store utfordringer knyttet til effektivitet og legitimitet og nye løsninger hentes ofte fra privat sektor(Busch /Ramstad) 2004). Legitimitet er ein sentral dimensjon i dei fleste teorier knytt til offentleg organisasjon.

Dei institusjonelle omgivelser er i stor grad forma av fundamentale verdier og langsiktige trender i den samfunnsmessige utviklingen, og inneheld tre pilarar som er regulative (lover og reglar) , normative (normer og verdiar) og kognitive (forståelsesrammer) Busch/Vanebo/Johnsen (2006).

3.5.Ulike former for legitimitet

M. Suchmann (1995) og R.W.Scott (1998) har mange overlappende og felles oppfatningar og temaområde. Legitimitetsomgrepet vert av dei begge knytt til tre hovudretningar; pragmatisk legitimitet som viser til kva som vert opplevd som nyttig, normativ legitimitet som viser til kva åtfærd som vert oppfatta som moralsk riktig og kva ein bør gjere, og kognitiv legitimitet som handlar om overensstemmelse av vårt mentale bilde om korleis ting skal vere.

R.W.Scott (1995) omtalte legitimitet som ein tilstand som reflekterer kulturell justering, normativ støtte eller overensstemmelse med relevante regler og lover.

I organisasjonsteoretisk sammenheng gir det, ifølge Suchman (1995), mening å skille mellom tre overordna former for legitimitet: moralsk, kognitiv og pragmatisk.

Mark C. Suchmann har følgjande definisjon på legitimitet; *Legitimacy is a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed systems of norms, values, beliefs, and definitions (Suchman 1995:574).*

Ifølge Suchman (1995:572) var det mange som brukte legitimitetsbegrepet, men bare et fåtall definerte kva dei mente med det.

Ifølge Scott (1995:47) representerar dei tre pilarane ; regulative, kognitive og normative pilaren, som tre relaterte, men med kvar sin form for legitimitet. Scott var også oppteken av dei tekniske omgivingane som er organisasjonen sin produksjon av varer og tenester, som då vert den fjerde pilaren, og desse fire pilarane er det då som held oppe organisasjonen .

Eg vil ta utgangspunkt i fire former for legitimitet; den regulative eller legale legitimiteten, den normative eller moralske legitimiteten, den kognitive legitimiteten og den pragmatiske legitimiteten.

3.5.1 Den regulative legitimiteten

Når det gjeld det regulative perspektivet viser Scott (1995) til at gjeldande lov-og regelverk gir legitimitet til å iverksette handlingar, og er rammebetingelsar for korleis leiing skal praktiserast. Legitimiteten vil vise seg i den grad organisasjonene og leiarane etterlever dei bestemte lover og reglar i samfunnet. Legal legitimitet beskriv graden av samsvar mellom dei regulative mekanismer og organisasjonens praksis, i denne oppgåva leiaren sin praksis. Di større samsvar, di større legitimitet.

Aktørane handlar utifrå ein instrumentell logikk og etterlever regelverket for å unngå sanksjonar eller for å oppnå belønning .(Amdam 2016).

Ledergjerningen er så å si innrammet av lover, regler, avtaler og andre pålagte forpliktelser. På den ene side bidrar dette til legitimitet fordi det utgjør et uavhengig grunnlag for utøvelse av lederrollen, på den annen side styrkes lederens personlige troverdighet når lover og regler følges
(Døving/Stikholmen 2011).

Leiarar i Helse Møre og Romsdal må forhalde seg til lover , reglar, forskrifter, og ulike retningslinjer i si utøving av mellomleing . Dei fire helselovene Helseforetaksloven, Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven og Spesialisthelseloven er lover som var nye ved etablering av helseføretak . I tillegg må leiarane forhalde seg til Arbeidsmiljøloven, Nasjonale kvalitetsindikatorar, nasjonale retningslinjer for behandling ved ulike sjukdomar og ulike retningslinjer for kvalitet.

Styringsdokument frå Helse-Midt, målsettingar og overordna startegiar for Helse Møre og Romsdal og klinikkane, og andre direktiv er også noko dei må kjenne til og forhalde seg til på ein aktiv måte . Konsekvensar av det motsatte kan vere lovbrøt, og påtale, advarslar eller andre formar for «straff». Det kan også gå utover pasientar og tilsette at leiarane ikkje kjenner til ulike lover og etningslinjer. Det vil også ifølge Scott (1995) redusere legitimiteten til leiaren og organisasjonen.

I helsesektoren er Statens helsetilsyn som har ansvar for tilsyn med tenestene og har ansvar for;
befolkningens behov for tjenester blir ivarettatt , tjenestene blir drevet på en faglig forsvarlig måte , svikt i tjenesteytingen forebygges , ressursene i tjenestene blir brukt på en forsvarlig og effektiv måte
(Statens Helsetilsyn).

Arbeidstilsynet fører tilsyn med at Arbeidsmiljølova og forskrifter og retningslinjer for arbeidsmiljø vert fulgt opp.

Normativ legitimitet legg vekt på betydninga av kollektive *verdiar* og *normar*. Dette er gjerne uskrevne reglar eller normer om forventningar og korleis ting bør vere i ein organisasjon, institusjonjon, eller det kan vere aktørar eller handlingar. Spørsmål om rett eller galt, eller kva som er etisk akseptert. (Scott 1998:134). Ifølge Scott vert legitimiteten skapt av handlingar som lever opp til gjeldande moral.(Scott 1998:134)

I samband med utøving av leiing vil den normative pilaren handle om kva som er moralsk og etisk leiaråtferd (Amdam 2016).

Suchmann hevdar at normativ legitimitet eller moralsk legitimitet handlar om handlingene som vert utøvd i organisasjonen ligg innanfor aksepterte normer (Suchman 1995:579). Moralsk legitimitet speglar ein positiv, normativ vurdering av organisasjonen og aktivitetene den driv. Her er fokus på om aktiviteten er den *rette*, heller enn kva som vil oppfattast å gi fordelar.

Moral legitimacy reflects a positive normative evaluation of the organization and its activities...Unlike pragmatic legitimacy, moral legitimacy is “sociotropic” – it rests not on a judgment about whether a given activity benefits the evaluator, but rather on judgments about whether the activity is “the right thing to do.” (Suchman, 1995 :579)

Normativ legitimitet er i følge Suchman (1995) fire områder: *konsekvenser, prosedyre, struktur og personleg*. Konsekvenslegitimitet evaluerer resultat og konsekvensar. Organisasjoner /leiarar bør vurderast etter kva dei utrettar. Prosedyrelegitimitet evaluerer teknikkar og rutiner. Sosialt verdsette eller riktige prosedyrer eller arbeidsprosesser blir særleg viktige der det ikkje let seg gjere med resultatmåling. Strukturlegitimitet evaluerer kategorier og strukturer. Publikum sluttar opp om ein organisasjon fordi den har en strukturell karakter som gir status og verdi. Oppfatninga vert meir knytt til symboler for organisasjonens identitet enn til dens reelle kompetanse.

Personlig legitimitet evaluerer leiarar og er knytt til enkeltpersoners karisma. Ved til dømes endringer kan den karismatiske leiaren få stor gjennomslagskraft, men også ende opp med å få skuld for at prosessen ikkje gikk som ønska (Suchman, 1995).

«Samfunnsoppdraget» til helsevesenet er å behandle og lindre sjukdom eller helseplager. Slik eg tolkar Suchmann (1995)vil *resultat* vere knytt til konsekvenslegimitet. Resultat for ein leiar vert i dag målt mellom anna gjennom aktivitetsmål, dette er mellom anna tal på konsultasjonar, tal på inneliggande pasientar.

Verdiane til Helse Møre og romsdal er «Tryggleik, Respekt og Kvalitetet».

Fokus og måling av effektivitet, produktivitet og auka aktivitet framfor auka kvalitet i behandlinga vert difor også eit verdispørsmål.

Samtidig er dette også ei forvaltning av samfunnets kapital, og ein kan ikkje bruke pengar ein ikkje har, dvs gå utover bevilga budsjett. Utviklinga har ført til at fleire sjukdomar som kan behandlast, og nye teknikkar, utstyr og kostbar medisin gjer at utgiftene aukar proporsjonalt med dette. Det skal også seiast at dette har også konsekvensar for at ein treng kortare inlegging i sjukehus pga nye behandlingsmetodar. Kven skal prioriterast i helsekøer, dette vil vere dilemma leiarar står overfor, og vil slik vere knytt til både resultat og prosedyrelegimitet.

Gjennom etablering av helseføretaka har ein sett kva organisasjons- og strukturendringar har medført av leiarutfordringar. Diskusjonar pågår no helse Møre og Romsdal om korleis klinikkane skal organisert. Spørsmålet er om kvart sjukehus skal få stedlige klinikksjefar, som medarbeidarar i sjukehusa ønsker då dei meiner at samarbeidet innad i sjukehusa vil gli på ein betre måte enn om klinikkane skal organiserast på tvers i fylket. Det kan sjå ut som det er det siste som vil skje, dette betyr at klinikksjefen i kirurgi, medisin, psykiatri, har fire sjukehus han eller ho er leiar for, og for mellomleiarane betyr det at den næraste overordna ikkje vert lett å få tak i og heller ikkje vere orientert om det som skjer i dei ulike avdelingane og seksjonane.

Suchmann (1995) meiner overordna strukturar i ein organisasjon har betydning for den normative legitimiteten.

Mellomleiar vert lett fanga opp av dei formelle krava og prioriteringer i forhold til økonomi, effektivitet og kvalitetssikring. De mjukare ”omsorgs- verdiene” som implisitt ligger i helseutdanningane – og yrka vil slik kome i skuggen, i den travle hverdagen. Det dreier seg her om viktige verdikonflikter som ein mellomleiar må håndtere.

Demokratiske verdiar er grunnleggande i vårt samfunn og det er ei forventninga at leiarane i sjukehusa følger opp dette, som slik sett står i samsvar med verdiane til Helse Møre og Romsdal. Medbestemmelse i arbeidslivet er slik ein kjerneverdi for tilsette som mellomleiarane må følge opp for å oppnå normativ legitimitet, og som vil vere knytt til prosedyrelegimitet.

Dette følger også av lover som Arbeidsmiljølov, tariffavtaar, ulike forskrifter så slik vil normativ legitimitet støtte seg på den legale legitimiteten .

Som leiarar i spesialisthelsetenesta i dag er det eit stort fokus på effektivitet og produktivitet, «Meir helse for kvar krone» har vore eit slagord , og ein av grunnane til innføring av helseføretak, då auka

utgifter førte til «modernisering» av offentleg sektor, og dette handla ikkje minst om å få kontroll på økonomien.

For å oppnå legitimitet i det offentlege er det mange interessegrupper som må få slippe til. Dermed må offentlig sektor vektlegge openhet, innsyn, likebehandling og forutsigbarheit. I offentlige prosesser vil demokratiske verdiar stå sentralt som ein del av styringsprosessen. Offentlige organisasjonar er i tillegg multifunksjonelle. Det inneber at dei skal ivareta delvis motstridande omsyn som politisk styring, kontroll, representasjon og deltaking frå berørte partar, medbestemming frå tilsette, lydhørheit overfor brukarar, openhet, offentlighet og innsyn i beslutningsprosessar, forutsigbarheit, likebehandling, nøytralitet og tenestekvalitet .(Christensen 2004).

”New Public Management” har utfordret den etablerte kulturen i offentlig sektor med dens grunnleggende antakelser, verdier og normer for ledelse. Tidligere verdier forankret i offentlig administrasjon, bl. a. det å tjene offentlige interesser, er blitt konfrontert med markedsstyring og markedsliknende organisasjons- og styringsprinsipper. Den offentlige sektors makt skulle reduseres, og institusjonene skulle moderniseres og effektiviseres (Busch/Ramstad 2004))
Av disse institusjonelle forventninger kan spesielt demokrati, likhet og rettferdighet sies å være særpreget for offentlig sektor.(Busch 2004.:9).

Ifølge Busch (2004) har profesjonane ei sentral stilling i offentleg sektor og står for en vesentleg del av velferdsproduksjonen. Sjukepleiarar, leger, sosionomer, lærere etc møter innbyggerane i alle faser av livet og symboliserar slik på mange måtar dei verdiar som ligg til grunn for vårt velferdssamfunn.

Solstad (2009) seier at ved organisasjonsendringar kan detet skape usikkerheit dersom den ikkje vert handtert gjennom aktivt leiarskap. Det skjer på grunn av medarbeidarane sin redsel for å bli ramma på ein negativ måte.Dersom arbeidsplassen går gjennom store endringar, kan det føre til at medarbeidarane sin identitsfølelse vert trua. Identitet er nært knytt til arbeidet. Motstanden vil vidare auke viss endringa ikkje vert opplevd som legitim. I dette ligger at motiva for endringa ikkje er i samsvar med organisasjonens og organisasjonsmedlemane sine verdiar. I så måte ser ein ei symbolsk tilpassing utan reell endring.

3.5.3 Kognitiv legitimitet

Kognitiv legitimitet hevdar Scott (1998) vert styrt av det som er utbreidd eller handlingar som er like og er støtta under av ein form for ortodoksi, som inneber åtferd som er i samsvar med fastsett tru eller lære. I form av etterlikning eller kopiering vil deltakarar institusjonaliserast inn i dette handlingsmønsteret og ta for gitt at detet skal ligge til grunn for åtferd. (Scott 1998,:134.135). Dette vil då vere tankemønster og meiningsdannende prosesser som fører til institusjonalisert atferd.

Suchmann (1995) deler kognitiv legitimitet i to ; forståingslegitimitet som bygger på ei forståing som gir gode forklaringar på organisasjonen og handlingar knytt til denne, og «tatt for gitt»-legitimitet (taken-for-grantedness) der organisasjonen har oppnådd ein status eller det er særtrekk ved organisasjonen vert tatt for gitt, *det blir ikkje stilt spørsmål ved , vi har alltid gjort det slik, det skal være slik.*

Organisasjonen blir ikkie vurdert ut fra om den er nyttig, eller om aktivitetene ligger innanfor aksepterte normer. Organisasjonen har legitimitet fordi den er tilpasset våre mentale bilete av røyndomen. Dersom aktørane har heilt forskjellige oppfatningar av ein aktuell situasjon, rammevilkår og ressursmuligheiter, vil den kognitive legitimitetn vere svekka.

Når ein organisasjon oppnår legitimitet fordi organisasjonane sine handlingar er forståelege handlar dette også om kognitiv legitimitet (Suchmann 1995:573)

I slike tilfeller føreligg det gjerne ein grunnleggande aksept for at organisasjonen er *nødvendig* for/i samfunnet. Organisasjonens legitimitet kan i så tilfelle sieiast å være grunnlagt i *kognisjon*, til forskjell fra å være basert på interesser eller vurderinger (Suchman 1995:582).

Ifølge Suchmann (1995)er pragmatisk legitimitet den enklaste å oppnå, medan kognitiv legitimitet er den vanskelegaste.Kognitiv legitimitet handlar om "å gjere/prioritere dei rette tinga". Det er viktig korleis organisasjonen "ser ut", kva signal dei sender til omgivnadane.

Denne oppgåva handlar om leiarskap og den kognitive legitimiteten må sjåast i lys av dette. For å oppnå kognitiv legitimitet vil leiarane måtte utøve leiarskap som stemmer overeins med det mentale bilde tilsette og andre har av leiarskap.

Bestemmelsen om «enhetlig ledelse» sa også noko om at leiaren skulle ha både personal,-fag,og administrativt ansvar. Dette har tardsisjonelt vore delt som tidlegare nemnt mellom overlege (fag) og gjerne ein oversjukepleiar og avdelingssjukepleiarar som hadde administrative ansvar i avdelinga og for drift av sengepostane. Dette rokka såleis ved det mentale bildet vi hadde av leiarar i sjukehus, og har gjort noko med den kognitive legitimiteten til leiarar i sjukehus. Endring av dette tek tid, Suchmann (1995) seier at kognitiv legitimitet er den legitimiteten som det er vanskelegast å endre på.

Vi dannar kognitive modeller om korleis ein organisasjon skal sjå ut og oppføre seg – og tek det for gitt. Rasjonalitet knyttet til «rett-troenhet» medfører at vi forkaster alternativer uten vidare refleksjon. Dette kan derfor få stor betydning for sektorens villighet til å underkaste seg endringer som kommer "utenfor" deres egne rekke. (Busch, vanebi,Dehlin 2011:112)

«Mye av dette handler om kultur. En kultur for tillit, plassering av ansvar og å stilles til ansvar for resultater. Kultur endres ikke over natten og kan ikke vedtas i et rundskriv. Kulturendring er krevende. Forvaltningen har et tidløst verdigrunnlag, nemlig: Demokrati, rettsikkerhet, faglig integritet og effektivitet. Dette er verdier vi skal holde fast ved når vi nå skal fornye, forenkle og forbedre – og øke gjennomføringskraften og resultatorienteringen. Lederplakaten skal også hjelpe dere i endringsarbeidet for å forbedre statsforvaltningen, for å bygge en kultur for samhandling, resultater og gjennomføring (Sanner, 2014).

Endringane i sjukehusa som har New Public management som ansvarleg for reforma, og målsettinga var modernisering av offentleg sektor som har ført til at to spesifikk motståande kulturar har skapt dilemma i helsevesenet (Høst 2005), og dette har også gjort noko med legitimiteten til sjukehuset både som organisasjon, og i høve til leiarane på alle nivå.

3.5.4. Pragmatisk legitimitet

Pragmatisk legitimitet er i følge Suchmann (1995) basert på eit nytteperspektiv .

Organisasjonen får legitimitet fordi den antas å være et nyttig verktøy i samfunnsmaskineriet.

pragmatisk, springer ut av det Suchman (1995:578) betegner som “self-interested calculations of an organization”s most immediate audiences”.

Dette er med andre ord ei legitimitetsform som baserer seg på *nytte* og *interesser*, som når en organisasjon/leiar har oppnådd legitimitet fordi den antas å ha en viktig og nyttig funksjon i samfunnet.

Pragmatisk legitimitet bygger på sjølvinteresse i motsetnad til moralsk og kognitiv legitimitet.

Suchmann deler pragmatisk legitimitet inn i tre (1995:578) (mi oversetting)

Utvekslingslegitimitet - nytteverdi for interessenter av organisasjonen.

Innflytelseslegitimitet – at organisasjonen er lydør over for interessenter sine behov. Dette handlar slik eg forstår Suchmann (1995) at ein involverar interessenter i beslutningsprosessar.

Disposisjonslegitimitet- organisasjonen vert oppfatta som å ha dei rette verdiane og vil det beste.Ifølge Suchmann (1995) kan dette forvekslast med normativ legitimitet.

Pragmatisk legitimitet er knytt til den tekniske omgivnaden og til ein nyttemaksimerande logikk. Det vil konkret seie om leiarskapen blir vurdert som nyttig. Dei involverte vurderer her kostnaden av leiarskapen opp mot nytten ein har av den. (Amdam 2016)

Tekniske omgivnader: Ifølge Amdam (2011) er det her organisasjonens konkrete produksjon av varer og tjenester skjer. Her får man betaling og belønning for sin produktivitet og effektivitet. Dette blir kalla *pragmatisk legitimitet*.

Pragmatisk legitimitet er knytt til nytteomgrepet, og slik eg forstår dette vil kognitiv legitimitet bli oppnådd gjennom utøving av leiing som vert sett på som nyttig for interessentar av seksjonen, det vil seie både innad i eigen seksjon, tilsette , pasientar og kommunar i nedslagsfeltet. Leiarar skal gjennomføre organisasjonen sine målsettingar gjennom samarbeid med medarbeidarar, og oppfylling av dette vil styrke pragmatisk legitimitet .

Strand (2007) meiner at på mange måter er leiarrolla i det offentlege meir kompleks enn i det private,samtidig som offentlege leiarar opplever at dei har mindre handlingsrom enn i det private, og at dei er sterkare prega av ynskje om å vere nyttig for samfunnet.

Mellomleiarar står «mellom» over-og underordna og må slik vere nyttig for begge partar, dette krev kjennskap til begge sine ønsker, og klokskap til å balansere dette. For å gjere ein tilfredsstillande jobb treng mellomleiarane også at både over- og underordna er nyttig for han, at han får støtte og tillit. Mellomleiarane er nærast av leiarane der «produksjonen» skjer i sjukehuset og er ansvarleg for resultat, samtidig som dei «gjere det rette» på alle områder, med pasientar, pårørande, tilsette, og samarbeidspartar.

3.6. Legitimerande leiarskap

Amdam (2016) viser til Selznik (1997) som understrekar at organisasjonar over tid utviklar institusjonelle trekk med til dels eigne verdiar, normer, prosessar og kulturar. Difor er det viktig med eit institusjonelt leiarskap (leadership) som gir retning, posisjonere og motiverer.

Amdam (2016) viser til at Selznik (1997:55-56) trekker fram fire sentrale oppgåver leiarar er sett til å utføre når ein tek omsyn til organisasjonens karakter eller institusjonelle trekk. Desse fire funksjonane seier mykje om krava til leiarskap i organisasjonar generelt, men i tillegg meiner eg dei i stor grad overlappar med planleggings- og leiingssystem i offentleg og private organisasjonar som er basert på inndelinga i institusjonelt, strategisk, taktisk og operativt nivå.

Institusjonell planlegging og leiing (Amdam 2016) gjeld dei rammene for aktiviteten som blir sett av overordna styringsnivå, og dei rammene som organisasjonen sjølv sett. Amdam (2016) viser til (Selznik (1997) kallar dette *forsvar av institusjonell integritet* og skriv at ein feil leiarar ofte gjer er å ta vidare eksistens for gitt, dette gjeld også offentleg sektor. Dette handlar om samfunnsoppdraget (misjonen), eller det å levere det samfunnet har behov for, tilfredsstillende viktige verdiar i samfunnet, og å gi organisasjonen ein tydelig identitet.

Strategisk planlegging og leiing (Amdam 2016)har som formål å orientere seg i forhold til eigen situasjon, omgivnaden og framtida, og på dette grunnlaget utforme visjonar og peike ut innsatsområde og strategiar for å nå denne ønskete tilstanden. Amdam(2016) viser til (Selznik 1997 i Amdam 2016) omtaler dette som *definering av institusjonelt oppdrag og institusjonell rolle*. Dette

handlar om å tolke og å omsette samfunnsoppdraget til visjonar og målsettingar for organisasjonen, og krev ein leiarskap som kan *fasilitere breie dialogar* om kva som er viktig for organisasjonen og samfunnet.

Taktisk planlegging og leiing (Amdam 2016) gjeld å skaffe, utvikle og organisere nødvendige ressursar. Amdam (2016) viser til (Selznik 1997 i Amdam 2016) kallar dette *institusjonell innlemming av formål og oppdrag*, og skriv at leiarskapen si oppgåve ikkje berre er å utforme mål og visjonar, men også å få desse bygt inn i organisasjonen. Det vil seie å endre organisasjonens karakter når det gjeld struktur, prosess og kultur, slik at den i større grad produserer i tråd med organisasjonens misjon, visjonar og målsettingar. Dette krev ein leiarskap som kan *moderere debattar* mellom partar om kva som er riktige prioriteringar.

Operativ planlegging og leiing (Amdam 2016)i nneber å programmere og kontrollere produksjonen, og å fremme produktiviteten slik at ressursane blir godt utnytta. Interne interessegrupper oppstår på ein naturleg måte i store organisasjonar, og strid mellom slike interessegrupper stiller alltid høge krav til leiarane. Maktforskyvingar mellom interessegruppene og mellom leiinga og representantar frå interessegruppene, kan ofte få store konsekvensar for organisasjonar og leiinga. Operativt nivå krev ei leiing som kan *mekle fram avtalar* om kven som gjer kva når konflikhtar oppstår. Amdam(2016) viser til (Selznik 1997 i Amdam 2016) omtaler denne oppgåva som *løysing av interne konflikhtar*.

Legitimitetstrappa

Amdam (2016) seier at for Selznik (1997 i Amdam 2016) er det viktig å få fram at legitimitet er knytt til kva funksjonar ein tillegg leiarar, noko som kan illustrerast som i figur 1. Figuren formidlar at leiarskapen må vere oppteken av å fylle alle felta i matrisen med relevante prosessar og innhald, men at det er nokre av felta som viktigare enn andre.

Desse felta blir framstilt som ei trapp som viser funksjonelle samanhengar mellom nivåa for planlegging/leiing og formene for legitimitet. Operativ leiing er viktig for å oppnå pragmatisk legitimitet, taktisk leiing for å betre den kognitive legitimiteten, strategisk leiing for oppnå normativ legitimitet, og institusjonell leiing for å oppnå juridisk legitimitet. Vidare er det viktig at alle

leiingsnivåa har høg juridisk legitimitet, noko som reint bileteleg er fundamentet som held oppe (Amdam 2016).

Legitimitetstrappa

Former for legitimitet	Pragmatisk legitimitet Leiarskapen er nyttig	Kognitiv legitimitet Leiarskapen er erkjent	Normativ legitimitet Leiarskapen er akseptert	Regulativ eller legal legitimitet Leiarskapen er lovleg
Former for planlegging og leiing				
Institusjonelt planlegging og leiing				Tolke styringssignal og utforme rammer
Strategisk planlegging og leiing			Fasilitere dialog om kva som er viktig	
Taktisk planlegging og leiing		Moderere debatt om kva som er riktig prioritering		
Operativt planlegging og leiing	Mekle fram avtalar om kven som gjer kva			

Figur 1. Kjelde; Amdam (2016)

4.0 ANALYSE /DRØFTING

Dette kapittelet tek sikte på å svare på forskings spørsmål 2;

Korleis påverkar leiingsfunksjonen i Helse Møre og Romsdal mellomleiaranes legitimitet? (Empiri)

4.1. Regulativ legitimitet og institusjonell leing

Aktørane handlar ut frå ein instrumentell logikk og etterlever regelverket for å unngå sanksjonar eller for å oppnå belønningar. (Amdam 2016).

Leiarskapen bør vere juridisk rett (Amdam 2016).

Amdam (2016 :3) sier at dette innber eit krav om legalitet, eller at praksis er innanfor gjeldande lov- og regelverk, og i tråd med styringsdokument og stillingsinstruksar. Ved tilsetting som leiar, får ein formell rett og plikt til å utøve leiarskap. I starten av leiarkarriera kan denne forma for legitimitet vere tilstrekkeleg ,, men over tid må ein leiar utvide og forsvare sin legitimitet i høve til alle dei fire formene for legitimitet. Vidare må ein finne ein god balanse mellom desse.

Helsedirektoratet er eit fag-og myndigheitsorgan underlagt Helse og omsorgsdepartementet , og har utarbeidd nasjonale kvalitetsindiaktorar for helse- og omsorgstjenesten skal gi informasjon om kvaliteten på helsetjenestene brukarane får. Dei vert også brukt til kvalitetsstyring og kvalitetsforbetring.Kvalitetsindikatorarer statistikk som bidreg til å belyse kvaliteten i tenesten.(Helsedirektoratet).

Ledergjering er så å si innrammet av lover, regler, avtaler og andre pålagte forpliktelser. På den ene side bidrar dette til legitimitet fordi det utgjør et uavhengig grunnlag for utøvelse av lederrollen, på den annen side styrkes lederens personlige troverdighet når lover og regler følges (Døving/Stikholmen 2011/1 i Magma)

4.1.1. Kvalitetsindikatorar

Mellomleiarane har ansvar for å følge opp kvalitetsindikatorane som kan vere ulike i høve til kva seksjon ein arbeider i, om det er sengepost ,poliklinikk, eller t.d. fysioterapiavdeling eller operasjonsavdeling. Kvalitetsindikatorane er mellom anna ; tal på konsultasjonar pr.dag, tal på liggedøgn, tal på operasjonar, tal på reinnleggingar, prosent epikriser utsendt innan 7 dagar.

Ein av kvalitetsindikatorane er at epikriser skal bli sendt ut til fastlege innan 7 dagar. Psykiatri2 *«klinikkisjef og adm.direktør har hatt stort fokus på «epikrisetid» , og kaker har blitt spandert på dei seksjonane som har klart dette «målkrevet». Personalet som ikkje har ansvar for epikrisearbeid, som miljø -og pleiepersonale, har opplevd at det som dei driv med ikkje har verdi, dei får ikkje kake når dei har gjort ein god jobb med pasientane, som t.d. å arbeide i psykiatrien eller anna sengepost med ansvr for pleie-og miljøoppgåver som ikkje er målbart slik epikrisene er. Som leiar tok han difor ansvar for å avvikle dette med «epikrisekakene».*

Slik sett kan kvalitetsomgrepet bli forstått ulikt av tilsette og overordna i organisasjonen.

Mellomleiararen står i ein mellomposisjon,og skal både innfri krav om «måloppfylling» frå overordna, og anerkjenne tilsette for den jobben den einskilde gjer i seksjonen.

Amdam/Veggeland (2011:56) seier at out-put er resultat der ein får meir produkt og prestasjonar for same innsatsmengd, (efficiency), indre effektivitet, og om vi produserer rett. Outcome (ytre effektivitet) handlar om i kva grad produkt og prestasjonen gir ønska resultat of effekt i høve til formulerte målsettingar,behov ,ønske og verdjar,om vi produserar det vi meiner er det riktige .Out-put-resultata er lett å måle, medan outcome resultat er vanskelegare å måle. Det er til dømes vanskeleg å måle om pasientar har fått betre livskvalitet.

Ved spørsmål til informantane om dei opplever at kvalitetsindikatorane måler kvalitet, svarar somatikk3 : *indikatorane ikkje er gode motivatorar og styrande i høve til korleis ein jobbar med pasientane, for det er så mange andre ting som spelar inn.*

Somatikk4 sa det slik; *Desse kvalitetsindikatorane so dei kalla det, dei fungerer ikkje i det heile,dei som sit over deg er opptekne av ventelister, epikrisetid og at du held budsjettet, det er dei dei ser på. Når alt er bra høyrer ein ingenting, er det fristbrot, eller epikrisetida ikkje er tilfredsstillande får du kontakt.*

Psykiatri3 : *indikatoren liggedøgn i sjukehus er vanskeleg å måle og at indikatoren ikkje tek høgde for korleis ein brukar sengane.*

Somatikk1 : *«behandling av pasientane må vere på deira premisser, og dersom det er bra for pasientane å ligge kort inne vert dette vektlagt, og dette kan også føre til at pasienten kjem fort heim».*

Psykiatri2 : *kunne tenke meg å kalle det noko anna. I psykiatrien er det mykje med det mellommenneskelege og relasjonsbygging, som er vanskeleg å måle, og det er difor vanskeleg å få ein indikator på dette..*

Somatikk5 : *det vert ikkje krevd, men tal på behandlingar på inneliggande og poliklinisk vert målt, men det er berer statistikk. På polikliniske tenester er det innsatsstyrt finansiering. Somatikk2 : vi måler antal operasjonar, men det har ingen konsekvens. Får ikkje tilbakemeldingar, det er ikkje nokon gode ting med kvalitetsindikatorar.*

Psykiatri1 : *vi har kvalitetsindikatorar på henvisningar og fristbrot, dette passar vi på.*

Mi tolking er at dei fleste av informantane opplever kvalitetsindikatorane som lite eigna til å måle kvaliteten på tenestene. For fleire av informantane har det ingen konsekvensar, dei får ikkje tilbakemeldingar og i visse høve fungerer det som statistikk utan konsekvensar. Desse kvalitetsindikatorane er ein av «tellemåtane» som har blitt etablert etter helseføretaksreformen, og sjølv om indikatorane etter informantane sine synspunkt ikkje har effekt på kvaliteten av tenestene, har dei fleste mellomleiarane likevel krav på seg og vert målt etter kva resultat dei «leverer» i seksjonen vedkomande dette. Slik vil dette føre til redsle for sanksjonar, og mellomleiarane vil difor gjere det dei kan for å unngå dette, då dei som leiarar står personleg til ansvar for resultatata i seksjonen, sjølv om dei opplever at kvalitetsindikatorane ikkje måler den eigentlege kvaliteten på tenestene.

New Public management har hatt stor betydning for utviklinga av sjukehusa dei siste tiåra, og dette har også fått store konsekvensar for leiing i sjukehus, som er eit av hovudområda innan NPM. Det som teller er det som kan telles og det individuelle og spesifikke marginaliseres i alt hjelpearbeid (Martinsen 2005).

4.1.2 Endringar

Helseføretaka har vore gjennom store endringar gjennom ulike reformer. Eit av mine spørsmål til informantane var om dei opplevde at endringane kom frå overordna styresmakter, overordna, eller frå tilsette og leiarar?

Psykiatri1: *kjem an på kva type endringar. Seksjonsleiar får informasjon frå overordna på leiarmøte om endringar iverksett av høgare nivå. Seksjonsleiarane vert tatt med, underretta, men av og til føler ein at ein kan uttale seg, men at bestemmelsen er tatt.*

Psykiatri 3 :*får ein del direktiv ovanfrå,nasjonale retningslinjer, mykje ligg i rammene. Stor grad av sjølvstendig beslutningar, men må prioritere innafor økonomisk ramme.Hargod støtte i personalet,opplever ein del motstand frå behandlarar.*

Somatikk4: *det som er i vinden no er kontinuerleg forbedring og vi ser heile tida på ting som bør endrast.Kan ikkje gjere noko med funksjonfordeling av pasientgruppa, får ikkje fleire personalressursar, men det er handlingsrom i høve pasientforløp og kvaliteten på dette. Det har vi arbeidd mykje med.*

Somatikk1 :*endringar kjem ofte ovanfrå som pålegg. Personalet er vant med endringar så det er lett å innføre nye ting, men det kjem an på om endringane vert opplevd om fagleg forankra og oppleves meningsfullt.*

Somatikk3: *det går fort, korte prosessar,korte fristar ved nye organisasjonsendringar, som leiar må ein forhalde seg til fatta vedtak,er pliktig til å forhalde deg til det,må stå for det,men må velge kor stor del av arbeidsdagen det skal prege og kor mykje du skal fokusere på det.Hovudregelen ved eindringar er at det kjem ovanfrå, må finne lempelige ordningar og ikkje køyre regelrytteri heile tida, finne ut ting i fellesskap.*

.Somatikk2: *eg kan kome med ting og har fritt spelerom i min seksjon, når det gjeld ting som berre angår oss. Meir overordna endringar diskuterere vi i leiararåd som vi har 1 gong pr veke.*

Psykiatri2:*føler eg har medverknad på eigen seksjon og eigen kvardag,og forståing for at eg vert styrt,og andre gongar kan eg vere styrande oppover i organisasjonen og mot eigne tilsette. Krava ovanfrå kan føles slik at eg kan kveles, men det må samtidig vere slik , viss alle sa at no passar det ikkje å jobbe med ting, vil det kanskje aldri passe.»*

Slik eg tolkar svara frå informantane opplever alle i stor grad at endringar kjem ovanfrå, men at dei kan tilpasse dette innfor eigen seksjon i stor grad, og at dei har fridom til sette i verk endringar innanfor sitt ansvarområde, innanfor vedtekne rammer.

Ifylgje Amdam (2011) er det to to kjelder til legitimitet; 1. Legitimitet som kjem ovanfrå i styringsverket. Denne forma for legitimitet handlar om ansvar og makt til å forvalte lover, regelverk, og ressursar. Ovanfrå-ned-politikken vert ofte forbunde med byråkrati, rigiditet, kontroll, undertrykking og avhengigheit (Amdam2011 :124).2. Legitimitet som ein oppnår ved mobilisering nedanfrå . Legitimitet nedanfrå er avhengig av kva ein institusjon eller organisasjon bidreg til med omsyn av bygging av identitet, fellesskap og former for samarbeid som gir konkrete resultat. «Ovanfrå-ned-forma for legitimering har eit gjensidig forhold til nedanfrå-opp-legitimering. (Amdam 2011: 103).

Ifylgje Amdam (2011) er det viktig at det er balanse mellom ovan-frå-ned styring og nedan-frå-opp-styring, då for sterk statleg styring kan medføre at regionar/institusjonar vert hindra i å utvikle eigen politikk, og sterk nedanfrå-opp-styring kan føre til at det vert store ulikheiter innanfor regionar og ulike fagfelt. Ifylgje Amdam (2011) er modernisering av samfunnet ført til dominans av ovanfrå-ned-politikken.

Dette viser også det informantane seier, at ovan-frå-ned-politikken er sterk, at endringane kjem i hovudsak ovanfrå, den er slik ikkje i balanse. Endringane kjem i mindre grad frå mellomleiarar eller dei tilsette.

4.1.3 Ansvarsområde

Informantane har ansvar for både fag, administrasjon og personal for sin seksjon, slik § 3-9 om «enhetlig ledelse» i spesialisthelsetenestelova seier, og for å gjere ein tilfredsstillande jobb krevs at mellomleiarane er kjende med arbeidsoppgåver og ansvarsområde. Ved spørsmål om dei kjenner til oppgåver og ansvarsområde for stillinga som seksjonsleiar svarar informantane slik;

Psykiatri1 :*måtte finne ut av ting sjølv den dagen han starta, på grunn av sjukdom vart det ikkje overlapping i stillinga.Han seier han har signalisert behovet for opplæring til helseføretaket.*

Somatikk2 : *han har tatt leiarutdanning og at dette var viktig for å klare å stå i leiaroppgåvene. Mellomleiarane må få meir opplæring, oppfølging, intern opplæring er meir overflattisk, trur det hadde vore nyttig å fått eit skikkelge opplæringsprogram.*

Somatikk4: *fekk delvis opplæring, er blitt betre etterkvart, det var overveldande i starten ,og eg måtte spørre etterkvart. Finst ikkje opplæringspakke for leiarane, det burde det vere .*

Psykiatri2: *fekk veldig lite opplæring, tilsettinga skjedde fort, det var inga overlapping med tidlegare leiar. Har gått vegane sjølv, har følelsen av at det ikkje er uvanleg praksis. Det er mykje eg burde visst når eg starta i stillinga, det manglar noko på leiarutdanning i føretaket.*

Psykiatri3: *som ny fekk eg ikkje opplæring av ulike program som vert brukt. Mykje er sjølv lært, stor jobb, ingen systematisk opplæring for mellomleiarane.*

For å oppnå legal legitimitet er det vesentleg at mellomleiarane er kjende med alle oppgåvar og ansvarsområde dei har som mellomleiarar, og slik veit kva som vert krevd av dei.

For helseføretaker er det viktig at leiarane er kjende med ansvarsområder for å hindre negative konsekvensar for underordna, pasientar, pårørande, og andre samarbeidspartar, men det er også viktig for at mellomleiarane skal oppleve meistring og tilfredsheit i arbeidet som mellomleiar.

4.1.4 Makt /autoritet

Eit av spørsmåla til informantane er korleis dei opplever dette i sin posisjon som mellomleiar.

Somatikk3: *han kjenner organisasjonen godt og veit kva som er sitt område , vil gi kreditt til sine sjefar for slik å vite kva han kan tillate seg og ikkje, innanfor sitt område.*

Psykiatri3 opplever at: *han har autoritet, var gjerne litt meir bastant nåreg var yngre, ikkje samme behov for å hevde meg på samme vis, er tryggare i rolla som mellomleiar.*

Somatikk2 :*kva meiner du med makt, om du får gehør nedad og oppad? når eg tek opp ting får eg gehør, eg er ganske direkte og seier mi meining, men det er ikkje alltid det skjer noko med det.*

Somatikk1: *eg har myndigheit og makt til å gjere ein del grep med støtte, kan ikkje gjere kva eg vil, må forankre det. Dersom eg ikkje kunne ta avgjersler om til dømes permisjon ville det vere ein hemske og måten eg driv leiarskap på.*

Psykiatri1 seier: *han opplever å ha autoritet og makt som han treng i stillinga, men til dømes har han ikkje mynde å gi permisjonar til underordna på grunn av økonomien i helseføretaket, dette er negativt.*

Psykiatri2 : *han føler han både har og ikkje har makt og autoritet, er ein fare å bli for mektig også. Mange avgjerder skal takast og nokre er vanskelege. Skulle ønske eg kunne ta avgjerder om permisjonar.*

Somatikk4 : *eg har makt innafor mine rammer, autoritet føler eg og at eg har, makt har eg også innafor mine rammer, skulle gjerne hatt det også utanfor mine rammer.*

Legitimiteten er i stor grad knytt til den formelle posisjonen dei har som mellomleiarar, og informantane opplevde at dei har makt og autoritet innan eigen seksjon og egne rammer, men at mellom anna økonomien i helseføretaket set grenser for å ta avgjerder, og reduserer slik makt og autoritet også i høve til egne tilsette. Mi tolking av det informantane seier er at dei med lengst erfaring i mellomleiarstillingane opplever mest makt og autoritet. Også tilhøvet til overordna og medarbeidarar viser seg å ha innverknad på opplevinga av makt og autoritet.

Leiingsfunksjonen i institusjonell leiing vil i stor grad handle om administrasjon, då formalisering med tanke på kontroll og etterleving av lover og reglar vil vere senstralt.

4.2 Normativ legitimitet og strategisk leiing

Logikken blir styrt av kva som er passande eller akseptabelt. (Amdam 2016)

Leiarskapen bør vere moralsk riktig (Amdam 2016).

I følge Amdam (2016:3) så handlar leiarskapen om kva som er viktig sett utifrå ulike verdiar og normer. Gjennom brei deltaking i kommunikative prosessar kan leiarar bidra til å bygge opp ei erkjenning i organisasjonen av kva som er viktige utviklingstrekk og utfordringar. Dette kan så nedfelle seg i prioritering av verdiar, visjonar, mål og strategiar. Det blir så ei oppgåve for leiarane på alle nivåa å omsette desse strategiske vala til taktiske og operative handlingar. Men i tillegg er det viktig at leiarane sjølve praktiserer dei vedtekte strategiske prioriteringane. Først om fremst vil dette gjelde organisasjonen sine sentrale verdiar

Visjonen til Helse Møre og Romsdal er *på lag med deg for helsa di*. Verdiane er *tryggleik, respekt og kvalitet*.

Visjonen og verdiane til Helse Møre og Romsdal handlar om moral og etiske normer som leiaren har som rettesnor for utøving av leiing. Visjonen til Helse Møre og Romsdal er ; «På lag med deg for helsa dei» og gir uttrykk for samarbeid og likeverdige partar, og verdiane tryggleik, respekt og kvalitet gir uttrykk for at helseføretaket set kvalitet, tryggleik og respekt som sine kjerneverdier i samarbeidet med pasient,pårørande og tilsette.

4.2.1 Tilhøve til pasient/pårørande

Spørsmålet til informantane er korleis dei samarbeider med pasient og pårørande.Opplæring av pasient-og pårørande er ei av sjukehusa sine hovudoppgåver.I pasientrettighetsloven er det også nedfelt at pasientar har rett til medverknad når det gjeld eiga behandling.

Slik er dette også forankra i legal legitimitet, som ifølge Amdam (2016) er viktig for alle trinna i «legimitetstrappa».

Slik eg forstår Suchmann (1995) handlar dette om normativ legitimitet, at leiarane tek konsekvensar av verdiane og visjonen til Helse Møre og Romsdal, i utøving av leiing.

Psyki1: vi har kartleggingssamtale ved innkost der pasient får kome med sine ønsker for opphaldet, og pårørande har tilbod om samtale med behandlar.

Psykiatri3 : pårørande er sentrale, komparentopplysningar er viktig og dei får tilbod om polikliniske konsultasjonar, vert også invitert til samarbeidsmøter saman med pasient.

Somatikk4: pasient og pårørande er med på å utvikle seksjonen, har systematiske brukarundersøkingar, det som kjem fram vert arbeidd vidare med.

Pykiatri3 : vi har forvern for å kartlegge motivasjon og ønsker for opphaldet før dei kjem inn, individuelle behandlingsplanar og brukarundersøking ved utreise.

Somatikk5 : har systematiske brukarundersøkingar i samarbeid med andre seksjonar etter gruppetilbod, elles samarbeid på individnivå.

Somatikk1 : pårørande er veldig involvert då pasientane er avhengig av at pårørande er tilstades. Dei får tett oppfølging og nødvendig informasjon. Har brukarundersøkingar som dei scorar høgt på.

Somatikk3 : pårørande er viktig, dei er mykje i seksjonen på grunn av sjukdomens natur. Legg vekt på informasjon og involverar pårørande i etiske diskusjonar omkring behandling. Somatikk2 : ved samarbeid med pasienten er pårørande med når pasienten vil, pasientane er fort inn og ut, ikkje systematiske brukarundersøkingar.

Verdiar som respekt ,tryggleik og kvalitet, forutset også at leiarane ser på brukarane av tenestene, pasient og pårørande, som naturlege samarbeidspartar, og tilbakemeldingar frå dei bør slik ha stor vekt. Fleire av informantane har dette fokuset, og har også systematiske brukarundersøkingar som vert tatt opp som ein del av evalueringa av tenestene. Nokre av informantane seier at samarbeid med brukarane først og fremst er på individnivå i forhold dein einskilde behandlinga. Ei av hovudoppgåvene til sjukehus i Norge er opplæring av pasient og pårørande. I einskilde seksjonar er pasientane fort inn og fort tt, då er det ikkje så enkelt med samarbeid med pårørande, og truleg heller ikkje så viktig.

I høve New Public management vert brukarane meir sett på som «klientar» enn «pasientar», og dette perspektivet fann eg hjå nokre av informantane, men i mindre grad enn eg trudde. Det er mogeleg at den gamle «kulturen» som handlar om omsorg og ivaretaking, og «vi og dei» fortsatt held stand i sjukehusa, som då også ikkje berre handlar om normativ legitimitet, men også kognitiv legitimitet.

4.2.3 Visjonar

Arbeid med visjonar for seksjonen kan slik eg forstår Suchmann (1995) definerast som normativ legitimitet, prosedyrelegitimitet, det «å gjere det rette».

Spørsmålet til informantane bar om dei arbeidde aktivt med visjonar for sin seksjon.

Psykiatri3 : vi brukar mykje tid på å drøfte og sjå framover og tenke nye tankar om korleis drifte seksjonen.

Psykiatr2: har jobba lite med visjonen. Har ikkje tid.

Psykiatri1: dete er endringar inna pasientgruppa og etterspørselen bestemmer kva vi skal tilby.

Somatikk 4 : to gongar i året hadde såkalla «måldagar» der alle tilsette deltok og forma måla for neste år i fellesskap.

Somatikk5 : dei hadde hatt eit utviklingsprosjekt i seksjonen der personalet skulle kome med positive og negative sider , men personalet var ikkje van med å bli dratt med på utvikling av seksjonen, så det vart læring for personalet at deira synspunkt var viktige.

Somatikk2: eg forventar meir av overordna leiar når det gjeld visjonar, dette må til for å få til visjonar i eigen seksjon.

Somatikk1 :ja vi er enige om visjonen,samtidig har vi trusselen om nedlegging og samtidig held ein på med omorganisering,så vi veit ikkje kva vi blir.Ei spenning i dette.

Somatikk3 :det er enigheit om visjonen, og at det er viktig at små sjukehus profilerar seg i motsetnad til sentraliseringstankegangen, og vere samstemte. Det er ei vanskeleg tid når funksjonsfordeling vert trenert, vanskeleg å rekruttere fagfolk, viktig at sjukehuset står sammen, og dersom ein ikkje trur på framtida kan dette slå negativt ut og føre til uro.

Slik eg tolkar dette er at alle informantane ynskjer å jobbe også med visjonar for seksjonen, men tidspress og overordna føringar om at seksjonen skal bli stengt eller flytta til anna sjukehus, skapar avmaktkjensle frå informantane som opplever dette. Dette gir lite tryggleik for både leiarar og tilsette , og dette har sjølvsagt konsekvensar for kvardagen, og motivasjonen som leiar.

Leiingsfunksjonen slik denne er definert av NOU (1997:2) er utvikling av visjonar nært knytt til funksjonen «leiarskap», og undersøkinga viser at dette ikkje er høgt prioritert av dei fleste av informantane. Nokre føler avmakt i høve til overordna nivå, då dei har lite makt og kontroll over det

som vert bestemt, medan andre seier det handlar om tidspress. Nokre arbeider med visjonen innafør eigen seksjon, og slik eg forstår det handlar dette om seksjonar som har avklarte framtidsplanar på eit overordna nivå.

4.2.3 Resultat

Det er forventa at leiarar «leverer» på målsettingar, og strategiske planar som er utarbeidd gjennom styredokument av regjering og helseføretak, og kan slik sjåast på som normativ legitimitet som Suchmann (1995) kalla konsekvenslegitimitet.

Spørsmål om korleis informantane opplever krav om resultat svarar dei slik;

Psykiatri2 : *personalet vert provosert om dette får for stor plass til dømes i personalmøter.*

Somatikk4 : *«eg har autonomi innafør mine rammer, men eg må levere, eg må halde budsjettet, eg kan ikkje gjere det eg vil. Overordna forventar levering på resultat, då er dei fornøgde.*

Psykiatri2 : *læringskurva har vore bratt i forhold til økonomi og budsjett. Har følt behov for meir økonomisk utdanning. Har no eit mykje meir bevisst forhold til bruk av midlane, og dette har gjort at det er meir forutsigbart når vi ser kva ressursar vi har å hjelpe oss med. Trur ikkje personalet har merka så mykje, nokre vil heller aldri forstå at vi må spare på helse.*

Somatikk2 : *er avhengig av å følge budsjettet når det gjeld personal :Lykkespel når det gjeld talet på sjukmeldingar, kor mykje kan eg leige inn, kva kan eg la vere å leige inn. Aktivitet vert sett i budsjettsamanheng. Det økonomiske må ein ha i bakhovudet heile tida.*

Somatikk3 : *mellomleiar vert veldig pressa på å halde oppe aktivitet, auka dokumentasjonskrav, auka oppgåver og har ingen støttefunksjonar. Ingen leiar trur dei kan halde seg innan budsjettet, men kan ikkje seie det» .*

Somatikk3 : *vi bidrar til utnytting av sengane best mogeleg, raskare utskriving, god smertelindring. fokus på kva som er bra for pasientane, men raskare utskriving fører også til at fleire pasientar får opphald. Auke dagkirurgi, utnytte operasjonsstovene betre. Slik kan presset på aktivitet også opplevast meiningsfullt- ein «vinn-vinn» – situasjon for pasientar og sjukehuset ».*

Somatikk1 : *blir farga av den kvardagen ein har ,har vore i dette så lenge, naturleg at mykje handlar om økonomi. Men ikkje berre greit fordi det forskyver den faglege delen. Ein får kritikk om ein ikkje*

klarer å halde budsjettet for det klarer ein stort sett ikkje. Vi får heller ikkje sett opp eige budsjett, vi eig det difor ikkje, men må forsvare det sjølv om vi ikkje har midler til å forsvare det. Å halde oppe aktiviteten kan eg ikkje styre fordi vi berre har ø-hjelp. Kan styre overtid, og ved lite pasientar slepp vi å leige inn ekstra.

Somatikk4 :. Eg må levere, eg må halde budsjettet, kan difor ikkje gjere det eg vil.

Psykiatri1: når det gjeld krav om resultat føler eg at det vert sagt ting på samlingar, og så er det tilbake i kvardagen. Lite tilbakemelding om ikkje når krava. Kan ikkje innverke så mykje på aktivitetstala, kan ikkje styre kva tid pasientane vert sjuke. Kravet ligg i at pasientane skal ha rett behandling på rett stad til rett tid.

Psykiatri3: han burde hatt meir utdanning innan økonomi fordi «alt» handlar om økonomi.

Informantane er tydeleg på at forventningane er store når det gjeld å halde budsjettet og oppretthalde aktivitetsmåla. Fleire av informantane opplever at det forskyver det faglege perspektivet og at det ikkje alltid oppleves meningsfullt. «Meir utdanning innan økonomi» seier fleire av informantane for å klare å halde tritt med kravet om økonomisk kontroll, det seier også mykje om korleis mellomleiarane opplever dette.

Fokus på mål, resultat og økonomi er etter innføring av helseføretak fått ei større betydning dei seinare åra, slik fleire av informantane som har mange års erfaring stadfestar.

Somatikk1 seier « Resultat» var eit ukjent omgrep for meg som leiar når eg starta for vel 20 år sidan. Men i større grad er dette ein realitet som leiarar i Helse Møre og Romsdal i aukande grad må forhalde seg til og også vert «målt» på.

Mellomleiarane har motstridande krav , og samtidig vert dei sosialisert i rolla, det er «naturleg» at det fokus på økonomi og aktivitet, som ei av dei med lengst erfaring uttrykker. Dette er sånn sett nødvendig om mellomleiarane skal halde ut i stillinga, men det er likevel til ettertanke at det ikkje er meir fokus på kvaliteten av tenestene, i høve til fokuset som er på resultat, slik informantane hevdar.

4.2.4 Kvalitet

Å arbeide for auka kvalitet av tenestene vil etter slik eg forstår Suchmann (1995)handle om både konsekvenslegimitet,resultat, og prosedyrelegimitet, at ein gjer ting på ein riktig måte.

Somatikk2: kva vil vi, kva vil vår seksjon, ønsker å fokusere på det, men bakgrunnen er vi er blitt oppten av omorganiseringar og fokus på produktivitet og effektivitet, då er det ikkje rom for utviklingsarbeid, og viss det skal prioriterast må alle vere med.

Psykiatri1 : auka kvalitet og bedre tenester er eit kjempestort og høgt mål for meg som leiar, samtidig som det er frustrerande,har alt for lite tid til fobedring,kva ein brukar tida på,lite tid til fag,utvikling.

Somatikk1 :auka kvalitet og bedre tenestetilbod er eit alfa-og omega, vi hadde ikkje hartt den støtta frå pårørande om vi ikkje hadde gitt iet godt tilbod,har godt renomme på grunn av kvaliteten ved seksjonen».

Somatikk5: god pasientbehandling er viktig og stadig oppe, vi spør oss om det er det rette vi gjer,kva seier faglege retningslinjer,normer, er det endringar vi bør gjere,konstinuerlege tanker om dette. .

Somatikk4 :kvalitet jobbar vi mot og strekker oss etter, ein kontinuerleg jobb. Nye krav gjer at vi må vere med på utviklinga, sjå på tilbodet vi gir, helseføretaket sine verdiar leverar vi på alle tre.

Psykiatri3: han har stort fokus på god pasientbehandling, og at seksjonen har gode pasientforløp.

Psykiatri2 : auka kvalitet er at alt vi gjer i seksjonen skal vere av god kvalitet.

Informantane er opptekne av god kvalitet av tenestene, og mi tolking er at dette har sin bakgrunn i faget , at dei alle er fagpersonar, og at dette har eit hovudfokus i arbeidet som mellomleiarar. Dette er også slik vi forventar at leiarane skal gjere, at dei har fokus på pasientane og kvaliteten av behandling- og tenestetilbodet.

Verdiane står elles sterkt i Helse Møre og Romsdal , og det er forventa at leiarane lever etter desse verdiane, å oppfylle desse verdiane vil difor vere å sjå på som legal legimitet.

Normer er meir instrumentelt enn verdiar, då dei vert bruktes som retningslinjer for handlingar.Dei fortel om korleis ein skal opptre og beskriv kva som er den rette måten å strekke seg mot ønska mål.

Verdiane er mer generelle og mer grunnleggande og danner basis for normene (Amdam 2016).

4.3. Kognitiv legitimitet og taktisk leiing

Forventningar om kva leiarskap kan og bør vere. (Amdam 2016). Endring av kognitive bilde kan ofte ta lang tid og krev modning og erkjenning hos dei involverte.

Leiarskapen bør vere kognitivt forstått (Amdam 2016)

Amdam (2016:3) Etablering av kognitive bilde av kva god leiarskap er og bør vere, er ein del av institusjonaliseringa av organisasjonar. Svak kognitiv legitimitet kan i mange samanhengar skuldast at dei leidde og leiarane sit med ulike tankar om kva leiing bør vere. Her må det skiljast mellom teamleiing, mellomleiing og toppleiing. Det er vanleg å forvente mykje operativ og taktisk leiing av ein teamleiar, og mykje strategisk og institusjonell leiing av ein toppleiar. Mellomleiarar blir tillagt den vanskeleg oppgåva med å sameine styring og leiing ovanfrå med informasjon og medverknad nedanfrå. Dette plasserer ein mellomleiar ofte i ein vanskeleg situasjon der toppen og botnen i ein organisasjon kan ha to motstridande kognitive bilde av korleis ein mellomleiar bør fungere, til dømes kvar mellomleiar skal ha sin lojaliteten, og kva for utdanning han skal ha m.m. Å utfordre slike kognitive bilde, er krevjande for alle. Forslag til endringar utfordrar den gjeldande ortodoksien, og inneber å skape forståing for at det kan vere andre måtar å gjere ting på.

4.3.1 «Enhetlig ledelse»

Suchmann (1995) meinte at kognitiv legitimitet handla om noko som er tatt-for-gitt, at ikkje kan vere anannaleis, at det er generelt akseptert at «slik er det». Innføring av «enhetlig ledelse» har utfordra synet på kven som kan vere leiar i sjukehus, og kva ansvarsområde ein leiar skal ha.

Av dei 8 informantane eg intervjuja hadde Informant somatikk4, psykiatri1, psykiatri2, psykiatri3, ansvar for fleire yrkesgrupper, også legar. Informant somatikk1, somatikk2, somatikk3 og somatikk5 var leiarar berre for eiga yrkesgruppe.

Spørsmål om korleis informantane opplever at dei har ansvar både for fag, administrasjon og personal.

Psykiatri3 :å ha ansvar for både fag, personal og administrative saker er ei altfor stor oppgåve. Den femnar om alt frå bilpark , rekneskap, lønn, vanskeleg personalsaker til avgjerder i faglege spørsmål.

Somatikk5 seier at :*ein står fritt til å delegere oppgåver ,men ikkje ansvaret. Har etablert ein fagansvarleg i seksjonen, mellomleiar har likevel det faglege ansvaret.*

Somatikk1 seier: *eg er fagleg orientert og har tilsett fagansvarleg med ansvar for opplæring. Fag er drivkrafta til at pasientane vert godt ivareteke. Er ikkje faget godt fungerer ikkje seksjonen.Vi har eit godt omdømme og fagkompetansen er prioritert.*

Somatikk3 :*seier det er ein stor fordel med «enhetlig ledelse», det eine påverkar det andre, dersom ein berre har fagleg ansvar heng det ikkje i hop,også ein fordel om noko skal endrast.*

Somatikk2: *det er eit veldig stort ansvar, det er også få å spele på , fleire av støttefunksjonane er tatt vekk lokalt. Tek kontakt ved behov, men det er vanskelegare enn då vi hadde desse støttefunksjonane lokalt.*

Somatikk4 :*det går greit, men det er eit stort ansvar, tidlegare var det fleire med leiaransvar i seksjonen, no berre seksjonsleiar som har leiingsansvar. Tilsette er velvillige å at på seg oppgåver, og er er storforbrukarar av støttefunksjonane , både personalavdelinga, fagavdelinga og fleire*

.*Psykiatri2 : det er vanskeleg med tid til alt, har og ansvar for både poliklinikk og sengepost som gjer at det er krevande.*

Psykiatri3: *det er vanskeleg med ansvar for både fag, personal og administrasjon. Den administrative delen krev mykje av stillinga, Skulle ønske eg hadde meir tid til å involvere meg i seksjonen, ha overblikk og den raude tråden. Mulig eg kan delegere meir av arbeidet.*

Tradisjonen i sjukehus i Norge har vore at det har vore den flinkaste fagpersonen og gjerne ein lege som er fagleg ansvarleg og leiar for avdelinga, medan sjukepleiarar har stått for drift av sengepost og personell. Dette er endra med den nye bestemmelsen.

Det er fire av informantane som har ansvar for fleire faggrupper.

Dei seier dette om slik dei oppever dette:.

Somatikk4 : kan ikkje sette seg inn i andre fag på same måte som sitt eige. Har difor etablert fagansvarleg for fleire faggrupper,dei ser til at det er kvalitet over arbeidet,det fungerer fint. Dei har ikkje personal eller administrativt ansvar. Det tverrfaglege samarbeidet fungerer godt, det er vår arbeidsreiskap, så vi jobbar mykje med det. Viss ikkje det fungerer får vi ikkje til å yte det beste for pasientane. Eg opplever meg respektert av alle faggrupper».

Psykiatri3 seier at: *eg føler meg respektert som leiar. Psykologar og legar har ulike forventningar til kvarandre som har vore ei utfordring, elles fungerer det tverrfaglege samarbeidet godt. ».*

Psykiatri2 : *tverrfagleg miljø er ein styrke ,føler at vi har eit godt samarbeid, vi deltek og er på linje alle, og eg ville ikkje vore nokon faggruppe forutan.Noko interessekonflikter mellom ulike faggrupper, som handlar om oppgåvefordeling, men jamnt over går det greit .*

Psykiatri3: *vi har tydelege arbeidsoppgåver utifrå yrkesgrupper sjølv om det er tverrfagleg samarbeid oppgåvene er definerte gjennom tradisjon, og det er gått seg til gjennom åra.*

Dei informantane som har ansvar for fleire faggrupper seier at dei opplever seg respekterte av alle faggrupper. I starten når «enhetlig ledelse» vart bestemt var det stor motstand , spesielt av legane. Slik informantane framstiller dette, er ikkje dette lenger ei problemstilling, i alle fall ikkje i dei seksjonane som desse informantane arbeider i. Dersom undersøkinga hadde femna også om dei tilsette , kan det vere at dette hadde endra seg, det er uvisst.

At mellomleiarane opplever at dette er greit kan sikkert vere fleire grunnar til. Det kan ha skjedd ei kulturendring , ei ny forståing for kva leiing er i helsesektoren i løpet av dei åra helseføretaka har eksistert, og slik etablert ein ny «kultur» når det gjeld dette. Nokre av informantane hadde også «løyst» det med å gi fagfolk faglig ansvar innanfor sitt fag, slik at dette ikkje vart konflikt. Det er også mogeleg at ein ser det har fordelar at ein leiar har det fulle ansvaret, slik også nokre av informantane uttrykte det.

Informantane seier at klinikk for psykisk helsevern har gjennomført «enhetlig ledelse» i alle seksjonar, og det kan slik vere at det har etablert seg ein kultur og slik-gjer-vi-det-hos-oss-haldning som gjer det akseptabelt, og slik vil styrke den kognitive legitimiteten i klinikken. Dette gjeld også for den einaste seksjonen i somatikk som er med i undersøkinga der seksjonsleiar har ansvar for alle faggrupper i seksjonen. Seksjonen har gjennomført dette gjennom mange år, og det kan verke som det er etablert ein ny kultur for dette.

Medisinske og kirurgiske klinikkar har valgt å ha ein leiar for sengeposten og ein leiar for legane. Bakgrunnen for dette er ikkje kjent, informantane kunne heller ikkje svare på dette. Ein av informantane sa legane var vanskelege å få med på endringar. Det kunne vore interessant å få ei nærare

forklaring av overordna kvifor dei fastheld gamle strukturar, men dette var ikkje målsettinga for denne undersøkinga.

Mellomleiarane i helseføretaka har ei utfordring når det gjeld den kognitive legitimiteten. Biletet vi har hatt av leiarar er at det er den flinkaste fagpersonen som er leiar, og han har makt og autoritet i kraft av sin kompetanse. Slik er det også ekspertorganisasjonen har framstått i teorien. Mine informantar seier dei ikkje opplever dette problematisk, dei har løyst det på ulike måtar, ved å gi faglege ansvar til fagpersonar, og einskilde klinikkar er det fortsatt slik at legar er leiar for legane i klinikken, men slik eg tolkar lova er det ikkje slik denne var tenkt å fungere.

Den kognitiv legitimiteten er blitt utfordra gjennom etablering av helseføretak, nye lover og retningslinjer når det gjeld kven som kan vere leiarar i sjukehusa i Norge. Slik eg tolkar informantane er dette no nokre år sidan bestemmesen var innført, og det kan vereke som «ting har gått seg til», det er ikkje dei store diskusjonane lenger når det gjeld dette. Når det gjeld kompetansen til leiarane forstår eg det slik at fagleg kompetanse i annan faget in er leiar for er viktig for den kognitive legitimiteten, og for leiarane si oppleving av å kunne forstå og sette seg inn i faglege spørsmål knytt til leiarfunksjonen.

4.3.2 Kompetanse

Tidlegare var det den fagleg mest kompetente fagpersonane som var leiar i sjukehus, slik eg forstår Suchmann kan dette også sjåast på som tatt-for-gitt legitimitet, kognitiv legitimitet. (Suchmann 1995). § 3-9 i spesialisthelsetenesteloven har medført at dette biletet vi har av kven som kan vere leiar i sjukehusa er i endring.

Ved spørsmål om leiarane bør ha utdanning innan faget der dei arbeider svarar dei slik; Somatik2 : *utdanninga har gitt meg input på ulike omrder. Eg har vidareutdanning innan faget i seksjonen, i tillegg til leiarutdanning og pedagogikk og dette har gitt meg synspunkt på ulike måtar å leie på, og korleis få med seg personale, også utvikling i leiarrolla.».*

Somatikk3 : *fagleg bakgrunn har betydning for leiarfunksjonen, då han slik skjønar dei faglege diskusjonane ,kan identifisere kva som er problemet, og å argumentere fagleg gir han styrke som leiar.*

Somatikk1 : *utdanningane som sjukepeiar, spesialutdanning i intensiv, leiing, helsesøster, veiledningspedagogikk har vore viktige alle for min leiarfunksjon.*

Somatikk5 : *viktig å ha det faglege med når ein jobbar på sjukehus, styrke å ha forståing for faget, vite kva ein skal fokusere på når ein skal lage vidare planar.*

Somatikk4 : *har vidareutdanninga innan faget som eg er leiar, og eg har slik forståing for pasientgruppa, har ansvar for inntak, lesar søknader og kan settet meg inn i problematikken. Også det å vere sjukepleiar, ha forståing for største faggruppa, forstå belastningar med turnus, og hjulet i 24-timers-døgnet er viktig.*

Psykiatri3 : *har forståelse for faget på ein djupare måte med vidareutdanning,forstår den faglege tilnærminga på grunn av lang og brei erfaring. Lettare å styre når du veit kva du skal styre.Trur i spesialisthelsetenesta at det er viktig med kjenskap til fagfeltet. Viktig å ha kunnskap.*

Psykiatri1: *vidareutdanning innan faget har stor betydning for å bli tryggare og kan sette ord på kva ein gjer, I forhold til diskusjonar i miljøet er det viktig å tatt utdanning for veiledning av personalet og faglege diskusjonar.*

Psykiatri2 : *har ei fagutdanning som har eit systemisk fokus som eg kan dra inn i leiingsfunksjonen. Vidareutdanning innan psykiatri har fagleg stor betydning, men ikkje avgjerande betydning , men føler den gir meg ballast også mot personal.*

Psykiatri 1 : *vidareutdanning innan psykiatri har gitt meg personleg tryggleik, endå lettare å stole på seg sjølv og det eg formidlar,også større tryggheit i personalgruppa , i vanskeleg saker. Føler større tryggleik på egne avgjerder no enn før utdanninga.»*

Alle informantane gir uttrykk for at fagutdanninga gir dei innsyn i faglege spørsmål, kan argumentere i diskusjonar og sette seg inn i det som skjer i seksjonen. Eg tolkar dette slik at fagutdanninga er med å gi mellomleiarane aksept og respekt som leiarar i seksjonen.Eg veit ikkje korleis medarbeidarar i seksjonen meiner om dette, men det er ikkje usannsynleg at det er positivt at leiaren har fagleg kompetanse, og at dette slik vil dette styrke den kognitive legitimiteten.

4.3.3 Tenestetilbod i tråd med samarbeidspartar

Helse Møre og Romsdal inneheld fire sjukehus som har lokalsjukehusfunksjon til kvar sine kommunar. I aukande grad har styresmaktene sett viktigheita av eit godt samarbeid mellom kommunane og helseføretaket. På bakgrunn av dette kom samhandlingsreforma, og forpliktingar om gjensidige samarbeidstavgiftar. Slik sett handlar dette også om legal legitimitet, som er viktige for alle former for legitimitet. Taktisk leiing handlar om å sette mål og visjonar ut i livet, og samarbeidet med kommunane er slik sett eit viktig mål for Helse Møre og Romsdal, som er lokalsjukehus for sitt nedslagsfelt. Samarbeidet med kommunane har i mange år vore ei utfordring for begge partar. Pasientar har blitt liggande lenge på sjukehus før dei har fått plass i heimkommuna , og kommunane har fått pasientar tilbake frå sjukehus før kommunane har vore istand til å ta imot dei. Det kostar sjukehuset dyrt at pasientar vert liggande og det er viktig at denne reforma fungerer, både for sjukehuset og kommunane, og ikkje minst pasientane.

Spørsmålet til informantane er om dei meiner at tilbodet er i samsvar med det samarbeidspartar forventar av tilbod frå sjukehuset.

Somatikk2: etter reforma hadde dette samarbeidet med kommunane blitt mykje bedre.

Somatikk5 : dette var viktig å få på plass for pasientane sin del. .

Somatikk3: har pasientar frå ulike avdelingar, diskusjonar om kva pasient som skal få tilbod.

Akuttavdeling og pasientane går vidare til andre avdelingar etter opphold hos oss, ikkje så aktuelt med samarbeid med kommunane.»

Somatikk1 : mi oppfatning er at vi driv godt, vi har godt omdømme. No jobbar vi for ikkje å bli meir sentralisert. Pårørande og kommunane er godt fornøgde med oss.

Somatikk 2 :samarbeider godt med kommunane, det får vi tilbakemeldingar på, vi er blant dei beste på dette området. Samarbeidet med kommune var innført før Samhandlingsreforma kom».

Psykiatri2: vi reiser ut og har prosjekt i kommunane som gjer at det vert forutsigbart for oss og kommunane. Vår jobb er å få pasientane ut i rett tid, har forståelse for dynamikken begge vegar.

Informantane gir uttrykk for at samarbeidsavtalen med kommunane er viktig å følge opp, både for pasientar, sjukehuset og kommunane. Dei fleste av informantane meinte at kommunane er godt fornøgde med tilbodet til dei ulike seksjonane.

4.3.4 Organisasjonskultur

Spørsmålet til informantane er utfordringar i organisasjonskulturen og arbeidsmiljøet i seksjonen

Somatikk2: siste året er vi trua av nedlegging heile tida, akutfunksjonen er forseslått tatt vekk, detet pregar arbeidsmiljøet og ein kjempeutfordring å navigere i, frustrasjon, ein les ting det vert aldri ro. Ulike ting kjem i avisas som vi ikkje er førebudd på, viktig at framtida vert avklart»

Somatikk3 :«blitt vanskelegare å vere leiar, fokus på New Public management», klientar, skal jobbe smartare og bedere. Truar min legitimitet. Kamp om pengar, kan dei tilsette stole på meg når eg legg planar, men ikkje klarer å sette det ut i livet på grunn av mangel på pengar. Opplevs demotiverande, dersom eg berre er opptatt av dette går eg til bånns, og er ikkje ein god leiar for mine tilsette. Vi snakker ikkje lenger om endringsprosessar, kvardagen er i endring heile tida, fire sjukehus er slått sammen og det verkar inn på kultur og arbeidsmiljø. Leiarar skiftar, dette verkar inn på kulturen.

Somatikk1 « vi snakkar ikkje om endringsprosessar lenger, kvardagen er i endring heile tida, dette spelar inn på kultur og miljø. Leiarar skiftar, vi må tilpasse oss til den kulturen vi ønsker, sjå opp og ned og finne eigen målsettingar og visjonar i eigen drift»

Somatikk 5: organisasjonsendringane som skjer no går veldig fort og gir lite rom for å tenke om ein har gjort dei rette vala. Har følelse av at ting er bestemt på førehand, då det er lagt eit løp med sterke føringar. Men en har også mulighet å bli hørt, vere tydeleg, stole på at dei høyrere oss og tek det til etterretning. Mykje med kva den øverste leiaren tenker og kva han meiner. Ein trend i tida med store klinikkear og einingar.

Somatikk4 : vi er skvisa med dårleg økonomi, har mange reperasjonar på hus, kvar skal vi ta pengane. Pasientgruppa meir krevande, tunge og krevjande pasientar. Måtte redusere fleire stillingar. Eg har ansvar for budsjettet , men eg har også ansvar for at personalet ikkje slit seg ut, Har redusert tilbodet til pasientane på grunn av at personalet sette høge krav til seg sjølv og vart utslitne .

Psykiatri2 : hatt godt arbeidsmiljø i mange år, det som kan tru dette er utryggheit i personalgruppa ved endringar, og at ting får utvikle seg i negativ retninga utan at eg får informasjon eller ikkje er obs på dette.

Mi tolking av dette er at strukturelle endringar gir store utfordringar, der ein er trua med nedleggingar eller redusering av tilbod. Det er ei utfordring å vere leiar når fundamentale endringar som angår alle som soknar til sjukhuset, tilsette og brukarar kan bli endra. Dette vil også verke inn på den einskilde seksjon slik informantane uttrykker.

4.4. Pragmatisk legitimitet og operativ leiing

Operativ leiing har som mål å gjennomføre det som er bestemt i institusjonelle, strategisk og taksisk leiing.

Leiarskapen bør vere nyttig (Amdam 2016)

Det å ha leiarar kostar, og difor må leiarskapen i organisasjonar kunne forsvare denne kostnaden i høve til den nytten leiarskapen tilfører organisasjonen. Kva som blir vurdert som nyttig, kan variere frå person til person, og frå situasjon til situasjon. Ofte er det slik at dei på golvet i ein organisasjonen, anten dei er lærarar, pleiarar eller maskinoperatørar, oppfattar administrasjonen og leiarskapen som kostbart og lite nyttig. Argumentasjonen deira er at det er den operative produksjonen som gir produkt og tenester, og som i sin tur gir inntekter. Difor meiner dei at talet på tilsette i administrasjon og leiing bør haldast på eit minimum, men nok til dei at tilsette der greier å legge til rette for at produksjonen skal vere mest muleg optimal (Amdam 2016 :3)..

4.4.1. Leiingsfunksjonar

Leiingsfunksjonane eg tidlegare har definert i oppgåva er administrasjon, leiing og leiarskap.

Spørsmålet som vart stilt til mellomleiarane kva dei trudde var nyttig av desse leiingsfunksjonane i høve til seg sjølv, medarbeidarar og overordna.

Psykiatri1 : eg skulle gjerne vore tettare på seksjonen, trur dei tilsette har forventningar om leiarskap og utvikling, men ikkje så mykje på administrasjon. Dei forventar også at et eg tek ansvar for det psyko-sosiale miljøet, men dette meiner eg er alle sitt ansvar. Tilsette har og forventning om kurs, »bli mata», minner dei om at også dei sjølve har ansvar for å oppdatere seg fagleg. Overordna forventar at eg har kontroll, held meg innafor budsjettet, mykje fokus på det og at det er fagleg forsvarleg. Rimeleg at dei forventar det.

Somatikk4 : eg brukar mest tid på administrasjon, synest sjølv det er mest nyttig å utvikle seksjonen, sjå framover. Veit ikkje kva underordna synest er nyttig. Overordna forventar at eg leverer på resultat, då er dei fornøgde.

Somatikk3 : *har dårleg samvittigheit at eg brukar mest tid på administrasjon. Skjønar betydning av leierskap gjernom utdanning og lang erfaring, lett å bruke al tid på adn\ministrarsjon om ein ikkje har bevisstheit omkring dette ned leiarskap. Det er ein uriasjob å vere mellomleiar. Vaktplanane må gå opp blir folk misfornøgde,mykje brannsløkking, slik blir det for lite tid til leiarskap, og motivasjonen kan bli trua «.*

Somatikk1 : *eg brukar mest tid på administrasjon, noko er nyttig,noko ikkje. Det handlar om å vere «limet» i avdelinga,få ting til å fungere.E-postar og rapportering er eit tidssluk. Ligg mykje på vent, rapportar som skal vidare oppover i systemet. Kritikkk får ein om ein ikkje klarar å halde budsjettet, for det klarar ein som regel ikkje.*

Somatikk5 *«brukar mest tid på administrasjon. Administrative ting vi gjer kan likegjærne vere gjort av andre , då kunne vi få meir tid til leiarskap.Ei utfordring at ein utviklar seg sjølv som leiar, at ein ikkje stagnerar og berre brukar tid på administrasjon».*

Psykiatri3 :*eg brukar 79% av tida på administrasjon, burde ha meir fokus på leiing og leiarskap, skulle ønske det var omvendt.Tilsette skulle ønske eg var meir tilgjengeleg i miljøet, og vere med på små og store beslutningar.*

Psykiatri2: *brukar mest tid på administrasjon,dagleg-drift-utfordringar.Mine tilsette ville nok at eg kune vere meir ein problemløysar i den daglege drifta.Dei overordna forventar at oppgåver vert delegert og at eg sjølv er styrande og seier nei.Men det er litt av skvisen som mellomleiar at ein kjenner på begge sine krav, over-og underordna.*

Somatikk1: *Som seksjonsleiar sitte vi midt i det med press ovanfrå og press nedanfrå, og eg trur vi må sjå på ledelse litt annaleis enn vi har gjort,- i helsevesenet skal ein vere alle plassar ,hjelp til i avdelinga, her og der, men det er viktig å sjå på ledelse som ledelse, ein kan ikkje vere alle plassar.Viktig at det blir ein profesjon, ein har fagfolk som skal yte det faglege og så skal leiar legge til rette,organisere og binde sammen.*

Alle dei 8 informantane sa at dei brukte mest tid på administrasjon, som er ulike rapporteringar, møteverksemd, innleige av personale, lønsarbeid, medarbeidersamtalar, oppfølging av sjukmelde dagleg drift. «Noko er nyttig ,noko ikkje» som ein av informantane sa det.Lesing av e-postar som er eit stort tidssluk, og rapportar skal til systemet lenger opp». Denne informanten hadde vore leiar i over 20

år og seier at byråkratiseringa har auka dei seinare åra, og han ser ikkje heilt nytta av alle arbeidsoppgåvene han får pålegg om å utføre.

Typisk vil en i helsevesenet finne faglige ledere fanget mellom ledelsens krav til kostnadsbesparing og innsats på spesielle områder og de profesjonelle ansattes krav om selvbestemmelse og faglige vurderinger av prioriteringer. Samtidig føler en presset fra stadig mer informerte og kunnskapsrike pasient- og brukergrupper. (Strand 2013:387).

I høve til pragmatisk legitimitet så tolkar eg dette slik at administrasjon er det som vert vurdert som mest nyttig av overordna, også av informantane sjølve. Bakgrunnen for dette tolka eg slik at dersom dei ikkje utførte desse oppgåvene ville både over- og underordna bli misnøgde. Informantane seier også oppfatta det slik at medarbeidarar ville at informantane skulle drive meir leiing, hjelpe dei med dagleg drift –utfordringar.

Mitt inntrykk er at informantane opererte i ein «balansegang» mellom dei tilsette sine forventningar om deltaking i det daglege, om å ordne opp og dei overordna sine krav om å halde budsjett, produsere og effektivisere.

Dette er då legitimitet som er basert på instrumentell logikk som er basert på nytte-kostnads-/kalkuering og fokus på teknisk og økonomisk effektiv produksjon av varer og tenester(Amdam 2005:218).

Ifølge Strand 2007, er det viktig i høve leiingsfunksjonen at leiar har innsikt og kompetanse for å produsere gode «varer og tenester», i dette tilfelle stimulere og ha kunnskap om å legge til rette for eit godt teneste-og behandlingstilbod til pasientane. Strand viser til «produksjon»,og i sjukehus handlar «produksjon» pasientbehandling, om å oppnå gode aktivitetstall, og oppfylle aktivitetsmål som vert etterspurt, kvalitetsindikatorar og andre krav. Ein kan også tenkje at for pasientane og pårørande vil god «produksjon» vere god pasientbehandling, og god kvalitet på tenestetilbodet .

4.4.2 Tilhøve til over-og underordna

Suchmann (1995) meinte at pragmatisk legitimitet handlar om at legitimitet vert oppfylt ved at For å oppnå legitimitet og vere nyttig i jobben som mellomleiar, er det ein viktig føresetnad at han har støtte og tillit frå over- og underordna .

Utgangspunktet for spørsmålet til informantane var korleis informantane opplevde dette , spesielt ved endringar.

Somatikk3:forventar meir av overordna.God støtte frå underordna.

Psykiatri1 ;skulle ønske at overordna var meir tilgjengeleg, vi har ikkje stedlig leiar og det er eit sagn. Har stabilt personale, ikkje den store motstanden, men må gå nokre runder ved implementering av nye ting i seksjonen.

Somatikk4 :veldig god støtte frå underordna. Overordna er ikkje ofte å sjå, og får mest kontakt når det er noko som ikkje fungerer, skulle ønske eg hadde overordna som var meir opptatt av kva vi gjer.

Somatikk5 : di nærare ein er eigen leiar dess lettare er det å ta dei gode beslutningane,både faglege spørsmål og andre. Opplever støtte frå leiarråd.

Somatikk1 :har nært forhold til under-og overordna, har tillit og fri til å ta avgjersler.

Psykitri3 : Viktig at vi har system og rutiner som går sjølv om eg ikkje er tilstades. Støtte frå overordna når eg treng det,og det er avgjerande at eg får støtte når eg treng det. men kunne ønske litt meir synlighet. Underordna gir alltid litt motstand når nye ting skal implementerast.Ulike forventningar over-og underordna, det er litt den skvisen , det heiter mellomleiar av ein grunn , at ein kjenner på begge sider sine krav.

Psykiatri2 :når eg treng støtte frå overordna er det avgjerande at eg får det,Kunne gjerne trengt meir synlegheit frå min leiar.

Psykiatri1 :etterlyste at overordna leiar som har sin tilholdsstad på eit anna sjukhus, var meir tilgjengeleg, det er eit sagn. Vi treng det, det skjer ting heile tida,vi treng å få tak i overordna fort, og det er ikkje så lett når ho har kontor på eit anna sjukehus.

Somatikk4 : skulle ønske at eg hadde ein leiar som hadde meir interesse. Overordna leiar skal svare ut ting og rapportere , men eg veit ikkje om han heilt veit kva som skjer her hos oss.

Somatikk2 : *ikkje har nok støtte frå overordna til å gjennomføre ønskelege endringar, også legegruppa er vanskeleg å få med seg på endringar.*

Somatikk1 : *har eit nært forhold til overordna som gjer at eg har tillit og fri til å ta avgjersler.*

Somatikk5 : *opplever støtte i leiarrådet , viktig at leiarane får dei fullmaktene dei treng, og at nokon tek beslutningar.*

Støtta frå overordna styrker legitimiteten til mellomleiaren, og gir mellomleiarane tryggleik og muligheit for å følge opp sine forpliktelsar.

Når det gjeld operativ leiing vil leiingsfunksjonen i hovudsak vere orientert mot produksjon,ifølge Strand (2007)krevst det innsikt av leiarane i det som skal leverast av tenester og varer.

4.2.3 Samarbeid med tillitsvalde

Suchmann (1995) viser til at for å oppnå pragmatisk legitimitet, handlar det om å involvere brukarane i beslutningar i organisasjonen.

I vårt samfunn står demokratiet sterkt i arbeidslivet, medbestemmelse og respekt og tryggleik er verdiar som er høgt verdsette, slik kan dette også ha betydning for den normative legitimiteten. Dette er også lovfesta gjennom Arbeidsmiljølova, forskrifter og ulike retningslinjer. Det er slik ei forventninga om at leiarar brukar desse verdiane i sitt daglege arbeid. Dette handlar om gode dialogar med tilsette og deira tillitsvalde i seksjonen, og har også betydning for den legale legitimiteten.

Ved spørsmål om korleis dei opplever samarbeidet med tillitsvalde for tilsette, svara dei slik;

Psykiatri2 : *samarbeid med tillitsvalde og verneombod er nyttig samarbeid, eg er arbeidsgivarrepresentant og dei representerer dei tilsette, der vil vere uenigheiter der ein må gi og ta, og det er med den holdninga er går inn i dette samarbeidet, men det er ikkje alltid gode møter, men dei er ei viktig stemme inn i drifta.*

Psykiatri1 seier :*det er eit godt samarbeid begge vegar, har ikkje faste møter, møtes ved behov.Han seier at det er ei utfordring når det gjeld organisasjonskultur og arbeidsmiljø, det som kan true*

samarbeidet er at ein ikkje går tidleg nok inn i sakene, utryggheit i personalgruppa ved endringar, ting kan utvikle seg i negativ retning, viktig å passe på.

Somatikk2 seier: *det er eit ope samarbeid. Vi er effektive, vi produserar, vi held oss innan budsjettet men det vert aldri bra nok, vi får aldri kreditt på at vi gjer det bra.*

Somatikk5 : *samarbeid med tillitsvalde og verneombod fungerer godt, er også eit samarbeidsråd i klinikken som fungerer fint på dette området. .*

Dette handlar om kommunikativ logikk som er ei kjelde til legitimitet ifølge Amdam (2005:218). Prosessen gjennom kommunikativ logikk må bidra til å gjere offentleg sektor meir demokratisk, rettferdig og human, og ikkje berre effektiv og resultatorientert. Dess meir avgjerdene er bygt gyldige argument og ikkje på særinteresser, makt og myter , dess meir vil dei også uttrykke allmenne interesser og slik vere gjenstand for akspetering (Eriksen 1993 i Amdam 2005).

Somatikk3 sa det slik: *samarbeid med tillitsvalde, det er lett å seie for ein leiar at den er god, eg var tidlegare tillitsvald og hadde store ambisjonar om å inkludere tillitsvalde, men mange innspel ovanfrå, til sida og nedanfrå gjer at det kan vere lett å gløyme å ta dei med i prosessen. Det er blitt vanskelegare å vere leiar fordi det er mykje fokus på sentralisering, fokus på New Public management, det trengs kompetanseheving, samtidige veit vi at det kostar, 80 million i underskot, så det vert ein kamp om pengar.*

Somatikk1 : *samarbeidet med tillitsvalde og verneombod fungerer godt, dei er tilknytt seksjonen og når ein kjenner kvarandre vert det ein lett veg å gå i samarbeidet.*

Psykiatri3 : *samarbeidet med tillitsvalde og verneombod fungerer godt, ikkje konflikter, berer småting, er ein god tone i samarbeidet.*

Alle informantane seier at samarbeid med verneombod og tillitsvalde har stor verdi, og Psykiatri3 sa det slik .. *vi får ikkje til noko om ikkje tillitsvalde er med i det som vert bestemt.*

Dette vil også vere nyttig for organisasjonen, dei tilsette og leiarane at det er eit godt «klima» og samarbeid i seksjonen som fører til at pasientar får god behandling, tilsette og leiarar kan trivast i arbeidet, og slik legge til rette for god pasientbehandling.

5.0 Oppsummering og konklusjon

Fleire reformer i sjukehusa dei siste 20 åra har ført til at mellomleiarane har fått eit større personleg ansvar for budsjett, aktivitet, resultat. Det har skjedd ei profesjonalisering av leiarfunksjonen, og mellomleiarane må forhalde seg både til den faglege «logikken» og «logikken» som kjem frå den nye styringsforma, New Public management.

Eg har i undersøkinga intervjuja åtte mellomleiarar i Helse Møre og Romsdal med bakgrunn i legitimitetsteori. Informantane seier at kvardagen som mellomleiar inneheld mykje rapportering, kontroll og fokus på økonomi og oppfølging av aktivitetsmål. Leiingsfunksjonen handlar på denne måten i stor grad om administrasjon. Leiing og leiarskap med oppfølging i seksjonen, fagleg utvikling og arbeid med visjonar kjem i bakgrunnen, og vert slik lite prioritert. Dette er ikkje fordi informantane meiner det ikkje er viktig, men på grunn av tidspress, endringar og omorganiseringar i helseføretaket som skapar lite forutsigbarheit. «Enhetlig ledelse» meiner dei fleste av informantane er bra for å få eit heilheitperspektiv på leiarfunksjonen, men det er stort «kontrollspenn» og vanskeleg å få tid til alt. Dei som har ansvar for fleire faggrupper opplever at dei er respekterte som leiarar av alle faggrupper.

«Legitimitetstrappa» syner «kor skoen trykker», og slik treng ein ekstra innsats på dei ulike trinna. Institusjonell leiing og legal legitimitet er viktig på alle trinna, som handlar om at leiinga må vere forankra juridisk. Normativ legitimitet og strategisk leiing har utfordringar når det gjeld demokratiske prosessar og gjere «det rette» etisk og moralsk sett. Kognitiv legitimitet og taktisk leiing handlar om at leiing er i tråd med organisasjonen sin misjon og kultur. Innføring av helseføretak, nye «logikkar», og profesjonalisering av leiarane er ei utfordring når det gjeld dette. Pragmatisk leiing og operativ leiing handlar om å sette det ut i livet som er bestemt av institusjonell, strategisk og taktisk leiing og fokuset vert på «produksjon», noko som i større grad enn tidlegare er forventa av leiarane, det er forventa at dei «leverer» på resultat.

Slik Amdam (2010) hevdar er det lett å bli sittande «fast» nederst i trappa, der produksjonen, rapportar og administrativt arbeid tek all tid. Undersøkinga viser også dette, at arbeid med visjonar og mål, leiing og «leiarskap» får minst prioritet.

Legimitimt leiarskap handlar mellom anna om å ha aksept, tillit og autoritet. Informantane seier at dei opplever at dette er tilfredsstillande innan eigen seksjon. Tilhøve til overordna er avhengig av at dei opplever at dei får støtte og er tilgjengeleg når informantane har behov for det. Dette er ikkje alltid tilfelle. Tilhøvet til underordna er slik informantane framstiller det i hovudsak godt og tillitsfullt. Informantane saknar opplæring og oppfølging som mellomleiarar, og fleire ynskjer støttedfunksjonar til hjelp i dagleg drift, eller avlastning på andre måtar til administrative oppgåver.

Mellomleiarar, pasientar, pårørande, tilsette, helseføretaket og samarbeidspartar i kommunane vil mest truleg ha nytte av at mellomleiarar får utnytte sitt potensiale på ein betre måte, og slik kan dette vere med på å styrke både den legale, normative, kognitive og pragmatiske legitimiteten, og mellomleiarane kan kome lenger opp i «legimitetstrappa». Dette er ikkje store endringar, men endringar som kan føre til at arbeidet kan bli meir påakta, legitimiteten styrka, og kvardagen betre for mellomleiarar i Helse Møre og Romsdal.

Å gjere meir forskning på mellomleiarar i sjukehus vil gi auka fokus på denne gruppa, og det kunne vore interessant med forskning i andre sjukehus eller føretak for å sjå om funna er generelle eller desse funna er spesifikke for Helse Møre og Romsdal. Det er eit auka fokus på mellomleiarane og deira sin funksjon i organisasjonar, ikkje berre i sjukehus, men også andre organisasjonar. Forsking kan slik vere med på å synleggjere sider ved mellomleiarfunksjonen som kan gi vere med på å gi ei positiv endring både for mellomleiararen og organisasjonen.

LITTERATURLISTE

- Amdam, R. (2015) *Systematisk offentlig innovasjonsarbeid*. Oslo: Forlag1 2015.
- Amdam, J. Veggeland, N. (2011) . *Teorier om samfunnstyring og planlegging*, Oslo : Universitetsforlaget .
- Amdam, R. (2005) *Planlegging som handling*. Oslo: Universitetsforlaget
- Amdam R. (2011) : *Kommuneplanleggingas institusjonelle legitimitet*.i Higdem U.m.fl.(red) 2011, *Plan ,region og politikk*. Oslo: Forlag1
- Amdam, R. (2016) *Legitim leiarskap* .Oslo: Stat og Styring (04/ 2016)
- Aase, T.H , Fossåskaret E. (2014) *Skapte virkeligheter* . Oslo: Universitetsforlaget.
- Befring, A.K. (2002) Lovkrav til ledelse i sykehus. Tidsskrift Norsk Lægeforening 2002; nr.16, 2002:122.
- Berg, O. (2005) *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikksutvikling det siste sekel*. Oslo: Tidsskiftets skriftserie. Den norske lægeforening .
- Berg, P.O.(1995), *Har ledelse noen betydning*, Hillebrandt og Johnsen, Ledelse « , København, Børsen Bøger
- Busch, T. (2004) *Fra altruisme til egoisme. Er den sosiale virkelighetskonstruksjonen av profesjonene i offentlig sektor i endring?* Trondheim: Høgskulen i Trøndelag
- Busch T. Ramstad L.S. (2004), *Modernisering av offentlig sektor: Endringsprosesser, legitimitet og løse koblinger*.Trondheim: Høgskulen i Sør Trøndelag .
- Busch T, Vanebo J.O. (2003) *Organisasjon og ledelse.Et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Busch,T. Johnsen,E. Klausen, K.K.Vanebo, J.O. (2015) *Modernisering av offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget .Busch, T.Johnsen, E.Vanebo ,J.O. (2006) *Endringsledelse i det offentlige*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Busch,T. (2014), *Akademisk skriving*, Bergen: Fagbokforlaget
- Byrkjeflot H. (1997) *Fra ledelse til management*.I ; Byrkjeflot H (red). *Fra styring til ledelse*. Bergen ; Fagbokforlaget .
- Christensen,T. Læg Reid,P.(2006) *Reformer og lederskap. Omstilling i den utøvende makt*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dysthe,O. Hertzberg, F. Hoel,T.L.(2001) *Skrive for å lære-skriving i høyrere utdanning*. Oslo : Abstract forlag

Jacobsen D.I. (2006) *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen : Fagbokforlaget

Døving E.,Stikholmen I.H.(2011) *Lederlegitimitet i revisjonsbransjen*. Oslo: MAGMA 1/2011 : 58-64.

Ekeland,T.-J. m.fl. (2004) *Psykologi for sosial og helsefag*. Oslo: Cappelen Akademiske.

Fog, J. (1997) *Med samtalen som utgangspunkt*, København: Akademisk forlag

Haaland, F.H., og Dale, F. (2005). *På randen av ledelse: En veiviser i førstegangsledelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hatch,M.J.(2001) *Organisasjonsteori – moderne,symbolske og postmoderne perspektiv*. Oslo: Abstract forlag

Hellevik O., *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*, Oslo : Unversitetsforlaget 2011

Holter H., Kalleberg R. (2012) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, Oslo: Universitetsforlaget

Hope, O. (2015) *Mellomlederen*, Oslo : Gyldendal Akademisk 2015Hennestad,B.W. Revang, Ø.

Strønen F. H. (2006) “*Endringsledelse og ledelsesendring*”, Oslo: Universitetsforlaget

Hope, O. (2010) *Essays on middle management responses to change initiatives*. Ph.D. thesis. Oslo: Norges handelshøyskole Hennestad, B.W. (2002), *Endringsledelse som implementering – sentrale utfordringer*, MAGMA, Årgang 5, nr.3, gjengitt i Hennestad, B.W. og Revang, Ø. (2004)Hennestad,

Høst,T. (2005) *Ledelse i helse-og sosialsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget .

B.W. og Revang, Ø. (2004/2005), *Master of Management Program – Endringsledelse – Artikkelsamling 2004/2005*, Oslo: Handelshøyskolen BI, Senter for lederutdanning Jacobsen, D.I. (2004), *Organisasjonsendringer og endringsledelse*, Bergen; FagbokforlagetJacobsen, D.I. og Johansen,T. E., Klausen, K.K. og Vanebo, J.O., red, *Modernisering av offentlig sektor*. 2. utg. Universitetsforlaget.

Jacobsen D.I, og Thorsvik J. (2013)*Hvordan organisasjoner fungerer.*, Fagbokforlaget,Bergen

Kvale S. ,Brinkmann S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Gyldendal Akademisk

Klausen, K.K. (2001). *Modernisering av offentlig sektor – bakgrunn og teoretisk ramme*. I Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K.K. og Vanebo, J.O.: *Modernisering av offentlig sector. New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Larsen, A.K. (2007). *En enklere metode*. Bergen : Fagbokforlaget.

Ladegård, G., Vabo S.I. (2011) *Ledelse,styring,og verdier*. Oslo: MAGMA 1/2011 s.23-31

LOV-1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten

LOV-2001-06-15-93 Lov om helseforetak

LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient-og brukerrettigheter

LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell

LOV-2005-06-17-62 Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern

Moe, T.O. (2006) *Ledelse til begjær eller besvær-om reformer, fag og ledelse i sykehus*. Trondheim: Norges teknisk- naturvitenskaplige institutt. Institutt for sosiologi og statvitenskap. Ph.d. avhandling.

Malterud ,K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning-en innføring* , Oslo: Universitetsforlaget 2013

Martinsen, Øyvind Lund (2005): *Lederskap – spiller det noen rolle?* Forskningsrapport, 5/2005, Handelshøyskolen BI Institutt for ledelse og organisasjon, Oslo, Nordberg Hurtigtrykk. Martinsen ,Ø.L.(2009) *Perspektiver på ledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Martinussen W. (2001) *Samfunnsliv. Innføring i sosiologisk tenkemåte*. Oslo: Universitetsforlaget

Nordstrand L. B. (2015) *Multifaglig ledelse- hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reformer*. Bergen: Avhandling for graden ph.d.. Universitetet i Bergen.

Norges offentlige utredninger (1997) *Pasienten først*. NOU 1997:2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykking .

Sanner, Tore . (2014) *Om ledelse i staten* .Oslo: Kommunal og moderniseringsminister i Topplederkonferanse i Staten. 6.11.2014.

Strand, T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*., Bergen: Fagbokforlaget

Solstad, E. (2009) , *Fusjoner i offentlig sektor*, Oslo: Magma. Econas tidsskrift for økonomi og ledelse 7/2009.

Sørhaug, T. (2004) *Managementaltet og autoritetens forvandling, Ledelse i en kunnskapsøkonomi, Oslo: Fagbokforlaget ..*

Torjesen, D.O. (2008) *Foretak, management og medikrati*. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetenesten,. Bergen: Universitetet i Bergen.

Røvik, K. A. (1998), *Moderne organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget

Christensen og Daugard 2001

Osterman, P.(2008): *The Truth about Middle Managers*. Who they are, how They Work, Why they matter. Boston, Harvard Business Press

Vanebo, J. O. (2005). *Omforming av offentlig sektor – kart og landskap i endring*. I: Busch,

Yukl, G. (2005). *Leadership in organizations*. 6.utg. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Scott R.W. *Institutions and Organizations*. (1995) Thousand Oaks, California: Sage Publications.

- Scott R.W (1998) *Organizations:Rational, Natural and opne systems*. Upper Saddle River,New Jersey:Prentice Hall: (5,6):101-148.
- Scott,R.W. (1995) *Institutions and organizations* . Thousand Oaks: Sage Publications
- Suchmann M.C. (1995) *Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches*. University of
- Thorsvik, J. (2002), *Hvordan organisasjoner fungerer – Innføring i organisasjon og ledelse*, 2. utgave, Fagbokforlaget, Bergen
- Jacobsen D.I.(2006) *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen : Fagbokforlaget
- Wisconsin-Madison. Vol.20.No.3.571-610.
- Skjold M.J. (2009) *Mellom profesjon og reform* , Oslo: Handelshøgskulen BI, institutt for ledelse og organisasjon .
- Weber M. (1971) *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal forlag.

Vedlegg: 1

Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt

Helsevesenet og sjukehusa i Norge har vore gjennom store omstillingar dei siste ti-åra. Ikkje minst sjukehusreforma som vart innført i 2001, og med dette oppretting av helseføretak har ført til endringar innan m.a. organisering og leiarskap.

Eg er masterstudent i Samfunnsplanlegging og leiing ved Høgskulen i Volda, og er igong med masteroppgåva som handlar om leiarskap.

Mitt utgangspunkt i oppgåva er at mellomleiarar har særskilde utfordringar på bakgrunn av den «mellomstillinga» dei står i, og eg er difor særskilt interessert i korleis mellomleiarane opplever denne funksjonen, og kva faktorar leiarane meiner har innverknad på utøving av leiing, sett utifrå eigen ståstad.

Eg ynskjer vidare å sjå nærare på kva lærdom vi kan trekke ut av dette.

Spørsmåla vil dreie seg om dine erfaringar og synspunkt knytt til din leiingsfunksjon.

Det er ønskeleg å intervjuje 8-10 mellomleiarar i Helse Møre og Romsdal.

Intervjuet tek ca 45 minutt, og vil bli tatt opp på band. Banda vert sletta etter transkribering. Det er berre underteikna som har tilgong til råmaterialet i studien.

All innsamla informasjon vil bli konfidensielt behandla. Planen er å levere oppgåva desember 2016, og då vert data fra prosjektet arkivert i anonymisert form og lydopptaka vert sletta.

I oppgåva vil det ikkje bli opplyst om kva sjukehus/institusjon i Helse Møre og Romsdal den einskilde leiar er tilsett.

Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitskapleg datatjeneste.

Det er frivillig å delta og du kan når som helst uten begrunning trekke deg frå undersøkelsen.

Trenger du meir informasjon ta kontakt på epost: aud57@outlook.com. Tlf.mobil 97573568

Min rettleiar ved Høgskulen i Volda er professor Roar Amdam.

Med venleg helsing
Aud Solheim

Samtykke til deltaking i studien

Eg har motteke informasjon om studien, og er villeg til å delta

.....

Vedlegg: 2

Intervjuguide

Semistrukturert intervju – 6-8 leiarar i Helse Møre og Romsdal

Problemstilling

Korleis påverkar leiingsfunksjonen i sjukehus mellomleiarans legitimitet

Forskingsspørsmål

1. Kva faktorar påverkar legitimiteten til mellomleiarar (teoretisk)
2. Korleis påverkar leiingsfunksjonen i Helse Møre og Romsdal mellomleiarans legitimitet (empirisk)

Ståstad/bakgrunn

1. Fagleg bakgrunn,
 - anna utdanning, evt. leiarutdanning,
 - motivasjon for å bli leiar,
 - leiaransvar for x tal personar,
 - kor mange år som leiar

Har din

- faglege bakgrunn konsekvensar for don leiarfunksjon
- personelege eigenskapar
- alder
- kjønn

Kognitiv legitimitet og taktisk leiing

2. Finst der i din seksjon/avdeling interessekonflikter , m.o.t. fordeling av ressursar, fordeling av arbeidsoppgåver i din seksjon,t.d. ulike fagforbund. Korleis handterar du dette?
3. Erfaring/synspunkt på «enhetlig ledelse»,dvs å vere fagleg,-personal og administrativ ansvarleg for alle tilsette. Skapar dette noko form for vanskar i di utøving av leiing ?
4. Er ditt synspunkt at din seksjon/avdeling driv i tråd med samarbeidspartnarar sine oppfatningar av tenestetilbodet?
5. Kva er di oppfatninga av samarbeid med tilsette/tillitsvalde/verneombod i din seksjon/avdeling
6. Kva er utfordringane når det gjeld organisasjonskultur og arbeidsmiljøet i din seksjon/avdeling
7. Delegering – kva betyr dette omgrepet for deg og dine tilsette?

Regulativ legitimitet og institusjonell leiing

8. Kva ansvar har du som leiar for å halde budsjett, mål for eininga og aktivitet for eininga du er leiar for?
 - Kva konsekvensar har dette for deg som leiar? (input-legitimitet)
9. Beslutning og iverksetting av endringar – er dette i samråd med lover og reglar slik du ser det?
10. Kan endringar i din seksjon /avdeling kome som eit resultat av initiativ frå deg, medarbeidarar eller er dette beslutningar tatt på eit høgare nivå? (styring ovanfrå-nedanfrå)

11. I samband med å ta initiativ til og implementering av endringar, opplever du støtte og tillit frå overordna/underordna?
12. Kvalitetsindikatorane er ein måte å måle aktivitet og kvalitetet på tenestene, fungerer desse som måleparameter i din seksjon/avdeling? Kva konsekvensar har dette for deg som leiar?
13. I kor stor grad er auka kvalitet og betre tenestetilbod eit mål for deg som leiar?
14. Har du den makt/autoritet du opplever at du treng som leiar for din seksjon/avdeling, evt. kvifor ikkje?

Normativ legitimitet og strategisk leiing

1. Er det semje om visjonar for utvikling av di avdeling/seksjon, har det evt vore konflikhtar i samband med dette? Kva konsekvensar har dette for deg som leiar?
2. Er det krav om resultat/produktivitet/inn sparing i din seksjon og er dette akseptert av dei tilsette?
3. Er brukarane/pasient/pårørande er dei involvert i det som skjer i seksjonen/avdelinga? (dialog-demokratiske prosessar)

Pragmatisk legitimitet og operativ leiing

1. God pasientbehandling er dette eit omgrep som vert nytta i det daglege arbeidet, og som er utgangspunkt for deg som leiar i den seksjon/avdeling. Evt kvifor ikkje? (output-outcome)
2. Kva brukar du mest tid på; (Definisjon frå helse-og omsorgsdepartementet, NOU 1997-...)
administrasjon -oppfølging av prosedyrer, budsjett,rapportar etc
leiing – sette mål for verksemda, ,ta beslutningar ,dagleg oppfølging.vere tett på
leiarskap - utvikling av visjonar og strategi for verksemda
3. Kva for av desse oppgåvene vurderer *du, dine tillsette og dine overordna* som mest nyttig arbeid?

VEDLEGG : 3

Roar Amdam

Avdeling for samfunnsfag og historie Høgskulen i Volda

Postboks 500

6101 VOLDA

Vår dato: 14.07.2016 Vår ref: 48952 / 3 / HJP Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.06.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18

Vedlegg: Prosjektvurdering

48952 *Legitimt leiarskap*

Behandlingsansvarlig Høgskulen i Volda, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Roar Amdam

Student Aud Solheim

Katrine Utaaker Segadal

Hanne Johansen-Pekovic

Vedlegg : 3

Kopi: Aud Solheim aud57@outlook.com

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48952

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskulen i Volda sine interne rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 15.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Det gjøres

ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak