



Fakultet for biovitenskap, fiskeri og økonomi - Handelshøgskolen

Turnover blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten

En casestudie i UNN om hvorfor mellomledere i spesialisthelsetjenesten slutter som ledere

Maria Renée Wølner

Masteroppgave i ledelse - erfaringsbasert BED 3906 mai 2021



UNN Tromsø



UNN Harstad



UNN Narvik

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Konteksten.....	4
2.1	Organisatoriske komponenter og lederhierarki i UNN.....	4
2.2	Spesialisthelsetjenesten i Norge: -et hurtigtog gjennom historien	7
3	Menneskene.....	10
3.1	Medarbeideren i spesialisthelsetjenesten: -en kunnskapsarbeider.....	10
3.1.1	Krav og forventninger	11
3.1.2	Kjennetegn på- og motivasjonsfaktorer for kunnskapsarbeidere.....	11
3.2	Mellomlederen i spesialisthelsetjenesten.....	12
4	Utfordringer og muligheter	15
4.1	Handlingsrom og jobbautonomi	15
4.2	Jobbkraft og jobbstress.....	16
4.3	Krysspress.....	19
4.4	Støtte og motivasjon	19
4.5	Teorioppsummering.....	21
5	Metode.....	23
5.1	Forskningsdesign	23
5.1.1	Utforskende casestudie.....	23
5.2	Problemstilling og metodevalg.....	24
5.2.1	Datainnsamling.....	24
5.2.2	Det kvalitative intervjuet.....	25
5.2.3	Inklusjonskriterier og utvelgelse av informanter	29
5.2.4	Utvalget	31
5.2.5	Reliabilitet og validitet	33
5.2.6	Etiske overveielser	34
5.3	Analyse	35

6	Funn og forståelse	37
6.1	Hvorfor mellomledere i spesialisthelsetjenesten slutter som ledere.....	37
6.1.1	Jobbkraft/jobbstress	38
6.1.2	Håndtering av jobbkraft og jobbstress	47
6.1.3	Mangel på støtte	48
6.1.4	Karriereskifte.....	51
6.1.5	Andre årsaker	51
6.2	Hva mellomlederne mener må til for å forebygge turnover blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten.....	54
6.2.1	Praktisk, administrativ støtte	54
6.2.2	Emosjonell støtte	55
6.2.3	Organisatorisk støtte.....	57
7	Dataanalyse sett i lys av teori.....	58
7.1	Handlingsrom og krysspress.....	59
7.2	Intensjon og motivasjon.....	61
7.3	Jobbkraft og støtte.....	62
7.4	Kontekstens betydning	64
8	Oppsummering og veien videre	66
	Referanser.....	69
	Vedlegg	73

Tabelliste

Tabell 1	Teoretisk oppsummering av årsaker til turnover, mellomlederutfordringer og forebyggende faktorer	22
Tabell 2	Opplysninger om utvalget.....	32
Tabell 3	Årsaker til at utvalget sluttet som mellomledere	38

Figurliste

Figur 1 Organisasjonens seks komponenter (Mintzberg, 1989, side 99).....	5
Figur 2 Hierarkisk nivå plassering av ledere i UNN ut fra Mintzbergs (1989) og Hopes (2015) teori.....	6
Figur 3 Oversikt over hvilke spørreteknikker jeg brukte under intervjuene. Fritt etter Kvale og Brinkmanns redegjørelse for ulike typer intervju spørsmål (Kvale og Brinkmann (2009), side 147-148.....	27
Figur 4 Fritt etter Kvale og Brinkmanns liste over kvalifikasjonskriterier for intervjuer (Kvaale og Brinkmann, 2009) side 177-178	29
Figur 5 Kategorisering av data i dataanalysen	36
Figur 6 1.ledd: Kjente, teoretiske utfordringer. 2.ledd: Direkte og indirekte årsaker til at informantene sluttet. 3.ledd: Spesifisering av årsaker. Fargekodene knytter områdene sammen på tvers av organisatoriske og individuelle forhold.....	59
Figur 7 Anbefalinger for rekruttering og oppfølging av mellomledere i UNN	68

Forord

Tre hektiske år som student nærmer seg slutten. En evighet og et øyeblikk på samme tid. Jeg har lært enormt mye både om meg selv og om ledelse som fag. UIT har gitt oss inspirerende foredragsholdere og et godt undervisningsopplegg. I tillegg til studentlivet skjer selve livet, og jeg tar med meg hver eneste lille og store erfaring videre som menneske og som fremtidig leder.

Som tidligere mellomleder i UNN har jeg erfart lederrollen på godt og vondt. Jeg håper at forskningen min kan være til hjelp både for organisasjonen og menneskene i den. For egen del vet jeg at kunnskapsgrunnet og forutsetningene for ledelse er styrket.

Jeg ønsker først og fremst å rette en stor takk til hver og en av dere som stilte opp som informanter. Jeg er dypt takknemlig for at dere har vist meg tilliten og delt åpenhjertig av deres erfaringer. Dere har imponert meg med gode refleksjoner, selvinnsikt, organisasjonsforståelse og masse humor under intervjuene. Jeg har blitt beveget, begeistret, inspirert, alterert, tankefull og ikke minst motivert. UNN har mistet dyktige ledere i dere.

Takk til seniorrådgiver Berit Antonsen ved personalavdelingen for gode samtaler, refleksjoner og tips allerede da forskningstemaet var på planleggingsstadiet, og takk for at du innhentet tall på turnover blant mellomledere i UNN. Takk også til kommunikasjonsavdelingen og nåværende ledere i UNN for at dere formidlet invitasjon til deltakelse i studien til tidligere ledere. Takk til min seksjonsleder Kirsten Jørgensen som har støttet, tilrettelagt og stilt opp i pilotintervju. Takk til min enhetsleder Tove Svee som har sørget for at jobbturusen min ble forenelig med studentlivet. Takk til kolleger for interessen og støtten dere viser. Takk til mamma som har gått tur med hunden i all slags vær slik at jeg kunne studere og forske. Takk til mine barn som alltid heier på mammaen sin. Jeg vet dere har gledet dere enormt til at jeg får bedre tid igjen. Takk til venner som drar meg ut av bobla innimellom.

Sist, men ikke minst, ønsker jeg å takke veileder Hilde Nordahl Pedersen for kyndig veiledning under hele prosessen. Du har gitt meg mange konstruktive tilbakemeldinger og råd.

Sammendrag

Bakgrunnen for studien er et ønske om å øke kunnskapen om hvilke årsaker som ligger til grunn for frivillig turnover blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten, og hva som kan gjøres for å forebygge dette. Det finnes lite dybdekunnskap om fenomenet, og studien har en åpen tilnærming til mulige årsaksforhold. Den teoretiske redegjørelsen belyser ytre og indre rammebetingelser, hva som kjennetegner mellomledere i spesialisthelsetjenesten og kjente mellomlederutfordringer. Forskningsspørsmålene jeg har brukt er: 1) Hvilke faktorer har hatt betydning for turnover blant tidligere mellomledere i UNN? Og 2) Hva mener mellomlederne må til for å redusere turnover av mellomledere i spesialisthelsetjenesten?

Forskningen er gjennomført som en casestudie ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Datamaterialet er bygget på semistrukturerte intervjuer av 8 tidligere mellomledere i UNN. Funnene viser at det er tre hovedårsaker til turnover: for stor arbeidsbelastning, mangel på støtte og karriereskifte. De mest sentrale tiltakene for å forebygge turnover handler om tilgang til støtte. Alle ønsket seg en større grad av praktisk administrativ støtte og ulike former for organisatorisk støtte. Noen hadde også et ønske om individuell støtte, spesielt i startfasen som mellomleder. Datafunnene viser også at faglig rolleidentitet og intensjonen med å gå inn i lederrollen henger sammen med frivillig turnover. I konklusjonen tilbys en anbefaling for rekruttering og oppfølging av mellomledere for å forebygge frivillig turnover av denne gruppen.

1 Innledning

Tall fra personalavdelingen viser at 32,7 % mellomledere sluttet som ledere ved Universitetssykehuset Nord-Norge i perioden september 2018- august 2019. Til sammenligning slutter 8% sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre i spesialisthelsetjenesten i løpet av et år (Riksrevisjonen, 2020). Jeg vil i det videre referere til dette fenomenet som *turnover*. Mikkelsen og Laudal (2016) forklarer turnover som et «uttrykk for hvor mange som slutter i en organisasjon i løpet av en tolv månedersperiode, frivillig eller som et resultat av oppsigelser» (Mikkelsen og Laudal, 2016, side 560). Turnover kan ha ulike årsaker og sees på ulike måter. Veldig lav turnover kan føre til at en organisasjon stagnerer, men for høy turnover kan føre til ustabilitet (Mikkelsen, 2016). Mitt fokus er på frivillig turnover blant mellomledere som slutter som *ledere* i UNN, uten at de nødvendigvis forlater organisasjonen.

Internasjonalt er høy turnover blant sykehusledere ansett som et problem, da det kan ha en rekke negative konsekvenser. Oppfølging og gjennomføring av forbedringsarbeid blir skadelidende når kontinuiteten i lederteamene svekkes, noe som får negative følger for kvaliteten på pasienttilbudet (Duffield, Roche, Blay, Thoms og Stasa, 2011, Scott, 2002). Videre er det ressurskrevende for en organisasjon å rekruttere og integrere nye ledere, og en stadig utskifting av ledere kan føre til organisatorisk usikkerhet og ustabilitet (Lin, Scott og Matta, 2019). I «Lederundersøkelsen 3-0» i 2011, mente norske ledere at manglende kontinuitet i ledelsen var den endringsfaktoren som i størst grad preget virksomheten negativt de siste 12 månedene (Solberg, Karlsen og Skjevdal, 2013). Organisatorisk usikkerhet og ustabilitet kan gjøre at moral og motivasjon blant ansatte blir dårligere, og Duffield mfl (2011) og Scott (2002) peker på at hyppige lederskifter også fører til høyere turnover blant ansatte.

Hippe og Trygstad (2012) spurte 3500 ledere på norske sykehus hvor sannsynlig det var at de kom til å fortsette i nåværende lederjobb de neste fem årene. Over en tredel svarte at det var helt uaktuelt eller at de mest sannsynlig ikke kom til å fortsette i nåværende lederjobb. I tall betyr dette at nær fire av ti (eller 1500) sykehusledere slutter i løpet av en femårsperiode (Hippe og Trygstad, 2012). Satt sammen med naturlig avgang gjennom pensjon vil det utgjøre 2000 sykehusledere (Hippe og Trygstad, 2012). Dette skaper et betydelig rekrutteringsbehov.

Høy turnover blant sykehusledere er kostbart og krevende på flere områder, men hva kan årsakene være til at sykehusledere slutter? Hippe og Trygstad (2012) fant ingen signifikante forskjeller på kjønn, geografisk tilhørighet eller hvor mange de hadde personalansvar for blant lederne som ville slutte. Det var noen flere toppledere (70%) enn seksjons- og enhetsledere (63 % for begge nivå) som trodde at de kom til å være i samme jobb om fem år. Da de sammenlignet svar på ulike områder i spørreundersøkelsen, fant de at ledere som opplevde for lite handlingsrom var de som oftest svarte at de ikke kom til å være i samme jobb om fem år. Yngre ledere opp til 34 år svarte også oftere negativt på hvorvidt de kom til å være i samme jobb i et femårsperspektiv. Undersøkelsen tilbyr ingen utdyping av aldersfaktoren. Vi vet heller ikke hvor mange ledere som faktisk sluttet av de som antydte det. Videre forteller ikke undersøkelsen noe mer om årsakene til at sykehusledere slutter, annet enn at det er funnet en sammenheng mellom alder og begrenset handlingsrom og frivillig turnover.

For å kunne utforske mulige årsaksforhold er det viktig med en forståelse av fenomenets kontekstuelle kjennetegn fordi det sier noe om lederens forutsetninger for å utøve ledelse. Spesialisthelsetjenestens organisasjonsstruktur har mange likhetstrekk med Mintzbergs (1989) definisjon av «den profesjonelle organisasjon». Jeg vil derfor benytte Mintzbergs teori i min redegjørelse av konteksten (Kapittel 2.1).

Organisering og drift av spesialisthelsetjenesten har gjennomgått mange og store endringer siden de første sykehusene i Norge ble bygget tidlig på 1800-tallet. Eierskifter, reformer, innføring av nye styringsprinsipper, omorganisering og skifte av ledelsesstruktur er noen faktorer som har endret premissene for sykehusledelse (Kapittel 2.2).

Den typiske norske sykehuslederen er rekruttert internt og har i gjennomsnitt jobbet i helsevesenet i 24 år før de ble ledere (Johansen, 2009). Overgangen fra fagperson til leder kan beskrives som et identitetsskifte, og mange ledere opplever en indre motstand mot å løsrive seg fra fagidentiteten (Haaland og Dale, 2005). Noe som kompliserer overgangen ytterligere, er at mange førstegangsledere har urealistiske forventninger til lederrollen (Haaland og Dale, 2005). I kapittel 3 redegjør jeg for kjennetegn på mellomlederen i spesialisthelsetjenesten og de som skal ledes.

Duffield mfl (2011) sier at forskningsfunn viser at alder, kjønn, utdanning, samt mangel på økonomisk godtgjørelse og karriereutviklingsmuligheter er faktorer som bidrar til høy turnover blant sykehusledere. De påpeker imidlertid at vi mangler dybdestudier av fenomenet.

Gammelsæter (2011) mener at vi må studere kontekstene der lederskiftene finner sted for å styrke kunnskapen på området, noe som krever dybdekunnskap. Internt i UNN er det ikke gjennomført undersøkelser på *hvorfor* mellomledere slutter, og jeg har heller ikke klart å finne tilsvarende forskning nasjonalt. Det kan altså synes som at det finnes et forskningsvakuum innenfor årsaker til turnover blant sykehusledere. Dette undrer meg ettersom vi kjenner til mange av de negative konsekvensene dette kan medføre.

Jeg tror at årsakene til høy turnover kan være mange, varierte og komplekse og påvirkes både av individuelle og organisatoriske forhold (Kapittel 2 og 3). Det finnes også litteratur på hva som kan oppleves som krevende med å være mellomleder (Kapittel 4). Dersom vi som organisasjon skal kunne forebygge høy turnover blant ledere i UNN, må vi ha dybdekunnskap om aktuelle årsaksforhold. Gjennom kunnskapsutvikling kan forbedringstiltak iverksettes. Jeg har derfor kommet frem til følgende problemstilling:

Hvorfor slutter mellomledere med klinisk profesjonsbakgrunn som ledere i spesialisthelsetjenesten, og hva kan gjøres for å forebygge turnover?

For å finne svar på problemstillingen har jeg følgende forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål 1: Hvilke faktorer har hatt betydning for turnover blant tidligere mellomledere i UNN?

Bak dette forskningsspørsmålet søker jeg dybdekunnskap både om generelle krav og hva som oppleves belastende for mellomlederne. Dersom det var områder som opplevdes særlig krevende, ønsker jeg å finne ut hvordan dette påvirket dem, og hvorvidt dette hadde betydning for beslutningen om å slutte. Jeg ønsker også å finne ut om det var forhold som modifiserte opplevelsen av krav ved å studere hva mellomlederne opplevde som givende og motiverende. Videre ønsker jeg å utvikle kunnskap om hvilke håndteringsmekanismer de hadde for å redusere eventuelle negative konsekvenser av krav, og hvor/hvordan de hentet hjelp og støtte.

Forskningsspørsmål 2: Hva mener mellomlederne må til for å redusere turnover av mellomledere i spesialisthelsetjenesten?

Intensjonen bak dette forskningsspørsmålet er både å finne ut hva som skulle til for at mellomlederne ble værende i lederjobben, og hvorvidt de har forslag til tiltak som kan redusere turnover i spesialisthelsetjenesten på generelt grunnlag. Årsaken til denne to-delte tilnærmingen er en antagelse om at informantene har tilegnet seg kunnskap om

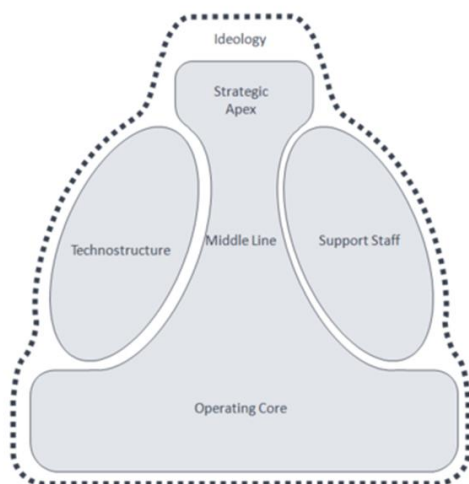
organisatoriske og menneskelige forhold som påvirker utøvelsen av lederskap i UNN, og at de derfor har et solid erfaringsgrunnlag for å kunne uttale seg på vegne av andre.

2 Konteksten

Organisasjonsteoretisk er sykehusenes struktur, kontekst og strategi i stor grad sammenfallende med Mintzbergs beskrivelse av «Den profesjonelle organisasjonen». I denne typen organisasjon vil hovedtyngden av arbeidskraften bestå av selvstendige, spesialiserte fagprofesjoner innenfor ulike felt (Mintzberg, 1989). Konteksten i den profesjonelle organisasjonen beskrives av Mintzberg (1989) som kompleks, men stabil og med et enkelt teknisk system og ofte med servicefunksjoner tilknyttet organisasjonen. De mange ulike fagområdene, behandlingstilbudene, samhandling på tvers av fagområder og spredt geografisk beliggenhet, gjør at kompleksiteten ansees å være høy i spesialisthelsetjenesten. Kompleksiteten innenfor denne typen organisasjon ligger også i selve utførelsen av arbeidet, som krever avansert, spesialisert kompetanse utviklet gjennom formell og praktisk utdanning. Når arbeidet først er lært, vil de profesjonelle medarbeiderne i stor grad administrere sitt eget arbeid og prosedyrer kan standardiseres, noe som kjennetegner den profesjonelle organisasjonen (Mintzberg, 1989).

2.1 Organisatoriske komponenter og lederhierarki i UNN

Mintzberg (1989) beskriver seks grunnleggende komponenter som i større eller mindre grad er til stede i en organisasjon: et strategisk toppunkt (Strategic Apex), en midtlinje (Middle Line), en operativ kjerne (Operating Core), tekno-struktur (Technostructure), støttefunksjoner (Support Staff) og en ideologi som binder sammen de øvrige komponentene (figur 1).



Figur 1 Organisasjonens seks komponenter (Mintzberg, 1989, side 99)

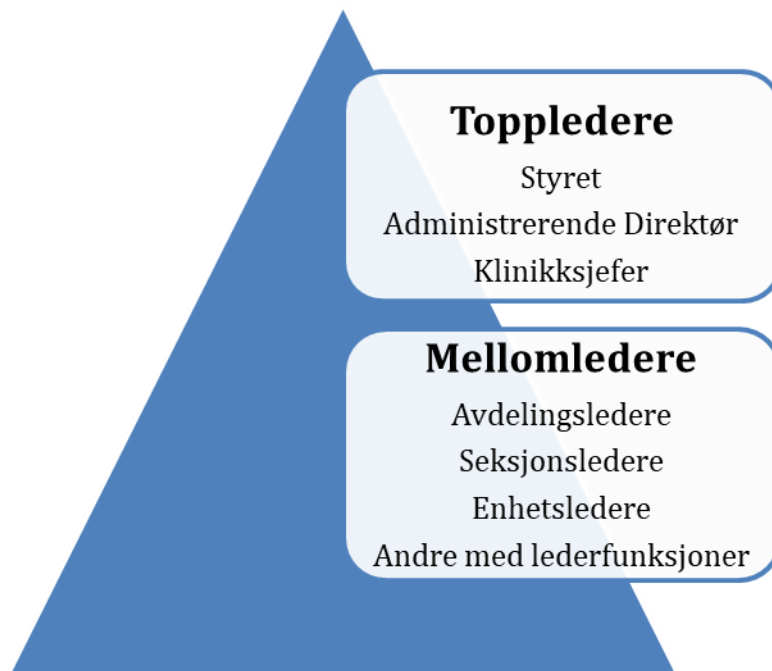
Det strategiske toppunktets størrelse er avhengig av hvor stor og kompleks organisasjonen er, og kan derfor ha flere nivåer (Mintzberg, 1989). Toppledelsen formulerer organisasjonens visjon, peker ut strategisk retning, definerer mål og har det øverste administrative ansvaret. I UNN er det UNN-styret og Administrerende Direktør som representerer det strategiske toppunktet.

I den profesjonelle organisasjonen plasserer Mintzberg (1989) alle ledernivå under toppledelsen i «midtlinsen» (The Middle Line). *Midtlinjens* størrelse vil også avhenge av organisasjonsstørrelse og kompleksitet, og er bindeleddet mellom toppledelse og den operative kjerne. I UNN eksisterer det fem formelle ledernivåer underlagt styret, men ikke alle fagområdene har alle nivåene. Enkelte avdelinger har eksempelvis ikke enhetsnivå under seksjonsnivå. Dette betyr at noen seksjonsledere vil være laveste ledernivå i UNN. I tillegg har noen seksjoner og enheter ansatt assistenter som har en lederfunksjon i tillegg til klinisk arbeid. Disse inngår ikke i den formelle lederstrukturen, men er ofte stedfortreder for sin leder og er deltagende i administrativt arbeid. Midtlinjens oppgaver vil omhandle informasjonsformidling, samt tilrettelegging for- og kontroll av kjernevirksomhet.

I norsk ledelseslitteratur oversettes ofte Mintzbergs «middle line» med «mellomledelse», men hvordan mellomledelse defineres varierer i litteraturen. Hvilke ledernivåer under toppledelsen som tilhører mellomledelsen er derfor et definisjonsspørsmål. Noen vil plassere mellomleder i nivået mellom andre ledere, altså at de er ledet av noen med mer myndighet og leder andre ledere med mindre myndighet (Jacobsen, 2019). Hope (2015) har definert mellomledere ut fra hierarkisk plassering og funksjon:

«En mellomleder er enhver leder som befinner seg to nivåer under toppsjef og et nivå over arbeidere/førstelinjemedarbeidere, som binder sammen virksomhetens strategiske og operative nivå, og som har ansvar for minst en del av virksomhetens forretningsprosesser, men ikke forretningsprosessene som et hele» (Hope, 2015, s.22)

Hope (2015) sier videre at mellomledere kan 1) lede førstelinjemedarbeiderne (enhetsledere og seksjonsledere der dette er første ledernivå i UNN), 2) lede mellomledere og selv være ledet av mellomledere (seksjonsledere) eller 3) lede mellomledere og selv ledes av medlemmer av toppledelsen (avdelingsledere). Klinikksjefene en del av direktørens lederteam, og har stor innflytelse i beslutningsprosesser. Ut fra Hope (2015) sin definisjon, vil jeg derfor plassere klinikksjefene i UNN innenfor det strategiske toppunktet i Mintzbergs teoretisk modell. Alle ledernivå under vil jeg plassere i midtlinjen/mellomledelsen (figur 2).



Figur 2 Hierarkisk nivåplassering av ledere i UNN ut fra Mintzbergs (1989) og Hopes (2015) teori

Den operative kjerne er de ansatte som står for organisasjonens produksjon eller verdiskaping (Mintzberg, 1989). Realiseringen av organisasjonens formål er fullt og helt avhengig av de som ivaretar kjernevirksomheten. I spesialisthelsetjenesten vil majoriteten av de ansatte ved et sykehus være utdannet innenfor ulike kliniske grener og har ulik grad av spesialisering innenfor sitt fagområde. Ansatte i spesialisthelsetjenesten kjennetegnes ved at de er høyt utdannede og spesialisert innenfor ulike fagområder. Den operative kjerne har kunnskapen, og

derfor tillatelse, til å ta selvstendige, faglige beslutninger innenfor sine respektive ansvarsområder og fagfelt. I den operative kjerne vil det være ulike nivå av faglig beslutningsmyndighet grunnet ulik grad av ekspertise og posisjonering. Dette kaller Mintzberg (1989) for profesjonsbyråkratiet. Fellestrekket er at alle nivå har en høy grad av autonomi innenfor sitt felt. Ledelse av autonome medarbeidere kan føre til utfordringer fordi de har en stor grad av selvstyring i kraft av sin profesjonskunnskap (Mintzberg, 1989).

Ansatte innenfor *teknostrukturen* består ofte av analytikere som ikke er direkte involvert i kjernevirksomheten, men påvirker denne eksempelvis gjennom utforming av planer, resultatmåling, kvalitetskontroll og kvalitetsforbedring. Større organisasjoner er avhengig av disse for at kjernevirksomheten skal fungere. I UNN er Kvalitets- og forskningsavdelingen og personalavdelingen eksempler på teknostrukturer.

Støttefunksjonene er helt nødvendig for at den operative kjerne skal kunne utføre sitt arbeide og at organisasjonen som helhet skal fungere. Det kan være stor variasjon i antall og type støttefunksjoner. I UNN er skrive-tjenesten, pasientkjøkken, kantine, tøyforsyning og renhold eksempler på støttefunksjoner.

Organisasjonens ideologi skal omforene alle komponentene på tvers av arbeidsfelt. Ideologien er det grunnleggende og unike ved organisasjonen, og det som gjør at man kan skille organisasjonene fra hverandre (Mintzberg, 1989). Formålet til alle sykehus i Norge er det samme, men ulike helseforetak kan utvikle egne visjoner, målsetninger, strategier og kjerneverdier. UNNs kjerneverdier (kvalitet, trygghet, respekt og omsorg) sier noe om hva som forventes av alle medarbeidere i organisasjonen, uavhengig av hvilken organisatorisk komponent man tilhører.

For å forstå hvordan kravene til spesialisthelsetjenesten har vokst og endret seg er det viktig med et historisk overblikk.

2.2 Spesialisthelsetjenesten i Norge: -et hurtigtog gjennom historien

Selv om grunnprinsippet om at sykehusets formål er å møte befolkningens behov for helsehjelp har vært stabilt siden de første sykehusene ble bygd i Norge, har forutsetningene endret seg. Nasjonal økonomi, befolkningsvekst, levealder, sykdomstilstander og medisinske fremskritt er faktorer som har medført at både omfanget av-, tilgangen til-, behovet for- og innholdet i helsetjenestene har gjennomgått en kolossal utvikling de siste 150 årene

(SSB, Thonstad). Norge hadde en enorm sykehusvekst frem til 1977, men etter dette ble antall sykehus gradvis redusert (SSB, Thonstad). Medisinske fremskritt og voksende sykehusstilbud førte til at driftskostnadene økte, og behovet for politisk og administrativ kontroll gjorde seg gjeldene (Torjesen, Byrkjeflot og Kjekshus, 2011). Dette la grunnlaget for et begynnende skifte fra fagstyre til administrativt styre (Torjesen mfl, 2011). Effektivisering av drift, mindre invasive medisinske prosedyrer og et bedre utbygd kommunalt tilbud har bidratt til redusert behov for sykehussenger, også i UNN.

I dag eies spesialisthelsetjenesten av staten, og styres av Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD). Staten overtok eierskap og etablerte regionale helseforetak (RHF) gjennom sykehusreformen i 2002 (Hippe og Trygstad, 2012). Dette medførte en ny lovgivning og organisatoriske endringer. Mindre og mellomstore sykehus ble slått sammen til helseforetak (HF). Per i dag har vi fire RHF, hvorav Helse Nord dekker Nordland og Troms og Finnmark. Sykehusreformen i 2002 innebar at spesialisthelsetjenesten overtok ansvar for flere og mer komplekse områder som tidligere hadde tilhørt andre etater, eksempelvis rusbehandling og pasienttransport (Arntzen, 2014).

Formålet til dagens spesialisthelsetjeneste er nedfelt i «Lov om Spesialisthelsetjenesten» §1: Tjenestene som ytes i spesialisthelsetjenesten skal fremme folkehelsen ved å være av god kvalitet, behovstilpasset, likeverdig og tilgjengelig. Befolkningen har, uavhengig av bosted, privatøkonomi og sosial status, krav på samme hjelp til diagnostisering, behandling og rehabilitering. Sykehusets hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Videre er det lovfestet at spesialisthelsetjenesten skal bidra til best mulig ressursutnyttelse.

Det historiske bakteppet viser her tre ulike områder for styringsprinsipper som preger spesialisthelsetjenesten. Det *faglige* styringsprinsippet kommer til uttrykk gjennom fokus på kvalitet, forbedring og kompetanseutvikling. Det *politiske* styringsprinsippet handler om samfunnsperspektivet, hvor spesialisthelsetjenesten skal møte befolkningsbehovet gjennom et rettferdig og likeverdig tilbud. Fokus på effektiv utnyttelse av ressursene kan sies å være et *markedsbasert* styringsprinsipp. Denne ressursforvaltningen kommer til uttrykk gjennom effektivitet, økonomisk kontroll og mål- og resultatfokus.

Spesialisthelsetjenesten skal forholde seg til ulike lovverk, og virksomheten blir overvåket av en rekke eksterne organer. HOD styrer foretakene gjennom Foretaksloven, og selve

ansvarsområdet reguleres av Spesialisthelsetjenesteloven (Arntzen, 2014). Minstekravet til kvalitet angis i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven. I tillegg finnes det internkontrollforskrifter som fastsetter krav til kvalitet på de ulike helsetjenestene og hvordan disse tjenestene styres på ulike områder (Arntzen, 2014). Statens helsetilsyn, Mattilsynet, Fylkesmannen, Arbeidstilsynet, Datatilsynet, Miljødirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Statens Strålevern, lokale El-tilsyn og kommunene er tilsynsorganer som overvåker at de ulike internkontrollforskriftene blir fulgt (Arntzen, 2014).

Helseforetaksreformen i 2002 endret organiseringen av sykehus fra forvaltning til foretak, og markerte et veiskille for innføring av styringsprinsipper fra New Public Management (NPM) (Hippe og Trygstad, 2012). NPM er samlebetegnelse på et vidt spekter av prinsipper for styring, organisering og ledelse som har til målsetning å føre til større effektivitet og bedre kvalitet (Hippe og Trygstad, 2012). Prinsippene er hentet fra privat virksomhet, og handler i offentlig sektor om å kostnadseffektivisere virksomheten gjennom avbyråkratisering, rasjonalisering og bruk av belønningssystemer (Johansen, 2009). For pasientene handlet dette om å skape en mer tilgjengelig og brukervennlig helsetjeneste (Berg, 2015). I et ledelsesperspektiv handlet det om å gi lederne større handlingsrom og bedre verktøy for ressursforvaltning (Hippe og Trygstad, 2012).

Hippe og Trygstad (2012) redegjør for bakgrunnen for kursendringen: Sammenlignet med tidligere år, økte utgiftene i helsesektoren kraftig i perioden 1995-2000. Til tross for utgiftsøkningen, var det ingen bedring i kvalitetsindikatorer som for eksempel venteliste. Stortinget var tvunget til å gjennomføre ekstrabevilgninger på til sammen 1,5 milliarder kroner til kommunene i 2000, og et behov for bedre økonomistyring og ressursforvaltning meldte seg. I Prop nr 66 kap 2.1 står det:

«Endringene har til hensikt å utgjøre en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform med vekt på å skape klarere ansvars- og rollefordeling, og at det på denne måten skal legges bedre til rette både for politisk styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester» (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2001)

Ved å overta eierskap og finansieringsansvar skulle staten sikre seg en myndighetsrolle med hensyn til ressursbruk. Samtidig fikk de bedre innflytelse og kontroll over at tjenestene samsvarte med overordnede helsepolitiske mål. Parallelt med økt politisk styring, skulle også ledernes vilkår for måloppnåelse innenfor effektivitet og kvalitet bedres. NPM-inspirerte

virkemidler som mål- og resultatstyring ble innført, og lederne fikk verktøy for overvåking, vurdering og rapportering av virksomhetsdata (Hippe og Trygstad, 2012). Dette endret premissene for ledelse i norske sykehus.

Har så sykehusreformen i 2002 gitt de ønskede resultatene? Hippe og Trygstad (2012) fant at topplederne er mest fornøyde med dagens organisering av sykehusene. De konkluderer med at ledere på lavere nivå opplever at dagens rammebetingelser er vanskelige, og at det går bra til tross for reformen, og ikke på grunn av den. De totale kostnadene til spesialisthelsetjenesten var i 2018 på svimlende 142,5 milliarder kroner (Helsedirektoratet, 2019, rapport IS-2847). To tredeler av kostnadene i spesialisthelsetjenesten er lønnskostnader (Haug, 2009). Norge bruker en tiendedel av Brutto Nasjonalprodukt (BNP) på helse, noe som er rekordhøyt i internasjonal målestokk (Haug, 2009). Det er en kontinuerlig endring i behovet for- og tilbudet av helsetjenester, og slik vil det være i all overskuelig fremtid. Spesialisthelsetjenesten skal yte alle typer helsetjenester 24 timer i døgnet alle dager i året. Organiseringen og ressursstyringen tar utgangspunkt i normal drift, men må raskt kunne tilpasse seg en akutt økning i behovet og/eller endringer i premissene for tjenestetilbudet. Eksempler på slike omstillinger er alt fra medisinske eller tekniske gjennombrudd, større ulykker med mange involverte, terrorhandlingene på Utøya 22.7 2011 og til den pågående Corona-epidemien. Behovet for ledere med omstillingsevne, endringskompetanse og myndighet er derfor stadig viktigere i dagens spesialisthelsetjeneste (Torjesen mfl, 2011). Dette står i kontrast til tidligere faglig ledelse (Johansen, 2009).

Selv om det brukes enorme ressurser på helse i Norge, er tilgangen ikke ubegrenset. Prioriteringer må gjøres med omhu, slik at befolkningen sikres en rettferdig tilgang til nødvendige helsetjenester av god kvalitet. Ressursbruken må altså veies opp mot gevinsten.

3 Menneskene

3.1 Medarbeideren i spesialisthelsetjenesten: -en kunnskapsarbeider

UNN har omtrent 6300 medarbeidere innenfor ulike områder av virksomheten, hvorav majoriteten er helsepersonell. I tillegg finnes det medarbeidere innenfor støttefunksjoner og teknostruktur. Helsepersonellet jobber tett opp mot brukerne og utgjør førstelinjen eller den operative kjerne. Majoriteten av medarbeidere som ledes av mellomledere med helsefaglig profesjonsbakgrunn er helsepersonell. Mitt videre fokus vil derfor ligge her.

3.1.1 Krav og forventninger

Det rettes ulike krav og forventninger til helsepersonell. Helsepersonelloven stiller krav i forhold til faglig forsvarlighet, taushetsplikt og opplysningsrett, opplysningsplikt, meldeplikt og dokumentasjonsplikt (Lov om helsepersonell, 1999). Helsepersonell har også et ansvar for ressursbruk i helsesektoren. God ressursforvaltning dreier seg blant annet om effektive arbeidsrutiner, nøkternt forbruk av utstyr og materiell, samt kvalitet og forutsigbarhet i tjenestene som ytes:

«Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift» (Lov om helsepersonell, 1999, §6).

Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) og Lov om pasientrettigheter (1999) stiller også krav til faglig forsvarlighet. De ulike profesjonene har yrkesetiske retningslinjer som skal følges. Disse sier noe om selve utførelsen av faget.

I tillegg har samfunnet, arbeidsgiver, kolleger, familie, venner og de selv en del forventninger som knyttes til deres rolle (Haram, 2005). Disse forventningene kommer blant annet til uttrykk gjennom arbeidsplasskulturen, arbeidsplassens «leveregler», virksomhetens HMS-håndbok og forventninger til rolleadferd.

3.1.2 Kjennetegn på- og motivasjonsfaktorer for kunnskapsarbeidere

Førstelinjen i UNN har sitt virkeområde innenfor et bredt spekter av fag og tjenestetilbud. Fellestrekket er at den enkelte har formell og praktisk kompetanse innenfor sitt felt. Arbeidet er pasientnært, uavhengig av om arbeidets art er relatert til diagnostisering, forebygging, behandling, rehabilitering eller omsorg og pleie. Felles er også at den enkelte er en del av noe større, og det ligger en gjensidig avhengighet mellom profesjonene for å kunne møte brukernes behov. Den enkelte utfyller en spesifikk rolle i et team og vet hva som forventes av egen rolle. Denne teambaserte tilnærmingen danner grunnlaget for å kunne oppfylle spesialisthelsetjenestens formål.

Lines og Sandvik (2013) beskriver kunnskapsarbeideren (også kalt kunnskapsmedarbeideren) som en person som er høyt utdannet innenfor sitt fagfelt, og hvor verdiskapingen skjer gjennom kompetansedeling av høyt motiverte kunnskapsarbeidere. Nivået av verdiskaping er avhengig av evne og motivasjon. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten passer til denne beskrivelsen. Kunnskapsarbeidere verdsetter autonomi høyt, og har velutviklede profesjonsverdier og profesjonsnormer (Lines og Sandvik, 2013). Kunnskapsarbeidere i

helsesektoren jobber pasientnært, og kjennetegnes ved at de er høyt motivert og dedikert (Mintzberg, 1989). De erverver spesialisert kompetanse gjennom formell utdanning og praksis, men medisinske fremskritt og forbedring gjør at kompetansen kontinuerlig må vedlikeholdes og utvikles. Dette gjør at det faglige fokuset er sterkt og kunnskapsarbeidernes lojalitet ligger i utøvelsen av faget. Mangel på kompetanseutvikling, nedskjæringer og reduksjon av tilbud som går ut over kvalitet, kan derfor føre til demotiverte ansatte som motsetter seg virksomhetsendringer.

3.2 Mellomlederen i spesialisthelsetjenesten

Mintzberg (1989) sier at ledelse i en profesjonell organisasjon handler om konfliktløsning, forhandling og funksjonsfordeling. En stor del av deres rolle er å beskytte medarbeiderens autonomi og skjerme dem fra eksternt press og «støy» (Mintzberg, 1989). Midtlinjen (mellomledelsen) forventes fra øverste hold å ha kontroll på medarbeideren, mens den operative kjerne forventer at det tilrettelegges slik at de kan utfylle sin autonome rolle. Dette motsetningsforholdet fører til to ulike syn på mellomlederen. Det kritiske synet er at mellomlederen i all hovedsak er medarbeidernes «løpegutt», mens andre argumenterer for at mellomlederen kan oppnå makt gjennom tillit og respekt fra medarbeiderne (Mintzberg, 1989). Det kan være utfordrende å kontrollere arbeidet til medarbeiderne ettersom de jobber så selvstendig. Videre kan organisasjonskompleksiteten by på problemer med hensyn til koordinering av ulike avdelinger.

I forrige kapittel så vi at kunnskapsarbeideren har en sterk faglig og profesjonell forankring, og at lojaliteten først og fremst ligger i faget og hos brukeren. Mintzberg (1989) sier at kunnskapsarbeideren ledes av kunnskapsmakt. Selv om ledelse i et profesjonsbyråkrati i stor grad bygger på faglig autoritet, må ledelsen også etterleve politiske og administrative føringer. Skifte fra fagstyre til administrativt styre på 70-tallet gjorde at den typiske medisinske lederens eksklusivitet ble utfordret (Torjesen mfl, 2011). De neste 20-30 årene var likevel den typiske sykehuslederen representert av det øverste leddet i profesjonsbyråkratiet, nemlig overlegene. Sykepleierledere hadde ansvar for det personaladministrative på lavere ledernivå (Torjesen mfl, 2011). I Prop nr 10 ble norske sykehus pålagt å innføre enhetlig ledelse innen 01.01.2002 (Helse- og Omsorgsdepartementet, 1999). Sammen med sykehusreformen i 2002 la dette føringer for et mer profesjonsnøytralt og enhetlig ledelseshierarki, hvor én person på hver avdeling skulle ha ansvar for både fag, personell og økonomi (Torjesen mfl, 2011).

Så hvem er sykehuslederen i ledelseshierarkiet? I sin doktorgradsavhandling redegjør Johansen (2009) blant annet for implementeringen av enhetlig ledelse og profesjonsnøytralitet. Innenfor somatikken er det fremdeles flest leger som er avdelingsledere (67%). Dernest kommer ledere med sykepleie som grunnutdanning (28 %), men det bare er 5 % som har annen utdanning. Av sistnevnte kategori er flesteparten psykologer. Selv om vi ikke kan si at ledernivåene gjenspeiler profesjonsnøytralitet, har en overveldende majoritet en faglig forankring i bunn. Sentrale kjennetegn for kunnskapsarbeideren som autonomi, faglig tilhørighet, kvalitetsorientering og menneskefokus kan dermed også gjelde for sykehusledere. Ikke alle sykehusledere har formell lederkompetanse. Bare halvparten av leger i lederposisjoner har lederutdanning, mens vel 80% av ledere med sykepleiefaglig grunnutdanning innehar formell lederkompetanse (Torjesen mfl, 2011).

De aller fleste mellomlederne i spesialisthelsetjenesten har altså en fagidentitet, og mange mangler lederkompetanse. Dette kan blant annet ha betydning for rolleidentitet og hvorvidt NPM-inspirerte organisasjons- og styringsprinsipper aksepteres og gjennomføres. Nesten 60% av norske sykehusledere bruker mindre enn halvparten av arbeidssdagen på lederoppgaver (Torjesen mfl, 2011). Det kan være en rekke årsaker som ligger bak dette tallet, men Torjesen mfl (2011) sier at spesielt på mindre sykehus og avdelinger forventes det at leger fortsetter med klinisk arbeid i tillegg til lederfunksjonen. Leger har i større grad enn sykepleiere et ønske om å bevare den faglige kompetansen gjennom klinisk arbeid, både fordi det gir dem en større legitimitet som leder, men også fordi den faglige tilhørigheten er sterk (Johansen, 2009). Mange leger anser også lederjobben som en midlertidig rolle, og planlegger å gå tilbake til klinisk arbeid (Berg, 2015, Johansen, 2009, Torjesen mfl, 2011). Av egen erfaring vet jeg at mellomledere forventes å være i klinisk beredskap ved sykefravær, økt aktivitet og ved ferieavvikling.

Vi så i kapittel 2.2 at behovet for endringskompetanse blant ledere i spesialisthelsetjenesten har økt. I endringsprosesser er mellomlederne det strategiske bindeleddet mellom toppledelsens overordnede strategi og kunnskapsarbeidernes forståelse og aksept for endringsformålet (Hope, 2015). Mellomlederen fungerer altså som «oversetter», og skal gi mening til endringen. Slike endringsprosesser krever full oppmerksomhet i en periode, slik at endringen kan implementeres og organisasjonen kan dra nytte av endringen (Hope, 2015). Samtidig er det mellomlederens oppgave å sørge for driftens kvalitet og kontinuitet parallelt med endringsprosesser. Mellomlederen må gjøre en nøktern, men riktig vurdering av bruk av tid og ressurser, samtidig som han/hun skal holde kunnskapsarbeidernes fokus og motivasjon

oppe (Hope, 2015). Dette kan sette mellomlederen i et dilemma i forhold til ressursbruk kontra ressurstilgang, tid til rådighet kontra bruk av tid, toppledelsens ønske om effektive prosesser kontra kunnskapsarbeidernes fokus på mennesket og kvalitet etc. I disse skjæringspunktene kan det oppstå et enormt press på midtlinjen, både med hensyn til jobbkrav, jobbstress og rollekonflikt. Jeg kommer tilbake til dette i kapittel 4.

I spesialisthelsetjenesten er det et stort fokus på økonomi (Torjesen mfl, 2011), og mange endringsprosesser er forbundet med kostnadsutt. Dette er «upopulære» endringer for kunnskapsarbeidere, som setter kvalitet høyere enn økonomi. Jo større motstand i førstelinjen, dess større press vil midtlinjen oppleve. Ettersom den typiske sykehuslederen er kunnskapsarbeider i bunnen, kan lederen selv oppleve motstand mot endringer som kan medføre dårligere kvalitet. Eksempler på slike endringer kan være reduksjon i tjenestetilbud og nedbemanning. En leder som forstår sin rolle som «oversetter» og organisatoriske plass i midtlinjen, vil gjennomføre endringer som strider mot sine profesjonsverdier. Men til hvilken pris?

Sykehusreformen i 2002 skulle altså bedre lederens forutsetninger for å utøve ledelse gjennom myndiggjøring og enhetlig ansvar i linjen. Torjesen mfl (2011) hevder imidlertid at sentrale beslutningsprosesser er sentralisert til toppledelsen, og at ledere på lavere nivå har fått større ansvar, men mindre myndighet. Dette gjør at autonomien trues, handlingsrommet begrenses og utøvelsen av lederrollen preges av styring fremfor ledelse (Torjesen mfl, 2011). Fagledelse harmonerer altså ikke med dagens styringsprinsipper i spesialisthelsetjenesten. Hva som motiverer kunnskapsarbeidere til å bli ledere er derfor viktig informasjon når jeg søker dybdekunnskap om årsaker til turnover.

Mye av forskningen på mellomledelse i sykehussektoren fokuserer på sykepleieleidelse og legeledelse og ulikheter mellom fagprofesjonene (Johansen, 2009). I spesialisthelsetjenesten finner vi mellomledere innenfor langt flere yrkesgrupper enn sykepleiere og leger. Jeg har bevisst valgt å ikke avgrense i forhold til fagprofesjon fordi jeg ønsker å utforske om det finnes fellestrekk på tvers av profesjonsbakgrunn.

I skjæringspunktet mellom ulike styringsprinsipper og interesser befinner lederen seg. Det vil bli interessant å se hvilken betydning kontekstuelle forhold og premissene for ledelse i dagens spesialisthelsetjeneste hadde for opplevelsen av lederrollen for informantene i forskningen min.

Vi har så langt sett at kontekst, motivasjon, bakgrunn og rolleidentitet er sentrale forhold som kan påvirke utøvelsen av lederskap og at opplevelse av *handlingsrom*, *autonomi* og *støtte* er viktig for ledere. Ledere i midtlinjen vil også i større grad oppleve *krysspress* både med hensyn til *jobbstress*, *jobbkrav* og *rollekonflikt*. Jeg vil nå redegjøre for disse sentrale begrepene som kan føre til utfordringer for mellomledere.

4 Utfordringer og muligheter

I kapittel 2 så vi på kontekstuelle forhold ved spesialisthelsetjenesten og hvordan dette påvirker forutsetningene for- og utøvelsen av ledelse. Solberg, Karlsen og Skjevdal (2013) beskriver kontekst som ytre og indre forhold som til sammen skaper de organisatoriske rammebetingelsene. De sier at den ytre konteksten handler om bransje, målgruppe, politikk, lovverk, tradisjon, kultur, samarbeidspartnere og media. Den indre konteksten dreier seg om strukturelle trekk, ulike fagprofesjoner, maktforhold, verdigrunnlag og normer.

Jeg skal nå redegjøre for noen sentrale forhold ved den indre konteksten som kan oppleves som krevende for mellomledere. Avslutningsvis skal vi se hva litteraturen sier om hva som er en viktig motvekt til disse utfordringene, og på den måten kan ha en forebyggende effekt.

4.1 Handlingsrom og jobbautonomi

Jacobsen (2019) sier at lederens handlingsrom gjenspeiler lederens beslutningsmyndighet, organisatoriske frihet og jobbfrihet. Beslutningsmyndighet forklares som lederens myndighet til å forvalte økonomiske ressurser. Organisatorisk frihet dreier seg om frihet til å utføre handlinger uten å måtte avklare disse med andre ledere eller enheter. Jobbfrihet forklarer han som muligheten til å velge sine arbeidsoppgaver og utførelsen av disse. Disse elementene utgjør til sammen den enkelte leders grad av jobbautonomi (Jacobsen, 2019).

Hagebakken og Nilsen (2017) knytter lederens handlingsrom til autonomi, kunnskap, motivasjon og innflytelse, og sier at handlingsrommet best anvendes når lederens rammer er tvetydige. I situasjoner hvor lederen ikke kan følge klare retningslinjer, og må utøve skjønn, vil derfor handlingsrommet oppleves som større. Det oppstår da en mulighet for å gjøre avveininger mellom jobbkrav og formelle føringer, og lederen kan påvirke utfallet gjennom bruk av sin kunnskap og egenskaper (Hagebakken og Nilsen, 2017).

Bransje, størrelse og kompleksitet påvirker grad av byråkratisering i en organisasjon (Jacobsen, 2019). I store, komplekse organisasjoner der brudd på regler og normer kan få store konsekvenser vil byråkratiseringen være sterk (Jacobsen, 2019). Byråkratisering og sentralisering vil begrense lederens handlingsrom, særlig for ledere i nedre del av hierarkiet (Jacobsen, 2019). Forskningen viser at ledere innenfor helse- og omsorgssektoren var en av de organisasjonene som opplevde størst grad av byråkratisering og minst grad av jobbauto-nomi (Solberg mfl, 2013).

Torjesen mfl (2011) sier at sykehus har fått mer industripreg med standardiserte styringsverktøy og en sentralisering av toppledelse som fjernstyrer andre ledernivåer. Innføringen av profesjonsnøytraliteten har gjort ledelsesstrukturene mer komplisert enn enhetlig. I tillegg har den enkelte leders handlingsrom blitt innskrenket og preges av mer styring av budsjett og personalfunksjoner. Med andre ord har ansvaret økt mens myndigheten er redusert. Fagfolk i lederposisjoner har mindre mulighet til å påvirke den faglige kvaliteten, noe som kan gjøre lederposisjoner mindre attraktive. Jeg vil søke kunnskap om hvorvidt disse forholdene har hatt betydning for turnover blant informantene i UNN.

4.2 Jobbkrav og jobbstress

Buchanan, Parry, Gascoigne og Moore (2013) fant at arbeidspresset for amerikanske mellomledere i sykehus var så høyt at det kunne kalles «ekstremt». Lange arbeidsdager, uforutsigbarhet i arbeidstid og arbeidsoppgaver, korte frister og høyt tempo, bredt arbeidsområde og at lederne måtte være tilgjengelig på fritiden var faktorer som lå til grunn for definisjonen «ekstrem-jobb». Det ekstreme arbeidspresset kunne føre til angst og stress, utbrenthet og feilvurderinger. I tillegg kunne det føre til jobb-hjem konflikter, og omtrent 60% av de kvinnelige intervjupersonene sa at de ikke ville holde ut i jobben i mer enn et år. Rekrutteringseffekten i forhold til potensielle lederkandidater på arbeidsplassen ble også skadelidende fordi de ansatte observerte hvor presset og stresset deres ledere var (Buchanan mfl, 2013).

For stort *jobbkrav* handler rett og slett om å ha for mye å gjøre over en lang periode og lite mulighet for å ta seg inn (Richardsen og Matthiesen, 2013). Andre former for jobbkrav som kan føre til stress er dersom arbeidskrav overgår kompetansenivå, eller hvis arbeidsoppgavene er kjedelig og rutinepreget (Richardsen og Matthiesen, 2013). Sjonglering mellom mange ulike typer arbeidsoppgaver, mer enn 40 timers arbeidsuke, uregelmessig arbeidstid og

ugunstig fysisk arbeidsmiljø er andre typer jobbkraav som kan oppleves så utfordrende at det medfører stress (Richardsen og Matthiesen, 2013).

Richardsen og Matthiesen (2013) sier at en måte å forklare stress på er ved å ta utgangspunkt i de kroppslige reaksjonene som oppstår på grunn av trusler eller hindringer i omgivelsene. Denne tilnærmingen graderer den fysiologiske responsen i faser ut fra hvor alvorlige stressreaksjonene er (fra mobilisering til sykdom og død), men sier ingenting om årsaken til stressreaksjonen. Andre stressmodeller fokuserer på å finne mulige kilder til stress, og sammenligner stress med en kraft som utøver et press på mennesket, som igjen må tilpasse seg. Dersom kravet overgår tilpasningsevnen, vil mestringsevnen svekkes og kortvarig eller permanent skade kan oppstå (Richardsen og Matthiesen, 2013).

Stress som begrep brukes i dagligtalen relativt unyansert, og kan sikte til en rekke sammenhenger eller tilstander. Arbeidets art og arbeidsmengde er ulike kilder til jobbstress og den individuelle responsen til disse kan også variere veldig fra person til person (Richardsen og Matthiesen, 2013). Transaksjonsmodellen for stress legger vekt på situasjonen som skaper opplevelse av stress, og differensierer mellom ulike jobbrelaterte stresskilder (Richardsen og Matthiesen, 2013). Modellen tar høyde for at personlighet, persepsjon og mestringsevne kan føre til at ulike mennesker takler samme type belastning på svært forskjellig måte. Hva som oppleves som stress for den enkelte og individets stressreaksjon kan altså knyttes til personlighet. Personlighetsfaktoren «motstandsdyktighet» øker sannsynligheten for at sykepleieledere blir værende i jobben (Hudgins, 2016). Knudsen, Gunnarsdøttir og Karlsen (2014) mener at individets respons til eksempelvis krysspress ikke kan forklares av personlighetsfaktorer.

Richardsen og Matthiesen (2013) sier at *rollestress* kan skyldes *rolleklarhet* fordi uklare forventninger medfører uforutsigbarhet. Rollestress kan også skyldes *rollekonflikt* når en opplever motstridende krav eller *rolleoverbelastning* når en ikke tid til å utfylle ulike roller privat og profesjonelt. Rollestress sees oftere hos de som har personalansvar (Richardsen og Matthiesen, 2013). Etersom ledere i midtlinjen hele tiden må forholde seg til nivåene over og under, må de skifte rolleadferd oftere enn det andre ledere gjør. Adferdsendringen som kreves i skiftet mellom å lede og bli ledet kan oppleves stressende (Jacobsen, 2019). Rollekonflikt vil bli nærmere gjort rede for i neste kapittel. Studier viser at mellomledere opplever langt mer stress, angst og depresjon enn ledere på nivå over og under (Jacobsen, 2019).

Overgangen fra fagperson til leder kan medføre rollestress for førstegangsledere. Det tar tid å løsrive seg fra fagidentiteten, noe som medfører at de vil stå med «en fot i begge leire» i en periode (Haaland og Dale, 2015).

Mangel på støtte fra nærmeste overordnede og medarbeidere kan også være en kilde til stress, og ha negativ innvirkning på jobbtilfredshet, organisasjonsforpliktelse og intensjoner om å bli i jobben (Richardsen og Matthiesen, 2013). Betydningen av støtte vil bli nærmere beskrevet i kapittel 4.4.

Ledere som opplever konfliktfylte relasjoner med overordnede, lederkolleger eller medarbeidere vil kunne oppleve *sosialt stress*. Mobbing og ensomhet er andre årsaker til sosialt stress (Richardsen og Matthiesen, 2013).

Lederstil kan også føre til stress. Richardsen og Matthiesen (2013) sier at en oppgaveorientert leder vil eksempelvis oppleve organisasjonsendringer og sosial interaksjon med medarbeiderne som mer stressende enn en relasjonsorientert leder.

I sin litteraturgjennomgang av studier fra 1980-2003 om stress og mestring for sykepleieledere, fant Shirey (2006) at forskningsfokus har endret seg. Studier fra 1980-1991 slår fast at rolleklarhet, rollekonflikt, tidspress, arbeidspress, ressursmangel og samarbeidsproblemer med legegruppen var faktorer som var assosiert med stress for sykepleieledere. Fra 1992-1999 var det endringer i forventninger til lederrollen og endrede kontekstuelle premisser som førte til stress. Grad av stress og stressmestring ble også koblet til personlighetsfaktorer. Fra 2000-2003 har forskningsfokus vært på konsekvensene av arbeidsmiljøets-, arbeidsoppgavenes- og lederrollens kompleksitet. Dette skiftet i forskningsfokus passer med at den begrepsmessige forståelsen av stress har utviklet seg fra en fysiologisk tilnærming til en mer helhetlig tilnærming hvor både omgivelsene og individuelle faktorer får oppmerksomhet. Som tidligere beskrevet, har også styringsprinsippene i helsesektoren endret seg. Ledere som jobber innenfor omsorgssektoren har høyere risiko for jobbstress og utbrenthet, og arbeidsmiljøet, arbeidspremissene og organisasjonsstrukturen er nå ansett som viktige medvirkende årsaker til at sykepleieledere opplever jobbstress (Shirey, 2006).

Stress er også en medvirkende årsak til høyt sykefravær, redusert jobbtilfredsstillelse, og høy turnover blant ansatte (Shirey, 2006). Dette fører til dårligere kvalitet på pasienttilbudet, høyere kostnader i helsetjenesten og ineffektivitet innad i organisasjonen (Shirey, 2006).

Mangel på sykepleiere er en internasjonal utfordring, og Shirey (2006) påpeker at en reduksjon av jobbstress blant sykepleieledere har vist seg å redusere turnover ikke bare på ledernivå, men også blant sykepleiemedarbeidere. Det vil bli interessant å finne ut om ulike faktorer innenfor jobbkrav og jobbstress påvirker frivillig turnover blant mellomledere i UNN.

4.3 Krysspress

Mintzberg (1989) beskriver tre hovedkategorier av lederroller som må ivaretas av ledere i større eller mindre grad uavhengig av nivå plassering: den interpersonlige rollen, informasjonsrollen og beslutningsrollen. Lederen forventes å møte ulike interessenters behov gjennom ivaretagelsen av de ulike rollene. Dersom behovene er motstridende, vil dette kunne gjøre at lederen opplever en rollekonflikt. Manglende tilbakemelding kan føre til rolleklarhet og dermed rollekonflikt (Scott, 2002).

Krysspress oppstår når et individ utsettes for motstridende krav og forventninger fra omgivelsene, og Knudsen mfl (2014) sier at det er særlig tre typer krysspress som kan føre til rollekonflikt: *Jobb-hjem-konflikt* oppstår når arbeidstid- og mengde ikke kan balanseres med forpliktelser på hjemmebane. Ved *jobb-jeg-konflikt* er vil gjennomføringen av lederoppgavene være på kollisjonskurs med personlige holdninger, etikk, verdigrunnlag og behov.

De rollekonfliktene som norske ledere i offentlige organisasjoner oftest opplever er *jobb-jobb konflikter* (Jacobsen, 2019). Ved jobb-jobb-konflikt møter lederen motstridene krav/ønsker fra overordnede og underordnede, brukere og medarbeidere eller eiere og underordnede (Knudsen mfl, 2014). En annen type jobb-jobb-konflikt er lojalitetskonflikt. Lojalitetskonflikt oppstår når lederen må gjennomføre beslutninger som går på akkord med profesjonsverdier og faglige eller etiske standpunkter (Jacobsen, 2019).

Ledere i offentlige organisasjoner opplever både intergruppekonflikter og lojalitetskonflikter i betydelig større grad enn ledere i andre organisasjonstyper (Jacobsen, 2019). Den generelle opplevelsen av konflikt hos norske ledere ligger likevel bare på et middels til relativt lavt nivå. I hvilken grad dette har påvirket informantene jeg skal intervjuer gjenstår å se.

4.4 Støtte og motivasjon

Hagebakken og Nilsen (2017) gjennomførte en kvalitativ casestudie ved et helseforetak i Norge hvor de intervjuet fem førstelinjeledere om opplevelsen av handlingsrom. I intervjuene kom det frem at mengde jobbkrav hadde økt, og at dette opplevdes som belastende. For å

finne motivasjon og oppleve mestring var det avgjørende at nærmeste leder og andre lederkollegaer støttet dem. De lederne som opplevde støtte i form av tillitt og anerkjennelse fra sin nærmeste leder, og som samtidig hadde en god relasjon og dialog med lederkollegiet, opplevde i tillegg en trygghet i jobbutførelsen. Et støttende og velfungerende lederteam var sentralt for å kunne gi mening til utydelige og inkonsistente signaler fra øverste ledernivå, og bidra i så måte til å styrke opplevelsen av handlingsrommet.

Parsons og Stonestreet (2003) undersøkte hvilke faktorer som var viktigst for at sykepleieledere skulle bli i jobben. Viktigste var god kommunikasjon med nærmeste overordnede. Dette innebar klare forventninger og tilbakemeldinger, en opplevelse av å bli hørt og tatt på alvor, samt åpenhet og støtte. Dernest ble et godt organisasjonsklima ansett som svært viktig. Sykepleieledere på lavere nivå verdsatte å bli inkludert i informasjonsflyten og beslutningsprosesser. Dette innebar også handlingsfrihet som leder. Videre opplevde de det som sentralt å bli kompensert for stort arbeidspress i form av lange dager og tilgjengelighet på fritiden. Faglig påfyll som leder og økonomisk kompensasjon var eksempler på dette. For å klare å stå i jobben påpekte de at det var viktig å sette grenser i forhold til arbeidstid, samt ha sunne levevaner. At de drev en avdeling av høy kvalitet og stor pasienttilfredshet var avgjørende for hvorvidt de ville fortsette som leder.

Lignende funn ble gjort i en liten studie av mellomledere i den offentlige helsetjenesten i England. Scott (2002) konkluderte i denne studien med at det var tre faktorer som var avgjørende for hvorvidt lederne ønsket å fortsette i jobben. Disse faktorene var tilbakemelding på den jobben de gjorde, å bli verdsatt og inkludert, samt å få bidra i beslutningsprosesser. Scott (2002) viser til Lee mfl (1996) som sier at lav jobbtillfredsstillelse er en kjent årsak til at mellomledere i helsesektoren slutter, men at lite forskning er gjort på hvilke årsaker som fører til lav jobbtillfredsstillelse.

Mellomledere er de som ivaretar informasjonsformidling i høyest grad av de ulike ledernivåene (Jacobsen, 2019). Denne rollen som formidler og oversetter krever at mellomlederen knytter kontakt med alle relevante interaksjonspartnere på det operative nivå, teknostruktur, støttefunksjoner og i lederlinjen. Forskning viser at utdanning, opplæring og oppfølging av nye ledere er et fraværende fokus i mange organisasjoner, og at ledere generelt savner at arbeidsgiver støtter dem aktivt og gir dem tydelige forventninger og tilbakemeldinger (Dale, 2015). Fravær av støtte og oppfølging kan være en direkte årsak til turnover ifølge Dale (2015), som foreslår et «prosessprogram» for nye ledere. Et slikt

program bør ha fokus på relasjonsbygging med interaksjonspartnere, forventningsavklaring med over- og underordnede, innføring i organisatorisk status, kartlegging av hovedutfordringer og iverksetting av plan for oppfølging av de ulike områdene (Dale, 2015). En strukturert og systematisk plan i lederens innføringsfase vil bidra til gode utviklingsprosesser både på individnivå og organisatorisk nivå, noe som igjen gir lederen en opplevelse av praktisk og kontekstuell lederstøtte (Dale, 2015).

Det vil bli interessant å se om fravær av faktorer som lederoppfølging, praktisk og kontekstuell støtte og god kommunikasjon med leder og lederteam har vært avgjørende for turnover blant tidligere mellomledere i UNN, og hvilken betydning organisasjonsklimaet har.

4.5 Teorioppsummering

Vi har nå sett på hva som kjennetegner rammebetingelsene og jobbhverdagen til norske ledere i spesialisthelsetjenesten og hva forskningen sier om mulige utfordringer i midtlinjen (Tabell 1). Har noen av de belyste områdene hatt betydning for frivillig turnover blant tidligere mellomledere i UNN, og i så fall hvilke? Handler fenomenet om ytre eller indre kontekst, individuelle forhold, betingelser for utøvelsen av lederjobben, tilgang til støtte eller andre forhold? Jeg søker å finne slike årsakssammenhenger gjennom dybdeintervju av tidligere mellomledere i UNN. Jeg skal nå redegjøre for metodisk tilnærming til undersøkelsen.

Kilde	Årsaker til turnover blant sykehusledere	Mellomleder-utfordringer	Forebyggende faktorer
Hippe og Trygstad, 2012	Alder under 34 år Lite handlingsrom		
Duffield mfl, 2011	Mangel på karriereutviklingsmuligheter Mangel på økonomisk godtgjørelse Alder, kjønn, utdanning		
Johansen, 2009	Utdanning Motivasjon		
Buchanan mfl, 2013	Jobbkraft/ «ekstrem-jobb» Jobbstress		
Haaland og Dale, 2005		Rolleidentitet Rollestress Urealistiske forventninger	
Richardsen og Matthiesen, 2013	Mangel på støtte	Rollestress Sosialt stress Jobbstress Rollekonflikt Jobbkraft	
Torjesen, Byrkjeflot og Kjekshus, 2011		Leders premisser (styring fremfor ledelse/NPM, autonomi, lite handlingsrom men mye ansvar)	
Jacobsen, 2019		Kontekstuelle utfordringer (sterk byråkratisering og høy kompleksitet begrenser handlingsrom) Rollekonflikt	
Shirey, 2006		Jobbstress relatert til arbeidsmiljø, arbeidspremisser og organisasjonskultur	
Mintzberg, 1989		Rollekonflikt Ledelse av autonome medarbeidere	
Knudsen mfl, 2014 Hope, 2015		Krysspress	
Scott, 2002		Rollekonflikt på bakgrunn av manglende tilbakemeldinger	
Hagebakken og Nilsen, 2017			Støtte i form av: 1. tillit og anerkjennelse fra nærmeste leder 2. god relasjon og dialog med lederteam
Parsons og Stonestreet, 2003			God støtte og kommunikasjon med overordnet Godt organisasjonsklima Gode resultater og høy pasienttilfredshet Evne til å sette grenser Sunne levevaner
Scott, 2002			Tilbakemelding på arbeid Bli verdsatt og inkludert Få bidra i beslutningsprosesser
Dale, 2015			Plan for integrering, oppfølging og utvikling

Tabell 1 Teoretisk oppsummering av årsaker til turnover, mellomlederutfordringer og forebyggende faktorer

5 Metode

Problemstillingen og forskningens formål danner grunnlaget for forskningsdesign og metodevalg (Jacobsen, 2015). Dette var utgangspunktet mitt for de ulike valgene jeg tok i forskningsprosessen.

5.1 Forskningsdesign

Formålet med forskningen min er å øke kunnskapen om årsaker til turnover blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten generelt og i UNN spesielt. Mitt ønske er at forskningen skal komme egen organisasjon til gode, og forhåpentligvis kunne være et supplement i internt forbedringsarbeid. Dette fordrer dybdekunnskap fra egen kontekst. En case kan være alt fra et enkeltindivid, en gruppe, en organisasjon eller et lokalsamfunn (Jacobsen, 2015). I min studie er det organisasjonen (UNN) som er enheten.

5.1.1 Utforskende casestudie

Jacobsen (2015) beskriver casestudier som intensive undersøkelsesopplegg hvor forskeren kan oppnå dybdeforståelse av et fenomen i den konteksten eller det tidsrommet fenomenet studeres.

Selv om vi har kunnskap om spesialisthelsetjenestens rammebetingelser og mellomlederutfordringer, tilbyr ikke eksisterende teori og forskning en tilfredsstillende beskrivelse av fenomenet turnover. Jeg er ute etter å avdekke teoretiske mønstre som er sammenfallende med eksisterende kunnskap samtidig som jeg er åpen for data som gir uventet og ny innsikt. Utforskende casestudier hvor detaljrikdom og nyanser gir «tykke beskrivelser» egner seg derfor til teoretisk generalisering (Jacobsen, 2015). Denne dybdeforståelsen av et fenomen gjør at den interne gyldigheten anses som høy (Jacobsen, 2015). Den åpne tilnærmingen som en utforskende casestudie tilbyr, gir en fleksibilitet som er nødvendig for å forstå et uklart fenomen. Samspillet mellom individ og kontekst er også sentralt i casestudier, noe som kan bidra til økt forståelse for fenomenet.

Den teoretiske kunnskapsutviklingen og generaliseringen som skjer gjennom en casestudie er likevel bare gjeldende for den valgte konteksten. Dette betyr at den eksterne gyldigheten anses som lav (Jacobsen, 2015). Forskningsfunn gjennom denne studien i UNN er ikke uten videre overførbart til andre helseforetak. Dersom informantene angir sammenfallende data på tvers av geografi, mellomledernivå og profesjonsbakgrunn kan det antyde en overførbart og

teoretisk generalisering innenfor sammenlignbare kontekster. En sammenlignende casestudie mellom ulike helseforetak er imidlertid nødvendig for å øke den eksterne gyldigheten, og et område for videre forskningsarbeid.

5.2 Problemstilling og metodevalg

Jeg ønsker å gjøre et dypdykk i en organisasjon som per i dag har høy turnover av mellomledere. En organisasjon hvor jeg selv har jobbet som jordmor i 14 år og vært mellomleder i 4 år. Jeg har selv kjent på aspekter ved mellomlederrollen som har vært krevende. Den erfaringen jeg har ervervet kan ha betydning for valg av problemstilling, metodevalg, datautvikling og analyse og kan svekke evnen til kritisk refleksjon i alle ledd. Kvale og Brinkman (2009) mener imidlertid at et subjektivt perspektiv kan være til hjelp for å belyse områder og få frem nye dimensjoner så lenge det erkjennes. Min kjennskap til konteksten kan dermed være et supplement til en helhetlig forståelse av fenomenet.

Jeg har et personlig motiv med henblikk på at jeg ønsker å være best mulig rustet i en lederjobb. Da må jeg vite noe om sårbarhetsfaktorer for mellomledere og hvordan disse kan forebygges. Jeg har også en sterk lojalitet til organisasjonen og ønsker at UNN skal lykkes i sitt lederarbeid. Jeg har vært veldig bevisst på- og kritisk til min subjektive posisjon i forskningsprosessen og gjentatte ganger stilt meg spørsmålet «Er dette min mening og erfaring, eller er det informantenes?».

Kunnskap om kontekst og hva som kan oppleves som krevende for mellomledere er ikke nok til å forstå hvorfor de slutter, men gir et grunnlag for noen antagelser som kan være til hjelp ved utarbeiding av metode for datainnsamling. Jeg har ingen klare hypoteser på hvorfor mellomledere i UNN slutter som ledere. En åpen tilnærming og en søken etter dybdeforståelse av fenomenet ligger derfor til grunn for metodevalg. Subjektive og detaljerte beskrivelser vil gi bedre grunnlag for forståelse. En kvalitativ tilnærming vil være best egnet til å fremskaffe denne typen data (Jacobsen, 2015 og Thagaard, 2018).

5.2.1 Datainnsamling

Kvalitativ datainnsamling kjennetegnes av fleksibilitet i undersøkelsesopplegget fordi forskeren har mulighet til å gjøre justeringer underveis (Jacobsen, 2015 og Thagaard, 2018). Denne fleksibiliteten vil være av stor verdi for meg ettersom jeg ikke har noen klare antakelser om årsakssammenhenger bak turnover. Det gir meg også muligheten til å endre

retning og innhente annen teori dersom det tidlig i datainnsamlingen viser seg at jeg er på feil spor.

Kvalitative data som utvikles gjennom dybdeintervju gir høy relevans fordi de er unike og nyanserte (Jacobsen, 2015). Ved kvalitativ datainnsamling kommer man før eller siden til et «metningspunkt» hvor utbyttet eller mengden ny data reduseres. Kvale og Brinkman (2009) angir et sted mellom 5-25 intervjuer når man vurderer gevinst og ressursbruk opp mot hverandre. Mange intervjuer er ikke ensbetydende med bedre kvalitet, da et lavere antall vil gi bedre forutsetninger for dataanalyse (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg intervjuet 8 tidligere mellomledere i UNN.

5.2.2 Det kvalitative intervjuet

I det kvalitative intervjuet er vil kunnskapsutviklingen skje gjennom språkformidling, og mening skapes ved å registrere og fortolke *hva* som sies og *hvordan* det sies (Kvale og Brinkmann, 2009). Jacobsen (2015) anbefaler at strukturingsgraden i et intervju verken bør være helt lukket (spørsmål med faste svaralternativ) eller helt åpen (ingen plan for innhold). Informantene var gjennom invitasjon til deltakelse allerede kjent med studiens problemstilling, så hensikten med intervjuet var åpen.

Formålet er utforskende fordi jeg er åpen for at det finnes årsaksforhold som jeg ikke har identifisert. Dette kalles for en *eksplorerende* tilnærming (Jacobsen, 2015). Jeg startet derfor med et åpent spørsmål der informantene fritt kunne fortelle om hvorfor de sluttet som ledere. Ved å starte med et åpent spørsmål reduserte jeg også risikoen for tematisk påvirkning. Jeg ønsket imidlertid også å undersøke informantenes erfaringer på de områdene som jeg identifiserte som mulige årsaksforhold (kontekst og rammebetingelser, individuelle forhold og ulike mellomlederutfordringer). Jeg pre-strukturerte derfor spørsmålene innenfor de ulike områdene i intervjuguiden. Når forskeren har en forventning til årsaker bak et fenomen vil tilnærmingen være *testende* (Jacobsen, 2015). Datautviklingen ble altså hypotesetestende innenfor hver kategori. For å få frem nyansene og ulike dimensjoner ved de forskjellige områdene, ønsket jeg å stille varierte spørsmål som gikk i dybden.

Kvale og Brinkmann (2009) sier at et godt forarbeid vil bedre kvaliteten på intervjuet. Utformingen av intervjuguiden var en lang prosess hvor hvert spørsmål var nøye gjennomtenkt og sett opp mot bakgrunnskunnskap, problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg var trygg på temainndeling og spørsmål i intervjuguiden før jeg startet prosessen med

intervju. Dette gjorde at jeg kunne hoppe mellom temaer etter hvert som informantene kom inn på dem opp i samtalen. Spørsmålene ble ikke alltid stilt på samme måte og i samme rekkefølge, og ingen intervju var like. Det eneste jeg holdt kategorisk fast ved i alle intervjuene var de innledende bakgrunns-spørsmålene og det åpne spørsmålet om hvorfor de sluttet (vedlegg 3). Dette kalles for semistrukturert dybdeintervju (Thagaard, 2018 og Jacobsen, 2015).

Kvale og Brinkmann (2009) sier at metodologiske beslutninger må tas underveis i intervjuet. For hvert nytt tema begynte jeg med et åpent introduksjonsspørsmål. I tillegg brukte jeg oppfølgingsspørsmål, inngående spørsmål, spesifiserende spørsmål, direkte spørsmål og taushet etter som det passet seg i situasjonen (figur 3). Hvis informantene «snakket seg bort» brukte jeg en sjelden gang strukturerende spørsmål for å hente dem inn ved for eksempel å si at «det du snakker om nå kommer vi inn på litt senere, men fortell gjerne litt mer om...». Jeg var imidlertid måteholden med bruken av slik korrigerende fordi mange av temaområdene henger sammen og stadige avbrytelser i deres assosiasjonsmønstre kunne ført til at nyansene gikk tapt. Etter at informantene hadde avsluttet noen skildringer stilte jeg fortolkende spørsmål gjennom oppsummering med egne ord for å forsikre meg om at jeg hadde forstått dem riktig. Hvis jeg hadde feiltolket, gav dette informantene en mulighet til å forklare på nytt.

Introduksjonsspørsmål

- Åpne, innledende spørsmål som gir informanten mulighet til å gi rike, subjektive skildringer av et fenomen. Eks: "Kan du si noe om..?" "Hva er dine erfaring med...?"

Oppfølgingsspørsmål

- Intervjueren oppfordrer til utdyping av et svar gjennom kroppsspråk (nikk, "mm") eller gjennom gjentakelse av viktige ord

Inngående spørsmål

- Intervjuer følger opp svaret uten å signalisere hvilke dimensjoner som skal tas hensyn til. Eks: "Kan du si noe mer om det?" "Har du eksempler dette?"

Spesifiserende spørsmål

- Intervjuer kan be om mer presise beskrivelser dersom svaret er av generell karakter. Eks: "Hvordan gav dette seg utslag helt konkret for deg?" "Hva tenkte du da?"

Direkte spørsmål

- Intervjuer introduserer et emne eller en dimensjon etter at informanten har gitt en beskrivelse av et fenomen. Eks: "Den støtten du savnet, tenker du da på emosjonell støtte eller praktisk støtte?"

Strukturerende spørsmål

- Intervjuer er ansvarlig for hvilken retning intervjuet tar og når et emne skal avsluttes, og kan avbryte informanten på en høflig måte ved lange svar som er irrelevante for forskningsfokus.

Taushet

- Pauser skaper rom for refleksjon. Ved å tillate pauser skapes rom for nye dimensjoner ved at informanten får anledning til å selv bryte tausheten med viktig informasjon

Fortolkende spørsmål

- Intervjuer omformulerer eller fortolker svaret. Kan benyttes for å oppsummere, avklare at intervjuer har forstått budskap eller avklare misforståelser. Eks: "Er det riktig å si at...?" "Tenker du at dette handler om...?"

Figur 3 Oversikt over hvilke spørreteknikker jeg brukte under intervjuene. Fritt etter Kvale og Brinkmanns redegjørelse for ulike typer intervju spørsmål (Kvale og Brinkmann (2009), side 147-148

Jeg brukte det Kvale og Brinkmann (2009) kaller «bevisst naivitet» i mange situasjoner for å være sikker på at det ikke var egne erfaringer som farget min fortolkning. For å kunne ta metodologiske beslutninger i forhold til hva som skal følges opp videre og på hvilken måte det skal følges opp, er det viktig at intervjuer behersker aktiv lytting. Aktiv lytting innebærer at intervjuer er oppmerksom på hva som sies og hvordan det sies, og samtidig utviser en sensitivitet for hvilke temaer som ikke skal følges opp for å unngå etiske krenkelser (Kvale og Brinkmann, 2009).

Jacobsen (2015) anbefaler at kvalitative intervjuer varer fra halvannen til to timer. Ved korte intervjuer risikerer man å ikke oppnå dybdekunnskap og etter to timer er det fare for at begge parter er utslitt. Før jeg gikk i gang med intervju prosessen gjorde jeg et pilotintervju på min leder. Dette gav meg mulighet til å forbedre formuleringen på spørsmål som var uklare samtidig som jeg fikk testet relevans og varighet. Mine intervju hadde en varighet på mellom 1 time og 18 minutter til 1 time og 54 minutter (gjennomsnittlig 1 time og 36 minutter).

Intervju kan gjennomføres ansikt-til-ansikt, per telefon, via skype og gjennom chat eller e-post, og det vil være fordeler og ulemper ved alle metodene (Jacobsen, 2015). Som jordmor har jeg lang erfaring og teoretisk kunnskap om ulike kommunikasjonteknikker og hvordan de best anvendes i ulike situasjoner og ved ulike formål. Jeg har lært meg å tyde den nonverbale kommunikasjonen og bruker dette aktivt i jobbsammenheng. Profesjonelle i helsesektoren har ofte god kommunikasjonskompetanse som kan bidra til en fortrolig og åpen atmosfære i intervjusituasjonen (Thagaard, 2018). Denne verdifulle fordelten ønsket jeg å benytte meg av ved å gjennomføre intervjuene ansikt-til-ansikt. Fysiske intervju bedrer også forutsetningene for god flyt i dialogen og intervjuers observasjonsmulighet og dermed kontroll over intervjusituasjonen (Jacobsen, 2015). Ulempen med fysiske intervju er at de kan være kostbare å gjennomføre og vanskelige å planlegge (Jacobsen, 2015). Informantene i utvalget bodde i ulike byer og var i full jobb. Corona-situasjonen medførte en ekstra utfordring. En annen ulempe er at informantenes svar kan være påvirket av intervjuer (kap 5.2.5).

Jeg intervjuet 7 av 8 informanter ansikt-til-ansikt. For at informantene skulle være i en trygg og kjent atmosfære i intervjusituasjonen, fikk de velge hvor og når intervjuet skulle finne sted. Intervjuene ble gjennomført i Tromsø, Narvik og Harstad. Av hensyn til smittevern benyttet vi lokaler som var store nok til at avstandsreglene kunne overholdes. I tillegg til forebyggende tiltak som bruk av munnbind, god håndhygiene og sosial distansering, testet jeg meg for Covid-19 før intervjuene. Ett intervju foregikk på Skype etter ønske fra informanten. Bilde- og lyd kvalitet var god, og jeg opplevde at informanten var åpen og tillitsfull selv om vi ikke hadde et fysisk møte.

Bruk av lydopptaker bidrar til at viktig informasjon ikke går tapt fordi intervjuer frigjøres til å fokusere på informantens nonverbale kommunikasjon samtidig som alt som sies blir bevart (Thagaard, 2018). Jacobsen (2015) påpeker at bruk av lydopptaker kan for noen være hemmende. Jeg benyttet meg av lydopptaker, og opplevde at informantene var åpne, trygge og fortrolige i intervjusituasjonen. Før opptakets start kontrollerte jeg at diktafonen fungerte. I tillegg til lydopptak tok jeg notater. Informantenes navn ble erstattet med koder i lydopptaket og senere i transkriberingen. Der jeg brukte informantens navn i samtalen ble dette anonymisert i transkriberingen.

I kvalitative intervjuer er det intervjuer selv som er verktøyet og resultatet er dermed direkte knyttet til intervjuerens bakgrunnskunnskap, personlig integritet og

kommunikasjonsferdigheter. Kvale og Brinkmann (2009) har definert noen kvalifikasjonskriterier for intervjueren (figur 4). Disse har jeg etterlevd i forberedelse til- og gjennomføring av intervjuene. Jeg opplevde økende grad av mestring innenfor de ulike områdene ettersom jeg fikk mer erfaring. Jeg gav eksempelvis suksessivt mer informasjon til informantene før intervjuet startet (strukturere), fant det lettere å styre informantene tilbake til temaet (styrende) og var også litt mer kritisk etter hvert som datagrunnlaget økte.

Kunnskapsrik

- God bakgrunnskunnskap om emnet og vet hvilke opplysninger som bør følges opp

Strukturere

- Gjør klart formålet, fremgangsmåte, avrunder med hva man har lært/forstått, åpner for spørsmål

Klar

- Stiller klare og enkle spørsmål uten faglig sjargong

Vennlig

- Lar informant snakke ut, tillater pauser, er avslappet, viser aksept for kontroversielle ytringer og følsomme temaer

Følsom

- Lytter aktivt og legger merke til hva som blir sagt, hvordan det blir sagt og det som ikke blir sagt. Legger merke til når et emne blir for følsomt til å forfølges

Åpen

- Plukker opp hva som er viktig for informanten og er åpen for introduksjon av nye dimensjoner

Styrende

- Kjenner formålet ved intervjuet og tar kontroll over samtalen ved behov

Kritisk

- Stiller kritiske spørsmål for å teste gyldighet og pålitelighet

Erindrende

- Husker hva informanten har sagt og kan anvende dette på ulike tidspunkter under intervjuet

Tolkende

- Klargjør og utdyper mening underveis i intervjuet. Gir fortolkninger som kan bekreftes eller avkreftes av informanten

Figur 4 Fritt etter Kvale og Brinkmanns liste over kvalifikasjonskriterier for intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2009) side 177-178

5.2.3 Inklusjonskriterier og utvelgelse av informanter

Ettersom de fleste lederne i UNN har klinisk profesjonsbakgrunn har jeg valgt å utforske årsaker til turnover blant denne gruppen. Richardsen og Matthiesen (2013) knytter rollestress til personalledelse. Et av inklusjonskriteriene var derfor at de hadde personalansvar. Mellomledernivå var et annet inklusjonskriterium. Rollekonflikt, krysspress, begrenset jobbautonomi og handlingsrom er faktorer som er assosiert med mellomlederrollen

(Mintzberg, 1989, Torjesen mfl, 2011, Solberg mfl, 2013, Hippe og Trygstad, 2012). I tillegg til at jeg har gjort en avgrensning i kontekst (UNN), har jeg gjort en avgrensning i *tid* før jeg rekrutterte informanter. Alle i utvalget har vært mellomledere i UNN etter at sykehusreformen med sine endrede styringspremisser trådte i kraft, og etter strukturelle endringer internt i UNN. Tanken bak denne avgrensingen var at både kontekst, rammebetingelser og ansvarsområder skulle være sammenfallende. En avgrensning av tid og rom vil gi detaljerte og virkelighetsnære beskrivelser som danner et godt grunnlag for utvikling av nye teorier og hypoteser (Jacobsen, 2015).

Jeg ønsket i utgangspunktet å intervju mellomledere fra ulike mellomledernivå fra alle de tre sykehusene i UNN, og maksimum 12 informanter totalt. Kommunikasjonsavdelingen ved UNN var behjelpelig med å sende ut invitasjon til nåværende ledere via e-post, som igjen fikk i oppgave å videreformidle til tidligere ledere. Kandidatene ble bedt om å ta kontakt direkte med meg, slik at anonymiteten ble ivaretatt.

Etter at invitasjonen var sendt ut, fikk jeg rask respons fra 7 stykker som møtte inklusjonskriteriene, men bare fra to av de tre sykehusene i UNN. Jeg oppsøkte selv en tidligere mellomleder ved det tredje sykehuset og spurte om jeg kunne sende en invitasjon, noe det ble samtykket til. Jeg hadde ingen tilknytning til vedkommende eller formening om hvorfor vedkommende hadde sluttet. Denne personen ble inkludert i studien. To mulige kandidater ble ikke inkludert. Den ene hadde sluttet for over 10 år siden og den andre var bare i permisjon fra lederjobben. I samråd med veileder besluttet jeg å avvente rekruttering av flere informanter til jeg hadde fått oversikt over datamaterialet. Når datamaterialet var gjennomgått og transkribert, satt jeg med et datagrunnlag på over 90 000 ord og et solid grunnlag for dataanalyse. Ytterligere informanter ble derfor ikke rekruttert.

Informantene fikk kontaktopplysninger fra meg og tilbud om å ta kontakt dersom de hadde spørsmål utover de opplysninger som var oppgitt i invitasjonen. Jeg hadde kommunikasjon med samtlige informanter per e-post eller telefon og avtalte plan for ny kontakt etter at godkjenning fra NSD forelå. Etter godkjenning ble samtykkeskjema med informasjon om studien sendt til alle, slik at de skulle få god tid til å lese igjennom før signering. Jeg sendte så ut alternative datoer for gjennomføring av intervju, og informantene satte seg opp på tidspunkt som passet for dem.

5.2.4 Utvalget

Jeg gjennomførte dybdeintervju med seks menn og to kvinner. 3 var leger, 3 var sykepleiere, 1 var psykologspesialist og 1 var bioingeniør. 4 hadde jobbet som seksjonsledere og fire hadde jobbet som avdelingsledere. Ingen av kandidatene var enhetsledere. Dette kan dreie seg om at ikke alle enhetsledere har personalansvar, og at mange klinikker har seksjonsledere som laveste ledernivå. Intervjupersonene var mellom 30 og 53 år da de ble ledere, og hadde jobbet fra 6 til 20 år som klinikere før de ble ledere.

De fleste ble oppfordret til å søke eller forespurt/konstituert før de søkte på lederstillingen. Bare 2 søkte på lederstillingen av eget initiativ. Alle hadde en viss kjennskap til ledelse fra før, enten indirekte gjennom tillitsverv eller direkte gjennom personlig erfaring med ledelse utenfor spesialisthelsetjenesten. Halvparten gjennomførte lederopplæring da de startet. 1 fikk tilbud, men hadde ikke tid, 1 kunne fått, men ønsket ikke og 2 fikk ikke tilbud og gjennomførte heller ikke lederopplæring. I løpet av den tiden de var ledere tok 2 et internt lederutviklingsprogram, 1 tok et eksternt lederutviklingsprogram, 2 tok master i helseledelse og 2 deltok ikke på lederutviklingsprogram. Informantene satt i lederstillingene mellom 2 og 6 år. 5 av informantene har gått tilbake til klinisk arbeid, mens 3 jobber innenfor ledelse i andre organisasjoner. Opplysninger om utvalget er oppsummert i tabell 2.

Utvalget		Oppsummert
Kjønn	6 menn, 2 kvinner	
Profesjonsbakgrunn	3 leger, 3 sykepleiere, 1 psykolog spesialist, 1 bioingeniør	Leger:3 Sykepleiere: 3 Annet: 2
Ledernivå	4 seksjonsledere, 4 avdelingsledere	50/50 seksjonsledere og avdelingsledere
Alder da de ble ledere	30, 32, 35, 37, 39, 43, 46, 53	Mellom 30-53 år
Klinisk fartstid før ledelse	6, 9, 9, 10, 10, 14, 20+ (2 stk)	Fra 6 til over 20 år
Lederkompetanse	Praktisk: Tillitsverv (3), assisterende (2), årsstudie HR, militær (2), kommunal ledelse, leder på lavere nivå	Alle hadde praktisk erfaring med ledelse, enten indirekte gjennom tillitsverv eller direkte gjennom ledelse utenfor spesialisthelsetjenesten
Hvorfor/hvordan de ble ledere	Oppfordret til å søke (3), Søkte (2), forespurt («tar en for laget»), forespurt/konstituert og så søkt, forespurt («det var min tur/tok en for laget»)	6 ble oppfordret/forespurt 2 søkte på eget initiativ
Lederopplæring ved oppstart	Nei (2), ja (4), fått tilbud, men ikke prioritert/ønsket (2)	Halvparten fikk lederopplæring. 1 fikk tilbud, men hadde ikke tid, 1 kunne fått, men ønsket ikke og 2 fikk ikke tilbud og gjennomførte heller ikke opplæring.
Kurs/lederutdanning gjennom UNN på senere tidspunkt	PULS (3), 3 mnd nasjonalt topplederprogram, master i helseledelse (2)	3 tok et internt lederutviklingsprogram (PULS), 1 tok et eksternt lederutviklingsprogram, 2 tok master i helseledelse, 1 ønsket ikke
Hvor mange år var de ledere	2, 3, 3, 3, 4, 5, 6, 6	Mellom 2 og 6 år
Personalansvar for antall ansatte	20, 24, 24-30, 34, 56, 60, 70, 75	Mellom 20 og 75
Hva gjør de i dag	Jobber klinisk (4), jobber klinisk, men har noen lederoppgaver, administrativ ledelse, strategisk ledelse utenfor spesialisthelsetjenesten, produksjef	5 jobber klinisk og 3 jobber innenfor annen ledelse (administrativt, strategisk og produkt)

Tabell 2 Opplysninger om utvalget

5.2.5 Reliabilitet og validitet

Kritikere av kvalitativ metode vil stille spørsmålstegn ved grunnlaget for gyldighet og mulighet for generalisering ettersom datautviklingen baserer seg på subjektive erfaringer fra få intervjupersoner (Kvale og Brinkmann, 2009). Videre vil noen hevde at kvalitativ datautvikling og dataanalyse er for personavhengig, noe som kan svekke forskningsresultatenes troverdighet (Kvale og Brinkmann, 2009). Forskerens må ha kunnskap om fordeler og ulemper ved metodevalg, og god innsikt i seg selv som verktøy gjennom hele forskningsprosessen for å motvirke mulige fallgruver.

Studiens grad av reliabilitet handler om hvorvidt individuelle og metodologiske forhold påvirker påliteligheten (Jacobsen, 2015). Intervjuereffekten handler om hvordan intervjuer påvirker svarene som produseres gjennom egen verbal og nonverbal tilbakemelding, og undersøkelseeffekten dreier seg om hvilken påvirkning tema og setting har (Jacobsen, 2015). For å begrense intervjuereffekten var jeg bevisst på egne nonverbale signaler og lot informantene snakke ut før jeg eventuelt kom med egen fortolkning/oppsummering. For å begrense undersøkelseeffekten lot jeg informantene velge tid og sted for intervjuene. I tillegg hadde jeg en åpen og balansert tilnærming til mulige positive og negative dimensjoner ved mellomlederposisjonen, samtidig som jeg har et erkjent forhold til egen erfaring med tematikk og kontekst.

Hvor transparent forskeren har vært i valg av problemstilling, metodevalg, datainnsamling og dataanalyse er også med på å styrke eller svekke studiens reliabilitet (Jacobsen, 2015). Datamaterialet er stort, noe som kan komplisere fortolkning og kategorisering av data. Ved stor kompleksitet i rådata kan forskeren ubevisst overse eller sile informasjon (Jacobsen, 2015). Jeg har tidligere redegjort for disse ulike områdene så presist som mulig.

I en kvalitativ undersøkelse gir det begrensede utvalget grunnlag for å stille spørsmålstegn ved validitet, eller hvor gyldige funnene er. Ved casestudier er ofte den eksterne gyldigheten lav (Jacobsen, 2015). Jeg har vært tydelig på at denne studiens formål er å undersøke fenomenet innenfor en gitt kontekst. Alle landets sykehus er eid av staten og har dermed de samme ytre rammebetingelsene, noe som kan gjøre funnene overførbare til andre sammenlignbare kontekster. De indre rammebetingelsene vil imidlertid variere noe fra sykehus til sykehus. Mer forskning innenfor andre kontekster kreves for å si noe om fenomenet på generelt grunnlag, for eksempel gjennom sammenlignende casestudier.

Ved casestudier anses den interne gyldigheten som høy (Jacobsen, 2015). Dersom datafunnene samsvarer med tidligere forskning og teori kan dette styrke gyldigheten (Jacobsen, 2015). Uventede eller nye funn kan både være et tegn på at svakhet i metode eller en indikasjon på at det finnes for lite forskning av fenomenet.

5.2.6 Etske overveielser

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) skal godkjenne all forskning (vedlegg 1) som medfører innhenting, lagring og/eller fremstilling av personlige opplysninger (Thagaard, 2018). Forskningsetiske retningslinjer ligger til grunn for deres behandling av søknaden, men forskeren skal selv foreta etiske overveielser gjennom hele forskningsprosessen, og er forpliktet til å ivareta ulike forskningsetiske krav. Jeg søkte også til kvalitet- og forskningsavdelingen i UNN og fikk godkjent studien.

Helt sentralt er kravet om *informert samtykke* (Jacobsen, 2015). Deltakelse er basert på frivillighet og informantene skal være informert om muligheten til å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt, -uten konsekvenser og uten å måtte forklare hvorfor (Jacobsen, 2015). Dette var skriftliggjort i samtykkeskjemaet (vedlegg 2) og gjentatt muntlig.

Informantene har *krav på å bli gjengitt korrekt* (Jacobsen, 2015). Som tidligere beskrevet har jeg etterlevd dette i presentasjon av funn og i dataanalysen.

Videre har informantene *krav til privatliv* (Jacobsen, 2015). Sensitive og private opplysninger som kan føre til brudd på anonymiteten kan true ivaretagelsen av dette kravet, som skal ivaretas både i prosess og presentasjon (Thagaard, 2018). I datamaterialet erstattet jeg navn med koder og i presentasjon av funn/ sitater har jeg brukt pseudonymer for å ivareta anonymitet. Datamaterialet slettes ved innlevering av oppgaven. Noen informanter uttrykte bekymring for hvordan jeg skulle klare å ivareta anonymiteten. De fikk derfor tilbud om å lese igjennom sitater, og dette ble gjennomført.

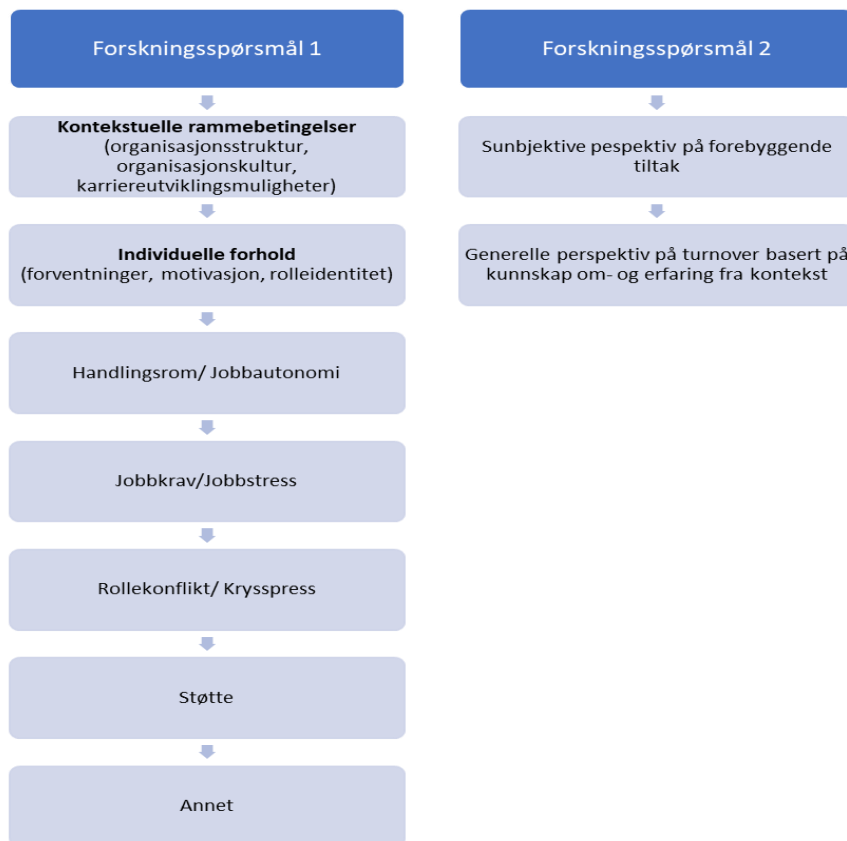
Informantenes integritet, verdighet og selvbilde skal ikke forringes i intervjusituasjonen eller i etterkant (Thagaard, 2018). Dette handler både om intervjuers mellommenneskelige og etiske grunnholdning og det at noen ganger deler informantene sensitiv informasjon som de senere angres på. Jeg utviste stor forsiktighet dersom sensitive områder ble berørt i samtalene slik at informantene ikke skulle oppleve press. Jeg fikk inntrykk av at informantene satt igjen med en positiv opplevelse etter intervjuene.

Forskningsarbeid i egen organisasjon kan gi forskningsetiske utfordringer dersom forskeren sensurerer organisasjonskritiske synspunkter av lojalitetshensyn (Jacobsen, 2015). Som nevnt har jeg sterk lojalitet til UNN, og jeg reflekterte over hvordan eventuell kritikk av UNN ville mottas. Jeg tok derfor kontakt med personalavdelingen og drøftet forskningstema svært tidlig i prosessen. Personalavdelingen var udelt positiv til alle funn som kunne være et bidrag i deres arbeid med å rekruttere og beholde ledere.

5.3 Analyse

Etter intervjuene laget jeg en kort oppsummering av hovedpunkter og hva essensen av det jeg satte igjen med var. Jeg noterte tidsbruk, hvordan jeg oppfattet relasjon med informant, i hvor stor grad jeg fulgte intervjuguide og forbedringsområder til neste intervju. Jeg valgte å fortløpende transkribere lydopptakene i sin helhet. Dette letter analysen og bruk av sitater samtidig som det gir mulighet for kontroll av rådata (Jacobsen, 2015 og Thagaard, 2018). Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at nonverbale uttrykk ikke fremkommer i transkriberingen. Jeg forsøkte å fange opp atmosfæren når jeg transkriberte ved å legge til egne beskrivende kommentarer i parentes. Eksempler på dette var «ler høyt gjentatte ganger mens han svarer», «blir stille en god stund» og «svarer kontant før spørsmålet er ferdig stilt». Jeg opplevde dette som en god hjelp for å huske situasjonene. Selv om transkriberingen er gjort ordrett, har jeg i sitatene tatt vekk småord som ikke påvirker budskap eller innhold. Dette er gjort fordi muntlig tale skiller seg fra skriftspråket. Ved ordrett gjengivelse av muntlig språk i sitater kan man komme til å krenke informantene (Jacobsen, 2015).

Når jeg utforsket primærdata var jeg både på utkikk etter informasjon som skilte seg ut og informasjon som gikk igjen. Informasjon som presenteres som et funn bør være meningsfulle for flere enn ett menneske (Jacobsen, 2015). I analysen tok jeg utgangspunkt i forskningsspørsmålene og de pre-kategoriserte områdene og «annet» (figur 5). Datamaterialet avdekket ingen områder utover de som var identifisert som mulige årsaksforhold.



Figur 5 Kategorisering av data i dataanalysen

Ettersom datamaterialet var stort, besluttet jeg å jobbe elektronisk med de transkriberte intervjuene. Jeg brukte ulike fargekoder og markerte tekst etter hvilken kategori de tilhørte. Teksten ble så kopiert inn i et nytt dokument innenfor kategoriene og informantens navnekode ble satt i parentes bak teksten. På denne måten fikk jeg oversikt over hvor mange som hadde lignende uttalelser. En slik kategorisering krever en teoretisk fortolkning av uttalelser. Jeg var derfor nøye med å ikke ta ting ut av sammenheng, da dette kan medføre at budskapet mistolkes.

Grunnlaget for overførbarhet innenfor samme kontekst er best ved sammenfallende funn, men delvis sammenfallende funn kan også gi mulighet for teoretisering (Jacobsen, 2015). Hvor mange som deler mening og hvor viktig dette var for dem vil da ha betydning for intern gyldighet (Jacobsen, 2015). Ved store ulikheter blir grunnlaget for teoretisering av fenomenet dårlig. Det kan imidlertid indikere at forebygging av turnover ikke handler om kontekst eller mellomlederes betingelser, men om å finne «de riktige» lederkandidatene. Dette vil også være et viktig funn.

Etter kategorisering av data gjorde jeg en fortolkning av hva de ulike dataene dreide seg om. For å forstå essensen av de ulike områdene individuelt og i sammenheng med hverandre hadde jeg fokus på *hvem* som sa *hva*, *hvor ofte* de sa det, *hvordan-* og *i hvilken sammenheng* de sa det. I dataanalysen kan forskeren se på sammenhenger utover fenomenet som studeres (Jacobsen, 2015). Jeg lette etter sammenhenger innenfor kjønn, alder, nivåplassering, antall år som leder, fagprofesjon, lederkompetanse og geografisk plassering. Evne til kritisk refleksjon er viktig ved analyse av data. I analysearbeidet stilte jeg meg selv spørsmål som: «Er jeg sikker på at dette er representativt for utvalget?» og «Hvorfor er jeg sikker på det?».

Videre så jeg på funnene opp mot tidligere forskning og teori og gjorde en vurdering på hvorvidt det var samsvar eller avvik og hva dette eventuelt kunne skyldes. Kapittel 6 «Forskningsfunn og egen tolkning av data» ble sendt til informanter etter avtale for verifisering av funn og for å få bekreftet at de var tilfredse med anonymisering. Jeg mottok ingen innvendinger, noe som styrker studiens reliabilitet.

6 Funn og forståelse

Jeg skal nå presentere funn knyttet opp mot forskningsspørsmålene og min forståelse av disse funnene.

6.1 Hvorfor mellomledere i spesialisthelsetjenesten slutter som ledere

Forskningsspørsmålet som lå til grunn for dybdeforståelse av årsakene til turnover blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten var:

«Hvilke faktorer har hatt betydning for turnover blant tidligere mellomledere i UNN?»

Når jeg vektla faktorer for frivillig turnover som var oppgitt av mer enn én informant, utkrystalliserte følgende funn seg:

- Jobbkraav/Jobbstress
- Mangel på støtte
- Karriereskifte

Av disse vil hovedfokus i redegjørelsen ligge på jobbstress/jobbkraav og mangel på støtte, da karrierebyttet omtales som «tilfeldig» av informantene.

Samtidig formidler informantene indirekte årsaksforhold som ikke bidro til at de ønsket å *fortsette* som mellomledere. Disse indirekte årsakene dreiser seg om rolleidentitet, rollestress, og begrenset økonomisk handlingsrom. Ettersom mellomlederens kontrollspenn er bredt og komplekst, vil noen områder overlape hverandre til en viss grad. Tabell 3 gir en oversikt over hovedårsaker og medvirkende årsaker til at de sluttet.

Kandidat	Hovedårsak	Andre faktorer	Profesjon	Nivå
Rune	JobbkraV/Jobbstress (ekstrem-jobb)	Mangel på støtte, Rollestress	Sykepleier	seksjonsleder
Stine	Mangel på støtte	Dårlig arbeidsmiljø, jobbkraV/jobbstress	Sykepleier	avdelingsleder
Henning	JobbkraV/ Jobbstress (ekstrem-jobb)	Rolleidentitet	Lege	avdelingsleder
Tor	Karrierebytte		Sykepleier	seksjonsleder
Håkon	JobbkraV	Rolleidentitet	Lege	avdelingsleder
Marius	Karrierebytte	Rollekonflikt, økonomisk handlingsrom	Bioingeniør	seksjonsleder
Ane	1. Jobbstress (kjedelig) 2. JobbkraV (ekstrem-jobb) 3. Handlingsrom 4. Rolleidentitet	Mangel på støtte	Lege	avdelingsleder
Tobias	Mangel på støtte		Psykolog	seksjonsleder

Tabell 3 Årsaker til at utvalget sluttet som mellomledere

6.1.1 JobbkraV/jobbstress

Halvparten av informantene anga jobbkraV og/eller jobbstress som hovedårsak til at de sluttet som mellomledere. Fem områder blir av informantene fremstilt som særlig krevende: arbeidsmengde, uforutsigbarhet i arbeidshverdagen, arbeidets art, oppgaver som overgår kompetansenivå og opplevelse av ensomhet/alenefølelse i jobbutførelsen. For liten tid og for mange administrative oppgaver kunne i tillegg føre til at ivaretagelse av personalgruppen og

pasientrettet kvalitetsarbeid ble skadelidende. Mange av informantene erfarte også en rekke negative følger av jobbkrav og jobbstress, men ikke alle. Noen informanter anga lavere stressrespons til tross for at de også hadde høye jobbkrav. Jeg vil nå presentere datafunnene ut fra de identifiserte områdene.

6.1.1.1 Arbeidsmengde

Alle informantene opplevde arbeidsmengden som stor, og de fleste mente at belastningen var *for* stor. Det var ingen tydelig sammenheng mellom opplevelse av stor arbeidsmengde og nivå plassering, men flere av intervjupersonene mente at kontrollspennet i personalgruppen hadde betydning for opplevd arbeidsbelastning:

«Dess flere ansatte du har, dess flere henvendelser får du jo. For hver enkelt ansatt har jo et eller annet de lurer på, naturlig nok. Og det vil påvirke arbeidsmengden fordi du får flere henvendelser i løpet av dagen» (Tobias).

To informanter opplevde arbeidsbelastningen som ekstrem, og oppgav dette som hovedårsak til at de sluttet som mellomledere:

«For meg, jeg følte at det ble for mye for et menneske. For jeg var fullstendig alene i den stillingen. Det var nok det i all hovedsak. At det ble for mye» (Rune).

«Jeg visste jo at det kom til å bli et vanvittig kjøør, så jeg sa at jeg skulle ha en tidsbegrenset stilling på 4 år. Jeg gjorde det fordi at det var en helt ekstrem jobb. Så jeg visste at 4 år, det skal jeg klare. Altså, det var bare å stå sette seg og bare kjøre på og ikke ta hensyn til noe som helst, men bare få jobben gjort» (Henning).

De fleste beskriver en arbeidshverdag med en overveldende mengde arbeidsoppgaver og for liten tid til å ivareta disse innenfor ordinær arbeidstid. For mange medførte dette kvelds- og helgearbeid i tillegg til overtid i ukedagene. To av informantene jobbet bare unntaksvis utover ordinær arbeidstid, to jobbet mellom 40 og 45 timer i uken, tre jobbet minst 50 timer i uken og en jobbet i gjennomsnitt 70 timer i uken. De fleste hadde en forventning og aksept for at økt arbeidsmengde er noe som følger med lederjobben, eller som en av informantene sa:

«Jeg tror ingen leder kan forvente at det blir innenfor ordinær arbeidstid» (Håkon).

Datafunnene viser at majoriteten i utvalget hadde en arbeidsbelastning som tilsvarer det Buchanan mfl (2013) definerer som «ekstrem». Samtlige hadde en forventning om at

lederposisjonen ville medføre større jobbkraav, og flere trakk paralleller mellom arbeidsmengde og hvor mange de hadde personalansvar for.

6.1.1.2 Uforutsigbarhet i arbeidshverdagen

Møtevirksomhet er en naturlig del av arbeidshverdagen til ledere. I spesialisthelsetjenesten er god forankring og inkludering viktig for å få kunnskapsarbeiderne med på både endringsprosesser og ved implementering av kvalitetsforbedrende tiltak. Samarbeid på tvers av fagområder og geografisk spredning bidrar også til økt behov for tett dialog. Stine opplevde at mengden av møter gjorde at hun ikke styrte dagen sin selv:

«Jeg hadde i hvert fall ikke en følelse av at jeg styrte arbeidsdagene mine selv i den forstand at det var jo utrolig mye møtevirksomhet».

En annen opplevde at det var unødvendig mange møter som tok for mye tid av arbeidshverdagen:

«Det brukes masse, masse energi på møtevirksomhet og arbeidsprosesser og grupper og ledermøter som på en måte forsinker noe som er uunngåelig på et vis. Det er liksom sånn at alle skal gå i takt og alle skal være på samme mentale nivå før man gjennomfører ting. Man skal i hvert fall prøve på det. Og det er, det er krevende. Og det er mye frustrasjon. Det er mye forbannelse. Det er mye irritasjon. Det er, ja, det er friksjon hele veien» (Henning).

Høyt sykefravær og ubesatte driftsfunksjoner førte til at enkelte ledere måtte gå inn som klinikere i driften selv, eller at de måtte bruke mye tid i hverdagen til å omdisponere ressurser og/eller leie inn ekstra personell. Noen av informantene opplevde denne uforutsigbarheten som spesielt krevende, også på grunn av balansegangen mellom økonomi, forsvarlighet og kvalitet som må ligge til grunn for vurderingen av innleie ved sykefravær. Marius sa det på denne måten:

«Så var det jo konstant sykefravær. Det var aldri en dag uten at det var minst en oppgave ubetjent, ikke sant. Og sånn var det jo hele veien. (...) Det er noe med når man over tid har den følelsen av at det aldri er akkurat nok folk til å ta unna på en ordentlig god måte, -det er litt sånn haltende på de fleste områder. Og hele tiden lete med lys og lykter etter hvor man kan spare penger. Det er en ting som ikke motiverer i hvert fall til å bli i den jobben når man har andre muligheter».

En av informantene som hadde totallønnsavtale valgte å gå inn i driften som kliniker selv både fordi det ikke kostet organisasjonen noe og fordi det var en rask og enkel løsning på driftsproblemet der og da.

Informantene hadde stor aksept for å stille seg tilgjengelig på fritiden. En av dem sa:

«Det er sikkert noen som med enkelhet sier at de bare legger bort telefonen, men det gjorde ikke jeg fordi jeg ville være til stede hvis det var spesielle ting som skjedde. Jeg mente det var mitt ansvar» (Tor).

En annen sa:

«Det så jeg egentlig på som en del av jobben. Hvis det skjer noe, så må man bidra» (Marius). Andre opplevde det å bli kontaktet på fritiden som gradvis mer belastende: «Til å begynne med var det som sagt OK, men etter hvert var det ikke greit» (Stine).

En av intervjupersonene som i utgangspunktet hadde stor tilstedeværelse på jobb og jobbet mer enn 50 timers arbeidsuke opplevde det å bli kontaktet på fritiden som krevende og sa:

«Nei, det synes jeg var kjempevanskelig. Jeg er ikke så veldig glad i å få overraskelser på den måten. Jeg har alltid vært sann at jeg ikke har hjemmekontor, -aldri hatt VPN. Når jeg har fri, så vil jeg gjerne ha fri» (Ane).

Vi ser her at mye møtevirksomhet, sykefravær, stadige justeringer for å kunne ivareta forsvarlig drift samt behov for å være tilgjengelig utover ordinær arbeidstid var faktorer som bidro til en uforutsigbarhet både i arbeidshverdagen og i privatlivet. Det Stine sier om at en slik uforutsigbarhet blir mer krevende jo lengre tid det pågår er essensielt. Det understreker hvor viktig det er med mer forutsigbarhet i perioder for å ha mulighet til å hente seg inn. Det var aksept for å avvikle avspasering, men mange fortalte at dette måtte tilpasses drift, og at det i praksis kunne være vanskelig å få til.

6.1.1.3 Arbeidets art

Alle informantene hadde stor bredde i ansvarsområder. Alle hadde ansvar for drift, fag og personell, og de fleste hadde økonomiansvar. Innenfor de ulike områdene var det relativt store ulikheter i forhold til hvor den største belastningen lå. Det varierte også hvor mange fagområder de ulike hadde ansvar for. Ledelse ved enkelte seksjoner medførte fagansvar for hele fem fagområder. Kontrollspennet innenfor personalansvar varierte fra 20-75 ansatte, og

de fleste hadde personalansvar for ansatte med ulik profesjonsbakgrunn. Dette viser at det er høy kompleksitet og relativt store variasjoner på arbeidets art for mellomledere i UNN, og kanskje også for spesialisthelsetjenesten generelt.

Felles for alle var at de opplevde kompliserte og krevende arbeidsoppgaver og prosesser, og at bredden av ansvarsområder kunne gjøre det vanskelig å gjøre en god jobb på alle områder. Henning uttrykte det på denne måten:

«Som leder i dag så har man jo ansvar for drift, for budsjett, for personal og for fagutvikling. Det er liksom de fire hovedpunktene man har ansvaret for (...) og hver enkelt av de delene er tidvis ganske krevende, sånn at i utgangspunktet er det de umuliges kunst og klare å levere på alle områdene».

En annen sa det slik:

«Ja, det er jo egentlig ganske krevende. Det er jo alvorlige ting du holder på med, - altså pasientbehandling. Og det er nesten ingen etater som er så sterkt regulert som helsetjenesten og vi har noen enorme krav på oss. «Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i Helse- og omsorgstjenesten», den er jo sånn at hvis du sitter som leder og leser den så kan du jo strengt tatt bli mørkeredd, for den er jo, den stiller noen enorme krav, -altså, du skal ha full kontroll fra A til Å. Og hvis noen går deg i kortene på den, så blir du tatt på noe. For det er håpløst å være fullstendig dekket i den» (Tor).

Når bredden av arbeidsoppgavene er stor, er det viktig at de digitale verktøyene fungerer hensiktsmessig. Men innføringen av New Public Management ble også prinsippene for styring og ledelse endret. I dagens spesialisthelsetjeneste har mellomledere en rekke verktøy som blant annet skal hjelpe dem med måloppnåelse, personalplanlegging, driftsplanlegging og kontroll av egen virksomhet. Informantene opplevde imidlertid at noen av verktøyene var til mer belastning enn hjelp. Tobias opplevde at verktøyet for måloppnåelse var en merbelastning i forhold til jobbkrav:

«Vi fikk en dialogavtale tredd nedover oss med en 30-40 punkter som vi skulle følge opp jevnlig. Det er helt urealistisk! Du har masse å gjøre i hverdagen, og så har du 30-40 punkter med større og mindre mål som du skal drive og jobbe med samtidig. Det er ikke gjennomførbart!»

En del av intervjupersonene støtter tanken bak noen av verktøyene, men opplever at de ikke er godt nok forankret på alle ledernivå. Som Tor sa om dialogavtalen:

«Jeg synes aldri man fikk implementert det godt på seksjonsnivå. (...) Der tror jeg man har en vei å gå, men jeg støtter den, jeg gjør det, -så lenge man klarer å gjøre det på en fornuftig måte».

Henning hadde noen refleksjoner omkring innføringen av New Public Management:

«En ting jeg kan si om innføringen av New Public Management kontra den gamle måten å lede på, det er nok at trenden har vært at man har erstattet tillit med kontroll. Det er selyfølgelig masse arbeid som bare genereres ved å kontrollere ting. Sånn at man får jo masse, masse ekstraarbeid på analysesiden i arbeidet sitt, for på en måte å rettferdiggjøre det man driver med, eller for å prøve å finne bedre måter å gjøre det på. Uten at jeg nødvendigvis er så sikker på at arbeidstrivsel eller arbeidseffektiviteten blir så mye bedre».

Selve opplevelsen av arbeidsoppgavenes innhold hadde for noen stor betydning for jobbglede, trivsel og opplevelse av verdiskapning. Tobias opplevde at en del av arbeidsoppgavene stjal fokus fra områder som han opplevde som viktigere og mer meningsfulle:

«Personlig synes jeg at vi brukte veldig mye tid på ting som ikke handler om hvordan vi skal gi pasienter god helsehjelp. (...) Det der med «leading by walking around», det har jeg definitivt troen på. Men problemet er at det blir for liten tid til det fordi det er så mange dokumentasjonskrav og det er så mye annet du er nødt til å gjøre som leder og som ikke er i nærheten av å være like meningsfylt og strengt tatt ikke like viktig heller».

Kjedelige, rutinepregede oppgaver kan også føre til jobbstress. Ane opplevde noen av de administrative oppgavene som så kjedelige at dette var hovedårsaken til at hun sluttet som leder:

«Altså, det var jo utrolig mer sånn kjedelig personal-administrativt enn jeg trodde. Alle papirene, alle datasystemene, -helt enormt mye! Det var en sånn ting som jeg syntes var utrolig kjedelig. Altså, skal jeg bare sitte og drive med disse dataprogrammene, jeg bare tenkte liksom at det er helt vilt at jeg skal bruke tiden min på dette her. (...) Alt det som jeg opplevde var rene sekretærfunksjoner. Dette er ikke

ledelse, det er bare å føre ting fra et ark og over i et annet. Det var litt for mye av jobben som var sånne oppgaver som jeg syntes var kjedelige rett og slett».

Videre sa hun:

«Du kan ikke putte en kjempeambisiøs person til å fylle ut skjemaer i årevis».

Funnene viser at for informantene handler arbeidets art om hvilke spesifikke arbeidsoppgaver og arbeidsprosesser som skal håndteres, hvilke(t) område som krever mest oppmerksomhet, hvilke verktøy som er tilgjengelig og hvor meningsfulle arbeidsoppgavene oppleves. Det kan synes som at bredden av ansvarsområder er for stor og at de verktøyene som skal lette arbeidsoppgavene ikke fungerer hensiktsmessig i praksis. Dette fører til at utøvelsen av ledelse som fag drukner i organisasjonens kontrollsystem, noe som igjen kan føre til at mellomledernes motivasjon svekkes. Utvalget anser den ytre konteksten eller rammebetingelsene som krevende, men nødvendig for å sikre kvalitet i tjenesten.

6.1.1.4 Oppgaver som overgår kompetansenivå

For informantene var ikke manglende kompetanse noe som ble vektet tungt når de fortalte om hva de opplevde som krevende med lederjobben. I det totale bildet tenker jeg at det likevel har betydning for graden av opplevd jobbkrav og jobbstress.

En informant opplevde at hun ble pålagt for mange store, omfattende administrative oppgaver. En annen synes det var bredden av forventet kompetanse var krevende. En tredje pekte på utfordringer knyttet til beslutningsmyndighet innenfor visse områder når han som leder hadde lavere klinisk kompetanse enn underordnede. En av informantene opplevde også at mangel på formell og praktisk endringskompetanse gjorde at omstillingsprosesser ble særlig krevende når det var forventet at hun skulle lede disse.

Ingen ledere kan vite «alt om alt» når ansvarsområdene er så store. Mulighet til å innhente kompetanse utenfra, samt mulighet og evne til å delegere vil derfor være av stor betydning for den totale belastningen som den enkelte opplever. Dette henger sammen med tilgang til støtte, som jeg kommer mer inn på i kapittel 6.1.3.

6.1.1.5 Jobbstress som en konsekvens av jobbkrav

Informantene beskriver en rekke negative konsekvenser av jobbkrav som fører til jobbstress. Rune forteller om hvordan arbeidsmengden førte til et stressnivå som påvirket han også når han hadde fri:

«Det var mye jobbverning. Jeg kunne våkne kjempetidlig og begynte å tenke på ting. At det må jeg få gjort noe med, og det, og det, og det, og det, og det. Fordi du har såpass mye, ikke sant? Arbeidsbelastningen var såpass stor at du var redd for å glemme ting. Det å huske på ting. Og det gjorde jo at jeg ble sliten. Jeg var kjempesliten på slutten fordi sakte, men sikkert, så tærer det på (...) Jeg tok jobben med meg hjem, og det påvirket meg veldig negativt».

Videre sier han at jobbstresset påvirket nattesøvn og var det som til slutt gjorde at han sluttet som leder:

«Helt konkret så tok det nattesøvn i stor grad. Jeg klarte liksom ikke å slappe av, og jeg gikk med et sånt kronisk stressnivå på slutten. Og det ble liksom mer og mer av det da. Til slutt så kommer du til et punkt hvor du ser at det ikke er verd det. Men det er noe med arbeidsmengden som er for stor».

En av informantene forteller at jobbstresset førte til at hun mistet humoren og var mye sint og irritert hjemme, og at dette nesten førte til samlivsbrudd. Hun forteller også at hun satt i bilen og gråt hver dag i 10 minutter før hun gikk inn på jobb. Hun beskriver hvordan dette påvirket helse og arbeidsevne på denne måten:

«Når jeg på en måte var klar for å sette mitt preg på ting, så ble de så mye, sannsynligvis fordi jeg var så sliten (...). Det ble mer og mer tunell syn og mindre og mindre oversikt egentlig. Fordi at jeg rett og slett var i ferd med å bli syk. Jeg ble jo sykemeldt et helt år fordi jeg ble utbrent. Og med bakgrunn sannsynligvis både i arbeidsmengde, -altså når du jobber 50 timer i uka over flere år er det jo ikke helsefremmende» (Stine).

En annen forteller at jobbstresset gradvis tok mer overhånd, og at kompenseringmekanismene etter hvert mistet effekt:

«De første årene, selv om jeg hadde ferie med masse jobbtelefoner, så var jeg på en måte oppladet igjen da jeg kom tilbake. Men jeg merket etter hvert at det der ebbet mer og mer ut. Det er vel rett og slett som et dårlig mobiltelefonbatteri. Til å begynne med tar det null tid å lade opp, og det har lang levetid. På slutten så var, batteriet var helt flatt. Altså jeg kunne ha fri, -jeg er sikker på at jeg kunne hatt fri i en måned, men etter tre timer på jobb igjen, så var jeg like tom. Jeg vil ikke bruke begrepet utbrent,

men jeg vil si det sånn at hvis jeg ikke hadde kommet meg ut av den lederjobben når jeg gjorde det, så hadde jeg møtt veggen totalt. Altså den effektiviteten, - arbeidseffektiviteten og kapasiteten ble dårligere og dårligere» (Henning).

Ane forteller at lederjobben tok så mye energi at det gikk ut over privatlivet:

«Jeg ble veldig sliten. Så det var jo også en sak som gjorde at jeg sluttet som leder. Fordi jeg følte at det tok hele livet mitt egentlig. Jeg hadde ikke krefter til å på en måte gå igjennom det der å skulle bli forelsket og involvere meg i et nytt menneske. Jeg hadde ikke plass til det. Jeg hadde ikke krefter til det i tillegg til den jobben».

For Tobias var det ivaretagelsen av familielivet som ble skadelidende:

«Når jeg kom hjem egentlig helt utslitt etter en dag på jobben, og kanskje jobbet ekstra og gått over og det har gått i ett hele dagen. Ikke hatt lunsjpause, og det har vært mange krevende ting å forholde seg til, så skal du da ha overskudd og energi til å være med ungene når du kommer hjem. Det var ikke bare-bare bestandig».

Jeg tolker datafunnene slik at jobben som mellomleder i UNN var for de fleste så utmattende at det gikk ut over privatliv og livskvalitet (Jobb-hjem-konflikt). Noen erfarte også at stressnivået gjorde at arbeidsevnen ble svekket.

6.1.1.6 Lavere grad av jobbstress til tross for høye jobbkra

Det er interessant å merke seg at ikke alle intervjupersonene opplevde samme grad av jobbstress. Marius opplevde at arbeidsmengden var håndterbar selv om det var mye å gjøre:

«For egen del, så hadde jeg følelsen av at det er mer enn nok å gjøre, men jeg hadde ikke nødvendigvis den at jeg har for mye. Jeg følte at det var håndterbart».

For Tor handlet reduksjon av jobbstress om å sette grenser for seg selv og prioritere hva som var viktigst:

«Altså arbeidsbelastningen er jo i stor grad hva man gjør det til. Man kan jo omentrent jobbe så mye som man vil. Men arbeidsbelastningen, -den synes jeg er helt akseptabel. Men kravene er store. (...) Det er alltid noe som ikke fungerer i en enhet eller seksjon, så man er nødt til å gjøre noen prioriteringer på hva man synes er viktigst».

Marius og Tor jobbet sjelden utover normal arbeidstid, og sa at dette var noe de var bevisst på.

Håkon mente at personlige egenskaper og ambisjonsnivå har betydning for opplevd stressnivå. Han sa at hans personlighet var sånn at han ikke hadde sårbarhetsfaktorer for utbrenthet. Håkon jobbet klinisk parallelt med lederjobben, og beholdt sin kliniske rolleidentitet i perioden som leder. I tillegg så han på lederjobben som en «bi-jobb»:

«Akkurat i lederarbeidet var jeg motivert av at noen måtte gjøre det. Som jeg har sagt, med en minimalistisk «approach». Jeg må jo gjøre det så godt jeg kan, men innenfor mine «limits». Altså «det her skal jeg ikke gjøre», «det her skal jeg delegere» (...), og «det her skal jeg ha mine meninger om, men ikke nødvendigvis engasjere meg i».

Jeg tolker det slik at disse tre informantenes evne til å sette grenser, prioritere og delegere var sentrale egenskaper for å motvirke negative konsekvenser av jobbstress. Det betyr imidlertid ikke at de andre informantene manglet disse egenskapene. Det er også interessant å merke seg at disse tre informantene opplevde god tilgang til- og støtte fra nærmeste leder og/eller lederteam. Dette kan indikere at tilgang til støtte kan redusere opplevelsen av jobbkrav og jobbstress. Jeg kommer tilbake til dette i analysen.

6.1.2 Håndtering av jobbkrav og jobbstress

For de aller fleste informantene var fysisk aktivitet viktig for å håndtere jobbstress. Yoga, meditasjon, skigåing, jogging, ballsport- og dømming var aktiviteter som ble opplevd som effektive for å dempe stressnivået. En av informantene sa:

«Den ene tingen som holdt meg i livet i den tiden var at jeg var fysisk aktiv. Jeg gikk på ski så lenge det var snø på bakken, og på sommeren prøvde jeg å jogge. Så selv om jeg kom fra jobb klokken 23 om kvelden, så smurte jeg skiene, sprang i lysløypa og gikk meg en lang tur. Og det var min terapi. Altså bare gå seg så sliten at du ikke tenker på noe som helst» (Henning).

En informant opplevde at hun ikke hadde overskudd til tyngre fysisk aktivitet fordi hun var for sliten av jobben. For henne var yoga et godt alternativ. En annen presset seg til å være fysisk aktiv selv om han ikke opplevde at han hadde overskudd, og mente at det hjalp.

Noen opplevde at det hjalp å flytte fokus ved å ta en «time-out» når stressnivået ble høyt på jobben, for eksempel ved å legge en kabal, gå en runde og prate litt med folk for å «tømme

hodet», samt be en bønn til Gud. På hjemmebane var det å fokusere på andre ting og engasjere seg i ungene nevnt som noe positivt for å redusere stressnivå.

Intervjupersonene fortalte også om håndteringsmekanismer og tiltak som ble forsøkt uten effekt. En sykemeldte seg en uke for å prøve å bedre søvnkvaliteten uten at det hjalp. Deretter tok vedkommende et års permisjon fra lederjobben, men gikk aldri tilbake til stillingen.

En av intervjupersonene opplevde at jobbstresset bidro til usunne levevaner. Hun forteller at hun trente for lite og at hun drakk mer alkohol enn det som er anbefalt for å klare å slappe av på kveldene. Dette behovet for å «bedøve seg» ble borte da hun sluttet som leder.

Informantene hadde med andre ord både konstruktive og destruktive metoder for å håndtere stress. Fysisk aktivitet var for mange viktig for å redusere stressnivået.

6.1.3 Mangel på støtte

Halvparten av informantene mente at mangel på støtte var hovedårsak eller medvirkende årsak til at de sluttet som ledere.

Stine opplevde å bli stående alene i en krevende endringsprosess hvor graden av arbeidspress og konflikter førte til at hun ble utbrent, og hun gikk aldri tilbake til lederjobben. Selv om hun først sa at det var dårlig arbeidsmiljø som gjorde at hun sluttet, mener hun imidlertid at hun hadde klart å stå i disse utfordringene som leder om hun hadde hatt mer støtte:

«(...) jeg har vel egentlig landet på at hadde jeg hadde hatt støtte, så hadde jeg ikke blitt sykemeldt».

Hun utdyper dette med å si:

«Det er nødvendig at du som leder har noen som heier på deg: «du gjorde det riktige», og «det du gjorde der...». Altså de samme tingene som jeg ville gjort for mine ansatte, og de som jeg ledet. At noen sier til deg at «det her er du så dyktig på at det vet jeg at du fikser». Alle de tingene du gjør for å få folk til å forstå at de er bra ledere, -det ønsker jeg at jeg hadde for meg også».

De fleste informantene opplevde at den kommunikasjonen de hadde med sin nærmeste leder var god, og at de kunne ta opp ting med vedkommende ved behov. De viser forståelse for at lederlinjen over har stort arbeidspress, og aksepterte at overordnet leder ikke alltid var

tilgjengelig. Datamaterialet viser dog en sammenheng mellom forutsigbare, etablerte møtepunkter med overordnet leder og/eller lederteam og opplevelse av støtte. Tor hadde årlige medarbeidersamtaler med sin leder i tillegg til etablert kommunikasjonsstruktur, og om sin opplevelse av kommunikasjon og støtte med nærmeste leder sier han følgende:

«Bra. Støttende og tydelig. Han kom på besøk en gang i måneden, og vi hadde tett kontakt gjennom de her ukentlige møtene, en-til-en, i tillegg til at vi hadde disse avdelingsmøtene. Så jeg hadde bra tilgang til han».

Marius forteller at hans tette og gode dialog med lederkolleger gjorde at han hadde noen å drøfte problemstillinger med, og at dette opplevdes svært positivt. Han sier faktisk:

«Det var blant de tingene som gjorde det vanskelig å slutte egentlig».

Kommunikasjonen mellom Rune og nærmeste leder bar mer preg av «ved behov» og forteller om ugunstige forutsetninger for god dialog:

«Det bar preg av tidsnød, ikke sant. Jeg husker jo at telefonen hans, -det ringte jo i ett sett. Det var så dårlige møter, -dårlig kvalitet og mange forstyrrelsesmomenter»

Rune savnet at leder tok initiativ til kommunikasjon:

«Altså, han kunne oppsøkt meg i litt større grad synes jeg. Men det var omvendt. Jeg måtte oppsøke han når det var et eller annet».

Rune forteller at da han etterspurte en tettere dialog gjorde de et forsøk på ukentlige skype-møter, men at de ofte ble avlyst.

To av informantene opplevde at kommunikasjon med- og støtte fra nærmeste leder endret seg da de fikk ny overordnet. Personlig kjemi kan altså ha noe å si for opplevelsen av støtte. Ane sier blant annet:

«Jeg likte veldig godt det forholdet jeg hadde til han som var sjefen min den første tiden, og det var også litt av årsaken til at jeg sluttet, -han sluttet. Han som var min sjef. Og da fikk jeg mye dårligere forankring oppover. Hadde ingen å diskutere med. (...) Så når han forsvant, så mistet jeg støtten i å gjøre valg og prioriteringer og beslutninger, og da merket jeg at da ble jeg helt sønn; -nei, nå faller jeg helt av. Nå orker jeg ikke».

For Tobias var mangel på støtte fra klinikkledelse i form av hjelp til å løse driftsutfordringer som påvirket pasienttilbudet avgjørende for at han ikke ønsket å fortsette som leder. Han opplevde til slutt å være ansvarlig for et tilbud han «ikke kunne stå inne for». Han sier:

«Det som egentlig bidro mest til at jeg sluttet, var at jeg ikke opplevde støtte ovenfra i forhold til tiltak. (...) Jeg opplevde ikke at vi stod sammen for å løse dette problemet. Det ble bare vårt problem».

Geografi spiller også en rolle i opplevelsen av støtte. Rune sier:

«Jeg tror det er viktig å ha noen som er her. Altså, han er jo fjernleder, og jeg kjenner veldig på det der. Avstanden blir for stor».

Marius opplevde det som veldig positivt å ha fysisk nærhet til lederkolleger, og forklarer det slik:

«For det er i mange situasjoner hvor du føler behov for å spørre om noe som ikke er viktig nok til å skrive en mail eller ringe på telefonen. Men hvis du går forbi i gangen og ser at vedkommende ser ikke veldig opptatt ut, -da kan du jo snike inn et spørsmål om det her og slå av en liten prat».

Praktisk hjelp og støtte med lederoppgaver var også savnet av de fleste. Tor peker på at UNN som organisasjon har startet arbeidet med å la ledere få være ledere ved å tilby avlastning fra HR, men at blant annet begrensede åpningstider gjør at det ikke fungerer optimalt. Han sier:

«Som organisasjon bør man når man prater om jobbglidning, -så bør man ikke bare prate om hva helsefagarbeidere og sykepleiere skal gjøre, men man må også prate om de merkantile og de administrative oppgavene til lederne».

Stine sier at lederjobben kan oppleves som ensom og at «(...) støttefunksjonene er for små i forhold til det ansvaret du sitter med som leder». Ane deler denne oppfatningen og sier:

«Jeg fikk jo ikke den sekretærhjelpen, så det var jo jeg som måtte gjøre det sekretærarbeidet».

Datafunnene viser at begrepet «støtte» er essensielt og handler om mange ulike ting for intervjupersonene. Disse vil bli nærmere beskrevet og kategorisert kapittel 6.2.

6.1.4 Karriereskifte

For de to informantene som skiftet karrierevei og startet i andre organisasjoner, handlet beslutningen primært om tilfeldigheter eller mangel på muligheter i egen organisasjon. Begge informantene sier noe om at det er begrensede muligheter for høyere lederposisjoner i UNN, og forklarer dette matematisk med ledelsespyramiden. For Tor ville muligheten for en mer strategisk lederposisjon i UNN vært med å påvirke beslutningen om å skifte arbeidsplass:

«Jeg hadde jo ingen planer om å slutte. Men hvis noen hadde spurt meg internt i organisasjonen om: «Hei, kunne du tenke deg denne stillingen», eller «skal vi snakke om det her», så kunne det nok hende at det så helt annerledes ut. Det er veldig tilfeldig hvordan livet og karrieren blir. Det er det. Veldig tilfeldig».

Den jobbmuligheten Marius fikk var innenfor et område som ikke eksisterer i UNN. Han sier:

«Jeg sluttet ikke primært på grunn av utfordringer eller vanskeligheter med den jobben. Jeg sluttet egentlig primært fordi jeg fikk mulighet til den jobben her».

Tor påpeker at skoloring av ledere ikke alltid har ønsket effekt i et organisatorisk perspektiv:

«Det er jo en utfordring å gi folk større kompetanse, for det kan jo føre til at man, ja, at man begynner å se etter større utfordringer da».

Dette kan tyde på at det per i dag mangler mulighet for karriereutvikling i UNN innenfor enkelte områder. Et annet aspekt er at det synes som at det ikke lages en utviklingsplan for de som tar lederutdanning.

6.1.5 Andre årsaker

Dybdeintervjuene avdekket flere områder som var med å påvirke beslutningen om å slutte som mellomleder i spesialisthelsetjenesten, men som de selv ikke oppgav som den viktigste årsaken. Jeg vil nå presentere funn knyttet til årsaksforhold som er relatert til rollestress, rolleidentitet og handlingsrom.

6.1.5.1 Rollestress

Rollestress dreier seg blant annet om uklare forventninger, motstridende forventninger (krysspress), overbelastning i de ulike rollene man har og det stresset som oppstår i overgangen fra fagperson til leder. Selv om alle informantene i ulik grad opplevde disse områdene som krevende, var det ikke dette som var utslagsgivende for hvorvidt de ønsket å

fortsette som ledere. Tvert imot hadde de en forventning om at dette var aspekter som fulgte med lederposisjonen. Halvparten syntes imidlertid at dette med å bli leder for sine kolleger var krevende. En av dem sa:

«Det var veldig stor overgang, og veldig skummelt synes jeg. Det å våge å stille meg selv et hakk over de andre. Våge å liksom «nå er det jeg som er sjefen». Det krevde mye av meg» (Ane).

6.1.5.2 Rolleidentitet

Tre av informantene hadde en klar formening om at lederjobben skulle være tidsbegrenset, og at de på et tidspunkt skulle tilbake til klinisk arbeid. Alle disse tre var leger, og to av dem påtok seg lederjobben fordi det «var deres tur» eller de «tok en for laget». Dette samsvarer med tidligere empiriske data om ulikhetene blant leger sett opp mot andre profesjonsgrupper i lederrollen (Johansen, 2009). Av de med annen profesjonsbakgrunn gikk to av fem tilbake til pasientnært arbeid. Legene vektla i større grad enn de andre et ønske om å opprettholde faglig kompetanse.

For Håkon handlet beslutningen om å slutte som leder både om arbeidets art (jobbkrav) og om klinisk rolleidentitet. Han kombinerte klinisk jobb med lederjobben og forteller at overordnet leder ønsket at han i større grad skulle prioritere lederoppgavene:

«Det var jo det at klinikkjefen så for seg (...) at jeg stort sett skulle være administrativ leder, og være med på møter (...), men det var en fremtid som jeg ikke så for meg».

For Ane handlet det om flere ting. Først og fremst syntes hun mange aspekter ved jobben var kjedelig (jobbstress). I tillegg til arbeidspress og begrenset handlingsrom hadde hun et ønske om å avslutte yrkeskarrieren som kliniker:

«Jeg tror jeg vil si at det var en stilling med ekstremt mye arbeid og ekstremt liten makt egentlig. Altså jeg følte at jeg egentlig ikke hadde noe handlingsrom på en måte. Lite gjennomslagskraft eller muligheter. Og når jeg hadde vært i ledelse i fem år, så ble det jo på en måte sånn at nå må jeg liksom ta en beslutning; -skal jeg være leder og gå inn i slutten av min yrkeskarriere som leder, eller skal jeg gå inn i slutten av min yrkeskarriere som kliniker. Og hvis jeg skulle være kliniker, så måtte jeg på en måte gjøre det nå, for da hadde jeg vært borte i fem år».

Jeg tolker dette slik at den grunnleggende motivasjonen bak beslutningen om å gå inn i lederrollen påvirker intensjonen om hvor lenge ledere forblir ledere i UNN.

6.1.5.3 Handlingsrom

Samtlige informanter opplevde at organisasjonens stramme økonomi begrenset den økonomiske beslutningsmyndigheten. Stine fortalte om en ansettelsesprosess som ble stoppet og altfor lite merkantile ressurser fordelt på flere seksjoner. Ane fortalte om forbedringsarbeid som måtte nedjusteres av økonomiske årsaker. Tor fortalte at han måtte «krangle» seg til en halv merkantil stilling. Henning sa:

«Man må jo på en måte kjempe om midlene sammen med de andre, for i utgangspunktet skal man jo prøve å fordele ressursene og omfordele ressursene der de trengs. Men sannheten er at handlingsrommet er egentlig nesten ikke-eksisterende. (...) De fleste klinikkene er jo der at de helst skulle hatt mer. Men så er kravet det motsatte, -at vi må redusere budsjettet».

De fleste informantene opplevde likevel at de ble hørt, selv om dette ikke alltid førte til at ting ble slik de ville. Noen opplevde likevel også at handlingsrommet var begrenset når det gjaldt påvirkning og gjennomslag. Ane sier det slik:

«Jeg følte at jeg hadde litt for lite påvirkning. Det er nok bare det der at jeg føler veldig på at jeg har ganske liten innflytelse. Ting man vet som skal til for å forbedre driften, -du bare føler at du møter en vegg».

De fleste opplevde at de hadde organisatorisk frihet innenfor rammene som omhandlet fag og personell. Håkon sa:

«Du kan si at innenfor de rammene som gir begrensning i antall medarbeidere og antall kroner og sånt, så opplevde jeg at jeg hadde et greit handlingsrom. Jeg opplevde ikke at jeg måtte ta kontakt oppover for hver eneste lille detalj. Jeg gjorde de tingene og løste dem i hverdagen, og hvis det var noe jeg lurte på så tok jeg det gjerne opp med klinikklederen i etterkant, og så var det greit at jeg hadde gjort det».

Datafunnene viser at informantene aksepterer visse begrensninger i handlingsrommet ut fra hvilken nivå plassering de hadde. Alle hadde begrensninger i den økonomiske beslutningsmyndigheten, men de fleste opplevde stor grad av jobbautonomi innenfor fag og personell. For én informant var mangel på faglig gjennomslag en kilde til frustrasjon, og

medvirkende årsak til at hun sluttet. Opplevelse av handlingsrom var likevel ikke en gjennomgående årsak til at dette utvalget sluttet som ledere.

6.2 Hva mellomlederne mener må til for å forebygge turnover blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten

Bak forskningen min ligger et ønske om ikke bare forstå årsaksforholdene som ligger bak turnover blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten, men også hvordan det kan forebygges. Jeg spurte derfor en rekke spørsmål om hva som skulle til for at den enkelte ikke hadde sluttet og hvilke tiltak informantene mente kunne forebygge turnover generelt. Forskningsspørsmålet mitt var:

«Hva mener mellomlederne må til for å redusere turnover av mellomledere i spesialisthelsetjenesten?»

Alle informantene sa at de var motivert for å gjøre en god jobb som leder, og oppgav pasientfokus, faglig kvalitetsarbeid og personalledelse som motivasjonsfaktorer. Kapittel 6.1.5.2 viste at ikke alle hadde en intensjon om å *forbli* ledere. Effekten av eventuelle tiltak for å forebygge turnover blant disse blir dermed svært usikker. En av legene sa imidlertid:

«Det er klart at hvis min leder hadde satt seg ned med meg fra begynnelsen og sagt at vi skal lage dette til en posisjon hvor du har lyst til å være i lang tid fremover, så kan det jo hende» (Ane).

Samtlige informanter savnet en eller annen form for støtte. Noen former for støtte ville hatt positiv påvirkning på jobbkrav og jobbstress, mens andre handlet om de organisatoriske premissene for jobbutførelse. Jeg tolker derfor datafunnene slik at den viktigste forebyggende faktoren for å forebygge turnover blant mellomledere er støtte. Ut fra funnene kan denne støtten deles inn i tre områder: 1. Praktisk, administrativ støtte, 2. Emosjonell støtte og 3. Organisatorisk støtte. Hva informantene sa om de ulike områdene vil nå bli presentert hver for seg.

6.2.1 Praktisk, administrativ støtte

Alle informantene opplevde at den administrative delen av lederjobben tok mye av tiden i arbeidshverdagen, og noen mente at dette hadde uheldige konsekvenser for personaloppfølging og kvalitetsarbeid. De fleste mente at en slik praktisk, administrativ støtte ville vært til stor hjelp og også redusere jobbkrav. Rune sa det slik:

«Jeg tror at man i større grad har behov for at man har noen som avhjelper med administrative ressurser».

I kapittel 6.1.1.3 så vi at Ane opplevde en del av disse administrative oppgavene som sekretæroppgaver. På spørsmål om hvilken kompetanse en slik administrativ ressurs skulle ha, svarte hun:

«Kanskje mer en slags, mer sånn avansert sekretærkompetanse liksom, og juridisk. Som kunne bidra i ansettelsesprosesser og fylle ut alle disse skjemaene og holde oversikt over lønn, ikke sant».

De som ikke hadde fagutvikler knyttet til seksjonen mente at en slik funksjon ville hatt positiv effekt på kvalitetsarbeidet i tillegg til at det hadde avlastet lederens arbeidsmengde:

«Jeg tror man skulle hatt noen som hadde hatt et slags fagansvar, og det hadde også avlastet veldig. Det tenker jeg mye på. Så slapp man å tenke så mye på den biten»
(Rune).

6.2.2 Emosjonell støtte

To av informantene mener at en coach eller veileder kunne vært en god lederstøtte, og kanskje også bidratt til å beholde ledere:

«Det der med konkrete tilbakemeldinger. Kanskje det kan være behov for det i en viss fase av en jobb, i en periode. Det er akkurat som at man kan gå til en type coach og få veiledning, -at man har det jevnlig. Til å begynne med ofte, og etter hvert sjeldnere og sjeldnere. (...) for å være sikker på at du er på rett vei, så tror jeg det kan være en måte å beholde ledere på» (Stine).

«Når jeg tok den jobben, så sa jeg at jeg ønsket meg en coach. Og så liksom, jeg fikk jo aldri på en måte det. Og det handlet jo litt om tid og sånt. Men jeg tror jo at personlige samtaler hadde hjulpet meg da. (...) Og jeg tror nok at jeg sikkert hadde vært en bedre leder hvis jeg hadde hatt noen samtalepartner som liksom hadde kunnet hjelpe meg litt til å kanskje flytte fokus eller se ting på en litt annen måte. Så det tror jeg jo, at hadde jeg hatt en coach, så hadde jeg sikkert vært en bedre leder, og kanskje hadde jeg til og med holdt ut lenger» (Ane).

Flere av informantene savnet noen å «sparre med», noen de kunne drøfte krevende problemstillinger med, slik at de stod tryggere i avgjørelser hvor de forventet motstand fra personalgruppen. For en av informantene var mangelen på en nestlederfunksjon avgjørende for beslutningen om å slutte som leder:

«Jeg tror man skulle hatt noen som hadde hatt en slags nestlederfunksjon i hvert fall. Det var nok det som skulle til for at jeg skulle vurdere å bli» (Rune).

De fleste informantene mener at det er helt uvurderlig med fysisk nærhet til overordnet leder og lederteam. Det faktum at dette tas opp av informantene på alle tre lokalisasjonene tyder på at dette ikke bare er et «lokalsykehusfenomen». På steder der mellomleder og overordnet leder ikke var samlokalisert, var både det at overordnet leder satte av tid til fysisk tilstedeværelse og at han/hun satte seg inn i driften viktig:

«Det kunne vært fint at klinikkleder hadde vært til stede her, la oss si, en uke i gangen eller noe sånt noen ganger i året» (Håkon).

«At min overordnede hadde vært her ville gjort ting så mye enklere for meg. Noen som kjenner driften her godt nok. Det har mye å si» (Rune).

En av informantene mente at lederstøtte ikke nødvendigvis måtte begrense seg til den klinikken man tilhørte. Hun foreslo at på de små lokalsykehusene kunne man opprette lederteam på tvers av klinikkene:

«Dette med nærhet til hverandre og åpenhet innad i ledergruppen, som ikke nødvendigvis er klinikkvis, men at det kan gå på tvers. Og at det handler om vi som er her og de som er der, -da hadde man hatt flere å støtte seg på. At man hadde vært et team innad i egen klinikk, men også der man er lokalisert» (Stine).

På spørsmål om større grad av støtte fra ledelse over hadde betydning for at en av intervjupersonene sluttet som leder, svarer han dette:

«Jaja. Helt klart. Jeg vet jo ikke om jeg hadde gjort det for all evighet, men jeg hadde ikke gått ut på det tidspunktet» (Tobias).

Dette tyder på at individuell lederstøtte, et velfungerende lederteam som har forståelse for lokale driftsutfordringer og fysisk nærhet til overordnet leder og/eller lederkolleger er av stor betydning for opplevelsen av støtte for mellomledere i UNN.

6.2.3 Organisatorisk støtte

Med organisatorisk støtte mener jeg de organisatoriske forventninger og forutsetninger mellomledere opererer innenfor.

Majoriteten av informantene opplevde god kommunikasjon og godt samarbeid på alle nivå. Samtidig hadde de også erfaring med hvordan vanskelige medarbeidere og hersketeknikker blant lederkolleger kunne påvirke arbeidsmiljø og samarbeidsklima negativt. En av informantene opplevde at enkelte i lederteamet opptrådte illojalt og motarbeidet beslutninger som var tatt. I tillegg opplevde hun uakseptabel adferd både i den operative kjerne og i midtlinjen, og mente at det bør jobbes mer med de grunnleggende kjerneverdiene og ideologien til UNN på alle nivå:

«Vi trenger å ha en transparent organisasjon hvor man bygger på de verdiene som UNN har lagt til grunn med respekt, kvalitet, trygghet og omsorg, og at det som står i UNN-boka, -at det skal gjennomsyre alle handlinger. Det er jo ikke det det gjør» (Stine).

Hun mente at UNN som organisasjon burde stille strengere krav til alle ansatte om å etterleve de organisatoriske verdiene.

Flere av informantene hadde ikke en skriftlig funksjonsbeskrivelse for stillingen sin, og noen var usikre på hvilke forventninger overordnet ledelse hadde til deres funksjon. Noen fikk heller ikke tilbakemelding på jobben de gjorde fra overordnet leder, men dette var heller ikke nødvendigvis et savn for alle. For enkelte som hadde stått i krevende endringsprosesser ble behovet for rolleavklaring mer fremtredende. Stine sa det slik:

«Jeg tror at når man går inn i en type stilling som det jeg var i, så tror jeg det er kjempeviktig å ha en rolleavklaring med hensyn til hva som er ditt område».

Alle informantene mente at det er viktig med kompetanseutvikling for mellomledere. I tillegg til eksempelvis opplæring i lederverktøy og oppfølging av sykefravær, ønsket de seg skoling i ledelse som fag.

Alle informantene hadde erfaring med å bruke HR til lederstøtte, og mange opplevde at denne delen av organisasjonen innehar bred og nyttig kompetanse. Flere opplevde personalsaker som ekstra ressurskrevende, og ønsket en sterkere involvering fra HR i slike saker. Henning sa:

«Man kunne jo se for seg at man bare kunne adressere personalsaker, og så kunne noen andre ha håndtert de formelle prosessene rundt det. Det kunne vært en ting. At man på en måte slapp å være både initiativtaker, møteinnkaller, referent, protokollfører og arkivar for eksempel».

Mange informanter poengterte at de tildelte budsjettene var basert på historiske tall og at de ikke var realistiske. Dette førte til at de ble frustrert og demotivert. Håkon sier:

«Få et realistisk budsjett. Fordi du driver som mellomleder på et kvasi-budsjett som alle sammen vet at det her har man ikke sjans til å holde til slutten av året. Så det er en frustrasjon, -at du egentlig vet at du kan ikke måles på driftsresultatet etter det egentlige driftsresultatet, men at avviket ikke er mer enn det bruker å være».

Marius sluttet som mellomleder på grunn av et karriereskifte, men om årsaker som ikke bidro til at han ble i jobben sier han:

«Det som veier tyngst for min del, det er den konstante søken etter sparing og effektivisering. Fordi man får på et visst punkt følelsen av at det er ikke mer å gå på. Vi har tøydd strikken så langt og så er det likevel hele tiden krav om å finne mer».

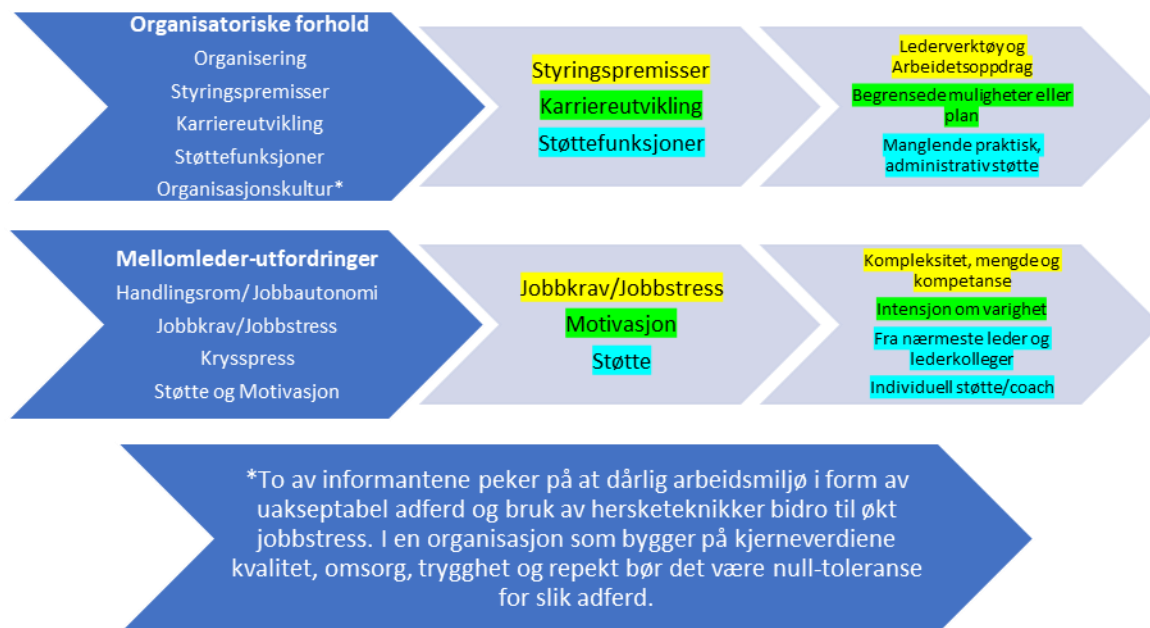
Datafunnene viser at for informantene var det fem områder for organisatorisk støtte som var særlig viktig: -at arbeidsmiljøet gjenspeiler UNNs grunnholdninger og kjerneverdier, -at organisasjonens forventninger til mellomlederen er tydelig og formalisert, -mulighet til å utvikle lederferdigheter gjennom kompetanseutvikling, -at systemer for lederstøtte er velutviklet og lett tilgjengelig og at mellomlederens økonomiske handlingsrom gjenspeiler de faktiske driftsbehovene.

7 Dataanalyse sett i lys av teori

I kapittel 2, 3 og 4 redegjorde jeg for mellomlederens forutsetninger for ledelse i spesialisthelsetjenesten og kjente mellomleder-utfordringer. Datafunnene viser at noen

kontekstuelle forutsetninger hadde betydning for utøvelsen av lederskap. Alle områdene som litteraturen har identifisert som mellomleder-utfordringer innehar elementer som utvalget opplevde som krevende, men ikke alle områdene var direkte knyttet til turnover.

Data fra dybdeintervjuene tilbyr en mer nyansert forståelse av hva som var utslagsgivende for frivillig turnover og hvilke forebyggende tiltak som kan iverksettes. En oppsummering av disse funnene er gjort i figur 6.



Figur 6 1.ledd: Kjente, teoretiske utfordringer. 2.ledd: Direkte og indirekte årsaker til at informantene sluttet. 3.ledd: Spesifisering av årsaker. Fargekodene knytter områdene sammen på tvers av organisatoriske og individuelle forhold

Jeg nå drøfte mine funn opp mot teori. Dette vil danne grunnlaget for mine refleksjoner omkring problemstillingen. I den videre analysen vil jeg belyse datafunn som både avviker og samsvarer med eksisterende empiri.

7.1 Handlingsrom og krysspress

Hippe og Trygstad (2012) fant en sammenheng mellom opplevd handlingsrom og intensjon om å slutte som leder. De påviste også en sammenheng mellom alder under 34 år og ønsket turnover. Majoriteten av informantene var over 34 år da de ble ledere i UNN. Jeg har derfor ikke sett nærmere på aldersfaktoren i utvalget. Kun én informant oppgav begrenset

handlingsrom og påvirkningsmulighet som medvirkende årsak til at hun sluttet. Hovedårsaken var imidlertid arbeidets art, eller at jobben var «kjedelig».

Handlingsrommet var altså ikke avgjørende for utvalget med tanke på ønsket turnover. Det kan være flere årsaker til dette. 7 av 8 informanter var rekruttert internt. De formidlet at de hadde en forventning og en forståelse for lederrollens muligheter og begrensninger da de begynte som ledere. De fleste synes at handlingsrommet var akseptabelt innenfor deres rammer, og opplevde beslutningsfrihet så lenge «det ikke kostet noe». Etter at overordnede beslutninger var tatt, var de i stor grad autonome innenfor områder som fagutvikling og personal (oppfølging, rekruttering, ansettelser og funksjonstildelinger). Ettersom UNN er lokalisert på ulike sykehus, vil mange mellomledere være eneste leder fra egen avdeling der han/hun jobber. Dette gjør at mellomlederen i noen tilfeller har større kunnskap om ulike lokale driftsaspekter enn ledelse over. Dette skaper et rom for skjønnsutøvelse. Lederens mulighet til å utøve skjønn kan bidra positivt til opplevelsen av handlingsrom (Hagebakken og Nilsen, 2017).

Det økonomiske handlingsrommet opplevdes imidlertid som snevert av de fleste. Spesielt frustrerende var det å forholde seg til «urealistiske» budsjett og tildelte midler som ikke strakk til. Utvalget gav eksempler på ansettelsesprosesser som ble avbrutt og forbedringstiltak som måtte nedjusteres av økonomiske årsaker. Som medarbeider i UNN vet jeg at toppledelsen over lang tid har signalisert at alle klinikkene må redusere utgifter for å skape rom for investeringer. Helt konkret betyr dette å jobbe aktivt med å redusere sykefravær og forsøke å unngå innleie av personell ved sykdom, redusere reisevirksomhet og kurstilbud for ansatte, samt innkjøpsstopp i perioder.

Indirekte vil dette føre til krysspress fordi det oppstår et misforhold mellom de ansattes forventninger til faglig utvikling og forbedring, forventninger om forsvarlig bemanning og lederens økonomiske handlingsrom. Parsons og Stonestreet (2003) sier at det er viktige for ledere at de driver en avdeling med høy kvalitet på tjenestene for målgruppen. Mislighold av dette kan derfor virke demotiverende.

En av informantene pekte på at mellomledere har mye ansvar, men lite myndighet. Dette samsvarer med Torjesen mfl (2011) sin påstand om at lederens forutsetninger i spesialisthelsetjenesten har medført at ansvaret har økt, mens myndigheten har blitt redusert. Det var nettopp slike jobb-jobb konflikter som informantene refererte til når de gav eksempler

på opplevd krysspress. Jacobsen (2019) sier at den vanligste rollekonflikten i offentlig sektor er jobb-jobb konflikt. Det informantene beskrev som mest *belastende* var imidlertid når jobben gikk ut over privatlivet (jobb-hjem konflikt).

Begrenset beslutningsmyndighet påvirker altså lederens jobbautonomi og opplevelse av krysspress, men heller ikke krysspress ble i dette utvalget ansett som avgjørende for ønsket turnover. Informantene var imidlertid tydelig på at et realistisk budsjett ville hatt stor betydning for jobbtilfredsstillelse og motivasjon, og for én av dem var det den viktigste faktoren som ikke holdt han tilbake da han fikk tilbud om en annen jobb.

7.2 Intensjon og motivasjon

Majoriteten av informantene var konstituert eller oppfordret til å søke. Samtlige gikk inn i lederrollen med en intensjon og et ønske om å gjøre en god jobb. Det var noe ulikheter i hva de opplevde som motiverende og givende ved lederjobben. I likhet med Berg (2015), Johansen (2009) og Torjesen mfl (2011), fant jeg at de lederne som var leger av profesjon anså lederjobben som midlertidig og at de fortsatte med klinisk arbeid parallelt med ledelse. For noen var dette unngåelig av driftsmessige årsaker, og noen jobbet mer klinisk enn det som var nødvendig for å vedlikeholde faget. Dette samsvarer med det Torjesen mfl (2011) sier om at det forventes at legeledere forventes å jobbe klinisk på mindre sykehus og avdelinger.

Jeg tenker at dette handler om to ting. Det ene er at for noen er den kliniske rolleidentiteten så sterk at en langsiktig fremtid innenfor ledelse er vanskelig å se for seg. Mitt inntrykk er at det ofte er kandidater med faglig autoritet som rekrutteres som lederkandidater. Posisjonen i det profesjonelle hierarkiet er ikke nødvendigvis ensbetydende med at vedkommende innehar gode lederegenskaper eller at de ønsker seg en fremtid som ledere. Kanskje må vi allerede i rekrutteringen og ansettelsen av nye ledere kartlegge hvorvidt ledelse som fag er interessant for kandidatene. På denne måten kan vi skille ut lederkandidater som har en langvarig fremtid som ledere i organisasjonen. Bistand fra personalavdelingen vil kunne være av verdi ettersom de har kompetanse på området, samtidig som de har en overordnet kunnskap om organisasjonen.

Det andre er at det kan være vanskelig å se på ledelse som en karrierevei når organisasjonen forventer at de skal opprettholde den kliniske rollen samtidig som de er ledere. Et eksempel på dette er Anes uttalelse om at hun innimellom kunne bli inspirert til å vurdere en topplederutdanning, og at hennes syn på ledelse som noe varig kunne vært annerledes om

hun hadde hatt en utviklingsplan som leder. Datafunnene viser at dette ikke er rutine per i dag i UNN.

Richardsen og Matthiesen (2013) sier at oppgaver som overgår den enkeltes kompetansenivå kan føre til jobbstress. Flere av informantene opplevde at de hadde ansvar for områder og oppgaver hvor de manglet kompetanse, og de savnet kompetanseheving innenfor ledelse som fag. Kunnskap om administrative verktøy og systemer er en nødvendighet, og nye ledere i UNN får denne opplæringen i e-kurset «startpakke for nye ledere». Organisasjonen tilbyr trinnvis kompetanseheving hvor siste trinn er master i helseledelse. Det er opp til den enkelte å søke, men konkurransen er hard og ventetiden er lang. De fleste informantene kom aldri til dette trinnet, og oppnådde derfor ikke kompetanseheving utover håndtering av administrative verktøy. På sikt er det verken inspirerende eller motiverende å bli kjempegod i for eksempel personalplanlegging. Som Ane sa:

«Du kan ikke putte en kjempeambisiøs person til å fylle ut skjemaer i årevis».

Parsons og Stonestreet (2003) fant i sin studie at faglig oppdatering og/eller økonomisk kompensasjon var viktig for at sykepleieledere skulle bli i jobben.

Dale (2015) peker på at vi mangler rutiner for opplæring og oppfølging av ledere. I spesialisthelsetjenesten er utviklingsplaner for kompetanseheving godt etablert for kunnskapsarbeidere i den operative kjerne. Det er naturlig å tenke at dette bør gjelde for ledere også. Her har UNN helt klart et potensiale for forbedring.

På bakgrunn av dette mener jeg at det bør etableres rutiner der den enkelte leders kompetanse kartlegges, og at det lages en plan for oppfølging og kompetanseutvikling. Dette kan være et viktig bidrag for å kvalitetssikre at spesialisthelsetjenestens formål ivaretas samtidig som det åpner opp for ledelse som en reell karrierevei i UNN.

7.3 Jobbkraav og støtte

Datafunnene viser at mellomledere i UNN har brede og komplekse ansvarsområder, høy arbeidsbelastning og uforutsigbare arbeidsdager. Dette medfører høy grad av jobbstress som i noen tilfeller påvirker både arbeidsevne og livskvalitet. Når halvparten av informantene angir jobbkraav som hovedårsak til at de sluttet som ledere, forstår vi at dette området er av stor betydning.

Haaland og Dale (2015) sier at overgangen fra fagperson til leder kan føre til jobbstress, og at det for mange tar lang tid å finne lederidentiteten. Richardsen og Matthiesen (2013) mener at uklare rolleforventninger kan føre til rollestress. Flere av informantene var usikre på hvilke forventninger overordnet ledelse hadde til dem, og mange hadde ikke funksjonsbeskrivelse for stillingen sin. En slik rolleavklaring er helt elementært for å avklare rammebetingelser og ansvarsområder og dermed redusere opplevelsen av jobbkrav og jobbstress.

Forskningen til Hippe og Trygstad (2012) fant ikke en sammenheng mellom hvor mange ledere har personalansvar for og intensjonen om å slutte. Ingen i utvalget sa at de sluttet *fordi* de hadde personalansvar for et for stort antall medarbeidere, men flere sa at det hadde betydning for den totale arbeidsbelastningen. I tillegg nevnte flere at vanskelige personalsaker hadde vært noe av det som opplevdes som mest krevende da de var ledere. Når mange ledere i UNN i tillegg har vært tidligere kollega med de som skal ledes, er det naturlig å tenke seg at personalhåndtering kan være krevende også på det personlige plan og føre til rollekonflikt og rollestress. Informantene hadde imidlertid gjennomgående et bevisst forhold til dette aspektet, og unngikk sosial omgang med tidligere kolleger da de gikk inn i lederrollen. Flere opplevde også at det faktum at de selv og medarbeiderne kjente hverandre fra før hadde mange fordeler. De slapp blant annet «bli-kjent-fasen» og visste om den enkeltes styrker og svakheter. Informantene mente at kunnskap om fagområdet var viktig for deres legitimitet som leder. Det er mange ulike lederposisjoner innenfor de ulike fagområdene i UNN. Dette åpner en mulighet for at gode lederkandidater ikke nødvendigvis må være ledere på egen arbeidsplass, men at UNN kan tenke lederrekruttering på tvers av geografisk lokalisasjon.

Mange informanter ønsket seg en sterkere involvering fra personalavdelingen i vanskelige personalsaker, først og fremst fordi slike prosesser er omfattende og tidkrevende. I saker der de opplevde uakseptabel adferd og dårlig arbeidsmiljø som en konsekvens, var det et ønske om at UNN som organisasjon jobber mer med kjerneverdiene og kommuniserte tydelige forventninger til den enkelte.

Jobbkrav som årsak til turnover handler ikke bare om arbeidsbelastning. For noen handlet det om at de heller ville jobbe klinisk og/eller at lederoppgavene ikke var nok interessante. Som vi så i forrige kapittel, kan sistnevnte sees i sammenheng med intensjonen bak- og motivasjonen for lederrollen. I tillegg så vi i kapittel 6.1.1.6 at personlige egenskaper som grensesetting, prioritering og delegering kan ha betydning for opplevelse av jobbstress. Transaksjonsmodellen for stress viste at den individuelle responsen på stress også er knyttet

til mange variabler innenfor type stress, mengde stress, tilpasningsevne, hvor lenge man utsettes for stress og ulike kompenserende faktorer (Richardsen og Matthiesen, 2013). Vi skal derfor være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner i forhold til hvem som hadde/ikke hadde disse egenskapene og sammenhengen med opplevd jobbkrav og jobbstress. Ledernivå, område for ledelse, antall ansatte, hvilke spesifikke situasjoner og prosesser den enkelte har stått i, forutsetninger og tidligere erfaringer kan også ha påvirket opplevelsen av jobbkrav og jobbstress. Datafunnene viser at informantene hadde ulike metoder for å håndtere arbeidsbelastningen. Fellesnevneren er at majoriteten av informantene som opplevde ekstremt arbeidsbelastning var at de savnet støtte, og når informantene foreslår tiltak som kan forebygge turnover handler det i stor grad om tilgangen til ulike former for støtte.

Forskning viser at god kommunikasjon og støtte fra nærmeste leder og lederkollegiet er viktig for motivasjon, trygghet og mestringfølelse i jobbutførelsen. Parsons og Stonestreet (2003) og Scott (2002) fant at kommunikasjon, samarbeid og støtte fra nærmeste leder og lederkolleger har betydning for jobbtilfredsstillelse blant sykehusledere og deres intensjon om å bli i jobben. Støtte handler dermed ikke om arbeidsoppgavene i seg selv, men kan ha mye å si for den enkeltes leders opplevelse i møte med jobbkrav og utfordringer. Selv om vinklingen er motsatt i min studie (årsaker til at de sluttet kontra intensjon om å bli), er det stort samsvar her mellom mine funn og tidligere forskning. For mange av informantene var dette med å bli hørt og forstått, å ha noen å drøfte ting med, å ha noen som støttet dem og «heiet» på dem helt avgjørende for å opplevelsen av jobbkravene. Datafunnene viser at de tre som opplevde å ha god tilgang til sin nærmeste leder og/eller lederteam, opplevde heller ikke jobbkravene som for store. Dette kan indikere at god kommunikasjon, samarbeid og støtte kan modifisere opplevelsen av jobbkrav og redusere jobbstress.

7.4 Kontekstens betydning

Den ytre konteksten med lovfestede og politiske krav og forventninger stiller enorme krav til spesialisthelsetjenesten på alle nivå. Selv om en av informantene sa at det man kan «bli mørkeredd» og at det er «umulig å være fullstendig dekket», så forstås og aksepteres kravene av mellomledere.

Noen forhold ved den indre konteksten kan ha indirekte eller direkte betydning. Enkelte trekk ved organisasjonens rammebetingelser kan påvirke opplevelsen av jobbkrav, jobbstress, tilgang til støtte og kompetanseutvikling. Utvalget støtter intensjonen bak styringsverktøyene, men opplevde at de ikke fungerte optimalt og at de i enkelte tilfeller økte jobbkrav og førte til

jobbstress. I tillegg mente noen at de måtte bruke tid og energi på arbeidsprosesser som var unyttig og lite meningsfulle.

Ensomhet oppleves som belastende og kan skape en stressreaksjon (Richardsen og Matthiesen, 2013). Ulik geografisk plassering innad i klinikkene skaper eksempelvis utfordringer med hensyn til kommunikasjon mellom ledernivåene. Dette bidro til en «alenefølelse» og et savn etter noen «å sparre» med. En av informantene fortalte at alenefølelsen etter hvert ble overveldende fordi han ikke hadde verken nestlederfunksjon eller fagutvikler ved sin seksjon. Når bredden av komplekse ansvarsområder blir så store at det er umulig å leve opp til kravene, kan man spørre seg om det er forsvarlig at ansvarsbyrden legges på et menneske. Videre kan høy kompleksitet og store driftsvariasjoner internt kan gjøre det vanskelig å holde oversikt, og være årsaken til at enkelte informanter på lavere nivå opplevde at deres overordnede leder ikke kjente driften. Det kan gjøre det vanskelig å få gehør og møte forståelse for lokale problemstillinger.

Informanter fra alle tre sykehusene opplevde dette, noe som indikerer at fysisk avstand helt enkelt kan dreie seg om å ha kontorlokaler i ulike bygg. Den uformelle praten som oppstår ved samlokalisering opplevdes som svært verdifull av de som hadde mulighet for det, samtidig som terskelen for å ta opp ting ble lavere. Dette kan igjen bidra til økt jobbtrygghet, noe som Hagebakken og Nilsen (2017) identifiserte som viktig for opplevelsen av handlingsrom.

Dagens organisering av spesialisthelsetjenesten forsterker byråkratiseringen (Jacobsen, 2019). Dette var også opplevelsen til flere av informantene, som påpekte at matriseorganiseringen forlenger beslutningsprosesser. Parallelle prosesser som tar tid, gjør at mye blir liggende på vent før en beslutning fattes. Det kan være krevende å holde tråden dersom slike uferdige prosesser hopper seg opp, noe som kan føre til jobbstress. Rune ble for eksempel liggende våken og tenke på alt han måtte huske på. Kompleksiteten i jobbkravene øker parallelt med bredden av ansvarsområder. Jeg tolker det slik at det er den totale belastningen gjennom bredden og mengden av ansvarsområder som fører til at jobbkravene for noen oppleves som ekstreme.

Så lenge de strukturelle rammebetingelsene er slik de er i dag, er det kanskje ikke til å komme utenom at mellomlederne opplever langsomme beslutningsprosesser og ensomhet i lederrollen. Dersom mellomlederne mangler de riktige lederverktøyene for å håndtere kravene

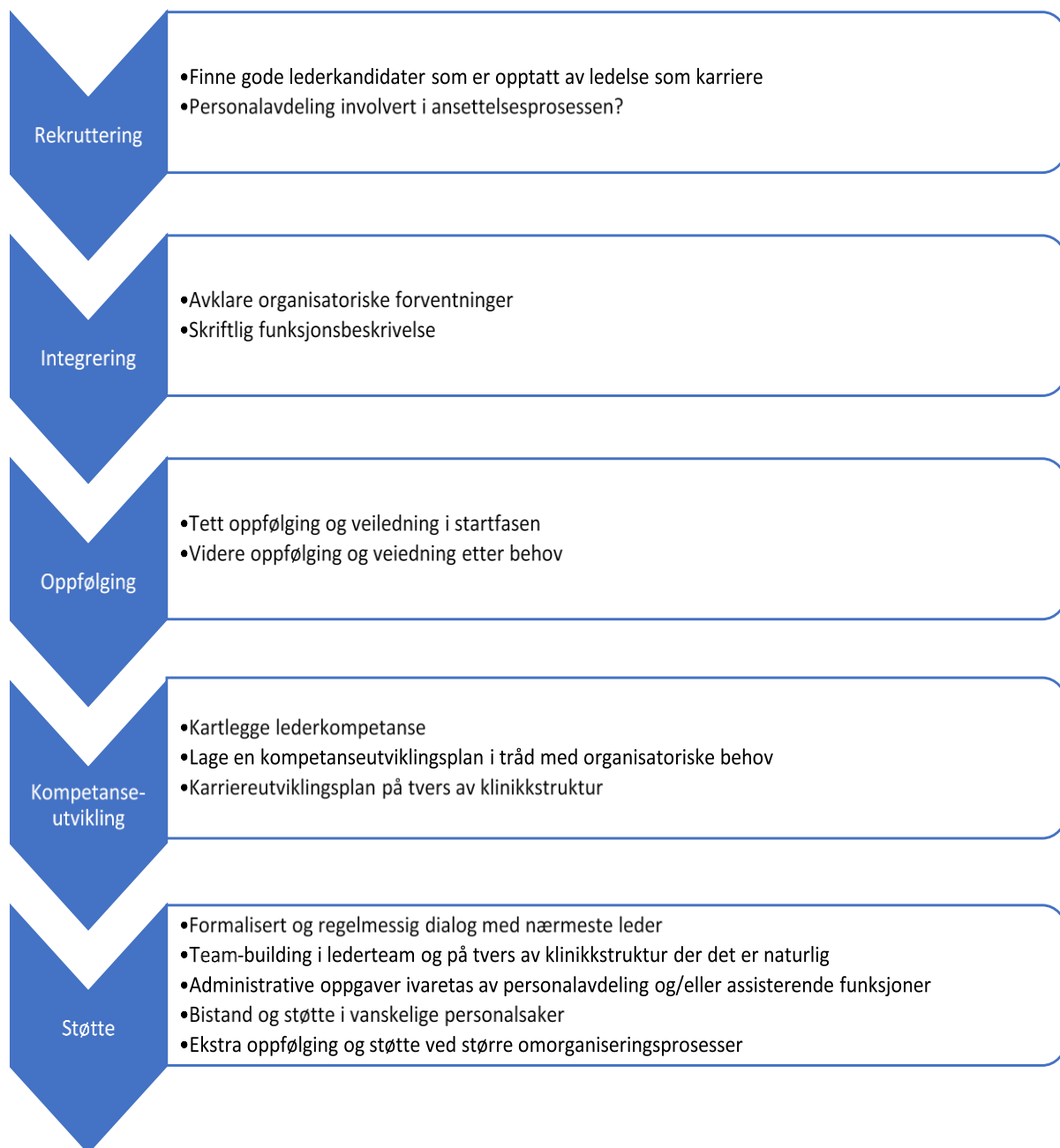
og samtidig ikke har tilgang til ulike former for støtte, kan dette være avgjørende for frivillig turnover.

Tidligere forskning og mine datafunn samsvarer med tanke på viktigheten av støtte for å øke jobbtrivsel, jobbmestring og forebygge turnover i et ledelsesperspektiv. Men er det økonomisk gjennomførbart å styrke ledelsen i alle ledd? Kan det forsvares å flytte ressurser til ledernivåene i en organisasjon som allerede kritiseres for å være «topptung»? I en økonomisk presset organisasjon bør vel heller ressursene brukes på de som står for den direkte verdiskapingen, altså den operative kjerne? Mer administrativ og individuell støtte til ledere betyr en oppbemanning av personalavdeling og andre administrative ressurser, men midler til dette må omdisponeres internt i organisasjonen. Når vi i tillegg vet at det er vanskelig å få gjennomslag for innkjøp av utstyr og faglig forbedring kan man også stille spørsmålsteget ved det etiske i en slik prioritering av ressurser. På den ene siden er det derfor vanskelig å forsvare en opprusting av støttefunksjoner i midtlinjen. Samtidig er det kostbart og ressurskrevende med stadige utskiftninger av mellomledere, og vi så innledningsvis at høy turnover blant ledere har en rekke negative konsekvenser for organisasjonen. Midtlinjen er det ledernivået som «oversetter» organisasjonens mål og som påser at tjenestens formål oppnås (Hope, 2015). Stabilitet og kontinuitet på dette ledernivået kan derfor gi gevinst innenfor tjenestens kvalitet, medarbeidertilfredshet og effektivitet i lederteamene. På den måten kan en styrking av midtlinjen være en god investering på sikt. En av informantene foreslo å opprette lokale lederteam på tvers av fagområdene for å styrke tilgangen til støtte. Per i dag finnes det lokale driftsråd hvor ledere fra ulike fagområder og nivå drøfter lokale driftsmessige utfordringer. Dette forat har potensiale til å skape rom for lederstøtte også innenfor andre områder enn drift.

8 Oppsummering og veien videre

Datafunnene viser at alle områdene som teorien har identifisert som mellomlederutfordringer innehar elementer som utvalget opplevde som krevende. Krysspress og opplevelse av handlingsrom var i dette utvalget ikke avgjørende årsak til at de sluttet som mellomledere. Organisasjonens kontekstuelle kjennetegn hadde direkte betydning for kompetanse- og karriereutvikling og systemene/lederverktøyene hadde betydning for utførelsen av arbeidet. Jobbkraav var for mange avgjørende for frivillig turnover. Det samme gjelder opplevelsen av-

og tilgangen til ulike former for støtte. Opplevelse av rollestress og rollekonflikt gjorde mellomlederrollen krevende. Basert på eksisterende teori og funn fra denne studien har jeg laget noen anbefalinger for hva jeg mener er et bærekraftig ledelsesfokus i UNN (figur 7). Disse anbefalingene er ikke ment som en fasit. Utvalget er lite og studien er gjennomført ved kun et av landets helseforetak. Hva informantene oppgav som den viktigste årsaken til at de sluttet varierte, noe som svekker muligheten for teoretisk generalisering. Det faktum at informantene hadde lignende erfaringer på tvers av mellomledernivå, profesjonsbakgrunn, kjønn og geografisk tilknytning styrker imidlertid dataenes interne gyldighet. Mer forskning kreves både for å styrke intern og ekstern gyldighet.



Figur 7 Anbefalinger for rekruttering og oppfølging av mellomledere i UNN

Referanser

- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget hus*. 1. utgave. 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berg, L. N. (2015). *Multifaglig ledelse -hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reformer*. Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Bergen.
- Buchanan, D. A., Parry, E., Gascoigne, C., og Moore, C. (2013). Are healthcare middle management jobs *extreme jobs*? *Journal of Health Organization and Management*. Vol. 27. No. 5. pp 646-664
- Dale, F. (2015). Livet som ny leder. *Magma*. Vol 2/2015. s 54-61
- Duffield,C., Roche,M., Blay,N., Thoms,D., Stasa,H., (2011) The consequences of executive turnover. *Journal of Research in Nursing*. Vol.16. No. 6. pp 503-514
- Gammelsæter, H. *Ledelse når ledere byttes ut*. i Askvik, S., Espedal, B., Gammelsæter, H. (red). (2011). *Kunnskap om ledelse -festskrift til Torodd Strand*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haaland,F.H., Dale,F. (2005) *På randen av ledelse. En veiviser i førstegangsledelse*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hagebakken, G. og Nilsen, E. A i Andersen, O. J, Moldenæs, T. og Torsteinsen, H. (red). (2017). *Ledelse og skjønnsutøvelse. Analyse, intuisjon, forhandlinger*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haram, R. B. *Forventninger og krav til profesjonelle utøvere ved akuttavdelinger på sykehus*, i Slettebø, Å. (red). (2005). *Etiske utfordringer og kvalifikasjonskrav i helsetjenesten. Hva innebærer det å være profesjonell utøver i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten?* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Haug, K. *Verdens beste helsevesen?* i Haug, K., Kaarbøe, O.M., Olsen, T.E. (red). (2009). *Et helsevesen uten grenser?* 2. utgave. 2. opplag, 2014. Oslo: Cappelen Damm.
- Helsedirektoratet. (2019). *Kostnader i spesialisthelsetjenesten*. SAMDATA spesialisthelsetjenesten. Rapport IS-2847. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no>

Helsepersonelloven: Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64) Hentet fra:

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hippe, J. M., Trygstad, S. C. (2012). *Ti år etter: ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. Oslo: Fagbokforlaget.

Hope, O. (2015). *Mellomlederen*. 1. utgave. 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hudgins, T.A. (2016). Resilience, job satisfaction and anticipated turnover in nurse leaders. *Journal of Nursing Management*. Vol. 24. No.1. pp. 62-69

Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utgave. 4. opplag. Oslo: Cappelen Damm.

Jacobsen, D.I. (2019). *Ledelse og den offentlige dimensjonen. En sammenligning av ledere i offentlige og private virksomheter*. 1. utgave. 1. opplag. Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, D.I. (2019). Mellomledelse - en spesiell form for ledelse? *Magma*. Vol 2/2019. s 46-54)

Johansen, M.S. (2009) *Mellom profesjon og reform. Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. Series of Dissertations 2/2009. Handelshøgskolen BI, Institutt for ledelse og organisasjon. Oslo.

Knudsen, K., Gunnarsdóttir, H.M., Karlsen, J.E. (2014). Aldri fred å få? Rollekonflikter midt i lederlivet. *Sosiologisk Tidsskrift*, 22 (1), s. 28-50

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. 2. Opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lin, S.-H., Scott, B.A., Matta, F.K. (2019). The Dark Side of Transformational Leader Behaviors for Leaders Themselves: A Conservation of Resources Perspective. *Academy of Management Journal*. Vol 62. No 5. pp.

Lines, R. og Sandvik, A. M. *Verdiskaping og ledelse av kunnskapsarbeidere*. i Rønning, R., Brochs-Haukedal, W., Glasø, L., Mathiessen, S.B. (red). (2013). *Livet som leder. Lederundersøkelsen 3.0*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Mikkelsen, A. og Laudal, T. (red.) (2016). *Strategisk HRM 2. HMS, etikk og internasjonale perspektiver*. 2. utgave. 1 opplag. Oslo: Cappelen Damm.
- Mikkelsen, A. (2016). Jobbanalyser og jobbdesign. I Mikkelsen, A. og Laudal, T (Red.), *Strategisk HRM 2. HMS, etikk og internasjonale perspektiver* (s. 68-99). Oslo: Cappelen Damm.
- Mintzberg, Henry. (1989). *Mintzberg on management -inside our strange world of organizations*. New York: The Free Press.
- Parsons, M. L. og Stonestreet, J. (2003). Factors that Contribute to Nurse Manager Retention. *Nursing Economics*. Vol. 3. No. 3. pp 120-126.
- Pasient- og brukerrettighetsloven: Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Regjeringen. *Om lov om spesialisthelsetjenesten* (1998-1999). Prop.nr.10. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no>
- Regjeringen. *Om lov om helseforetak m.m.* (2000-2001). Prop.nr. 66. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no>
- Richardsen, A. M. og Mathiessen, S. B. *I førersetet, men stresset?* i Rønning, R., Brochs-Haukedal, W., Glasø, L., Mathiessen, S.B. (red). (2013). *Livet som leder. Lederundersøkelsen 3.0*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Riksrevisjonen (2020). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*. Del av dokument 3:2 (2019-2020). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no>
- Scott, J. (2002). Management retention in the NHS. *Journal of Management in Medicine*. Vol. 16. No 4. pp 292-302.
- Shirey, M. R. (2006). Stress and Coping in Nurse Managers: Two Decades of Research. *Nursing Economics*. Vol. 24. No. 4. pp 193-211
- Solberg, O. A., Karlsen, B., Skjevdal, J. *Ledelse i kontekst*. i Rønning, R., Brochs-Haukedal, W., Glasø, L., Mathiessen, S.B. (red). (2013). *Livet som leder. Lederundersøkelsen 3.0*. Bergen: Fagbokforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven: Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61) Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Statistisk Sentralbyrå. Thonstad, M. *Hva kan 150 års statistikk fortelle oss om sykehusenes utvikling?* Hentet fra: <https://www.ssb.no>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. 5. utgave. 1. opplag. Bergen: Fagbokforlaget.

Torjesen, D. O., Byrkjeflot, H., Kjekshus, L. E. (2011). Ledelse i helseforetakene. En gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus. i Askvik, S., Espedal, B., Gammelsæter, H. (Red). *Kunnskap om ledelse -festschrift til Torodd Strand*. Fagbokforlaget: Bergen.

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

04.12.2020 16:11

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 439403 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 04.12.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf.

personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2: Informasjon og samtykke til deltagelse i studien

Vil du delta i forskningsprosjektet Masteroppgave i erfaringsbasert ledelse?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å avdekke årsaker til at mellomledere i spesialisthelsetjenesten slutter som ledere, og hva som kan gjøres for å forebygge dette. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å øke kunnskapsgrunnlaget om årsaker til at mellomledere med klinisk profesjonsbakgrunn i spesialisthelsetjenesten går ut av lederstillingen. Jeg ønsker også å finne ut om det er noe som kan gjøres for å forebygge dette. Jeg er student ved UIT i faget «erfaringsbasert master i ledelse», og er selv ansatt i UNN.

Problemstillingen for denne masteroppgaven er:

Hvorfor slutter midtlinjeledere med klinisk profesjonsbakgrunn i spesialisthelsetjenesten som ledere og hva kan gjøres for å forebygge/ motvirke denne trenden?

Funnene i denne studien kan bli benyttet til internt kvalitetsforbedringsarbeid gjennom personalavdelingen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UIT, Norges Arktiske Universitet ved Hilde Nordahl- Pedersen er ansvarlig for prosjektet.

Prosjektet er godkjent av Kvalitets- og forskningsavdelingen i UNN ved Einar Bugge.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har valgt UNN som casestudie, og vil gjennomføre personlig intervju med inntil 12 tidligere mellomledere på ulike nivåer, og med ulik faglig tilhørighet. Kandidatene har vært mellomledere på ulike nivå ved UNN Tromsø, UNN Harstad og UNN Narvik.

Mine inklusjonskriterier er:

- Tidligere enhetsledere med personalansvar
- Tidligere seksjonsledere med personalansvar
- Tidligere avdelingsledere med personalansvar
- Klinisk profesjonsbakgrunn (sykepleiere, leger, jordmødre, fysioterapeuter, psykologer etc)
- Frivillig turnover i løpet av de siste 6 årene (altså ikke gått av med pensjon eller avsluttet et vikariat)

Invitasjon til deltakelse i denne studien er sendt ut via kommunikasjonsavdelingen i UNN til nåværende ledere, som igjen har formidlet invitasjonen til tidligere ledere. Noen kandidater har hørt om studien, og meldt sin interesse for å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et personlig intervju på ca 1,5 - 2 timer. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet. Jeg kommer til å spørre deg om noen bakgrunnsopplysninger (utdannelse, hvilken lederstilling du hadde, hvor du var leder, hvor lenge du var leder etc). Størstedelen av intervjuet vil dreie seg om dine erfaringer fra tiden som mellomleder i spesialisthelsetjenesten, og hvilke tanker du har gjort deg om hvorfor du sluttet som leder. Jeg vil også spørre om du har noen tanker om hva som kunne endret beslutningen om å slutte som mellomleder. Noen studier angir at psykiske belastninger i lederrollen *kan* være medvirkende årsak til at mellomledere slutter som ledere. Jeg ber deg tenke over hvorvidt du samtykker til at slike potensielle sensitive helseopplysninger deles og behandles dersom dette er aktuelt i ditt tilfelle. Informasjon om anonymisering og personvern finnes under avsnittet «Ditt personvern- hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger».

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Undertegnede (student/forsker) og prosjektansvarlig (veileder) ved UIT, campus Harstad vil ha tilgang til datamaterialet.
- Ditt navn og kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Transkribering av intervjuet vil gjøres av studenten selv, og datamaterialet vil lagres under koden som erstatter ditt navn.
- Dersom det fremkommer identifiserbare opplysninger under intervjuet, vil disse anonymiseres/endres slik at utsagn/informasjon ikke kan spores tilbake til deg.
- Ingen andre enn studenten selv har tilgang til datamaskinen mens prosjektet pågår.
- Sikkerhetskopi vil bli lagret på en minnepenn som oppbevares adskilt.

Etter prosjektets slutt, vil masteroppgaven vil være tilgjengelig for studenter og andre interesserte.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2021. Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Det skal ikke være mulig å knytte opplysninger eller utsagn til deg i det ferdige materialet. Ved tvil vil jeg kontakte deg for godkjenning av anonymiseringstiltak.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UIT, Norges Arktiske universitet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- UIT, Norges Arktiske universitet ved Hilde Nordahl- Pedersen på e-post: hilde.nordahl-pedersen@uit.no
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold. E-post: personvernombud@uit.no

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

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

Med vennlig hilsen

Maria Wølner

Hilde Nordahl-Pedersen

Forsker/student

Prosjektansvarlig/veileder

• **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Masteroppgave i erfaringsbasert ledelse, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i personlig intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Oppgavens problemstilling: Hvorfor slutter midtlinjeledere med klinisk profesjonsbakgrunn som ledere i spesialisthelsetjenesten og hva kan gjøres for å forebygge turnover?

Forskningsspørsmål 1: Hvilke faktorer har hatt betydning for turnover blant tidligere mellomledere i UNN?

Forskningsspørsmål 2: Hva mener mellomlederne må til for å redusere turnover av mellomledere i spesialisthelsetjenesten?

1. Om bakgrunn

- a) Hvilken profesjonsbakgrunn har du?
- b) Hvor lenge jobbet du klinisk før du ble leder?
- c) Hvor gammel var du da du ble leder?
- d) Hvilken lederstilling hadde du?
- e) Hvor mange medarbeidere hadde du personalansvar for?
- f) Fortell om hvordan/hvorfor du ble leder
- g) Hadde du noen lederkompetanse fra før? Hvilken?
- h) Fikk du noen form for opplæring da du ble leder?
- i) Hvor lenge var du leder?
- j) Hva gjør du i dag?

2. Om hvorfor du sluttet som leder

- a) Hva var det som gjorde at du sluttet som leder?

3. Om forventninger og motivasjon

- a) Hvilke forventninger hadde du til lederrollen og lederoppgavene?
- b) Var det noen aspekter ved lederjobben som overrasket deg i positiv retning?
- c) Hva opplevde du som mest givende ved lederjobben?
- d) Hva motiverte deg i arbeidet?
- e) Svarte dine antakelser om hvordan lederjobben var til virkeligheten og kan du si noe om eventuell manglende samsvar her har påvirket din beslutning om å slutte?

4. Om utfordringer

- a) Synes du noen deler av lederjobben var krevende? Hvis ja, kan du fortelle om situasjoner eller hendelser som var krevende?
- b) Hva opplevde du som *mest* krevende av dette?
- c) Hva skulle til for at dette ble mindre krevende for deg?
- d) Kan du si noe om hvordan disse (eventuelle) utfordringene i lederjobben påvirket din beslutning om å slutte i lederjobben?

5. Om jobbkraav

- a) Kan du beskrive hvilke oppgaver du ivaretok som leder?
- b) Hvilken erfaring har du med mål- og resultatstyring i UNN? (NPM)
- c) Hvilket fokus synes du var mest fremtredende i lederteamet?

- d) Hvordan opplevde du balansegangen mellom de ulike arbeidsoppgavene?
- e) Klarte du å fullføre arbeidsoppgavene innenfor ordinær arbeidstid?
- f) Omtrent hvor mange timer jobbet du i praksis i løpet av en arbeidsuke?
- g) Hvor stor frihet hadde du til å regulere arbeidstiden og avvike avspasering?
- h) Hendte det at du ble kontaktet på fritiden? Hvis ja, hvor ofte skjedde det og hvordan opplevde du dette?
- i) Hva tenker du om grad av arbeidskrav og arbeidsbelastning når du tenker tilbake på tiden som mellomleder i UNN?
- j) Har arbeidskrav og arbeidsbelastning påvirket din beslutning om å slutte i lederjobben?
- k) Hva måtte eventuelt settes inn av tiltak for å redusere belastningen?

6. Om rolleidentitet

- a) Hvordan opplevde du overgangen fra fagperson til leder med tanke på rolleidentitet?
- b) Hadde du gjort deg noen tanker om behov for et rolleskifte før du gikk inn i lederrollen?
- c) Anså du deg selv som mest leder eller mest fagperson da du var leder?
- d) Hvis du anså deg som mest leder: kan du huske hvor lang tid det tok og om det var noe spesielt som gjorde det?
- e) Kan du huske om det var en eller flere hendelser eller situasjoner som styrket eller svekket din identitet som leder?
- f) Hvilken rolleidentitet tror du var mest fremtredende for utenforstående (andre ledere og medarbeidere)?
- g) I hvilken grad opplevde du dilemmaer knyttet til rolleidentitet, og har disse påvirket din beslutning om å slutte i lederjobben?
- h) Hva kunne du tenke deg av tiltak/ hvilken støtte opplevde du behov for ved eventuelle dilemmaer om rolleidentitet?

7. Om rollekonflikt og krysspress

- a) Opplevde du at over- og underordnede hadde samsvarende forventninger til deg som leder? Kan du gi eksempler?
- b) Opplevde du samsvar mellom faglige og etiske standpunkter og utøvelsen av lederoppgaver? Kan du gi eksempler?
- c) Opplevde du at lederjobben påvirket privatlivet og/eller fritiden på noen måte? Hvis ja, kan du gi noen eksempler?
- d) Hvis du opplevde noen dilemmaer vedrørende ivaretagelse av ulike roller: hvilke dilemmaer var mest utfordrende? (privat og profesjonelt)
- e) Har dine eventuelle opplevelser med rollekonflikt og krysspress påvirket din beslutning om å slutte i lederjobben?
- f) Hvilken form for støtte ville styrket deg i situasjoner med rollekonflikt og krysspress? (Hva må til for å klare å «leve med» rollekonflikt og krysspress over tid for mellomledere?)

8. Om rollestress

- a) Hvilke forventninger hadde du til deg selv som leder?
- b) Hva anså du som din viktigste lederoppgave?

- c) Opplevde du at du forstod hvilke forventninger over- og underordnede hadde til deg som leder?
- d) Hadde du en skriftlig funksjonsbeskrivelse for dine ansvarsområder?
- e) Fikk du tilbakemelding på den jobben du gjorde? Hvem gav disse tilbakemeldingene, og på hvilken måte?
- f) Hvordan opplevde du balansegangen mellom avdelingens ressursbehov og ressurstilgang? (Følte du at du hadde tilgang på de ressursene du hadde behov for?)
- g) Opplevde du noen form for fysisk eller psykisk stress som følge av lederjobben? Hvis ja, kan du gi noen eksempler på hvordan dette utartet seg?
- h) Hva gjorde du for å stresse ned? Fungerte det?
- i) Kan du si noe om dine opplevelser med (eventuelt) jobbstress har påvirket din avgjørelse om å bli værende i lederjobben eller ikke? Kan du også si noe om hva du hadde ønsket av støtte, ressurser i eventuelle situasjoner med jobbstress og hvilke tiltak som kunne vært satt i verk for å forebygge opplevelsen av jobbstress.

9. Om handlingsrom/autonomi

- a) Hvordan opplevde du ditt handlingsrom som mellomleder i UNN?
- b) På hvilke områder kunne du ta beslutninger uten å klarere dette med ledernivå over?
- c) På hvilke områder kunne du *ikke* ta beslutninger uten å klarere dette med ledernivå over? Fulgte du linjen i slike saker?
- d) I hvilken grad/ på hvilken måte deltok du i beslutningsprosesser initiert av høyere ledernivå?
- e) I hvilken grad/på hvilken måte involverte du medarbeidere i beslutningsprosesser?
- f) Hvordan opplevde du informasjonsflyten i UNN?
- g) I hvilke tilfeller opplevde du å ha/ikke ha påvirkningskraft?
- h) Var du tilfreds med områder for og graden av mellomlederes påvirkningsmulighet i UNN?
- i) Hvordan opplevde du forholdet mellom ansvar og myndighet når du ser tilbake på din tid som leder i UNN?
- j) Har du noe mer å tilføye vedrørende ditt handlingsrom som mellomleder i UNN?
- k) Hvilke områder eller prosesser ville du ha forbedret dersom du hadde hatt mulighet?
- l) Kan du si noe om i hvilken grad din opplevelse av stort eller lite handlingsrom som leder har påvirket din avgjørelse om å slutte som mellomleder?

10. Om støtte

- a) Hvordan opplevde du samarbeidet og kommunikasjonen med:
 - nærmeste overordnede?
 - underordnede?
 - lederteam og andre lederkolleger?
- b) Fikk du tilbakemelding på den jobben du gjorde fra de overnevnte?
- c) Opplevde du at du fikk støtte i utøvelsen av lederjobben?

Hvis ja: Hvem opplevde du mest støtte fra? Hva bestod denne støtten av? Hvilken betydning hadde denne støtten for deg?

Hvis nei: Hvem savnet du støtte fra? På hvilken måte skulle du ønske at du hadde fått mer støtte? Hvilken betydning tror du en slik form for støtte ville hatt for deg som leder?

d) Kan du si noe om din opplevelse av stor eller liten støtte har påvirket din beslutning om å slutte i lederjobben?

11. Tanker om forebyggende tiltak ift turnover:

a) Hva ville du gjort annerledes om du skulle blitt leder på nytt?

b) Har du noen tanker om hvor lenge ledere i spesialisthelsetjenesten bør stå i jobben?

c) Hva mener du kunne gjøres for å forebygge at **du** som mellomleder ikke sluttet i jobben som mellomleder? Hvilke eventuelle tiltak kunne vært satt i gang? (Hvem, hva, hvor, hvordan, når, hvorfor?)

d) Har du noen andre tanker om tiltak som kan settes i gang for at mellomledere generelt i spesialisthelsetjenesten ikke slutter i jobben som mellomleder? (Hvem, hva, hvor, hvordan, når, hvorfor?)

12. Avslutningsvis

a) Har du noe å tilføye med tanke på årsaker til at mellomledere slutter i spesialisthelsetjenesten og hva som kan gjøres for å forebygge dette?

b) Er det noe du forventet at jeg skulle spørre om eller noe du synes er viktig som vi ikke har vært inne på?

