



Hva påvirker en oversettelse?

En kvalitativ studie av to implementeringsprosesser

Susan Amdal

Ellen Dahlberg

*Masteroppgave i organisasjon og ledelse
Institutt for Statsvitenskap
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø
Våren 2008*

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	3
1. Innledning	5
1.1. Oppgavens videre oppbygging	7
2. Teoridel	9
2.1. Coaching.....	9
2.1.1. Lederen som coach.....	10
2.2. Perspektiver.....	11
2.2.1. Den rasjonelle teoritradisjon (perspektiv)	11
2.2.2. Den institusjonelle teoritradisjon (perspektiv)	11
2.3. Implementeringsteori	13
2.3.1. Dekontekstualisering.....	13
2.3.2. Kontekstualisering.....	13
2.3.3. Den hierarkiske oversettelseskjeden.	13
2.3.4. Innskrivningsregler.....	15
2.3.5. Oversettelses - og omformingsregler	15
2.3.6. Virusteorien - en teori i den nyinstitusjonelle tradisjonen	16
2.4. Lederstil.....	17
2.5. Kultur	19
3. Metodedel	21
3.1. Forberedelser	21
3.2. Metodevalg.....	21
3.3. Intervjuguide	22
3.4. Utvalg og gjennomføring av intervju	22
3.5. Analyse av data	24
3.6. To forskere	25
3.7. Validitet og reliabilitet	25
3.8. Svakheter i metoden	26
4. Empiri	27
4.1. HF 1.....	27
4.2. HF 2.....	28
4.3. Coaching et lederutviklingsprogram i RHF	29
4.4. Funn i analysedata.....	30
4.4.1. Implementeringserfaringer fra Regionalt helseforetak.....	30
4.4.2. Implementering i HF 1	31
4.4.3. Beskrivelse av prosjektet i HF 2	37
5. Drøfting	45
5.1. Innskrivning av ideen i RHF	46
5.2. Den hierarkiske oversettelseskjede som faktor for ulikhet	47
5.2.1. Kritikk av den hierarkiske oversettelseskjeden.....	52
5.3. Implementeringsprosessen i lys av Virusteorien.....	53
5.4. Lederstil som faktor for ulikhet.....	55
5.5. Kultur som faktor for ulikhet	58
6. Avslutning	61
Litteraturliste	63
Vedlegg	65

Forord

Denne masteren er skrevet som en avslutning på et mastergradsprogram i organisasjon – og ledelse ved institutt for statsvitenskap ved Universitetet i Tromsø.

En slik oppgave kan ikke realiseres uten hjelp.

Lederen for prosjektet på RHF nivå har vært avgjørende for at vi kunne gjennomføre denne oppgaven. Hun har gitt oss kunnskap om prosjektet, og brukt tid på oss selv om hun ikke lengre er tilknyttet prosjektet – det er vi takknemlige for.

Vi vil takke begge helseforetakene ved Organisasjonsutviklingsavdelinga og Kompetanseavdelinga som har hjulpet oss på veien. En spesiell takk til våre informanter som velvillig og positivt har stilt opp til intervju.

Det har vært ei lærerik tid. Utfordringene har stått i kø, og uten stor velvilje fra familie og kollegaer hadde denne oppgaven neppe blitt realisert.

Det å studere i voksenalder gir en rekke privilegier, på godt og vondt. Vi har med oss arbeidserfaring - og livserfaring som gir god ballast. På den andre side har vi små barn og krevende jobber som gjør at prioriteringene til tider har vært vanskelige. Vi har tålmodige ektemenn og utålmodige barn som har hatt nedtelling til innleveringsfrist. På mange måter skal det bli godt å ”bare” være mamma og leder igjen.

Samtidig har studentlivet vært en fin tid, mange gode diskusjoner og refleksjoner både med forelesere og medstudenter. Vi ville ikke vært det foruten.

Vi har hatt stor nytte av faglige innspill og gode råd til utforming av oppgaven, via mail utvekslinger og telefon konferanser med veileder Arild Wæraas, som på nåværende tidspunkt er ute i den store verden. Takk skal du ha.

1. Innledning

Sykehus er en spennende arbeidsplass. Diskusjonen som har gått i det offentlige rom rundt ledelse og pengebruk i norsk helsevesen er et uttrykk for det. Debatten rundt den økonomiske situasjonen, hvem som skal sette agenda, politikere eller fagfolk er fortsatt varm. All fokus på de økonomiske rammene har for alvor fått helsevesenet til å måtte erkjenne at tiden hvor man fikk tilgivelse fremfor tillatelse definitivt er forbi. Den siste tids debatt rundt oppføringen av et sykehotell i Oslo, gjør at man kanskje nok en gang kan stille noen spørsmål med hensyn til hvor bestemmelsene tas, og hvem som bestemmer hva.

Vi som har skrevet denne oppgaven har begge lang erfaring fra sykehus. Vi er sykepleiere, har jobbet klinisk med pasientrettet arbeid, før vi etter hvert har gått over i lederstillinger. Behovet for økt kompetanse har blitt tydeligere etter hvert som man har tilegnet seg erfaring, derav veien til universitetet og dette erfaringsbaserte masterstudiet.

Arbeidsplassen vår kjennetegnes av å være et sted med sterke fagprofesjoner, og preges av at mange yrkesgrupper har lang og tung utdanning. Et annet aspekt er at mange med lederstillinger også har høy kompetanse på eget fagfeltet. Flere uttrykker at de opplever sin yrkesmessige identitet primært som fagperson og ikke som leder. Dette kan også ses i sammenheng med at sykehus tradisjonelt sett har rekruttert ledere på alle nivåer fra egne rekker. Helsepersonell oppleves å ha en ”dobbel” lojalitet. Det forventes at de er lojale mot institusjonen, men i tillegg har de lojalitet mot sine pasienter og sitt fag (Grund, 2006).

Hva skal til for å dyktiggjøre ledere i helsevesenet? Det er etter hvert blitt et større fokus på formell lederkompetanse, og mange studietilbud har kommet som en konsekvens av dette. I tillegg har mange organisasjoner sett på hva som kan bidra til å dyktiggjøre ledere i sine stillinger. Coaching har vært betraktet som en slik mulighet. Konseptet kommer opprinnelig fra idretten, hvor det brukes mye av toppidrettsutøvere som det forventes skal prestere. Etter hvert har dette blitt videreutviklet og tatt i bruk av andre yrkesgrupper, både i næringsliv og offentlig sektor. Vi har søkt etter forskning som er gjort, med relevans i forhold til studien vår. Foreløpig er implementering av coaching et lite studert fenomen. Etter noe leting har vi funnet materiale om coaching og om implementeringsprosesser, vi håper å kunne bidra med ny innsikt om disse sett i sammenheng. Målet er at denne oppgaven skal bidra til å forstå hvilke forhold som kan spille inn når et nytt konsept skal implementeres i kunnskapsorganisasjoner.

Av andre utførte studier med relevans har vi blant annet funnet et prosjekt i Oslo hvor man har implementert coachingmetodikk i en videregående skole. Dette er beskrevet i boka ”Profesjonelle dialoger” (Riis m fl 2008). Prosjektet har relevans fordi både sykehus og skole kan betraktes som kunnskapsbedrifter med likhetstrekk, og metoder som fungerer under slike betingelser er fellesnevneren. Gjennom søk i Bibsys fant vi en masteroppgave i sosiologi hvor forfatteren ser på ”*Coaching - et verktøy for personlig utvikling i det moderne arbeidsliv*” Problemstilling fokuserer på individets nytte av coaching som metode og hvordan individene i det moderne arbeidsliv påvirkes. Denne oppgaven har sammenfall med vårt arbeid med hensyn til nytteverdien av coaching. (Kristiansen 2007). Riktignok ser vi på et annet aspekt, ved å knytte det opp til et lederverktøy. Berg og Ribe henviser i sin artikkel om executive coaching, hvor at man i coaching kan skille mellom ferdighets-, resultats-, utviklings- og livs-coaching. Executive coaching er å hjelpe en leder til å lykkes. Lederen kan i neste omgang bruke coaching som en lederstil (Berg og Ribe, 2004). Dette er i rett linje, til den plattformen å lede fra, som Schussel refererer til i sin bok, ”Coaching – effektiv ledelse”. Den var også basis for coachingprosjektet vi har studert.

Moldenæs og Gabrielsen har gjort en studie på hvordan to institusjonelle standarder oversettes, via en case studie. Deres teoretiske tilnærming er gjort på bakgrunn av det optimistiske hvor ideen oversettes og adopteres og det pessimistiske hvor ideen blir bedriftens ferniss eller utstillingsvindu mot omgivelsene. Samt en alternativ variant som kalles oversettelsesvarianten hvor ideer kan tas inn stykkevis og delt og ikke nødvendigvis som et hele (Gabrielsen og Moldenæs 2002). Oversettelsesvarianten tar vi med oss videre inn i denne oppgaven hvor vi fokuserer på kontekstualisering av ideer, basert på Kjell Arne Røviks nyeste bok (Røvik 2007).

Nærmest som en tilfeldighet ble vi presentert for et prosjekt i regi av det regionale helseforetaket. Vi fikk se en brosjyre hvor konseptet var presentert som det største coaching prosjektet noen gang i norsk sammenheng. Den inneholdt videre en beskrivelse av hvilke utfordringer ledere står overfor, og hvordan coaching kan hjelpe i hverdagens utfordringer. Vår kunnskap om sykehus gjør at vi vet at det finnes mye kompetanse innad i organisasjonen, men også en genuin nysgjerrighet rundt ny metodikk.

Så hva skjer når et slikt ”in” konsept lanseres? Hvor lett adopteres nye verktøy i en så tung organisasjon som et sykehus faktisk er? Fra vårt ståsted et stykke ned i organisasjonen opplever vi ofte bare konsekvensene av nye verktøy som er tatt i bruk. Det å få være i den andre enden, det å få mulighet til å studere implementeringsprosesser synes vi var spennende.

Gjennom egne erfaringer har vi forstått at det er en del ulikheter mellom HF 1 og HF 2, utover det faktum at de er ulik i funksjon og størrelse. Noe av dette kan være ulike satsningsområder, og ulike økonomiske prioriteringer. Dette er uttalt og forståelig. Men så er det noe mer, noe sosialt og kulturelt som en vet, eller aner virker inn på hvordan vi utvikler oss. Vi har oppfattet sjargongen ”vi” og ”de”, ikke i negativ betydning, men i betydningen at noe er grunnleggende forskjellig. Vi hadde forut for oppgaven forståelse av at det er store ulikheter i hva dette konseptet har blitt til i de ulike sykehusene i helseforetaket. Det ble derfor spennende for oss å se på hvordan de ulike sykehusene hadde nyttiggjort seg dette verktøyet. Etter en del vurderinger fant vi en problemstilling som vi mente var dekkende for det vil ville undersøke:

”Innføring av coaching som lederverktøy i to sykehus. Hvilke faktorer gjorde at konseptet ble ulikt implementert”?

Vår intensjon er ikke å sammenlikne for å se hva som fungerte bra eller mindre bra, men å se etter trekk som kan forklare eventuelle ulikheter. Gjennom en implementeringsprosess er det mange faktorer som kan påvirke. Vi har diskutert oss gjennom organisasjonsstruktur, kultur, lederstil, kjerneteknologi, kompetansebruk, og så snart et behov for å avgrense omfang. Det ble valgt ut to faktorer, kultur og lederstil som vi ville se nærmere på. Vi har et ønske om å se hva som har skjedd undervis i dette prosjektet. Dette vil vi gjøre ved å belyse kontekstualiseringen i implementeringsprosessen på sykehusene ved hjelp av to teorier, Den hierarkiske oversettelses kjede og Virusteori. Er ideen gjenkjennelig nå seks år etter oppstart, eller er den omvandlet til andre konsepter i dag.

1.1. Oppgavens videre oppbygging

Denne oppgaven har gitt oss innsikt i to implementeringsprosesser. Vi har ledd etter ulikheter ved å gjennomføre intervju i begge sykehus. Disse ulikhetene presenterer vi i et eget empiri kapittel. Vi har valgt å ikke fordype oss i selve fenomenet coaching, men gir en kort presentasjon av coaching prosjektet slik at du som leser får en grunnforståelse. Vi presenterer også de to sykehusene, i samme kapittel.

I teoridelen av oppgaven introduserer vi coaching som begrep. Deretter presenterer vi oversettelsesteori som er hovedteorien i denne oppgaven. Kapittelet avsluttes med noe teori rundt ”faktorene” vi har valgt ut, kultur og lederstil. Metodekapittelet er ment å gi leseren en

forståelse av hvilken type studie vi har gjort og en begrunnelse for valget vårt. Styrker og svakheter ved metoden vil også bli belyst. Empiri og teori danner grunnlag for drøftingsdelen av oppgaven. Vi ønsker ikke å konkludere i denne oppgaven, men velger heller å undre oss over en del hendelsesforløp.

Det må understrekes at vi kun har undersøkt to av sykehusene i organisasjonen. Implisitt i dette ligger det at vi ikke har noen formening om status i de andre sykehusene eller hvilke prosesser som har skjedd der. Gjennom drøftingen underbygger vi resonnementene våre, og utdyper sammenhengene vi mener å ha funnet.

2. Teoridel

I denne delen av oppgaven vil vi gjøre rede for teorier rundt emnene implementering, coaching, lederstil, og kultur. De ulike teoriene er ment å komplettere hverandre. Den viktigste implementeringsteorien er translasjonsteori hvor vi ønsker å bruke den hierarkiske oversettelseskjede for å forklare kontekstualiserings prosessen. Denne kjeden har mye til felles med en rasjonell implementeringsprosess (Røvik 2007, s.294). Vi har derfor valgt å ta med den rasjonelle teoritradisjon og samtidig vise at sykehus har innslag av byråkrati i sine beslutningsprosesser. Vi har også valgt å beskrive Virusteori i denne oppgaven. Den institusjonelle teoritradisjon oppfatter vi er egnet til å forklare organisasjonsmedlemmenes lojaliteter, subkulturer og påvirkninger fra omgivelsene, noe som alle påvirker deres beslutnings- og handlingsmønstre. I tillegg mener vi den kan belyse en del faktorer som kan forklare hvordan populære ideer påvirkes av ytre og indre omstendigheter. Coaching er faget i ideen som skal implementeres, og et stort diskusjonstema blant våre informanter. Det er derfor viktig at du som leser får en presentasjon av dette.

2.1. Coaching

Ordet coach er engelsk og ble tatt i bruk på 1500-tallet. Coach beskrev noe som ”*fraktet verdsatte mennesker, til dit de måtte ønske å komme*”. Coach er med andre ord en metafor på noen som bringer mennesker til et ønsket sted. Ordet er senere tatt i bruk i idretten, der coachen hadde i oppdrag å ”frakte” idrettsutøveren fra et lavere til et høyere nivå (Gjerde, 2003 s.10).

Coaching er også definert som: ”Prosesser for å frigjøre og utvikle enkeltmenneskets potensial”(Schussel 2005, s.15). Til bruk i prosessen fins mange metoder og verktøy. Coaching bygger på en grunnleggende positiv holdning til hva hver og en av oss kan få til og tar utgangspunkt i den enkeltes unike potensial for vekst og utvikling (Schussel 2005). De som jobber som coach i dag har ulike bakgrunn, det er hovedvekt av psykologer, konsulenter og ”selvhjelpsguruer”. I tillegg finnes det flere med bakgrunn fra veiledning, filosofi og pedagogikk.

Coaching kan grovinndeles i to retninger, de som hevder at coaching er *alt* en leder/coach gjør for å frigjøre potensial og de som mener det er *en* måte å gjøre dette på, en metodikk og ett sett med virkemidler (Gjerde 2003). Coaching er intet entydig begrep, det blir gjerne fremstilt som en hybrid av terapi, organisasjonspsykologi, idrettspsykologi og selvutvikling.

Veiledning kan presenteres som søsteren til coaching, de har begge samme foreldrene - filosofi og psykologi – og har tilgang på den samme verktøykassen. I veiledning er ikke følelser fremtredende, mens i coaching står både fag og følelser i fokus. Coaching står med et bein i begge leire, både i veiledning og i terapi, som har følelser som en sentral rolle (Gjerde 2003, s.46).

Coachen er mer spørrende enn informerende i sin tilnærming. Å stille effektfulle spørsmål er derfor et viktig coaching-verktøy. Dette er spørsmål som gjør at medarbeideren motiveres til å tenke selv og engasjere seg sterkere i egen utvikling. Coachen gir videre tilbakemelding på en beskrivende måte og er ”speil” for å forsterke læringsprosessen. Coachen hjelper den han coacher til egenrefleksjon, og får vedkommende til å forstå at han er en ekspert på seg selv. Coachen opptrer som en sparringspartner (Schussel 2005).

Coaching kan også sees på som et verktøy som skal gi avkastning både for den ansatte, men også for de som betaler regninga, altså organisasjonen. Anderson and Anderson sier: *“People who are being coached are finding values in the process, but the sponsors or buyers of the coaching services are looking for a return on investment for the organisation”* (Anderson and Anderson, 2005, s. 2). De sier videre at for første gang er coaching beskrevet som en utviklings prosess og en strategisk prosess. For at prosessen skal være strategisk må den bidra til å nå organisasjonens mål. De sier videre: *“Coaching initiatives must be managed and create the context for having the coaching relationships each contribute to achieving the strategic business goals”* (Anderson and Anderson 2005, s. 2).

2.1.1. Lederen som coach

”Enhver person som i sin stilling har ansvar for medarbeidere kan tilegne seg de viktigste coaching-ferdighetene og således fungere som en coachende leder”(Schussel 2005, s.15).

Den coachende leder stiller medarbeidere til ansvar for egen utvikling og resultater. Det optimale er at coaching forankres og implementeres i toppledelsen.

Mange ledere opplever at det er ensomt på toppen. Dette er nok medvirkende til at tilbudet om coaching har blitt godt mottatt hos mange toppledere. Coachen kan komme inn som en nøytral, utenforstående som kan skape et miljø hvor lederen kan snakke fritt. Coachen kan videre hjelpe vedkommende til å være skarp og ha fokus for å oppnå kontinuerlig vekst.

Dersom organisasjonen ønsker å satse på intern coaching, vil trening i coaching av toppledelsen være første steg. Toppledelsen vil deretter kunne coache andre i organisasjonen,

altså mellomlederne som de nærmeste å starte med. (Schussel 2005). Vårt prosjekt har hatt målsetting om at RHF skal preges av en coachende lederstil på alle nivåer i organisasjonen.

2.2. Perspektiver

Vi kan betrakte teoretiske perspektiver som ståsteder eller utgangspunkt for å gi retning til metoder, begreper og teorier vi tar i bruk. Vi velger oss ut et bestemt brillesett å se virkeligheta med (Halvorsen 1993). Teoretiske perspektiver er de mest grunnleggende, mest abstrakte og generelle verktøy vi har. Valget av perspektiv vil ofte være bestemt av ulike fagtradisjoner og moteretninger innen fagene (Wadel 1991). Under hvert perspektiv fins ulike modeller som en etablert antakelse om virkeligheten, empirisk testet flere ganger.

2.2.1. Den rasjonelle teoritradisjon (perspektiv)

” From the rational system perspective, organizations are instruments designed to attain specified goals” (Scott, 1998 s.33).

I et rasjonelt eller et instrumentelt syn kan organisasjoner oppfattes som redskaper eller instrumenter som skal oppnå visse mål i samfunnet. Dette kan bli synlig ved at organisasjonene og deres medlemmer handler formålsrasjonelt. Organisasjonsmedlemmene i seg selv sees ikke på som interessante, men organisasjonens struktur er viktigst. Det antas at ledelsen har evne til rasjonell kalkulasjon og evne til politisk og sosial kontroll (Christensen m.fl.2004). I denne tradisjon skisseres ofte et optimistisk scenario. Det optimistiske bygger på forestillingen om at organisasjonsoppskrifter er nokså ferdigutviklede verktøy som raskt kan bli implementert og dermed komme til uttrykk gjennom forbedrede resultater. Selve implementeringen kan sammenlignes med installering som medfører at organisasjonen kan ta verktøyet rask og uproblematisk i bruk (Røvik 2007).

Kunnskapsbedrifter har derimot mange autonome aktører med ulike målsettinger og interessegrupper som kan være i konflikt med hverandre.

2.2.2. Den institusjonelle teoritradisjon (perspektiv)

Denne retningen deles gjerne i det naturlige og det åpne systemperspektiv. Det naturlige perspektiv med forestillingen om institusjonaliserte organisasjoner som fokuserer på interne

verdier og normer og det åpne perspektiv med institusjonaliserte omgivelser som fokuserer på verdiene og normene som finnes i organisasjonenes omgivelser.

Naturlige perspektiv

Scott og Davis har følgende definisjon av organisasjoner i det naturlige perspektiv;

”Organizations are collectivities whose participants are pursuing multiple interests, both disparate and common, but who recognize the value of perpetuating the organization as an important resource” (Scott, Davis 2007 s. 30).

Organisasjonsmedlemmenes adferd lar seg i liten grad påvirke av formell struktur og samhandlingen preges av et felles ønske om overlevelse for organisasjonen, og inngår derfor i uformelle, kollektive aktiviteter for å sikre overlevelse.

Åpne perspektiv

Scott og Davis har følgende definisjon i det åpne perspektivet;

”Organizations are congeries of interdependent flows and activities linking shifting coalitions of participants embedded in wider material – resource and institutional environments” (Scott, Davis 2007 s. 32).

For at hele systemet, organisasjonen, skal fungere optimalt og overleve, må alle disse subsystemer fungere hver for seg, og sammen.

Individene i organisasjonen har mange lokaliteter og identiteter. De kommer og går og er opptatt av hvilke avtaler og hvilke fordeler de selv kan oppnå i organisasjonen, eller på å forlate organisasjonen. I denne tradisjonen finnes et langt mer pessimistisk scenario som bygger på at organisasjonsideer må passe inn i organisasjonen, de må være kompatible med de verdier og den etablerte praksis i de organisasjoner man ønsker å innføre dem i. Ellers vil de bli frastøtt. Særlig innenfor den nyinstitusjonelle teoritradisjon finnes det i følge Røvik et mer ”artistisk scenario” om ideers skjebne. Lederne i disse organisasjoner må vekte sine beslutninger mellom på den ene siden å fatte vedtak, produsere varer og tjenester med høy kvalitet – og effektivitet. For å klare dette trenger organisasjonen medarbeidere med erfaringsbasert kunnskap som er stabil arbeidskraft over tid. På den andre sida skal organisasjonen leve opp til omgivelsenes forventninger om å være moderne og endringsorienterte, noe som innebærer å adoptere de til enhver tid populære og legitime reformideer som fins på markedet. Artistieriet går på at organisasjonen tar ideene inn, men ikke tar dem i bruk (Røvik 2007).

2.3. Implementeringsteori

Vi har valgt å sette fokus på oversettelsesteori i vår oppgave. Teorien består av to hoveddeler; dekontekstualisering og kontekstualisering. Skillet er laget fordi det ofte er ulike aktører som gjennomfører disse prosessene, som også ofte er ukordinert i tid og rom. Vi velger å legge hovedvekt på kontekstualisering. Dette begrunner vi med at vår ide ikke er beste praksis eller en språksatt ide hentet fra en organisasjon. Vår ide er et verktøy som gjennom uthenting og samhandling mellom aktører, har blitt en mal for et prosjekt som er å implementere coaching som lederverktøy i helseforetakene. Derfor er det kontekstualisering av dette prosjektet vi vil fokusere på.

2.3.1. Dekontekstualisering

Dekontekstualisering er når praksis oversettes til ideer: ”... *tilfeller der en praksis og/eller en språksatt ide identifiseres i bestemte organisasjoner og/eller i felt, og forsøkes tatt ut av denne sammenhengen og omformet, ofte med det formål å bli overført til andre organisasjoner*”(Røvik, 2007 s. 260).

2.3.2. Kontekstualisering

Kontekstualisering er at ideer som ofte er representasjoner av praksiser fra bestemte kontekster forsøkes introdusert i en ny organisatorisk sammenheng. Når ideen reiser inn i organisasjonen kommer den oftest inn i en kompleks kontekst som bl.a. består av formelle strukturer, rutiner og prosedyrer samt noe mer usynlig kulturelle begrensninger som presenteres av et sett med fortellinger. Den hierarkiske oversettelseskjeden er en måte å forklare kontekstualisering. Den bygger på fem sammenhengende argumenter og antakelser og har mye til felles med en rasjonell implementeringsprosess (Røvik 2007).

2.3.3. Den hierarkiske oversettelseskjeden.

- Top-down orientering: Nye organisasjonsideer kommer oftest inn i organisasjonen via toppledelsen. Dette gir en vertikal oversettelseskjede. Den formelle hierarkiske autoriteten i toppen av organisasjonen utgjør den viktigste kraften til oversettelse og spredning nedover og innover.

- Problembetinget søking etter løsninger: Det forventes at ledelsen har klare oppfatninger om hva som til enhver tid er problemer og utfordringer i organisasjonen. Ideer som tas inn i organisasjonen skal være mulige løsninger på disse.
- Begrenset frihet til oversettelse: Toppledelsen har klare oppfatninger og planer for hvordan ideer skal implementeres. Dette fører til at de underliggende enheter i organisasjonen vil ha begrenset frihet til egen oversettelse og lokal versjoner av konseptet. Det vil være rom for lokale tilpassninger, men ledelsen vil likevel kontrollere at disse tilpasningene er innenfor rammene og at overordnede hensyn tas.
- Stimulus-respons-basert sekvensialitet: Her vil oversettelse av ideer foregå i sekvenser. Prosessene starter i toppen av organisasjonen og rykker etappevis innover og nedover. En versjon som er oversatt og konkretisert på et nivå rykker nedover til neste underliggende nivå. På hvert nivå foregår ytterligere oversettelser og tilpassninger til lokale forhold.
- Fra det abstrakte til det konkrete: I den hierarkiske oversettelseskjeden fremgår kontekstualisering som en sammenhengende konkretiserings - og materialiseringsprosess. Abstrakte og utydelige ideer kommer inn i toppen, men får et mer konkret og materielt innhold etter hvert som de synker nedover og inn i organisasjonen. Hovedsakelig fordi de på hvert hierarkiske nivå blir utsatt for oversettelse og tilpassning (Røvik 2007 s. 294-295).

Den hierarkiske oversettelseskjeden kan forklare mange empiriske tilfeller, men det er også mange observasjoner som ikke kan forklares av denne kjeden. Noen av disse er:

Oversettelser og kontekstualisering foregår når mennesker møtes. Den hierarkiske kjede usynliggjør hensynet til det Røvik kaller for utviklingsarenaer, som kurs, konferanser, etter – og videreutdanninger og lignende, som arenaer for oversettelser (Røvik 2007 s. 296). Helseprofesjoner er kjent for å ha mange utviklingsarenaer både tverrfaglige, uformelle og formelle, interne og eksterne.

Den hierarkiske kjeden antar også at det fins en ”masterversjon” av ideen som tas inn i organisasjonen av ledelsen. Denne masterversjonen er den alle lokale versjoner er avledet fra. Det at organisasjonsmedlemmene har ulike arenaer for samhandling, også eksterne innebærer

en mulighet for at ideer kan hentes inn og oversettes ulikt av masterversjonen (Røvik 2007 s. 297).

I forestillingen om den hierarkiske kjede antas det at oversettelser følger en kjedelignende bevegelse fra toppen og nedover i organisasjonen. Det er imidlertid observert at ideer over tid kan sirkulere innenfor et felt eller en organisasjon i en vekselvirkning mellom abstrakte og mer materialiserte former, mer som en spirallignende forløp, og ikke som en rettlinjert kjedereaksjon av abstrakte ideer til materialisert praksis (Røvik 2007 s. 299). Eksempel på dette er at det tas inn et verktøy i en organisasjon med et klart definert formål. Verktøyet tas i bruk i hele organisasjonen og fungerer bra en stund. Så merkes et avtagende engasjement og ideens uttrykk blir mer utydelig for organisasjonsmedlemmene. Så oversettes ideen igjen og tas i bruk på en litt annen måte enn opprinnelig. Dette varer så til neste oversettelse er nødvendig og ideen oppstår nå som et verktøy koblet opp mot andre av organisasjonens verktøy. Ideen utvikles altså i en spiral og ikke i en kjede.

2.3.4. Innskrivningsregler

Innskrivningsregler kan deles i to, regler for lokalisering og regler for tidsmarkering. Lokalisering er en fellesbetegnelse på prosesser hvor en organisasjonside settes inn i en lokal kontekst, slik at den over tid formidles med stadig flere referanser til det lokale i organisasjonen. (Røvik 2007 s. 301) Tidsmarkering av organisasjonsideer vil si at ideen skrives inn i lokal tid i organisasjonen. En nylig adoptert ide kan bla. a. bli forsøkt gitt en lokal historie, altså fortid, den gis også en sanntid og en fremtid. Ikke sjelden blir dette presentert i organisasjonen ved at en først hadde et problem, deretter fant man en løsning på dette problemet, altså ideen, som ble adoptert. Dette stemmer med hvordan mange organisasjoner vil bli oppfattet, som rasjonelle og seriøse som ikke adopterer en ide bare fordi den er populær og ”i tiden”. (Røvik 2007 s. 304) I tillegg til innskrivningsreglene har vi også spesifikke oversettelses – og omformingsregler.

2.3.5. Oversettelses - og omformingsregler

Disse reglene handler om hva som skjer med innholdet i ideene når man overfører dem mellom organisatoriske kontekster. Dette handler om oversetteren, hvor stor frihet han har og hvor stor frihet han faktisk tar seg. Den nye ideen kan være en løs ramme og inspirasjonskilde rundt egen kreativitet heller enn å gjenskape og gjengi eksakt.

Omvandling

Grunnleggende endring av en praksis eller en ide i form og innhold, hva ligger til rette for slik transformasjon? Det er ikke noe ønske om kopiering, men heller et ønske om å bruke ideer som inspirasjonskilde i arbeidet med egne løsninger. Organisasjonen kan la seg inspirere av flere praksiser og ideer som man kan kombinere og blande slik at man får det som man vil, altså lokalt tilpasset. Avgjørende faktorer her er hvor oversettbart og omformbart ideen/praksisen er. Jo vanskeligere det er å oversette en praksis til en ide, desto større sjanse er det for at den omvandles når den skal overføres til andre. Er ideen linket opp mot prosedyrer som igjen er forankret opp mot forskrifter og lover, vanskeliggjør dette denne omforming til lokale forhold (Røvik 2007 s. 315).

Kopiering betyr i denne sammenheng å hente ut en praksis fra en kontekst, gi den en idemessig representasjon, og så sette den inn i en ny organisatorisk kontekst på en slik måte at praksisen gjenskapes (Røvik 2007, s. 308).

Addering vil si at en idemessig representasjon legges til noen elementer når den skal oversettes og overføres til en ny organisasjonskontekst (Røvik 2007, s. 311)

2.3.6. Virusteorien - en teori i den nyinstitusjonelle tradisjonen

Denne teorien bruker metaforen virus som metode for å utvikle innsikter om hvordan organisasjonsideer adopteres og spres. Viruset er meget enkelt utviklet. Populære organisasjonsideer oppleves ofte som enkle, særlig hvis de sammenlignes med organisasjoners ellers så komplekse systemer. Røvik nevner at akkurat denne enkelheten er det som gjør at ideen blir populær og som kanskje kan bidra til en forenkling i hverdagen. Et annet likhetstrekk er innpakningen. En organisasjonside kan sies å ha et skall, en innpakning som ofte er en språklig merkelapp, som er lett synlig og lett å spre informasjon om. Et tredje likhetstrekk handler om opprinnelse. Både for virus og organisasjonsideer er opprinnelsen vanskelig å etterspore. Vi har ikke denne viten vedrørende virus og selv om det forsøkes å få tak i populære organisasjonsideers opprinnelse, viser det seg at disse er langt mer tidløse og universelle enn først antatt (Røvik 2007 s. 342).

Organisasjonsideer kan på samme måte som virus spres mellom mennesker. Ideene kan derfor reise fritt mellom land og kontinenter (Røvik 2007 s. 343).

Organisasjonsideer kan som virus utløse forsvarsmekanismer i vertsorganismen for å hindre inntrenging, sørge for isolering og til slutt drepe for å bli kvitt inntrengeren når de forsøker å trenge inn i organisasjoner. Et slikt ytre forsvar kan være at ideen fanges opp av ledelsen i organisasjonene, men av ulike grunner ikke kommer nedover i organisasjonen. Enten for at ledelsen ikke prøver hardt nok eller at det er fysiske skiller mellom de arenaer som fanger opp ideene, de arenaer som fatter vedtak om evt. implementering og de arenaer som iverksetter. (Røvik 2007 s. 345) Røvik presenterer tre mekanismer; Når ideene inneholder instruksjoner, konsistensregler for prat og praksis, og sist replikasjon og institusjonalisering, som betydningsfulle i forhold til virkningsmekanismen (Røvik 2007, s.353).

Den ene mekanismen er at det med noen ideer, særlig de populære, følger noen klare instruksjoner og føringer for praksis. Når slike instruksjoner brukes, særlig av myndighetene overfor en del organisasjoner så øker sannsynligheten for at de tas i bruk. Den andre mekanismen er at ledere og deres organisasjoner er lite komfortable med å adoptere populære organisasjonsideer og ikke tar dem i bruk. Slike inkonsistenser har lett for å bli oppdaget av omgivelsene og av interne medarbeidere. Blir slike brudd oppdaget og påtalt så utløses det gjerne aktivitet for å ta ideene i bruk (Røvik 2007 s. 352-353).

2.4. Lederstil

I en sykehuskontekst er evnen til fleksibilitet med hensyn til lederstil en forutsetning for å lykkes som leder. De ”ustabile” og skiftene premissene det skal ledes etter er en forklaring på dette.

En godt beskrevet teori utviklet av Hersey og Blanchard og kalles situasjonsteorien. Denne skiller mellom fire ulike lederstiler. De avviser at disse kan brukes rendyrket, det vil ikke være en type stil som kan fungere under alle ulike forutsetninger. Hvem en er leder for, de ulike medarbeidernes forutsetning for oppgavene de skal løse, samt den konkrete situasjonen vil være premiss for hvilken lederstil som kan fungere. De ulike lederstilene som Hersey og Blanchard karakteriserer er som følgende:

- Instruerende lederstil; Autoritær, klart preget av enveis kommunikasjon som er styrende i sin form. Har forutsetninger for å fungere når medarbeiderne har lav kompetanse, og dermed trenger stor grad av styring for å klare arbeidsoppgavene sine.
- Selgende lederstil; Overtalende forklarende i sin form. Kan fungere når medarbeiderne har behov for hjelp, råd og støtte, men innehar moderat kompetanse på området.

- Deltakende lederstil; Samarbeidende i form. Leder og medarbeider arbeider sammen, situasjonen preges av toveiskommunikasjon. Dette fungerer hvis medarbeideren har moderat til høy kompetanse på område.
- Delegerende lederstil; Gi fra seg beslutningsmyndighet og makt. Vil kunne lykkes når medarbeiderne har høy kompetanse på feltet, og selv har et ønske om å ta ansvar og følge opp, i tillegg til at vedkommende arbeider greit selvstendig.

Følgende sitat er hentet fra boken "Situasjonsbestemt ledelse": "... *mange ledere funnet sin lederstil. En følge av dette er at de er effektive i situasjoner der deres stil er tilpasset omgivelsene. Andre ledere klarer å tilpasse sin lederstil til situasjonen de til en hver tid står overfor* " (Thompson 1995, s.116). Dette er ment som en illustrasjon for å underbygge påstanden. Kompleksiteten i sykehus er en premiss man må forholde seg til i sin ledeutøvelse. Dermed blir kravet til å beherske ulike stiler, tilpasset de ulike situasjonene, en forutsetning. Samme forfatter har funnet noen kjennetegn han mener er allmenngyldige for god situasjonstilpasset ledelse:

- ✓ Lederen er fleksibel i sin lederadferd.
- ✓ Lederen er dyktig til å stille diagnose av den situasjonen vedkommende til en hver tid står i.
- ✓ Lederen må ha et åpent forhold til sine medarbeidere mht hvordan ledelse utøves slik at lederstil kan avtales med medarbeideren på bakgrunn av den diagnose som er stilt.

En annen metafor vi har funnet er lederen som den profesjonelle golfspilleren (Daniel Golman 1998). Forfatterne Vickers og Bavister har beskrevet denne i boka "Coaching". De beskriver seks ulike lederstiler som et resultat av en stor amerikansk studie utført i 2000. Disse stiler er som følgende, og har disse karaktertrekk: *Den bydende* - "gjør som jeg sier". *Den myndige* - "følg meg". *Den forenende* - "mennesker er viktige". *Den demokratiske* - "hva mener du". *Forbildet* - "gjør som jeg nå gjør". *Coachen* - "hva nå". Disse stilene representerer hver sin golfkølle hos den profesjonelle spiller. De forskjellige slagene krever ulike køller. Det som kjennetegner den profesjonelle spiller er at han behersker dem alle (Vickers og Bavister 2006).

2.5. Kultur

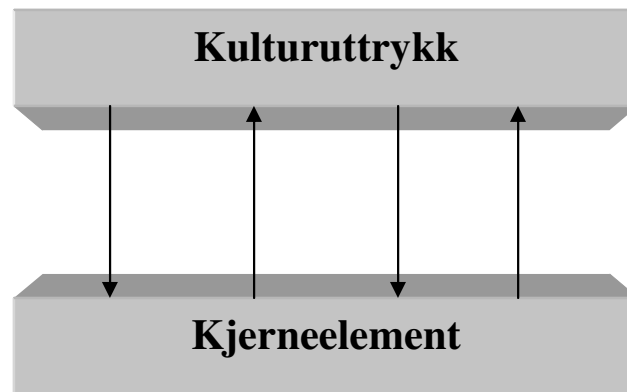
Kulturbegrepet er vanskelig å beskrive. Dette som sitter i veggene, disse skrevne/uskrevne reglene for hvordan vi samhandler og hvordan vi oppfatter våre roller og plass i organisasjonen. Det er gjort utallige forsøk på å lage gode definisjoner av begrepet, som gir det substans. Vi har valgt Edgar Schein, og hans måte å definere organisasjonskultur. Om begrepet organisasjonskultur sier han følgende:

”Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser – oppfunnet, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene”
(Jacobsen og Thorsvik, 1997 s. 103).

Det er flere forutsetninger knyttet til denne definisjonen slik Jacobsen og Thorsvik beskriver den. De utdyper at Schein mener begrepet kultur må knyttes til en gruppe innen organisasjonen som har samme oppfatning, dvs. de deler et sett grunnleggende antakelser. Det er også en klar sammenheng mellom kultur og læring. Schein fremhever at kulturen kun vil bestå hvis den oppfattes som riktig for de som står i den. Kulturen blir hele tiden målt opp mot virkeligheten, og vil bli endret hvis opplevelsen av de grunnleggende antakelsene ikke er korrekte. Det siste poenget er at kulturen vil formidles til andre nye kollegaer som den rette måten å forstå felles utfordringer på. Den behøver ikke engang være allment gjeldende for andre deler av organisasjonen, men er gruppas oppfattelse av hvilke regler som skal gjelde. For nyansatte vil behovet for å ”passe inn” være så stort at det å få aksept der, vil gå foran ledelsen øvrig.

Slik Schein beskriver det finnes det ulike nivåer man kan studere kulturen gjennom. Grunnleggende antakelse også kalt den egentlige kulturen, er ikke uttalt. De er vanskelige å få ”tak i”, og lar seg i liten grad observere, men kan være synlige i form av faktisk adferd, uttalte verdier og fysiske uttrykk. Ved å gå til de uttrykte kulturfenomenene de såkalte artefaktene så kan disse observeres eller monitoreres i en helt annen grad. Henning Bang har gjort en forenkling av dette, der han definerer kjerneelementer som inneholder både normer/verdier og de grunnleggende antakelsene.

Dette kan ikke observeres direkte mens artefaktene i høy grad er synlige som uttrykk for kulturen (Bang, 1990 s.49) Se figur som illustrasjon.



3. Metodedel

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for metodevalget vårt. Vi vil belyse forberedelser, metodisk tilnærming og fremgangsmåte. Videre beskrives innhenting av data, uthenting av ulikhetene vi ønsket å analysere, samt de erfaringer vi gjorde underveis.

3.1. Forberedelser

I forberedelsene til oppgaven gjorde vi en del søk på de respektive sykehusenes intranett for å finne mest mulig om prosjektet. Vi brukte søkeordet ”coaching” og fikk mange treff, og bilder fra prosjektets start med gruppeoppsett og lister over de respektive coachene. Det var generell informasjon om prosjektet, målsetting og annen form for lederopplæring hvor coaching var en del av konseptet. Etter disse søkene sendte vi en henvendelse til det Regionale Helseforetak med forespørsel om lov til å skrive denne oppgaven samt et ønske om å få oppgitt et navn på initiativtaker. Vi kontaktet vedkommende og hadde deretter en uformell samtale for å se om dette var noe å bygge en oppgave på. Vi møtte stor velvillighet, fikk spennende informasjon samt en brosjyre til låns som beskrev en del case, målsettinger og prosjektet generelt. En såkalt ”skrytebrosjyre”.

3.2. Metodevalg

For å finne svar på vår problemstilling om hvilke faktorer som gjorde at implementeringen ble ulik i de to sykehusene, ble det riktig for oss å velge en kvalitativ tilnærming. Vi ønsket å innhente informasjon snarere enn å måle teoretiske variabler, vi ønsket egenskapene hos undersøkelsesenheter, altså mykdata. Vi kan si at vi har valgt en induktiv tilnæringsmåte, som innebærer at man forsøker å tilnærme seg en virkelighet man ikke kjenner. Uten klare hypoteser, noenlunde forutsetningsløst og med en vag og lite presis problemstilling. Målet er å utvikle begreper om et fenomen og få en størst mulig helhetsforståelse av alle aspekter ved fenomenet (Halvorsen 1993, s.80). Prosjektet var en prosess som hadde gått gjennom flere ledd og som hadde involvert mange personer på ulike nivå. Det var viktig å få informasjon fra alle de tre nivå, fra Regionalt Helseforetak hvor ideen oppsto, fra ansvarlige i de to helseforetakene og endelig fra utøvende coacher. Vi ønsket informasjon om forløp som allerede har skjedd, altså fortid og vi ville høre om personlige erfaringer og holdninger relatert til prosjektet. Det ble derfor riktig å velge samtaleintervju. Intervju kan justeres ved ulik grad av standardisering, jo lavere grad av standardisering, dess mer fleksibel kan intervjueren være.

Lav standardisering gir intervjuet et preg av å være en samtale. Samtaleintervjuet gir rom for improvisasjon fra intervjueren sin side og sanking av informasjon kan skje. Primærdata som disse intervju gir, innsamles av forskeren selv og man oppnår størst grad av nærhet ved at forskeren besøker informanten (Ringdal, 2001).

3.3. Intervjuguide

Intervjuguiden ble utformet med et klart mål, hvordan få svar på vår problemstilling. Vi fant ut at seminstrukturerte intervju ville være mest hensiktsmessig. Vi ville ha en liste med ferdigformulerte spørsmål, men uten faste svaralternativ. Vi valgte å gruppere spørsmålene i hovedgrupper slik at vi dermed ville få svar på hele implementeringsprosessen fra ide til full drift. I tillegg ønsket vi å få et innblikk i sykehusets organisasjonskultur. Vi har laget tre separate intervjuguider, en for hvert av nivåene vi skulle intervju i. Den første til det regionale helseforetaket for å få innblikk i hvor ide oppsto og hvordan prosjektet ble mottatt i de respektive helseforetak. De to neste til de lavere nivå hadde mange likhetstrekk, men intervjuguiden til lederne i helseforetakene inneholdt et punkt om strategivalg for implementering.

Vi har i hovedsak brukt åpne spørsmål og spørreordene hvordan, hvilken og hva. Når spørsmålene er åpne betyr det at respondenten står fritt til å svare hva han vil. Det gir mulighet til å avdekke uvitenhet, misforståelser og uventede forestillingsrammer. Åpne spørsmål er også viktig når vi ønsker at respondenten skal *huske* noe (Halvorsen 1993, s.90). Noen få av spørsmålene var lukkede. Disse ble brukt fordi vi ønsket at respondenten skulle *gjenkjenne* noe. De gav oss en bekreftelse på et fenomen, og ble fulgt opp med et åpent spørsmål (Halvorsen 1993).

3.4. Utvalg og gjennomføring av intervju

Vi startet å intervju "øverst" med den i RHF som hadde ansvar for prosjektet i 2002, fra ide til gjennomføring. Vedkommende jobber ikke lenger i organisasjonen, men stilte velvillig opp. I løpet av intervjuet gav informanten oss navn på dem hun oppfattet var ansvarlig for implementeringen i de to helseforetakene vi hadde valgt. Vi ønsket også å få informasjon om status i dag og veien videre for prosjektet. Siden informanten ikke lenger jobbet i foretaket gav hun oss informasjon om hvem vi kunne kontakte. Vi har etterspurte dette hos RHF, med gjentatte purringer, men vi har fortsatt ikke mottatt svar.

Videre tok vi kontakt pr. mail med lederne i hvert av helseforetak som hadde ansvar for implementeringen av prosjektet. Denne henvendelsen inneholdt en kort presentasjon av oss og oppgaven vår. Vi la ved bekreftelsen fra RHF og ba samtidig om hjelp til å finne utøvende coacher i de respektive sykehusene. Vi ønsket å intervju fem utøvende coacher fra hvert foretak i tillegg til lederne. Vi jobber begge på et av sykehusene, og har hele tiden vært bevisst på dette. Vi har konsekvent unngått personlige relasjoner i søken på intervjuobjekter, og lot derfor de respektive lederne velge ut coacher til intervju. Vi har ingen mulighet for å kvalitetssikre at disse er representative for alle utøverne, men ved å overlate utvalget til hver leder mener vi å ha sikret et mest mulig nøytralt grunnlag, og at funnene dermed er mest mulig valide. Strategiske utvalg brukes i de fleste informantintervju. Man er opptatt av kvaliteten på informasjonen og vil derfor søke å intervju de personer som har den beste kunnskapen. I vårt tilfelle hadde utvelgelsesmetoden et element av selvutvelgelse i seg fordi våre informanter sa ja. De som samtykker er ofte nokså ulik de som nekter å delta. Det ville ikke la seg gjøre å bruke ”nekterne”(Halvorsen 1993).

Utvalget vårt har bestått av informanter av begge kjønn. På det ene sykehuset var det overvekt av kvinner, på det andre var det en nokså jevn fordeling. Alle vi har intervjuet har høyere utdanning og alle sitter i leder, konsulent eller stabsfunksjoner i sine respektive sykehus. Vi har intervjuet ansatte i somatikk og psykiatri, selv om psykiatri andelen ble lavere enn vi ønsket. Dette på grunn av uforutsette forhold, sykdom.

Vi sendte ut mail til våre intervjukandidater med informasjon om oppgaven, samt en presentasjon over områdene vi ønsket å fordype oss i. Videre gjorde vi avtaler om intervju. Det ene sykehuset hadde tilfeldigvis et nettverksmøte den datoen vi hadde foreslått for gjennomføring av intervju. Vi ble invitert til å delta som observatører. Dette møtet var ikke planlagt inn som en del av datainnsamlingen, men vi så nytten av å delta for å øke vår innsikt i relasjons - og fagutviklingsarbeidet som foregikk mellom coachene. Vi intervjuet lederen for utviklingsavdelingen i forkant av dette møte. I dette sykehuset ble intervjuene utført over to dager på grunn av reising. I det andre sykehuset ble intervjuene tatt over flere dager alt etter tilgjengeligheten til de vi skulle intervju. Noen av coachene måtte vi kontakte pr telefon i tillegg til mail henvendelsen. Også i dette sykehuset begynte vi med å intervju lederen for Kompetanseavdelingen, deretter fem utøvende coacher.

Alle intervjuene ble gjennomført med en innledning av oss, hvor vi presenterte hovedtemaene vi ville innom underveis. For å kvalitetssikre funnene våre, og minske faren for tolkning var vi begge tilstede under alle intervju. Disse ble gjennomført på kontorer og på møterom, uten

noen form for ekstern forstyrrelse eller avbrudd. Vi var alene med informanten på alle intervju.

Vi lot intervjuobjektene snakke mest mulig fritt, men hadde intervjuguiden fremme som et hjelpemiddel for å sikre at vi var innom alle aktuelle emner. På den måten kan vi si at intervjuguiden var halvstrukturert, det viktigst var at alle spørsmål ble besvart og ikke i hvilken rekkefølge de ble besvart. Alle intervjuobjektene hadde lang erfaring. Videre hadde de og god og bred kunnskap om coaching som metode, og prosjektet de hadde deltatt i. Intervjuene forløp stort sett som vi hadde planlagt. En lett god og tone, og opplevdes fra vår side som gode og interessante prosesser. Vi har ingen erfaring som intervjuere, så det at vi vekslet på å stille spørsmål gjorde gjennomføringen lettere og tryggere for oss. Alle vi intervjuet er svært gode på samtalekunsten og det merket vi godt. I alt tretten intervju ble gjennomført, hvor hvert intervju hadde varighet på ca. en time. Alle intervju ble tatt opp på MP3 filer som senere ble bearbeidet skriftlig til 88 sider utskrift.

3.5. Analyse av data

Analyse av kvalitative data er en tidkrevende og omstendelig prosess. Analyse av kvalitative data er ikke så formalisert men skjer mer induktivt med utgangspunkt i de foreliggende tekster (Halvorsen 1993, s. 136). I vår oppgave er disse de utskrevne intervjuene. En kvalitativ dataanalyse er gjerne mer personlig ved at det er forskeren selv som analyserer dem. Dette gir bedre grunnlag for en helhetsbeskrivelse av resultatet (Halvorsen 1993). Vi har skrevet ut intervjuene hver for oss, men har distribuert materialet til hverandre etterpå. Utskriving av intervju gav en repetisjon av intervjuet, og gav oss følgelig bedre innsikt og hukommelse av innholdet. 88 sider utskrift er u håndterbart og uoversiktlig. For å få en bedre oversikt over materialet valgte vi å systematisere informasjonen ved å lage en skjematisk oversikt hvor vi satte sykehusene side om side, med svarene i stikkordsform gruppert etter spørsmålene fra intervjuguidene. RHF, lederne og utøvende coacher hver for seg. Da fikk vi et materiale på ni sider. Dette gav oss en mye bedre oversikt samt at vi hadde mange gode diskusjoner underveis på hvilke funn vi hadde gjort. Ut fra de ni sidene plukket vi ut ulikhetene vi fant på hvert punkt i implementeringsprosessen i de respektive sykehusene. Vi har sett på ulikheter mellom sykehusene, men også på ulikheter innad i hvert sykehus. Er det konsistens mellom det lederne sier og hva coachene sier i hvert av sykehusene? De ulikhetene vi så ender opp med, danner bakgrunn for drøfting.

3.6. To forskere

Vi har brukt mye tid sammen, for å diskutere oss fram til løsninger som begge kunne kjenne eierforhold til. Det at vi har diskutert mye, har gitt en bredde og flere innfallsvinkler til prosessene underveis i oppgaven. Dette har imidlertid vært krevende for det har gått mye tid til refleksjon rundt våre funn. Vi har lagt ulike fortolkninger til grunn for data fra samme intervju og har dermed brukt tid på å bli enig. Deler av oppgaven har vi delt og skrevet hver for oss, for deretter å flette innholdet sammen. Dette er på et vis arbeidsbesparende, men ettersom vi brukt den ”oppsparte” tid på å bearbeide dette, og skaffe en helhet så har muligens besparelsen gått i null. Første del av oppgaven har imidlertid helt klart vært en pluss tid da vi utfylte hverandre underveis i intervjuene, diskuterte innhold og resultat i etterkant, og var to som kunne ivareta utskrivningen. Utvelgelse av litteratur har også gitt en del diskusjoner på bruksområder og innhold i selve teorien. Mest av alt har dette vært en reise med høy læringseffekt. Uten alle disse diskusjonene og støtten til hverandre underveis, ville vi ikke ha oppnådd den samme læringsprosessen.

3.7. Validitet og reliabilitet

Begge disse begreper er nært knyttet til kvantitativ måling, Ringdal mener likevel de er nyttig for å kunne vurdere datas kvalitet. Begrepet validitet kan gjengis med gyldighet eller relevans for problemstillingen i undersøkelsen, altså om en faktisk måler det en vil måle. Vurderingene blir gjerne litt mer vag, men det handler om at forskeren klarer å stille de riktige og nok utdypende spørsmål slik at en får svar på det en ønsker å forske på (Ringdal 2001). Det at vi er to som har jobbet i lag, to som har utformet intervjuguide og to som har gjennomført intervjuene styrker validiteten. Å ta intervjuene opp på MP3filer gir mulighet for å gå tilbake og høre igjen for å korrigere eventuelle misoppfattelser eller uklarheter, dette er også en faktor som øker også validiteten.

Reliabilitet er et annet uttrykk for pålitelighet. Høy reliabilitet betyr at flere uavhengige målinger skal gi nærmest identiske resultater (Halvorsen 1993). Reliabilitet i kvalitative data blir forskerens refleksjon over hvordan datainnsamlinga har foregått med sikte på å bli bevist mulige feilkilder. Når en hører på opptak av et intervju, kan forskeren f. eks vurdere om spørsmålsstillingen er slik at svarene virkelig er informantens eller om spørsmålene er stilt på en ledet måte (Ringdal 2001). Som nevnt tidligere jobber vi begge ved et av sykehusene vi undersøker, dette kan påvirke reliabiliteten negativt ved at det kan frembringe mulige

feilkilder. Vi har imidlertid vært svært bevist denne problemstillingen og unngått relasjonelle feller. Prosjektet vi forsker i er helt utenfor vår arbeidshverdag, selv om tilbudet om coaching er kjent av oss. For øvrig har vi vært bevist på bruken av sitat, slik at disse ikke klippes ut av sin sammenheng og meningsinnhold endres. Alle data er forøvrig bearbeidet av oss, og det vil alltid medføre en viss grad av tolkning forbundet med dette. Den subjektive tolkningen hver av oss isolert sett kunne ha gjort, mener vi at vi har kompensert for da vi har vært to som skulle lytte og forstå. Dermed har vi kunnet korrigere hverandre underveis.

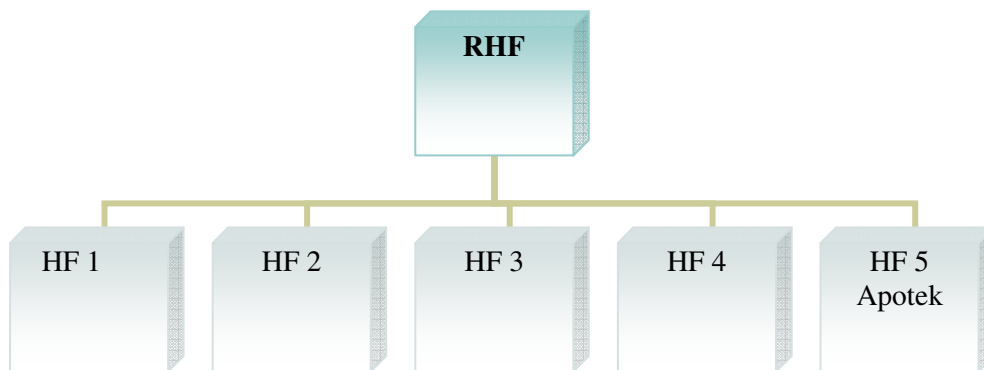
3.8. Svakheter i metoden

Gjennom intervjuene har vi sett at noen spørsmål kunne vært formulert på en bedre måte. Det er mulig at et pilotintervju kunne ha hjulpet oss i forkant av gjennomføring. Vi har måttet forklare og noen ganger omformulere for at informanten har forstått hva vi ønsket svar på. Det at vi har vært to, har gjort dette lettere da vi har vekslet på omformulering og tilleggs spørsmål. Det at man i kvalitative intervju kan avklare, oppklare og tydeliggjøre har vært en stor fordel. Mange av respondentene har hatt mye å fortelle og de har pratet villig og mye. Det at vi som intervjuere har liten, om noen erfaring i å intervju har nok påvirket graden av styring av samtalene. Spesielt i de første intervjuene så fikk det flyte. Gode lange svar har imidlertid gitt oss mye nyttig informasjon. I ettertid ser vi at vi med fordel kunne ha brutt fortellingen av og til, for å kunne gå i dybden på uttalelser som kunne gitt oss grundigere og mer entydige svar.

Andre svakheter ved intervju er blant annet sosial avstand mellom intervjuer og respondent. Sosial avstand mellom intervjuer og respondent kan føre til selektiv nekting eller til problemer med å etablere god kontakt under intervjuet. Særlig gjelder dette ved valg av tema som respondenten oppfatter som truende (Ringdal 2001). I våre intervju har vi følt god kontakt med våre respondenter. Vi har en opplevelse av at respondentene har gitt ærlige og utfyllende svar. Åpenhet og ærlige svar er noe vi har snakket og undret en del på i denne skriveprosessen. Det at vi selv er helsearbeidere og del av et system på det ene sykehuset har gjort at vi har undret på hvordan dette ville falle ut under intervjuene. Ville respondentene svare for å gi et godt inntrykk av eget sykehus eller unnvike problematikk de synes var vanskelig å svare på. Dette har vi imidlertid ikke noen holdepunkter for å tro, vi har til tider vært overrasket over ærligheta i noen av svarene vi fikk.

4. Empiri

I dette kapitlet presenterer vi de to sykehusene og gir en beskrivelse av prosjektet. Deretter presenteres ulikhetene i analysedata fra intervjuene. Vi har valgt å anonymisere våre to sykehus. Det regionale helseforetaket vil bli betegnet som RHF. Våre to sykehus kaller vi helseforetak en (HF 1) og helseforetak to (HF 2). Organisasjonen illustreres i skisse:



Opprinnelig var det fem helseforetak i regionen i tillegg til sykehusapotek HF. September 2006 ble et av helseforetakene splittet og disse organisasjonene ble fordelt i HF 1 og HF 2.

4.1. HF 1

HF 1 ble til i sin nåværende form 1.januar 2002 som et resultat av at staten overtok sykehusene. Tre tidligere sykehusene ble en ny enhet på papiret og i praktisk arbeid (fra intranettet til HF 1). 1.september 2006 kom ytterligere et sykehus med etter oppdelingen av et annet foretak. Sentralsykehuset planlegger i disse dager store endringer både bygningsmessig, og organisatorisk og har en utfordrende og omstillingspreget framtid. HF 1 er organisert med styre og direktør på topp. På nivået under er det i lokalsykehusene avdelingsdirektører som lokalt øverste ledere. Det psykiatriske sykehuset har en fagdirektør som øverste leder, og de resterende somatiske avdelingene har en avdelingssjef på nivået under direktør. Det er verd å nevne at HF 1 har en egen avdeling for organisasjonsutvikling, heretter kalt OU avdelinga, med egen seksjonssjef som er en av stabsfunksjonene.

Sykehuset har en virksomhets ide om at de skal være et ledende sykehus i landsdelen innenfor diagnostikk, behandling, utdanning, opplæring og forskning. Pasienten skal stå i sentrum for all virksomhet.

Visjonen er å skape et sykehus preget av samarbeid, læring og trivsel.

Verdiene er kvalitet i prosess og resultat. Trygghet for tilgjengelighet og omsorg. Respekt i møtet med pasienten.

4.2. HF 2

HF 2 er et universitetssykehus innen psykiatri og somatikk. Sykehuset tilbyr spesialistfunksjoner til hele landsdelen. Ytterligere to sykehus er integrert som fullverdige lokalsykehus etter splittelsen av et helseforetak i 2006. I tillegg til et psykiatrisk sykehus har foretaket distriktpsikiatriske senter tilknyttet. HF 2 har også ansvar for flere enheter innen rusomsorgen.

Sykehuset har vært organisert med et ledernivå under direktøren som populært er kalt de tre "S" er. Sjef for kliniske avdelinger, sjef for medisinske service avdelinger og sjef for drift og eiendom. Avdelingsledelsene på nivå under er tverrfaglig sammensatt. Det laveste ledernivået i organisasjonen består av avdelingssykepleiere og tilsvarende for andre yrkesgrupper.

De siste årene har vært betydelig preget av omstillinger. En av de mest markante endringene er at direktøren gjennom mange år har gått over i en rådgiverstilling og overlatt direktørstolen til nye krefter. Dette etterfølges av omorganisering til klinikkstruktur med klinikkledere sittende rundt direktørens bord. Klinikklederne tiltrer i disse dager og skal da begynne organisering av egen klinikk. Sykehuset har en stor stabsavdeling hvor blant annet Kompetanseavdelingen er plassert. Denne skal i følge målsetting; "Bidra til å rekruttere, beholde og videreutvikle alt personell som HF 2 til enhver tid har bruk for". Prosjektet vi har studert er forankret her. HF 2 skal sikre helsetilbudet til befolkningen i landsdelen ved å være et godt og fullverdig universitetssykehus innenfor rusbehandling, psykiatri og somatikk.

Virksomheten skal preges av høy kvalitet, lett tilgjengelighet, brukervedvirkning samt kostnadseffektivitet. Virksomheten skal preges av kvalitet, tverrfaglig samarbeid og felles ansvar i alle ledd, og skal bygge på; likeverd, åpenhet, respekt og medbestemmelse (LÅRM).

Tre hovedmål er satt;

1. Best når det gjelder
2. Lære for livet
3. Først med det siste

4.3. Coaching et lederutviklingsprogram i RHF

Prosjektet startet i 2002 da RHF var en ny organisasjon. Mye skulle etableres. Et av områdene var ansettelse av rådgiver for å jobbe med ledelsesutvikling. I et av disse ansettelsesintervjuene var initiativtakeren til prosjektet. Hun presenterte sine ideer og visjoner og sier: *"mine symptomer, diagnose og behandling, det var det de kjøpte"*. Hun ble ansatt, og ballen begynte å rulle. Hun sier videre: *"ledelse er en personlig investering, krever derfor personlig oppfølging"*. Initiativtakeren er selv veileder og da valget falt på coaching, var dette en naturlig utvikling, både faglig og organisatorisk, for RHF og henne personlig.

Så var verktøyet valgt, videre fremdrift ble diskutert og det ble knyttet relasjoner til Ann-Elin Schussel som er sertifisert coach og lederutvikler. Hun er forfatter av boka *"Coaching - effektiv ledelse"*. Videre utarbeidet de design på et lederutviklingsprogram hvor hovedfokus var personlig oppfølging av lederen. Hun sier: *"for meg var det viktigste ei personlig oppfølging, at lederne fikk lov til å sparre sine problemstillinger i kombinasjon til at det blir stilt krav til endring og handling"*. Budskapet inneholdt også en filosofi om at coaching skulle integreres i all ledertenkning på alle ledernivå i organisasjonen. I tillegg skulle bevisstheten hos lederne økes med hensyn til hvordan de søker etter løsninger på ulike utfordringer. Da konseptet var ferdig var det viktig å få tak i nøkkelpersonell i hvert helseforetak for å ta dette videre inn i eget sykehus. Implementeringen i eget foretak måtte sykehusene selv ivareta ut fra hva som var best for hver enkelt. Målet var at alle lederne i RHF skulle tilbys coaching. Konseptet hadde blitt presentert for direktørene i de respektive helseforetak med blandet hell. Hun sier: *"direktørkollegiet hånflirte, men der fikk jeg god backing av RHF, vi trodde på dette og derfor stod vi på det"*. Konseptet ble så levert videre til ressurspersoner i hvert helseforetak. Samtidig laget RHF en informasjonsbrosjyre som forklarte hva coaching er, bakgrunn for valg av verktøy, og oversikt over kurssamlingene. Den sa noe om hva organisasjonen ønsket av hvert enkelt helseforetak, hvilke forpliktelser som lå på hvert foretak og på RHF, knyttet til implementering og drift av prosjektet.

På kurssamlingene skulle hvert helseforetak delta med 3-5 personer som til daglig hadde et lederansvar. I tillegg skulle det delta en ressursperson fra hvert foretak som skulle ha et særlig oppfølgingsansvar i eget foretak. Kursene ble avviklet fra juni-november i 2003. Forelesere var Ann Elin Schussel og Cato Johansen som har lang coachingerfaring fra det private næringsliv.

Prosjektet hadde innledningsvis skarpt fokus på utfordringer knyttet til implementering, motstand i organisasjonen, manglende utholdenhet og dårlig selvtillit i coachinggruppa. Det ble utviklet en implementeringsplan for hvert foretak. I hver region ble det så etablert en implementeringsgruppe som overvåket fremdriften i prosjektet.

RHF utviklet etter hvert enda et lederkonsept for å få lederne til å lære en mer coachlik lederstil, de kalte konseptet for lunch til lunch seminar i coachlik ledelse. Dette inneholder en kort intro til faget coaching og deretter sparring i grupper fra lunch den ene dagen til lunch dagen etter. Dette dro de ut og introduserte til alle helseforetakene.

4.4. Funn i analysedata

Vi har bearbeidet data vi fikk gjennom intervjuene og satt opp funnene systematisk. Svarene ble gruppert innenfor de ulike hovedpunktene vi hadde i intervjuguiden. Vi har sammenfattet resultatene, og presenterer begge sykehusene fortløpende. Vi beskriver implementeringsprosessen slik vi har fått den presentert gjennom intervjuene. Både av lederne for prosjektet lokalt i hvert HF, samt uttaleser fra utøvende coacher. Som vi tidligere har beskrevet ligger dette tilbake i tid. Oppstart av prosjektet, fant sted i 2002. Det er seks år siden. Det har vært store omstillinger i mellomtiden, og vi har gjort oss noen refleksjoner rundt at noen av svarene vi har fått kan være preget av det.

4.4.1. Implementeringserfaringer fra Regionalt helseforetak

Erfaringene fra det regionale helseforetaket er at begge sykehusdirektørene var skeptiske til konseptet. Initiativtakeren sier: ” *Coaching var et begrep som folk formelig spyttet ut. Ikke lett å selge inn. Hardware tenkning heller enn software*”.

Vi spurte om hun hadde kunnskap om at noen av helseforetakene var kjent med coaching tankegangen i forkant av prosjektet. Svaret var ” *overhode ikke*”.

I det ene HF var veiledning godt etablert som verktøy og det var uttalt skepsis til hva coaching var i forhold. Legeprofesjonen er fremhevet som en gruppe hvor det lenge var motstand. Uroen roet seg etter et års tid. Informanten sier om dette: ” *.. men dette snudde etter et år, mikrotid i sykehus perspektiv*”. Videre beskriver hun: ” *Disse motstandgruppene hører på velbegrunnede argumenter, og HF 2 snudde og det ble veldig bra og fart i sakene*”.

Sykehuset valgte å etablere en til en coaching.

I det andre sykehuset er lederen av OU avdelingen beskrevet som skeptisk. Informanten opplevde at prosjektet var ei utfordring for han som hadde ansvaret for implementeringen. Hun påpekte at de etablerte teamledercoaching, de la vekt på grupper i motsetning til det andre HF.

Vår informant forteller at de overlot til de ulike HF lokalt å implementere prosjektet. Hun sier: *”Det ble etablert et nettverk som så på egen implementering i eget HF. De måtte selv finne ut hva som var best for eget foretak. Derfor ser vi store kulturforskjeller mellom HF 1 og HF 2”*.

Fra brosjyren utviklet av RHF beskrives i en av målsettingene at lederne i hele helseregionen skal innta en coachende lederstil. Dette skal komme som en følge av at lederne selv går til coaching. Det er ingen uttalte planer eller måter å måle effekten av denne målsettingen fra prosjektets side. Da vi spurte Helse Nords initiativtaker om dette svarte hun: *”..veien gikk til mens vi gikk, vi har et eierforhold til begrepet ledelseslik coaching. Det delte seg i to retninger, den ene var å følge opp den enkelte leder. Den andre er å få ledere fra de gule lappers ledelse til en mer coachende lederstil. Så vi utviklet et lederkonsept i tillegg til det programmet vi kjørte. Fire av oss laget et lunch til lunch seminar i coachlik ledelse”*. Dette mente initiativtakeren var verdifull og god lederutvikling. Dette konseptet ble presentert for alle de lokale HF. Vi skal senere komme tilbake til hvordan sykehusene vi har sett på har nyttiggjort seg dette.

4.4.2. Implementering i HF 1

Videre ønsker vi å presentere implementeringsfunnene fra HF 1. Disse presenteres i kronologisk rekkefølge slik vi har fått opplyst fra våre informanter.

Overlevering fra RHF og oppstart av prosjekt

Coachingprosjektet ble presentert av representant fra det regionale helseforetak på et direktørmøte. Ideen blir presentert i toppen av organisasjonen og forankres der. I tillegg mottar helseforetaket en informasjonsbrosjyre med informasjon om prosjektet og hva som forventes av de ulike helseforetakene. HF har, når denne bestillingen kommer allerede startet en indre prosess med coaching. Lederen sier: *” Coaching var kjent fra før, har drevet med dette i stor stil i ulike former, gestalt metodikk med hensikt å sette folk i undring”*.

Lederen får i oppdrag å implementere videre i egen organisasjon og begynner å bearbeide faginnholdet. Han har bakgrunn fra et konsulentforetak, har bred erfaring med coaching og andre samtaleformer, og har ansvar for utvikling i foretaket. Som leder for Organisasjonsutviklingsavdelinga, sitter han i stab til direktøren og rapporterer direkte til han. Lederen sier om teamet fra RHF: ” *De hadde ikke den kontekstkjennskapen. Så da må man drive med implementering, ikke sant. Det er jo kontekstforståelsen som gjør at du må drive med implementering i mindre grad fordi at du blir opplevd som nyttig i kraft av din kjennskap*”.

Her utdyper lederen at hvis organisasjonene føler at ideen er nyttig i seg selv så trenger den ikke å bli implementert, den blir kjent som en følge av at den oppleves nyttig.

Skepsisen i dette foretaket går også på at: ” *noen har noe som er bra for andre, så skal de prøve å overbevise andre at det også er bra for dem å komme inn i et samspill eller et salg.*”

Forståelse av konseptet fra RHF.

Konseptet fra RHF var bygget på at helseforetakene skulle plukke ut medarbeidere som skulle få opplæring i konseptet coaching.

To eksterne coacher kom for å forestå opplæringen, lederen i foretaket sier om dette: ” *de kom inn som eksterne og man kan si hvis vi setter på spissen så hadde de en grunnforståelse av coaching som sa at coaching handler om det eksistensielle, altså jakten på det gode og meningsfulle liv i ei livsramme, altså arenaen var definert som hele livet og fenomenet handlet om alt som var vesentlig for deg sjøl, slik du selv definerer det*”. I foretaket opplevde de bestillingen som lite konkret. Han sier videre: ”*For å overleve i en sykehuskontekst så blir det for uspesifikt og for sårbart*”.

Strategi

Prosjektet var fra første stund forankret i sykehusledelsen. Lederen jobbet alene i starten av prosjektet som eneste ansatt i avdelingen.

Helseforetaket annonserte på sykehusets intranett, men har ikke aktivt gått ut og tilbudt coaching til lederne. Informanten sier; ” *Vi har bygd opp dette med coaching helt i det stille. Vi har ikke drevet med noen storstilt markedsføring eller pålegg*”. Han sier videre ”*Det kan godt hende at ikke alle vet det, men vi prøver å være rundt å fortelle om oss selv og at vi har det tilbudet*”.

Helseforetaket snevret inn livsrammen fra liv til rolleramme, om dette sier han følgende:

”..det handler ikke om ditt liv, men om den rollen du har som leder. Og det handler ikke om alle mulige fenomen. Det handler om den konteksten som du står i”.

Etter hvert ble OU avdelinga utvidet med enda to medarbeidere og de laget en gradering av oppdragene i ulike nivå, fra en til fem basert på kompleksitet. Nivå en, er en til en coaching, nivå to er gruppecoaching osv. På nivå fire til fem tilbyr de et heldags program for ledere. Deretter laget sykehuset en tett kobling mellom coaching og organisasjonsutvikling og i tillegg en kobling med disse to og endringsledelse. Lederen sier: *”..vi valgt å koble coaching veldig mye opp mot endringsledelse, altså de situasjoner når ledere eller andre forventes å skulle gjøre andre oppgaver med andre strukturer og i andre rollekombinasjoner at vi har sett at coaching har hatt en særlig mening og verdi”.*

Da prosjektet skulle realiseres valgte foretaket å rekruttere motiverte ansatte som satt i stab. De valgte coacher med tidligere utdanning og praksis som liknet på coaching metodikken. Alle var ”håndplukkede”, men en forutsetning for å være med var at de hadde lyst og muligheter til å praktisere coaching. Rollebevissthet og holdninger var viktige momenter for dem ved utøvelse av coaching. De valgte ikke noe ”rigid” opplegg, men beskriver en prosess som kan inneholde en kombinasjon av coaching, rådgivning, opplæring og diskusjon.

I dette foretaket er alle er blitt forespurt om å delta. En sier: *” Han (lederen) spurte meg, så sa jeg at hvis du skal ha meg med inn i det her så sender du en forespørsel til min leder om at jeg skal være med, hvis det er greit så er jeg med, dette e ikke noe jeg vil tuske med ved siden av min jobb”.*

Det er en samlet oppfattelse at det har vært høy bevissthet rundt rekrutteringsprosessen, en annen sier: *” Mange av oss er plukket ut med omhu”.* Noen er rekruttert via linjeleder som har tipset OU avdelinga. En av coachene uttaler følgende: *” Jeg trur faktisk det var min leder som tipsa avdelinga, så fikk jeg et tilbud som jeg takka ja til”.* Alle sitter i stabsfunksjon og ikke i linje (et unntak, men han skal over i stab snarlig). En av informantene sier at det er en oppfattelse om at stabsansatte har større fleksibilitet med hensyn til tidsbruk. En annen tanke er at det skal være en viss distanse mellom coach og linje, samt at det skal være et læringspotensial for de stabsansatte.

Innhold og gjennomføring av coaching har vært endret underveis. Lederrollen har vært vektlagt, og de har styrt unna livsstils coaching. Coaching har vært brukt i organisasjonsutvikling. De begynte etter hvert med coachinggrupper, en av dem sier: *” Vår coachingleder trakk inn perspektivet med coachinggrupper, vi har hatt ganske mange*

diskusjoner i utdanninga om de ulike retningene. Foretaket ønsket i større grad å bruke grupper fordi det er kostnadseffektivt samt at det er viktig å møtes og dele erfaringer”.

På nivå fire til fem har de laget et heldags program. Disse er tilbudt alle avdelinger, en sier: ” *Avdelingene melder et behov, så går vi til de med behov. Det er da samtaler rundt elementer som dukker opp”.* Tendens til at når en avdeling har gjennomført lederutviklingsprogrammet, så melder tilstøtende avdelinger behov. En av coachene sier; ” *Folk er veldig oppglødd, vi annonserer over sykehusets intranett og direkte til avdelingsjefene. Flott program, vi har kjørt 8 runder”.*

Fordeling av oppdrag til coachene er basert på en dialog mellom to av de som jobber i OU avdelinga, på hvem de skal forespørre til et oppdrag. En sier; ” *Alt kommer til OU avdelingen og så formidler de kontakt med den coachen de vurderer er ledig, har kapasitet og som de vurderer passe best før oppdraget”.* Bestiller kan gjerne be om preferanser på hvem de vil ha. Ofte oppgis problemområdet ved bestillingen, en sier; ” *Ofte har jo personen snakket med OU avdelingen og fortalt hvilke problemer han står i, valg av coach blir jo kvalifisert gjetting, det er jo det vi driver med”.*

Hvis ”bestillingen” inneholder stor grad av organisasjonsutvikling, fra nivå tre og oppover så er oppdraget i stor grad forbeholdt OU avdelinga. Avdelinga har økende pågang i forhold til å coache i omorganiseringsprosesser, en av coachene sier; ” *Problemet nå er jo at hele foretaket skal omorganiseres, og dermed så sitter de tre stykker og 20-30 enheter som nå plutselig skal mingle sammen på en helt ny måte”.*

I dette helseforetaket arrangerer de interne nettverksmøter hvor spesielle problemer kan diskuteres i plenum. Leder har fokus på at utøverne trenger faglig påfyll, slik at dermed får de også undervisning. I coach nettverket gis det individuell coaching ved behov, som en uttaler: ” *Skulle jeg trenge coaching så er det bare å ringe, ikke noe rigid system, et elastisk nettverk ved behov”.* I nettverksmøtene diskuteres også struktur på avtaler, bruk av logg osv.

Ledelse

Lederen beskriver sin lederfilosofi rundt OU avdelingen hvor coachingprosjektet er en integrert del av det avdelingen leverer. Han ønsker at avdelingen ” *skal være som en intern konsulentbedrift som skjønner det at vi overlever kun i den grad vi oppleves å være nyttig og jeg vil at vi skal være lett å be”.* Lederen ønsker skreddersøm hver gang, svar på forespørsler innen to dager og igangsatt leveranse innen tre uker. Lederen sier ” *De sier jeg er krevende, prøver å støtte dem da”.* Samtidig må det ikke være tvil om hvem som er sjefen, iblant må jeg inn å korrigere og stille krav”.

Coachene beskriver at han har ansvar for faglig innhold og utforming. Han bruker selv en coachende lederstil, har vært motor hele veien og har tro på konseptet. En av coachene sier; ” *hvis jeg spør, hva syns du jeg skal gjøre, da får jeg et forslag. Andre ganger når vi diskuterer, så sier han hva tenker du om det? Hva vil du oppnå? Hva er hensikten med det du gjør? Vil du nå frem med å gjøre det slik?*” Han er kunnskapsrik og har stor troverdighet i gruppa. Han er leder for nettverket og oppfattes som tydelig, krystallklar, kreativ og lydhør. Han beskrives også som støttende og innovativ. ”*Han har et stetoskop på organisasjonen.*” Han har mange store krevende oppgaver, derfor er prosjektet forankret i hele avdelingen og ikke bare på en person. En sier om dette: ”*han er så travelt opptatt at det i seg selv blir et problem*”. Lederen er oppfatta å være målretta og ha sterk påvirkning. En av coachene sier; ” *Han har hatt en ”og” på dette, ville liksom ikke slippe prosjektet, men har fulgt oss opp, hatt samlinger jevnlig, han er åpen og ikke redd for å ta opp vanskelige ting, han har for meg vært en suksessfaktor*”. Han har hatt klare tanker på hva dette skulle være og han hatt gehør hos toppledelsen på sykehuset. Vært lydhør overfor nettverket, men har hatt klare synspunkt. Det oppleves som om det har vært mindre coaching i den senere tid. Det er tatt andre konsept i bruk, eks et eget utviklet mentorprogram.

Coachlik ledelse var lansert som en av intensjonene med prosjektet. Lederen i dette foretaket uttalte at coachlik ledelse ikke var uproblematisk som en standardisert form. Han mente ledelse i høy grad var situasjonsbestemt, og at coachlik ledelse ikke alltid var en egnet form. I gitte situasjoner kunne det faktisk være misbruk av folks tid. Begrepet har ikke vært noe tema og ikke noe de har jobbet for å oppnå. En av coachene sier: ” *Jeg har ikke helt forstått begrepet, har ikke noe innhold i det. Vi har ikke snakket noe særlig om det, ikke noe tema*”. Lederkonseptet fra det regionale helseforetaket med lunch til lunch seminar i coachlik ledelse er helt ukjent for lederen i foretaket. Han sier: ” *Dette var ukjent for meg*”.

Målsetting

I dette helseforetaket har de ikke flagget noen målsetting ut i organisasjonen. De beskriver at de har hatt mer tanker rundt prosjektet enn klare målsettinger. Målsettinger må man jo evaluere og følge opp, sier en av coachene. De har snakket mer om: ” *prinsipielle saker, hva du skal coache på og hva som kreves*”.

Utøvelse av coaching

Flere av intervjuobjektene i dette helseforetaket forteller at de ser på coaching som et redskap for å få lederne til å gå dit ledelsen har bestemt. En av coachene forteller: ” *Målsettingen var hele tiden at vi skulle være et redskap for å få lederne i stand til å gå den veien som ledelsen har bestemt at vi skulle gå. Så på en måte er det mye mer et topplederinstrument enn det er en på en måte en coachlik ledelse som du bruker på de ansatte* ”. En annen effekt er å hjelpe medarbeiderne til løsningsforslag som er rett for organisasjonen. De uttaler også at ved omstillinger så skal coach hjelpe coachee med hvordan de skal takle og gå inn i omstillinger. I dette helseforetaket er coaching et verktøy for å få lederne til å ta grep og får et større vidsyn, og kanskje andre ståsted i forhold til rollen sin eller de oppgaver og mål som vedkommende er pålagt. På den måten mener ledelsen at coach ideen er ivaretatt.

Coachee er den som setter agenda, men det tilføyes at det kanskje kan være sammenfallende med organisasjonens ønske. En sier: ” *Den som kommer til meg eier agendaen, det er deres prosess, men det er ikke uforpliktende å gå til coaching, de får oppgaver til neste gang* ”.

Når det gjelder gruppecoaching, så svarer en informant at gruppa avtaler hva som er temaet, mens coachen lager agenda og setter rammene.

Utvikling hos lederen som mottar coaching er sagt å være at de ser personlig utvikling hos den enkelte, de får positiv energi, et løft, hjelp til å sortere og parkere en del. I tillegg nevner de at de oppnår større åpenhet i gruppene underveis, og at de oppnår nettverksbygging på tvers. Når de setter sammen grupper er de bevisst på å kun ha et medlem fra hver avdeling. På dette viset mener de at de unngår konkurranse medlemmene imellom, og at deltagerne ikke føler seg truet av hverandre. Disse gruppene gir medlemmene en tilhørighet og har blitt arena for nye relasjoner på tvers av avdelingene. Dette er beskrevet å ha gitt en positiv effekt på gruppemedlemmene.

Kultur

Våre spørsmål er stilt med mål om å få de generelle føringer for hvordan kulturen er i sykehuset. Vi ønsket å få en temperatur på hvordan samholdet var mellom avdelingene, hvilke felles arenaer de ansatte har på tvers av avdelingsgrensene og hvor lojaliteten til de ansatte går, om det er en felles dravilje i samme retning eller om mange drar i sin egen og motsatt retning av naboen.

I dette helseforetaket har de organisert opplæring på tvers av avdelingsgrensene i form av et lederprogram. De har også avdelingsinterne dags seminarer, og beskriver et idrettslag hvor kultur bygges.

Lederen beskriver en kulturdimensjon som kan deles i to, hvor du på den ene siden har en kultur som er sosialisert inn slik at tenkemåte, holdninger, syn på seg selv og omverdenen er lik og med stor grad av standardisering. På den andre siden har du, ikke et anarki, men et helt annet rom for variasjon, egenart, differensiering, spenning, tidvis konflikt. Han plasserer eget helseforetak på den siste, altså minst strømlinjeforma siden.

Lojaliteten beskrives tidvis som større nedover enn oppover i systemet. Man er i større grad tro mot egen spesialitet, kontra foretakets fellesskap. Det er derfor krevende å gjennomføre like prosesser på flere plasser samtidig.

Profesjonene i sykehuset beskrives som ulike. Legegruppen beskrives som fraværende i prosesser, men kommer inn på oppløpssiden, med et sterkt behov for markering. Det settes også skille mellom somatikk og psykiatri. En sier: ” *Merker stor forskjell på somatikk og psykiatri. Somatikken er mer systematisert til å innrette seg etter nye strukturer, i psykiatrien krampholder de i det lengste*”.

Det oppleves som om det er stor variasjon i kjennskap til organisasjonens visjoner og målsettinger. Kulturbygging beskrives som individbasert. Sykehuset beskrives som en vertikal orientert organisasjon, hvor deler av den har mye å lære på samhandling. Samtidig nevner de at det er et godt arbeidsmiljø i organisasjonen, og en av informantene beskriver en ”HF1 forståelse” blant de ansatte.

Viljen til å ta i bruk nye ledelses og styringssystemer er varierende. Det er en opplevelse av at det er mye sabotering og motstand. En uttrykker: ”*vi innretter og tilpasser oss, og gjør som vi vil*”. Flere har en oppfattelse av at det må jobbes med lederholdninger for å få innarbeidet forståelsen av at alle skal ha det likt.

Coachingens framtid

Lederen i dette foretaket sier at interessen for coaching klart er dalende, og at coaching som fenomen og tenkning må gjøre seg nyttig på flere premisser enn sin opprinnelige grunn, ellers vil interessen og anerkjennelsen være døende, også i sykehusorganisasjoner.

4.4.3. Beskrivelse av prosjektet i HF 2

I forkant av RHF prosjektet hadde HF 2 et godt utviklet veiledningsprogram. Vi spurte under intervjuet med den lokale lederen for prosjektet, om sykehuset hadde pågående planer for coaching. Vedkommende fortalte at HF 2 hadde tenkt noen tanker om coaching før telefonen om prosjektet kom, men hadde ikke iverksatt konkrete planer. Intervjuobjekter sier: ”*..jeg var*

jo opptatt av coaching og den biten, hun kom meg jo nesten i forkjøpet så det sa jeg selvsagt ja til". Han forteller om prosessen i forkant av prosjektet at han fikk en telefon fra RHF med spørsmål om han ville ta ansvaret for å være HF 2s representant for coachingprosjektet til RHF. Dette var relativt ukjent for resten av ledelsen, direktøren hadde hørt noe på et direktørmøte om at dette prosjektet skulle iversettes, men ingen formell henvendelse var gjort. Han sier: *"Jeg regna med at RHF hadde avklart dette med mine ledere. Derfor snakka ikke jeg med mine ledere om dette før ved en tilfeldighet"* Da sa de: *"coaching hva er det for noe? Hva har du med det å gjøre?"* Coachingprosjektet ble så forankret i sykehusets kompetanseavdeling, og seksjonslederen der ble utpekt som ansvarlig for implementeringen i organisasjonen.

Beskrivelse av prosjektet

Brosjyren utarbeidet i RHF ble på et vis oppfattet som en oppskrift av HF 2. Denne fortalte hva prosjektet skulle gå ut på. Innholdet ble tolket dit hen at coachingprosjektet skulle utvides til å bli en lederstil og et lederskap i RHF, en måte å lede RHF på ved å innføre individuell coaching for lederne. Han sier: *"..at lederne skulle gjennom å få egen coaching oppfatte en coachende måte å lede på og dermed ble det et redskap for ledere og lede sin avdeling på. Man skulle ikke drive med direkte coaching av sine ansatte, men oppføre seg coachende og utfordrende.."*

Den lokale lederen sier følgende om starten og den første samlingen for å utdanne coacher: *"...det var rein opplæring i coaching. Ingen strategi om hvordan dette skulle gjøres. Det var utviklet et redskap for ledere i RHF. Det ble det som de la i hva coaching skulle være som ble utgangspunkt for oss og hva coaching skulle være i HF 2"*. Opplæring av representantene for alle de ulike helseforetakene ble gjennomført av to eksterne coacher.

Strategiplaner

Prosjektet ble etter hvert forankret i sykehusledelsen. Informanten på HF 2 ledet en arbeidsgruppe på fire, om dette sier han: *"Vi har vært en arbeidsgruppe på fire, jeg har ledet den gruppa. To er eksterne (coacher som også brukes til coachingoppdrag i organisasjonen), vi to andre er veldig over i hverandre, jeg har passet struktur og rammer og hun har overtatt mer av den faglige biten, vi er ganske ulik og bryner hverandre på hvordan ting skal løses"*. Videre er alle coachene, 20 i antall fordelt i fire grupper med en av medlemmene i arbeidsgruppa som leder.

På HF 2 var coachene ferdigutdannet mot slutten av 2003. Coachingtilbudet startet imidlertid ikke før i 2005. Tiden ble brukt til å trene på intern coaching for å øke egensikkerheten, de ville at coachene skulle være godt forberedt. Det ble avholdt presentasjon for sykehusledelsen i 2004. I sykehuset har de i hovedsak fulgt de grunntanker opplæringa gav. De fikk ingen implementeringsstrategi fra RHF. Lederen sier: *"..det var det som de la i coaching som ble utgangspunktet for oss og hva coaching skulle være i HF 2"*. 80-90% av coaching skal omhandle lederrollen, men det hender de går inn på andre problemstillinger som er uten for lederrollen, han sier: *"..de står i situasjoner med unger de ikke klarer å håndtere, da må vi snakke om det som overskygger hverdagen helt, så vi utfordrer lederne til å rydde opp i dette"*. Det er gjort justeringer i utøvelsen, basert på kultur, egne erfaringer og bakgrunn hos de som utøver coaching. Noen bruker hele livet, andre mer mot lederrollen under utøvelse av coaching. En av coachene sier: *"Jeg tenker helhet, bruker livshjulet, lederhjulet og prestasjonshjulet. Noen coacher er "redd", reservert, de bruker heller jobb- lederhjulet, men jeg tenker at livshjulet blir mer dekkende. Jobb og privat henger sammen"*.

Da prosjektet skulle realiseres, var det flere veier inn. Det ble annonsert på sykehusets intranett, og en del av coachene hadde sett denne informasjon, og søkte deretter. En sier: *"Ikke rekruttert gjennom veiledningsgruppa, men leste om dette på nettet og søkte og kom med"*. Det ble også sendt ut informasjon til alle lederteam og med oppfordring til de som hadde interesse om å melde seg. Rekrutteringen var fra ulike sjikt i organisasjonen samt ulike profesjoner. I neste runde gikk de også åpent ut, men lederen uttaler at de da var mer strategiske og valgte deltakere fra ulike miljøer. Andre halvdel av de utøvende coachene er rekruttert gjennom veiledningsnettverket. En sier følgende: *"Har bakgrunn fra veiledningsgruppa fikk tilbud om videre undervisning for å coache"*.

Gjennomføring

På sykehuset ble det i tillegg til annonsering på intranettet, sendt ut tilbud til noen ledere i starten. Ledergruppa i coaching satt med oversikter over alle lederteam, det var tilfeldig hvor de startet. Fem til seks coacher var med. Det gikk ut tilbuds-brev til alle lederne om at dette var et lederverktøy i organisasjonen, lederen sier: *"Brevet kom fra den aktuelle coachen som inviterte til første møtet. Takket de nei så takket de nei. Takket de ja så fikk de coaching"*. Rekkefølgen var slik at lederen i teamet alltid skulle være startet på coaching først, deretter de andre i teamet. Oppdragene tildeles fra Kompetanseavdelinga etter kapasitet og utdanning/erfaring hos coach. Det relasjonelle avklares og coachen tar eventuelt videre kontakt. En av coachene sier: *"De ringer og spør om jeg kan, det handler om kapasitet og om"*

man kjenner vedkommende eller sånn, da er det lov å ta forbehold". Coachene vet ingenting om problemstilling. Dette avklares med coachee i første samtale. Ingen kan melde behov på vegne av andre.

Faglig påfyll fra nettverkssamlinger har påvirket retningen coachingen har tatt. Coaching blir ikke lenger aktivt tilbudt ut til lederne, de må selv etterspørre. Innholdet er justert fra å være åpent og gjelde hele livet til å bli knyttet mer opp mot lederrollen. En av coachene sier: *"Vi har justert, modellen er personlig utvikling, men vi har knyttet det mer opp mot lederrollen og inviterer ikke så mye til resten av livet. Vi har kommet nærmere "HF 1-modellen", startet nok veldig åpent"*. I HF 2 har de som tidligere beskrevet delt inn coachene i fire coachinggrupper med en leder fra "det øverste firspannet". Dette er arena for diskusjon og gjensidige påvirkninger. De møtes 2-3 ganger pr. halvår, en sier: *"Faglederen har vært dyktig, på et av møtene diskuterte vi likheter og ulikheter mellom coaching og veiledning, slik blir ingen skremt og alles kompetanse blir vektlagt"*. I tillegg arrangeres det nettverksmøter hvert halvår med faglig påfyll og eksterne forelesere. Da inviteres også de andre helseforetakene.

Lederstil

Lederen i HF 2 sier om seg selv: *"Jeg har en involverende stil, er åpen. Prosessene har vært viktig å kjøre. Å få folk til å være engasjert og være med"*. I HF 2 ble ledelsen av prosjektet beskrevet som en todelt ledelse, delt i faglig – og administrative ledelse. Administrativ leder er den formelle leder i prosjektet og har stått for implementering inn i sykehuset. Han er opplevd som travel, god administrator og en tilrettelegger. En sier følgende: *"han var koordinator, jobbet systematisk laget systemer, organiserte grupper og faglig påfyll"*. Andre sier han har mange baller i luften, er noe utydelig, vanskelig å få tak i. Han oppleves litt tilbaketrukket, ingen markant person, at han har hatt stram struktur. En etterlyser bedre interaksjon. Prosessen beskrives av en annen som: *"..litt mye struktur i møtesammenheng. Han skriver mye underveis, kunne kanskje vært litt mer fritt. Kanskje interaksjonen kunne vært bedre og mer løssluppet. Preget av å måtte be om ordet, rekke opp hånda osv det ble for stramt"*. Lederen deltok på coachsamling, da som utøvende coach. En av coachene forteller i den forbindelse: *"Under utøvelse fikk jeg se en annen side av han, han hadde mye faglighet, det kom fram i utøvelse"*. I HF 2 har faglig leder preget prosjektet mer enn administrativ leder. Faglig leder har vært mer synlig for de utøvende coachene. Administrativ leder preget det øverste firspannet, hadde faste møter og fikk det godt befestet hos sykehusledelsen. Han er beskrevet som uredd i den forbindelse. Engasjementet oppfattes å ha dabbet litt av nå i senere tid.

Da coachlik ledelse var lansert som en av intensjonene med prosjektet ba vi våre intervjuobjekter forklare hva de la i begrepet. Det ene sykehuset har som nevnt beskrevet dette som en konkret målsetting, og lederen sier at det handler om hvordan de øvrige lederne i sykehuset opptrer i relasjon til sine medarbeidere. De skal være ledere på en slik måte at de signaliserer tro på sine medarbeidere, utfordrer dem, ikke gir dem svar, men opptrer støttende. Dette skal oppnås som en indirekte effekt av coaching. De utøvende coachene har en formening om at lederne indirekte skal innta en mer coachende lederstil som en konsekvens av selv å gå til coaching. Flere uttrykker at dette ikke har hatt noen plass under utøvelsen av coaching. De formidler at hvis det skulle være et konkret mål, så måtte dette vært gjort på en annen måte, i forhold til dagens coaching. Dette at det ikke skal være noen agenda for relasjonen problematiseres i forhold til å ha en konkret målsetting for utøvelse av coaching. Vår informant på RHF nivå beskrev lunch til lunch seminarer som en måte å tilegne seg en coachende lederstil. Hun beskriver disse seminarene som god lederutvikling, hvor deltakerne oppnår innsikt i egen lederstil og hvilke coaching ferdigheter de har, samt at de får løst konkrete problemstillinger. Lederen i HF 2 mener følgende om dette: *”Det er ikke så lett å lære teknikken som å gi folk et lunch til lunch kurs. Det skal mer til. Gamle innbarka ledere skal liksom endre lederstil i løpet av en dag en hyggelig ettermiddag og en formiddag. Det har jeg ikke tro på. Men det kan hende jeg tar feil”*. Dette er altså ikke tatt i bruk i HF 2.

Målsetting

I HF 2 sier lederen: *” Den er at innen 2009 skal være en coachende lederstil i sykehuset. Bevisstgjøre lederfunksjonen, lederne skal prioritere sine lederoppgaver. Øke personlig kompetanse og trygghet i rollen. Styrke verkstedsmodellen, altså tverrfagligheta. At du som leder skal innse det finnes andre profesjoner enn din egen og at dette er nyttig. Suksessfaktorer er at dette skal være energi givende for lederne som får coaching. Frigjøre potensialer, oppdage nye sider hos seg selv. Stimulere egen kreativitet. Finne på nye ting. Dette var målsettinga vår for coaching”*.

Utøvelse av coaching

Når det gjelder utøvelse så mener informantene de har vært trofast mot målsettingen for prosjektet. De håper at coachee oppnår klarhet, styrke og mot til å gjøre det de mener er ”riktig”. Det uttrykkes et ønske om at ledere blir mer bevisst på seg selv, og hvordan de virker på andre. Det er full åpenhet i relasjonen, og ingen skjulte agendaer. Den som mottar coaching definerer selv målsettingen for coachingsamtalen. Det er det høy bevissthet rundt

dette at coach ikke skal sette agenda for samtalen. Det skal gjøres av den som mottar coaching. På spørsmål om hva de ser av utvikling underveis i en coachingrelasjon svarer informantene at lederne blir flinkere til å sortere i egen hverdag. De oppnår større åpenhet underveis, og de ser endringer i kroppsspråk, og holdninger hos de som mottar coaching. De jobber ofte innledningsvis med ufarlige emner, og setter i gang prosesser. Lederne blir bevisst sine egne holdninger, og underveis blir de flinkere til å finne løsninger. Flere av våre intervjuobjekter har reflektert rundt egen utøvelse av coaching kontra hva de oppfatter HF 1-miljøet gjør. En sier: ”... jeg har en annen tilnærming enn den jeg opplevde de hadde i HF1, vi jobber forskjellig ... I HF 1 er de veldig opptatt av å komme til målet å komme til handling, oppnå noe nå eller neste gang. Jeg kan ikke ha en slik tilnærming, jeg må kunne gi mye større rom... jeg tenker at den enkelte som kommer til coaching vet jo selv, har jo ideen selv, og sånn tenker de i HF 1 også, men de skal ha avtalefestet ting og er opptatt av det”.

”..jeg tror jeg holder på med mer coaching – veiledning - mentoring”.

”Er ikke så stram Ikke så opptatt av å få gjort det til neste gang, det er ikke sikkert de klarer det. Vil ikke at folk skal ha press på seg. De skal ikke stå til ansvar for meg hvis de ikke har greid det, bare stå til ansvar for seg selv”.

Kultur

Vi spurte etter sykehusenes møteplasser, hvor kulturer utvikles. Lederen i HF 2 nevnte sykehusrevyen, ledertimer (en time pr uke viet ulike tema. Disse er åpne for alle som har lederstillinger uavhengig av nivå, og annonseres på intranett). Organisasjonen har ledersamlinger, avdelingsseminarer og har hatt ulike interne programmer som nå er lagt på is. Noen av informantene nevner at faglige arenaer på tvers av avdelingene er vanskelig, men at sykehuset har eksempler på avdelinger hvor det fungerer. Ellers nevnes HF 2 skolen (et tilbud for nyansatte), ledersamlingene og de tidligere omtalte interne opplæringstilbudene.

De vi har snakket med beskriver en yrkesstolthet i organisasjon over å være ansatt på ”sitt” sykehus. Det oppleves som om det er stor variasjon i kjennskap til organisasjonens visjoner og målsettinger.

Et annet tema vi var innom i intervjuet var hvordan organisasjonen responderte på implementering av nye system. Lederen uttalte at det klart var en ny tid nå. Han beskrev en større vilje i ledelsen til å innføre systemer nå, og at rapporteringslinjer var blitt viktige å følge. I disse tider blir det ”læven” om ikke strukturene blir fulgt, i klar motsetning til tidligere.

Flere av de utøvende coachene sier om dette tema at det er en urolig tid i sykehuset. Flere uttrykker skepsis til den nye organiseringen, og ser mange utfordringer med klinikkdannelsen. Noen beskriver at det er større vilje til å gjøre det vi får beskjed om i disse tider. Lederen beskriver også at det å verne om egne subkulturer er over. I organisasjonen beskrives et markert skille flere av intervjuobjektene setter i sammenheng med direktørskiftet, og de ulike organisasjonsutfordringer sykehuset har stått ovenfor. De beskriver en tid, da det meste var tillatt og det var tilgivelse for det meste, med en direktør som påvirket den overordnede kulturen i høy grad. Slik oppfatter de ikke at situasjonen er i dag. Alle de utøvende coachene beskriver også subkulturer, og flere nevner at det ikke lengre er noen kultur for samarbeid på tvers.

Siste punkt vi ønsket svar på var om de opplevde det var ulikheter mellom profesjonene. Lederen for prosjektet i HF 2 uttalte manglede interesse fra legegruppen, de var mest opptatt av fag, mens han oppfattet sykepleierlederne generelt som lettere å ha med å gjøre. Denne oppfatningen deler også flere av utøverne. Følgende utsagn understøtter dette: ”... *tror legene har mye sterkere fokus på fagledelse, men sykepleierne når de er ledere så er de mer fokusert på dette med relasjoner og med forvaltning. De er mer der, faget er også der, men det er ikke så dominant som hos legene tenker jeg...*”.

Veien videre mht coaching

Lederen for prosjektet skisserer muligheten for at coaching kan gå i to retninger. Han nevner coaching slik det er beskrevet, samt coaching i sammenheng med organisasjonsutvikling. Han ser også mulighet for å bruke coaching sammen med annen metodikk, f. eks mentoring, men poengterer at det da ikke er coaching på coacheens premisser. Flere av de utøvende coachene uttaler at det er liten aktivitet i disse dager. En har tanker om at de muligens er i ferd med å mette etterspørselen i sykehuset. Noen mener konseptet er modent for en forandring. En uttrykker at spesielt i tider med omstilling vil ansatte ha et behov for ”den gode samtale”. Vedkommende sier: ”*I slike tider har folk et behov for å prate, og ikke bare bli stilt spørsmål*”.

5. Drøfting

Røvik forutsetter i sin bok at organisasjoner som tar inn nye konsepter har ambisjoner om at de også skal tas i bruk. Derfor må de omsettes og utformes slik at de blir godt tilpassede verktøy som fungerer lokalt og får virkning på praksis i organisasjonen (Røvik, 2007, s. 259).

Underveis i denne analysen fikk vi utfordringer med å forklare implementeringen som en rasjonell prosess. Deler av forløpet kan vi forstå i et slikt perspektiv, men det er også avvik i våre funn i forhold til en slik tilnærming. Vi kan diskutere om et rasjonelt perspektiv alene er egnet til å beskrive oversettelsen i et komplekst system som et sykehus faktisk er.

Den institusjonelle tilnærming har tradisjonelt sett blitt oppfattet som en mer egnet måte å betrakte organisasjoner, som sykehus på.

Det åpne og det naturlige systemperspektiv med fokus på de indre verdiene i organisasjonen, og fokuset på omgivelsene og deres innvirkning på organisasjonen gir et utgangspunkt som er bedre egnet til å forstå konteksten og være bakgrunn for oversettelsen. Våre informanters opplevelse av sykehusene som vertikale organisasjoner med høyt innslag av sub - kulturer forsterker også dette. Dette kjenner vi igjen fra det åpne perspektivet som beskriver sub - grupper og viktigheten av at alle disse gruppene må fungere hver for seg og sammen for at organisasjonen skal balansere. En ansatt er ofte deltakende i flere formelle og uformelle grupper avhengig av fagtilhørighet, arbeidssted og eventuelle tilleggsfunksjoner. Lojaliteten til den ansatte deles da mellom disse gruppene.

Ved å benytte teori fra rasjonell og institusjonell retning mener vi å gi en bedre beskrivelse av kontekstualiseringen og implementeringen i dette prosjektet, da de kompletterer hverandre.

Den hierarkiske oversettelseskjeden har mye til felles med en rasjonell implementeringsprosess. Vi ønsker å bruke den hierarkiske kjede som en faktor for å belyse ulikhet i kontekstualiseringen i de to sykehusene. Vi skal følge implementeringsprosessen og samtidig se på hvilken oversettelse som skjer på hvert nivå i kjeden, fra RHF, via lokale ledere til utøvende nivå i hvert HF. Vi skal også problematisere rundt de begrensninger vi ser denne forklaringsmodellen har i forhold til våre funn.

Virusmetaforen må også diskuteres. Vi har brukt Virusteorien for å forklare mangfoldet i utøvelsen av coaching og alle de fragmenterte tilbud som tilbys ”angriper ” organisasjonene.

Det må imidlertid understrekes at Virusteorien er en teori om implementering. Derfor skal vi kort innom de mest sentrale kjennetegn ved virus, finne referanser til vår empiri slik at implementeringen får en alternativ beskrivelse. Vi har ikke lagt hovedvekt på Virusteori da det å bruke metafor som metode har noen fallgruver. En metafor er et bilde, en omskrivning, og ikke en virkelighet. Faren for forenkling og skjeve fremstillinger er også tilstede, og har gjort at vi velger å bruke den hierarkiske oversettelseskjeden for å forklare implementeringsprosessen. Det er allikevel fristende å trekke den inn da vi oppfatter at det er mange trekk her, som er velegnet til å forstå den implementeringsprosessen vi har undersøkt. Kompleksitet er et stikkord i denne sammenheng. Forestillingen om at ideene må være kompatible med verdier og etablert praksis i de organisasjonene de skal innføres i, er viktig å belyse. Vi mener det er en viktig premis for utviklingen i prosjektet vårt.

Innledningsvis har vi presentert kultur og lederstil som viktige faktorer for å forklare ulikehetene. Disse drøftes fortløpende.

5.1. Innskrivning av ideen i RHF

RHFet var nyetablert, alle ansatte var enda ikke på plass, lokalene var ikke ferdigstilt - alt manglet, er beskrivelsen vi har fått. Parallelt med dette er det en uttalt målsetting at organisasjonsutvikling skal ha et fokus i den nye organisasjonen. Vår informant sier: "... *det var en meget ny organisasjon som skulle settes. Da har man innflytelse.*

Rekrutteringsprosessen var profesjonell ikke bare med meg men også andre. De rekrutterte folk med oppfatninger som kunne iverksette ting, fikk gode muligheter... Jeg unner alle å være med på oppstart".

Den nytilsatte lederen bestemte seg for at coaching skulle være satsningsområdet. Hun kontaktet medhjelpere med ekspertise og erfaring innen coaching og de laget i fellesskap opplæringa som skulle danne grunnlaget for prosjektet. Det skjedde en planmessig lokalisering. En generell ide fikk en lokal referanse.

Sykehus generelt kan betegnes som ekspertorganisasjoner. De kjennetegnes ved at de behandler komplekse problemstillinger, og at medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse. Medarbeiderne betegnes som profesjonelle i form av at de er selvgående med hensyn til mål og midler (Strand 2001). Hun beskriver følgende om samarbeid mellom nivåene i organisasjonen: "... *i alle prosjekter har det vært spenning mellom selvråderett og fellesskapstenkning".* Det å lykkes i oppstart vil ha stor betydning for fremtiden. Legitimitet

er viktig i denne sammenhengen. Sykehusforståelse var en viktig premis for at prosjektet skulle lykkes. Etter hvert tok kurspakken form og fikk stadig flere referanser til det lokale i organisasjonen.

Brosjyren RHF utviklet sier følgende: "... *Prosjektet "Coaching i RHF" er unik i Norge både med hensyn til størrelse og kompleksitet. RHF er landsdelens største bedrift med 11 000 ansatte og ca. 600 ledere*". Sitatet er ment som en illustrasjon på hvor stort dette prosjektet egentlig er i Norsk sammenheng.

5.2. Den hierarkiske oversettelseskjede som faktor for ulikhet

Kjeden bygger på fem sammenkjedede argumentene og antakelsene, vi begynner i toppen. Det første argumenter omhandler en *top-down orientering*. I vår studie kan RHF sees på som den hierarkiske autoriteten i toppen som "bestiller" iverksettelse av ideen. Ideen kommer altså fra en ledelse som har en klar distanse og som ligger et nivå over de helseforetakene som det forventes skal oversette og ta den i bruk. Ideen ble presentert på et kurs over til sammen 3x3 dager. Lederen for prosjektet sier at det skal være rom for "variasjoner" i implementeringsprosessen, de må selv finne ut hva som er best for eget foretak. Lederen har ikke en autoritær lederstil, men lar det være rom for påvirkning. Allerede helt i starten var det store ulikheter i oppfatninga om hva dette skulle bli til i hvert sykehus. En av informantene sier det var snakk om en HF 1 skole og en HF 2 skole. I teorien er det den formelle hierarkiske autoriteten i toppen av organisasjonen som utgjør den viktigste kraften til oversettelse og spredning nedover og innover. Møtet mellom representanter fra RHF, de to sykehusene og kursforeleserne ble en arena for presentasjon av konsept, opplæring og diskusjon, og skapte grunnlaget for de ulikheter som etter hvert skulle materialisere seg i hvert sykehus.

Sammenhengen med en *problembetinget søking etter løsninger* finner vi også trekk av. Lederen vi intervjuet på RHF nivå hadde noen klare diagnoser på hvilke utfordringer organisasjonen hadde med hensyn til ledelse. Hun poengterer særlig to forhold. Mangel på realkompetanse på ledelse i organisasjonen, og personlig oppfølging av ledere. Hun hadde en klar formening om at systemet spiste ledere heller enn å ivareta dem, og hun uttalte at det var mange trasige lederskjebner i systemene. Behovet for en form for lederstøtte i organisasjonen virker å være opplagt hos begge parter. Sykehusene hadde i forkant av dette prosjektet ulike konsepter for lederopplæring, lederstøtte og et etablert program innen veiledning som et

lignende verktøy til coaching. Dette bekrefter sykehusenes fokus på ulike typer lederstøtte. Sykehusene har tradisjonelt sett lite kultur for ivaretagelse av ledere. De er organisasjoner som kjennetegnes av fagledelse. Behovet har lenge vært tilstede uten at man har kommet til mål. Derfor er dette et felt som har forbedrings potensial.

Begrenset frihet til oversettelse er neste faktor med hensyn til den hierarkiske oversettelseskjeden. Forholdet begrensinger i frihet til egen oversettelse sett i sammenheng med mulighetene for lokale versjoner må problematiseres. Vår informant på overordnet nivå sier følgende om designet på konseptet: "... for meg var det viktigste ei personlig oppfølging, at lederne fikk lov å sparre sine problemstillinger i kombinasjon til at det blir stilt krav til endring og handling. Hva gjør du med dette?? ... Problemløsning er veldig viktig i coaching".

I teorien skal toppledelsen ha klare planer og oppfattelser for hvordan ideer skal implementeres. Dette skal gi de underliggende nivåer begrenset frihet for egen oversettelse. Dette avviker fra våre funn. Lederen sier følgende: "... de fikk opplæringa, den var ferdig spikret, deretter ble det etablert et eget nettverk som så på implementering i eget helseforetak, de måtte selv finne ut hva som var best for dem". Her kan det virke som RHF har hatt forventninger om at sykehusene skulle forholde seg til den ferdig "spikra" opplæringa, altså faginnholdet og ha frie hender til å implementere som de selv ønsket. Eller har de tatt høyde for det? En lokal kontekstualisering i de ulike HF nevnes ikke. Hva dette skyldes kan vi bare gjøre antakelser om. Er det fordi RHF har sett på oversettelse og implementering som en og samme prosess og derfor ikke er spesifikk på det, eller er det fordi de mener at oppskrifta er gitt og at HFene skal følge den, eller gis den samme frihet der som for implementeringen? En av coachene sier: "på et eller annet tidspunkt begynte vi å tenke ulikt boka, vi bryter litt med grunnprinsippene med en slik praksis, vet at implementeringen har vært ulik på det andre sykehuset". Det virker som at coachen ser på dette som samme prosess. Implementeringen er tydeliggjort av RHF og lagt til de lokale sykehus. Med en for stram styring på utforming ville prosjektet aldri kunne lykkes i de lokale HF, til det er de for autonome. Det har i stede vært en uttalt forståelse at de ulike HF har hatt kompetanse og erfaring nok til å klare dette uten direktivstyring. De har tillitt nok til å la lokale krefter ta hånd om den implementeringen som skal gjøres for at dette får aksept og bli nyttegjort ute i de ulike sykehusene.

Stimulus- respons- basert sekvensialitet er gyldig for vår studie. Det beskrives en utvikling som har gått over tid i begge sykehusene. Vi velger å belyse denne oversettelsen i to

sekvenser, hvor første sekvens er hos lederne for prosjektet i begge HF og neste sekvens er hos de utøvende coacher. Oversettelser kan relateres til noen regler som handler om innholdet i oversettelsen og hva som skjer med dem når de overføres mellom nivåer i organisasjonen. Dette handler også om hvor store frihet en oversetter har og hvor store frihet han tar seg, i selve oversettelsen (Røvik 2007).

HF 2 velger å se på brosjyren om prosjektet som en "oppskrift", lederen sier om dette: "*Jo på et vis fikk vi en oppskrift, vi fikk en brosjyre om hva coaching prosjektet gikk ut på... sånn oppfatta vi prosjektet, det var meldinga vi ga til våre coacher*". Disse regler ble ikke gitt av RHF. HF ene, fikk frie hender for implementering. Når HF 2 velger å følge prosjektet uten nevneverdig omskrivning av "oppskriften", er dette fordi sykehuset valgte å gjengi og gjenskape budskapet i ideen. Form og innhold passet inn i organisasjonen og vi velger å assosiere til kopiering. Røvik nevner begrepet kopiering synonymt med reproduksjon og duplisering, altså uthenting av en praksis fra en kontekst, gi den en idemessig representasjon for så å sette den inn i en ny organisatorisk kontekst med ingen eller få endringer. (Røvik 2007) Sykehuset valgte altså å benytte det redskapet RHF hadde laget for oppfølging av ledere, lederen sier: "*Vi ble ganske trofast på at coachinga skulle være fri for rådgiving og mentoring. Ren utfordring og spørreteknikk*".

Vi har tidligere beskrevet hvordan de jobbet internt. Lederen i det ene sykehuset sier følgende: "*... det tok lang tid, fikk ganske mye juling for dette fra RHF, dere er for trege, dere må komme i gang, men vi ville være sikre på at alle coachene var godt forberedt ... kvaliteten skulle være god*".

I HF 1 begynte lederen å jobbe med det faglige innholdet i konseptet. Han hadde drevet med coaching tidligere og kjente verktøyet. Som oversetter tar han seg frie hender og det kan virke som han først og fremst bruker konseptet som en løs ramme og en inspirasjonskilde for utvikling av en ny ide i sin organisasjon. Røvik nevner i oversettelsesteorien et begrep som sier at en oversettelse er en prosess der lokale aktører kan velge å kople et stort antall nye elementer til en ide (Røvik 2007, s.306). Dermed omvandles ideen fra RHF prosjektet til å gjelde coaching i grupper, fra livsramme til rolleramme og de kopler alt dette til organisasjonsutvikling og organisasjonsendring i sykehuset. Lederen sier om dette: "*Jeg prøver som et prinsipp å skille helt mellom jobb, jobbrelasjoner og andre relasjoner i livet. Jeg syns den ryddigheten som sier at her er vi profesjonelle til profesjonelle til hverandre..*" Omvandling er i følge Røvik en grunnleggende endring av en praksis eller en ide, gjerne både i form og innhold slik at denne fremstår som en lokal innovasjon (Røvik 2007, s.315). Etter

hver får OU avdelinga flere medarbeidere. En av disse sier: ” *Jeg begynte i desember 2005, da var prosjektet etablert på RHF nivå, men ikke etablert hos oss, coaching drev vi med, men det var ikke satt inn i den strukturen vi fikk. Når vi andre kom med begynte vi med coachinggrupper, definere nivå og satte mer struktur på det*”. Omvandlinga fortsetter og strukturen rundt prosjektet formaliserer seg. Coaching knyttes opp mot sykehusets strategiske mål for å få lederne til å ta grep og få et større vidsyn og kanskje andre ståsted i forhold til rollen sin eller de oppgaver og mål som vedkommende er pålagt. En av uttalelsene bekrefter dette: ” *Målsettingen vår var hele tiden at vi skulle være et redskap for å få lederne i stand til å gå den veien som ledelsen har bestemt at vi skulle gå. Så på en måte er det mye mer et topplederinstrument enn det er på en måte en coachlik ledelse som du bruker på de ansatte*”. Dette er ingen ukjent ide innen coaching, selv om den avviker fra prosjektets grunntanke. Det at verktøyet både kan være individuelt og strategisk presenteres av Anderson and Anderson som en ny tanke innen coaching. For at coachingen skal bli en suksess hevder de at organisasjonens mål også må ivaretas. De kaller metoden for ” *Coaching that counts*” (Andersen and Andersen 2005).

Neste sekvens er den oversettelsen som skjer i nivået under der coachene utøver sin coaching og gjør sine egne tilpassninger i forhold til ideen som kommer fra lederne.

I HF 2 valgte de ut veiledere som fikk tilleggsutdanning innen coaching. Da utvides den personlige verktøykassen og som coach har du større spillerom og flere innfallsvinkler i utøvelsen av coaching. En av coachene har følgende beskrivelse:” *... tror nok etter hvert så får man sin egen stil med fundamentene i bunnen. De fleste fant sin egen stil selv om vi hadde en felles plattform. Vi endret oss alle i hver vår retning...*”.

Fagansvarlig beskrives å ha hatt størst innflytelse på utviklingen av prosjektet i HF 2 og er beskrevet å være samtale og diskusjonspartner for coachene. Administrativ leder sier følgende: ” *vi har vært trofast og jeg har vært veldig klar på hva coaching i HF 2 skal være. Alle forsøk på å gjøre noe har folk måttet argumentere ganske kraftig for og så har de gitt seg*”. Han sier videre:” *jeg har vært en viktig bremskloss for ei utvikling fra det opprinnelige. Det er så lett å gå over i populistiske løsninger, det er verre å stå igjen*”. Flere av coachene sier at de bruker den kunnskap de har innen samtalekunsten enten det heter coaching, veiledning eller mentoring. En av coachene sier:” *Fordi jeg er veileder og vant til å snakke med folk, så kan jeg ikke benytte en slik metode så kategorisk. Jeg må ta utgangspunkt i den situasjonen vi kommer i. Jeg bruker coachingbegrepet i veiledning*”. Det virker som konseptet endrer form underveis etter hvert som coachene får erfaring med utøvelse og at

personlige elementer legges til. Denne erfaringa har de drøftet med fagansvarlig som støtter opp om denne utviklinga i prosjektet. Dette kan vi kople mot begrepet ”Addering” som vil si å legge til elementer i en oversettelse. Her skilles det mellom to aspekter, det å gjøre det uttalte utalt altså å tydeliggjøre innhold i ideen og det å komme med kreativ nydikting (Røvik 2007). Dette kan vi betrakte som tilføring av nye elementer. Lederne har bevisst valgt å åpne opp for andre innfallsvinkler med en forvisning om at integriteten ble ivaretatt på en god og faglig akseptabel måte. Sykehusansatte har noen erfaringer som er nyttige i samtalen. En av coachene sier:” ... *Ja innenfor en virksomhet som sykehus så vil de personene som driver med dette her sette sitt preg på det. En kvalitetssikring at det har vært utviklet innen sykehusmiljøet. Vi har med oss noe fra møtene med pasientene, fra utdanningene våre som vi tilfører coaching*”. Sett i et slik perspektiv er dette en faktor som har hatt stor betydning for hvordan coaching har blitt implementert i HF 2.

I HF 1 har lederen hatt grep om utøvelsen av coaching ned til neste nivå. OU avdelinga styrer etterspørsel og utdeling av oppdrag og utfører selv coaching på de øvre nivåer. I gruppecoachinga har flere av informantene beskrevet at de fikk tilbud om å være med som den andre coachen i lag med en fra OU avdelinga. Dermed holdes innhold og utførelse i regi av OU avdelinga og den personlige oversettelse begrenses og påvirkes. Coachene er plukket fra stabsnivå, coaching er koblet mot organisasjonsendringer og er et verktøy for toppledelsen, det legger mange føringer på oversettelse og utøvelse av coaching. Den tette oppfølging fra leder beskrives som en suksessfaktor for en av coachene. Av dette kan vi trekke slutninger, basert på vårt materiale om at det har foregått en begrenset oversettelse på dette nivået i HF 1.

Fra det abstrakt til det konkrete underveis i oversettelsen er tydelig i begge våre sykehus. Begge sykehusene tar ideen inn, da fremstår ideen som en opplæring i coaching. Vi vet at ideen blir forankret hos lederne i de respektive sykehusene. I HF 1 er lederen godt kjent med coaching som konsept, han har fått presentert et konsept som han ikke uten videre ønsker å ta inn i organisasjonen, konseptet passer ikke inn i sykehusets kontekst. I HF 2 er lederen opptatt av hvor tilfeldig ideen kommer inn i organisasjonen, han er kjent med coaching som begrep og ønsket å se på konseptet som en oppskrift for videre implementering i eget sykehus. Veiledning har fra før en solid forankring i organisasjonen og coaching med sine familiære likheter er dermed ikke noe revolusjonerende verktøy for sykehuset å ta i bruk. En sier: ” *Dette er veldig likt veiledning, men hadde en høyere status fordi det var ledere som skulle coaches, og at det var knyttet ressurser til på en helt annen måte*”.

Deretter vandrer ideen videre nedover og innover i organisasjonene og fremstår etter hvert mer konkret og materialisert, men kontekstualiseringen blir som vi vet av empirien svært ulik.

5.2.1. Kritikk av den hierarkiske oversettelseskjeden

En viktig kritikk til den hierarkiske oversettelseskjeden er betydningen av det Røvik kaller utviklingsarenaer. I helsevesenet er det generelt mange felles arenaer, både formelle og uformelle. Teorien tar ikke høyde for at slike møteplasser har konsekvenser for resultatet. Møteplasser har vært av stor betydning for implementeringen av dette prosjektet. En av utøverne i HF 2 beskriver at de hjalp hverandre, hanket hverandre inn, stilte spørsmål ved andres tilnærming i tillegg til det faglige innholdet de fikk med tema dager. Fagansvarlig i dette sykehuset beskriver krav til coachene om å være deltakere i faste grupper som møttes jevnlig. I disse utøvergruppene er det refleksjon over egen praksis, etiske diskusjoner og mulighet for å sparre problemstillinger, diskutere case eller motta coaching om deltakerne har behov for det. Hun beskriver dette som en kvalitetssikring, og et system som skal fange opp evt. mal praksis som kan utvikles. Flere av utøverne beskriver høyt fokus på etiske sider av coaching, og honorerer dette. En sier: ”... *etiske spilleregler har vært mye tematisert. Det dukker hele tiden opp, vi diskuterer mye helt anonymisert. Vært fint med høy bevissthet rundt etikk*”. Coachingnettverket har sine utviklingsarenaer som kan brukes av ledelsen for å stramme inn og holde en viss kontroll med utøvelsen av coaching. Men de er også arena for videre oversettelser og utveksling av erfaringer. Disse erfaringer og disse møter sprer gode ideer videre. Vår undersøkelse er entydig på viktigheten av disse møtepunktene, og de har definitivt hatt stor betydning for utviklingen underveis. I det andre sykehuset finner vi også utsagn som bekrefter dette:”... *Nettverksdagene er bra, jeg har alltid lært noe. Det er godt å samles, godt å se de andre*”. Flere forteller også at det i disse møtene diskuteres struktur på avtaler, bruk av logg, evaluering osv. Vi mener å ha belegg for å hevde at disse utviklingsarenaene har vært av stor betydning for den oversettelsen som er gjort underveis i sykehusene. Sett i lys av den hierarkiske oversettelseskjeden er det en av kritikkene som rettes mot kjeden. Det at den ikke tar høyde for relasjonelle påvirkninger som skjer i disse utviklingsarenaer.

Antakelsen om en masterversjon er det også rom for å diskutere i forhold til våre funn. Vi har tidligere beskrevet hva som ble overlevert fra RHF. Vi mener å kunne hevde at det ble utviklet en masterversjon i dette prosjektet. Et utgangspunkt er opplæringen som ble gitt av

RHF sammen med brosjyren, som et minste felles multiplum. Det som gjorde at de to sykehusene fikk et likt utgangspunkt.

Beskrivelsen av utvikling fra kjede til spiral kan forstås som at ideer over tid kan vandre i en slags vekselvirkning mellom abstrakte og materialiserte former. Praksiser som er etablert kan løftes opp og tas ut, og kobles sammen med andre forståelser, og dermed få en nyutviklet versjon som tas i bruk. Vi mener vi ser tendenser til dette i begge våre sykehus. Ideer lever som vi ser videre i den form som omgivelsene finner den nyttig En av de utøvende coacher sier på spørsmål om hva er igjen av RHF grunntanke om verktøyet coaching?:” *Nei, jeg tror ikke det er noe igjen av den reindyrka ideen. Det har blitt foredlet, ikke fordi det var galt i seg selv, brosjyren var flott. Men det bygger på samme grunntanker om at du har svaret selv og at vi gir dem hjelp til å rydde litt. Jeg opplevde coachinga litt som om du bare fikk orden på deg selv så fungerte alt rundt. Sånn er det bare ikke, det skulle være universalløsninga på alt”.*

5.3. Implementeringsprosessen i lys av Virusteorien

Denne oppgaven har gitt oss innsikt og kunnskap om et begrep som var relativt nytt for oss begge. En av de store utfordringene har vært å prøve å forstå hva coaching innebærer. Vi har som tidligere nevnt gjort mye forarbeid i form av litteratur søk. I tillegg har vi vært tilstede som observatører på et nettverksmøte hvor Susann Gjerde var invitert som foreleser. Vi har brukt henne som referanse tidligere i oppgaven, og har hatt god hjelp av hennes forklaringer. Det er en stor utfordring for de som utøver coaching at mangfoldet i utøvelse er så stort. Bransjen som helhet er fragmentert og det er ulike retninger å bevege seg i. Dette gir assosiasjoner til virusteorien. Røvik ble intervjuet om trender i arbeidslivet, i avisen Aftenposten. På nettutgaven av tidsskriftet finner vi følgende sitat:...”*trender på dette feltet er som virus, de kan sammenlignes med epidemier som med stor kraft angriper små og store organisasjoner fra Harvard til Hammerfest.* (www.aftenposten.no) Han antyder at idégrunnlaget ofte kommer fra forskere med solid kompetanse på fagfeltet organisasjon og ledelse. Dette omformer så konsulentbransjen til ”in” konsepter. Deretter kan nye spennende produkter tilbys et marked som er sultent på nyheter. Han nevner coaching i denne sammenhengen. Uttalelser vi har fått i vår studie underbygger påstanden om at konseptet oppleves som ”lett” fra flere av våre utøvende coacher. En av våre utøvere sier følgende: ”.*jeg har min tvil angående coaching rekrutteringsgrunnlaget generelt - korte kurs på BI, kan*

komme fra all slags virksomheter og kalle seg coach etter et relativt kort kurs. Spesielt etikken har ikke vært godt nok festet til coachingutdanningen – det er jo nesten fraværende”.

Konseptet omtales hyppig i dagligliv og medier. Et nettsøk den 11. mai 2008 i søkermotoren ”Google” resulterte i 9 680 000 treff på ordet coaching.(www.google.no) Mange mener altså noe om dette tema. Det har vært god mat for konsulenter i en årrekke, og ideene og praksisene har vandret fritt. I det samme intervjuet sier Røvik: ”.. *det skjer en sammensmelting her, av akademisk tyngde og konsulær letthet. Når den lykkes, så har begge parter skutt gullfuglen*”. Det er etablert en rekke aktører som tilbyr ulike retninger for coaching bare her i Norge. Flere av disse trekker paralleller til utlandet og bruker internasjonale standarder som et mål på kvaliteten i produktet de tilbyr .

Metaforen rundt virus kan være en måte å forstå utviklingen coaching har tatt. Det er gjort seriøse forsøk fra deler av bransjen på å få laget en standardisering, men alle forsøk på dette har så langt har strandet. Ukeavisen ”Ledelse” har en blogg hvor coaching diskuteres. Om ”sammenfallet” til forsøket bransjen framla for Standard Norge, som så dette organet skrinla finner vi følgende uttalelse fra visepresidenten i ICF (International Coach Federation) Anne Kari Vindenes: ”.. *ja, det er et paradoks. Her skal vi være eksperter på løsninger og så finner vi de ikke selv*” (www.ukeavisenledelse.no/meninger/blogg). Så langt er dette er dekkende for flere av kjennetegnene virusteorien har. Vi har vært innom *form, innhold og opprinnelse*. *Smitte* er også diskutert. *Immunitet* er interessant i forhold vår undersøkelse. Sammenhengen med at organisasjonene har et indre forsvar som mobiliseres når ideer skal implementeres kan også være kompatibelt med våre funn. I HF 2 beskrives en tydelig skepsis, spesielt i veiledningsmiljøet som er stort i dette sykehuset. I HF 1 er det lederen for OU avdelingen som deler sine motforestillinger med oss. I begge sykehus beskrives det i tillegg en skepsis fra øvrige ansatte, og at det er brukt energi på å selge inn konseptet, i hvert fall initialt. Motstanden har etter hvert stilnet, vi får beskrevet dette som en effekt av opplevd nytteverdi hos de som har gått til coaching. Vi har også vært innom *Inkubasjonstid*. Vår ene informant opplever at de fikk ”pepper” for å bruke lang tid internt. Dette står dog i kontrast til vår leder på RHF nivå som uttaler at tidsvinduet var mikrotid i sykehussammenheng. I det andre sykehuset er det også beskrevet at gikk det tid før de hadde konkretisert konseptet og var klar til å gå ut i sykehuset med tilbud. Videre i virusteorien er en antakelse om sammenheng fra *smitte* til *symptom*. Dette har relevans til vikiningsmekanismer, hvordan etableres ideen i organisasjonen og hva blir konsekvensen i praksis. Et aspekt av dette er ”språksmitte” - adhesjon. Vi har belyst dette med innpakning tidligere. Coaching begrepet har hatt betydning i dette prosjektet. Det ene sykehuset hadde lang erfaring med veiledning, og et etablert nettverk

med utdannede veiledere. Vår leder på RHF nivå uttaler at dette begrepet var så fylt av fordommer fra alle yrkesgrupper, unntaket var sykepleiere, at det var viktig å komme med et nytt ”nøytralt” begrep for å lykkes. ”Inntrenging” - adsorpsjon må også nevnes. Hvilke mekanismer er det som bidrar til at ideer fester seg og matrealiseres? (Røvik 2007 s.353). For vår studie er det av relevans at ideen bar preg av å være diffus, dette gir frihetsgrader for lokal tilpasning. Vi har ikke fått beskrevet hva RHF har tenkt når de har overlatt implementeringen til de lokale sykehus. En mulighet er at det har vært en forestilling om at det innholdsmessig var lagt hva dette skulle være, mens selve innføringen ble overlatt hvert sykehus. Våre funn tyder derimot på at det til dels har vært store endringer fra det originale opplæringskurset til det som nå tilbys, mest uttalt i HF 1, men også innslag i HF 2. Det vi med sikkerhet vet er at det ikke har vært noen oppfølging på innhold fra RHF. Vi har en formening om at de har ”sluppet” konseptet, og latt det få utvikle seg lokalt. Det er beskrevet en intensjon om å evaluere prosjektet, men så langt vi har kunnet se er dette fortsatt ikke gjennomført. *Mutasjoner* er også en del av virusteorien. Dette er gjeldende for vår undersøkelse. Vi har i detalj beskrevet hvilken omvandling som har skjedd i de ulike nivåene av organisasjonen. Prosjektet har imidlertid beholdt sitt originale navn i begge sykehusene, vi har altså ikke funnet noen omdøping. Et siste kjennetegn ved virus er *inaktivering* og *reaktivering*. Det er et forsøk på å forstå hvordan ideer oppfører seg over tid i organisasjonen. Vi har holdepunkter for si at ideen ikke har hatt samme fokus gjennom årene fra 2002 til nå. I begge sykehus beskrives et dalende engasjement rundt coaching. HF 1 har funnet nye oppskrifter, som de har stort hell med. HF 2 ser i disse dager på alternativer til dagens modell. I forhold til RHF så har vi ikke fått svar på våre henvendelser angående dette prosjektet. Ingen av de to som var med på initiere prosjektet er lengre ansatt i RHF. Dette har sannsynligvis en sammenheng.

5.4. Lederstil som faktor for ulikhet

I HF 1 fortsetter lederen sin omvandling og iverksettelse av prosjektet, nå i nært samarbeid med resten av OU avdelinga. De håndplukker coacher med stabsforankring og deler ut oppdrag etter hvor i nivå oppdraget klassifiseres å være.

Lederen sies å ha ”et stetoskop” på organisasjonen, har stor tro på konseptet teamledercoaching og utøver selv en coachende lederstil, ikke rendyrket men når situasjonen tilsier det. Han sier at sykehusorganisasjoner kanskje i større grad konsumerer det som er nytt. Det er tunge kunnskapsorganisasjoner som er nysgjerrig på ny kunnskap og ny metode, men når nysgjerrigheta først har gitt seg, så er det noe annet som får begeistring. Ideer overlever

altså ikke i lengden, i kraft av å være ny. Han fortsetter: ” *Du må på et vis befeste din posisjon gjennom en syntese i andre behov og andre arbeidsformer som gjør at gjennom opplevd nyttebidrag blir etterspurt*”.

Dette er en beskrivelse av en leder som bruker ulike tilnærminger i sin ledergjerning. Situasjonsteorien beskriver fire typer ledertiler som ikke kan rendyrkes, men som kan kombineres og kan fungere under ulike forutsetninger. Lederen sier: ”.. *ledelse er situasjonsbestemt, selv om det er en gammel teori. Hvor i noen situasjoner så passer det å bruke tid på, hva er din erfaring med dette, og hva er viktig for deg. Noen ganger må du bare si, du tar den, ikke sant. Man kan ikke alltid velge coachende tilnærming for noen ganger så er det misbruk av folks tid...*”. Han sier videre at en leder noen ganger må ta sjansen på at saker går bra uten at lederen har den fulle oversikt eller kontroll. Altså å delegere bort myndighet og makt til personer som har høy kompetanse på feltet og som selv har et ønske om å følge opp.

Det å ha et ”*stetoskop på organisasjonen*” og å ha ”*klare tanker om hva dette skulle være*” beskriver en leder som er på hugget, en leder som er innovativ og som værer behov i organisasjonen slik at hans avdeling kan komme med et tilpasset tilbud ut i organisasjonen. Når coaching er knyttet så nært opp mot organisasjonsutvikling og endringsledelse, de store omveltningene i sykehussystemet så vil vi påstå at dette er en framtidsrettet, målbevisst handling like mye som et lederverktøy for økt bevissthet hos lederne. Når lederen i tillegg har ”*gehør hos toppledelsen*”, som en av coachene beskriver, så er det en bekreftelse på forankring i toppledelsen.

Denne lederen har påvirket hele prosjektet med innføring av coaching i sykehuset helt fra starten. Han har brukt av sin faglige kunnskap og erfaring og har ”bakt” konseptet inn i resten av tilbudene OU avdelingen har til ledere på sykehuset. Han har anvendt sine lederegenskaper og tatt grep om mange føringer og valg, selv om han selv sier at de har gjort dette sammen. Han kjenner sykehusets indre krefter, han er bevist dets begrensninger med få felles møteplasser, egenart og differensiering. Han velger derfor en forsiktig tilnærming, for det er kjent for mange i nettverket at det er vanskelig å implementere et nytt system som coaching i hele sykehuset samtidig. Coaching blir heller presentert som et svar på et behov avdelingene har. Denne forståelse av organisasjon er ikke gitt at alle har. Det å håndplukke stabsfolk øker sjansen for en mer lik faglig plattform for å møte resten av sykehusets behov.

Det at han har en tett relasjon til direktøren og resten av toppledelsen gjør at hans valg får en topptung forankring. Lederens visjon om at OU avdelingen bare overlever i den grad at den oppleves som nyttig ut i organisasjonen påvirker en stadig søken etter nye og anvendbare

verktøy eller retninger som kan øke nytteeffekten. Dermed blir ideen tilknyttet de utfordringer som sykehuset til enhver tid står i, nå beskrevet som organisasjonsendringer, og siste tilskudd på stammen i dette sykehuset er innføring av et mentoring program.

I HF 2 understøtter informantene at det har vært en todelte ledelse. En sier: ”... jeg tror han(leder) anerkjenner NN`s kunnskap. Tror han har respekt for den og har latt henne bruke den”. En annen uttalelse er som følger:” ... forholdt meg mest til fagansvarlig. Hun er lettere å snakke med, men har gått til leder når hun har sagt jeg må det. Han er ok når jeg får han i tale”. Flere beskriver at han har gjort en god jobb i forhold til implementeringen, han har vært uredd, og jobbet aktivt oppover i systemet. Selv beskriver han sin lederstil som åpen og involverende. Han har hatt et ønske om å engasjere, og sett viktigheten av å kjøre prosesser. Prosesser ut mot avdelingslederne som i følge Schussel kan være nokså ensomme på toppen. Men han visste at de måtte tilby kvalitet for å vinne tillit og få aksept. Få lederne til å selv føle skjerpert fokus for økt personlig vekst. Derfor startet de ut med eksterne coacher med bred erfaring samt mye intern trening for de nyutdannede coachene. En av de utøvende coachene sier han hadde god struktur i begynnelsen, tok jobben alvorlig og gjorde en god jobb. Flere har en oppfattelse av at engasjementet er mindre i dag, og at prosjektet er litt ”dødt” nå. Vi har en formening om at både han som administrator og NN som faglig ansvarlig har vært en viktig faktor for at implementeringen ble som den ble. Begge har hatt stor innflytelse på det konseptet HF 2 tilbyr. De har preget både innhold og utforming. Fagansvarlig har også hatt innflytelse på hvordan den interne coachingopplæringen i RHF regi har blitt utformet. Hun sier:” ... jeg var faglig ansvarlig for 3.kull utdanning sammen med ei gruppe fra alle helseforetak. Da gjorde vi et eksplisitt valg det er lederrollen det skal være fokus på. Er det private ting som har innvirkning på lederrollen så er det plass for det... videre... mer kontekstorientert nå, det er jeg veldig fornøyd med. Fokus på arbeidsrolle, vi er tross alt på en arbeidsplass”. Sitatet er ment som en illustrasjon på hennes innflytelse.

Gjennomføringen i HF 2 preges av lederens klare prinsipper. Underveis i intervjuet presiserer han flere ganger at alt er basert på frivillighet. Han sier: ”... vi har tro på mennesket, og frivillighet er viktig. Står sterkt hos oss”. De som går til coaching skal:”... de skal gå ut av coaching situasjonen og vite at dette er deres løsninger. Dette er viktig”. Han presiserer poenget med ikke å ha noen skjult agenda, og påpeker at coaching skal være fri for rådgivning og mentoring. Det skal baseres på ren utfordring og spørreteknikk. Filosofien hans rundt coaching uttrykker han slik:” ... min tanke om coaching er at utgangspunktet er at du har tro

på mennesket som skal lede og gjøre den jobben de ser satt til. At du ikke skal fortelle det mennesket hva de ikke kan.”

En av de utøvende coachene har følgende betraktning rundt opplæringen og senere utøvelsen av coaching i HF 2. (utdannet i kull to)“... *den regionale leder organiserte, og de to eksterne stod for innhold. Det var veldig bra, men når de slapp taket og andre skulle overta, så ble det litt mer ullent, med en litt annen stil eller tilnærming enn selve utdanningen”.*

De uttrykker alle at de i varierende grad preger hvordan de utøver coaching. Utviklingen i HF 2 har gått mot en strammere struktur. De hadde en veldig åpen tilnærming i starten, men har underveis justert kursen.

Lederen i dette HFet har grepet om en ide og holdt fast på denne gjennom hele prosessen. Hans mantra har vært at dette konseptet skulle bestå med de føringer som var lagt fra RHF. Hans rause og delegerende lederstil har gjort at lederansvaret ble delt i to til fordel for hele prosjektet. Denne rausheten sees også i at tilbudet går bredt ut til hele sykehuset slik at alle får være med, noe som også er stilen ved igangsetting av prosjektet. Her kan vi trekke paralleller til den ”forenende” leder som flagger at mennesker er viktige, både ved utøvelse av coaching men også som en del av den kulturelle ramme som lederen jobber i. Tilbud ut til alle som vil og vil du ikke så er også det også greit. Når faginnholdet justeres en del underveis så er det aksept for dette, selv om dette opprinnelig går mot lederes grunnholdning. Her kan det virke som faglederen tar grep og bringer prosjektet videre, mens den administrative lederen ”dabber” litt av, som en av informantene sa.

5.5. Kultur som faktor for ulikhet

Sykehusenes valg påvirkes også av de ulike kulturelle kontekster ideen kommer inn i. I HF 2 beskrives en kultur med mye raushet og med muligheter for at gode ideer får et feste og en fremtid i organisasjonen. Sykehusets virksomhet ide skal i tillegg til høy kvalitet og kostnadseffektivitet, også preges av brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid og felles ansvar. Dette er faktorer som inviterer de ansatte til å aktivt ta del i og prøve ut nye metoder og ideer. HF 1 har også med samarbeid og faglighet i sin målsetting, men vi ser en vridning mot mer strukturelle trekk og viser da til at sykehuset ønsker kvalitet i prosess og resultat, presentert i sine verdier. Dette er variabler som relasjonelt minner mer om strukturell styring enn den frie viljes valg. Informantene våre i begge sykehus beskriver en vertikal organisasjon hvor deler av den har mye å lære på samhandling.

Bang knytter begrepet kultur til en gruppe som har samme oppfatning eller at de deler et sett med antakelser (Bang 1990). Oppdelingen av sykehus i klinikker, avdelinger og seksjoner gjør at man får mindre enheter som kan enes om disse antakelser og skape sin indre kultur, såkalte sub - grupper. Forut har vi beskrevet noen antakelser på ulike kulturelle kontekster i sykehusene som har hatt påvirkning på implementeringen. Generelt om kulturen i HF 1 fortelles det om en del ”nessekonger” og manglende kulturelle koblinger mot to av de andre sykehusene. En sier: ”Hver post og avdeling har nå sitt eget lille leirbål og så legger de på noen pinner her og der et annet sted i natta”. Samhandlingen mellom avdelinger og på tvers av grupper meldes som dårlig. ”Vi har for vertikal struktur, det har nok med at sykehuset er en profesjon og skaper spesialiteter. Hadde vi bare fått til mer av det horisontale samarbeidet avdelingene så hadde det vært bedre”. Strategisk kulturbygging fortelles å være mangelvare, en sier at kulturen bygges på det uformelle, individuelle plan blant de ansatte. Et av sitatene fra HF 1 er en fin metafor på hvordan kulturen i sykehuset oppleves: ”HF 1 kulturen lever mye mer som en ukultivert eng enn en gartner drevet hage”.

Kulturen i HF 1 har nok vært en viktig premissleverandør for hvordan lederen og OU avdelinga har valgt å legge opp den strategiske framtoninga ved innbaking av coaching i avdelingens tilbud. Subkulturer og mangel på felles møteplasser antar vi har bidratt til å være en suksessfaktor for prosjektet. Det at gruppecoaching ble en tverrfaglig møteplass og en plass å knytte relasjoner og utveksle erfaringer kan vel sies å være en vinn - vinn situasjon både for OU avdelingen og deltakerne. I sykehus med mange høykompetente fagfolk skal nytteeffekten i et verktøy eller en ide være stor for at oppmerksomhet og fokus skal vendes bort fra faget en stund for heller å fokusere på nyvinningen. Kombinasjon mellom coaching og organisasjonsutvikling kan virke og være en god kombinasjon som lettere kan fange oppmerksomhet i denne konteksten.

Kulturaspektet er en viktig del av beskrivelsen av HF 2 som organisasjon. Alle vi har intervjuet påpeker et markert skille mellom ”før” og nå. Sykehuset har vært gjennom betydelige omstillinger de senere årene, og direktørskiftet har flere påpekt som et markant skille i sykehusets historie. Om kulturen sier lederen av coachingprosjektet i HF 2: ”..ny verden nå med strukturer i systemet, og strukturene skal følges... tror vår organisasjon trenger det den nye direktøren kommer med. Før trengte ikke ledere ta ansvar. De gikk jo bare forbi, så fikk de det slik de ville ha det. Så slapp de å stå til ansvar for det som ikke var bra”. Han påpeker betydningen av HF 2 revyen som kulturbærer, og fremhever også ledersamlinger og ledertimen som kulturbyggende arenaer. De utøvende coachene har andre

erfaringer de deler med oss.” *Mange er stolte av å jobbe her. Utad er vi lojal, med innad så koker det litt*”.

En kultur preget av faglige sterke, frimodige og uredde medarbeidere som gjennom år har fått prøve å feile for deretter å få tilgivelse før neste forsøk, skaper en uryddig kreativ utvikling på mange områder. Det skaper nok også noen grunnholdninger som vi tror har påvirket dette prosjektet og forklarer hvorfor det fram til omorganiseringen har fungert og har hatt et liv. Når en av grunnpilarene forsvinner ut av direktørstolen, forsvinner også noe av forankringen til denne kulturen. Den nye tid med omorganisering, strukturer, retningslinjer og stram økonomi påvirker den frie vilje som har vært en motor i dette prosjektet. Fokuset i hverdagen er nå på daglige utfordringer for å finne sin plass i ny organisasjon. Kanskje coaching alene blir utilstrekkelig for å møte ledernes utfordringer i denne nye situasjonen?

6. Avslutning

De store endringene som den siste store sykehusreformen brakte, har medført at beslutningsmyndighet, og innflytelse er forskjøvet. Opprettelsen av de regionale helseforetakene gjorde at maktbalansen ble endret. Det har vært mye diskusjoner internt i RHFene. Til tross for intensjonen om selvråderett som var tilstede ved innføring av sykehusreformen, ser vi stadig eksempler på overstyring fra rikspolitikere når beslutninger er fattet. Dette gjør at de regionale foretakene stadig kommer i en skvis. Det er krav fra sentralt hold om at rammene skal holdes og at bestillerdokumenter følges, samtidig som beslutninger stadig overprøves. Sykehus i "opposisjon" med egne meninger om hva som er riktige prioriteringer og fornuftig styring bidrar også til at dette er komplekst. Implementeringen av et prosjekt som vi har beskrevet er klart forbundet med prestige. Det er mange fallgruver underveis, og utallige meninger om dette er nyttig eller totalt bortkastet. Vi skal ikke bidra i den diskusjonen med noen konklusjon.

Vi har forklart implementeringen gjennom to translasjonsteorier hvor den ene belyser den rasjonelle retning og den andre belyser den institusjonelle retning.

Coachingprosjekt som vi har beskrevet er ambisiøst, vi understreket innledningsvis i oppgaven vår at vi ikke var ute etter å finne noen beste praksis. Vi har ikke begitt oss inn på noen tolkning av det de tilbyr i de to organisasjonene, vi har heller ikke vært ute etter å studere coachingtilbudet verken organisatorisk eller innholdsmessig. Det overlater vi til andre. Hvor egnet coaching er som et lederverktøy tar vi heller ikke stilling til i denne oppgaven. Fokuset vårt har vært å se på hva som har skjedd underveis fra ide til det som nå tilbys ute i sykehusene. Hvilke prosesser har bidratt til at resultatet ble som det ble. Problemstillingen vår var å prøve å finne de faktorene som gjorde at dette konseptet ble ulikt implementert i de to sykehusene. Vi hadde en hypotese om at spesielt lederstil og organisasjonskultur var viktige for å forstå sammenhengene. Disse faktorenes betydning har vi fått bekreftet gjennom denne studien.

Lederstil kan forstås i ulike sammenhenger. På RHF nivå har vi beskrevet informantens innfallsvinkel rundt utforming og gjennomføring av konseptet. Hun har beskrevet sin egen lederstil som en medvikende årsak til resultatet. Lederstilen til de som har vært ansvarlig lokalt i sykehusene har vi også beskrevet. Vi mener å kunne peke på en direkte sammenheng mellom deres lederstil og resultatet som praktiseres i de respektive sykehus. Begge har hatt

stor innflytelse på utformingen lokalt, selv om de har svært ulik stil og tilnærming til coaching. Det er interessant at de begge på tross av ulikheten har hatt så stor påvirkningskraft. Kultur er også drøftet som en viktig faktor. Våre funn bekrefter denne sammenhengen. Vi fant mange fellestrekk i beskrivelsene våre informanter ga over arbeidsplassen sin. Sterke personligheter, subkulturer og lite samhandling er stikkord for begge sykehusene. Likevel er sykehusene ulike. De vi har intervjuet har bekreftet ulikhetene, under samtalene har det til stadighet blitt referert til ”dem” og ”oss”. De har hatt kunnskap og innsikt om hverandres ulikheter, og enkelte har gitt svært presise beskrivelser over ulikhetene slik de oppfatter dem.

Med utgangspunkt i problemstillingen mener vi å ha beskrevet ulikhetene og de faktorene som har medvirket til ulikhetene i implementeringen, med vekt på oversettelse, lederstil og kultur. I tillegg ser vi at det er andre faktorer som også kan ha hatt betydning. Vår intervjuguide har fokusert rundt disse faktorene, men vi kan ikke utelukke at andre faktorer som faglig ståsted hos leder, strukturelle og organisatoriske tilnærminger kan ha hatt betydning og påvirker rammene informantene jobber innenfor og dermed svarene vi har fått.

Det at vi i denne oppgaven har plukket ut to av i alt åtte sykehus som var med da RHF startet dette prosjektet i 2002, gir bare svar som er gyldig for disse to sykehusene. Vi tror vel at vi dermed har ekskludert en del ulikheter som kunne vært interessant og sett på i det totalitære bilde. Dette er imidlertid for stort materiale til at vi kunne se på det i denne oppgaven.

Litteraturliste

Bøker:

- Andersen, D., Andersen, M. (?): *Coaching that counts*. Elsevier
- Bang, H. (1990): *Organisasjonskultur*. Tano 2.utgave
- Berg, M. E. (2000): *Ledelse verktøy og virkemiddel*. Universitetsforlaget.
- Christensen m. fl.(2004): *Organisasjonsteori i offentlig sektor*. Universitetsforlaget.
- Gjerde, S. (2003): *Coaching, hva, hvorfor, hvordan*. Fagbokforlaget.
- Grund, J.(2006): *Sykehusledelse og helsepolitikk*. Universitetsforlaget.
- Halvorsen, K.(1993): *Å forske på samfunnet*. Bedriftsøkonomenes forlag.
- Ringdal, K.(2001): *Enhet og mangfold*. Fagbokforlaget.
- Riis, P., Kristiansen, J.G. (2008): *Profesjonelle dialoger*. Universitetsforlaget
- Røvik, K. A. (2007): *Trender og Translasjoner*. Universitetsforlaget AS.
- Schussel, A. E.(2005): *Coaching, effektfull ledelse*. Ait Ase-dit. Oslo
- Scott, R. (1998): *Organizations. Rational, natural and open systems*. Prentice-Hall. Inc.
- Scott, R., Davis, G. (2007): *Organizations and Organizing. Rational, natural and open system*. Prentice-Hall, Inc.
- Strand, T. (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget.
- Thompson, G. (1995): *Situasjonsbestemt ledelse*. Universitetsforlaget
- Vickers, A.(2006): *Coaching*. Andresen&Butenschøn
- Wadel, C.(1991): *Feltarbeid i egen kultur*. Seek A/S Flekkefjord
- Østerud, Ø.(1996): *Statsvitenskap, innføring i politisk analyse*. Universitetsforlaget

Artikler brukt i innledning:

Berg, M.E., Ribe,E. (2004): *Executive coaching*

Gabrielsen, H.C., Moldenes, T.(2002): *Kvalitetssikring og etisk regnskap i et nyinstitusjonelt perspektiv*

Masteroppgaver:

Hagelin, Siw: *Læring gjennom coaching*, Universitetet i Oslo 2007

Kristiansen, Kjersti: *Coaching-et verktøy for personlig utvikling i det moderne arbeidsliv*
Universitetet i Tromsø 2007

Nettkilder:

<http://www.aftenposten.no/>

<http://www.google.no/>

<http://www.ukeavisenledelse.no/>

Vedlegg - spørsmålsguide

RHF:

- Bakgrunn for oppstart, hvor oppsto ideen om prosjektet coaching som lederverktøy?
- Fra ide til prosjekt, hvor foregikk planleggingen av prosjektet? (RHF eller som et samarbeid mellom HF og RHF)
- Hvordan ble prosjektet mottatt i de ulike HF?
- Status i dag, på hvilken måte er RHF med? (Oppfølging, øk.midler...)
- Veien videre, langsiktige planer.

Kompetanseavdeling på respektive sykehus:

Implementering:

- Hvordan ble prosjektet overlevert fra RHF?
- Ble det formidlet noen føringer for implementering? eller "frie hender".
- Hvilken rolle hadde du som leder i implementeringsprosessen?
- Hvordan gikk du fram?

Ledelse:

- Hvordan vil du beskrive din lederstil?
- Ville utformingen sett annerledes ut med en annen leder?

Strategivalg:

- Hadde sykehuset noen pågående planer for bruk av coaching?
- Hvordan ble prosjektet planlagt gjennomført i eget hus?
- Ble det foretatt lokale justeringer?

Målsettinger:

- Hva var sykehusets interne målsetting med prosjektet?
- Er målsettingen oppnådd?
- Hvordan er dette målt/parametre?
- Coachlik ledelse er beskrevet som en målsetting for prosjektet. Hva er det? I hvilken grad er dette oppnådd?

Utøvelse av coaching:

- Hvordan utøves coaching i HFet?
- Hvem får tilbud om coaching? Hvorfor?
- Utvelgelse av coach til et oppdrag. Hvordan gjøres dette?
- Hvilke felles arenaer fins for coachene i HF?
- Hvilke erfaringer har dere med bruk av coaching? Hvordan er det mottatt blant lederne i organisasjonen.
- Ser dere noen effekt av coaching i organisasjonen?

Kultur:

- Kan du forklare sykehusets logo?
- Har sykehuset noen møteplasser/arenaer for sine ansatte?
- Hvilke felles verdibaserte holdninger fins i sykehuset?
- Hva er sykehusets visjon?
- Hva er sykehusets mål?
- I hvilken grad satser sykehuset på felles arenaer for målretta virksomhet?
- Hvordan vil du si at sykehusets ansatte forholder seg til nye ledelses- og styringsrutiner?

- Har dere tradisjon for å implementere raskt?
- Pleier det å være motstand?
- Er de ulike profesjonene lette å styre?
- Er dere veldig ”bokstavtro” i systemet, eller er det OK å la det gå seg litt til, får man utforme det selv og lignende?

Til de som utøver coaching på sykehusene:

Ledelse:

- Kan du beskrive din coachingleders lederstil?
- Får du direktiver for utøvelse av coaching når du tildeles oppdrag?
- Hadde dette vært ulikt med en annen leder? Hvis ja, beskriv ulikheten

Strategivalg:

- Hvilken opplæring har du fått i coaching?
- Har du deltatt fra prosjektstart?
- Har konseptet endret seg ?

Målsetting:

- Er du kjent med organisasjonens målsetting for coaching?
- Coachlik ledelse er beskrevet som en målsetting for prosjektet. Hva forstår du med det? I hvilken grad fokuseres dette på gjennom samtalen?

Utøvelse av coaching:

- Hva ønsker du å oppnå med coaching?
- I hvilken grad påvirker du situasjonen/ legger føringer når du utøver coaching?
- I hvilken grad setter du agenda for samtalen?
- Hvordan tildeles du oppdrag?
- Kan du beskrive coaching som verktøy?
- Opplever du som coach en utvikling hos coacheen underveis i samtale serien?
Hvis ja, hvilken utvikling?
- Hvilke arena fins for erfaringsutveksling mellom coachene?
- Hvordan evalueres oppdragene?

Kultur:

- Kan du forklare sykehusets logo?
- Har sykehuset noen møteplasser/arenaer for sine ansatte?
- Hvilke felles verdibaserte holdninger fins i sykehuset?
- Hva er sykehusets visjon?
- Hva er sykehusets mål?
- I hvilken grad satser sykehuset på felles arenaer for målretta virksomhet?
- Hvordan vil du si at sykehusets ansatte forholder seg til nye ledelses- og styringsrutiner?
- Har dere tradisjon for å implementere raskt?
- Pleier det å være motstand?
- Er de ulike profesjonene lette å styre?
- Er dere veldig ”bokstavtro” i systemet, eller er det OK å la det gå seg litt til, får man utforme det selv og lignende?