

Beslutningsmyndighet hos mellomledere i sykehus

av

Lise Johansen



Mastergradsoppgave

STV 3906 - Strategisk ledelse og økonomi

Master of business administration (MBA)

30 studiepoeng

Handelshøgskolen i Tromsø  
Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging  
Universitetet i Tromsø

Oktober 2010

## **Forord**

Jeg begynte på mastergradsstudiene mine høsten 2008 ved siden av full jobb. Selve masteroppgaven ble påbegynt i januar 2010. Dette året har vært et krevende år, og jobben med oppgaven har vært alt fra gøy og spennende til et pes jeg så fram til å bli ferdig med. Nå når tiden er kommet til å levere, synes jeg tiden har gått fort. Jeg ser nå at jeg i starten ikke visste hva jeg egentlig gikk til, men jeg har lært veldig mye dette året, og gjennom hele studiet.

Det er mange personer som jeg har å takke for at jeg har kommet gjennom dette prosjektet. Først vil jeg takke UNN-ledelsen ved direktør Tor Ingebrigtsen og HR-sjef Elin Anita Nilsen som ga meg tillatelse til å gjennomføre studien min på sykehuset. Takk også til Roar Skare og Ole-Martin Andersen, hhv. leder og rådgiver ved HR-utvikling ved UNN, og til klinikkssjef Arthur Revhaug og klinikkrådgiver Ingrid Lernes Mathiassen ved K3K-klinikken, takk til alle fire for god hjelp og tips underveis. Stor takk til Inghild Nerland ved akuttmedisinsk avdeling for god hjelp med QuestBack. Viktigst av alt; jeg er utrolig takknemlig for den jobben min veileder Turid Moldenæs har gjort. Jeg har kanskje ikke vært den mest tålmodige studenten, men det gikk seg til etter hvert med hennes hjelp og veiledning. Til slutt vil jeg også rette en stor takk til venner og familie som har hatt tro på meg og oppmuntret meg.

Tromsø, 28. oktober 2010

Lise Johansen

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	2
Innholdsfortegnelse .....	3
Kapittel 1: Innledning.....	4
1.1    Innledning og problemstilling.....	4
1.2    Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Klinikk for kirurgi, kreft og kvinnehelse..	6
1.2.1    Universitetssykehuset Nord-Norge HF .....	6
1.2.2    Organisering: Fra avdelinger til klinikker .....	7
1.2.3    Klinikk for kirurgi, kreft og kvinnehelse.....	8
1.3    Oppbygning av oppgaven.....	9
Kapittel 2: Teoretisk tilnærming og studiens analytiske kategorier.....	10
2.1    Mintzberg: Organisasjonsutforming .....	10
2.2    Det profesjonelle byråkrati .....	11
2.3    Mellomlederen, lederroller og beslutningstaking .....	12
2.4    Oppsummering og mine analytiske kategorier .....	16
Kapittel 3: Metodisk tilnærming .....	17
3.1    Tilgang til en studie ved en klinikk på UNN.....	17
3.2    En deskriptiv studie basert på spørreskjema.....	17
3.3    Reliabilitet, validitet og representativitet.....	18
3.4    Etiske vurderinger .....	21
3.5    Studios demografiske variabler.....	21
Kapittel 4: Presentasjon og drøfting av funn .....	23
4.1    Mellomlederne i press .....	23
4.2    Mellomledernes grad av beslutningsmyndighet .....	24
4.2.1    Grad av beslutningsmyndighet generelt.....	24
4.2.2    Grad av beslutningsmyndighet på områder .....	27
4.2.3    Grad av beslutningsmyndighet og de lokale forhold .....	30
4.3    Mellomlederne og deres lederroller .....	31
4.4    Oppsummering av funn .....	35
4.5    Noen siste undersøkelser .....	36
Kapittel 5: Avslutning .....	38
Litteratur .....	41

# Kapittel 1: Innledning

## 1.1 Innledning og problemstilling

Jeg vil i denne oppgaven se på mellomledere og deres rolle i en sykehusorganisasjon. Et sykehus er et profesjonelt byråkrati med en operativ kjerne av leger, sykepleiere og andre profesjonelle grupper som har stor kunnskap og faglig tyngde. Begrepet det profesjonelle byråkrati kommer fra Mintzberg, som definerte flere ulike typer av organisasjoner (1993). I det profesjonelle byråkrati har vi en toppledelse, en mellomledelse og en stor operativ kjerne.

Både på sykehus og i andre profesjonelle byråkratier har mellomlederne fått lite oppmerksomhet. Fokus innen ledelsesforskningen har stort sett vært på topplederne. Mellomlederne er ofte mennesker med profesjonsutdanning som gir dem stor faglig tyngde og makt.

Mellomledere i profesjonelle byråkratier har en vanskelig rolle i presset mellom toppledelsens krav om effektivitet og økt kostnadsbevissthet og den operative kjernes forventninger om høy faglig kvalitet i oppgaveutføringen. Det finnes forskning som viser at mellomlederne er viktig for endring, tilpasning og utvikling i organisasjoner, også i helsevesenet. Nyere forskning viser at mellomlederne har større innflytelse enn man tidligere har vært klar over (Paulsen, 2008, 2009). De har store ytre kontaktnett og har tilgang til mye viktig informasjon gjennom sin stilling, de har mulighet til å påvirke beslutninger i toppledergruppen og de er ofte "dynamoer" i teamet. Paulsen m.fl. (2008, 2009) er av den oppfatning at topplederne har fått for mye oppmerksomhet, og at det er mellomlederne som får iverksatt ting i organisasjoner. De er viktige både innen beslutningstaking og i forhold til det å være proaktiv i endringsprosesser.

Jeg ønsket å finne ut mer om mellomledernes rolle og grad av beslutningsmyndighet på et sykehus. Jeg har gjort min studie på Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), spesifikt på Klinikk for kirurgi, kreft og kvinnehelse (K3K). Noen spørsmål jeg i forkant tenkte på: Bli folk ledere uten at den myndighet som naturlig forventes å følge med ikke er til stede? Må man sjekke ut sine avgjørelser med en overordnet eller har man faktisk myndighet til å fatte

egne beslutninger? Min antagelse er at også mellomledere i sykehus har store muligheter for å påvirke beslutninger.

På den bakgrunn har jeg utformet følgende problemstilling:

I hvilken grad og på hvilke områder opplever mellomledere ved Klinikk for kirurgi, kreft og kvinnehelse ved UNN at de har beslutningsmyndighet?

## **1.2 Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Klinikk for kirurgi, kreft og kvinnehelse**

I dette kapitlet gir jeg en beskrivelse av organisasjonen Universitetssykehuset Nord-Norge, fra hvordan det er bygd opp med regionhelseforetak og helseforetak, ned til den enkelte klinikk. Jeg vil også gi en beskrivelse av omstruktureringen som skjedde på UNN fra 2007, der klinikkstrukturen ble innført. Intensjonen er å forstå hvordan organisasjonen UNN fungerer, og hvordan og hvorfor den er blitt til.

### **1.2.1 Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

Universitetssykehuset Nord-Norge HF startet opprinnelig med det gamle Regionsykehuset i Tromsø. Nå i 2010 inkluderer UNN HF også Harstad sykehus og Narvik sykehus, som er fullverdige lokalsykehus i helseforetaket. Sykehuset i Tromsø omtales som UNN, i tillegg til at UNN HF inkluderer mer enn bare Tromsø-sykehuset. Longyearbyen sykehus på Svalbard er også en del av UNN HF. I tillegg har helseforetaket ansvaret for diverse rus- og psykiatriske institusjoner i Troms og Nordland. Ambulansestasjonene er også blitt overført til UNN HF. Disse var tidligere til dels privat drevet. UNN HF er spesialisthelseinstitusjon for hele Nord-Norge.

UNN HF er et av fire helseforetak i Helse Nord RHF, som er regionhelseforetaket. Norge består av fire regionhelseforetak; Helse Nord, Helse Midt, Helse Sør-Øst og Helse Vest. Helse Nord består av fire helseforetak, og i tillegg til UNN er disse Helse Finnmark, Nordlands-sykehuset og Helgelandssykehuset.

UNN er, som navnet sier, et universitetssykehus. UNN er tilknyttet Universitetet i Tromsø og Det helsevitenskapelige fakultet der. Å være et universitetssykehus innebærer at sykehuset er delaktig i utdanningen av leger og annet helsepersonell. Leger og andre ansatte på sykehuset har undervisningsstillinger på universitetet, og studentene har praksis og veiledning på sykehuset av helsepersonell. Studentene har også praktisk undervisning på sykehuset, de har praksis der og de deltar i forskning. Alle de største norske sykehusene er universitetssykehus. Det at sykehuset er delaktig i utdanningen til leger og annet helsepersonell er fordelaktig både

for sykehuset og studentene. For studentene er det kort vei til å se ting i praksis, mens sykehuset kan være med på å forme framtidens helsepersonell.

UNN i Tromsø er lokalsykehus for Tromsø og omegn. I tillegg har sykehuset regionfunksjon og har spesialister som ikke de mindre lokalsykehusene i Helse Nord har. UNN har ca 6000 ansatte og det er flere tusen studenter som også i perioder har sitt daglige virke på sykehuset. UNN er Nord-Norges største arbeidsplass. UNN har mange ledere, mange mellomledere og en stor kjerne av fagpersonell. Organisasjonen er veldig godt egnet for å studere mellomledelse.

### **1.2.2 Organisering: Fra avdelinger til klinikker**

UNN var tidligere organisert med mange avdelinger rett under direktøren. Hver avdeling hadde en avdelingsleder som i de fleste tilfeller var en overlege. I 2007 startet styret ved UNN et prosjekt for langsiktig omstilling og utvikling av UNN (LUO-prosjektet). Bakgrunnen for dette var en driftssituasjon med misforhold mellom oppgaver og tilgjengelige ressurser. Det var et sterkt behov for å prioritere oppgaver og strømlinjeforme prosesser og ressursbruk, og utfordringene ble større og større. Styret startet opp en gjennomgang av UNNs ledelses- og organisasjonsstruktur med hensikt å kartlegge endringsbehov. Det var særlig viktig å sørge for at UNN hadde en organisasjonsstruktur som gir "et nært og dynamisk forhold mellom strategisk ledelse, styring og oppgaveløsning" (UNNs styresak 36/2007, s. 2).

En av strategiene som kom ut av prosjektarbeidet var at UNN skulle etablere en ny organisasjons- og ledelsesstruktur som skulle a) redusere avstanden mellom kjernevirksomheten og toppledelsen, b) tydeliggjøre den ledelsesmessige linjen i organisasjonen, og c) styrke medvirkningen fra ansatte og brukere.

Resultatet av dette ble at 64 avdelinger med 3 linjeledere samt 6 stabsavdelinger ble redusert til dagens 11 klinikker og 2 driftssentre. Hver klinikk fikk en klinikkjef som er direkte underlagt direktøren. Det ble sagt at "Det store antallet avdelinger gjør det vanskelig å engasjere mellomledere fra kjernevirksomheten i overordnede strategiske vurderinger, og i å ta gjensidig ansvar for overordnede prioriteringer og helhetlig økonomistyring." (UNNs styresak 55/2007, s. 4). De opprinnelige avdelingene ble sortert inn under de klinikker og

fagområder det var naturlig å plassere dem. Klinikkene er noe ulikt organisert, men det er vanlig med et avdelingsnivå under klinikkledelsen, der avdelingene ledes av avdelingsledere. Noen av avdelingslederne er de samme som tidligere før klinikkstrukturen ble innført, og disse har da fått et ledd over seg; klinikksjefen, mellom seg og direktøren.

### **1.2.3 Klinikk for kirurgi, kreft og kvinnehelse**

En av de 11 klinikkene er Klinikk for kirurgi, kreft og kvinnehelse (K3K). Klinikken ledes av klinikksjef Arthur Revhaug og har 6 underavdelinger:

- Senter for utvikling, undervisning og forskning<sup>1</sup>
- Pasienthotellet<sup>2</sup>
- Avdeling for gastroenterologisk kirurgi<sup>3</sup>
- Kreftavdelingen med stråleenhet<sup>4</sup>
- Avdeling for urologi, endokrin og brystkirurgi<sup>5</sup>
- Kvinneklubben<sup>6</sup>

Fire av avdelingene er store (<sup>3-6</sup>) og har seksjoner i alle de tre sykehusene, samt at de har regionalt ansvar i Helse Nords område.

K3Ks personale er fordelt på de tre sykehusene i Tromsø, Harstad og Narvik. Klinikken har en klinikkrådgiver som er ansatt i Tromsø, og denne jobber direkte sammen med klinikk-sjefen. Det er annet administrativt personale i tillegg ansatt ute i avdelinger og seksjoner.

I tillegg til klinikksjefen har klinikken 39 andre ledere. Disse er mellomledere, fordelt på de tre sykehusene. Mellomlederne er ikke alle på samme nivå, men kan deles inn i tre grupper; avdelingsledere, seksjonsledere og sengepost-/poliklinikkledere. Det er et hierarkisk system, og førstnevnte er høyest opp i systemet, så kommer seksjonslederne og nederst i hierarkiet er sengepost-/poliklinikklederne. Blant mellomlederne har vi fysioterapeuter, sykepleiere, jordmødre, leger og noen med administrativ bakgrunn.



### **1.3 Oppbygning av oppgaven**

Denne oppgaven er bygd opp av fem hovedkapitler. Det første kapitlet er en innledning, med presentasjon av oppgaven og problemstillingen, samt en presentasjon av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Klinikk for kirurgi, kreft og kvinnehelse. I kapittel to presenterer jeg relevant teori for oppgaven og problemstillingen min. Jeg har fokusert på Mintzberg og hans teorier om organisasjonsutforming, det profesjonelle byråkratiet, mellomledere og om lederroller. Jeg trekker også inn annen forskning gjort innenfor mellomledelse og beslutnings-takning.

I kapittel tre beskriver jeg hvilke metoder jeg har brukt. Jeg går inn på forarbeidet bl.a. med å få tilgang og innhenting av kunnskap på området. Jeg forteller også hvordan jeg gjorde datainnsamlingen. Jeg sier noe om reliabilitet, validitet og generaliserbarhet, samt at jeg gjør en etisk vurdering av studien min.

Kapittel fire er presentasjon og analyse av datamaterialet mitt. Her viser jeg til hvilke funn jeg har fått, og tolker disse i lys av teorien og trekker konklusjoner. I femte og siste kapittel avslutter jeg og oppsummerer. Jeg trekker også fram interessante muligheter for videre studier som jeg mener har kommet fram etter denne studien min på K3K.

## **Kapittel 2: Teoretisk tilnærming og studiens analytiske kategorier**

I denne delen vil jeg se på relevant tidligere teori og forskning innenfor området for min oppgave. Jeg begynner med Mintzberg og hva som kjennetegner en organisasjon av den type et sykehus er, før jeg kommer nærmere inn på beslutningstaking og ulike roller ledere kan ha.

### **2.1 Mintzberg: Organisasjonsutforming**

Ifølge Mintzberg består alle organisasjoner mer eller mindre av fem hoveddeler (Mintzberg, 1993). Disse fem er:

1. En operativ kjerne
2. En mellomledelse
3. En toppledelse
4. En teknostruktur
5. En støttestruktur

De tre første utgjør linjeorganisasjonen i en virksomhet, mens de to siste er ulike stabsfunksjoner på siden av linjestrukturen. I den operative kjernen finner alle produksjonsrelaterte aktiviteter sted, som innkjøp, salg, saksbehandling, operasjoner, pleie, osv. Mellomledelsen er neste nivå i hierarkiet. Mellomlederne er bindeleddet mellom den operative kjernen og toppledelsen i en virksomhet. De formidler informasjon oppover og nedover i organisasjonen, og har ansvar for tilsyn med, og koordinasjon og kontroll av produksjonen. Toppledelsen er toppen i hierarkiet og de som har det overordnede ansvaret i organisasjonen. Teknostrukturen er ikke en direkte del av produksjonen men er involvert i form av at det er disse personene som jobber med f.eks. utforming av planer, oppsett av rutiner, opplæring og økonomikontroll. Støttestrukturen i en organisasjon er de som ikke er en del av produksjonen i det hele tatt, men som likevel er nødvendig for at hjulene skal gå rundt, f.eks. renhold, kantine og sentralbord. Disse fem hoveddelene kan kombineres på flere ulike måter, og de ulike delene kan variere i størrelse og betydning (Mintzberg, 1993, Jacobsen og Thorsvik, 2008).

Mintzberg har definert flere ulike typer organisasjoner:

- **Entreprenørorganisasjonen** - Denne er en enkel struktur som i hovedsak består av en toppledelse og en operativ kjerne. Eks. små familiebedrifter.
- **Maskinbyråkratiet** - Et klart hierarki med lang vei mellom topp og bunn i organisasjonen. Beslutningsmyndighet ligger i stor grad hos toppledelsen, det er et sentralisert byråkrati. Eks. tradisjonelle produksjonsbedrifter, som fabrikker o.l.
- **Det profesjonelle byråkratiet** - Dette er også et hierarki, men veien mellom topp og bunn i organisasjonen er kort. Den operative kjernen har stor beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. Den operative kjernen består av profesjonelle med høyt kunnskaps- og kompetansenivå. Dette er et desentralisert byråkrati. Det er den operative kjernen som sitter på den faglige kunnskapen i forhold til hvordan arbeidsoppgavene best kan løses. Eks. sykehus.
- **Den innovative organisasjonen** - Slike virksomheter er løst organisert, og har ikke et veldig tydelig hierarki. Beslutningsmyndigheten er desentralisert, og det forventes at de ansatte tar initiativ og er kreative. Eks. innen forskning og utvikling.
- **Den divisjonaliserte organisasjonen** - Flere divisjoner i en stor organisasjon. Disse divisjonene er nærmest for egne virksomheter å regne. Dette kalles også konsernstruktur i Norge.

## 2.2 Det profesjonelle byråkrati

Det profesjonelle byråkrati er et desentralisert byråkrati, som kjennetegnes ved at beslutningsmyndighet er delegert ned til de ansatte i faglige spørsmål. De ansatte kan gis denne myndigheten og handlefriheten fordi de ses på som profesjonelle som har kunnskaper og ferdigheter nødvendig for utførelsen av oppgavene. Det profesjonelle byråkratiet har også fokus på å standardisere oppgaveløsningen. Dette skaper forutsigbarhet som er et viktig hovedpoeng i det profesjonelle byråkrati. Sykehus og høyere utdanningsinstitusjoner er de beste eksemplene på profesjonelle byråkratier (Jacobsen og Thorsvik, 2008).

Fordeler ved en slik organisering er at delegering av beslutningsmyndighet sikrer faglig godt arbeid, og raskere problemløsning og saksbehandling. Velkjente ulemper er at det kan lett oppstå rivalisering og konflikter mellom ulike faggrupper, som skaper samarbeids- og

styringsproblemer. Vektleggingen av kompetanse gjennom utdanning kan hindre utnyttelse av ansattes realkompetanse (f.eks. striden mellom leger, sykepleiere og hjelpepleiere). Det kan i tillegg være vanskelig å drive økonomistyring, fordi fagpersonell vil ha det faglig viktige i fokus i stedet for økonomi. (Jacobsen og Thorsvik, 2008).

Det at den operative kjerne består av høyt utdannede folk, som for eksempel leger, gir dem stor makt. De har potensial for å utøve et stort press på ledelsen, og det blir nødvendig for ledelsen å ta dem med på råd. Dersom den høyt kompetente kjernen ikke får være med å ta og påvirke beslutninger, kan ledelsen risikere at beslutninger uten støtte i kjernen vil bli ignorert og trenert. Dette presset fra den operative kjernen møtes først og fremst av mellomledelsen. Det er ikke lett å lede en gruppe høyt utdannede personer, som har sine egne klare, gode formeninger om hva som er de rette beslutningene. Leger vil f.eks. ha fokus på pasientene, mens ledelsen er også nødt til å ha et økonomisk og administrativt fokus. Medisinsk personell har best kunnskap på sine fagfelt, og det er derfor naturlig at de har mye de skulle ha sagt i en slik organisasjon. Det er en kjent rivalisering mellom fag og økonomi i sykehus.

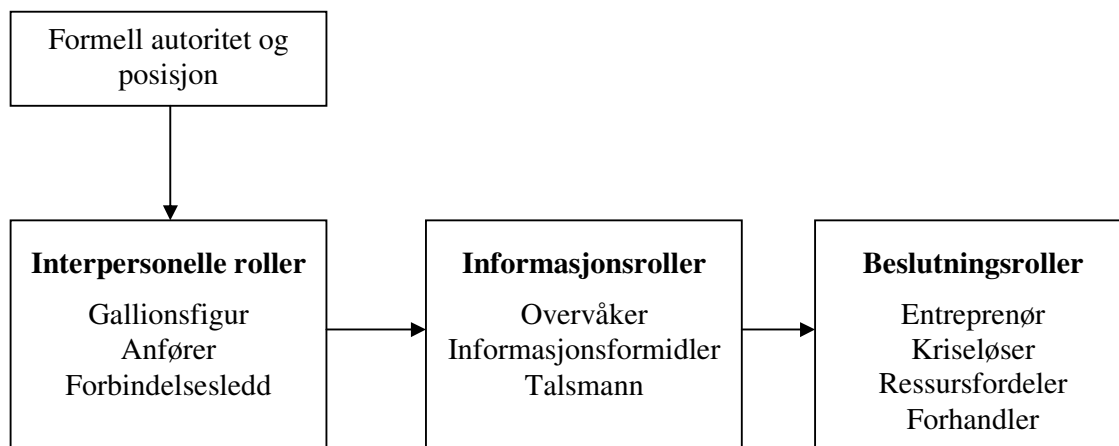
### **2.3 Mellomlederen, lederroller og beslutningstaking**

Perspektivet om mellomledelse bygger på klassisk organisasjonsteori. Grunntanken i mye forskning som er gjort om mellomledelse er Mintzbergs teori om det profesjonelle byråkrati. I alle organisasjoner har vi to nivåer, et strategisk nivå og et operativt nivå. På et sykehus vil det strategiske nivået bestå av den sentrale ledelse og administrasjonen, mens det operative nivået består av den daglige operative kjernevirksomheten på de enkelte avdelinger. Mellom disse to nivåene har vi et gap, som fylles av mellomlederne. Det er mellomlederen som er bindeleddet mellom topp og bunn i organisasjonen. Mellomlederen koordinerer og planlegger den daglige operative virksomheten i en avdeling. I tillegg er vedkommende megler mellom de to nivåene topp og bunn i organisasjonen. Dette plasserer mellomlederen i en til tider, for ikke å si daglig vanskelig posisjon. Mellomlederen må forholde seg til forskjellige interesser og ønsker på de to ulike nivåene. Vedkommende må være lojal mot toppledelsen og føre deres ønsker og beslutninger videre ned i organisasjonen, selv om han eller hun ikke er enig. Forekomsten av rollekonflikt og rolleklarhet er ikke uvanlig blant mellomledere. (Paulsen, 2008, 2009).

Mellomledernes betydning har vært sterkt undervurdert og har fått lite oppmerksomhet. Fokus innen ledelse har stort sett vært på topplederne. Forskning viser derimot at mellomlederen er viktig for endring, tilpasning og utvikling i organisasjoner, også i helsevesenet. Paulsen m.fl. er av den oppfatning at topplederne har fått for mye oppmerksomhet, og at det er mellomlederne som er de som får iverksatt ting i organisasjoner. Ledelsesstudier fra sykehus viser at mellomledere har større innflytelse enn topplederne, og er "dynamoen" i teamet. Det gjelder både innen beslutningstaking og i forhold til det å være proaktiv i endringsprosesser. Mellomlederne har større innflytelse enn man tidligere var klar over, viser nyere forskning. (Paulsen, 2008, 2009). Det er vist at mellomledere har store ytre kontaktnett og at de har mulighet til å påvirke beslutningsprosesser i toppledergruppen, pga. at de gjennom sin stilling har tilgang til mye viktig informasjon.

Ledere kan ha ulike roller. Innenfor teorier om lederroller kartlegger man oppgaver ledere må og bør utføre. Disse rolleteoriene knyttes sterkt sammen med lederposisjoner. Lederroller kan sies å bestå av to ting; lederens atferdsmønster for å utføre sine forpliktelser og de ansattes forventninger til lederen.

Mintzberg er en av de som har klassifisert en leders ulike roller, og hans klassifiseringer har fått stor gjennomslagskraft. Utgangspunktet for Mintzberg er lederens formelle autoritet og status (posisjon) i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2008). De tre hovedkategoriene er interpersonelle roller, informasjonsroller og beslutningsroller, og de utledes i denne rekkefølgen. Figuren under illustrerer sammenhengen mellom den formelle autoritet og posisjon, og de tre rolletypene leder i en organisasjon kan ha.



Disse ti rollene utgjør et sammenhengende sett av roller, der noen er forutsetninger for andre. Ledere vil bruke disse rollene i varierende grad, og noen mer enn andre. Dette henger sammen med lederens personlighet og med typen organisasjon lederen er en del av.

Interpersonelle roller er, som det ligger i ordet, roller der det handler om samhandling og kontakt med andre mennesker. Informasjonsroller er bunnet i en leders tilgang på informasjon, hvordan vedkommende behandler denne informasjonen; muligheten for å bringe denne videre eller ikke. Beslutningsroller er roller der lederen har mulighet for å ta og til å påvirke beslutninger (Jacobsen og Thorsvik, 2008).

Jeg har valgt ut fire roller som jeg anser som de mest relevante i studien min. Disse er den interpersonelle rollen "anfører", informasjonsrollen "informasjonsformidler" samt beslutningsrollene "kriseløser" og "ressursfordeler". Grunnen til at jeg har valgt ut disse fire rollene spesifikt, er basert på egen erfaring fra å jobbe i et sykehus. Jeg ønsket å ta en eller flere roller fra hver av Mintzbergs tre rollegrupper for å se om lederne på K3K utøver noen av disse rollene, og om det var noen som i særlig grad skilte seg ut. De fire rollene jeg til slutt valgte å gå videre med ble som følger:

**Anføreren** (interpersonell rolle) er en rolle som er knyttet til rekruttering og opplæring, til å inspirere og motivere de ansatte, gi retningslinjer og tilrettelegge arbeidsforholdene - både i den ansattes og organisasjonens interesse. Organisasjonen skal fungere som en enhet, som sammen jobber mot et mål.

**Informasjonsformidler** (informasjonsrolle) er en rolle der lederen har stor innflytelse gjennom sin tilgang på kunnskap om og fra alle deler av organisasjonen. Lederen er en generalist som vet noe om alt, men som ikke er spesialist på noe område. Spesialistene er de faglig ansatte i den operative kjernen. Denne kunnskapen gir lederne en viktig posisjon som informasjonsformidler.

**Kriseløser** (beslutningsrolle) er en rolle der lederen håndterer kriser som trenger en løsning, for eksempel konflikter mellom ansatte.

**Ressursfordeler** (beslutningsrolle) er en rolle der lederen tar kontroll over ressurser som personell, penger, tid, materiell og utstyr, og bestemmer hvordan disse skal brukes og

fordeles. Gjennom dette kan lederen utvikle strategier og prioritere mellom ulike satsningsområder; hva skal gjøres, hvordan, når og av hvem.

Paulsen bruker begrepet handlingsrom i forhold til mellomlederens beslutningsmyndighet. Disse handlingsrom henger sammen med Mintzbergs lederroller, og er videreutviklet fra hans teorier. Paulsen snakker om mellomleders fire forskjellige handlingsrom i forbindelse med beslutnings- og påvirkningsmyndighet, og illustrerer det med fire metaforer. De fire handlingsrommene eller rollene en mellomleder har er:

- **Advokat:** Mellomleder er og opptrer som fagspesialist og representant (advokat) for sin avdeling og eget fagfelt i møte med ledelsen. Her har han eller hun mulighet for å utøve innflytelse på og påvirke beslutninger gjennom å ta initiativ og komme med forslag. Dog må mellomlederen også ta med seg og være talsmann for beslutninger han eller hun ikke er enig i, når han kommer tilbake til egen avdeling.
- **Megler:** Mellomlederens rolle for lokal innflytelse på avdelingen sin. Vedkommende skal støtte sine ansatte, holde dem informert, dele erfaringer, støtte teamarbeid og jobbe med å bygge en felles visjon for avdelingen.
- **Koordinator:** Mellomlederens rolle for lokal innflytelse gjennom planlegging, medarbeidersamtaler, møteledelse og oppfølging.
- **Liaison:** Mellomlederen er her en kontaktperson med ytre miljøer og nettverk. En liaison har fri adgang til og kan kommunisere med forskjellige grupper i organisasjonen, og på utsiden av organisasjonen. For å lykkes her kreves det tillit blant dem man har kontakt med, men lykkes man har man et stort fortrinn pga. mengden informasjon man har tilgang til.

Disse fire handlingsrommene er mellomlederens kommunikasjons- og innflytelseskanaler. Mellomlederen har mulighet til å påvirke både oppover og nedover i organisasjonen. Paulsen poengterer at det er viktig at muligheten utnyttes, fordi et handlingsrom er et potensial, en mulighet for å utøve ledelse. Mellomlederne har en unik posisjon, som mellomledd mellom nivåene i sykehuset. De har en unik posisjon som gjør at de kan binde sammen inntrykk, kunnskap og ideer fra hele sykehuset. Men dette er ikke alltid en enkel posisjon å stå i.

Jeg valgte å gå for Mintzbergs opprinnelige inndeling i roller i min oppgave, da jeg synes de er enklere å skjønne enn Paulsens inndeling i de fire handlingsrommetaforer.

Mellomledere har et stort press på seg med skiftende forventninger og stress i forbindelse med de ulike rollene vedkommende står i. Man kan si at mellomledere står i kontinuerlig press mellom toppledelsens beslutninger og forståelse for medarbeidernes hverdag, mellom fokus på utøvende lederskap og på operativt arbeid, mellom fellesskap både på toppen og blant medarbeiderne og mellom ulike prioriteringer de forskjellige nivåene har. (Andsem).

Forskning har vist at anerkjennelse for det man gjør og den man er, er en av de viktigste tingene for å skape motiverte ansatte. I dette blir mange mellomledere glemt, eller de forventes av toppledelsen å være selvgående. Mange mellomledere rekrutteres blant dyktige medarbeidere, uten at de har noen lederkompetanse. For den enkelte i rollen som beslutningstaker er det viktig med kompetanse, trygghet og følelse av mestring i rollen som leder og beslutningstaker. Mellomledere trenger å bli involvert og tatt med på råd av topplederne. For mellomlederen forenkler dette utøvelsen av oppgaver, forståelsen for sammenhenger og følelsen av eierskap til beslutninger. Som mellomleder kan det være vanskelig å vite hvor man skal hente støtte. Toppledere har en ledergruppe de er en del av, mens mellomledere ofte står for seg selv.

## **2.4 Oppsummering og mine analytiske kategorier**

For å forstå mellomlederne og deres situasjon på K3K-klinikken vil jeg bruke Mintzbergs teori om det profesjonelle byråkrati for å se på hva slags organisasjon et sykehus er, og se om beskrivelsen av det profesjonelle byråkratiet passer på UNN og denne klinikken. Jeg ønsker også å se om mellomlederne gjennom deres svar, kan forstås som å utøve noen av Mintzbergs roller. Rollene kan også ses sammen med beslutningsmyndighet og områdene for beslutningsmyndighet. Jeg vil sjekke om Paulsens funn angående beslutningsmyndighet vil gjenspeile seg i mine. Jeg vil stille spørsmål angående grad av beslutningsmyndighet og sjekke om denne graden er ulik på ulike områder som mellomlederne jobber på. Det er tidligere ikke forsket så mye på mellomledere, men ny forskning viser at mellomledere i profesjonelle byråkrati har stor makt og stor beslutningsmyndighet. Dette ønsker jeg å se om stemmer for K3K på UNN også.



## **Kapittel 3: Metodisk tilnærming**

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvilket datamateriale jeg har gjort bruk av og hvorfor, hvordan jeg fikk tilgang og hvordan det er samlet inn, samt drøfte kvaliteten på materialet.

### **3.1 Tilgang til en studie ved en klinikk på UNN**

Etter at jeg hadde bestemt meg for at jeg ønsket å skrive om mellomledelse på sykehuset, tok jeg kontakt med ledelsen på UNN i Tromsø for å få deres tillatelse til prosjektet. Fra direktør Tor Ingebrigtsen og HR-sjef Elin Anita Nilsen kom jeg i kontakt med avdelingen HR-utvikling ved avdelingsleder Roar Skare og rådgiver Ole-Martin Andersen. Jeg hadde et par møter med dem, der vi snakket om hva jeg hadde lyst til å gjøre og hva de kunne tenke seg å finne ut mer om. Skare og Andersen så for seg at klinikken K3K kunne passe godt til mitt prosjekt, og Skare tok kontakt med klinikkssjef Arthur Revhaug, på mine vegne. Prosjektet mitt ble godkjent og jeg fikk klinikkrådgiver Ingrid Lernes Mathiassen som min kontaktperson i klinikken.

### **3.2 En deskriptiv studie basert på spørreskjema**

Min studie er en deskriptiv studie av mellomlederrollen der jeg valgte å gjøre en spørreskjemaundersøkelse for å få svar fra flest mulig. Når jeg valgte en deskriptiv studie har det å gjøre med rammen for en erfaringsbasert oppgave. Slik jeg ser det er den for liten for både en deskriptiv og en forklarende problemstilling. I utgangspunktet planla jeg en forklarende studie og la opp til det, men valgte å gå bort fra det. Jeg har en del flere spørsmål i undersøkelsen min, enn jeg har brukt i oppgaven. Disse spørsmålene dreier seg i hovedsak om jobbtilfredshet.

Bakgrunnen for mitt valg av spørreskjema er at jeg ønsket å gå i bredden, heller enn i dybden, og slik få muligheten til å generalisere. Spørreskjemaundersøkelser med et representativt utvalg og god svarprosent gir nettopp den høye eksterne gyldighet jeg ønsket. Det hadde for eksempel blitt for tidkrevende å intervjuer det antallet personer, i utgangspunktet alle mellomlederne ved klinikken, jeg ønsket å få svar fra. Derfor ble det enklest og mest

hensiktsmessig å bruke kvantitativ metode (Jacobsen, 2005). Bruk av spørreskjema gjør det også lettere å standardisere og kategorisere svarene enn ved for eksempel intervju.

Jeg utformet først et vanlig spørreskjema, som jeg så overførte til programmet QuestBack. Dette er et elektronisk verktøy som er mye brukt i dag for å samle inn svar fra større og mindre grupper, og det er laget for dette formålet. Å bruke dette programmet forenkler innsamlingen av data, samtidig som det gjør svarprosessen for respondentene enklere. Jeg så dessuten for meg at det kunne sikre en høy svarprosent. I tillegg var det praktisk siden jeg hadde tilgang til programmet gjennom min jobb.

Jeg sendte ut per e-post en QuestBack-undersøkelse med 50 spørsmål til alle de 39 mellomlederne ved klinikken, og etter to purringer og tre uker hadde jeg fått svar fra 30 personer. Dette gir en svarprosent på 77 %, som anses som meget bra i samfunnsvitenskapelige fag (Jacobsen, 2005).

Ulemper ved spørreskjemaundersøkelser er at det er vanskelig å gå i dybden på ting. Det er enkle forhold som måles, og dette kan gi et overfladisk preg (Jacobsen, 2005). Jacobsen sier at når man har en kombinasjon av en klar problemstilling og god forhåndskunnskap på området det skal forskes på, så egner kvantitative metoder seg best. Slik var det for meg.

### **3.3 Reliabilitet, validitet og representativitet**

Reliabilitet handler om hvor nøyaktig man er i sine målinger, og hvor pålitelig et resultat er. God reliabilitet vil være om man ved å måle det samme flere ganger får samme resultat, forutsatt at premissene og forutsetningene er de samme hver gang. For å få høy reliabilitet bør det ikke være rom for misforståelser i en undersøkelse, respondentene må skjønne spørsmålene og svaralternativene. Pretesting er en måte å sikre bedre reliabilitet på.

Jeg brukte spørreskjema i undersøkelsen min. Det var 50 spørsmål, og alle spørsmålene hadde et visst antall alternativer for svar. Spørsmålene mine var enkle, med enkle graderte svaralternativer. Alle respondenter fikk nøyaktig det samme spørreskjemaet. Spørreskjemaet ble på forhånd testet ut av klinikkrådgiver og klinikkssjef, for å sikre at jeg stilte relevante spørsmål og at det ikke var rom for misforståelser. Jeg gjorde endringer etter deres råd. Jeg

fikk også presentere prosjektet mitt i K3Ks ledergruppe i forkant av utsendelsen av undersøkelsen. Jeg mener at risikoen for misforståelser var liten, og at jeg har vært veldig nøyaktig i utformingen av undersøkelsen.

Jeg har gjennom prosjektet hatt flere møter med klinikkrådgiver Mathiassen der vi har diskutert gangen videre, og hun har i startfasen lest gjennom ting for meg. Jeg har også i perioden hatt noen møter med Ole-Martin Andersen fra UNNs HR-utviklingsavdeling, der jeg har fått hjelp til utvikling av spørreskjema bl.a. Andersen tipset meg også om litteratur og tekster som var nyttig for meg å lese. Dette gjelder diverse UNN-tekster, som styrets sakstekster fra omorganiseringsprosjektet da klinikkstrukturen ble dannet, diverse tekster rundt klinikkdannelsen, en medarbeiderundersøkelse fra Helse Sør-Øst m.m. Disse tekstene var veldig nyttig for å forstå både den tidligere og den nåværende organisasjonen, selve omstillingsprosessen, og hvordan klinikken "min" er dannet og organisert.

Jeg har selv til sammen jobbet ca 6 år ved ulike avdelinger og i ulike stillinger ved UNN. Jeg har god kjennskap til sykehuset og hvordan det drives, og hvordan både sykehuset og helsevesenet generelt er organisert. Jeg jobbet selv på UNN som førstelinjeleder på det tidspunkt da denne studien ble påbegynt, og mellomledelsens arbeidsvilkår der fanget min interesse. (Min egen erfaring er fra en serviceavdeling, og ikke en klinikk.)

Jeg fikk på en grei måte belyst problemstillingen jeg ville undersøke, og jeg mener dataene jeg har fått inn er veldig relevante for problemstillingen samt at de er enkle og pålitelige. Jeg mener det er grunn til å tro at en annen ville fått de samme funn som meg. På denne bakgrunn mener jeg at reliabiliteten er god.

Validitet kan man si er om man faktisk måler det man skulle måle eller undersøke. Dataene man får inn må være relevante for det man skal finne noe ut om. Det jeg skulle undersøke var grad av beslutningsmyndighet, områder for beslutningsmyndighet samt Mintzbergs roller. For å kartlegge grad av beslutningsmyndighet har jeg stilt spørsmål direkte om hvordan de føler at beslutningsmyndigheten deres er, spørsmål om de blir tatt med på råd, samt grad av autonomi, kontroll og hvordan beslutninger mottas. For å se om beslutningsmyndigheten var ulik på forskjellige områder, stilte jeg spørsmål om grad av beslutningsmyndighet på diverse områder, som økonomi, personalstyring, informasjonsstyring bl.a. Når det gjelder Mintzbergs roller har

jeg stilt spørsmål innenfor ulike typer arbeidsoppgaver som kjennetegner de ulike rollene, som gjelder i hvilken grad mellomlederen har disse oppgavene, eller ikke, og i hvilken grad.

Jeg mener at spørsmålene er veldig relevante for det jeg ville undersøke, og mener å ha fått et godt og relevant datagrunnlag å jobbe med. Jeg kunne sikkert hatt flere spørsmål på hvert område for å sikre meg at funnene ble enda mer pålitelige og gyldige, men det var en balansegang mellom dette, og det å ikke lage en for lang undersøkelse som ville få svarprosenten til å bli lav. Omfanget av denne undersøkelsen og oppgaven gjør det vanskelig å gå for dypt inn i materialet. Jeg mener likevel at jeg har fått en god bredde av svar innenfor hver kategori, som gjør at funnene er gyldige. Det jeg har fått svar på er det jeg ønsket å finne ut mer om.

Jeg vurderte på et tidlig stadium i studien å gjennomføre noen tilleggsintervjuer i etterkant av spørreskjemaundersøkelsen, men gikk bort fra det. Studiens omfang tatt i betraktning mener jeg at jeg har fått inn et solid datamateriale, som jeg på ikke føler behov for å utdype nå.

På denne bakgrunn mener jeg at studiens validitet også er god. Den kunne dog vært bedre om jeg hadde supplert med kvalitative intervjuer. Det er ikke uvanlig at kvantitative undersøkelser har høy reliabilitet og lavere validitet. Jeg mener at validiteten i min studie er god nok, selv om den kunne vært høyere om jeg hadde supplert med andre metoder.

Generaliserbarhet vil si om funnene fra en undersøkelse og et utvalg kan generaliseres til andre organisasjoner, populasjoner o.l. For å kunne generalisere er det et poeng med god reliabilitet og validitet.

Svarprosenten og interessen for studien min har vært høy blant ledere og mellomledere i klinikken jeg brukte. I forhold til generaliserbarhet så er det positivt at svarprosenten i undersøkelsen er høy. Det er sannsynlig at en tilsvarende undersøkelse i en annen klinikk på sykehuset ville få samme resultat. Noe variasjon kan det bli, bl.a. på grunn av at leder er en annen og ulike ledere har ulik lederstil.

Et sykehus er et typisk profesjonelt byråkrati, og det er sannsynlig at vi også kan generalisere til andre organisasjoner som drives og organiseres på denne måten. Andre organisasjoner med en liten toppledelse og en stor operativ kjerne med en gruppe mellomledere i midten, vil trolig

kunne få tilsvarende funn som de jeg har gjort. Funn kan forklares ut fra hvordan en organisasjon er bygd opp, hvem som har makt osv.

Om funnene kan generaliseres utover sykehusmiljø mener jeg det trengs ytterligere studier for å fastslå. Mest nærliggende er det å tro at andre organisasjoner som kan ses på som profesjonelle byråkratier, vil kunne komme med de samme funnene. Paulsens funn peker i samme retning, og hans studier er gjort i skoler.

### **3.4 Etiske vurderinger**

Etisk er det ikke knyttet noen problemer til studien. Gjennom bruk av QuestBack-programmet sikres respondentene anonymitet, og jeg har ingen mulighet for å finne ut hvem som er hvem. Jeg har ikke i egen jobb på UNN hatt noe med K3K-klinikken å gjøre, og kjenner ikke og vet ikke hvem noen av respondentene er. Respondentene er ytterligere trygge på sin anonymitet siden jeg er ukjent med dem og klinikken fra før. Besvarelsene blir liggende i QuestBack, men kan slettes derfra. Dette vil bli gjort. Respondentene ble informert om undersøkelsen på forhånd, og det var frivillig å delta. Undersøkelsens tema og problemstilling var åpent tilgjengelig for respondentene, og ingenting var holdt skjult. Gjennom å svare på undersøkelsen, samtykker man også til deltakelsen i studien.

### **3.5 Studiens demografiske variabler**

For å finne nærmere ut av hvem disse personene som er mellomledere på sykehusklinikken er, stilte jeg en del spørsmål rundt personlige forhold, utdannelse, stillingstype bl.a.

**I kartleggingen av de demografiske forhold stilte jeg følgende spørsmål:**

1. Alder
2. Kjønn
3. Grunnutdanning
4. Har du tilleggsutdanning i ledelse?
5. Hvis ja, hva slags?
6. Hvilket stillingsnivå har du i klinikken?
7. Hvor mange år har du jobbet som leder?

8. Hvor mange av disse har du jobbet på UNN?
9. Har du noen ansatte under deg som du har direkte personalansvar for?
10. Hvis ja, hvor mange ansatte og hva slags personell?
11. Har du noe administrativt støttepersonell?
12. Hvis ja, hvor mange ansatte og hva slags stillinger?

Hovedvekten av respondentene er mellom 40 og 59 år, og de er kvinner. De fleste er sykepleiere av grunnutdanning, og de har videreutdanning i ledelse. Stillingsnivå i klinikken varierer, det er flest på det laveste nivået og færrest på det høyeste nivået, noe som også er helt naturlig siden man har færre ledere jo høyere opp i hierarkiet man kommer. Flertallet har vært leder i 6 år eller mer, og de har sin ledererfaring fra UNN. Det er naturlig at de har sin erfaring fra sykehus, i og med at de fleste respondentene har helsefaglig utdanning. De fleste mellomlederne har ansatte under seg som de har personalansvar for. Dette er både annet helsepersonell og kontorfaglig personell. Omtrent halvparten har administrativt støttepersonell. I noen grad er dette underordnet helsepersonell, mens det også er kontoransatte.

## Kapittel 4: Presentasjon og drøfting av funn

I dette kapitlet presenteres og drøftes mine funn fra spørreskjemaundersøkelsen. Funnene settes i sammenheng med tidligere teorier og studier av mellomledere i profesjonelle byråkratier. Jeg starter med mellomlederens posisjon i press mellom topp og bunn i organisasjonen. Deretter følger grad av beslutningsmyndighet, først generelt og så hvilke områder mellomlederne opplever å ha beslutningsmyndighet på. Til slutt ser jeg på hvilke av de fire utvalgte av Mintzbergs lederroller de inntar i jobben sin.

### 4.1 Mellomlederne i press

Forskningen sier at det å være mellomleder er å stå i et konstant press mellom toppledelsen og den operative kjerne av ansatte. Disse to gruppene vil til tider forskjellige ting og har forskjellig fokus og syn på hva som er viktigst. Mellomlederne skal stå mellom disse gruppene og "megle". De må tale toppledelsen sak videre nedover i organisasjonen, og er de som får føle kjernens misnøye når den kommer. Jeg lurte på hvordan mellomlederne på K3K føler dette presset.

#### Vedrørende kartlegging av press stilte jeg følgende spørsmål:

- Toppledelsen og de ansatte er to grupper som gjerne har ulike ønsker og prioriteringer. Som mellomleder står du mellom disse to. Hvordan opplever du denne posisjonen?

#### Svarene fordelte seg som følger:

26. Toppledelsen og de ansatte er to grupper som gjerne har ulike ønsker og prioriteringer.

Som mellomleder står du mellom disse to. Hvordan opplever du denne posisjonen?

	antall	prosent
Jeg føler meg veldig presset og trukket i forskjellige retninger	3	10 %
Jeg føler noe press og sliter med det	2	6,7 %
Jeg føler noe press men det går stort sett greit	20	66,7 %
Det fungerer veldig bra	5	16,7 %

Hele 83,3 % merker press i større eller mindre grad, mens 16,7 % ikke føler seg presset. Av de som merker press ser vi at flertallet, dvs. to tredjedeler, føler noe press men at de takler det greit. 6,7 % føler også noe press, mens de sliter mer med det. 10 % føler seg veldig presset.

Vi ser altså at mellomlederne på K3K merker press, men at det ikke er i en slik grad at det plager dem nevneverdig. De klarer å takle det fint. Teorien om at mellomlederne står i en veldig presset situasjon passer ikke for K3K-mellomlederne. Det kan tyde på at konfliktnivået på K3K ikke er veldig stort. Noe av forklaringen henger nok sammen med andre funn i undersøkelsen, disse presenteres i det videre her.

## **4.2 Mellomledernes grad av beslutningsmyndighet**

Nyere forskning har vist at mellomledere har større makt og innflytelse enn man tidligere trodde. Paulsen har forsket i skoler, men det er også gjort noe forskning fra sykehusmiljø. Jeg ville sjekke hvordan graden av beslutningsmyndighet var for mellomledere på en klinikk på sykehuset UNN.

### **4.2.1 Grad av beslutningsmyndighet generelt**

I dette avsnittet ser jeg på den generelle graden av beslutningsmyndighet.

**Vedrørende kartlegging av grad av beslutningsmyndighet stilte jeg følgende spørsmål:**

- I hvilken grad vil du si du har myndighet til å fatte selvstendige beslutninger?
- Kan du selv styre din arbeidsdag (alternativt: noen andre styrer din dag)?
- Når du ikke har beslutningsmyndighet; blir du tatt med på råd og får si din mening?
- I hvilken grad føler du at du blir kontrollert av leder over deg?
- Hvordan blir beslutningene dine mottatt av din leder?
- Hvordan blir beslutningene dine mottatt av dine ansatte?



## Svarene på de ulike spørsmålene fordelte seg som følger:

13. I hvilken grad vil du si du har myndighet til å fatte selvstendige beslutninger?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Jeg fatter stort sett kun beslutninger på egen hånd	3	10 %
Jeg fatter i noen grad egne beslutninger	24	80 %
Jeg fatter i liten grad selvstendige beslutninger	3	10 %

Vi ser her at flertallet av mellomlederne i noen grad fatter egne beslutninger, hele 80 % gjør det. 10 % kan fatte beslutninger på egen hånd. Dette sier oss at mellomlederne på K3K har en stor grad av beslutningsmyndighet.

20. Kan du selv styre din arbeidsdag (alternativt: noen andre styrer din dag)?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Ja	14	46,7 %
Nei	4	13,3 %
Delvis	12	40 %

46,7 % av mellomlederne styrer selv sin egen arbeidsdag, mens ytterligere 40 % delvis styrer dagen sin selv. Til sammen blir det 86,7 % som helt eller delvis kan styre sin arbeidsdag selv. Dette sier oss at mellomlederne på K3K har en høy grad av kontroll og autonomi i sin jobb.

21. Når du ikke har beslutningsmyndighet; blir du tatt med på råd og får si din mening?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Leder spør nesten alltid om min mening	10	33,3 %
Jeg får ofte være med på råd	14	46,7 %
Jeg er i noen tilfeller med på råd	5	16,7 %
Leder spør nesten aldri om min mening	1	3,3 %

Når mellomlederne ikke kan fatte egne beslutninger så er det mange som blir spurt om sin mening av leder over seg. 33,3 % blir alltid spurt, 46,7 % blir ofte spurt og 16,7 % blir noen ganger spurt. Det er kun en person som ikke blir tatt med på råd. At til sammen 80 % alltid eller ofte er med i beslutningsprosessen sier oss at mellomlederne har mye de skulle ha sagt i klinikken, og at leder ser på deres meninger som interessante og viktige.

22. I hvilken grad føler du at du blir kontrollert av leder over deg?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Jeg føler meg veldig kontrollert	2	6,7 %
Jeg kontrolleres i noen grad	15	50 %
Jeg kontrolleres i liten grad	13	43,3 %

Omtrent halvparten føler seg lite kontrollert, mens halvparten mener at de kontrolleres i noen grad. To av mellomlederne føler seg veldig kontrollert.

23. Hvordan blir beslutningene dine mottatt av din leder?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Mine beslutninger støttes som regel av min leder	20	66,7 %
Min leder støtter meg noen ganger og andre ganger ikke	9	30 %
Min leder er lite støttende	1	3,3 %

To tredjedeler av mellomlederne støttes av sin leder i sine beslutninger, mens 30 % får støtte noen ganger og noen ganger ikke. Kun en person føler seg lite støttet av leder. Det at to tredjedeler som regel støttes av sin leder er positivt. Mellomledelsen har tydeligvis en høy kompetanse og kan trygt ha ansvar.

24. Hvordan blir beslutningene dine mottatt av dine ansatte?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Mine ansatte respekterer og følger opp mine beslutninger	21	70 %
Mine ansattes respons er varierende	9	30 %
Mine ansatte er lite støttende	0	0 %

Mellomledernes støtte hos sine ansatte varierer. Hele 70 % føler seg alltid støttet, mens 30 % føler at støtten er varierende. Ingen føler at de ansatte er lite støttende.

### **Grad av beslutningsmyndighet - generelt**

De færreste mellomlederne fatter kun beslutninger på egen hånd, men de fleste sier at de i noen grad gjør det. Et mindretall fatter i liten grad egne beslutninger. Nesten halvparten av mellomlederne kan styre sin egen arbeidsdag, og blir ikke styrt. Ei litt mindre gruppe styrer dagen sin delvis selv, mens 4 personer har svart at de ikke kan styre sin egen arbeidsdag. En tredjedel av mellomlederne blir alltid tatt med på råd av sin leder, der mellomleder selv ikke har beslutningsmyndighet. Totalt 80 % av dem blir alltid eller ofte tatt med på råd. 6 personer har svart at de i noen tilfeller eller aldri får være med på råd. Når det gjelder grad av kontroll

fra leder, sier kun 2 personer at de føler seg veldig kontrollert. Halvparten av respondentene kontrolleres i noen grad, mens i underkant av halvparten kontrolleres i liten grad. To tredjedeler av mellomlederne sier at deres leder som regel støtter deres beslutninger. I underkant av en tredjedel sier at de støttes noen ganger, mens 1 person har svart at leder er lite støttende. På spørsmål om de ansatte er støttende, sier 70 % at det er de, mens resten sier at responsen fra de ansatte er varierende. Ingen har svart at de ansatte er lite støttende.

Mitt inntrykk er at mellomlederne stort sett er fornøyd med egen grad av beslutningsmyndighet. Det er noen som kan fatte helt egne beslutninger, mens de fleste er deltakende i beslutningstakingen. Styring av egen arbeidsdag er felter der gruppa er delt mellom å styre dette helt selv, og delvis styre det selv. De fleste føler seg kun kontrollert i en viss grad, og de fleste støttes av sin leder i arbeidet sitt, og likeså sine ansatte.

Resultatene viser at mellomlederne stort sett er delaktig i beslutningstaking, og i noen grad kan fatte egne beslutninger. K3K-klinikken har tre stillingsnivåer, og at noen i høyere grad enn andre fatter helt egne beslutninger kan ses på som naturlig i forhold til dette. Ledere høyere oppe i hierarkiet kan naturlig nok fatte mer egne beslutninger enn ledere lenger ned i systemet. Selv om de alle er mellomledere, er de ikke på helt samme nivå.

Vi ser her at mellomledelsen har mye makt, og dette kjenner vi igjen fra teorien om det profesjonelle byråkrati. Disse personene har høy utdannelse og er faglig sterke, og mye av makten er desentralisert fra ledelsen ned til dem, slik Mintzberg beskriver denne type organisasjon.

Vi ser at Paulsens funn av at mellomlederne har mye makt i et slikt system går igjen i mine funn fra K3K-klinikken.

#### **4.2.2 Grad av beslutningsmyndighet på områder**

Jeg lurte også på hvilke områder mellomlederne har makt og beslutningsmyndighet på, om dette var generelt, eller om de hadde ulik grad av beslutningsmyndighet på ulike områder.

**Vedrørende kartlegging av områder for beslutningsmyndighet stilte jeg følgende spørsmål:**

- Kan du fatte beslutninger som berører økonomi?
- Kan du ta avgjørelser i forbindelse med rekruttering av nytt personale?
- Kan du disponere personalet som du synes passer best?
- Kan du ordne opp i konflikter blant personalet på egen hånd?
- Kan du selv avgjøre hva slags informasjon som skal videreformidles til de ansatte?
- Kan du ta avgjørelser alene på ditt fagfelt?

**Svarene på de ulike spørsmålene fordelte seg som følger:**

14. Kan du fatte beslutninger som berører økonomi?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Ja	11	36,7 %
Nei	10	33,3 %
Delvis	9	30 %

Vi ser at her fordeler mellomlederne seg omtrent likt over de tre svaralternativene. Litt i overkant av en tredjedel kan fatte beslutninger som berører økonomi, ca like mange kan det ikke, mens nesten like mange delvis kan det. Det er altså veldig varierende i hvilken grad mellomlederne kan ta økonomiske beslutninger.

15. Kan du ta avgjørelser i forbindelse med rekruttering av nytt personale?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Ja	15	50 %
Nei	2	6,7 %
Delvis	13	43,3 %

Her ser vi at halvparten kan ta slike avgjørelser, og at nesten halvparten delvis kan det. Kun to personer kan ikke ta avgjørelser i forbindelse med ansettelse. Vi ser at mellomlederne er delaktig i forhold til nyansettelser og at deres meninger i stor grad er avgjørende.

16. Kan du disponere personalet som du synes passer best?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Ja	23	76,7 %
Nei	1	3,3 %
Delvis	6	20 %

Over tre fjerdedeler av mellomlederne kan disponere personalet sitt slik de synes best, og av de resterende kan 20 % delvis styre dette. Kun en person har ikke slik myndighet. Mellomlederne har altså i meget høy grad disposisjonsrett over personalet i det daglige arbeidet. Dette sier oss at det er mellomlederne som styrer og koordinerer den daglige driften på egen hånd.

17. Kan du ordne opp i konflikter blant personalet på egen hånd?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Ja	22	73,3 %
Nei	0	0 %
Delvis	8	26,7 %

Vi ser at ca tre fjerdedeler av mellomlederne kan ordne opp i konflikter blant personalet på egen hånd, mens den resterende fjerdedelen delvis kan det.

18. Kan du selv avgjøre hva slags informasjon som skal videreformidles til de ansatte?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Ja	16	53,3 %
Nei	0	0 %
Delvis	14	46,7 %

Over halvparten av mellomlederne kan selv avgjøre hva slags informasjon de skal videreformidle til sine ansatte, og resten av lederne kan delvis styre dette selv. Vi ser igjen at mellomledernes mening er viktig.

19. Kan du ta avgjørelser alene på ditt fagfelt?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Ja	13	43,3 %
Nei	4	13,3 %
Delvis	13	43,3 %

Her varierer svarene litt mer. 43,3 % av mellomlederne kan ta avgjørelser alene på eget fagfelt, mens like mange bare delvis kan det. 13,3 % kan ikke ta avgjørelser alene på eget fagfelt.

### **Grad av beslutningsmyndighet på områder**

Når det gjelder på hvilke områder mellomlederne kan fatte beslutninger varierer dette en del. Økonomi er et felt der kun noen av dem kan fatte beslutninger. Når det gjelder rekruttering av nye ansatte kan de fleste helt eller delvis fatte beslutninger, mens når det gjelder disponering av personalet kan de fleste gjøre dette på egen hånd. De fleste kan også på egen hånd ordne opp i konflikter blant de ansatte. Når det gjelder videreformidling av informasjon, så kan halvparten styre dette selv, mens den andre halvparten delvis kan styre dette. Det samme gjelder på spørsmål om de kan ta avgjørelser alene på eget fagfelt. Kun fire personer svarer nei her.

Man kan tenke seg at økonomi er et område der beslutningene er veldig viktige, og derfor har ikke alle samme grad av beslutningsmyndighet på dette området. Beslutninger som har store konsekvenser er gjerne flyttet lenger opp i hierarkiet. De aktuelle mellomlederne har ulike stillinger, er på ulikt nivå i hierarkiet og har dermed ulik beslutningsmyndighet. Nyansettelser er det feltet der mellomlederne har nest minst myndighet. Dette kan også komme av at ansettelsesbeslutninger er større beslutninger, som gjerne ledere lenger opp i systemet er med på å fatte. Når det gjelder disponering og styring av personalet så har de fleste mellomlederne myndighet til å gjøre dette selv. Videreformidling av informasjon og faglige avgjørelser er felter der gruppa er delt mellom å styre dette helt selv, og delvis styre det selv.

Vi ser her at mellomlederne er tiltrodd mye ansvar og kan på mange område styre sine enheter selv. Som Paulsen sier, så kan det se ut som at det stemmer at det er mellomlederne som er "dynamoen" i systemet som får ting til å gå rundt, også på K3K på UNN, og at toppledelsen er mindre involvert. Mellomlederne har stor innflytelse, og som Paulsen sier så har de større innflytelse enn man tidligere har trodd.

### **4.2.3 Grad av beslutningsmyndighet og de lokale forhold**

Vi har sett at mellomlederne på K3K har høy grad av beslutningsmyndighet og mye ansvar. UNN er organisert i en "smal" organisasjon etter den nye omorganiseringen der klinikkstrukturen ble innført. Det er blitt flere nivåer, med færre på hvert nivå. Klinikksjefene har store klinikker de skal styre, og det synes derfor hensiktsmessig at mellomlederne har ansvar

og beslutningsmyndighet. Det ville tatt mye tid og vært uhensiktsmessig om alt av beslutningsmyndighet skulle ligge hos klinikksjefen.

UNN skal også spare penger, og da er det fornuftig at økonomisk beslutningsmyndighet ligger lenger opp i systemet, og at slike beslutninger ikke kan fattes av enhver mellomleder. Mellomlederne har sitt hovedfokus på den daglige drift og oppfølging av personalet.

### **4.3 Mellomlederne og deres lederroller**

Mintzberg har klassifisert en leders ulike roller, og hans klassifiseringer har fått stor gjennomslagskraft. Han har delt rollene inn i tre hovedgrupper; interpersonelle roller, informasjonsroller og beslutningsroller. Totalt har han 10 roller. Disse rollene vil ledere bruke i varierende grad, noen i større grad enn andre. Jeg ville undersøke hvilke roller mellomlederne på K3K havner i av de fire lederrollene til Mintzberg som jeg har valgt å fokusere på, nemlig anfører, informasjonsformidler, kriseløser og ressursformidler. Disse var i utgangspunktet roller der jeg antok mellomledere i sykehus ville passe inn i og ha en del oppgaver innenfor.

#### **Vedrørende kartlegging av roller stilte jeg følgende spørsmål:**

Dette spørsmålet er knyttet til Mintzbergs rolle "anføreren":

- Hvor mye av din tid vil du si går med til aktiviteter som rekruttering, opplæring, inspirere/motivere ansatte, gi retningslinjer og tilrettelegge arbeidsforholdene?

Dette spørsmålet er knyttet til Mintzbergs rolle "informasjonsformidleren":

- Hvor mye av din tid vil du si går med til innhente og videreformidle informasjon?

Dette spørsmålet er knyttet til Mintzbergs rolle "kriseløseren":

- Hvor mye av din tid vil du si går med til å håndtere konflikter mellom de ansatte?

Dette spørsmålet er knyttet til Mintzbergs rolle "ressursfordeleren":

- Hvor mye av din tid vil du si går med til å fordele og holde kontroll over ressurser som personell, penger, tid, materiell og utstyr?

De to siste spørsmålene går direkte på tidsbruk:

- Hva slags oppgaver føler du at du får for lite tid til?
- Hva slags oppgaver føler du at du har for mye av?

**Svarene på de ulike spørsmålene fordelt seg som følger:**

28. Hvor mye av din tid vil du si går med til aktiviteter som rekruttering, opplæring, inspirere/motivere ansatte, gi retningslinjer og tilrettelegge arbeidsforholdene?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Veldig mye	8	26,7 %
Mye	15	50 %
Noe	6	20 %
Lite	1	3,3 %
Ikke noe	0	0 %

"Anføreren": Vi ser at mye av mellomledernes tid går med til oppgaver innen denne kategorien. Over en fjerdedel sier at veldig mye av tiden går med til slike oppgaver, mens halvparten av mellomlederne sier mye tid og 20 % sier noe tid.

29. Hvor mye av din tid vil du si går med til innhente og videreformidle informasjon?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Veldig mye	1	3,3 %
Mye	10	33,3 %
Noe	15	50 %
Lite	4	13,3 %
Ikke noe	0	0 %

"Informasjonsformidleren": Vi ser at for denne rollen er oppgavene noe mindre i respondentgruppen min. Det er dog likevel en del. En tredjedel mener at det er mye tid som går med til innhenting og videreformidling av informasjon, mens halvparten mener det er noe tid.

30. Hvor mye av din tid vil du si går med til å håndtere konflikter mellom de ansatte?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Veldig mye	0	0 %
Mye	0	0 %
Noe	8	26,7 %
Lite	20	66,7 %
Ikke noe	2	6,7 %



"Kriseløseren": Her ser vi at lederne på K3K har lite oppgaver i denne kategorien. Til sammen 73,3 % sier at lite eller ikke noe av deres tid går med til konflikthåndtering. De resterende 26,7 % sier at noe av deres tid går med til dette.

31. Hvor mye av din tid vil du si går med til å fordele og holde kontroll over ressurser som personell, penger, tid, materiell og utstyr?

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Veldig mye	4	13,3 %
Mye	15	50 %
Noe	10	33,3 %
Lite	1	3,3 %
Ikke noe	0	0 %

"Ressursfordeleren": Innenfor dette området ser vi at mellomlederne på K3K bruker mye tid. 13,3 % sier de bruker veldig mye tid, 50 % sier de bruker mye tid, og 33,3 % sier de bruker noe tid.

32. Hva slags oppgaver føler du at du får for lite tid til? (kryss av så mange du vil)

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Økonomi og administrasjon	8	26,7 %
Oppfølging av personalet	23	76,7 %
Egen faglig oppdatering	20	66,7 %
Innhenting og videreformidling av informasjon	4	13,3 %
Drift	7	23,3 %
Ledelse	15	50 %
Annet, spesifiser	8	26,7 %

Vi ser her at det er veldig mye mellomlederne mener de får for lite tid til. Den største bolken er oppfølging av personalet, der 76,7 % mener de får for lite tid. Deretter kommer egen faglig oppdatering med 66,7 % og ledelse med 50 %. Ca en fjerdedel av respondentene har også krysset av for både økonomi/administrasjon og drift.

33. Hva slags oppgaver føler du at du har for mye av? (kryss av så mange du vil)

	<b>antall</b>	<b>prosent</b>
Økonomi og administrasjon	9	30 %
Oppfølging av personalet	2	6,7 %
Egen faglig oppdatering	1	3,3 %
Innhenting og videreformidling av informasjon	6	20 %
Drift	17	56,7 %
Ledelse	2	6,7 %
Annet, spesifiser	10	33,3 %

Vi ser her at når det gjelder oppgaver mellomlederne mener de har for mye av, så er det driftsoppgaver som tydelig scorer høyest. 56,7 % har svart dette. Deretter kommer økonomi og administrasjon med 30 %. Ellers er det ingen kategorier som utmerker seg.

Spørsmål 32 og 33 følger opp spørsmålene foran. Vi ser at det er oppgaver knyttet til rollene "anfører" og "ressursfordeler" som dominerer. "Informasjonsformidleren" er ikke en stor rolle for mellomlederne på K3K, og det er heller ikke "kriseløseren".

### **Lederroller og tidsbruk**

Mellomlederne føler at mye tid går med til rekruttering, opplæring inspirere/motivere ansatte, gi retningslinjer og tilrettelegging av arbeidsforhold (anførerrollen). Når det gjelder innhenting og videreformidling av informasjon, sier majoriteten av noe av tiden går med til slikt (informasjonsformidlerrollen). De bruker lite tid på konflikthåndtering blant de ansatte (kriseløserrollen), mens de bruker mye tid på fordeling og kontroll med ressurser som personell, penger, tid, materiell og utstyr (ressursfordelerrollen).

De fleste føler at de får for lite tid til oppfølging av personalet, egen faglig oppdatering og ledelse. En del føler også at de får for lite tid til økonomi og administrasjon og drift. De fleste føler at de har for mye av driftsoppgaver, mens en del mener de har for mye av oppgaver innen økonomi og administrasjon samt innhenting og videreformidling av informasjon.

Som forventet ser vi at lederne bruker tiden annerledes enn de selv ønsker i en viss grad. Sykehusledere er i stor grad helsepersonell i bunnen, noe disse i min undersøkelse også var med noen få unntak. For personer med helsefaglig bakgrunn er det vanlig å være opptatt av det faglige, det medisinske. Pasientene, og med dem det menneskelige, står i fokus. Vi ser at lederne føler de får for lite tid til personalet. For helsepersonell er fag og mennesker i fokus,

og konflikt mellom drift og økonomi. Der det ikke er tid eller midler til å tilfredsstille på alle områder, har helsepersonell generelt lagt fokus på det som for dem anses som det viktigste, nemlig helsen og velværet til mennesket. Konflikten mellom fag og økonomi i sykehusverdenen er kjent. De øverste lederne har forventninger på seg i forhold til økonomi, mens det faglige personalet i den operative kjernen legger fokus på mennesket. Disse tingene ser vi klart igjen i denne undersøkelsen min fra K3K-klinikken.

#### **4.4 Oppsummering av funn**

Respondentene sier de ikke føler press i noen stor grad, de fleste av dem. Dette kan henge sammen med at de har stor makt selv, og dermed ikke er plaget av presset, selv om de merker at det er der. De bruker mye tid på personalet, i form av tilrettelegging av arbeidet, lage retningslinjer samt motivere og inspirere. De føler også at de får for lite tid til oppfølging av personalet. Det går også med mye tid til kontroll med ressurser. Denne type driftsoppgaver synes de at de har for mye av.

Mellomlederne bruker mye tid på oppgaver innen drift, økonomi og administrasjon, og de føler at det bruker for mye tid til det, og får for lite tid til det. Dette kan tolkes som at dette ikke er en veldig ønsket eller prioritert type arbeidsoppgave. De sier samtidig at de får for lite tid til personalet og egen oppdatering.

Mellomlederne ønsker å jobbe med det som er personalrelatert, men ikke det som gjelder drift og økonomi/administrasjon. De har også sagt at de får for lite tid til ledelse. Her kommer vi inn på hva man definerer som ledelse. Lærebøker snakker om ledelse som forskjellig fra administrasjon. Slik tolker jeg også svarene til mellomlederne. De har lyst til å jobbe med ledelse, og ikke med administrasjon. Ledelse går mer på utvikling, mens administrasjon går på vedlikehold og til dels kontroll. Mange lederstillinger på UNN er egentlig administrative stillinger i sitt innhold, hvis vi ser på dem på denne måten. Jeg tror hva som forventes av lederstillingers innhold, både av innehaver og leder over vedkommende er viktig å ha klart for seg.

Teorien sier at å være mellomleder i et profesjonelt byråkrati er å stå i et konstant press mellom toppledelsen og den operative kjerne. Lederne på K3K sier at de merker dette presset

men at det ikke i stor grad påvirker dem, eller at det i nevneverdig grad plager dem. Teorien passer her kun i en viss grad på klinikken jeg har studert. Å stille et spørsmål på dette området er kanskje ikke nok, men jeg tror det stemmer at K3K-lederne ikke føler så mye press. Dette vil jeg tro har en sammenheng med at de har ganske mye beslutningsmyndighet og makt.

I forhold til Mintzbergs lederrolleteorier ser vi at blant K3Ks mellomledere er det noen av rollene som dominerer. "Anfører"-rollen som er en rolle i kategorien interpersonelle roller er en stor og viktig rolle for respondentene i min studie. Mye av deres tid går med her. Ved siden av denne rollen er det "ressursfordeler"-rollen, som hører til i kategorien beslutningsroller, som utpeker seg. De to andre rollene jeg valgte å se på i min studie, "informasjonsformidler" og "kriseløser" er roller som K3K-lederne i liten grad utøver. I noen grad har de oppgaver innenfor informasjonsformidling, mens kriseløser-oppgaver har de omtrent ikke.

Mellomlederne på K3K føler i høy grad at de har beslutningsmyndighet, både at de kan ta egne beslutninger og at de er en del av beslutningsprosesser. De har større myndighet på området som gjelder drift, personal- og ressurshåndtering, mens innenfor økonomi er det færre som har beslutningsmyndighet. Det er de færreste som sier at de ikke er med i beslutningsprosesser. Med dette kan vi egentlig trekke konklusjonen at mellomlederne på klinikken har et høyt beslutningsnivå, bortsett fra på noen få områder. De er helsefaglig utdannet og jobber i en helseinstitusjon. Dette gir dem faglig stor tyngde og med det medfølger makt.

#### **4.5 Noen siste undersøkelser**

Jeg tok et overblikk over svarene til respondentene for å se om det var noen ting som gikk igjen, og om det var noen ting som kunne forklare like svar.

Jeg la merke til at på nesten hvert spørsmål så var det en eller noen få som hadde svart det laveste, eller vi kan si det mest negative, alternativet. Jeg lurte på om det kunne ha seg sånn at det var snakk om samme person. Fantest det en meget misfornøyd ansatt på K3K? Når jeg gikk inn i datamaterialet fant jeg ut at det ikke stemte. Det var ikke på noen områder sånn at negative svar samlet seg på den eller de samme personene. De laveste alternativene var ganske godt fordelt i utvalget.

Jeg lurte også på om det ville være forskjell innad blant profesjonsgruppene. Jeg så for meg at legene kanskje hadde høyere grad av beslutningsmyndighet enn f.eks. sykepleiere og annet helsepersonell. Det jeg oppdaget var at det ikke var noen særlig forskjell. Legene får ikke mer støtte ovenifra for sine beslutninger enn de andre, de føler seg ikke mer eller mindre kontrollert, de kan ikke fatte mer selvstendige beslutninger, og blir ikke tatt mer med på råd når de ikke har beslutningsmyndighet enn andre. Det eneste jeg kan finne som går igjen er at legene omtrent aldri er blant de som svarer "nei" eller "aldri". Så de utmerker seg ikke med å ha bedre forhold enn de andre, men de ligger heller ikke nederst på lista over grad av beslutningsmyndighet. Legene er heller ikke representert på det nederste nivået blant mellomlederne. De legene som har svart er enten avdelingsledere eller seksjonsledere, ingen er sengepostledere eller poliklinikkledere.

En tredje ting jeg ville sjekke var om det var forskjell mellom kvinner og menn. Av 30 respondenter var det fem menn. Alle disse fem sier at de i noen grad fatter egne beslutninger, altså de kommer i den midterste kategorien. Ingen av dem svarer med andre ord at de i høy eller liten grad fatter egne beslutninger. Når de ikke har beslutningsmyndighet, er det stor variasjon på om de blir tatt med på råd eller ikke. Det er ingen menn som sier at de kontrolleres i høy grad, men så var det også kun to av respondentene som svarte dette. Fire av fem menn sier at deres beslutninger alltid støttes av deres leder. Jeg kan ikke se at det er noe som peker på at menn kommer bedre ut på K3K i forhold til beslutningsmyndighet.

Jeg kan ikke se at alder spiller inn på grad av beslutningsmyndighet, og faktisk heller ikke hvilken type stilling personen har. Tre personer sier de fatter beslutninger i liten grad. Felles for disse tre er at de er kvinner og sykepleiere, mens stilling og antall år som leder varierer veldig. Det er også tre personer som sier de stort sett kun fatter beslutninger på egen hånd. Felles for disse tre er at de er kvinner, mens profesjonen deres varierer på alle tre. De ligger på de to høyeste stillingsnivåene, mens antall år som leder varierer.

Min konklusjon i gjennomgang av svarene er at det ikke er noe som går igjen i forhold til hva respondentene har svart, som utdanning, stilling, alder, kjønn osv.

## Kapittel 5: Avslutning

I denne oppgaven har jeg studert i hvilken grad og på hvilke områder mellomlederne ved en klinikk på UNN opplever å ha beslutningsmyndighet, samt hvilke av et utvalg av Mintzbergs lederroller de innehar i jobben. I av forkant av studien hadde jeg gjort meg opp noen tanker om mellomlederrollen ved sykehuset. Disse var:

- For en leder vil det være viktig å ha beslutningsmyndighet, og ha muligheten til å fatte beslutninger selv og/eller være med på å fatte beslutninger. Dersom man ikke har denne muligheten som leder, så vil man neppe føle seg som en reell leder. Det er forskjell på å være en administrator og en leder, og noen lederstillinger på lavere nivå har kanskje ikke så mye reell myndighet.
- Jeg så for meg at det ville være sprik mellom hva lederne faktisk må bruke tiden sin på og hva de selv mener de bør bruke tiden på. Noen ting vil de mene de gjør for mye av og noen ting får de for lite tid til. En generell kartlegging av hvor tiden går med, var også av stor interesse.

I dette siste kapitlet vil jeg oppsummere mine hovedfunn, trekke frem hva som var overraskende og hva som stemte med min forforståelse, samt peke på noen utfordringer og mulige tema for videre studier.

Mellomlederne jeg har studert er helsepersonell med høy faglig kompetanse. Dette er også et sentralt kjennetegn ved profesjonelle byråkratier som sykehus kan forstås som.

Mellomledernes fagkompetanse i profesjonsbyråkrati gir dem stor makt. Jeg vil derfor tro at det er svært sannsynlig at funnene jeg har gjort i min undersøkelse også vil være gyldige i andre fag-/profesjonsorganisasjoner, og ikke bare i sykehus. Det støttes av andre studier, blant annet i skoler (Paulsen, 2008).

Vi har sett at disse lederne opplever ganske lav grad av rollekonflikt og press der de står mellom toppledelsen og den operative kjerne. Toppledelsen er nødt til å ha fokus på økonomi, mens den operative kjernen har hovedfokus på fag og helse. Det er et kjennetegn i sykehus at den operative kjernen har stor makt. Mellomlederne som står mellom toppledelsen og den

operative kjerne risikerer å føle seg i klem mellom disse to gruppene og deres ulike prioriteringer, men dette kan man ikke si stemmer i stor grad for mellomlederne på K3K. De opplever en liten grad av press, men sier at det presset som er til stede takler de bra.

Mellomlederne har stor innflytelse i organisasjonen. De fatter egne beslutninger og de er med på å fatte beslutninger. Det er viktig for alle respondentene mine å være delaktig i beslutningstakingen, og de er selv fornøyde med sin grad av myndighet på området. De fleste er generelt fornøyd på de fleste områder, men det som går igjen er ønsket om mer tid til egen utvikling og til personalet. De synes det går med veldig mye tid til driftsoppgaver.

Jeg stilte også spørsmål for å se på hvilke av Mintzbergs lederroller de utøver i jobben. Anførerrollen er en stor rolle for disse lederne (dette er en interpersonell rolle). De har mange oppgaver knyttet til personalet og det følger mange oppgaver med det å ha fag- og personalansvar. Informasjonsformidlerrollen var ikke en rolle de i særlig stor grad hadde, selv om de var innom den. Fra den tredje og siste gruppen; beslutningsroller, hadde jeg tatt med to roller; kriseløseren og ressursfordeleren. Kriseløsning var ikke en stor del av disse ledernes hverdag. Derimot var ressursfordeleren en rolle disse lederne i stor grad måtte ta på seg.

Jeg hadde med noen spørsmål om jobbtilfredshet i undersøkelsen min, men de ble utelatt i oppgaven av hensyn til omfanget. I korte trekk sier funnene fra denne delen av studien at det er viktig for mellomlederne å få være med i beslutningsprosesser, og at deres grad av deltakelse på området er viktig for deres jobbtilfredshet. K3K-lederne er i hovedsak fornøyd med jobben, med grad av variasjon, mulighet for egen kontroll, ansvarsmengde, beslutningsmyndighet, kravene som stilles til dem, forholdet til leder og ansatte, tilbakemeldingen de får og det sosiale miljøet. De er ikke like fornøyde med muligheten for egen lærling og utvikling i jobben. En mer direkte undersøkelse av jobbtilfredsheten hadde vært en interessant videre studie.

Et annet område som kan være interessant for videre forskning på er avdelingsledernes vilkår. Jeg hadde på dette området også tatt med et spørsmål i min undersøkelse, men dette måtte av plassmessige årsaker utelates. Disse avdelingslederne har tidligere vært vant til å være rett under direktøren, men nå har de fått et mellomledd som er klinikkjefen. De fleste av disse avdelingslederne føler at de har fått mer arbeid og mer ansvar, men at det er vanskeligere å få gjennomslag for sine synspunkter og at det er blitt vanskeligere å få tilgang på informasjon.

Det kunne også vært interessant å gjøre en tilsvarende undersøkelse i en annen organisasjon som kan kjennetegnes som profesjonsbyråkrati, som ikke er et sykehus. Jeg tror at det vil være samme eller tilsvarende funn, men det hadde vært interessant å teste dette ut, for eksempel i en utdanningsinstitusjon. Det kunne også vært interessant å gjøre en undersøkelse på forskjeller og likheter for administrativt og vitenskapelig personell i lederstillinger på et universitet, om de har lik beslutningsmyndighet og muligheter.



## Litteratur

- Andsem, B. W. Artikkel: "*Dritten i midten!*" Ledernytt.no. (<http://www.ledernytt.no/dritten-i-midten.4515883-112538.html>).
- Jacobsen, D. I. (2. utgave 2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (3. utgave 2008). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mintzberg, H. (1993). *Structure in Fives. Designing effective organizations*. Prentice Hall Inc., New Jersey, USA.
- Paulsen, J. M. (2008). Doktorgradsavhandling: *Managing Adaptive Learning from the Middle*. Oslo: BI Norwegian School of Management.
- Paulsen, J. M. (2008). Artikkel: *Mellomlederens komplekse handlingsrom*. Skolelederen nr. 4/2008. (<http://www.nslf.no/images/Marketing/skolelederen/Skolelederen%20nr.4-08.pdf>).
- Paulsen, J. M. (2009). Artikkel: *Mellomlederen - den undervurderte endringsagenten*. Bioingeniøren nr. 12/209 - Tidsskrift for NITO Bioingeniørfaglig institutt. (<http://www.nito.no/organisasjon/Bioingeniørfaglig-institutt/Bioingeniøren/Alle-Bioingeniørene/Bioingeniøren-2009/Les-Bioingeniøren-pa-nett/Kronikk-Mellomlederen--den-undervurderte-endringsagenten/>).
- Styresak UNN 36/2007 av 15.05.2007
- Styresak UNN 55/2007 av 03.09.2007
- Styresak UNN 84/2007 av 17.12.2007
- Diverse andre interne dokumenter fra UNN og K3K