

Å være faglig leder for
anestesisykepleiere i norske helseforetak
– balansekunst eller spagatøvelse?

Bente Lüdemann

Master of Public Health

MPH 2012:8



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Å være faglig leder for anestesisykepleiere i norske helseforetak – balansekunst eller spagatøvelse?

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-38-6



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel				
Å være faglig leder for anestesisykepleiere i norske helseforetak – balansekunst eller spagatøvelse?				
Författare				
Bente Lüdemann				
Författarens befattning och adress				
Assisterende avdelingssjef, Anestesiavdelingen, Akershus universitetssykehus HF, 1478 Lørenskog				
Datum då examensarbetet godkändes			Handledare NHV/Extern	
11.05.2012			Susanna Bihari Axelsson, Docent, universitetslektor	
Antal sidor	Språk – examensarbete	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
65	Norsk	Norsk/engelsk	1104-5701	978-91-86739-38-6

Sammanfattning

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke forutsetningene for å være faglig leder for anestesisykepleiere i dagens norske helseforetak.

Metode: Studien ble gjennomført med en kombinert metodikk: 1) Spørreundersøkelse med et skjema som forfatteren selv utviklet til alle førstelinjeledere for anestesisykepleiere i norske helseforetak, totalt 77, med 80,5 % svarfrekvens. Data ble analysert med kvantitative metoder. 2) Halvstrukturerte individuelle intervju med syv ledere, strategisk utvalgt, både kvinner og menn, i alle landets fire regionale helseforetak, som det ble gjort en kvalitativ innholdsanalyse av.

Resultat: I denne studien fant man at mange andre presserende oppgaver for lederne gjør at faglig ledelse ofte blir nedprioritert og delegert til andre, som fagutviklingssykepleierne. Lederne har et betydelig fokus på helsefremmende ledelse. Lederrollen er belastende, til tider slik at helsen påvirkes. Det er liten interesse for og nærmest ingen konkurranse om lederjobben. Av lederne er forholdsvis mange menn.

Konklusjon: På grunn av de endrede rammebetingelsene, som følge av blant annet enhetlig ledelse og helseforetak, har lederrollen endret seg. Den har gått fra å stort sett være faglig leder til stadig mer personalledelse og administrative oppgaver. Lederne har i høy grad tilpasset seg de nye kravene, og fungerer på mange måter som hybridledere med et tydelig fokus på helsefremmende ledelse. Anestesisykepleiefaget ivaretas gjerne av fagutviklingssykepleierne. Lederjobben oppleves som belastende og ikke særlig attraktiv for anestesisykepleiere.

Nyckelord

anestesisykepleier, New Public Management, hybridledelse, helsefremmende ledelse



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis				
Professional leadership for nurse anesthetists in Norwegian public hospitals: Balancing act or splits exercise?				
Author				
Bente Lüdemann				
Author's position and address				
Assistant Head of Anesthesia Department, Akershus University Hospital, 1478 Lørenskog				
Date of approval			Supervisor NHV/External	
11.05.2012			Susanna Bihari Axelsson, Associate Professor, senior lecturer	
No. of pages	Language – thesis	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
65	Norwegian	English	1104-5701	978-91-86739-38-6

Abstract

Aim: This study aimed to investigate the conditions being a professional leader of nurse anesthetists in Norwegian public hospitals today.

Method: The study used a combination of quantitative and qualitative methods, including a survey questionnaire constructed by the author and distributed to all first-line managers of nurse anesthetists in 77 Norwegian public hospitals, with a response rate of 80.5 %. The questionnaires were analyzed by quantitative methods. The author also conducted semi-structured individual interviews with seven strategically chosen leaders, both women and men, at hospitals in Norway's four health regions. The interviews were analyzed using qualitative content analysis.

Result: The results showed that leaders give less priority to professional leadership, largely due to many other urgent tasks, and frequently delegate this part of their leadership role to others (e.g., nurse anesthetists working with professional development). In leadership roles, nurse anesthetists focus on health promotion. They describe their managerial role as burdensome, at times even affecting their health. There is not much interest in and hardly any competition for management positions. Among the leaders, there is a relative dominance of men.

Conclusion: Due to altered framework conditions, such as unitary management and health enterprises, the managerial role has changed, moving in responsibility from something more like a traditional foreman to becoming a first-line manager, who increasingly deals with personnel management and administration. Leaders have mostly adapted to the new demands. In many ways, they function as hybrid leaders who focus on health promoting leadership. Nurse anesthetists perceive the management position as burdensome and not particularly attractive.

Key words

nurse anesthetist, New Public Management, hybrid management, health-promoting leadership

INNHold

1. INNLEDNING	5
2. BAKGRUNN	5
2.1 Organisering og ledelse av sykehus i Norge	5
2.2 Førstelinjlederens rolle	6
2.3 Anestesisykepleiernes historie og nåværende arbeidsplass	7
2.4 Genus blant anestesisykepleiere	9
2.5 Folkehelseperspektiv	9
3. TEORETISK OG KONSEPTUEL RAMME.....	11
3.1 New Public Management	11
3.2 Ledelse og kultur	12
3.3 Salutogenese	17
3.4 Helsefremmende ledelse	19
4. FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	20
5. METODE	20
5.1 Metodevalg	20
5.2 Kvantitativ metode	21
5.3 Kvalitativ metode	23
5.4 Forforståelse	25
5.5 Reliabilitet og validitet	26
5.6 Ethiske betraktninger	27
6. RESULTAT.....	27
6.1 Kvantitativ studie	27
6.2 Kvalitativ studie	33
7. DISKUSJON	43
7.1 Resultatdiskusjon	43
7.2 Metodediskusjon	50
8. KONKLUSJON.....	52
9. TAKK.....	53
10. REFERANSER.....	54
11. VEDLEGG	58

1. INNLEDNING

Denne studien handler om ledelse blant anestesisykepleiere. Forfatteren er selv anestesisykepleier og mangeårig leder på ulike nivå i Anestesiavdelinger, og har erfart at lederrollen har endret seg og at det er vanskelig å rekruttere ledere for anestesisykepleiere. Med denne bakgrunn er det tatt stor interesse av å studere forutsetningene for å være en faglig leder i dagens helseforetak, samt prøve å forstå og forklare pågående prosesser på et vitenskapelig vis.

Gjennom sin forskning har forfatteren funnet andre erfarne anestesisykepleiere med interesse for lignende problemstillinger. Hustad (1) finner at anestesisykepleiere opplever stress i forholdet til ledelse og administrasjon i form av ikke å bli sett og hørt. De opplever å ha lav innflytelse og å bli stilt overfor urealistiske forventninger.

Averlid (2) viser at det blant anestesisykepleiere er en generell oppfatning at anestesisykepleierleder har altfor mange administrative oppgaver. Hun konkluderer med at ledelsen er en viktig faktor som bør være mer aktiv ved å gi forsvarlige rammer for drift og i større grad initiere helsefremmende tiltak.

Deres studier indikerer en avstand mellom anestesisykepleiere og deres ledere, og at lederne til dels har fjernet seg fra den faglige delen av yrket. Det er forhold rundt dette denne MPH-oppgaven vil omhandle.

2. BAKGRUNN

2.1 Organisering og ledelse av sykehus i Norge

Norge er delt i fire helseregioner: Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. I hver av dem har et regionalt helseforetak (RHF) ansvar for å sørge for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester. Staten eier de regionale helseforetakene. I tillegg til å drive sykehusene har RHFene oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende (3).

Sykehus er av organisasjonsforskere tradisjonelt betegnet som komplekse systemer med konkurrerende målsetninger og verdier. Kompleksiteten kommer til uttrykk i flere dimensjoner. Først i form av det spekter av sykdommer og akutte hendelser som det forventes sykehusene skal håndtere, og dels i repertoaret av behandlings- og pleieteknologier. Dernest kommer de mange typer medarbeidere og spesialister, som jobber i systemet og engasjeres omkring drifts- og utviklingsoppgaver. Så dreier det seg om sykehusenes organisatoriske struktur - arbeidsdeling og rutiner for informasjonsutveksling, samarbeid og koordinering. Endelig kan man se det på en komplisert ledelsesstruktur, som kjennetegnes av sterk politisk styring, en sterk operativ kjerne (helseprofesjonene) og en svak toppledelse (4).

Stortinget innførte med virkning fra 1. januar 2001 krav om enhetlig ledelse i sykehusene. Reformen ”enhetlig ledelse” stiller først og fremst krav til at det skal være én totalansvarlig leder på alle nivå, hvilket betyr at ansvaret for hver resultatenhets skal ligge på én person. Det presiseres at dette skal være en rendyrket lederstilling. Det bryter med den tradisjonelle fagbaserte ledelsen i sykehus, og således handler reformen konkret om endring av sykehusenes formelle ledelsesstruktur (4).

Sykehusreformen, innført i 2002, er sentral i dagens utforming av de organisatoriske løsningene i sykehusene. Regjeringen Bondevik II hevdet i en evaluering at ”Omorganiseringen som har skjedd i sykehussektoren er en av de største i norsk samfunnsnivå noensinne.” Samme regjering forutså at utfordringen må være at fagpersonell i størst mulig grad bruker sin arbeidskraft til det de er utdannet til og overlater oppgaver som kan utføres av andre yrkesgrupper til dem, for eksempel til administrativt og merkantilt personale (5).

2.2 Førstelinjelederens rolle

Arbeidstilsynets rapport *God Vakt!* viser at for førstelinjeledere er ovenstående langt fra virkeligheten. Sykehusenes sentrale administrasjoner er ofte redusert og oppgaver innen personaladministrasjon i stor grad desentralisert. Det betyr at den enkelte leder har fått større ansvar og flere oppgaver. Førstelinjelederne er en arbeidstakergruppe under stort press, tillagt et meget stort ansvar for oppfølging innen drift, økonomi, fag og personell, samtidig som de opplever å ha liten mulighet for å påvirke de forutsetninger og betingelser som setter rammer for arbeidet (6).

Mellomlederne, som førstelinjelederne også betegnes, har de siste årene fått tilført stadig flere tidkrevende administrative oppgaver. Oppgaver innen personaladministrasjon, herunder oppfølging av arbeidsmiljøet, er som allerede nevnt, i stor grad desentralisert. Det stilles større krav til dokumentasjon, samtidig som det forventes en mer systematisk personaloppfølging, både individuelt og kollektivt. Økte krav til individuell tilrettelegging og oppfølging i forbindelse med Inkluderende Arbeidsliv (IA) er også tidkrevende, spesielt for ledere med store personalgrupper. Det er et økende krav om ny kunnskap, og ikke minst kjennskap til, alle de interne rutiner og retningslinjer for personaladministrasjon og oppfølgingsrutiner (6).

I denne studien defineres mellomledere i tråd med Mintzberg sine begrep, som deler organisasjonen inn i fem enheter: operatørkjernen, støttestaben, teknostrukturen, toppledelsen og mellomledelsen. Operatørkjernen er de som utfører produksjonsoppgavene i organisasjonen, slik som legene og sykepleierne i sykehus. Støttestaben utfører støttefunksjoner som forskning og utvikling (FoU), PR og juridiske tjenester. Teknostrukturen består av de som analyserer og planlegger arbeidet, mens toppledelsen er de som har det overordnede strategiske ansvaret. Mellomledelsen er alle lederposisjoner under toppledelsen (7).

Sentralisering av behandlingstilbud til færre sykehus i Norge har resultert i større enheter. Når organisasjoner blir større, blir det vanskeligere å lede dem. Én av de

vanligste strukturer for ledelse av store organisasjoner er den byråkratiske. Sykehus er eksempler på en spesiell form for byråkratisk organisasjon som kalles profesjonelle byråkratier. I slike organisasjoner arbeider det ofte høyt utdannende og dyktige fagfolk, som utfører hovedarbeidet og har betydelig kontroll over og autonomi i sitt arbeid. Samtidig sørger organisasjonen for service i stort omfang, styrt av regler, rutiner og retningslinjer. Det fins derfor to kulturer i et profesjonelt byråkrati som sykehus, nemlig den profesjonelle organisasjonen og det administrative byråkratiet (7).

Det er en generell oppfatning blant ansatte og ledere at det er, og har vært over tid, et økende fokus på økonomi og hvordan sykehusene skal drive mest mulig bedriftsøkonomisk effektivt. Det stilles fra eierne større krav til balanse i økonomien, noe som medfører behov for kontinuerlig vurdering og tilpasning av driften når det gjelder de oppgaver som er pålagt løst (6). Førstelinjelederne er personalledere og nærmest klinikken på sykehus, og skal således operasjonalisere det som bestemmes gjennomført.

Mintzberg hevder at organisasjoner utvikler seg i samspill med omgivelsene og situasjonen. Ulike faktorer bidrar til å presse organisasjonen i retning av en konfigurasjon; det være seg inndeling i enheter, enhetsstørrelse, oppgavespesialisering og desentralisering. En konfigurasjon er for eksempel en offentlig etat, som et sykehus (7). Sett i lys av denne viten er det interessant å undersøke om Hustad (1) og Averlid (2) sine funn har sammenheng med de endrede rammebetingelsene for førstelinjeledere i sykehus.

2.3 Anestesisykepleiernes historie og nåværende arbeidsplass

Anestesiologi er et ungt fag i Norge (8). Anestesi er imidlertid et spesialområde som sykepleiere har utøvd i langt over 100 år. Anestesisykepleiernes historie gir perspektiver på fagets egenart, nemlig kombinasjonen av sykepleiekunnskap og anestesiologisk innsikt, som utgjør anestesisykepleiernes spisskompetanse (9).

Helt fra den moderne anestesiens oppstart 16. oktober 1846 ved Massachusetts General Hospital i Boston, USA, har anestesi blitt drevet framover dels på grunn av kirurgiens utvikling, dels med bakgrunn i den generelle medisinske utvikling og vitenskapelige vekst og i flere tilfeller gjennom medisinske entreprenører med spesielle interesser og evner. Ifølge Ralph Waters, den første professor i anestesiologi, er særlig tre ting viktig for å etablere et fag: gode fagfolk, en organisasjon og tidsskrifter (10).

Da eter ble introdusert i Norge i 1847, fantes det ikke sykepleiere. De første som dryppet eter var gjerne kirurgene og distriktslegene eller deres assistenter; vanligvis var det de med minst erfaring som ble satt til denne viktige oppgaven. 1868 regnes som sykepleiens begynnelse i Norge, med Diakonisseinstitusjonen i Oslo, som fram til rundt år 1900 var enerådende i utdanning av sykepleiere. Da få leger hadde spesiell interesse for eller ekstra ferdigheter i bruken av eter og kloroform, ble det naturlig at

diakonissene fikk oppgaven med å bedøve operasjonspasientene under kirurgens veiledning (10). Helt fram til etter andre verdenskrig var det spesialopplærte sykepleiere i operasjonsstuene som administrerte narkose (11). Sykepleierne som arbeidet på operasjonsstuene tilegnet seg kunnskap og autoritet gjennom praksis (9).

I 1920 ble den første anestesilæreboken i Norge, Narkose og pleie av operationspatienter, utgitt av Røde Kors-Kristiania kreds-Sykepleierskolen, og den var beregnet på sykepleiere. Under kapittelet om narkose står med uthevet skrift:

Ingensinde er patientens liv saa avhængig av sykepleierskens dyktighet som under en almennarkose. Til utførelse av narkose fordres ikke alene dyktighet paa grundlag av erfaring, men ogsaa en sum av egenskaper saasom omhu, observationsevne, evne til logisk tænkning og evne til at utføre nødvendige grep under narkosens utøvelse. Til narkotiserer bør derfor benyttes de dyktigste sykepleiersker og disse bør uddannes og øves i dette ofte meget vanskelige og alltid for patienten umaadelig betydningsfulle arbeide (12, s. 5).

Først i slutten av 1947 ble den første anestesilegen i Norge ansatt, på Rikshospitalet. Da satte man også i gang intern undervisning til sykepleierne. De viktigste pådriverne bak etableringen av en enhetlig spesialutdannelse av anesthesisykepleiere var de første anestesilegene. I samarbeid med Norsk Sykepleierforbund ble det avholdt såkalte "Narkotiskurs". Omkring 1950 var det fortsatt kun fire sykehus som hadde anestesilegestillinger (10).

Som en kuriositet kan nevnes innledningsforedraget, holdt av Erwin Kohn (leder for Verdens helseorganisasjon, WHO, sitt anestesikurs i København), ved Nordisk Anæsthesiologisk Forenings 1. Kongress, som ble avholdt i Oslo i august 1950. Temaet var "Public Health Aspects of Anaesthesiology and the World Health Organization's program in Promoting Modern Anaesthesia". Hovedbudskapet var å understreke hvor viktig det var for et sykehus å ha en velfungerende anesthesiavdeling. Blant annet hevdet han at anestesitjeneste var god forebyggende medisin. Dette var også hovedgrunnen for WHO sitt engasjement for dette faget (10).

Fra 1948 ble undervisningen også tilbudt sykepleiere fra andre sykehus enn Rikshospitalet og Ullevål. Disse kursene varte fra 14 dager til tre måneder og forsynte i 15 år sykehus i hele Norge med teoretisk skolerte anesthesisykepleiere. Slik skulle de få meget stor betydning for etableringen av anestesifaget i Norge, for det skulle gå 25-30 år før alle sykehusene hadde spesialutdannede leger. Da ble det satt i gang undervisning av sykepleiere lokalt, slik at de fikk både teoretisk og praktisk bakgrunn for det viktige arbeidet de utførte. Helt fram til midten av 1960-tallet ble det arrangert kurs av tre måneders varighet, hvor hoveddelen var praktisk tjeneste ved anesthesiavdelingenes forskjellige poster. Utdanningen ble formalisert i 1965 (9), men først i 1989 kom Norsk Sykepleierforbund med en rammeplan (10).

Den felles historien, arbeidsfellesskapet og utfordringene som anestesilegene og anesthesisykepleierne delte, ga grunn for forståelse og respekt, som først ble utfordret på 1980-tallet under arbeidet med Standard for Anestesi i Norge. Da det første forslaget

ble ferdig i 1992 oppstod uenighet, som blant annet gikk på formuleringer om administrative prosedyrer, slik som ledelse av anesthesiavdelingene. Imidlertid ble Standard for Anestesi i Norge tatt i bruk, og etter revidering i 1993 fikk Norge en egen standard for anestesi, som både anestesilegene og anestesisykepleierne var enige om (10).

Gran Bruun og Grell Ulrik viser at det er en gjennomgående positiv holdning hos begge profesjoner til måten man velger å løse oppgavene innenfor klinisk anestesi. Den skandinaviske modellen, som beskriver samarbeidet mellom leger og sykepleiere i Norden, er basert på tillit til at anestesisykepleierne har nødvendig kunnskap og erfaring til å ivareta administrasjonen av anestesi (13).

Anestesisykepleiere i Norge utdannes i dag med bakgrunn i ”Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie” (9). Selv om det forekommer noe overlapping til andre disipliner, framstår anestesisykepleiefaget som et tydelig og avgrenset fagområde. Anestesisykepleiernes sykepleiefaglige bakgrunn skiller seg fra anestesilegenes medisinskfaglige bakgrunn og gir anestesisykepleierne en annen tilnærming i pasientsituasjonen (14,15). Anestesisykepleiere har et tydelig forebyggende perspektiv og fokuserer på pasientens opplevelse av mestring gjennom pasientforløpet (16).

Anestesisykepleierne arbeider fortrinnsvis i sykehus, hovedsakelig i operasjonsavdelinger. Utøvelsen av anestesisykepleie vil variere avhengig av arbeidssted og lokal organisering. Ved et universitetssykehus stilles man overfor andre krav og utfordringer enn ved et mindre sykehus (9). Felles er et stadig større krav til produktivitet og effektivitet, som spiller inn i en vurdering av faglig forsvarlighet.

2.4 Genus blant anestesisykepleiere

Ni av ti sykepleiere er kvinner (17). Av 1 581 medlemmer i Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (medlemsliste fra Norsk Sykepleierforbund per juni 2011) er 383 menn, det vil si i overkant av 24 %.

Det er altså langt flere menn representert i anestesisykepleiefaget sammenlignet med andre retninger innen sykepleiefaget. Man antar at mannlige sykepleiere i høyere grad interesserer seg for anestesisykepleie grunnet de tekniske utfordringene i faget. Disse antagelser grunngis med at menn tradisjonelt har større interesse for teknologi. Sykepleiefaget er totalt sett et kvinnedominert yrke, og av naturlige grunner er også sykepleieledere i stor utstrekning kvinner, ettersom de rekrutteres fra egen profesjon (18). Tidligere forskning viser at lederstil kan påvirkes av genus (19).

2.5 Folkehelseperspektiv

I Ottawa charteret av 1986 defineres helsefremmende arbeid som en prosess som sikrer individet økt kontroll over de faktorene som er avgjørende for dets helsetilstand. Health Promotion (HP) defineres altså som en prosess som gjør mennesker i stand til å øke

kontroll over og forbedre sin helse. Dermed fins det muligheter for å påvirke sin egen livssituasjon. Både arbeid og fritid vil være kilder til befolkningens helse, og samfunnets organisering av arbeidet skal understøtte oppbygningen av et sunt samfunn. Arbeidsplassen sees derfor som en viktig arena for folkehelsearbeid. Blant de tiltak charteret foreslår er å skape støttende omgivelser (create supportive environments) (20). Fokus på arenaer har gjort det mulig å sette søkelyset på støttende omgivelser, som har utviklet seg til ikke å inkludere bare fysisk, men også sosialt miljø (21). HP genererer arbeidsvilkår som er trygge, stimulerende, tilfredsstillende og hyggelige (20).

I 1993 etablerte WHO nettverket Health Promoting Hospitals Network (HPH). I 2007 ble det besluttet at også annen helsetjeneste kunne søke om medlemskap. Det internasjonale nettverket tok da navnet Health Promoting Hospitals and Health Services, men beholdt forkortelsen HPH. Nettverket består i dag av 32 nasjonale og regionale nettverk samt enkeltstående medlemmer. Til sammen er det rundt 650 medlemmer, spredt over 30 land. Interessen for medlemskap i HPH nettverket er stadig økende.

Norsk nettverk for helsefremmende arbeid, Norsk HPH, er et nettverk hvor medlemmene søker å innarbeide en helsefremmende kultur i sin organisasjon gjennom implementering av helsefremmende verdier, strategier og standarder i sitt arbeid. Fokus i aktivitetene er både på pasient, pårørende og ansatt, så vel som lokalsamfunnet organisasjonen hører til i. Ønsket er at fokus ikke kun skal være rettet mot kurativ behandling, men også omfatte helsefremmende arbeid. Mange norske sykehus er nå medlem av dette nettverket (22).

Ottawa charteret peker på fire prinsipper som legger vekt på sammenhengen mellom organisatoriske og strukturelle forutsetninger, det menneskelige og pedagogiske aspektet samt tidsdimensjonen. Prinsippene handler om:

- fremmede tenkning
- arenaen
- delaktigheten og
- prosessen (23).

Utvikling av organisasjoner og arbeidsplasser tjener på å ta vare på den energi og de ressurser som fins istedenfor å fokusere på problemer. Slik kan man skape en arbeidsplass hvor alle har mulighet for å blomstre eller flourish. Et menneske som opplever å bli sett og være verdifull for andre har det som oftest bra, noe som igjen gjør at det kan utvikle seg og bidra i fellesskapet (23).

Arbeidsmiljøssammenhenger i sykehussektoren er komplekse og sammensatte. Sykehusene er, som nevnt i kapittel 2.1, i seg selv komplekse organisasjoner, som påvirker og påvirkes på mange nivå. Disse rammebetingelsene influerer på hvordan ansatte opplever sin arbeidssituasjon og arbeidsplass.

Arbeid er en viktig sosial helsedeterminant fordi arbeid gir inntekt, sosiale fellesskap, struktur i hverdagen og – for mange – meningsfylt aktivitet. Arbeidsmiljøet og forhold på arbeidsplassen kan påvirke helsen i både positiv og negativ retning. Mest helsefremmende er kanskje forhold ved arbeidet i seg selv. Det er godt dokumentert at

psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet har stor betydning for helse (24). Det psykososiale arbeidsmiljøet kan forstås som de faktorer på en arbeidsplass som påvirker en arbeidstakers psyke og dermed subjektive opplevelse av velbefinnende eller belastning. I dette inngår blant annet faktorer som samhold/isolasjon, relasjoner ansatt-ledelse, konflikter, mobbing og trakassering (25).

3. TEORETISK OG KONSEPTUEL RAMME

I dette kapitlet presenteres viktige begrep og teorier som studien bygger på. Først beskrives begrepet New Public Management, deretter teoretisk bakgrunn som utgjøres av:

- ledelse og kultur
- salutogenese og
- helsefremmende ledelse.

3.1 New Public Management

New Public Management (NPM) er en moderniseringsbølge i offentlig sektor, som primært har sitt utspring i New Zealand og Australia på begynnelsen av 1980-tallet (26).

Bakgrunnen for utviklingen av NPM er dels økonomisk og dels ideologisk. Klausen beskriver NPM som to søyler: én økonomisk, markedsorientert og én med fokus på organisasjon og ledelse (27). Samlet sett kan man si at NPM fokuserer på:

- brukermedvirkning/innflytelse/rettigheter
- konkurranse
- spredning av makt ut i organisasjonen og
- ledelses- og organisasjonsutvikling (28).

Ledelse står sentralt i NPM, og et viktig prinsipp er at ledelse skal være en mer aktiv handling enn å administrere. I en tradisjonell hierarkisk oppbygd organisasjon med mange nivå vil ofte lederoppgavene for mellomledernivået begrense seg til å administrere vedtak og beslutninger som fattes sentralt. NPM legger vekt på:

- Endringsledelse. Lederne må ha kompetanse og ferdigheter til å mestre en kontinuerlig endring og utvikling av egen organisasjon.
- Resultatorientert ledelse, hvor desentralisering, slik at hver leder står ansvarlig for resultatene i egen virksomhet hva gjelder økonomi, drift, personell og liknende, er vesentlig. Gjennom fokus på resultater kommer også fokus på effektivitet, og man er opptatt av måleinstrumenter, som skal måle virksomhetens effektivitet og kvalitet.
- Mål og resultatstyring.
- Fokus på økonomistyring (28, s. 9).

Sentralt i NPM ligger et brudd med et strengt hierarkisk og regelstyrt ledelsessystem. Makt og innflytelse skal delegeres til den enkelte virksomhet og den enkelte virksomhetsleder får dermed et nytt og utvidet mandat (28).

Brukerne eller kundene står sentralt i NPM. I dette ligger en kritikk av tradisjonell offentlig sektor, som man mener har hatt for stort fokus på egen organisasjon og egne ansatte. Ved å være i en monopolsituasjon har offentlig sektor unnlatt å fokusere på brukeren/kunden. Frie brukerutvalg er derfor et viktig element i NPM, og brukerne skal ha rett til å velge mellom ulike tjenesteytere. Likeledes er det å måle grad av brukertilfredshet noe man i tilpasningen av NPM i Norge har vært særlig opptatt av (28).

Dalby viser at omstilling til NPM i norske kommuner, og spesielt den sterke vekten som legges på økonomi- og resultatstyring, lett kan føre til målforskyvning, indikert ved at mange virksomhetsledere opplever at de bruker mer tid på administrative oppgaver og mindre tid på faglige oppgaver (28).

Helsereformen innebærer en potensiell styrking av statlig sektorstyring, samtidig som den betyr foretaksdannelse på regionalt nivå og økt kommersialisering. En begrunnelse for reformen var effektiviseringsmulighetene; ved å fjerne politikerne fra den tidligere styringen på fylkesnivå og innføre profesjonelle styrer, svekket man deres mulighet til å ta regional- og distriktpolitiske hensyn i denne sektoren. Reformen viser klart spenningen mellom stat og marked, eller mer generelt politikk og marked, markert i flere saker hvor helseforetakene primært har tatt økonomiske hensyn og ønsket å legge ned enheter, som små sykehus og fødeavdelinger. Dette har skapt mye strid (26).

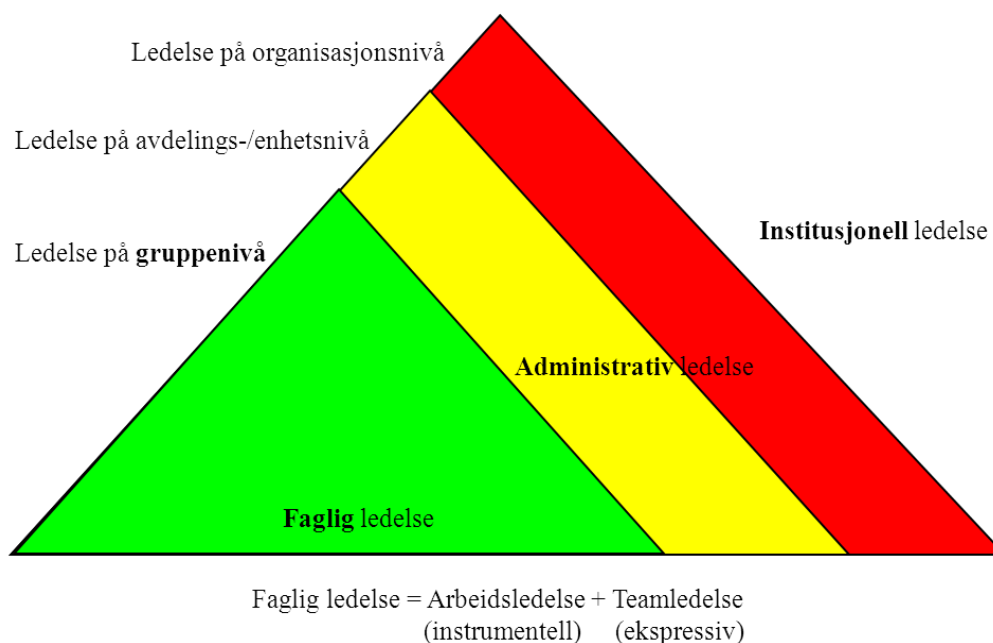
Den norske foretaksmodellen er helt klart i tråd med ideene og hovedelementene i NPM. Eilertsen mener man kort sagt kan "si at dette er en teori om at offentlige virksomheter skal ledes på samme måte som selskaper i privat sektor" (29, s. 39). For helsesektoren har introduksjonen av markedstenkning i ledelsen bidratt til å flytte fokus fra "å tjene pasientene" til "å tjene penger på pasientene" (29).

3.2 Ledelse og kultur

Begrepet ledelse kommer fra ordet leida som betyr "å sette i bevegelse", hvilket innebærer at det å lede dreier seg om en handling som kan sees som en prosess og som sammen med andre kan føre til et mål (30). Drucker definerer en leder slik: "... a manager as someone who directs the work of others and who, as a slogan puts it "does his work by getting other people to do theirs"" (31, s. 17). Han skiller mellom management og ledelse: "Management is doing things right; leadership is doing the right things" (32). Strand definerer ledelse som det å produsere handlingsrettet mening (33). Helseledelse er anvendelse av ledelseskunnskap innen helsevesenet.

Ledelse av komplekse organisasjoner som sykehus er krevende. Ofte viser det seg at lederne som innehar disse oppgavene ikke har tid, kompetanse, myndighet eller ressurser til å håndtere alle utfordringer de møter. For enkelte grupper av ledere stilles krav til formell lederutdanning og gjerne erfaring, mens det for andre kan være

tilstrekkelig med fagkunnskap som samsvarer med den personalgruppen man er satt til å lede. Tydelig ledelse er avgjørende for hvor velfungerende et sykehus er (6). Orvik viser med figur 1 at det er en sammenheng mellom faglig, administrativ og institusjonell ledelse. De bygger på hverandre og det fins en indre hierarkisk sammenheng dem imellom. Han hevder at ledelse i helsetjenesten alltid vil innebære et element av faglig ledelse, i betydningen innsikt i og styring av selve tjenesteproduksjonen (30).



Figur 1. Faglig, administrativ og institusjonell ledelse på ulike nivå i en organisasjon (34).

Orvik mener *faglig ledelse* er en forutsetning for å lede på grunnplanet, slik førstelinjelederen gjør. Den sentrale delen av lederrollen på mellomledernivå utgjøres av *administrativ ledelse*, mens *institusjonell ledelse* først og fremst er knyttet til ledelse på organisasjonsnivå (30).

Ledelse er mange ganger en krevende og ensom jobb. Rollen som leder får man for en stor del av den gruppen man leder, og den bygger på tillit og tro på at man vil gruppen vel (23). Tillit uttrykker en vilje til å ta sjansen på at andre vil en vel; det indikerer en form for gjensidighet (33). Orvik peker på at "tillit styrker den gjensidige avhengigheten mellom leder og medarbeidere" (30, s. 123). Denne gjensidige tilliten er noe leder og medarbeider har sammen, og den bidrar til å gjøre arbeidsplassen til et meningsfellesskap, med delte verdier og normer.

I sykehus har fagpersoner en stor grad av selvstendighet i den daglige yrkesutøvelsen, hvilket reduserer behovet for ledelse i en tradisjonell forstand (30).

”Å være leder i en kunnskapsorganisasjon innebærer derfor å sørge for at de organisatoriske forutsetningene er til stede, slik at de profesjonelle kan utføre det faglige arbeidet mest mulig problemfritt” (30, s. 124).

En ny undersøkelse utført av Abelia, Foreningen for kunnskaps- og teknologibedrifter i Næringslivets Hovedorganisasjon, viser at 2/3 av ledere i kunnskapsbedrifter mener fagfolk har høyere status internt i bedriften enn selve lederen. Med dette bekreftes antagelsen om at kunnskapslederen ikke er som andre ledere (35).

Begrepet hybridledelse er en kombinasjon eller en sammensmelting mellom flere lederroller eller ulike kontekster for å utøve ledelse. Hybridledelse betegner de ledere som på samme tid og i samme funksjon kombinerer ledelse på ulike nivå, typisk strategisk ledelse og driftsledelse (36). Både forskningsmessig og praksisrettet er begrepet først og fremst knyttet til offentlig sektor (37), og særlig innenfor sykehus og helsesektoren (38). Hybridledelse utgjør en ramme for å forstå og beskrive den form for ledelse som finner sted blant førstelinjeledere.

Hybridledelse kan sees som et lederideal der den profesjonelle leder og ledelse som fag kombineres med en tradisjonell førstelinjeleder, som med faglig bakgrunn tilsvarende sine ansatte ivaretar lederrollen gjennom faglig ledelse og driftsledelse (37). Leder ivaretar oppgaver knyttet til profesjonell ledelse (personalledelse, forandringsledelse og strategisk ledelse) samtidig som han/hun utøver faglig ledelse og driftsledelse (39).

Hybridlederen kjennetegnes ved at han/hun:

- er både fagperson og leder
- skal arbeide både med overordnede strategier og daglig drift
- skal ha sin oppmerksomhet både mot interne og eksterne forhold og
- skal kunne bidra konstruktivt til å utvikle både eget område og helheten (37).

Offentlig ledelse, også på lavere nivå, beveger seg i retning av en profesjonalisering. Særlig med NPM er det et førende ideal at ledere på alle nivå bør være profesjonelle med en faglighet som er forskjellig fra de øvrige ansatte. Dette som en konsekvens av den samfunnsmessige utvikling og det press offentlig sektor er underlagt, både økonomisk og som følge av krav fra befolkningen generelt og politikerne spesielt (40). Dette påvirker førstelinjelederne ved å stille nye, annerledes og skjerpede krav. De skal først og fremst være personalledere, som motiverer ansatte til å bruke sin kunnskap og appellerer til deres commitment, framfor å planlegge, tilrettelegge og kontrollere det daglige arbeidet. Samtidig er det førstelinjelederen som skal stå i spissen for forandringer (40,41).

Med den tradisjonelle lederen henvises til en rolle hvor lederen med sin faglighet tilsvarende sine ansatte utøver faglig ledelse og driftsledelse. Det er en lederrolle som springer ut av profesjonsorganisasjoner og håndverket som idealtyper, og den har som oppgave å sikre at den utøvende organisasjonen er driftssikker (41). Ledelsesidealet er at den fremste blant likemenn sikrer at hverdagen på arbeidsplassen fungerer gjennom faglig oppsyn og ledelse ved å være ansvarlig for å tilrettelegge, planlegge og

kontrollere arbeidet og ved å motivere, disiplinere og supervisere de ansatte. Hva angår de mer strategiske sider, både i organisasjonsutvikling og personalanvendelse, er disse oppgavene plassert på et høyere nivå i organisasjonen (42).

Skjematisk kan man framstille forskjellen mellom de to ledelsesidealer, nemlig tradisjonell formann og førstelinjeleder, slik det gjøres i tabell 1.

Tabell 1. To ledelsesidealer (43, s. 220).

Traditional foreman	First line manager
Older	Younger
Waged	Salaried
Ambivalent about allegiances	Part of the management
Ambivalent about allegiances and function	Clear and confident about capabilities and function
Poorly trained	Extensively trained
Poorly selected	Carefully selected
Easily diverted into progress-chasing	Priorities well mapped
In comfortable with IT and statistical data	Adept at handling data in various forms
Follows orders/transmits orders	Plans ahead, seek continuous improvement
Look to precedents	Forward looking
Union members	Non-union
Career blocked	Expects promotion

Tabellen viser hvordan den tradisjonelle formannen blant annet er eldre, ambivalent til allianser, dårlig utdannet innen ledelse, utvalgt til stillingen på et vagt grunnlag, ukomfortabel med IT og statistikk og bundet av historien. Førstelinjelederen er gjerne yngre, en del av ledelsen, godt utdannet innen ledelse, omhyggelig valgt til stillingen og framtidsrettet.

Hybridrollen er en mellomting av den tradisjonelle og den profesjonelle lederen, og er i noen grad i opposisjon til NPM teoriene sitt syn på profesjonell ledelse. Grunnen til det er at ledere i første rekke fremdeles har behov for faglig innsikt for å forstå arbeidsprosessene, og at både ansatte og den øvrige organisasjonen fortsatt etterspør faglig ledelse og driftsledelse (42). Kritikken avviser med andre ord ikke de elementer som forbindes med profesjonell ledelse blant førstelinjeledere, men framholder at det er behov for formelle ledere som ivaretar driftsledelse og faglig ledelse (39).

Ledelse handler imidlertid også om hvordan lederoppgavene ivaretas og kommuniseres; ledelse er også det språk og den prosessuelle tilnærming til oppgaven, de ansatte og overordnede (44).

Kultur kan defineres som de uskrevne verdier, normer, ideer og holdninger som preger en gruppe mennesker og virker styrende på den enkelte og gruppens handlinger. Den kommer i tillegg til formaliserte normer, rutiner, myndighets- og oppgavefordeling.

Elementer i en kultur er blant annet felles språk, faglig og politisk ideologi, forståelsen av hva som er nyttig kunnskap, moral og verdier, hvem som er innenfor eller utenfor, hva som er privat og hva som kan deles, kjønnsroller, verdien av sosiale relasjoner, forståelsen av hva ledelse er, hva som er tabubelagt, forståelsen av individuelt og felles ansvar samt rang (7).

Schein definerer organisasjonskultur slik:

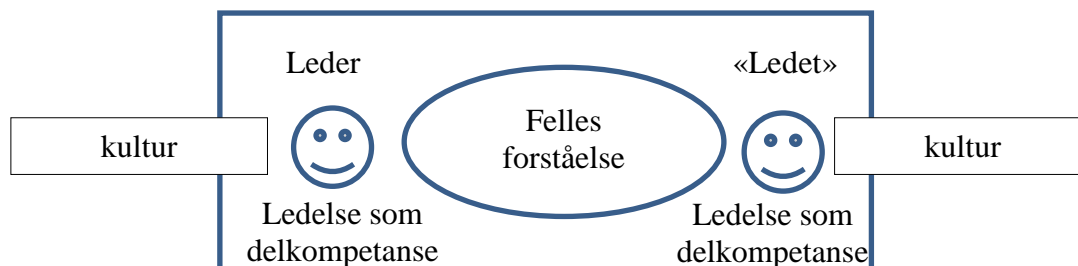
Organisasjonskulturen representerer et mønster av grunnleggende antakelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon - som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene (45, s. 7).

I de fleste virksomheter med en viss størrelse, flere yrkesgrupper og variasjon i stillingsinnhold og arbeidsoppgaver, vil det finnes undergrupper preget av en egen subkultur (46). Utvikling av kulturen i sykehus stiller derfor krav til bevisstgjøring, da det innen sterke faggrupper kan dannes egne subkulturer, slik Mintzberg beskriver det:

Professionals in these structures do not generally consider themselves part of a team. To many, the organization is almost incidental, a convenient place to practice their skills. They are loyal to their profession, not to the place where they happen to practice it (47, s. 349).

Schein hevder at å endre sin egen kultur er det ypperste av ledelse (45).

Orvik peker på at organisasjon og ledelse kan være en undervurdert sykepleiekompetanse. I erkjennelsen av at sykepleiefaget er et ”organisasjonstungt” område, mener han organisasjonskonteksten må inkluderes i sykepleiefaget for å tydeliggjøre sykepleien og dens rammebetingelser (30). Klinisk og organisatorisk kompetanse er ikke motsetninger, men gjensidig utfyllende og avhengige kompetanser, idet det er en tett grenseflate mellom fag og organisering (48). Orvik visualiserer i figur 2 hvordan kulturen oppfattes forskjellig for den ”ledete” og lederen. Det viktige er at begge parter utvikler en felles forståelse, siden ledelse oppstår i relasjonen mellom leder og ”ledet” (30).



Figur 2. Kultur sett fra leder og ”ledet” sitt perspektiv (34).

Ved å se på ledelse som et relasjonelt fenomen betyr det, ifølge Orvik, at forholdet mellom leder og medarbeidere blir mer interessant enn egenskapene deres. ”Ledelse er altså noe som er knyttet til relasjoner mellom mennesker. Samtidig er ledelse noe som forsterker relasjoner mellom mennesker” (30, s. 139).

3.3 Salutogenese

Antonovsky offentliggjorde i 1979 en salutogenetisk modell, som fokuserer på kildene til helse, i motsetning til en patologisk orientering, som forklarer hvorfor mennesker blir syke. Han utviklet begrepet ”Sense of Coherence”, på norsk ”Opplevelse av sammenheng”, og utviklet et instrument med 29 spørsmål for å kunne måle dette.

Antonovsky så at hele mennesket og dets sammenheng medvirker til helse. Han anså helsen som et kontinuum, hvor helse og uhelse fins hos alle mennesker, kontinuerlig. Dette istedenfor å tenke helse og sykdom som en dikotomi, hvor man enten er frisk eller syk (49). Antonovsky ville beskrive et bilde der både helse og uhelse fins hos alle mennesker hele tiden, som en del av livet. Dette kontinuumssynet på helse medfører at selv den som er syk fortsatt har en del helse, og dermed trenger man ikke se helse som enten frisk eller syk, men snarere en fysisk og opplevd kvalitet, som gradvis endres mot økt eller minsket helse. Man kan kalle dette for et helsesyn, i motsetning til et sykdomssyn (23).

Helse har ikke bare en egenverdi; den er en ressurs i hverdagen. Å bli stilt overfor en stressfaktor fører til en spenningstilstand. Hvorvidt utfallet blir patologisk, nøytralt eller helsefremmende avhenger av effektiviteten av håndtering av stress (48). Antonovsky forstod at det fins motstandsressurser som hjelper mennesker til å mestre og fungere i livet (23).

Tre begrep i hans teori er helt sentrale: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begrepene beskriver menneskets opplevelse på tre ulike plan:

- det kognitive og intellektuelle (begripelighet)
- det praktiske og instrumentelle (håndterbarhet) og
- det mer følelsesmessige og affektive (meningsfullhet).

Disse representerer forutsetninger for et bedre liv og framgang for individet. Spørsmål om hva som kan bidra til at mennesket beveger seg mot økt helse, at mennesker overlever eller til og med vokser og utvikler seg tross en veldig høy stressbelastning, kaller Antonovsky ”helsens mysterium” (23).

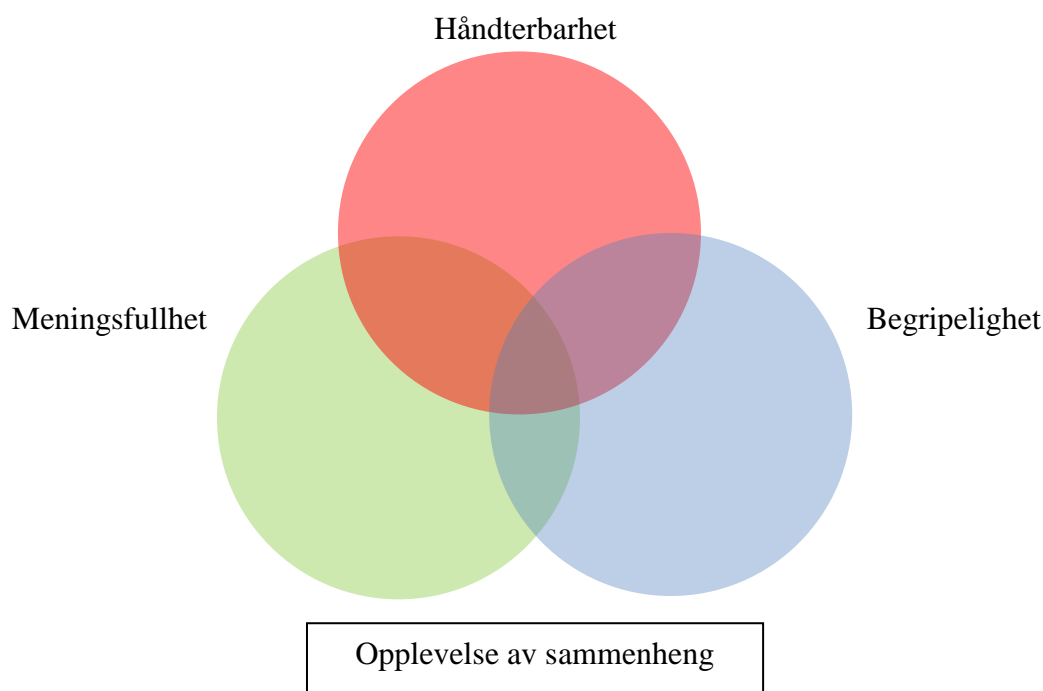
Antonovsky mener begripeligheten er en forutsetning for både håndterbarheten og meningsfullheten, samtidig som meningsfullheten er avgjørende for de to andre, idet motivasjonen alltid må være tilstede. Hele sammenhengen, innbefattet samhörighet, er avgjørende for hvordan mennesket lykkes i å bevare eller forbedre sin helse. Når mennesket tilhører flere sammenhenger som gir mening, begripelighet og håndterbarhet,

blir det en ressurs (23). Jobben som arena utgjør ofte en slik sammenheng i menneskers liv, via relasjoner og samspill med andre mennesker.

For å mestre arbeidet og ha det bra trenger også ledere, for sin egen del, en god opplevelse av sammenheng. Dette kan omsettes til tre viktige forutsetninger lederen behøver inneha:

1. Vilje til å lede
2. Kunnskap og forståelse for hva ledelse går ut på
3. Evne og mot til å lede (23, s.23).

Opplevelsen av sammenheng kan, ifølge Hanson, beskrives som en teori om koblingen mellom mennesket og sammenhengen. Den er testet av mange ulike forskere og har vist seg å holde, noe som gjør det meget sannsynlig at menneskets opplevelse av sammenheng faktisk bidrar til å styrke og bevare helsen (23). Dette illustreres i figur 3.



Figur 3. Antonovsky sin teori om opplevelse av sammenheng (23, s. 65).

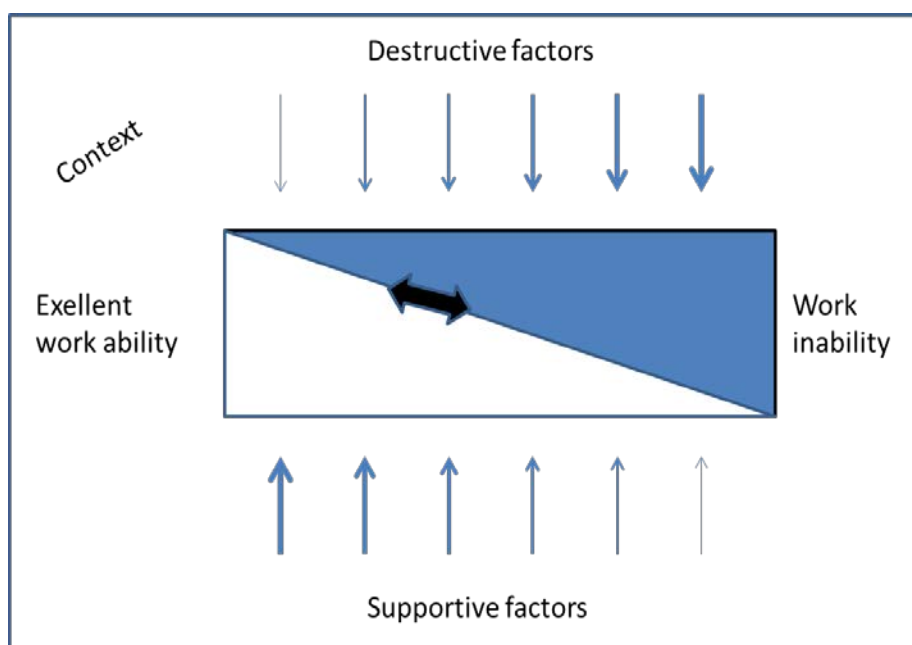
Filosofien bak teorien om opplevelse av sammenheng harmonerer godt med essensen i Ottawa charteret. Når det gjelder HP sees helse som en menneskerett, og ansvaret for å oppnå velvære og livskvalitet strekker seg mye lenger enn til helsesektoren og helseatferd. Det ultimate mål for HP er å skape forutsetninger for et godt liv, og opplevd god helse er en determinant for livskvalitet. Eriksson og Lindström benytter livets elv, "The River of Life", som en metafor – elven er full av risikoer og ressurser. Allikevel er utfallet for en stor del basert på vår evne til å identifisere og bruke ressursene til å forbedre våre valg for helse og liv (50).

3.4 Helsefremmende ledelse

I arbeidsmiljøloven kapittel 1§ 1-1 slås fast at lovens formål blant annet er: ”a) å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon og som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, ...”(51).

Helsefremmende arbeid sikter mot en økning av motstandskraft, overskudd, livskvalitet og mestringsevne, til forskjell fra forebyggende arbeid hvor målet er å redusere risikoen for at bestemte sykdommer og ulykker oppstår, først og fremst ved å redusere risikofaktorer (52,53).

Lindberg har, inspirert av blant andre Antonovsky, utarbeidet en modell som viser arbeidsevnen gjennom livet, ”the work ability continuum”.



Figur 4. The work ability continuum (54, s. 1).

Modellen illustrerer hvordan arbeidsevnen til et menneske gjennom sitt enestående liv er influert av et dynamisk samspill mellom støttende faktorer som fremmer arbeidsevne og motvirker destruktive faktorer. På samme vis vil destruktive faktorer hemme arbeidsevnen. Gjennom arbeidslivet vil individet bevege seg opp og ned ”the work ability continuum”. Den lille, svarte pilen på akse i figur 4 representerer nettopp denne bevegelsen mellom god arbeidsevne og arbeidsuførhet.

Man skiller mellom helsefremmende tiltak rettet mot individet, eksempelvis å legge til rette for at de ansatte tar gode valg med hensyn til livsstil, og/eller organisasjonen, hvor utforming av arbeidsplasser og arbeidsmiljø som skaper bedre helse er framtreddende.

Sentrale begrep i helsefremmende arbeidsplasser er: friskfaktorer, langtidsfrisk, flyt, kreativitet og positive psykologiske faktorer. Friskfaktorer kalles også salutogene faktorer (52,53).

Helsefremmende ledelse har som oppgave å gjøre sammenhengen meningsfull, begripelig og håndterbar. Dette er en forutsetning for å oppnå *friske arbeidsplasser*, som leder til at virksomheten blir framgangsrik, lønnsom og ressurseffektiv. Lederskapet har da utgangspunkt i lederens interesse for andre og viljen til å inspirere, oppmuntre og bekrefte positiv atferd (23).

Hanson mener at den som skal lede mennesker må like mennesker, i betydningen av å være nysgjerrig på og fascinert av. Ledere med et salutogent syn velger å se medarbeiderne som kompetente og ha tillit til deres gode vilje. Og som nevnt i kapittel 3.3 må også lederne evne å ivareta seg selv. Lederens egen opplevelse av sammenheng og eget velbefinnende er nemlig en forutsetning for lederskapet (23).

4. FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Formålet med studien er å undersøke forutsetningene for ledere for anestesisykepleiere til å ivareta faglig ledelse ved sykehus i norske helseforetak. For å belyse dette har forfatteren formulert følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever ledere for anestesisykepleiere å ivareta faglig ledelse ved norske helseforetak i dag?
- Er det å være leder for anestesisykepleiere en rolle man har lyst til å inneha?

5. METODE

5.1 Metodevalg

Med utgangspunkt i spørsmål fra overordnede vitenskapsteoretiske forståelsesrammer ved all forskning av ontologisk (læren om hvordan virkeligheten ser ut) og epistemologisk art (læren om hvordan det er mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten) (55), ble valg av metode gjort med den hensikt å undersøke hvordan ledere for anestesisykepleiere opplever sin arbeidssituasjon når det gjelder faglig ledelse. I tillegg var det et mål å skaffe til veie en oversikt over ledere for anestesisykepleiere i Norge.

Forskningsspørsmålene ga derfor utgangspunkt for å gjennomføre studien ved bruk av en kombinasjon av metoder; at bestemte fenomen studeres fra ulike synsvinkler og -punkt, og at problemstillingen belyses ved hjelp av forskjellige metoder og data. Grønmo beskriver hvordan man kan kombinere kvantitativ og kvalitativ datainnsamling, blant annet ved å gjennomføre kvalitative undersøkelser som oppfølging av kvantitative undersøkelser (56). Kvalitativ forskning kan forsterke kvantitativ forskning ved å plassere kvantitative data inn i en meningsfull sosial kontekst (57). Malterud hevder at

”Ved å kombinere ulike forskningsmetoder i ett og samme prosjekt kan vi utvikle bredere kunnskap enn om vi bare utforsker feltet fra et bestemt perspektiv” (58, s. 188). Videre fastslås at:

... viktig å gjennomføre innsamling og analyse av data fra hver av de valgte perspektiver, hver for seg. Først når resultatene fra de ulike observasjonene foreligger, kan vi legge dem ved siden av hverandre for å se hvordan de utfyller eller korrigerer hverandre som ulike deler av et felles puslespill (58, s. 189).

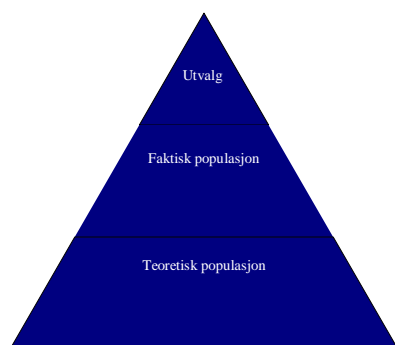
Studien er således gjennomført i to deler:

- en kvantitativ spørreundersøkelse, som forsøker å fange opp helheten og
- kvalitative forskningsintervju, hvor formålet er å skape en dypere forståelse.

5.2 Kvantitativ metode

Kvantitativ forskning er en betydelig bidragsyter innen forskningsbasert kunnskap og spesielt egnet til blant annet å kartlegge og se på sammenhenger (59). Kvantitativ metode brukes for å få breddekunnskap, finne årsakssammenhenger og for å teste hypoteser som kan overføres til personer eller situasjoner (56).

Bowling sier at ”the sampling unit” kan være et individ, en organisasjon eller et geografisk område. I statistisk terminologi er en populasjon en total samling av mennesker (57). Teoretisk populasjon er alle man ønsker å uttale seg om, og det er viktig å definere klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. De man faktisk kan uttale seg om, og har mulighet til å spørre, kalles faktisk populasjon. Som oftest kan man ikke undersøke alle i den faktiske populasjonen, men må gjøre et utvalg. I hvilken grad utvalget reflekterer den faktiske populasjonen kalles representativitet (60). Figur 5 synliggjør hvordan utvalg bygger på teoretisk og faktisk populasjon.



Figur 5. Sammenheng mellom teoretisk populasjon, faktisk populasjon og utvalg (59, s. 103).

I denne studien ble alle førstelinjeledere for anestesisykepleiere i norske helseforetak, 77 personer, identifisert og inkludert for å oppnå breddekunnskap. Den kvantitative delen av studien omfatter dermed en hel populasjon.

Sentralt i kvantitativ forskning er bruk av spørreskjema, spesielt i survey undersøkelser, også kalt spørreundersøkelser. Spørreskjema er en egnet metode hvis man vil nå et større antall respondenter. Skjemaet bør ikke være for omfattende, verken når det gjelder antall spørsmål eller svaralternativer. Det må sikres at det er lett å fylle ut og returnere skjemaet (61).

Strukturerte spørreskjema med forhåndsdefinerte svaralternativer har den fordel at det er lett å samle tydelige data, samt kvantifisere dem for videre analyser. Svakheten er at predefinerte svaralternativer ikke er tilstrekkelig utfyllende og tilpasset respondentens mening. Metoden er best egnet for å tilegne seg faktiske data som kjønn, alder, antall yrkesaktive år og lignende, men kan være gjenstand for feil med hensyn til innhenting av informasjon om holdninger, atferd og sosiale prosesser (57).

Fordi det ikke fantes noen oversikt over ledere for anestesisykepleiere i Norge anså forfatteren spørreskjema som en velegnet metode for å skaffe til veie nettopp dette. Det være seg fakta om hvor mange ledere som faktisk fins, deres alder, ansiennitet, hvor mange de er leder for og fordelingen kvinner/menn.

Spørreskjemaet ble laget av forfatteren selv. Det inneholdt 18 spørsmål, samt et siste felt hvor respondentene kunne komme med kommentarer i fritekst. Spørsmålene ble laget med bakgrunn i relevant teori om ledelse og salutogenese. Det ble delt inn i tre seksjoner, som hver inneholdt spørsmål med lik tematikk:

- påstander angående lederskap
- spørsmål om jobbsituasjon og
- bakgrunn og forhold i jobben.

Det ble bedt om å besvare hvert spørsmål med ett svaralternativ, enten ved å velge ett blant flere ulike predefinerte svar eller angi grad av enighet i en fem-poeng skala, fra 1 helt uenig, via 2, 3, 4 til 5 helt enig, en såkalt Likert-skala (57). Det er ingen antakelse om likt intervall på skalaen; den angir således ikke respondentenes presise holdninger.

Strukturert spørreskjema med informasjonsbrev, samtykkeerklæring (se vedlegg 1, 2 og 3) og frankert svarkonvolutt ble sendt ut i brev form adressert personlig til hver enkelt leder, først til to piloter, deretter til totalt 77 respondenter. Fire av respondentene var ikke anestesisykepleiere, men operasjonssykepleiere. Da de leder anestesisykepleiere ble de inkludert i studien. Det ble purret på svar én gang, enten via brev eller e-post, og det kom da inn noen flere svar.

Spørreskjemaene ble analysert ved hjelp av det statistiske dataprogrammet IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), og analysert i deskriptiv statistikk, som beskriver og oppsummerer den informasjonen som ble innhentet (62). Videre ble svarene kategorisert i tre ulike kategorier ut fra innhold, slik det gjøres rede for i kapittel 6.1.

Det eksisterer ingen standard for en akseptabel minimum svarprosent, selv om det synes allment akseptert at en responsrate på 75 % og mer er bra. Ikke-responderer er en potensiell kilde til bias (57). Tabell 3 i kapittel 6.1 viser bortfallet av responderer i den kvantitative delen av studien.

Svarene fra spørreundersøkelsen dannet grunnlaget for intervju med et utvalg av lederne.

5.3 Kvalitativ metode

Intervju er én måte å innhente data til en studie. Det kan defineres som en samtale mellom intervjuer og intervjuobjekt, hvor det interessante er å få fram tanker og meninger om et tema, en hendelse eller lignende. Slik kan forskeren prøve å se tingene i intervjuobjektens perspektiv (57).

Det kvalitative forskningsintervju søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Formålet er å forstå aspekter ved intervjupersonens dagligliv; det konstrueres kunnskap i samspill eller interaksjon mellom intervjueren og den intervjuede. Det er en aktiv kunnskapsprosess, hvor intervjueren og den intervjuede produserer kunnskap sammen. Et semistrukturert forskningsintervju fokuserer på den intervjuedes opplevelse av emnet. Mesteparten av den kunnskapen som skapes gjennom forskningsintervju, dreier seg om menneskers opplevelser, ønsker og meninger. Det legges vekt på å oppnå intellektuell innsikt (63).

Forskningsintervjuet er gjennomsyret av etiske problemer, idet kunnskap som kommer ut av slik forskning avhenger av den sosiale relasjonen mellom intervjueren og den intervjuede. Intervjusituasjonen er likeledes preget av et asymmetrisk maktforhold (63).

Intervjuobjektene i denne studien, heretter benevnt informanter, til sammen syv personer, ble valgt ut fra en "purposive sampling", som er en beregnet ikke-tilfeldig utvelgelsesmetode. Den har som mål å prøve ut en gruppe mennesker med spesielle karakteristikk (57).

Et strategisk valg av informanter ble gjort ut fra et ønske om å vise bredden blant ledere for anestesisykepleiere. Det er derfor gjort intervjuer med ledere i alle de fire RHFene i Norge for å belyse virkeligheten i hele landet.

Sykehusene hvor informantene arbeidet ble valgt ut fra størrelse, med vekt på å intervjuere ledere for både små og store enheter, likeså ledere på lokal- og universitetssykehus, med tanke på å avdekke eventuelle forskjeller i arbeidsinnhold og roller ved ulike typer sykehus.

Det er videre tatt et bevisst valg ut fra følgende kriterier: alder, kjønn og ansiennitet. Informantene representerer således en spredning blant ledere for anestesisykepleiere, se tabell 2.

Tabell 2. Oversikt over informanter til intervju.

Respondent	Aldersgruppe	Kjønn	Leder for antall	Antall år som leder
1	40-49	Mann	> 40	< 1
2	40-49	Kvinne	10-19	1-5
3	40-49	Kvinne	> 40	10-15
4	40-49	Kvinne	10-19	< 1
5	> 60	Kvinne	< 10	10-15
6	50-59	Mann	< 10	> 15
7	40-49	Mann	< 10	1-5

Intervjuene ble som allerede nevnt gjort med bakgrunn i svarene fra spørreskjemaundersøkelsen og ved hjelp av en delvis strukturert intervjuguide. Formålet var å søke en dypere forståelse av ledernes opplevelse av sin jobbsituasjon med hensyn til faglig ledelse. Informantene ble kontaktet telefonisk med spørsmål om deltakelse til intervju, og alle svarte positivt med en gang. Informasjon vedrørende intervjuet og samtykkeskjema (se vedlegg 4 og 5) ble sendt informantene per mail i forkant av selve intervjuet.

Først ble det foretatt to pilotintervju, slik at forfatteren hadde mulighet for å justere retningen. En semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 6) var utarbeidet, men fungerte kun som en kontroll på om alle vesentlige tema ble berørt under intervjuet. Pilotintervjuene inngår i studien.

Ifølge Kvale er et viktig kvalifikasjonskriterium for forskeren som intervjuer at vedkommende er velinformert om intervjuemnet (63). I denne studien ivaretas dette ved at intervjueren er mangeårig klinisk anestesisykepleier og har vært førstelinjeleder for anestesisykepleiere. Det er en fordel at forfatteren har innsikt i denne verdenen, samtidig som det krever stor bevissthet, slik at denne forforståelsen ikke påvirker tolkningen i for stor grad. Derfor har bevisstheten rundt at det er informantenes svar og meninger som skal komme fram, vært stor, se kapittel 5.4.

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett av forfatteren selv. Dialekt ble omskrevet med tanke på konfidensialitet. Kvale hevder at intervjusamtalene er bedre egnet for analyse når de transkriberes fra muntlig til skriftlig form, og struktureringen til tekstform er i seg selv en begynnelse på analysen (63).

Analysing av intervjuene ble gjort ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Metoden kan beskrives ved at en meningsbærende enhet er ord, setninger eller avsnitt som inneholder aspekter relatert til hverandre gjennom innhold og kontekst. Kondensering refererer til en prosess med nedkorting av tekst samtidig som kjernen bevares. Abstraksjon av tekst legger vekt på beskrivelser og tolkning på et høyere logisk nivå. Merkelappen på en meningsbærende enhet er en kode. Det å skape kategorier, som kan beskrives som en gruppe med felles innhold, er noe av det viktigste i kvalitativ innholdsanalyse (64).

Malterud (58) beskriver systematisk tekstkondensering som en prosess i fire trinn:

- Å danne seg et helhetsinntrykk - finne tema
- Å identifisere meningsbærende enheter - fra tema til kode
- Kondensering - fra kode til mening
- Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begrep

Selv om disse beskrivelsene peker på en lineær prosess, er det viktig å ha i mente at analysering innebærer en prosess til og fra mellom det hele og deler av teksten (64).

Analyse av intervjuene ga opphav til funn presentert under fem overskrifter i kapittel 6.2.

5.4 Forforståelse

Forforståelse er et sentralt begrep innen forskning, og i litteraturen framheves at bevisstheten om egen forforståelse er viktig for å sikre validitet og reliabilitet i forskningsprosessen. Dette er særlig poengtert innen kvalitativ forskning, der forskeren benytter seg selv som instrument. Malterud hevder imidlertid:

Uansett hvilken forskningsmetode vi bruker, eller hva slags forskningsprosjekt vi skal gjennomføre, vil forskerens person på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og dens resultater. Dette gjelder enten materialet består av tall eller tekst (58, s. 44).

Studien har sitt utspring i forfatterens mangeårige yrkeserfaringer, både som klinisk anestesisykepleier og førstelinjeleder for anestesisykepleiere. Det er noen år siden forfatteren selv var i noen av disse rollene, og nåværende jobb som leder på et høyere nivå gjør at man kan betrakte feltet med en viss avstand. Allikevel stiller det store krav til bevissthet for å innta en mest mulig nøytral rolle når man går inn i et såpass kjent område. Forfatteren har gjennom hele prosessen stilt spørsmål ved om man har den nødvendige distanse til det undersøkte feltet, og er klar over at denne nærheten kan utgjøre en svakhet, idet det er en fare for at resultatene kan tendere mot forfatterens forventninger.

Ifølge Malterud vil imidlertid erfaringsbasert feltkunnskap være en viktig ressurs når klinikeren går inn i et forskningsprosjekt (58). Slik sett kan forfatterens kunnskap om og kjennskap til området sees som en fordel. Man snakker stammespråket, forstår konteksten og kan lettere sette seg inn det undersøkte feltet. Forfatterens blikk vil uansett være preget av de erfaringer man selv har, og det er det viktig å være klar over.

Tidligere forskning som forfatteren kjenner til innen denne yrkesgruppen (1,2,13) har vært utført blant kliniske anestesisykepleiere, mens forfatteren i denne oppgaven bevisst har villet undersøke hvordan lederne opplever sin hverdag. Dette for å kunne oppnå større kunnskap om, og derav forståelse for, hvordan ansatte og ledere muligens ser noe forskjellig på virkeligheten.

5.5 Reliabilitet og validitet

Ifølge Kvale har reliabilitet med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre, og han problematiserer at ønsket om en høy reliabilitet for å motvirke subjektivitet kan hindre kreativ tenkning og variasjon. Slik sett er det snakk om en balanse mellom det å strengt holde seg til oppsatte planer og det å fange opp fornemmelser underveis (63).

Malterud mener vi sjelden kan svare ja eller nei på spørsmålet om det vi har funnet er sant. Imidlertid vil alltid feltet der kunnskapen er innhentet være med på å bestemme kunnskapens rekkevidde i tid og rom, noe som gjør at det første spørsmålet om validitet blir hva det er sant om (*intern validitet*). Det andre spørsmålet gjelder overførbarhet (*ekstern validitet*), hvilket innebærer om funn kan gjøres gjeldende ut over den kontekst der de er kartlagt (58). Kvale hevder videre at validering er å sette spørsmålsteget ved den forskningen som er gjort; å kritisk vurdere hvorvidt metoden representerer relevante veier til kunnskap slik at problemstillingen belyses (63).

Når det gjelder studiens kvantitative del er spørreskjemaet laget av forfatteren selv, og det reduserer validiteten av skjemaet. Veileder har imidlertid gjennomgått spørreskjemaet - det øker validiteten. I spørreundersøkelsen ble det spurt om ting forfatteren var nysgjerrig på, og slik fungerte spørreskjemaet som et verktøy til å måle det man ville finne ut mer om. Skalaen spørsmålene ble besvart i ble utformet ut fra rådende oppfatninger av hva som øker validiteten av svarene.

Besvarte spørreskjema ble, som redegjort for i kapittel 5.2, programmert inn i det statistiske dataprogrammet IBM SPSS. For å øke reliabiliteten kontrollerte to personer, forfatteren inkludert, at riktige svar ble programmert inn.

I kvalitative studier kommer påliteligheten til syne gjennom troverdigheten av innsamling og tolkning av data (58). I denne studien kan forfatterens ringe erfaring i rollen som intervjuer ha påvirket både spørsmålsstillinger, muligens i form av ledende spørsmål, og svar. Forfatteren var bevisst på å stille få, åpne spørsmål, nettopp for å styrke reliabiliteten, og la informantene snakke uforstyrret rundt de temaer som ble tatt opp. Det var en stor bevissthet om at det var informantenes svar som skulle komme fram. Tilleggsspørsmål ble stilt dersom det var viktig å utdype svar som ble gitt. Det at forfatteren selv gjennomførte alle deler av studien, både intervju, transkribering og tolkning av data, styrker troverdigheten.

Forfatteren gjennomførte en pilotstudie i forkant av både den kvantitative og den kvalitative delen av studien. Dette er med på å øke validiteten.

Forfatteren er biased/forutinntatt ved selv å være både anestesisykepleier og leder. Dette har vært søkt motvirket ved å kontinuerlig ha en bevissthet omkring fakta, samt forsøke å innta en distant holdning til det som ble tatt opp.

5.6 Etiske betraktninger

I Norge reguleres forskning på mennesker av LOV 2006-06-30 nr. 56, *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*, forskningsetikkloven. Formålet med loven er at den skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer (65).

I tillegg fins det i Norge *nasjonale forskningsetiske komiteer*, som skal være rådgivende og dekke alle fagområder. Komiteenes oppgave er blant annet å stimulere til debatt om saker har betydning både for forskersamfunnet og for befolkningen generelt. Forskningsprosjekter i Norge som innebærer forsøk på mennesker skal legges fram for *regionale komiteer innen medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* til godkjenning (65).

I tillegg, fordi vurderingen av prosjekter basert på kvalitative metoder har bydd på særlige utfordringer for forskningsetiske komiteer, både nasjonalt og internasjonalt, har man utarbeidet *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. En grunnleggende utfordring har tilkommet ved at kvalitativ forskning setter den tradisjonelle biomedisinske forståelsen av hva vitenskap er på prøve (66,63).

I alle studier der mennesker inngår er det en viktig oppgave for forskeren å informere om at all deltakelse er frivillig. Frivilligheten stadfestes gjennom informert samtykke. All informasjon behandles konfidensielt og anonymitet må sikres (59).

Studien er forelagt for REK – Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk – telefonisk, og vurdert til ikke å være framleggingspliktig.

Studien er meldt til Personvernombudet ved Akershus universitetssykehus HF, og databehandlingen er tilrådet. Akershus universitetssykehus HF er databehandlingsansvarlig.

Lydfiler og utskrifter vil bli slettet etter at studien er gjennomført. Informantene er ikke registrert med navn eller andre identifiserbare personopplysninger.

6. RESULTAT

Resultatene fra den kvantitative og den kvalitative delen av studien presenteres hver for seg.

6.1 Kvantitativ studie

Det kom inn 62 svar av 77 utsendte spørreskjemaer, noe som gir en svarprosent på 80,5 %. Som referert i kapittel 5.2 synes det allment akseptert at en responsrate på 75 % og mer er bra. Forfatteren antar den høye svarprosenten kan ha sammenheng med

anestesisykepleiernes engasjement og interesse for faget; at man ved å delta i spørreundersøkelsen kunne bidra til økt kunnskap. Som nevnt i kapittel 5.1 er ikke-respondenter en potensiell kilde til bias (57). Forfatteren har ikke noe klart svar på hvorfor bortfallet er slik det framkommer i tabell 3.

Tabell 3. Oversikt over bortfall av ledere som fikk tilsendt spørreskjema i de ulike helseforetakene.

Helseforetak	Antall	Kvinne	Mann
Helse Sør-Øst	5	4	1
Helse Vest	3	2	1
Helse Midt-Norge	6	5	1
Helse Nord	1	1	0
Total	15	12	3

Tabell 3 viser en oversikt over ledere som ikke svarte på utsendte spørreskjema. I forhold til det totale antall spørreskjemaer som ble sendt ut er det påfallende mange som ikke svarer i Helse Midt-Norge.

Skjemaene ble sent ut på forsommeren 2011, og avvikling av ferie kan ha gjort at færre svarte. Forfatteren kontrollerte ikke om alle faktisk mottok tilsendt skjema. Muligens ville flere svart med nok en purring.

Den kvantitative studien presenteres først ved å vise demografiske data (6.1.1). Deretter presenteres resultatene ut fra forskningsspørsmålenes perspektiv, nemlig rammer og forutsetninger for lederrollen (6.1.2), og til slutt opplevelsen av å være leder (6.1.3).

6.1.1 Demografi

Tabell 4 - 8 viser ulike demografiske parametre blant respondentene.

Tabell 4. Antall ledere fordelt på kjønn i de ulike helseregionene.

Helseregion	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Total	Prosent
Ledere						
Kvinne	19	12	4	6	41	66,1
Mann	8	4	3	6	21	33,9
Total	27	16	7	12	62	100,0

41 av respondentene, 66,1 %, er kvinner. 21 av respondentene er menn, hvilket utgjør 33,9 %. Andelen menn blant lederne er relativt stor.

Tabell 5. Aldersfordeling blant lederne.

Alder	Antall	Prosent
30 – 39 år	4	6,5
40 – 49 år	18	29,0
50 – 59 år	36	58,1
> 60 år	4	6,5
Total	62	100,0

93,6 % av respondentene er over 40 år, 64,6 % er over 50 år. Det tilsier at lederne har en relativt høy alder.

Tabell 6. Antall år lederne har vært ferdig utdannet anestesisykepleier.

År som anestesisykepleier	Antall ledere	Prosent
1 - 5 år	1	1,6
6 – 9 år	6	9,7
10 – 15 år	12	19,4
> 15 år	39	62,9
Total	58	93,5
Ikke svart	4	6,5
Total	62	100,0

62,9 % av lederne har vært anestesisykepleier i mer enn 15 år, mens bare 1,6 % har vært anestesisykepleier i mindre enn 6 år. De fire som ikke har svart, er ledere som ikke er utdannet anestesisykepleiere. De er alle utdannet operasjonssykepleiere.

Tabell 7. Antall år respondentene har vært leder.

År	Antall	Prosent
< 1 år	5	8,1
1 - 5 år	18	29,0
6 – 9 år	14	22,6
10 – 15 år	11	17,7
> 15 år	14	22,6
Total	62	100,0

40,3 % av respondentene har vært leder i mer enn 10 år, 8,1 % i mindre enn 1 år, mens resterende, 51,6 %, har vært leder mellom 1 – 9 år.

Tabell 8. Antall ledere med og uten lederutdanning.

Lederutdanning	Antall	Prosent
Ja	45	72,6
Nei	17	27,4
Total	62	100,0

72,6 % av respondentene har en eller annen form for lederutdanning, som kan være bedriftsintern og/eller utdanning med tellende studiepoeng. 27,4 % har ingen lederutdanning.

6.1.2 Rammer og forutsetninger for lederrollen

Tabell 9 - 13 viser noen rammefaktorer for respondentene.

Tabell 9. Størrelsen på enhetene, målt i antall ansatte, i de ulike helseregionene.

Helseregion	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Total	Prosent
Antall ansatte						
< 10	3	4	1	4	12	19,4
10 - 19	6	5	3	5	19	30,6
20 – 29	3	3	3	3	12	19,4
30 – 39	9	1	0	0	10	16,1
> 40	6	3	0	0	9	14,5
Total	27	16	7	12	62	100,0

Tabellen viser at det blant respondentene er 9 ledere, 14,5 %, som har mer enn 40 ansatte, de fleste av dem, 6, i Helse Sør-Øst. Den største prosentandelen, 30,6, tilsvarende 19 respondenter, leder enheter med mellom 10 og 19 ansatte. Helse Vest og Helse Nord har flest enheter med få ansatte, mindre enn 10, med henholdsvis 25 % og 33,3 %. Helse Midt-Norge og Helse Nord har ingen som leder mer enn 29 ansatte.

Tabell 10. Ledere som har ansatt fagutviklingssykepleier sett opp mot antall ansatte.

Ansatt fagutviklingssykepleier	Ja	Prosent	Nei	Prosent	Total	Prosent
Antall ansatte						
< 10	6	9,7	6	9,7	12	19,4
10 - 19	11	17,7	8	12,9	19	30,6
20 – 29	8	12,9	4	6,5	12	19,4
30 – 39	10	16,1	0	0,0	10	16,1
> 40	9	14,5	0	0,0	9	14,5
Total	44	70,9	18	29,1	62	100,0

70,9 % av enhetene har ansatt fagutviklingssykepleier. Stillingsprosenten dedikert til fagutviklingsarbeid varierer. Alle de store enhetene, flere enn 30 ansatte, har fagutviklingssykepleiere.

Tabell 11. Lederne mening om at arbeidstiden i for stor grad brukes på administrative arbeidsoppgaver sett opp mot om de har lederutdanning.

Grad av enighet	1 Helt uenig	2	3	4	5 Helt enig	Prosent 4 - 5	Total
Lederutdanning Ja	2	2	12	11	18	64,4	45
Nei	1	1	4	2	9	64,7	17
Total	3	3	16	13	27	64,5	62

64,4 % av lederne med lederutdanning er helt eller nesten helt enig i at arbeidstiden i for stor grad går med til administrative oppgaver. 64,7 % av lederne uten lederutdanning er av samme mening, altså ingen forskjell.

Tabell 12. Lederne mening om at arbeidstiden i for stor grad brukes på administrative arbeidsoppgaver sett opp mot størrelsen på enheten de leder, målt i antall ansatte.

Grad av enighet	1 Helt uenig	2	3	4	5 Helt enig	Prosent 4 - 5	Total
Antall ansatte							
< 10	1	1	3	5	2	58,3	12
10 - 19	1	1	6	3	8	57,9	19
20 - 29	1	1	3	0	7	58,3	12
30 - 39	0	0	4	2	4	60,0	10
> 40	0	0	0	3	6	100,0	9
Total	3	3	16	13	27	64,5	62

Lederne som har mer enn 40 ansatte er alle helt eller nesten helt enig i at arbeidstiden i for stor grad brukes på administrative arbeidsoppgaver. Jo flere ansatte, jo mer synes lederne de bruker mye tid på administrative arbeidsoppgaver.

Tabell 13. Nødvendighet av kunnskap om ledelse for å kunne utøve lederjobben sett opp mot lederutdanning eller ikke.

Grad av enighet	1 Helt uenig	2	3	4	5 Helt enig	Prosent 4 - 5	Total
Lederutdanning							
Ja	0	1	0	18	26	97,8	45
Nei	0	0	2	10	5	88,2	17
Total	0	1	2	28	31	95,2	62

97,8 % av lederne med lederutdanning er helt eller nesten helt enig i at kunnskap om ledelse er nødvendig for å kunne utøve jobben som leder, mens bare 88,2 % av lederne uten lederutdanning mener det samme.

6.1.3 Opplevelsen av å være leder

Tabell 14 -18 refererer til aspekter ved opplevelsen av å være leder hos respondentene.

Tabell 14. Opplevelse av ledelse som meningsfylt sett i forhold til antall ansatte.

Grad av enighet	1 Helt uenig	2	3	4	5 Helt enig	Prosent 4 - 5	Total	Prosent
Antall ansatte								
< 10	0	0	3	3	6	14,5	12	19,4
10 - 19	0	0	2	7	10	27,4	19	30,6
20 - 29	0	0	0	2	10	19,4	12	19,4
30 - 39	0	0	1	4	5	14,5	10	16,1
> 40	0	0	0	3	6	14,5	9	14,5
Total	0	0	6	19	37	90,3	62	100,0

De fleste respondentene, 90,3 %, er helt eller nesten helt enig i at det er meningsfylt å være leder. De som leder mellom 10 – 19, 27, 4 %, opplever det som mest meningsfylt å være leder.

Tabell 15. Opplevelse av ledelse som meningsfylt hos ledere med og uten lederutdanning.

Grad av enighet	1 Helt uenig	2	3	4	5 Helt enig	Prosent 4 - 5	Total	Prosent
Lederutdanning Ja	0	0	5	13	27	88,9	45	72,6
Nei	0	0	1	6	10	94,1	17	27,4
Total	0	0	6	19	37	90,3	62	100,0

40 av respondentene med lederutdanning, 88,9 %, er helt eller nesten helt enig i at ledelse er meningsfylt, mens 16 av lederne uten lederutdanning, 94,1 %, er av samme oppfatning. Altså opplever lederne uten lederutdanning i noe større grad ledelse som meningsfylt.

Tabell 16. Ledernes opplevelse av å bli verdsatt i forhold til antall ansatte.

Grad av enighet	1 Helt uenig	2	3	4	5 Helt enig	Prosent 4 - 5	Total	Prosent
Antall ansatte								
< 10	0	0	3	3	6	14,5	12	19,4
10 - 19	0	0	2	7	10	27,4	19	30,6
20 - 29	0	0	0	2	10	19,4	12	19,4
30 - 39	0	0	1	4	5	14,5	10	16,1
> 40	0	0	0	3	6	14,5	9	14,5
Total	0	0	6	19	37	90,3	62	100,0

De fleste respondentene, 90,3 %, opplever at de ansatte verdsetter dem. De som leder mellom 10 – 19 ansatte, 27,4 %, opplever oftest å bli verdsatt.

Tabell 17. Lederes oppfatning av tilrettelegging for faglig utvikling i enheten de leder.

1 Uenig – 5 Enig	Antall ledere	Prosent
1	0	0
2	0	0
3	8	12,9
4	33	53,2
5 Helt enig	21	33,9
Total	62	100,0

Respondentene synes i stor grad de tilrettelegger for faglig utvikling i den enheten de leder, idet totalt 87,1 % er helt eller nesten helt enig i utsagnet.

Tabell 18. Opplevelse av jobben som belastende i forhold til antall ansatte.

Grad av enighet	1 Helt uenig	2	3	4	5 Helt enig	Prosent 4 - 5	Total	Prosent
Antall ansatte								
< 10	1	0	2	6	3	75,0	12	19,4
10 - 19	0	6	4	4	5	47,4	19	30,6
20 – 29	0	1	3	7	1	66,7	12	19,4
30 – 39	0	3	2	3	2	50,0	10	16,1
> 40	1	0	1	6	1	77,8	9	14,5
Total	2	10	12	26	12	61,3	62	100,0

Totalt er 61,3 % helt eller nesten helt enig i at jobben som leder er belastende. 77,8 % av lederne med mer enn 40 ansatte mener dette; tilsvarende 75 % for de som leder enheter med mindre enn 10 ansatte. Lederne for de største og minste enhetene opplever altså jobben som mest belastende. Minst belastende opplever den for ledere for mellom 10 – 19 ansatte.

Kort oppsummert viser den kvantitative studien at det er forholdsvis mange menn som er ledere for anestesisykepleiere. Lederne er godt voksne og de fleste av dem har lederutdanning. Helse Sør-Øst har flest store enheter. Langt de fleste av enhetene har ansatt fagutviklingssykepleiere. Lederne opplever å bruke mye tid på administrative arbeidsoppgaver. De synes lederrollen er meningsfylt, men også belastende.

6.2 Kvalitativ studie

De syv lederne som ble intervjuet har sin arbeidsplass rundt om i hele Norge; altså er alle de fire RHFene representert. Det er flest fra Helse Sør-Øst, da dette er den klart største regionen. Tre av informantene er menn, mens fire er kvinner. Alle informantene var umiddelbart positive til å la seg intervju og svært meddelsomme under intervjuene.

På bakgrunn av en kvalitativ innholdsanalyse, slik den beskrives i kapittel 5.3, presenteres den kvalitative studien under fem overskrifter:

- Anestesisykepleiefaget inn i lederrollen
- Size Matters
- Helsefremmende ledelse
- 24/7/365
- Motivasjon for lederjobben

Disse presenteres fortløpende og blir ytterligere belyst ved å vise til sitat som utdyper innholdet. Funnene må sees i sammenheng, idet de utgjør et hele, uten at det er snakk om en årsakssammenheng.

6.2.1 Anestesisykepleiefaget inn i lederrollen

Informantene mener anestesisykepleiefaget utgjør en stor del av stillingen som leder.

”..., det ligger jo i stillingsinstruksen din, at du skal være faglig ansvarlig også ...”

Samtidig opplever de at andre deler av lederrollen fyller mye av hverdagen, slik som administrativ ledelse, drift og ikke minst personalledelse, særlig for de som leder store personalgrupper. Den faglige ledelsen er den som blir nedprioritert fordi alle de andre oppgavene er både nødvendige og tidkrevende. Lederne sier anestesisykepleiefaget ofte ivaretas av andre, slik som fagutviklingssykepleierne. Samarbeidet med disse vektlegges som særs viktig. De fungerer på mange måter som lederens forlengede faglige arm blant de ansatte.

Lederne ville gjerne vært mer med i det faglige arbeidet ved enheten de leder. De ser at engasjement i faglige spørsmål er svært viktig i lederrollen, for derigjennom å medvirke til å sette standarden for hvordan ting skal være. De ønsker å være med og påvirke den faglige retningen enheten skal gå i. Det viktige, mener de, er å vite hva faget er, hva det består av og evne å inspirere de ansatte til å være faglig engasjerte. Lederne ser også at det å opprettholde kompetansen blant de ansatte er ledernes klare ansvar.

Informantene uttrykker en stor kjærlighet til anestesisykepleiefaget, og de har vært redd for å miste denne fagligheten ved å gå inn i lederrollen. De har som anestesisykepleiere hatt en opplevelse av å være sterke innen sitt fagområde og har alltid hatt et stort faglig fokus. De opplever som leder å være såpass nært innpå den kliniske virksomheten at de ikke synes kunnskapen har gått tapt.

Lederne ønsker å holde seg faglig á jour, og deltar både i drift og fagutvikling. De ønsker selv å utøve anestesisykepleiefaget, også som ledere, og i små enheter inngår lederne tidvis som en del av staben. De går ofte med akuttcalling og løser av på operasjonsstua til pauser. Allikevel ser de at jo lenger man er leder, jo større er sannsynligheten for å gli litt vekk fra det ”å ha det i henda”.

Fra erfarne ledere påpekes at både arbeidsmåte og –form har endret seg mye gjennom deres yrkesliv. Prosedyrene er på en helt annen måte, skriftlige og kunnskapsbaserte.

Anestesilegene er mye mer med enn de var før, hvor anestesisykepleier utførte mange ting på egen hånd. I dag klareres alt med anestesilegene, og de fleste opplever det som greit.

”Nå må vi ha dem i ryggen hele tiden - det er i grunnen greit. Da har du ditt på det tørre og du avtaler med dem hva vi kan gjøre og sånn.”

Anestesiavdelinger hvor de over lang tid kun har hatt vikarierende anestesileger sier at kontinuiteten i faget da ivaretas av anestesisykepleierne. Lederne synes generelt det kan være utfordrende når man selv har stort faglig fokus og meninger om måten å løse oppgavene på, men begrenses ved at anestesilegene har en annen oppfatning av hvordan ting skal styres.

Lederne som jobber i helseforetak som har innført Personalportalen (Sykehuspartner leverer en webportal som benyttes av alle ansatte og ledere i tidligere Helse Sør-Øst. Personalportalen er en fullstendig verktøykasse for HR-området.) opplever at stadig mer tid brukes på personaladministrative oppgaver. Det er også flere møter og kontoroppgaver enn det var tidligere. Lederne for de største enhetene anslår at de bruker innpå 60 – 70 % av arbeidstiden på disse arbeidsoppgavene.

Informantene synes de blir veldig fanget av driften ved å være den som må ordne alle praktiske ting. Siden mange av oppgavene for leder har økt, opplever de det nå som vanskelig å kunne kombinere ledelse og klinisk drift, noe man tidligere kunne.

”..., bruker veldig mye tid på data, i Gat og Personalportalen, ... så det er klart, det er mye; ..., det er ikke mye jeg er ute i avdelingen lenger eller på stue; det er veldig, veldig sjelden.”

Når det gjelder faglighet blant anestesisykepleierne de leder, er ledernes oppfatning at engasjementet er noe sprikende. Noen ansatte er veldig ivrige faglig sett, mens mange ikke er det. Som leder synes informantene det er viktig å få til noe faglig, skape et engasjement og bidra til mer systematisk fagutvikling.

Lederne synes anestesisykepleierne de leder er gode på å tilegne seg ny teoretisk kunnskap, delta på kurs, samt holde seg oppdatert på nye prosedyrer og nytt utstyr. Når det kommer til skriftlig framføring og videreformidling av faget, er dette mye vanskeligere å få til.

”Det er enkelt å snakke om case, men hvis vi skal jobbe ut noe skriftlig, ..., så er terskelen veldig høy, føler jeg.”

Informantene ser at de leder veldig mange dyktige klinikere, men de mangler i en viss grad de som kan ta tak i og løfte fram anestesisykepleiefaget. Lederne mener det eksisterer utrolig mye taus kunnskap blant anestesisykepleiere, både fordi de ofte jobber alene i pasientsituasjoner og ikke er vant til å snakke høyt om faget. Lederne er klar over all den kunnskapen som fins blant de ansatte i den enheten de leder, men synes det er litt vanskelig å få den fram.

”..., for det tenker jeg ofte på, hvis jeg kunne samle den kunnskapen som alle de ansatte går rundt og bærer på og fått den opp og fram, ...”

Anestesisykepleierne ønsker mer tid avsatt til faglig fordypning. Lederne er fullstendig klar over at tiden, eller knapphet på sådan, er en mangelvare, da personalet stort sett alltid er i klinisk drift. Lederne mener derfor de er viktige pådrivere for å bruke tiden mer effektivt til å diskutere fag; lage gode fora ved å diskutere der hvor faget bedrives. De ser det som viktig at de oppmuntrer personalet til selv å formidle ting de har vært med på. Informantene ser at de har ansatte med ulike ressurser i den enheten de leder, og det gjelder er å få fram og benytte anestesisykepleiere med en spesiell kompetanse til det de er best i.

Faglige ting blir ikke etterspurt oppover i systemet, bortsett fra avvik. Informantene føler det kun er fokus på økonomi, og ikke på hvordan pasientene blir ivaretatt og hva som eventuelt går ut over pasientene. De ser seg selv som advokater for å holde en høy faglig fane.

Lederne mener det er en stor fordel å kunne faget selv når man skal lede det, og tenker at en anestesisykepleier er best egnet til å være leder for gruppen. De ser at mye av deres funksjon som leder også er å veilede personalet faglig, diskutere hvordan de løser oppgaver og hvilke anestesimetoder som brukes.

”Jo lavere ned i systemet du kommer, jo større grad av faglighet, ... (...). På seksjonsnivå kan du ikke være noe annet enn fagpersonell. (...). På det laveste ledernivået er fagligheten et must, ...”

6.2.2 Size matters

Informantene tror størrelsen på enheten de leder har betydning. Å være leder for en personalgruppe på opptil 20 ansatte er håndterlig, mens de som har flere synes det er for mange. Lederne ønsker og prøver å være synlig blant de ansatte og er klar over viktigheten av det, men får signaler om at de i for liten grad er det. Lederne skulle ønske seg mer tid for å kunne snakke med de ansatte.

På de større sykehusene har særlig de merkantile oppgavene som gjelder lønn, personal og turnus økt betraktelig for førstelinjelederne. Det er nå langt færre støttetjenester på disse sykehusene. Før hadde de både lønns- og personalavdeling med ”sine” egne saksbehandlere, som man kunne ringe direkte til. Disse er blitt fjernere med ny organisering, og det oppleves mye vanskeligere å få tak i dem.

Handlingsrommet blir mindre når størrelsen på enheten de leder øker. Det beskrives som en form for handlingslammelse. Det er for mange involverte til at man eksempelvis får til endringer, slik som forbedringstiltak. Lederne i de store enhetene erfarer også at det i en svær organisasjon er mye vanskeligere å få til det gode, tette samarbeidet mellom ulike yrkesgrupper. Dette utgjør en kilde til frustrasjon, da det vanskeliggjør endringer og forbedringer. De ulike yrkesgruppene er veldig fagdelt og enkelte steder er

man organisert i ulike klinikker. En tettere organisering ville kunne gjort samarbeidet lettere.

”... hvis man ... kunne ha kastet alle ballene opp og så begynne på nytt med å organisere, så burde man organisert mer, tenkt på en mer felles og enhetlig organisering av operasjonsstuedriften. Jeg tror man kunne fått en bedre drift og jeg tror man kunne fått det minst like bra faglig også, faktisk. For det er det som ... er frykten; hvordan skal man organiseres - i forhold til fag eller i forhold til organisasjonsenhet?”

Omorganisering er en stor del av hverdagen for alle lederne, men kanskje spesielt for lederne i deler av Helse Sør-Øst, som har vært gjennom omfattende fusjoner de siste årene. Presset på økonomi er merkbart, da man hele tiden etterspørres og må redegjøre for økonomiske forhold. Ofte oppleves det som et gap mellom det budsjettet man får tildelt og de oppgaver man er pålagt å løse. I de foretakene hvor det har foregått store fusjoner synes det for lederne å være dårlig og uoversiktlig styring av økonomien. De opplever at det er for mange aktører, noe som gjør det vanskelig for dem å få en fullstendig oversikt over det de selv burde ha styring med.

Lederne som jobber i mindre enheter, mener det er en klar fordel. Arbeidsmiljøet oppleves som personlig nært og med tette bånd til hverandre. Man utvikler gode personlige relasjoner og er gjerne kompis eller venn med kollegene. ”Alle” kjenner hverandre, noe som oppleves trygt og godt. Lederne på små sykehus kjenner også lederne for andre enheter i samme sykehus, så man vet hvor man har hverandre og vet hvor man får støtte.

På en liten enhet er lederne en del/nokså mye med i driften, og beholder dermed det faglige grepet, noe de som jobber slik ser som en stor fordel. De er fortsatt hands on når det gjelder anestesisykepleiefaget. Gjerne går lederne her i lik turnus som de andre anestesisykepleierne, og tar sin del av vaktbelastningen. De har da en prosentdel, eksempelvis 20 %, av stillingen avsatt til lederfunksjonen.

Ved små enheter forteller lederne også om et minimalt sykefravær, nesten ned mot null. Selv tror de det skyldes meget gode og stabile turnusordninger, samt det personlige og gode arbeidsmiljøet de har. De ansatte ved disse enhetene er ifølge lederne også meget ansvarsbevisste og kommer på jobb så sant det ikke er helt umulig.

Lederne ved små enheter, som samtidig gjerne inngår i turnusarbeidet, opplever ikke ensomhet i rollen på samme måte som lederne ved større enheter. De opplever å ha god kontakt med de ansatte og synes fremdeles de er en del av gjengen.

”Jeg er en del av anestesisykepleierne.”

6.2.3 Helsefremmende ledelse

Alle lederne er svært opptatt av og ser viktigheten av at de ansatte skal ha en bra hverdag. De definerer det å være en god leder som å sørge for at de under seg har det

bra og trives på jobb. De fokuserer veldig på å ha et godt arbeidsmiljø, og synes det er alfa og omega at de ansatte trives på jobb.

Lederne mener det er en forutsetning i jobben at de selv har et positivt syn på tilværelsen. Dersom man skal klare å lede de ansatte fram mot noe, må man være positiv. Man må være optimist, fordi hvis man som leder blir negativ og pessimistisk, vil man veldig lett trekke personalgruppen med seg, noe de mener er uheldig. Dersom lederne ser negativt på noe, prøver de å skåne personalet for det, og holder pessimismen for seg selv.

Lederne mener at det at de involverer seg i de ansatte, i hverandre, er en viktig faktor i arbeidsmiljøet. Ikke minst mener informantene man som leder må være interessert i og like mennesker.

”Du må like folk; du må like å være sosial.”

Humoristisk sans og humor generelt sees også som en ressurs for en leder. Det gjelder å se humoristisk på de hverdagslige tingene og kunne slå av en fleip.

Lederne legger veldig vekt på at de ansatte skal oppleve å ha gode rammer for jobben sin. Flere poengterer at en god turnus er en viktig faktor for de ansattes trivsel. Det at de ansatte har innvirkning på hvordan turnusen settes opp, gir gevinst i form av økt trivsel. Lederne tilrettelegger det de kan, både med hensyn til selve turnusen og avvikling av ferie og avspasering. De strekker seg også langt når det gjelder å gi fri dersom ansatte har behov for det. Alt dette er måter å vise at de verdsetter de ansatte og gjerne vil beholde dem.

De ser en klar sammenheng mellom et godt arbeidsmiljø og det personalet presterer. Sykefravær mener de også klart henger sammen med hvorvidt det er et godt arbeidsmiljø; lavt sykefravær er en indikator på et godt arbeidsmiljø.

”Jeg tror at grensen for å være syk blir høyere hvis du trives på jobben.”

Samtidig ser de at de heller ikke kan være for snille, i betydningen av å la de ansatte få alt som de ønsker. Som ledere må de sette rammer og krav som også gagnar arbeidsgiver.

Lederne ser det som viktig og er veldig opptatt av at de ansatte får pauser, spesielt kaffepauser. Kaffen om morgningen er viktig! Ellers er det selvsagt at de ansatte får avviklet en ordentlig, god lunsjpause, og gjerne også får kaffe på ettermiddagen.

Informantene ser klart at det ligger en egegevinst i at personalet opplever å ha det bra.

”Og det er klart, det er jo morsomt å være leder hvis du har en, en arbeidsstokk som er fornøyd, ...; mye lettere å være leder da.”

Det er helt avgjørende å være nok folk på jobb, slik at de ansatte ikke blir for slitne. Det ser lederne lett kan resultere i økt sykefravær.

Informantene ser at når det gjelder rekruttering av personell er de i en særstilling. De har sjelden ledige stillinger, da det ikke er vanskelig å rekruttere anestesisykepleiere, og flere steder er det kø for å få fast jobb. I så måte har lederne hva de kaller et luksusproblem. Dette tror de skyldes at jobben som anestesisykepleier er både spennende og utfordrende. Vaktarbeidet og –belastningen er også lettere enn for eksempel på Intensiv. Noen steder signaliserer lederne faktisk et ”problem” ved at de ikke har turnover blant ansatte.

Lederne gjennomfører medarbeidersamtaler med de ansatte, og synes det er nyttig med tanke på å nå ut og ha en systematisk oppfølging av hver enkelt ansatt. De anser det som viktig å være ydmyk overfor personalet de leder, lytte, ta imot tilbakemeldinger og ikke minst gjøre noe med tilbakemeldingene. De poengterer nødvendigheten av at de ansatte tar opp og kommer rett til dem som leder med det de er opptatt av og vil ha løst. Fortrolighet blir nevnt som et viktig faktor.

Lederne stiller seg også til disposisjon for andre enn dem de formelt er leder for.

”Jeg føler på mange måter at jeg også fungerer som avdelingssykepleier for anestesilegene. (...). De har egentlig ikke noen personalleder.”

Generelt har lederne en oppfatning av at ledelse ikke alltid er å behandle alle likt.

”Ellers så er vi jo en blandet bukett og må behandle dem deretter. Du kan ikke behandle alle likt.”

Samhandling med andre faggrupper trekkes fram som en viktig faktor for å få ting til. Lederne ser det som sin oppgave å tilrettelegge for dette. Selv om de kan være uenige i mye, er det helt avgjørende å få til et samarbeid og kunne kommunisere med alle parter. De andre yrkesgruppene som nevnes oftest er operasjonssykepleierne, anestesilegene og kirurgene, og informantene beskriver dette samarbeidet når det fungerer som *”tett, nært og symbiotisk.”* Lederne sier at det er mye morsommere å jobbe der hvor man har det tette samarbeidet mellom yrkesgruppene.

Informantene er også bevisst på å ivareta seg selv. De ser at balansen mellom jobb og privatliv må være til stede for å orke jobben som leder. Det å komme ut, gjøre ting som er morsomme og få nok søvn nevnes som viktige faktorer. De tror god helse er en nødvendighet for å kunne inneha en såpass krevende jobb som stillingen som førstelinjeleder er. Samtidig må man ikke overkjøre seg selv, men kjenne på signalene ved for stort arbeidspress når de kommer. Det er vanskelig å være perfektjonist – tvert imot må man ha evnen til å ta litt lett på noen ting, slenge noe til side og være god til å prioritere.

Lederne sier man trenger å ha noen fortrolige, idet man trenger noen å luften ting fritt med. Det gjelder saker og frustrasjoner som man ikke kan diskutere med

personalgruppen. Her forteller informantene om ulike måter å løse det på. Mange har en fortrolig kollega, da i en annen lederstilling, gjerne en assisterende leder eller leder for operasjons- eller intensivsykepleierne, mens noen bruker venner og/eller familie. I det hele tatt uttales at nettverk med andre ledere er noe de anser som viktig og verdifullt. Her kan de ta opp interne ting som det er godt å diskutere. Lederne opplever at de i dette fellesskapet støtter hverandre, for eksempel i ting de må stå sammen om overfor de ansatte, slik at de på vesentlige punkter har felles avgjørelser og opptreer likt utad.

Informantene sier at det på mange måter er ensomt i lederrollen. De har opplevd at rolleendringen som lederjobben ga, distanserte dem fra dem de leder. Gjerne ser man det ikke til å begynne med, men rollen som leder gjør at forholdet til de man leder endrer seg.

”..., jeg kan liksom ikke være kompis med mine ansatte som jeg har vært før.”

Lederne svarer med en lett latter at de lurte på hvem som ivaretar dem. Implisitt ligger at leder over dem kanskje ikke er så nær dem.

6.2.4 24/7/365

Tittelen her indikerer at arbeidstiden til lederne nærmest er grenseløs. Ikke i den forstand at de til enhver tid fysisk er til stede på jobb, men psykisk er man på jobb store deler av den tiden man er våken. Overgangen fra jobben som anestesisykepleier i klinisk arbeid oppleves som stor.

”..., ifra å ha jobbet på gulvet og opp i ledelsen, så må jeg si at livet, arbeidsdagen, har blitt helt forandret; arbeidsuken har blitt helt forandret.”

Informantene synes stillingen som leder er meningsfylt, og også til dels morsom, men uten tvil både krevende og slitsom. Det varierer hvor krevende arbeidsdagen er – det er roligere og travlere perioder, alt ettersom hvor man er i året og hva som skjer. Når det er krevende, gjerne tunge ting på jobb, forteller mange at de våkner tidlig om morgenen eller blir liggende søvnløse utover natten på grunn av tanker rundt jobben. Personalsaker synes å være det som tærer mest på lederne. Det kan være konflikter, men også ting som skjer i de ansattes liv, som rusmisbruk, suicid, sykdom og dødsfall.

”..., men jeg merker jo at i de periodene hvor jeg synes det liksom går litt, eh, vannet stiger litt høyt, så kan jeg godt våkne tidlig på morgenen og begynne å tenke jobbting, og det gjorde jeg jo aldri når jeg var anestesisykepleier, ... Det var helt, helt annerledes. Du bekymrer deg nok mer.”

Mer eller mindre er det alltid noe omkring jobb som svever gjennom hodet, for ansvaret er der døgnet rundt, hele uken, hele året. Det å ha mye å gjøre oppleves som helt greit; det er i det øyeblikket man ikke synes man mestrer oppgaven, enten i form av at det er for vanskelig eller for omfattende det er mest belastende. Informantene forteller at helsen deres påvirkes av jobben i større eller mindre grad.

”Det er helt klart en belastende jobb, det er det. ..., du har med deg jobben hele tiden, selv om du er hjemme. ..., i den grad at du, eh, får litt klem i brystet, ... Du kjenner det på kroppen rett og slett, ...”

Lederne kjenner at det i perioder røyner på og de merker at de får prøvd seg og testet hvor egne grenser går. De opplever også at de hele tiden må være på høyden og løse alle ting som kommer opp. Informantene synes det forventes at de som leder skal være den store, sterke og den siste som kan klage. Det å si at man er sliten er legitimt for alle andre enn en selv.

”..., det er kjempekrevene; du skal nesten være avdelingsverdensmesteren innen administrative ting, innen personalledelse og fag. Det - da har du nok å holde deg oppdatert i!”

Informantene forteller at de ansatte lurer på hvorfor lederne er på så mange møter. Som leder får man innimellom en følelse av at de ansatte ikke liker eller ikke synes det er viktig at lederne går på møter. Samtidig husker de selv at de også tenkte sånn om lederne da de jobbet på gulvet, som de uttrykker det. Lederne tror selv de er for lite flinke til å kommunisere hva lederen gjør. Dette gjelder særlig dersom de ansatte ikke har noen form for ledererfaring.

”..., jeg er ikke helt sikker på om de, ..., vet hvordan arbeidsdagen vår er; det gjør de nok ikke, ... Fordi at det visste ikke jeg, for jeg var litt småfreidig; hva er det de driver med disse lederne, ikke sant? De sitter jo bare inne på det kontoret og er så opptatt, liksom. ... i begynnelsen da du ble leder, ..., tenker du at, å, jeg må være ute hele tiden, for at jeg må vise at jeg kan ta i et tak, jeg må også tømme søppel. Men så kommer det til et punkt hvor det ikke er mulig å gjøre de tingene samtidig med de lederoppgavene du faktisk har.”

Det kan også være et annet element inne i bildet, nemlig at de ansatte selv kunne tenke seg å gå på noen møter, rett og slett for å slippe å sitte på operasjonsstue hele tiden og ha, hva de tror, er bedre dager.

6.2.5 Motivasjon for lederjobben

Informantene har ikke vært særlig ivrige på å komme i lederposisjon. De beskriver det som mer eller mindre tilfeldig at det har blitt slik. Det er ingen kamp om jobben som leder; gjerne har de vært eneste søker, etter anmodning om å søke, fordi man trengte en leder. Man kan ha følt seg nærmest presset til å ta stillingen.

Grunnen til at man har påtatt seg lederjobben, er blant annet erkjennelsen av at skal man ha noen som helst innflytelse som gruppe, så må man ha en leder som framfører gruppens synspunkter. Uten leder vil anestesivdelingen komme helt i bakleksa med hensyn til økonomiske midler og også når det gjelder utforming av arbeidsmåter. Man blir ikke involvert i prosesser og blir heller ikke hørt siden man ikke hadde noen som taler avdelingens sak. Det viser viktigheten av det å ha en leder.

”Skal man ha noe innflytelse, så er man nødt til å delta. Hvis ikke blir beslutningene tatt uten at vi er der.”

Lederne synes det er morsomt å være leder. De synes stort sett anestesisykepleierne er en grei gruppe å være leder for, selv om de er bestemte. De opplever støtte fra dem de leder og det er stort sett et toveis samspill. Anestesisykepleierne er en ansvarsbevisst gruppe, noe andre ledere kan misunne informantene. De gjør det som forventes av dem og leder kan stole på dem.

Informantene liker å ha oversikten og vite om hva som skjer oppover i systemet. Som ledere får de utfordringer å bryne seg på. De liker å være med å bestemme, ta avgjørelser og være delaktig i prosessene istedenfor bare å ta imot det som skjer. Det å bidra og ha innflytelse på arbeidsplassen nevnes som viktige faktorer for å være leder.

Lederne har også ”egoistiske” motiv for å inneha stillingen. De setter pris på den fleksibiliteten lederjobben gir, både i det daglige, med varierte oppgaver, og det at man i større grad kan styre sin egen arbeidstid. Det å få en dagstilling var også en medvirkende årsak til og motiverende faktor for å tre inn i lederstillingen.

”Jeg styrer min egen arbeidstid. Det er en gevinst ved å være leder. (...). Ved å gå tilbake som vanlig ansatt i min avdeling, ville jeg bli veldig låst.”

Informantene tilkjenner ikke noe ønske om å avansere i lederhierarkiet; tvert imot poengteres at det ikke er aktuelt å klatre høyere opp på rangstigen. Lederne som jobber i turnus er spesielt fornøyd med arbeidstiden sin. De verdsetter fritiden sin, og mener den ikke kan måles i penger.

Lederne erkjenner at de har makt, men de liker ikke å demonstrere bruken av den. Mest av alt er de redd for å misbruke den. Samtidig er de klar over at hvis det virkelig er noe de vil ha igjennom, så har de makt til å stort sett kunne få det til. Det de ser som viktig er at folk hører på hva de sier og at det betyr noen ting.

I synet på om lederjobben er attraktiv for anestesisykepleiere, spriker oppfatningene. Noen tror det er fristende da de mener anestesipersonell generelt, både leger og sykepleiere, er mennesker som liker utfordringer. Som anestesisykepleier er man vant til å jobbe selvstendig, ta avgjørelser og stå for det man gjør. Beslutningsdyktig er et beskrivende ord.

Andre tror ikke lederjobben er særlig attraktiv. De tror at anestesisykepleierne vil drive med faget sitt, rett og slett fordi de er veldig glad i det. Som leder er man ofte i en squeeze mellom pålegg ovenifra og misnøye nedenifra, og å sette seg i den situasjonen frivillig er ikke nødvendigvis veldig fristende. Lederne poengterer at det ikke er mye å hente økonomisk på å påta seg en lederjobb. Tvert imot tjener gjerne de øvrige ansatte vel så mye, med vakttillegg.

Lederne sier de ikke har fått noe særlig opplæring i lederjobben. Gjerne har man blitt kastet ut i det.

”..., jeg hadde et lite lynkurs, da, med forrige leder, jeg vet ikke, én time kanskje, men jeg syntes det var veldig mye sånn, som jeg måtte finne ut av selv.”

Særlig savner de opplæring i praktisk håndtering av alle de dataadministrative systemene som er helt nødvendige å bruke for å kunne håndtere det personaladministrative. Men også innen budsjett, regnskap og økonomistyring ser man behov for opplæring. Lederne uttrykker behov for mer påfyll innen ledelsesfag, og ser for seg at det etter hvert vil bli et krav om det for å inneha lederstillinger.

Flere har ikke funksjonsbeskrivelse, og vet ikke nødvendigvis helt hva som ligger i lederfunksjonen.

Av de anestesisykepleierne som tross alt søker seg til lederjobber tror informantene at det gjerne er de som er flinke i faget sitt og jobben som kliniker. Det er gjerne de med interesse for og overskudd til å gjøre noe utover det jobben strengt tatt krever av dem. Mange har vært anestesisykepleier i lang tid før de ble ledere, og sier det var en naturlig utvikling at de ville gjøre noe annet.

Informantene uttrykker stolthet over å være leder for anestesisykepleierne.

”..., det er en innmari viktig jobb!”

Som leder mener informantene de har stor innvirkning på personalet. De ser for seg at de kan fortsette som leder dersom belastningen ikke blir for stor. De har lært og lærer veldig mye gjennom å være leder, idet de visste lite om hva lederne holdt på med før de selv ble én.

7. DISKUSJON

I diskusjonen redegjøres det først for resultatene sett opp mot forskningsspørsmålene, aktuelle begrep og relevant teori. Deretter følger en gjennomgang av hovedfunnene. Til slutt er det en metodisk refleksjon med oppsummering av lærdom studien har gitt.

7.1 Resultatdiskusjon

I denne delen vil resultatene fra begge deler av studien, både den kvantitative og den kvalitative, diskuteres ut fra de to forskningsspørsmålene.

7.1.1 Hybridledere med salutogen tankegang

Lederne bekrefter funnene i Arbeidstilsynets rapport *God vakt!* (6), som viser at førstelinjelederne har fått langt flere oppgaver og større ansvar, spesielt for oppfølging av personell og økonomi. I Helse Sør-Øst, hvor Personalportalen er innført, har nå

lederne store arbeidsoppgaver innen personaladministrasjon, da disse er desentralisert til førstelinjelederne. Dette er også i tråd med funnene til Averlid (2).

Sentralisering av behandlingstilbud til færre sykehus, som har funnet og finner sted i Norge, har ført til store enheter. Det medfører at lederne her har ansvar for store personalgrupper; flere har mellom 60 - 70 ansatte. Det er tidkrevende å følge opp en så stor personalgruppe, og man kan på denne bakgrunn forstå Hustad (1) sine funn, hvor anestesisykepleierne opplever stress fordi de ikke føler seg sett og hørt av sin leder.

Studien viser at det er til dels store forskjeller på arbeidsforholdene til lederne for anestesisykepleiere ved norske helseforetak, slik som rammene lederne utfører arbeidet innenfor. Det er et skille mellom små og store enheter og måten lederne leder sine enheter på. I denne studien går skillet ved enheter som har færre eller flere enn ti ansatte. Lederne for færre enn ti ansatte inngår stort sett som en del av anestesisykepleierne, både i drift og turnus. Lederne ved slike små enheter har bare en brøkdel av arbeidstiden avsatt til ren lederfunksjon. De er ikke profesjonelle ledere, slik det beskrives i NPM (28). De fungerer slik ledelse tradisjonelt har vært bedrevet, nemlig ved at den fremste blant likemenn utøver både faglig ledelse og driftsledelse (41). Samtidig har de, i tråd med NPM (28), resultatansvar for sin enhet. Men på grunn av størrelsen på enheten de leder innehar de ikke en rendyrket lederstilling. I de større enhetene krever alle arbeidsoppgavene en ren lederstilling, slik formålet var da enhetlig ledelse i sykehusene ble innført i 2001 (4).

Begge deler av studien tyder på at å lede en personalgruppe på opp mot 20 er både håndterlig og meningsfylt. Ifølge Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng (23) vil dette bidra til hvordan mennesket opplever egen helse. I studien er det også de som leder grupper på denne størrelsen som opplever jobben som minst belastende (tabell 18).

Lederne har ansvar for drift, økonomi, fag og personell (6). Disse ansvarsområdene går inn i og overlapper hverandre. Allikevel viser både spørreundersøkelsen og intervjuene at vektskålen klart tipper over på alle de administrative arbeidsoppgavene. Dette er som allerede nevnt i tråd med funnene til Averlid (2), hvor anestesisykepleierne opplever at lederne deres har altfor mange administrative oppgaver.

Særlig er personalledelse blitt omfattende, spesielt for lederne med mange ansatte. Sykefraværsoppfølging er, blant annet fordi sykehusene er IA-bedrifter, krevende og tar mye tid med tett oppfølging og tilrettelegging.

Helt i tråd med NPM (28) er alle lederne resultatansvarlig for den enheten de leder. Man rapporterer mye til sentrale deler av organisasjonen når det gjelder økonomi og resultater. Det kreves også endringsledelse, idet endringer er en stor del av hverdagen. Det skjer nemlig en kontinuerlig tilpasning av driften i takt med økonomiske disponeringer (6). Imidlertid opplever ingen av informantene i intervjuundersøkelsen at de har noen særlig innflytelse på alle de endringene som skjer. Ledernes oppgave blir stort sett å iverksette det som er bestemt. Dette stemmer overens med Arbeidstilsynets rapport *God Vakt!* (6).

Sykehusene har de senere årene gjennomgått en svært omfattende utvikling med hensyn til størrelse, kompleksitet og teknologisk utvikling. Derimot er de organisatoriske endringene i sykehus svært beskjedne (4). Til tross for at pasientbehandling nå krever koordinert innsats fra mange avdelinger, er sykehusenes grunnleggende organisering fremdeles bygd opp omkring fagområder og utdanningsretninger. Lederne i denne studien ser klart at det kreves en mye tettere samhandling mellom alle aktørene involvert i moderne pasientbehandling. De tror at dagens organisering ikke nødvendigvis fremmer dette samarbeidet. Faggruppene, den operative kjernen, som Mintzberg (7) kaller den, slik som legene og sykepleierne, er ofte den sterke parten i sykehus, mens ledelsen blir svak (4). Lederens ønsker om endring blir derfor vanskelig å få til.

De fire operasjonssykepleierne som inngår i spørreundersøkelsen er ledere for anestesisykepleiere fordi man har organisert virksomheten, gjerne på dagkirurgiske enheter, omkring driften og på tvers av fagpersonell. Da er det egne fagansvarlige innen hver enkelt faggruppe, uten at disse er formelle ledere. Forfatteren har ikke undersøkt noe mer hvorvidt de ansatte er fornøyd med en slik organisering.

Anestesisykepleiefaget utgjør i all sin bredde og variasjon kjernen av og er styrende for den virksomheten lederne i denne studien leder. Lederne ivaretar den faglige ledelsen noe ulikt. Dette henger helt klart sammen med størrelsen på enheten som ledes. Som både spørreundersøkelsen viser, og det også framkommer i intervjuene, er det fagsykepleiere ansatt i de fleste enhetene, og de er ofte drivkraften i det faglige arbeidet. Det avgjørende er å ha et godt og tett samarbeid mellom leder og fagutviklingssykepleier, slik at disse framstår enhetlig og samstemt overfor de ansatte. En god faglig leder er da den som motiverer og tilrettelegger for fagutvikling i enheten de leder. Dette samsvarer med hva respondentene i spørreundersøkelsen synes de i stor grad gjør. Det er også i tråd med hva som forventes av profesjonelle ledere i henhold til de nye krav som stilles til dagens ledere (40,41).

Informantene i intervjuene passer ellers meget godt inn i kjennetegnene ved hybridledere (37). De er alle både fagpersoner og ledere; anestesisykepleiere og ledere for anestesisykepleiere. De skal arbeide med overordnede strategier for sin enhet, samtidig som de har ansvar for den daglige driften. De skal vie sin oppmerksomhet både mot interne forhold i egen enhet og mot eksterne forhold, som resten av sykehuset og samfunnet. Likeledes skal de bidra konstruktivt til å utvikle den enheten de leder, samt sykehuset som helhet. Lederne for de store enhetene beveger seg helt klart i retning av profesjonell ledelse, og de fleste lederne i spørreundersøkelsen svarer da også at de har en eller annen form for lederutdanning. De svarer også at kunnskap om ledelse ansees som nødvendig for å kunne utøve lederjobben. I intervjuene framkommer også et behov for faglig påfyll innen ledelse, og lederne tror selv dette vil bli et krav for å inneha lederjobber i framtiden.

Informantene mener det er en forutsetning å være anestesisykepleier for å kunne lede anestesisykepleiere. Dette samsvarer igjen med hybridledelse, hvor man mener leder fortsatt har behov for faglig innsikt for å forstå arbeidsprosessene. Orvik mener også at

faglig ledelse er en forutsetning for å lede på grunnplanet, hvor førstelinjelederen og dermed alle deltakerne i denne studien befinner seg (30).

Anestesisykepleiere ansees som en yrkesgruppe med en sterk faglig identitet, en stolt tradisjon og en stor grad av yrkesstolthet. Dermed kan en sterk faggruppe som anestesisykepleiere komme til å utgjøre en subkultur, slik Mintzberg beskriver det (47). Mange av disse fagpersonene ser ikke seg selv som del av et team; organisasjonen ansees mer som et tilfeldig sted å utøve sine ferdigheter. De er således lojale mot faget, men ikke nødvendigvis til stedet hvor de tilfeldigvis praktiserer det. Disse fagpersonene er eksperter på sitt felt, og i kraft av det mer og mindre autonome i sin yrkesutøvelse. Man kan lett se for seg at slike grupper synes lederne er for lite opptatt av fag, noe som kan arte seg som misnøye. Utfordringen består i å skape en felles kultur, slik at man har et felles språk og forståelse for hva faget skal være (7). Tydelig ledelse skaper forutsigbarhet og gir en god plattform for å jobbe for og med faglige ting (6).

Lederne er klar over at de har stor betydning for hvordan hverdagen i enheten de leder skal være, og slik sett blir viktige kulturbyggere. Kulturen må være slik at den favner og gagnar alle i enheten. Orvik peker nettopp på viktigheten av at sykepleiere generelt må inneha også en organisatorisk kompetanse, idet det er en tett grenseflate mellom fag og organisering (48). Fagpersonene må forstå den kontekst de arbeider i, og lederne må forstå hva som motiverer og driver fagpersonene. Det er dette Orvik refererer til som relasjonell ledelse (30), og som viser viktigheten av at lederne arbeider med menneskene, de ansatte, i organisasjonsenheten de leder. Regler og strukturer er selvsagt viktige rammefaktorer, men det er menneskene, de ansatte, som skal gjøre jobben, og sykehusene er helt avhengig av denne faglige kompetansen for å nå sine mål. De ansatte trenger ofte støtte og veiledning, og her kan lederne utgjøre en forskjell ved å forsterke relasjonene. Som i sykepleien ellers bør lederne tenke holistisk når det gjelder de ansatte, noe studien i aller høyeste grad indikerer at de gjør. Lederne tenker mye på og blir involvert i store deler av de ansattes liv.

Informantene er klar over at de ikke alltid greier å formidle til de ansatte hva lederoppgavene består i. Det er ofte lite konkrete oppgaver som kan være vanskelig å beskrive. Dette kan bidra til å skape en avstand mellom leder og de ansatte, eller "de ledete", slik Orvik (30) beskriver det. Han sier ledelse er et relasjonelt fenomen, og handler mye om måten oppgavene kommuniseres til de ansatte (48). For lite eller dårlig bevissthet og kompetanse innen dette kan være en mulig årsak til det både Hustad (1) og Averlid (2) finner om at lederne ansees som litt fjerne fra de ansattes kliniske hverdag og virkelighet. Forskning innen dette området, for å få fram ytterligere kunnskap som kan bidra til en større felles forståelse mellom leder og ansatt, ville være både nyttig og viktig.

Lederne sier de noen ganger kan savne et større faglig engasjement fra anestesisykepleierne. Særlig gir dette seg uttrykk i manglende skriftlig arbeid. Den tause kunnskapen som anestesisykepleiere besitter kan være vanskelig å overføre til andre gjennom et formelt språk. Dette må sees i lys av anestesisykepleiefagets praktiske tradisjon (9,10). Felles forventninger og kartlegging av muligheter, samt fastsetting av faglige mål vil kunne tenkes å skape en større felles forståelse her. Igjen kommer det

relasjonelle aspektet inn – dersom lederne gir de ansatte positiv oppmerksomhet og støtte, samt legger forholdene til rette, vil engasjementet mest sannsynlig bli sterkere.

Ledelse er nemlig ifølge Orvik å gjøre hverandre gode (30). Det betyr å bidra til at kolleger fungerer best mulig ut fra sitt ståsted og forutsetter at man ønsker å bidra til å utvikle hverandre. Det fordrer tillit, og Orvik foreslår at sykepleierne kan lære av arbeidsformen innen fotball. Dette for å styrke lagfølelsen og samholdet, idet ledelse nettopp handler om samspill mellom mennesker. Slik vil man kunne yte bedre og fungere mer effektivt. Som leder må man da mestre både de instrumentelle og ekspressive sidene ved ledelse. Den instrumentelle delen går på å være tydelig, mens den ekspressive rollen dreier seg om kultur. Samspillet mellom leder og de ansatte er avgjørende, da de er gjensidig avhengig av hverandre.

Lederne bruker ikke selv uttrykket helsefremmende ledelse, men de er svært opptatt av elementene som inngår i dette. De anstrenger seg virkelig for å legge forholdene til rette slik at de ansatte skal oppleve arbeidssituasjonen som meningsfull og være fornøyd med arbeidsforholdene. De er genuint interessert i og opptatt av å skape et godt arbeidsmiljø. Det er helt i tråd med Ottawa charteret (20), hvor arbeid poengteres som en viktig faktor for individets helsetilstand. Lederne viser en forståelse for og innsikt i hvordan helsefremmende ledelse gir gevinst i form av økt tilstedeværelse og lavere sykefravær. Dette harmonerer med HPH sitt fokus på å skape sunne arbeidsplasser (22). Lederne er veldig bevisste på at deres positive holdning påvirker de ansatte og har et salutogent syn på ledelse (23). De er oppriktig interessert i de ansattes ve og vel, og strekker seg langt i å tilrettelegge for dem. Dette i motsetning til hva Averlid (2) fant var anesthesisykepleiernes oppfatning av sine ledere.

Lederne passer også på å ivareta seg selv, noe Hanson mener er en forutsetning for å kunne utøve ledelse (23). For å mestre de utfordringene de står overfor i lederrollen, er det viktig å opprettholde en balanse mellom jobb og fritid. De sier at det er når de ikke lenger mestrer, jobben tipper over til å bli belastende. Man må være bevisst på å ta signalene på dette når de melder seg og gjøre noe med det. Det er hele tiden et dynamisk samspill mellom det å fremme støttende faktorer, som bidrar positivt med hensyn til arbeidsevnen, og det å motvirke destruktive faktorer (54).

7.1.2 Lederrollen - attraktiv for anesthesisykepleiere?

Det ser ut til å være vanskelig å rekruttere anesthesisykepleiere til å være leder for egen faggruppe. Ingen av de intervjuede lederne hadde hatt noen ambisjon om å bli leder og få av dem hadde anstrengt seg for å få jobben. Gjerne var de oppfordret til å søke, og var da eneste søker. Det er i tråd med ledelsesidealet til den tradisjonelle formannen, hvor lederen er den fremste blant likemenn som sikrer at hverdagen på arbeidsplassen fungerer (42). De har ikke hatt noen særlig opplæring i lederjobben, også det i tråd med tradisjonelle ledelsesidealer.

Kjærligheten til anesthesisykepleiefaget oppgis som en viktig grunn til at anesthesisykepleiere heller velger en klinisk utøvelse enn ledelse av faget sitt.

Tradisjonelt har anestesisykepleieryrket vært meget praktisk og de utøver sitt fag innen et veldig spesialisert område (9). Faget, og de som utøver det, har med bakgrunn i dette alltid hatt høy anseelse. Dette er trolig viktige grunner til at yrket er svært populært, og rekrutteringen stor.

Tilsvarende popularitet sees altså ikke når det gjelder ledelse av faget. Lederne oppgir en bekymring over å eventuelt "miste" faget ved å innta lederrollen. Allikevel, når de først går inn i lederjobben, trives de. Spørreundersøkelsen viser da også at mange ledere har vært i jobben lenge. Jobben som leder oppleves belastende, men også meningsfylt og givende. Dette harmonerer med at leder må ha en god opplevelse av sammenheng ved å ville lede, ha kunnskap om og forståelse for hva ledelse innebærer, samt evne og ikke minst mot til å lede (23).

Ledernes hverdag består, i tillegg til administrative oppgaver, i stor grad av å løse problemer og konflikter av større og mindre art. Dessuten går mye tid med til "brannsløkking"; ting som oppstår og krever at man umiddelbart tar tak i. Konflikter er også en del av jobben og noe av det vanskeligste og mest krevende å gå inn i. Ledelse handler om mellommenneskelig påvirkning; mye av tiden vies relasjoner, diskusjoner og dialog, som altså Orvik omtaler som relasjonell ledelse (30). Dette er langt fra den rollen man hadde som klinisk anestesisykepleier, og kan være en faktor som vanskeliggjør rekruttering til lederrollen.

Det er mange anestesisykepleiere som er menn, spesielt i forhold til det totale antall av sykepleiere (17). Det er prosentvis enda flere menn som er leder for anestesisykepleiere. Forfatteren har ikke gått videre med dette funnet, da man ikke fant noen påfallende forskjeller mellom kvinnelige og mannlige ledere. Allikevel kan man spekulere i om menn lettere lar seg rekruttere inn i lederrollen.

Rolleendringen fra kollega til leder innebærer et skifte, både i den personlige identiteten og den profesjonelle rollen. Gruppetilhørigheten endres, og identiteten ligger kanskje ikke lenger i utøvelsen av faget. Som leder blir man langt mer synlig og vurderes av de ansatte og omgivelsene på en helt ny og annerledes måte. Lederne som ble intervjuet sier de er klar over at deres væremåte i svært stor grad påvirker forholdene på jobb. Som leder skal man inspirere og motivere de ansatte (40,41). Samtidig er det en viktig oppgave for ledere å forene gruppens innsats med helheten, noe som til tider tilsier at man må kompromisse med gruppens primære ønsker. Dette kan oppleves som press, da lederne hele tiden er i en squeeze mellom å være personalets advokat og lojalt følge opp bestemmelser ovenfra i systemet. Lederne vet de skal levere og de vet de må få de ansatte med seg for å få til det som skal gjøres. De ansatte skal ikke tvinges, så man må alltid på en klok måte forsøke å motivere til innsats, gjerne i form av endringer. Ingen liker å få ting tredd nedover hodet, og man må involvere og gjøre de ansatte delaktige i prosesser. Alt dette er i tråd med helsefremmende ledelse (23).

Lederrollen kan også medføre tap, slik som tap av vennskap, da man ikke er venner med de ansatte som før og dermed heller ikke involveres på samme måte. Mye av årsaken til ensomhet i lederrollen ligger i at man rent arbeidsmessig ikke lenger jobber ute blant de andre. Som leder blir man sittende på kontoret og jobbe med saker. Man har gjerne også

mistet det fellesskapet de ansatte har på vakt, hvor det kan være rom for å utveksle litt mer enn rent profesjonelle ting.

Ved innføring av enhetlig ledelse og helseforetaksreformen, i tråd med grunntankene i NPM, ble det fastslått at det er behov for profesjonell ledelse (4). En profesjonell leder beskjeftiger seg primært med personalledelse, strategisk ledelse og endringsledelse. Når fokus ofte er på drift og faglig ledelse, er ikke dette like lett å få virkeliggjort. Igjen kommer lederne i en squeeze.

Lederne i denne studien har til dels gått fra å være en faglig og driftsorientert leder til å bli en mer profesjonell leder, nemlig hybridleder (37). Både Orvik (30) og Strand (33) er inne på tillit som en grunnleggende faktor mellom leder og medarbeiderne.

Spørsmålet er om man som leder fremdeles har denne tilliten når man gradvis beveger seg bort fra faget. Abelia (35) viser at ledere i kunnskapsbedrifter mener fagpersonene har større status enn dem selv. Dette er uttrykk for hvor tungt faglig kompetanse vektet, og kan være en mulig årsak til dårlig rekruttering til jobben som leder for anestesisykepleiere. I spørreundersøkelsen finner man da også at lederne har lang erfaring som anestesisykepleier, noe som kan tyde på at man må ha pondus for å gå inn i lederrollen. Imidlertid viser studien at de som først har blitt ledere, gjerne fortsetter i jobben, noe som indikerer tillit til dem som ledere.

Det vil i sterke fagmiljøer, som blant anestesisykepleiere, kunne tenkes å bli en vegring mot å inngå i den nye grenseoverskridende rollen som hybridleder, selv om de fleste lederne i denne studien altså er der allerede. Det faglige tyngdepunktet er fortsatt framtreddende og fagorientert ledelse eksisterer fremdeles. Men mer og mer trer ledelse fram som et fag i seg selv. Lederens oppgaver blir i stadig større grad å imøtekomme de utfordringene som sykehusene står overfor. Lederne skal utforme mål og strategier for den enheten de leder, men også bidra til å utvikle det samme for hele organisasjonen. Disse mål og strategier skal i sin tur formidles og etterleves i enheten, og det krever en felles forståelse blant alle involverte. Muligens er medarbeidernes ønsker for ledelse på noen områder på linje med det profesjonelle ledelsesideal (40), mens de på andre områder avviker. De fagprofesjonelle venter deres fag og faglighet høyt, og anestesisykepleierne kan foretrekke en leder med sterkt fokus på faglig ledelse. Dersom lederen ikke formår å kombinere profesjonell og faglig ledelse, kan resultatet bli at lederen oppfattes som en dårlig leder av de fagprofesjonelle medarbeiderne. Det henger også sammen med respekt - med andre ord at ledere må bevare et visst element av faglighet for å oppnå dette hos de ansatte (35). Igjen er det viktig å avstemme forventningene til hverandre, slik at leder og de ansatte oppnår en felles forståelse (30).

Med de rådende rammevilkår kan man lett sette seg inn i hvilket krysspress ledere for anestesisykepleiere står i. Man har mange, tidkrevende oppgaver som må ivaretas for at de ansatte skal ha en god arbeidsdag og få sin lønn. Dermed blir anestesisykepleiefaget skjøvet noe til side, og må gjerne delegeres til andre i enheten. Driftsmessige utfordringer er hele tiden en sentral arbeidsoppgave – det å ha nok personale til å kunne utføre alle de arbeidsoppgaver enheten skal ivareta, samtidig som kompetansen skal opprettholdes, er ofte sprikende målsetninger. Mange av føringene lagt, og sånn sett blir ofte førstelinjelederne utførere av ting bestemt over dem i systemet.

Studien viser at til tross for både manglende kamp om lederposisjonene, eller kanskje nettopp derfor, er det mange ledere som har innehatt lederrollen lenge. Lederne trives og liker å kunne påvirke arbeidsforholdene. De lederne som ble intervjuet så for seg at de kunne fortsette i lederjobben dersom forholdene oppleves som meningsfulle og håndterlige, og at helsen ikke påvirkes i en mer negativ retning.

7.1.3 Hovedfunn

Studiens formål er å undersøke forutsetningene for å være faglig leder for anestesisykepleiere på sykehus i norske helseforetak. Et sentralt spørsmål er hvordan mulighetene for disse lederne er til å ivareta alle deler av lederrollen i dag. Resultatene i studien viser at mange andre presserende oppgaver for lederne gjør at faglig ledelse ofte er det som blir nedprioritert og delegert til andre, slik som fagutviklingspsykepleiere.

Ikke minst viser studien at lederne har et betydelig fokus på helsefremmende ledelse. Dette er de svært tydelige på, idet de setter klart ord på hva de legger i det å skape og ha et godt arbeidsmiljø. Samtidig framkommer at lederrollen er belastende, og at de fleste lederne til tider påvirkes av dette helsemessig.

Det er liten interesse for å inneha og nærmest ingen konkurranse om å få lederjobben for anestesisykepleiere. Blant lederne er det forholdsvis mange menn.

7.2 Metodediskusjon

Forfatteren valgte en kombinasjonsmetode ved å foreta studien i to deler og anvende både en kvantitativ og en kvalitativ metode. Dette for å innhente kunnskap på to ulike, men utfyllende måter, via en henholdsvis deduktiv og induktiv tilnærming til problemstillingen. Resultatene i den kvantitative og den kvalitative delen viser mange sammenfallende funn, noe som gir studien styrke. Imidlertid ser forfatteren at den kvantitative metoden ikke var særlig egnet for å kunne svare på forskningsspørsmålene. Det var vanskelig å avdekke noen stor form for uenighet blant respondentene. Det denne delen av studien gir, er en god oversikt over lederne for anestesisykepleierne, de demografiske fakta, mens det er vanskelig å trekke så mange andre slutninger på bakgrunn av spørsmålene i spørreskjemaet.

Utvalgsriteriet for studien var at respondentene og informantene skulle være førstelinjeledere for anestesisykepleiere i norske helseforetak. Det har vært et mål å vise bredden innad i denne gruppen, hva gjelder alder, kjønn, erfaring og størrelse på enheten man leder, samt å dekke hele landet. Studien er foretatt på sykehus i norske helseforetak, og utvalget er representativt i og med at hele populasjonen inngår. Svarprosenten på spørreundersøkelsen, 80,5 %, er høy. Dette gir studien styrke. Samtidig er 77 respondenter et forholdsvis lite utvalg, og det er vanskelig å finne funn som blir generaliserbare utover utvalget.

Alle respondentene i den kvantitative delen av studien fikk tilsendt spørreskjemaet i posten, bortsett fra deltakerne i pilotstudien, som fikk dem overlevert personlig. Svar på spørreskjemaene kunne vært purret en gang til, men siden svarprosenten var såpass høy etter kun én purring, ble det ikke gjort. Muligens ville nok en purring gitt enda høyere svarprosent, noe som ville gitt denne delen av studien enda større styrke. Den høye svarprosenten i spørreundersøkelsen kan være påvirket av at forfatteren over tid har vært nokså synlig i norsk anesthesisykepleiermiljø og således kjenner mange.

Forfatteren valgte selv ut informantene til de kvalitative intervjuene med det formål å fange ulike deler av virkeligheten. Det kan være en svakhet at ingen andre var inne i denne utvelgelsesprosessen. Forfatteren var imidlertid bevisst på å favne mangfoldet blant lederne, både når det gjelder alder, kjønn, størrelse på enhetene de leder og lignende. Alle de fire RHFene er representert, hvilket er en styrke.

Alle informantene til intervju ble intervjuet på sine respektive arbeidsplasser, under like forhold, i for dem kjente omgivelser. Kvaliteten i denne delen av studien kan være svekket av det faktum at forfatteren var lite trent i intervjuerrollen. Syv informanter kan muligens være litt snevert i en studie bestående av kvalitative forskningsintervju, men forskeren fant mange sammenfallende funn og opplevde sånn sett å gå i metning. I tillegg gir den kvantitative delen av studien mange funn, slik at studien som helhet har stor bredde.

I både den kvantitative og den kvalitative delen av studien har forfatteren utvist stor nøyaktighet ved innhenting av data ved å følge anbefalte retningslinjer i litteraturen. Dette styrker studiens reliabilitet. Studiens troverdighet henger sammen med en stor respekt for å gjøre ting riktig. Usikkerhet med hensyn til utførelse av diverse har blitt drøftet hovedsakelig med veileder, men også kolleger som har vært/er i lignende prosesser.

Forfatteren er biased ved både å ha vært anesthesisykepleier og førstelinjeleder, og kan således ha påvirket spørreundersøkelsen og informantene ut fra egne oppfatninger og erfaringer. Forfatteren har tilstrebet ikke å gjøre nettopp det, men ser at det kan være vanskelig å oppnå den nødvendige distansen til et felt man kjenner såpass godt. Forfatteren har hele tiden bevisst forsøkt å innta et fugleperspektiv og kritisk gjennomgått studiens metoder. Den kontekstuelle og teoretiske rammen har også bidratt til å kunne betrakte det forskede feltet med andre briller. Samtidig kan også denne førstehåndskunnskapen hos forfatteren utgjøre en styrke. Et stort engasjement for det studerte feltet ansees å være et fortrinn. Gjennom hele prosessen med innsamling og bearbeiding av data har det vært en bevisst holdning hva gjelder å ivareta personvern. Dataene har vært anonymisert og lydfiler oppbevart på ett sikkert område.

Studien er gjennomført på et tidspunkt hvor helseforetakene er i store omstillingsprosesser. Det påvirker helt klart den interne validiteten. Når det gjelder ekstern validitet kan studien ha overføringsverdi til andre tilsvarende fagmiljøer, selv om anesthesisykepleierne har sine absolutte særtrekk, slik som stor søknad til yrket og

relativt mange menn i gruppen. Når det gjelder private foretak kan imidlertid forholdene være annerledes.

Forfatteren har ikke kjennskap til at det tidligere er gjort tilsvarende studie i anestesisykepleiermiljøet, og håper således å ha bidratt til ny kunnskap innen feltet.

Forfatteren har selv ervervet mye ny kunnskap om ledelse og forskningsmetodikk, og nok også endret syn på en del ting. Det synes klart at det må fokuseres mer på hvordan man forstår ledelse i sterke faggrupper innen helsevesenet.

8. KONKLUSJON

I denne oppgaven har forfatteren satt fokus på førstelinjeledere for anestesisykepleiere i norske helseforetak. Forfatteren var spesielt opptatt av forutsetningene for å være faglig leder for anestesisykepleierne.

Spørreundersøkelsen danner en god og tilnærmet fullstendig oversikt over denne gruppen: antall, alder, kjønn, størrelse på enhetene de leder og liknende. Intervjuene gir et dypere inntrykk av hvordan lederne opplever lederrollen med hensyn til fag og ledelse.

På grunn av endrede rammebetingelser, blant annet som følge av innføring av enhetlig ledelse og helseforetak, har lederrollen for anestesisykepleiere endret seg. Den har gått fra å stort sett være faglig leder til stadig mer personalledelse og administrative oppgaver, såkalt profesjonell ledelse. Lederne har i høy grad tilpasset seg de nye kravene, og fungerer på mange måter som hybridledere. Det framkommer et tydelig fokus på helsefremmende ledelse. Anestesisykepleiefaget ivaretas gjerne av fagutviklingspsykepleiere, mens lederne fungerer mer som fasilitator for fag og fagutvikling.

Lederrollen oppleves som belastende, og lederne føler de til tider balanserer på en line, uten helt å vite hvilken side de faller ned på. Noen ganger går de ut i spagat, i den forstand at oppgavene oppleves å overskride det de formår å rå med.

Kravene til ledelse har forandret seg og behovet for profesjonelle ledere er i dagens kompleksitet en forutsetning for å mestre oppgavene.

Hvordan dette skal løses i dypt forankrede fagmiljøer i sykehusene er fortsatt en utfordring, og her trengs mer forskning for å finne gode løsninger. Avstemming av forventinger kan synes som en nøkkel i dette viktige arbeidet for å møte behovet for ledelse i framtidens helsevesen.

9. TAKK

Først og fremst ønsker forfatteren å takke veileder Susanna Bihari Axelsson for klok, konstruktiv tilbakemelding og smidighet i veiledningen.

Videre takk til alle de anestesisykepleierne og noen operasjonssykepleiere som tok seg tid til å besvare spørreskjemaet. En stor takk til de anestesisykepleierlederne som stilte til intervju og møtte forfatteren på en fantastisk positiv måte. Alle disse utgjør hele grunnlaget for oppgaven, så uten deres bidrag, ikke noe resultat.

Takk til Akershus universitetssykehus HF, som ga meg muligheten til å ta denne utdanningen ved Nordic School of Public Health NHV.

Takk til Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund, som ved tildeling av stipend 2011 gjorde det mulig å reise rundt i landet for å intervju.

Takk til kollega Øyvind Olsen for god hjelp med SPSS.

Og til slutt - takk til min mann, Lars, for alltid positive bidrag og oppmuntring, god matservering samt tålmodighet.

10. REFERANSER

1. Hustad J. Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid, og hvordan påvirker dette dem? Göteborg, Sverige: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; MPH 2007:15.
2. Averlid G. Helsefremmende samarbeid – en viktig trivselsfaktor i anestesisykepleierfaget: En kvalitativ studie av anestesisykepleierens opplevelse av sitt arbeidsmiljø. Göteborg, Sverige: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; MPH 2009:8.
3. Helse- og omsorgsdepartementet.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionalehelseforetakene.html?id=528110>
Lastet ned: 22. februar 2011.
4. Sveri T. Strukturer og reformer – En kvalitativ analyse av reformen ”enhetlig ledelse” sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering. Bergen, Norge: Hovedoppgave ved Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen; 2004.
5. Regjeringen dokumentarkiv.
http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-II/hd/Taler-og-artikler-arkivertindividuellt/2002/sykehusreformen_hva_har_skjedd.html?id=265773
Lastet ned: 23. februar 2011.
6. *God vakt!* Arbeidsmiljø i sykehus. Bodø, Norge: Arbeidstilsynet; 2006.
7. Mintzberg H, Structure in Fives: Designing Effective Organizations. New Jersey: Prentice Hall; 1983.
8. Ræder J, Sandberg M. Anestesiologi. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 1, 2006;126:83-84.
9. Bruun AMG, Anestesisykepleierens kompetanse. I: Hovind IL, (red.). Anestesisykepleie. Oslo: Akribes AS; 2011.
10. Strømskag KE, Et fag på søyler: anestesiens historie i Norge. Oslo: Tano Aschehoug; 1999.
11. Flaatten HK. 50 år med anestesileger i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996;116:2991-2.
12. Backer-Grøndahl N, Narkose og pleie av operationspatienter. Oslo: Røde Kors Kristiania Kreds, Sykepleierskolen; 1923.
13. Gran Bruun AM, Grell Ulrik AM. Utvaskede professionsgrænser – interprofessionelt samarbejde mellem læger og sygeplejersker indenfor klinisk anestesi. Göteborg, Sverige: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; MPH 2008:4.
14. Biddle C. The ”mark” of an educated anesthetist. AANA J 1994;62(3):205-206.
15. Blumenreich GA. The administration of anesthesia and the practice of medicine. AANA J 1990;58(3):185-187.
16. Idégrunnlag og funksjonsbeskrivelse. Oslo: Anestesisykepleierens landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund; 2006.
17. Sykepleien 2011;11: 7.
18. Sellgren S, Ekvall G, Tomsom G. Leadership styles in nursing

- management: Preferred and perceived. *Journal of Nursing Management* 2006;14:348-35.
19. Bass BM, Avolio BJ, Atwater L. The transformational and transactional leadership of men and women. *International Review of Applied Psychology* 1996;45:5-34.
 20. Ottawa charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
 21. Nutbeam D. What would the Ottawa Charter look like if it were written today?
<http://www.rhpeo.net/reviews/2005/19/index.htm>
Lastet ned: 28. januar 2012.
 22. Akershus universitetssykehus.
http://www.ahus.no/modules/module_123/proxy.asp?C=1092&I=17331&d=2
Lastet ned: 23. februar 2011.
 23. Hanson A, Salutogent ledarskap – för hälsosam framgång. Stockholm: Fortbildning AB; 2010.
 24. Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
 25. Arbeidstilsynet
 26. Christensen T. Regionale og distriktpolitiske effekter av New Public Management. Oslo, Institutt for statsvitenskap;
<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/krd/rap/2003/0006/ddd/pdfv/190801-newpublicmanagement.pdf>
Lastet ned: 23. november 2011.
 27. Klausen KK, New Public Management – en fortolkningsramme for reformer. I: Busch T, Johnsen E, Klausen KK, og Vanebo JO. (red.). Modernisering av offentlig sektor. Oslo: Universitetsforlaget; 2001.
 28. Dalby K. Omstilling i kommunene med fokus på New Public Management. Hamar: Stiftelsen IMTEC; 2005.
 29. Eilertsen R. Når sykehus blir butikk. Om etableringen av et sykehusmarked i Norge. Oslo: De Facto Kunnskapsenter for fagorganiserte; 2003.
 30. Orvik A, Organisasjon, fag og profesjon – organisasjonskunnskap som sykepleierkompetanse. Høgskolen i Ålesund. Studentbokhandelen; 2006.
 31. Drucker PF, *The practice of management* (3rd printing). Bungay: Chaucer Press; 1970.
 32. Peter Drucker Quotes.
http://www.brainyquote.com/quotes/authors/p/peter_drucker.html
Lastet ned: 3. mars 2011.
 33. Strand T, Ledelse, organisasjon og kultur. Bergen: Fagbokforlaget; 2001.
 34. Orvik A. Organisasjon og ledelse – en undervurdert sykepleierkompetanse? Rokkansenteret/Høgskolen i Bergen, 29.09.05.
 35. Abelia.
<http://abelia.no/ledelse/fagfolkene-hoeyere-status-enn-lederen-article949-129.html>
Lastet ned: 28. januar 2012.
 36. Rouleau L. Micro-Practices of Strategic Sensemaking and Sensegiving: How Middle Managers Interpret and Sell Change Every Day. *Journal of Management Studies* 2005 November;42:7:1413-1441.

37. Bendix HW m.fl. Hospitalsledelse – Organisatorisk fænomen og daglig diciplin. København: Børsen Forlag; 2008.
38. Berg LN, Byrkjeflot H, & Kvåle G. Hybridledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen. Nordiske organisasjonsstudier 2010;12(3):30-49.
39. Voxted S. Førstelinjeledere i den kommunale sektor – en karakteristikk af hybridlederen. Institutt for Ledelse og Virksomhedsstrategi.
http://www.det-danske-ledelsesakademi.dk/2010/papers_2010/Paper_Voxsted.pdf
Lastet ned 23. februar 2011.
40. Klausen KK, Skulle det være noget særlig? – organisasjon og ledelse i det offentlige. København: Børsens Forlag; 2001.
41. Voxted S, Den nye mellomleder. København: Hans Reitzels Forlag; 2007.
42. Voxted S, Mellomlederrollen mellom profesjon og driftsledelse. I: Sløk C, & Villadsen K, (red.). Velfærdsledelse i den selvstyrende velfærdsstat. København: Hans Reitzels Forlag; 2008.
43. Storey J, Development in the Management of Human Resources. Malden, Massachusetts, Blackwell; 1992.
44. Yukl G, Leadership in Organizations. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010.
45. Schein EH, Organisasjonskultur og ledelse: Er kulturendring mulig? Oslo: Mercuri Media Forlag AS; 1987.
46. Jacobsen DI, Thorsvik J, Hvordan organisasjoner fungerer. 3 utgave. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
47. Mintzberg H, The Structuring of Organizations. New York: Prentice Hall; 1979.
48. Shortell SM, Kaluzny AD, Essentials of health care management. William Brattmiller USA; 1997.
49. Antonovsky A, Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.
50. Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promotion International. 2008;Vol. 23 No 2.
51. LOV 2005-06-17 nr 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven).
<http://www.lovdata.no/all/nl-20050617-062.html>
Lastet ned: 4. desember 2011.
52. Regjeringen dokumentarkiv. NOU 1991:10 Flere gode levekår for alle
<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154756nou1991-10.pdf>
Lastet ned: 4. desember 2011.
53. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 1998:18 Det er bruk for alle
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-199818/4/4.html?id=350029>
Lastet ned: 4. desember 2011.
54. Lindberg P. The work ability continuum. Epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability. Stockholm: Karolinska Institutet; 2006.
55. Jacobsen DI, Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2005.

56. Grønmo S, Samfunnsvitenskapelige metoder. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
57. Bowling A, Research methods in health. Investigating health and health services. Second edition. London: Open University Press; 2006.
58. Malterud K, Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
59. Drageset S, Ellingsen S. Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2009;nr. 2 – 5. årgang:100-113.
60. Ringdal K, Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Bergen: Bokforlaget; 2007.
61. Holme IM, & Krohn Solvang B, Metodevalg og metodebruk. Oslo: Tano Aschehoug; 1986.
62. Polit DF, Beck CT, Nursing research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8th edition. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
63. Kvale S, Brinkmann S, Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2009.
64. Graneheim UH, Lundham B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24:105-112.
65. LOV 2006-06-30 nr. 56: Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (forskningsetikkloven).
<http://www.lovdatab.no/all/hl-20060630-056.html>
Lastet ned: 4. desember 2011.
66. Veiledning for forskningsetiske og vitenskaplig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Elektronisk publisert på www.etikkom.no 2010-08-17.

11. VEDLEGG

Spørreskjema

Vedlegg 1



NHV – Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Her kommer noen påstander angående ditt lederskap. Marker (sett ring rundt eller kryss av ett av tallene) hvilken oppfatning som stemmer best med din egen.

- 1) **Jeg synes det er meningsfylt å være leder.**

Helt uenig

Helt enig

1 2 3 4 5

- 2) **Som leder opplever jeg å bli verdsatt av de jeg leder.**

Helt uenig

Helt enig

1 2 3 4 5

- 3) **Jeg mener kunnskap om ledelse er helt nødvendig for å kunne utøve lederjobben.**

Helt uenig

Helt enig

1 2 3 4 5

- 4) **Jeg tilrettelegger for faglig utvikling i den enheten jeg leder.**

Helt uenig

Helt enig

1 2 3 4 5

- 5) **Som leder bruker jeg altfor mye av tiden på administrative arbeidsoppgaver.**

Helt uenig

Helt enig

1 2 3 4 5

6) I dagens helseforetak er det vanskelig å være en synlig leder for de ansatte.

Helt uenig

Helt enig

1 2 3 4 5

7) Jobben min som leder er belastende.

Helt uenig

Helt enig

1 2 3 4 5

8) Jobben min som leder krever mer av meg enn jeg tenkte da jeg begynte i den.

Helt uenig

Helt enig

1 2 3 4 5

Her kommer noen spørsmål om din jobbsituasjon. Marker (sett ring rundt eller kryss av ett av tallene) hvilken oppfatning som stemmer best med din egen.

9) Dersom du opplever press – hva opplever du som mest belastende?

1. Daglig drift

2. Krav fra de du leder

3. Krav fra ledelsen over

4. Press på økonomi

5. Tidspress

6. Intet press

7. Annet

10) Hva er viktigst for deg personlig i lederjobben?

1. Arbeidstid

2. Å bidra til at den faggruppen jeg leder når sine mål

3. Påvirkningskraft

4. Status

5. Økonomi

6. Annet

11) Hva mener du er viktigst for å kunne være en god leder for anestesisykepleiere?

1. Fagkunnskap om anestesisykepleie

2. God helse

3. Gode samarbeidsevner

4. Lederutdanning

5. Personlige egenskaper

6. Annet

Her kommer noen spørsmål angående din bakgrunn og forhold i jobben din. Marker (sett ring eller kryss av) det alternativ som gjelder for deg.

12) Alder

1. < 30 år 2. 30-39 år 3. 40-49 år 4. 50-59 år 5. > 60 år

13) Kjønn

1. Kvinne 2. Mann

14) Hvor lenge har du vært leder for anestesisykepleiere?

1. < 1 år 2. 1-5 år 3. 6-9 år 4. 10-15 år 5. > 15 år

15) Hvor mange år har du vært ferdig utdannet anestesisykepleier?

1. < 1 år 2. 1-5 år 3. 6-9 år 4. 10-15 år 5. > 15 år

16) Hvor mange er du leder for?

1. < 10 2. 10-19 3. 20-29 4. 30-39 5. > 40

17) Er det ansatt fagutviklingsykepleier i den enheten du leder?

1. Ja 2. Nei

18) Har du lederutdanning?

1. Ja 2. Nei

19) Her kan du skrive ned kommentarer som du ønsker å meddele.

Takk for at du tok deg tid til å svare!



Hei!

Undertegnede er mangeårig anestesisykepleier og leder for anestesisykepleiere på ulike nivåer. For tiden er jeg student ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, NHV, i Gøteborg, Sverige, og i gang med å skrive min masteroppgave innen Public Health (folkehelsevitenskap).

Temaet for oppgaven er: **”Å være faglig leder for anestesisykepleiere i Norge – balansekunst eller spagatøvelse?”**.

Bakgrunnen for temaet i oppgaven er at anestesisykepleiere har store krav både til seg selv og sine ledere når det gjelder faglighet. Lederrollen har endret seg de senere årene, med stadig flere oppgaver for førstelinjeledere. Forskningsspørsmålet er om det i dag er tid og rom for førstelinjeledere å være en god faglig leder for anestesisykepleiere?

Som én del av oppgaven sender jeg ut spørreskjema til alle førstelinjeledere for anestesisykepleiere ved norske helseforetak. Spørreskjemaene blir sendt til dere personlig, og vil bli behandlet anonymt og konfidensielt.

Jeg håper du vil ta deg tid til å svare på spørreskjemaet, og slik bidra til kunnskap om temaet, til nytte for dere ledere, anestesisykepleiere og de vi jobber for å ivareta best mulig, nemlig pasientene. Svar fra deg vil derfor være av stor betydning.

Det er viktig at du også signerer og returnerer vedlagte samtykkeskjema, slik at det kommer tydelig fram at du er villig til å delta i spørreundersøkelsen.

Vennligst benytt vedlagte frankerte konvolutt når du returnerer spørreskjemaet og samtykkeskjemaet ferdig utfylt til meg, helst innen 19.6.2011.

Dersom du har spørsmål, kontakt meg gjerne på:
e-post: bente.ludemann@ahus.no og/eller tlf.: 926 37 062

Med vennlig hilsen

Bente Lüdemann

Samtykkeskjema til spørreskjema

Vedlegg 3



NHV – Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Samtykkeskjema

Jeg samtykker i å delta i denne spørreundersøkelsen i forbindelse med masteroppgaven ved NHV til student Bente Lüdemann.

Underskrift



Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave

For en stund siden besvarte du et spørreskjema i forbindelse med min masteroppgave i folkehelsevitenskap ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) i Göteborg.

Temaet for oppgaven er: **”Å være faglig leder for anestesisykepleiere i Norge – balansekunst eller spagatøvelse?”**.

Bakgrunnen for temaet i oppgaven er at anestesisykepleiere har store krav både til seg selv og sine ledere når det gjelder faglighet. Lederrollen har endret seg de senere årene, med stadig flere oppgaver for førstelinjeledere. Forskningsspørsmålet er om det i dag er tid og rom for førstelinjeledere å være en god faglig leder for anestesisykepleiere?

Jeg ønsker nå ved bruk av intervju å erverve førstehånds kunnskap om hvordan du som leder opplever virkeligheten. Intervjuet vil være åpent og foregå mest som en samtale. Jeg vil bruke båndopptaker mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir enige om tid og sted.

Jeg håper du vil ta deg tid til å være med på intervjuet, og slik bidra til kunnskap om temaet.

Det er frivillig å delta og du har full mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne det nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene jeg samler inn vil bli notert uten navn eller andre identifiserbare data; kun alder, kjønn, erfaring som anestesisykepleier (antall år) og type sykehus (universitets- eller lokalsykehus) vil bli registrert. Som forsker har jeg taushetsplikt, og opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes så snart oppgaven er ferdig og godkjent.

Dersom du ønsker å delta på intervjuet, ber jeg deg skrive under på vedlagte samtykkeerklæring.

Studien er meldt til Personvernombudet ved Akershus universitetssykehus HF, og databehandlingen er tilrådet. Akershus universitetssykehus HF er databehandlingsansvarlig.

Dersom du har spørsmål, kontakt meg gjerne på: e-post: bente.ludemann@ahus.no og/eller tlf.: 926 37 062

Med vennlig hilsen
Bente Lüdemann

Samtykkeskjema til intervju

Vedlegg 5



NHV – Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Samtykkeskjema

Jeg samtykker i å delta i intervju i forbindelse med masteroppgaven ved NHV til student Bente Lüdemann.

Underskrift

INTERVJUGUIDE

Vedlegg 6

Tittelen på masteroppgaven er:

”Å være faglig leder for anestesisykepleiere i norske helseforetak – balansekunst eller spagatøvelse?”

Hvilke refleksjoner gjør du deg om temaet med tanke på at du selv er leder for anestesisykepleiere?

Jeg vil gjerne høre hvordan du opplever hverdagen som leder.

De fleste lederne i spørreundersøkelsen svarer at de opplever det som meningsfullt å være leder. Kan du beskrive hva som gjør lederjobben meningsfull?

Viljen til/motivasjonen din for å lede – hva driver deg?

Opplever du at lederrollen skaper en avstand til de du leder?

Mange ledere svarer i spørreundersøkelsen at jobben som leder er belastende – kan du utdype det?

Hvilke ting du synes er viktige for å kunne være en god leder for anestesisykepleiere?

De fleste lederne har vært ledere lenge – hvorfor tror du lederne blir?

