



# Førstelinjeledere i norske sykehus – en kunnskapsoppsummering

2019

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

AGENDA  
KAUPANG

**OPPDRAGSGIVER:** Helse- og omsorgsdepartementet

**RAPPORT NR:** R1020712

**RAPPORTENS TITTEL:** Førstelinjeledere i norske sykehus – en kunnskapsoppsummering

**ANSVARLIG KONSULENT:** Eilin Ekeland

**KVALITETSSIKRET AV:** Jon Anders Lone

**FOTOGRAFI I RAPPORT:** [www.shutterstock](http://www.shutterstock)

**DATO:** 29.03.2019

# Forord

Helse- og omsorgsdepartementet skal utarbeide en ny nasjonal helse- og sykehusplan. I forbindelse med dette arbeidet ønsket departementet en oppsummering av foreliggende kunnskap om førstelinjeledere i norske helseforetak, med vekt på forholdet mellom ansvars- og mulighetsrom.

Denne rapporten er en oppsummering av tilgjengelige empiriske studier om temaet, gjennomført etter metodikken scoping review.

Agenda Kaupang har samarbeidet med Lars Erik Kjekshus fra Universitetet i Oslo om oppdraget. Konsulenter fra Agenda Kaupang har vært Eilin Ekeland som prosjektleder, Cecilie Aagestad og Helga Moen som prosjektmedarbeidere. Jon Anders Lone har vært kvalitetssikrer.

Vi takker for et spennende og lærerikt oppdrag, og for et godt samarbeid om prosjektet.



# Innhold

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	<b>7</b>
2.1	<i>Organisering av norske sykehus</i> .....	7
2.2	<i>Lederrollen</i> .....	8
2.3	<i>Ledelse i helseforetakene</i> .....	9
2.4	<i>Formål med rapporten</i> .....	10
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1	<i>Om scoping review</i> .....	11
3.2	<i>Søkestrategi</i> .....	11
3.3	<i>Inklusjon av studier</i> .....	13
3.4	<i>Dataekstraksjon</i> .....	13
3.5	<i>Metodiske begrensinger</i> .....	13
<b>4</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>Analyse</b> .....	<b>15</b>
5.1	<i>Lederrolle</i> .....	15
5.2	<i>Lederstruktur</i> .....	19
5.3	<i>Endringsledelse</i> .....	22
<b>6</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>Oppsummering</b> .....	<b>29</b>
7.1	<i>Behov for ytterligere kunnskap</i> .....	29
<b>8</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>30</b>

# 1 Sammendrag

Kliniske førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten har en krevende, men viktig rolle i helseforetakenes styringssystem. Formålet med denne rapporten er å oppsummere kunnskap om disse lederne ved norske sykehus, med vekt på forholdet mellom ansvars- og mulighetsrom i lys av følgende problemstillinger:

- ▶ Hvordan utvikler lederne tjenestene – og hva trenger ledere i dette arbeidet? Opplever lederne en klar retning fra linjen, et tilstrekkelig handlingsrom for å gjøre jobben og tilgang til støtte når det trengs?
- ▶ Hvordan utvikler lederne medarbeiderne – og hva trenger ledere i dette arbeidet?
- ▶ Hvordan leder ledere i en kontekst og med noen rammer som er i kontinuerlig endring og som fordrer kontinuerlige endring- og forbedringsprosesser? (ny kunnskap, nye forventninger (fra både pasienter, politikere og foretak), nye pasientgrupper, ny teknologi, nye samhandlingsaktører osv.).

Oppsummeringen av eksisterende kunnskap er gjort etter metodikken scoping review. Det er søkt i norsk og engelsk Oria, og vi har kontaktet en rekke norske forsknings- og utredningsmiljøer. Inklusjonskriteriene som er brukt er følgende: Studiene måtte være empiriske studier og omhandle ledelse og førstelinjeledere ved somatiske sykehus i Norge.

Totalt 102 bøker, rapporter, avhandlinger og vitenskapelige publikasjoner ble identifisert som aktuelle å inkludere i kunnskapsoppsummeringen. Det endelige resultatet av litteraturgjennomgangen er 25 studier: 15 vitenskapelige artikler, en doktorgrad, tre mastergrader, fem rapporter og en bok.

Kunnskapsoppsummeringen viser at førstelinjeledere i sykehus begrenses av strukturelle forhold ved at mange sykehus er blitt store komplekse organisasjoner med mange ledernivåer, store kontrollspenn, og hvor det enkelte steder ikke er stedlig ledelse. Oppsummeringen viser samtidig at førstelinjeledere har noe handlingsrom innenfor egen enhet.

Samtidig bidrar sykehusenes organisering etter fagdisipliner til at det er stor vekt på fagutvikling helt ut i førstelinjen.

Førstelinjeledere i sykehus opplever at de kan gjøre endringer innenfor rammene de har, men at de organisatoriske rammene er i konstant endring. I fremtiden vil en stadig mer digitalisert hverdag spille inn og nye reformer som pakkeforløp stille større krav til endring også i førstelinjen.

Ser vi våre funn i lys av Mintzbergs funksjoner i lederrollen, vil vi kunne hevde at den administrative funksjonen av lederskapet for førstelinjelederne er svært dominerende. Den faglige funksjonen og til dels også den mellom-menneskelige funksjonen blir tillagt vekt. Derimot finner vi lite om strategiske funksjoner i denne kunnskapsoppsummeringen. Dette kan skyldes at dette i liten grad er kartlagt eller forsket på, men også at dette har liten plass på førstelinjenivået.

Vi finner også at profesjonsbakgrunn har stor betydning for lederrollen. Leger og sykepleiere har ulik motivasjon inn i lederrollen, vektlegger ledelse ulikt, og har kanskje ulik «makt» i organisasjonen.

## 2 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet skal utarbeide en ny nasjonal helse- og sykehusplan. I forbindelse med dette arbeidet ønsker departementet en oppsummering av foreliggende kunnskap om førstelinjeledere i norske helseforetak, med vekt på forholdet mellom ansvars- og mulighetsrom. Spørsmål departementet ønsker svar på er:

- ▶ Hvordan utvikler lederne tjenestene – og hva trenger ledere i dette arbeidet? Opplever lederne en klar retning fra linjen, et tilstrekkelig handlingsrom for å gjøre jobben og tilgang til støtte når det trengs?
- ▶ Hvordan utvikler lederne medarbeiderne – og hva trenger ledere i dette arbeidet?
- ▶ Hvordan leder ledere i en kontekst og med noen rammer som er i kontinuerlig endring og som fordrer kontinuerlige endring- og forbedringsprosesser? (ny kunnskap, nye forventninger (fra både pasienter, politikere og foretak), nye pasientgrupper, ny teknologi, nye samhandlingsaktører osv.).

Med førstelinjeledere menes linjeledere med personalansvar og som har et helhetlig ansvar for de medisinske tjenestene avdelingen gir. Utgangspunktet er førstelinjeledere som arbeider der det formelle ledernivået slutter, og som innehar én eller flere fullmakter mht. personalansvar, økonomi og helt eller delvis fagansvar.

### 2.1 Organisering av norske sykehus

Staten eier de offentlige sykehusene i Norge og Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar. Sykehusene er organisert i fire Regionale helseforetak (RHF) som igjen organiserer sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak (Norge (2013)). Organiseringen innen det enkelte helseforetak er styret og daglig leder sitt ansvarsområde.

Helse- og omsorgsdepartementet styrer via årlige oppdragsdokumenter til de Regionale helseforetakene (RHF).<sup>1</sup> Det er RHFene som har det overordnede ansvaret for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen.

Fram til 1980-tallet var norske sykehus oppdelt etter medisinske spesialiteter, der hovedskillet gikk mellom kirurgi og medisin og derunder medisinske grenspesialiteter. Men utover 1980-tallet pågikk flere diskusjoner som fikk betydning for organiseringen av helsetjenestene: en økende oppmerksomhet knyttet til organisering og bruken av offentlige tjenester, og en mer direkte diskusjon om hvorvidt fagskillene var en hensiktsmessig inndeling for pasientene. Pasienter erfarte oftere å falle mellom medisinske spesialiteter og opplevde å måtte krysse de organisatoriske skillelinjene mellom fagene i sykehuset. Pasientene opplevde også at enhetene ikke kommuniserte seg imellom og at man ble sendt fra ett venteværelse til et annet uten at det totale tilbudet var koordinert. Særlig problematisk var det for pasienter med et sammensatt sykdomsbilde.

Det oppstod derfor et behov for å se om man i større grad kunne organisere virksomheten rundt pasientens «gang» i sykehuset til en enhet – fra mottakelse, innskrivning, diagnostisering, tester og undersøkelser til behandling, rehabilitering og utskrivning. Prinsippet om pasientfokuset organisering ble således etablert. I Norge ble dette særlig omtalt i Steineutvalgets rapport – «Pasienten først!» fra 1997 (NOU 1997). Her beskrives særlig senterorganisering som senere ble utgangspunktet for byggingen av St. Olavs hospital med fem geografiske sentre oppdelt etter pasientgrupper på tvers av fag. Dette er i dag endret tilbake til organisering etter fag og oppdelt i 20 klinikker.

<sup>1</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

Tverrfaglig organisering fordrer et samarbeid mellom medisinske spesialiteter og profesjoner. I likhet med legeprofesjonen har også andre profesjoner ønsket en oppdeling etter fag som innebærer ledelse av egen profesjon. Det er i dag vanlig å finne egne sykepleieavdelinger, radiografavdelinger, avdelinger for ernæringsfysiologi og lignende.

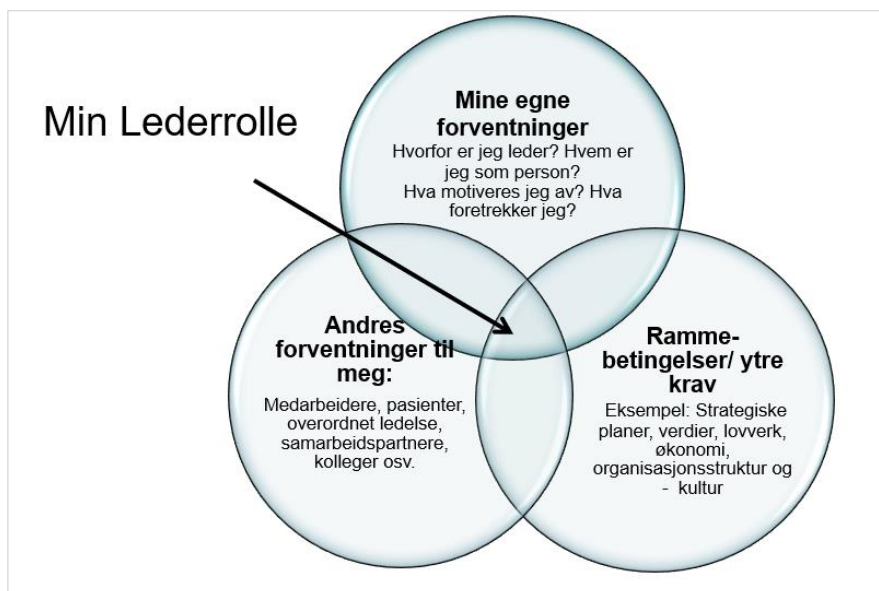
De fleste helseforetak er nå inndelt i klinikker/divisjoner og derunder avdelinger. Hvis helseforetaket består av flere sykehus, kan klinikker være basert ut fra geografiske forhold. Ellers er klinikkene gjerne en samling av beslektede fagområder representert i ulike avdelinger. Det er hovedsakelig særtrekk enten ved de medisinske fagområdene eller ved pasientene som gir retning for inndelingen.

Under avdelingsnivå finnes det seksjoner, enheter og poster, avhengig av hvor mange nivåer det enkelte foretak har. Det er også variasjoner i hvilken grad både fag-, økonomi- og personalansvaret er delegert, men Agenda Kaupang erfarer at både personal- og økonomiansvaret i stor grad er delegert ned til det mest pasientnære nivået. Det gjelder også ansvaret for det sykepleiefaglige. Det medisinsk-faglige og overordnede faglige ansvaret er som oftest tillagt en lege på et høyere nivå. Noen sykehus har funksjoner som fysio- og ergoterapeuter, radiografer, ernæringsfysiologer, psykologtjeneste, prestetjeneste, samt kontortjeneste og servicetjenester som egne enheter eller seksjoner, eventuelt også avdelinger.

## 2.2 Lederrollen

Et sentralt aspekt ved denne kunnskapsoppsummeringen er førstelinjelederens rolle i norske helseforetak. Vi vil derfor kort redegjøre for vår teoretiske tilnærming til lederrollen og ledelsesmessige funksjoner som er tillagt lederrollen.

Å være leder handler ikke om å være seg selv, men å fylle en rolle. Innen sosiologi og sosialpsykologi kan en rolle defineres som summen av forventninger som rettes mot en spesiell funksjon, stilling eller oppgave. I en ledelsesmessig kontekst gir det mening å inndele disse forventningene i kategorier: forventninger til egen rolle fra lederen selv, forventninger fra relevante andre, og forventninger som genereres fra rammebetingelser eller ytre krav til stillingen.



Figur 2-1 Rammeverk for operasjonalisering av lederrolle

Jo tydeligere overlapp det er mellom disse tre sirkelene jo større handlingsrom vil lederen oppleve å ha. Dersom egne forventninger bryter med relevante andres forventninger, eller forventninger fra ulike forventningssendere (f.eks. overordnet ledelse og medarbeidere) er i konflikt med hverandre, eller det



er manglende samsvar mellom rammebetingelser og forventninger fra relevante andre, oppstår det en klassisk rollekonflikt.

Den canadiske ledelsesforskeren Henry Mintzberg peker på at ledelse inneholder fire distinkte men samtidig overlappende funksjoner (Mintzberg (1979)). Enhver leder – uavhengig av nivå – må ivareta både en strategisk, administrativ, faglig og mellom-menneskelig (eller relasjonell) lederfunksjon. Hvor ledere må ha sitt hovedfokus og hvor mye tid den enkelte må investere på de ulike funksjoner vil variere med kontekst (ledernivå, situasjon, antall medarbeidere, osv.), men som en del av lederrollen må alle funksjonene ivaretas.



Figur 2-2 Funksjoner som må ivaretas i ethvert lederskap (basert på Mintzberg (1979))

De ulike funksjonene vil være overlappende. Et bærende prinsipp for ledere i «fagtunge» organisasjoner er at faglig og relasjonelt lederskap ikke bør sees på som konkurrerende funksjoner eller aktiviteter som stjeler av hverandres tid. Perspektivet må være at mellom-menneskelig lederskap utspilles i en faglig kontekst, der enhver faglig handling foretatt av en leder har et ledelsesaspekt i seg. Faglige handlinger er dermed potensielle arenaer for utøvelse av mellom-menneskelig lederskap.

Likeledes vil man i utøvelsen av den administrative ledelsesfunksjonen ofte basere seg på en strategisk tenkning rundt hvilke strukturer, møteplasser, rapporteringsprosesser og kommunikasjonskanaler som er nødvendig å utvikle for å ivareta strategiske mål best mulig. Disse ulike ledelsesfunksjonene er til stede uansett ledernivå, men vil ha litt ulikt innhold. I en tradisjonell organisasjon vil strategiske funksjoner for en førstelinjeleder typisk dreie seg om å implementere og omsette de overordnede strategiske satsinger besluttet på et høyere nivå i organisasjonen i egen enhet. I et sykehus med stor faglig autonomi og med et fag i stadig utvikling vil de strategiske føringene fra toppledelsen være svakere. Den faglige funksjonen vil innebære å gi best mulig behandling til pasientene, i verksette nye behandlingsrutiner eller ta i bruk nye behandlingsmetoder ut fra tilgjengelig kunnskap. Dette som eksterne føring i organisasjonsfeltet og fagmiljøene mer enn som strategiske føring fra toppledelsen. Førstelinjelederen har oftest personalansvar for mange medarbeidere, og den mellom-menneskelige funksjonen vil være svært sentral. Den administrative funksjonen innebærer best mulig organisering og drift av egen enhet, innenfor tildelte rammer.

## 2.3 Ledelse i helseforetakene

Sykehusets hovedoppgaver er å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende (Norge (2001)). Det er ledelsens ansvar å sørge for at alle deler av virksomheten er rettet inn mot å ivareta disse oppgavene på en god måte, innenfor de rammer som er gitt (Regjeringen (2013)). Det samme rundskrivet understreker at førstelinjeledere i praksis vil utøve lederoppgaver som er sentrale for å sikre god pasientbehandling og at førstelinjeledere er sentrale i

kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves (Norge (2016)). Den tydeliggjør lederes plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten.

Tidligere var norske sykehus organisert etter en såkalt tredelt-ledelsesmodell der en avdelingsledelse bestod av både en administrativ leder, en avdelingsoverlege og en avdelingssykepleier. Da var fagledelse en integrert del av sykehusets styringsmodell. I mange land som for eksempel Danmark er dette fortsatt den dominerende ledelsesmodellen. I etterkant av NOU 1997: 3 "Pasienten Først!" ble spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-9) endret slik at alle resultatansvarlige enheter på sykehus skulle ledes av en profesjonsnøytral leder. I dagens modell er sykehusene i stor grad organisert etter medisinske spesialiteter og i mindre grad etter behandlingsforløp.

## 2.4 Formål med rapporten

Formålet med denne rapporten er å oppsummere kunnskap om førstelinjeledere ved norske sykehus. Oppdraget handler om hvorvidt førstelinjelederne får retning fra linjen, handlingsrom, støtte og avgrensning. Dernest – om de ikke får det – hvor svikter det, og hva trenger de for å utøve lederskap i tråd med forventningene til dem som ledere?

Oppdragsgiver trekker fram følgende aktuelle spørsmål det er ønskelig å belyse:

- ▶ Hvordan utvikler lederne tjenestene – og hva trenger ledere i dette arbeidet? Opplever lederne en klar retning fra linjen, et tilstrekkelig handlingsrom for å gjøre jobben og tilgang til støtte når det trengs?
- ▶ Hvordan utvikler lederne medarbeiderne – og hva trenger ledere i dette arbeidet?
- ▶ Hvordan leder ledere i en kontekst og med noen rammer som er i kontinuerlig endring og som fordrer kontinuerlige endring- og forbedringsprosesser? (ny kunnskap, nye forventninger (fra både pasienter, politikere og foretak), nye pasientgrupper, ny teknologi, nye samhandlingsaktører osv.).

Kunnskapen skal brukes inn i arbeidet med ny Nasjonal helse- og omsorgsplan.

# 3 Metode

## 3.1 Om scoping review

Oppsummering av eksisterende kunnskap er et grunnelement i kunnskapsbasert praksis og i en kunnskapsbasert politikktutforming. Whitemore og kollegaene (Whitemore et al. 2014) har laget en oversikt over ulike former for kunnskapsoppsummeringer. De bruker begrepene systematisk oversikt, meta-analyse, kvalitativ syntese, mixed studies reviews, integrative reviews, scoping reviews, RE-AIM reviews og umbrella reviews. Whitemore sin beskrivelse av scoping review er å “*map the key concepts and evidence of a particular phenomen*”. Metoden er egnet til å summere ulik kunnskap for å få en bred forståelse om hva man vet om fenomenet. Det er denne metodikken som er anvendt i dette prosjektet.

Selve prosessen ved oppsummering av eksisterende kunnskap har likhetstrekk på tvers av de ulike typer oversikter/reviewer, som illustrert over. Men i et scoping review er det aktuelt å revidere søkestrategien og justere inklusjonskriteriene etc. underveis i prosessen. Metodikken ved en scoping review er mindre streng og forhåndsdefinert enn ved for eksempel en systematic review. Den består likevel av systematiske søk, inklusjon og eksklusjon av studier, ekstrahering av data fra hver studie, og oppsummering av funn. Kvalitet av studiene bør omtales, men siden studiene i sin natur har ulik metodikk, vil også dette steget være mindre strikt. Levac og medarbeidere (Levac, Colquhoun, and K O'Brien 2010) har beskrevet en systematikk ved scoping reviews som er lagt til grunn i dette arbeidet.



Figur 3-1 Strukturen ved å lage en scoping review

## 3.2 Søkestrategi

Det overordnede formålet med kunnskapsoppsummeringen er å identifisere publikasjoner som omhandlet førstelinjeledere ved norske sykehus. Med det som utgangspunkt ble det fortrinnsvis søkt etter norske publikasjoner på feltet.

Det ble søkt i Norsk Oria med følgende søkestrategi:

- ▶ Ledelse og Sykehus i alle felt siste 10 år
- ▶ Ledelse i tittel og Sykehus siste 20 år
- ▶ Enhetlig ledelse og sykehus perioden 1999–2019
- ▶ Digital og ledelse og sykehus perioden 1999–2019

Det ble søkt i engelsk Oria med følgende søkestrategi:

- ▶ Leadership Management Hospital clinical Norway i alle felt siste 10 år, begrenset til relevante tidsskrift og emne

Med en antagelse om at det ville kunne foreligge rapporter eller artikler som ikke nødvendigvis inngår i databaser med vitenskapelige artikler, avhandlinger eller mastergrader henvendte vi oss direkte til ulike forsknings- og konsulentmiljøer med forespørsel om de selv hadde publisert eller kjente til rapporter og artikler relevant for problemstillingene.

Følgende forskningsinstitutter ble kontaktet:

- ▶ Fafo
- ▶ Sintef
- ▶ AFI (Oslo Met)
- ▶ NIBR (Oslo Met)
- ▶ IRIS (Norce)
- ▶ Rokkansenteret (Norce)
- ▶ Telemarksforskning
- ▶ Nordlandsforskning
- ▶ Vestlandsforskning
- ▶ Institutt for samfunnsforskning
- ▶ Møreforskning
- ▶ NTNU samfunnsforskning
- ▶ Østlandsforskning

Vi kontaktet følgende organisasjoner:

- ▶ Norsk Sykepleierforbund
- ▶ Den norske legeforening
- ▶ Norsk Fysioterapeutforbund
- ▶ Fagforbundet.

Følgende konsultentselskaper ble kontaktet:

- ▶ PWC
- ▶ Oslo Research Senter
- ▶ Rambøll
- ▶ Oslo Economics
- ▶ KPMG
- ▶ Deloitte
- ▶ BDO
- ▶ E&Y
- ▶ ideas2evidence
- ▶ HR-enhetene i RHFene

### 3.3 Inklusjon av studier

Med utgangspunkt i formålet med og problemstillingene for kunnskapsoppsummeringen utarbeidet vi følgende inklusjonskriterier:

- ▶ Studiene måtte omhandle førstelinjeledere: Dette ble operasjonalisert ved ledere med enten økonomi-, personal- og/eller fagansvar og nære pasientbehandlingen. Artikler som omhandlet ledere på ulike nivåer ble også inkludert, så lenge førstelinjeledere var blant deltakerne.
- ▶ Studiene måtte omhandle somatiske sykehus i Norge, ev. Skandinavia. Noen av oversiktsartiklene har studier fra flere land.
- ▶ Studiene måtte være empiriske studier i form av evaluering, kartlegging, eller et forskningsprosjekt med empiriske data. Oversiktsartikler over slike studier ble også inkludert. Politiske dokument, utvikling av teorier, lærebøker etc. ble ekskludert.
- ▶ Studiene måtte se på ledelse som ett av formålene. Studier som primært handlet om organisering ble ekskludert.
- ▶ I tillegg til studiene som tilfredsstilte alle inklusjonskriteriene, har vi inkludert artikler som omhandler digitalisering i norske sykehus. Betydningen av digitale systemer i arbeidshverdagen for både ledere og ansatte blir belyst i flere nyere studier. Selv om disse studiene ikke har fokus på førstelinjeledere, kan de bidra med viktig kunnskap på området.

I arbeidet med å inkludere/ekskludere studier ble i alt 102 publikasjoner identifisert (*Figur 4-1*). Den første screeningen ble gjort av en fagperson på feltet, og deretter ble publikasjonene fordelt på til sammen fire medforfattere. De ulike forfatterne inkluderte/ekskluderte studier med utgangspunkt i inklusjonskriteriene beskrevet i kapittel 3.3. Studiene måtte tilfredsstillte alle kriteriene for å bli inkludert.

Ved usikkerhet om artiklene oppfylte kriteriene for inklusjon/eksklusjon ble en av de andre forfatterne konsultert. Vi gjorde en avgrensning av studier publisert fra 2012 og fremover. Dette fordi vi vurderte den nyeste kunnskapen som mest relevant. Samtidig åpnet vi for at sentrale og særlig relevante artikler publisert før 2012 også ble inkludert.

### 3.4 Dataekstraksjon

De inkluderte studiene ble fordelt slik at to og to forfattere leste de samme publikasjonene og vurderte artiklenes relevans opp mot formålet med kunnskapsoppsummeringen. Etter denne gjennomgangen ble det ved konsensus vurdert om flere studier burde ekskluderes i den endelige litteraturoversikten. I dette arbeidet beskrev vi publikasjonene med hensyn til forfatter, formål, metode, deltakere og kontekst. I dette arbeidet ble det besluttet å inkludere sentrale publikasjoner publisert før 2012 i den endelige litteraturoversikten.

Funnene i hver enkelt publikasjon er beskrevet ut fra i hvilke spørsmål de besvarer, og gruppert tematisk. Dette for å kunne trekke ut kunnskap på tvers av studiene. Det er også beskrevet områder hvor vi mangler kunnskap.

### 3.5 Metodiske begrensinger

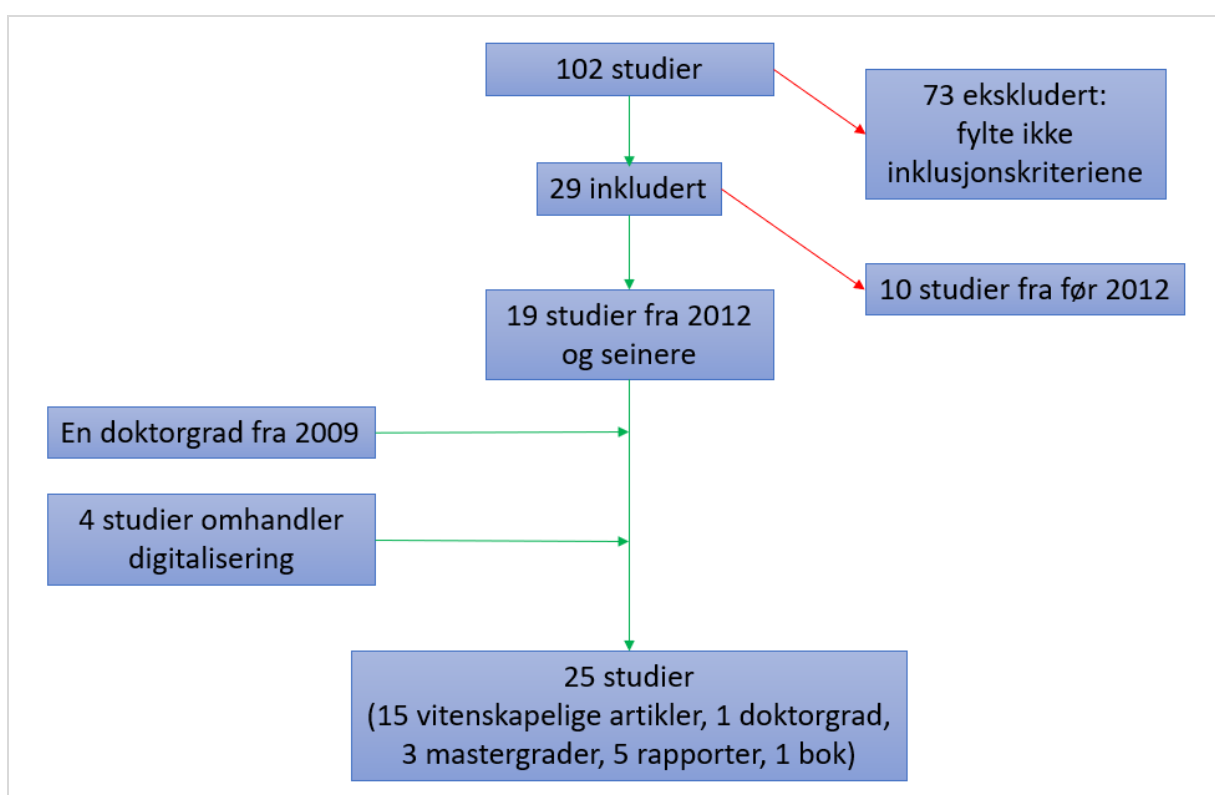
Et scoping review er en oppsummering av identifisert og tilgjengelig kunnskap innen valgte temaer, i form av skrevne rapporter og artikler. En slik oppsummering er med andre ord ikke en fullstendig beskrivelse av hva som faktisk pågår innenfor de valgte temaene i helseforetakene, men hva som er publisert og skrevet om temaene. Det er for eksempel forskjell på hva ledere faktisk opplever at de mangler med tanke på ressurser, opplæring, og lignende, og hva vi har kunnskap om at de mangler eller etterspør.

Vi har gjort noen valg om søkestrategi, kriterier for inklusjon og eksklusjon og tidsavgrensning. Det vil derfor kunne være relevante studier vi ikke har fanget opp med vår metodikk.

## 4 Resultat

Totalt 102 bøker, rapporter, avhandlinger og vitenskapelige publikasjoner ble identifisert som aktuelle å inkludere i kunnskapsoppsummeringen. Etter første inklusjons-/eksklusjonsfase ble 29 dokumenter inkludert. 19 av disse var fra 2012 eller seinere. En doktorgrad fra før 2012 ble likevel inkludert da den adresserte temaer som er viktige med hensyn til problemstillingene som skal besvares, og som ikke er berørt tilstrekkelig i de andre studiene.

Etter videre vurderinger ble ytterligere 4 studier inkludert i litteraturoversikten. Disse studiene omhandler ikke direkte førstelinjeledere, men digitalisering, som er av særlig betydning for utvikling av både drift og ledelse i sykehus. Det ble også inkludert en rapport som kartlegger ulike ledelsesparametere og på den måten indirekte belyser førstelinjeledere (Rambøll 2018). Det endelige resultatet av kunnskapsoppsummeringen er 25 studier: 15 vitenskapelige artikler, en doktorgrad, tre mastergrader, fem rapporter og en bok.



Figur 4-1 Flyttdiagram inklusjon og eksklusjon av studier

I gjennomgangen av studiene har vi identifisert tre hovedtemaer studiene belyser. Det første temaet handler om lederrollen. Med det mener vi individuelle forhold knyttet til det å være leder. Det andre temaet omhandler lederstrukturer og systemene som førstelinjeledere arbeider i. Slike strukturer er vesentlig for utøvelsen av ledelse. Det siste temaet handler om hva litteraturen sier om endringsledelse og å lede organisasjoner i endring. Noen av studiene som inngår i kunnskapsoppsummeringen omhandler imidlertid flere temaer. Vi har likevel valgt å plassere studiene tematisk med hensyn til hvilket hovedtema publikasjonen omhandler.

# 5 Analyse

## 5.1 Lederrolle

Å studere ledelse handler også om å studere individene som er ledere. Som påpekt i kapittel 2.2 handler det å være leder ikke om å være seg selv, men å fylle en rolle. Å få kunnskap om hvem førstelinjelederne i norske helseforetak er, hvilken bakgrunn, motivasjon og identitet de har er derfor viktig.

Temaet fagledelse blir ofte omtalt som elefanten i rommet – det store problemet alle vet er der, men som ingen omtaler (Edmonstone 2009). Dette skyldes dels at det berører identiteten til de som jobber i sykehus og lett fører til konflikter når temaet belyses, og dels at dette omfatter en rekke oppfatninger knyttet til ledelse i sykehus. I diskusjon om hvem som er best skikket til å lede i sykehuset, er det et skille mellom de som mener den faglige identitet og tilhørighet er avgjørende, og de som i større grad ønsker profesjonsnøytrale ledere. Sistnevnte vil hevde at fagledere som kun leder sin egen profesjon ikke er tydelig i sin lederrolle og ofte prioriterer faget framfor drift og ledelse av andre. De ser det som en ulempe at ledere utvelges på grunnlag av faglig dyktighet og kompetanse, og vil mene at det fører til at hovedfokuset blir på eget fag og ikke samarbeid og drift. Motsatt vil tilhengere av fagledelse hevde at profesjonsnøytrale ledere fokuserer for mye på drift, og at sykehusets egentlige verdier og mål knyttet til etiske standarder blir ignorert (Kjekshus 2015).

Vi identifiserte 8 studier som adresserer dette temaet:

Tabell 5-1 Inkluderte studier med tema lederidentitet og -rolle

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst
Berghout et al. (2017)	En systematisk oversikt med hensikten å få en oversikt over: definisjonen av medisinsk ledelse, aktiviteter og rolle til lederne, kunnskap og ferdigheter, og maktfaktorer	Systematisk oversikt over vitenskapelige studier av leger som ledere i sykehus. 24 kvalitative og 7 kvantitative tverrsnittstudier er inkludert. 2 studier fra norske settinger, en fra 2008 og Spehar (2015)
Danielsen og Hertel (2018)	Å belyse hvordan organisatoriske forhold i norske sykehus påvirker sykepleieleders økonomistyring.	Intervjuer. Deltakere: Autoriserte sykepleiere som var ledere (n=6). Alle med minimum 3 års ledererfaring.
Hartviksen et al. (2018)	Å kartlegge hvordan deltakelse i et læringsnettverk bidrar til å utvikle førstelinjeledere sin kapasitet og evne til å utøve ledelse.	Semistrukturerte fokusgruppe-intervjuer. Deltakere: Ledere (n=16), hovedsakelig sykepleiere, både i kommunehelsetjenesten og sykehus (n=6) som var del av et læringsnettverk i distrikt-Norge
Nordstrand Berg og Byrkjeflot (2014)	Hvordan fokus på bedre ledelse har påvirket sykepleiere og leger i lederposisjoner, endring i lederrollen og hvordan leger og sykepleiere håndterer nye lederroller.	En sammenstilling av litteratur og et casestudie. Casestudiet var et semistrukturert intervju med 16 ledere på ulike nivå på et mellomstort sykehus i Norge.

Spehar, Frich, og Kjekshus (2012)	Formålet med studien er å utforske reisen fra kliniker til leder for å identifisere potensielle drivere, eller barrierer av betydning for rekruttering og utvikling av ledere.	Intervjuer (n=30) og deltakende observasjon (n =20). Deltakere: mellomledere og førstelinjeledere; lege (n=13), sykepleier (n=16), annen helseprofesjon (n=1). Observasjoner: fulgte respondenten en arbeidsdag. Kontekst: fire sykehus fordelt på to helseforetak.
Spehar og Kjekshus (2012)	Formålet med studien er å utforske hvordan leger engasjerer seg i sykehusledelse -har legene mistet sin innflytelse?	En teoretisk studie, hvor det i tillegg inkluderes kvantitative data fra en studie gjennomført i 2010 (Kjekshus and Bernstrøm (2010)
Spehar, Frich, og Kjekshus (2014)	Å utforske påvirkningsstrategiene som lege- og sykepleieledere bruker i sykehus med profesjonsnøytral ledelse.	Intervju og observasjon. Deltakere intervju: ledere på heltid og ledere kombinert klinisk arbeid, fra fire sykehus i to helseregioner (n=30, 9 var førstelinjeledere). Observasjon i ledersituasjoner og i uformell kontakt med kollegaer: (n=20 av informantene)
Spehar (2015)	Å studere hvordan profesjonsbakgrunn påvirker lederrollen og identitet som ledere for klinikere.	Intervju og observasjon. Deltakere intervjuene: førstelinjeledere (n=13), avdelingsledere (n=17) sykepleiere (n=16) og leger (n=13), og en med annen helsefaglig bakgrunn fra fire ulike helseforetak i 2 helseregioner. Observasjon: 20 av informantene i ledersituasjoner og i uformell kontakt med kollegaer.

## Profesjonsidentitet

De fleste lederne, særlig på pasientnært nivå i norske sykehus har en profesjonsutdanning. Hovedvekten er leger eller sykepleiere. Da det ble innført profesjonsnøytral ledelse på sykehusene utløste dette en rekke konflikter der særlig legene ikke ønsket å bli ledet av andre profesjonsgrupper. Etter en tid imøtekom man de nye kravene med ulike strategiske tilpasninger. På de fleste sykehus laget man egne legeseksjoner, egne sykepleierseksjoner, egne radiografseksjoner, og lignende. Det driftskoordinerende nivået ble lagt til avdelingsnivået med profesjonsnøytrale ledere. På denne måten kunne sykehusene både oppfylle kravet om profesjonsnøytrale ledere samtidig som de kunne beholde fagseksjonene med egne fagledere.

**Nordstrand Berg og Byrkjeflot (2014)** fant at det har vært en utvikling med flere sykepleiere i lederroller i sykehus, særlig som mellomledere, og at for sykepleiere er ledelse en egen og attraktiv karrierevei. For leger er det fortsatt slik at klinisk virksomhet er mest verdsatt, men ledelse har fått noe høyere status. **Nyland og Olsen (2017)** fant i sin studie at avdelingslederne i 2014 arbeider i langt mindre grad klinisk som en del av sin lederstilling enn man gjorde i 2008 (35 vs. 74 % i 2008). 2008 var andelen avdelingsledere som også arbeidet klinisk hele 92 % blant legene, mens tilsvarende andel blant sykepleiere var 62 %. I 2014 var disse andelene hhv. 96 og 6 %. Mens stort sett alle leger i 2014-materialet også arbeider klinisk, er denne praksisen så godt som ikke-eksisterende for sykepleierne. Legene har riktignok redusert omfanget av klinisk arbeid (fra 52 til 36 %), men fortsatt er det altså slik at avdelingsledere med legebakgrunn også har en omfattende klinisk praksis.

**Spehar (2015)** fant at legene opprettholdt sin identitet som lege når de var ledere, og ønsket å opprettholde noe klinisk arbeid. De mente dette gav legitimitet og respekt hos kollegaer, og at det var viktig å vise og opprettholde klinisk ekspertise også som leder. Samtidig gav noen uttrykk for frustrasjoner med mye administrative oppgaver. Sykepleierne gikk i større grad fullt og helt inn i lederrollen, og flere ønsket andre oppgaver enn pasientnært turnusarbeid. Samtidig gav de uttrykk for



at sykepleierbakgrunnen gav viktig forståelse av organisasjonen når de ble ledere. Det var likevel slik at de sjelden deltok i klinisk arbeid, og når de gjorde det var de ikke redd for å vise klinisk tilkortkommenhet. Noen sykepleierledere mente, i motsetning til legene, at å vise respekt for den ekspertisen de i klinisk arbeid hadde, gav dem legitimitet.

## Lederroller og maktstrukturer

**Berghout et al. (2017)** har skrevet en systematisk oversikt over studier av leger som er ledere i sykehus, der to norske studier er inkludert. Forfatterne konkluderer med 2 kategorier ledere: formelle ledere med eller uten klinisk virksomhet, og klinikere i en uformell lederrolle. Alle balanserte mellom lederrollen og legerollen. I tillegg til generelle lederferdigheter, beskriver Berghout spesielle ferdigheter og roller/oppgaver knyttet til å balansere mellom lederrollen og de kliniske aspektene ved drift av sykehus. For å beherske dette, synes en medisinsk bakgrunn å være viktig for legitimiteten, og for å inneha nødvendig detaljkunnskap om pasientbehandling.

**Johansen (2009)** undersøker i sin andre artikkel i avhandlingen hvordan ledere med ulik profesjonsbakgrunn utøver og reflekterer over lederrollen, deres karriereløp samt hvordan eventuelle forskjeller mellom profesjonene kan forstås. Resultatene fra denne studien viser at sykepleierne oftere har formell lederutdanning og at de både starter sin lederkarriere tidligere og at de har lengre ledererfaring enn legene. Legene blir gjerne ledere når de har høy faglig autoritet, gjerne i form av en dr.grad innenfor sitt felt. Sykepleierne bruker mer tid på administrative rutiner enn legene. Førstelinjeledere blant legene oppgir at de utøver klinisk ledelse, mens sykepleierne mener at avdelingslederjobben er 100 % ledelse. Sykepleiere sier at de har ønsket å gå inn i lederposisjon for å forbli leder, mens legene er mer vage. Forfatteren peker på at leger har svakere lojalitet til organisasjonen og sterkere forpliktelser overfor faget sitt, mens sykepleierne har en identitet knyttet til det å være locals, dvs. at de har sterk lojalitet til organisasjonen de jobber i, og mindre forpliktelser til faget.

I den tredje og siste artikkelen i Johansens doktoravhandling belyses sykepleiere og legers grunnholdning til ledelse generelt og enhetlig ledelse spesielt, og hvordan disse holdningene påvirker gjennomføringen og praktiseringen av reformen om enhetlig ledelse. Artikkelen viser at sykepleiere og leger har ulik forståelse av ledelse og lederrollen. Legene vektlegger ledelse av det medisinske faget, og baserer seg på prinsippet «best blant likemenn», mens sykepleierne oppfatter ledelse som en selvstendig form for kompetanse. Både leger og sykepleiere argumenterer for at leder bør ha medisinskfaglig kompetanse, men leger og sykepleiere definerer medisinskfaglig kompetanse ulikt. Sykepleiere mener at de inngår i denne kompetansen, men her er legene uenige. Artikkelen viser til at selv om enhetlig ledelse er implementert har leger hovedansvaret for det medisinskfaglige, mens sykepleierne har ansvar for øvrige administrative systemer og det sykepleiefaglige.

**Spehar og Kjekshus (2012)** ønsket å utforske hvordan leger engasjerer seg i sykehusledelse og stiller spørsmål om legene har mistet sin innflytelse. De konkluderer med at leger fortsatt innehar stor grad av innflytelse i norske sykehus. Selv om andre helseprofesjoner dekker flere lederposisjoner, befinner legene seg riktig nok i færre lederstillinger, men til gjengjeld i lederstillinger med høyere status og innflytelse. **Spehar, Frich, og Kjekshus (2014)** ser på påvirkningsstrategiene leger og sykepleiere bruker, og finner at lederne forsøkte å påvirke oppover i organisasjonen med å henvise til de ansattes kompetanse, men opplevde det vanskelig å bli hørt. Lederne brukte både ekspert-rollene for å påvirke, den mer uformelle rollen og også noen sabotasje-elementer. Leger bruker sin ekspertrolle i å påvirke, sykepleierne ønsket å være en generell rollemodell. Sykepleierne kunne på sin side bruke legene for å påvirke da legene lettere får gjennomslag for sine synspunkter.

## Dilemmaer i lederrollen

**Danielsen og Hertel (2018)** ser på hvordan organisatoriske forhold påvirker økonomistyring ved norske sykehus. Sykepleierledere opplever motsetninger mellom fokuset på økonomi og faglige verdier/forsvarlighet. Tilsvarende motsetninger beskrives mellom budsjettstyring og å ivareta de ansattes motivasjon og arbeidsmiljøet. Noen ganger prioriteres økonomiske resultater ned fremfor faglig forsvarlighet og hensyn til ansatte. Ledere blir også påvirket av uformelle strukturer, motstand og forventninger hos personalet. Når det gjelder økonomistyring, har informantene liten strategisk påvirkning på budsjettene, men samtidig i liten grad rutiner, verktøy og arbeidsformer som bekrefter virksomhetsstyring av de økonomiske ressursene. Oppsummert viser denne studien at tiltak som bekrefter virksomhetsstyring er lite fremtredende og beslutninger påvirkes av omsorgsideologi og personalet som uformell gruppe.

**Buer (2018)** fant at ledere setter kvalitet og pasientsikkerhet høyt og de opplever grader av verdikonflikter i forhold til god behandling og omsorg for den enkelte pasient, og spørsmål om ressurser og målbare resultater.

## Veien til og motivasjon for lederrollen

**Spehar, Frich, og Kjekshus (2012)** ønsket å utforske reisen fra kliniker til lederposisjon på sykehus, for å identifisere potensielle drivere eller barrierer av betydning for rekruttering og utvikling av kliniske ledere. Forskerne fant to ulike veier inn i ledelse, en ønsket og villet posisjon, og en via overtalelse (for eksempel fra tidligere leder). De fleste opplevde å bli «kastet» inn i ledelse, og ble overrumplet av budsjett- og HMS-ansvar. Felles opplevelse er høy arbeidsbelastning, mye administrasjon og lite utøvelse av ledelse. Ved deltakende observasjon ble mange av «opplevelsene» til informantene bekreftet. Høyt arbeidspress, mye administrasjon og vanskeligheter med å delegerer oppgaver (møter motstand). Studien identifiserte tre faser i en klinikers reise fra kliniker til leder: 1) Oppmerksomhet rettet mot lederrollen, 2) å påta seg lederrollen, og 3) erfaringer i lederrollen.

Deltakerne i studien til **Spehar (2015)** kunne kategoriseres i tre grupper: Den første omtalte lederrollen som morsom, og at det var dette de var gode på. Den andre gruppen var ambivalente: mye ved lederrollen var morsomt, men den ble ofte ensom og med mye administrativt arbeid. Den tredje gruppen av deltakere var frustrerte over lite frihet i lederrollen på grunn av mye administrativt arbeid og lite lederstøtte. Denne gruppen omtalte seg også oftere som lege/sykepleier først, dernest som leder. Mange opplevde også et visst press på å ta lederrollen.

## Kompetanse og lederutvikling

**Nyland og Olsen (2017)** viser at det er en høyere andel ledere som har fått opplæring/kurs i ledelse/styring i 2014 i forhold til 2008, avdelingslederne opplever at de er mer kompetente i 2014 sammenlignet med 2008. Ytterligere analyser viser imidlertid at endringen i opplevd kompetanse er drevet primært av sykepleierne (4,50 sammenlignet med 3,86 for leger). Avdelingslederne opplever også at deres kapasitet knyttet til styring og ledelse har økt, selv om denne økningen ikke er statistisk signifikant. Lederne opplever imidlertid at denne økte kapasiteten ikke er tilstrekkelig i forhold til å styre enheten på en effektiv måte.

**Hartviksen et al. (2018)** fant i sin studie om ledernetverk at et slikt nettverk var svært viktig for deltakerne. Nettverket bidro til at de så seg selv og sin lederoppgave utenfra og i et større perspektiv, noe som var vanskelig i hverdagen. De fikk også mer kunnskap om kompleksiteten i tjenestene og ble tryggere i rollen. Nettverket bidro også til at sykehuslederne fikk en bedre forståelse for de kommunale tjenestene og vice versa. De beskrev at nettverksmøtene gav inspirasjon og kunnskap de tok med til hverdagen. Nettverket bidro også til kunnskap og ferdigheter til å håndtere ulike utfordrende lederoppgaver i hverdagen. Nettverket bidro til refleksjon over egen tjeneste og praksis. Det var viktig at det var en viss stabilitet i gruppa, selv om det hele tiden var åpent for nye deltakere. Lederne beskrev likevel utfordringer med å delta, som manglende mulighet til reisevirksomhet, og utfordringer med å reise fra pasientene som trengte dem.

## 5.2 Lederstruktur

Som beskrevet i kapittel 2.1 er norske sykehus organisert ulikt. Det er ulikt antall ledernivåer, noen helseforetak har flere lokasjoner etc. Alt dette er strukturer som virker inn på lederrollen og gir rammer for førstelinjelederne. Både forskere og fagorganisasjoner har de siste årene vært opptatt av og pekt på en rekke utfordringer ved dagens modell for organisering, styring, og ledelse av sykehusene. Betydningen av disse temaene gjenspeiles også av at de i senere år er viet stor oppmerksomhet i nasjonale utredninger og politiske dokumenter.<sup>2</sup> Mange av utredningene og rapportene har nettopp omhandlet erfaringer og konsekvenser av reformen, men de har i liten grad belyst hvordan arbeidshverdagen til førstelinjeledere er med hensyn til ansvars- og mulighetsrom og mer konkret hvordan førstelinjeledere utvikler tjenestene og medarbeiderne sine.

Vi identifiserte 8 studier som adresserte dette temaet:

Tabell 5-2 Inkluderte studier med tema lederstruktur og system

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst
Andrews og Høgås (2017)	Å synliggjøre bredde på kontrollspenn, mangel på kvalifisert personell, og hvilken betydning dette kan ha for kvalitet og pasientsikkerhet	Dokumentstudier, reanalyse av materiale fra Andrews (2014) og elektronisk spørreskjemaundersøkelse (n=5234 (svarprosent 31 %) både kommunehelsetjeneste og sykehus)
Buer (2018)	Å undersøke hvordan enhetlig ledelse utøves blant sykepleieledere i et fagsøyleorganisert helseforetak	Semistrukturerte intervjuer (n=11 med utdanning innen medisin, sykepleie, økonomi og sosialfag, men med ulik ledelseserfaring)
Jønsberg (2013)	Å kartlegge hvordan ledere med stort kontrollspenn utøver lederskap i døgneheter i et sykehus.	Intervju (n=6). Førstelinjeledere med personalansvar for 50-100 medarbeidere fra både somatiske og psykiatriske avdelinger
Kjekshus og Bernstrøm (2013)	Å vise den interne organiseringen i sykehusene og hvordan organiseringen har utviklet seg i perioden 1999-2013	Oppfølgingsstudie som følger sykehusenes organisering og ledelse fra 1999 til 2013. Spørreskjema. Det er 65 sykehus som følges i studien. I 2013 inngår disse i 20 foretak. 19 av disse foretakene har besvart undersøkelsen i 2013 (omfatter 56 sykehus).
Lappegard (2015)	Å undersøke hvordan enhetlig todelt fagledelse påvirker koordineringen mellom kliniske ledere	Komparativ casestudie på to norske sykehus (mellomstore sykehus i Helse Sør-Øst) med hver sin ledelsesstruktur. Intervjuer av kliniske ledere på seksjons- og avdelingsnivå (leger n=4 og sykepleiere n=4)

<sup>2</sup> NOU, 2016: 25 - Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten; Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019; Meld. St. 13 (2016-2017) om kvalitet og pasientsikkerhet; Forskrift om ledelse og kvalitet – Helse- og omsorgsdepartementet, 2016.

Nyland (2017)	Å analysere endringer i helseforetakenes økonomistyring 2008 til 2014 på avdelingsnivå, og hvilke endringer man kan observere i mellomlederes holdninger.	Spørreskjema undersøkelse. Deltakere: Utvalg av mellomledere med budsjettansvar ved alle norske somatiske helseforetak i 2008 og 2014. Svarprosent hhv 69,8 % og 79,4 %
Rambøll (2018)	En kartlegging av legers arbeidsmiljø, inkl. spørsmål om ledelsesforhold øverste ledelse/stedlig ledelse	Spørreskjemaundersøkelse (n=14070 sykehusleger)
Johansen (2009)	Å utforske møtet mellom politisk genererte reformer og profesjonssterke aktører	En dr.gradsavhandling bestående av tre artikler: 1) dokumentstudie og en komparativ studie, 2) intervju (n=44) i 8 sykehus, og spørreskjemaundersøkelse til enhetlige ledere (n=290), 3) analyse av mediedebatten i kjølvannet av reformen, og intervju av sykepleiere og leger.

## Stedlig ledelse

Som omtalt i kapittel 2.3, har helseforetakene som er lokalisert ved flere geografiske steder ulike ledelsesstruktur: gjennomgående ledelse på tvers av sykehusene som inngår i et helseforetak, eller ved lederlinjer som inkluderer stedlig ledelse med et samlet ansvar for virksomheten.

I en rapport fra **Rambøll (2018)** undersøkes effekter av stedlig ledelse i en kartlegging av legers arbeidsmiljø. De finner blant annet at 80 % av respondentene rapporterer at det er stedlig ledelse ved deres sykehus. Der det er stedlig ledelse er det en langt mer positiv vurdering av spørsmålene knyttet til «sykehusets øverste ledelse». Spørsmål knyttet til medvirkning og bemyndigende ledelse kommer også mer positivt ut her. 85 % svarer at de har en stedlig avdelingsleder. Sykehusleger som har en stedlig avdelingsleder svarer gjennomgående mer positivt på undersøkelsens tema. Spesielt gjelder dette tilgjengelighet og støtte, men også hvorvidt de opplever at avdelingsleder har anledning til å påvirke. Synet på organiseringen og støttefunksjoner vurderes også bedre.

## Enhetlig ledelse

Spesialisthelsetjenesteloven krever at alle resultatansvarlige enheter på sykehus skal ledes av en profesjonsnøytral leder. **Johansen (2009)** har skrevet en doktoravhandling som består foruten en introduksjonsdel av tre artikler. Den første artikkelen (Fra fagstyre til enhetlig ledelse) er en historisk studie av utviklingen fra enhetlig legeledelse, som var den dominerende ledelsesmodellen på 1950-tallet, via todelt ledelse, og frem til innføringen av enhetlig profesjonsuavhengig ledelse. I et forsøk på å forklare denne utviklingen, peker forfatteren på tre hovedårsaker: i) en tiltagende fragmentering i legeggruppen – tilknytningen til fagspesialiteten ble viktigere enn til legestanden generelt, ii) sykepleierne har stått på barrikadene og fått gjennomslag for å lede seg selv, og etter hvert retten til lederposisjoner i sykehus, iii) den viktigste begrunnelsen er knyttet til en tiltakende og sterk politisk interesse for å gjøre ledelse i sykehus til et viktig helsepolitisk spørsmål. Denne faktoren anses som avgjørende for å få innført profesjonsnøytral ledelse i norsk sykehusvesen.

**Lappegard (2015)** har undersøkt hvordan enhetlig todelt fagledelse påvirker koordineringen mellom kliniske ledere, ved å sammenligne to mellomstore sykehus i Helse Sør-Øst med hver sin ledelsesstruktur. Sykehus A hadde enhetlig ledelse og sykehus B enhetlig todelt fagledelse. Studien finner en sammenheng mellom ledelsesstruktur og koordinering i klinisk ledelse, slik det instrumentelle perspektivet skulle tilsi. De finner at begge former for ledelse gir utfordringer for koordineringen i klinisk ledelse. Sykehuset med enhetlig todelt fagledelse hadde størst utfordring med vertikal koordinering (med unntak av innen økonomi der delte budsjetter opplevdes uhensiktsmessig fungerte

horisontal koordinering godt; den tverrfaglige møtestrukturen ga lederne mange arenaer for samarbeid), og sykehuset med enhetlig ledelse hadde størst utfordring med den horisontale koordineringen (hadde ikke på samme måte bygd opp et nettverk av formelle kontaktpunkter mellom profesjonene).

Lappegard finner også at mindre avstand mellom ledernivåene bidro til bedre vertikal koordinering. Mange og store seksjoner fører til et stort kontrollspenn på avdelingsnivå. Medisinskfaglige rådgivere hadde en viktig rolle i sykehus A som har enhetlig ledelse. Det var klare ansvarsforhold på begge sykehus. Konklusjonen er at enhetlig ledelse vektlegger profesjonalisering av lederrollen og klare ansvarsforhold, noe som legger forholdene til rette for god vertikal koordinering. Todelt fagledelse er derimot formet med utgangspunkt i fagprofesjonene og stimulerer til god horisontal koordinering mellom legene og sykepleierne.

**Buer (2018)** undersøker hvordan enhetlig ledelse utøves blant sykepleieledere i et fagsøyleorganisert helseforetak<sup>3</sup> og finner at det har skjedd en maktforskyvning fra lege til sykepleier. Dette fordi sykepleieledere har fått økonomiansvar for egen enhet og tilgang til lederstillinger som tidligere kun legene hadde tilgang til. Sykepleieledere leder eget fagområde og de opplever å ha beslutningsmyndighet i de ulike nivåene, men det er noe begrenset. Manglende representasjon av sykepleieledere på strategisk nivå oppleves som en svakhet. Sykepleierne vektlegger i større grad tverrfaglig samarbeid som en verdi og peker på at organisasjonen er sårbar i samarbeidsflatene mellom søylene.

## Lederstøtte

**Buer (2018)** belyser også lederstøtte og finner at controller er en viktig støtte for lederne og bidrar med økt innsikt og forståelse av økonomi blant lederne. Controller veileder ledere i budsjettprosessen, overvåker og har kontroll på budsjettene for å styre organisasjonens økonomi i ønsket retning.

**Andrews og Gjertsen (2014)** (omtalt seinere i rapporten) finner at kun 30 % av førstelinjelederne opplever at de får tilstrekkelig støtte i budsjettarbeid, og samtidig en høy andel som svarer at de ikke får tilstrekkelig faglig støtte i sitt arbeid.

## Organisering, kontrollspenn og fullmaktstruktur

**Kjekshus og Bernstrøm (2013)** er en oppfølgingsstudie av tidligere kartlegging av organisering og ledelsesstrukturer i norske sykehus. De fant at fra 2005 til 2009 var det en gradvis økning i antall helseforetak med fire ledernivåer, fremfor tre som til da var det mest vanlige. I 2012 fant de at denne trenden har utviklet seg videre med et økt antall foretak som nå rapporterer fem ledernivåer (22 %). Samtidig så de en svak vekst i antallet ledere som rapporterer direkte til foretaksdirektøren. I de medisinske og kirurgiske virksomhetene foregår det en gradvis økning i andelen ledere som er ledere på heltid, og flere ledere jobber i formaliserte tverrfaglige ledergrupper. De påpeker samtidig at det er en gradvis nedgang fra 2007 i andelen virksomheter der lederne blir formelt evaluert. De fagspesifikke ledertitlene ser ut til å bli noe redusert da Sjefslege og Sjefssykepleier-titlene er helt tatt ut av foretaksdirektørens stab, og det er en reduksjon i bruken av titlene oversykepleier og avdelings-sykepleier på virksomhetsnivå.

I gjennomsnitt ved alle landets sykehus er 28 % av seksjonsledere innen kirurgiske og medisinske klinikker/virksomheter leger, 55 % sykepleiere og 17 % personer med annen bakgrunn. Det er 50 % av virksomhetene som har skilt ut sengepostene med egen ledelse og formelt totalansvar. 80 % av disse ledes av sykepleiere, 6 % av leger og 14 % av personer med annen fagbakgrunn. Dette viser hvordan norske sykehus er oppdelt etter fagspesialiteter og yrkesgrupper.

---

<sup>3</sup> Undersøkelsen er i et foretak som i 2009 etablerte en ny driftsmodell - sykepleiere (i somatisk virksomhet) ble organisert i egne avdelinger for sykepleie og fikk lede eget fagområde. Etter endringen består organisasjonsstrukturen av fire ledelsesnivåer. I denne studien rettes søkelyset på hvilke forbedringer dette har ført til, og om det er områder sykepleieledere opplever det spesielt utfordrende å lede.

Utfordringer med stort kontrollspenn er belyst i flere studier. **Andrews (2017)** har undersøkt bredde på kontrollspenn, mangel på kvalifisert personell, og hvilken betydning dette kan ha for kvalitet og pasientsikkerhet. Rapporten berører også forhold som lederne kompetanse, ansvars- og myndighetsområde og planer for fremtiden som leder. I studien finner de at andelen ledere som oppgir at den økonomiske rammen ikke er tilstrekkelig er høyere i virksomhet med døgnkontinuerlig drift enn i virksomheter uten døgnkontinuerlig drift. I gjennomsnitt har lederne direkte personalansvar for 35,1 personer (25 årsverk pga. mange deltidsstillinger). Kun 1 av 3 ledere er litt eller helt enige i at antallet de leder er for høyt. 6 av 10 førstelinjeledere opplever at de har høy grad av innflytelse på beslutninger som angår organisasjonen som helhet. Undersøkelsen viser også at de fleste lederne vet hva de har ansvar for og hvilke fullmakter de har.

**Jønsberg (2013)** så på hvordan ledere med stort kontrollspenn utøver lederskap i døgneheter i et sykehus. Lederne utøver administrativt lederskap med utstrakt bruk av delegering – de utnevner nære medarbeidere til å ivareta såkalte støttefunksjoner (turnus, fagutvikling). Hva som delegeres er opp til den enkelte leder. Tilgjengelighet er en utfordring for ledere med stort kontrollspenn. Ledere søker å være til stede på rapporter og i posten så mye som mulig og vektlegger å anerkjenne medarbeiderne med et selvstendig ansvar. Medarbeidersamtaler gjennomføres av lederne selv, men det er ulikt hvorvidt lederne har tid til å gjennomføre slike samtaler med alle årlig, selv om intensjonen er der.

### Økonomistyring

**Nyland (2017)** analyserte endringer i helseforetakenes økonomistyring 2008 til 2014 på avdelingsnivå og endringer i mellomlederes holdninger. De fant at holdningen til budsjettavvik (overforbruk) i 2014 er noenlunde den samme som i 2008. Her er det fremdeles aksept av avvik så lenge avdelingsleder kan redegjøre for årsakene. Den eneste statistisk signifikante endringen er økt fokus på å forklare årsakene til budsjettavvik og en tettere oppfølging av lederne. Dessuten har samtlige avdelingsledere i 2014 tilgang til økonomimedarbeider. Om lag en fjerdedel av lederne oppfatter i liten eller svært liten grad økonomimedarbeideren som en viktig ressurs i 2014 (mot 6,7 % i 2008).

Vi ser videre at avdelingslederne i 2014 i signifikant større grad opplever at de deltar i selve budsjettprosessen. Det er derfor tilsynelatende ingen endring å spore når det gjelder innflytelse i budsjettprosessen. Budsjettet tar fortsatt i stor grad utgangspunkt både i tidligere års regnskap og budsjetter. En rekke av utfordringene ved selve budsjettprosessen eksisterer på samme måte i 2014 som i 2008, til tross for økt deltakelse i prosessene.

## 5.3 Endringsledelse

Sykehusene er i kontinuerlig endring, både når det gjelder struktur og behandlingsformer. Å lede en organisasjon under endring stiller krav til lederne. Vi fant 5 studier som omtalte dette temaet:

Tabell 5-3 Inkluderte studier med tema endringsledelse og dynamikk

Forfatter og (år)	Formål	Metode, deltakere og kontekst
Andersen, Røvik, og Ingebrigtsen (2014)	Hensikten var å identifisere faktorer som fasiliterer ønsket utfall av lean-intervensjoner, og forstå hvordan ulike faktorer spiller inn.	Systematisk oversikt over studier av lean-intervensjoner på sykehus (n=18 artikler). Studiene er primært gjennomført i USA, Australia og Storbritannia.
Andrews og Gjertsen (2014)	Å belyse sykepleierlederes rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer og handlingsrom.	Intervju (n=8 fra ulike ledernivå og både fra kommunehelsetjeneste og sykehus) og spørreskjemaundersøkelse (n=1571, 44 % førstelinjeledere, 39,2 % fra sykehus)

Bernstrøm og Kjekshus (2012)	Å undersøke hvordan førstelinjeleders adferd er relatert til ansattes sykefravær under omstilling.	Spørreundersøkelse kombinert med sykehusets sykefraværstatistikk. Deltakere: ansatte ved et stort norsk sykehus som var under vesentlig omorganisering. Totalt 17 avdelinger med n=2539 ansatte. Svarprosent 40 %. 10 % av utvalget hadde lederroller.
Haugnæss et al. (2018)	Å få økt kunnskap om hvordan helseforetakene og sykehusene ivaretar den strategiske ledelsen og utviklingen av sykepleietjenesten på alle nivåer i organisasjonen.	Intervjuer og dokumentstudier. Deltakere: ledere (n=44, hovedsakelig sykepleiere) på ulike nivåer i fire helseforetak
Hippe og Trygstad (2012)	Å undersøke om foretaksreformen (fra 2002) har ført til rolleavklaring og myndiggjøring av ledere, og om den har gitt ledere større handlingsrom.	Spørreundersøkelse til ledere i norske sykehus og seminar med toppledelsen. Svarprosent 55 %. Flertallet (66 %) av respondentene er i seksjons- eller enhetsledelsen.

## Handlingsrom for endring

Som omtalt i kapittel 2.2, peker Mintzberg på at ledelse inneholder fire distinkte men samtidig overlappende funksjoner, hvorav strategisk ledelse er én. **Haugnæss et al. (2018)** peker på at selv om styringssignalene i hovedsak er de samme for alle de undersøkte foretakene, er tydeligheten av disse noe ulik nedover i virksomhetene. Noen av informantene bekrefter den vertikale spenningen mellom styringen og ledelse «ovenfra» og den faglige virksomheten «nedenfra». Det pekes på at det kan være lang vei fra det pasientnære nivået til ledelsen, og sykepleierledere på sengeposter og poliklinikker savner det sykepleiefaglige perspektivet videre oppover i organisasjonen. Rapporten peker også på utfordringer med kontrollspenn fra ca. 20 til ca. 80 medarbeidere på enhetsnivå og poliklinikker. Informanter mener det blir mye dag-til-dag ledelse, og mindre rom for langsiktig og faglig utviklingsorientert ledelse av sykepleietjenesten. Sykepleierledere har avsatt 100 % av sin tid til ledelse, mens leger er opptatt av å kombinere ledelse og fag.

**Andrews og Gjertsen (2014)** belyser sykepleierleders rammevilkår, ansvar og myndighet, prioriteringer og handlingsrom. 44 % i studien definerer seg som førstelinjeledere, 39 % av lederne har bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten. En høy andel opplever at de har høy innflytelse på den daglige driften. 20 % av førstelinjelederne sier at de har frihet til å gjøre budsjettmessige omrokkinger, 51 % svarer at de kan gjøre omrokkinger av personell. 70 % opplever at de har innflytelse over beslutninger. Høy andel uttrykker at de har utfordringer med å utføre lederoppgavene innenfor sin stillingsramme og at de økonomiske rammene ikke strekker til. Mange opplever at de har for lite tid til faglig og sosial oppfølging av personalet. Muligheten for faglig utvikling er liten og begrenses både av tid og økonomi. Lignende funn når det gjelder lederes mulighet til å utvikle sin egen kompetanse. De finner også at det oppleves å være for lite tid til strategiarbeid, langsiktig planlegging og nytenkning og at andelen som gir uttrykk for dette er høyest blant førstelinjelederne (75 %). 66 % opplever at de har for lite tid til å delta i prosjekter og utadrettet virksomhet.

**Hippe og Trygstad (2012)** finner at 45 % av enhets- eller seksjonslederne er helt eller ganske enige i at handlingsrommet er stort nok der de jobber, mot 3 av 4 toppledere. En del har også lite eierskap til indikatorer og styringsmål for driften. Forskjeller mellom helseregion og ledernivå er et gjennomgående funn i undersøkelsen og man finner blant annet at det er størst frustrasjon blant lederne i Helse Sør-Øst. Analysen av åpne svar indikerer også at ledere på lavere nivå opplever press ovenfra,

begrenset handlingsrom og en vanskelig økonomisk situasjon. Ca. en tredjedel (1500 respondenter) har et ønske om å slutte eller tre ut av den lederfunksjonen de har (forskjellene mellom ledernivå eller helseregion er ikke store). Flest yngre ledere (under 34 år) svarer dette, og det er en høyere andel som svarer at de ønsker å slutte blant de som opplever at de har et begrenset handlingsrom.

Blant mange av lederne på lavere nivåer er det en opplevelse av at faglig utvikling og utøvelse av faglig skjønn begrenses av manglende økonomiske ressurser og (tidkrevende) rapporteringer. Kun hver fjerde leder vurderer at foretaksreformen samlet sett har vært vellykket. Mellomledere i helseforetakene oppfatter i liten grad at foretaksreformen har gitt dem styrket legitimitet og autoritet, eller satt dem bedre i stand til å håndtere profesjonsinteresser, fagforeninger, spill og konflikter i organisasjonen. Forfatterne konkluderer at det gjenstår mye arbeid med å myndiggjøre ledere og gi dem legitimitet, involvering og forankring vil være viktig framover. Hovedinntrykket er at man på lavere ledernivå har klare ansvarsforhold og i stor grad har tilgang på nødvendig kompetanse. Ledelsen vurderer samarbeidet med de ansatte og tillitsvalgte som godt, men ledere på lavere nivåer er mest fornøyd med samarbeidet. Det er et ønske blant ledere på tvers av nivå om å legge mer vekt på tjenesteutvikling og kvalitet (framfor at hovedvekten legges på økonomistyring).

## Lederverktøy

Enhver leder trenger verktøy og virkemidler for å lede under endring. Lean er et slikt verktøy. **Andersen, Røvik, og Ingebrigtsen (2014)** identifiserte 23 kategorier av fasilitatorer for implementering av lean. Sannsynligvis påvirker faktorene hverandre gjensidig. Fasilitatorene handler om kultur og tidligere erfaringer i organisasjonen. Kjennetegn ved intervensjonen som pasientfokus, tilgang til verktøy, tilstrekkelig med ressurser etc. var også faktorer som fasiliterte implementasjonen. Den hyppigst forekommende faktoren var lokal lederstøtte fra førstelinjelederne og støtte av legene.

## Lederadferd

Lederens egen adferd er vesentlig for hvordan en organisasjon kan endre seg og ser ut til å ha betydning for hvor mottakelige de ansatte er for endring, og hvilken toleranse de ansatte har for endring. **Bernstrøm og Kjekshus (2012)** fant en sammenheng mellom lederadferd og sykefravær. Resultater fra studien viste at der det var høy grad av lojalitet mellom førstelinjeleder og øverste ledelse var dette korrelert med høyere sykefravær, mens oppgaveorientert lederoppfølging av den ansatte gav lavere sykefravær. Ledere som skåret høyt på sosial støtte gav høyere sykefravær, men denne effekten var betinget av at lederen ikke også hadde en konfronterende lederstil.

## Digitalt lederskap

Betydningen av digitale systemer i arbeidshverdagen for både ledere og ansatte blir belyst i flere nyere studier. Likevel er dette et nytt felt innenfor ledelseskompetanse, spesielt innrettet mot førstelinjeledere i sykehus. Ingen av de inkluderte studiene om førstelinjeledelse omtaler dette, men **Ingebrigtsen et al. (2014)** konkluderer sin systematiske gjennomgang av 32 studier på feltet med at IT-kompetanse hos kliniske ledere har stor betydning for hvor visjonære og forpliktende kliniske ledere forholder seg til nye IT-systemer. Denne gjennomgangen gir ingen entydige funn men peker på et viktig, men umodent forskningsfelt.

Tre sentrale studier om IT og ledelse i helsesektoren fanger opp behovet for å se på IT som en integrert del i organisasjonen og med behov for å utvikle IT kompetanse også hos kliniske ledere.



Tabell 5-4 Inkluderte studier med tema digitalisering

Forfatter og (år)	Formål	Hovedtema	Metode, deltakere og kontekst
Bygstad et al. (2017)	Artikkelen ser på hvordan et prosessinnovasjonssamarbeid samhandler med en underliggende digital infrastruktur.	Digitalisering	Et omfattende casestudie ved et nytt høyteknologisk sykehus i Norge (Sykehuset Østfold).
Hanseth og Bygstad (2015)	Analysere forholdet og spenninger mellom standardiseringsstrategier og serviceinnovasjon i helsesektoren.	Digitalisering	Syv longitudinelle casestudier i norsk helsevesen, samlet og analysert over en periode på 20 år.
Ingebrigtsen et al. (2014)	Systematisk litteraturgjennomgang. Artikkelen belyser betydningen av IT-kompetanse for grad av strategisk tilpasning og visjoner for gjennomføring av nye IT-løsninger.	Digitalisering	Litteratursøk for perioden 2000-2013 med søkeordene helsevesen, teknologi, tilpasning, ledelse. 32 internasjonale studier ble gjennomgått i lys av Basselliers IT-kompetanserammeverk.
Mørk et al. (2012)	Artikkelen bidrar til vår forståelse av endring og innovasjon i ny medisinsk praksis med spesielt fokus på nye grenseoverskridende praksiser.	Digitalisering	Etnografisk longitudinell studie av et case: Intervensjonssenteret ved Rikshospitalet. Datainnsamlingen var observasjoner, intervjuer og dokumentanalyser på forskjellige tidspunkt.

**Mørk et al. (2012)** ser på betingelser for utforming av nye medisinske praksiser. **Bygstad et al. (2017)** og **Hanseth og Bygstad (2015)** foreslår et rammeverk for samspill mellom prosessinnovasjon og digital infrastruktur. De identifiserer og analyserer to styringsformer og to arkitektoniske mekanismer. Teoretisk bidrar de til den digitale infrastrukturforskningen ved å foreslå en konfigurasjon for vellykket prosessinnovasjon, i en kompleks e-helse-kontekst. Forståelsen og skille mellom tung og lettvekt IT gir føringer for hvordan dette kan utvikles i helsesektoren. Funnene fra disse artiklene er aktualisert og popularisert i en artikkel i Stat&Styring som peker på behovet offentlige ledere generelt og kliniske ledere spesielt har for et digitalt språk. Ledere må evne å se på teknologi som en ressurs og håndtere det deretter og ikke begrenset til et verktøy. De viser til at ledere abdiserer i teknologispørsmål og at IT-teknologi blir satt bort til egne IT-avdelinger (Bygstad og Lanestedt (2017)).

**Hippe og Trygstad (2012)** finner at for noen ledere oppleves teknologi som et hinder for utøvelse av ledelse.

**Kjekshus og Bernstrøm (2013)** belyser også digitalisering noe. De finner en videre utvikling innen bruk av teknologiske hjelpemidler. Det er en klar økning av virksomheter som kan motta elektroniske henvisninger fra fastleger, private spesialister og andre sykehus. Andelen virksomheter som benytter seg av elektronisk pasientjournal og elektronisk bildearkiv er nå opp mot 100 %, og det er økt bruk av talegjennkjennelse og flere leger som skriver journalen selv.

# 6 Diskusjon

Kliniske førstelinjeledere i spesialisthelsetjenesten har en krevende, men viktig rolle i helseforetakenes styringssystem. Formålet med denne rapporten er å oppsummere kunnskap om disse lederne ved norske sykehus, med vekt på forholdet mellom ansvars- og mulighetsrom i lys av følgende problemstillinger:

- ▶ Hvordan utvikler lederne tjenestene – og hva trenger ledere i dette arbeidet? Opplever lederne en klar retning fra linjen, et tilstrekkelig handlingsrom for å gjøre jobben og tilgang til støtte når det trengs?
- ▶ Hvordan utvikler lederne medarbeiderne – og hva trenger ledere i dette arbeidet?
- ▶ Hvordan leder ledere i en kontekst og med noen rammer som er i kontinuerlig endring og som fordrer kontinuerlige endring- og forbedringsprosesser? (ny kunnskap, nye forventninger (fra både pasienter, politikere og foretak), nye pasientgrupper, ny teknologi, nye samhandlingsaktører osv.).

Vi har strukturert studiene ut fra de tre overordnede temaene lederrollen, lederstruktur og endringsledelse.

Vi beskrev i kapittel 2.2 at ledere har både strategiske, administrative, faglige og mellommenneskelige funksjoner, og at selve lederrollen handler om summen av forventningene fra seg selv, fra omgivelsene og de rammene ledelsen utøves innenfor. I sykehus skal ledere både organisere og styre virksomheten, utvikle medarbeiderne sine og bidra til endring. Denne kunnskapsoppsummeringen bidrar til mer kunnskap på dette området, men avdekker også vesentlige kunnskapshull.

Et overordnet funn er at studiene ofte ikke er rettet spesifikt om førstelinjeledere. De fleste studiene og rapportene omtaler ledere på flere nivåer eller ledere generelt. Vi har forsøkt å trekke ut det som er spesifikt om førstelinjeledere, eller reflektert over hva av kunnskapen som er direkte relatert til førstelinjelederne og deres utfordringer. Det er også slik at selv om studiene ikke handler spesifikt om førstelinjeledelse, bringer de fram temaer, problemstillinger og dilemmaer som er svært relevante for førstelinjeledere.

Utover problemstillingene som oppdragsgiver har formulert/definert, har vi også funnet noe kunnskap om veien til ledelse og motivasjonen for å være leder. Her har vi funnet en tydelig todeling, avhengig av profesjon (Nordstrand Berg og Byrkjeflot (2014), Nyland og Olsen (2017), Spehar (2015), Johansen (2009), Kjekshus og Bernstrøm (2013)). Sykepleiere som er ledere er blitt det fordi de ønsker å være ledere, og er ledere på heltid, med forankring i sykepleierollen som en viktig legitimitet overfor egne ansatte. I studiene vi har identifisert, synes leger å være mer opptatt av ledelse i en klinisk kontekst enn av ledelsesfaget i seg selv. For leger gir det kliniske arbeidet legitimitet i lederrollen, og synes å være en rolle som reflekterer høy faglig autoritet. Det er nærliggende å tenke at to såpass ulike veier inn i og motivasjon for lederrollen gir konsekvenser for utøvelsen av lederrollen og for hva de trenger av støtte for å utøve rollen som førstelinjeleder. Vårt utvalg av studier indikerer at lederrollen blir tydeligere jo høyere opp i organisasjonen man er.

Studier indikerer at de ulike profesjonsbakgrunnene også gir konsekvenser på strukturnivå med tradisjonelt mer innflytelse for legene enn ledere med annen profesjonsbakgrunn, selv om dette muligens er i endring (Buer (2018), Spehar og Kjekshus (2012)). Dette kan igjen gi ulike muligheter til å påvirke endringer og rammer. Leger befinner seg gjerne høyere oppe i ledelseshierarkiet, og på den måten fortsatt innehar både autoritet og innflytelse på beslutningsprosesser. Sykepleiere innehar flere lederstillinger i sykehus, men gjerne på lavere nivå i organisasjonen. I kunnskapsgrunnlaget foreligger det ingen studier som sier noe om hvordan disse forholdene virker inn på implementering av strategiske veivalg eller forutsetninger for å lede i endring.

## Hvordan utvikler lederne tjenestene?

Ett av oppdragsgivers problemstillinger var hvordan lederne utvikler tjenestene – og hva ledere trenger i dette arbeidet. Opplever lederne en klar retning fra linjen, et tilstrekkelig handlingsrom for å gjøre jobben og tilgang til støtte når det trengs?

Vi beskrev i kapittel 2.2. et rammeverk for operasjonalisering av lederrollen bestående av egne forventninger, andres forventninger og rammevilkårene, og at der det er lite overlapp mellom forventningene og rammebetingelsene vil det føre til rollekonflikter. Resultatene fra kunnskapsoppsummeringen indikerer at lederrollen for mange ledere, og kanskje førstelinjeledere spesielt, gir nettopp denne rollekonflikten. Flere studier trekker fram at det, særlig på det pasientnære nivået, blir mye administrasjon og lite ledelse (Danielsen og Hertel (2018), Spehar (2015), Andrews og Høgås (2017)). Det kan se ut som om styring/kontroll og daglig drift er mest i fokus. Kunnskapsoppsummeringen avdekker samtidig noen tydelige utfordringer med å drifte og utvikle tjenesten: det er store kontrollspenn med mange ansatte på det pasientnære nivået, og fokus og oppmerksomhet på økonomi oppleves i konflikt med faglige verdier og forsvarlighet. Blant mange av lederne på lavere nivåer er det en opplevelse av at faglig utvikling og utøvelse av faglig skjønn begrenses av manglende økonomiske ressurser og (tidkrevende) rapporteringer. Dette kan være årsaken til at en tredjedel ønsker å tre ut av lederrollen slik Hippe og Trygstad (2012) har funnet.

Noen studier peker i retning av at det for det pasientnære nivået oppleves viktig med en profesjonsbakgrunn for å kunne ha fokus på utvikling av tjenestene (Spehar (2015), Berghout et al. (2017)).

Når det gjelder lederstruktur, viser noen studier at førstelinjeledere opplever at de har god innflytelse på den praktiske driften innen sitt ansvarsområde, men at innflytelsen oppover i organisasjonen er liten. Hovedinntrykket er at man på lavere ledernivå har klare ansvarsforhold og samarbeidet med de ansatte og tillitsvalgte vurderes som godt. Vi har funnet studier som tilsier at nytten av tilgjengelige støttefunksjoner, særlig på økonomistyring, er viktig for førstelinjeledere. Det ser ut til at opplæring og støtte på virksomhets- og økonomistyring er blitt styrket de siste årene. Det er også studier som peker på nytten av faglig nettverk. Det er likevel påfallende at vi har identifisert såpass lite tilgjengelig kunnskap om hva slags opplæring og støtte førstelinjeledere får, hvordan de opplever dette, og hvilken effekt dette har (Nyland og Olsen (2017), Hartviksen et al. (2018)).

Kunnskapsoppsummeringen viser at førstelinjeledere i sykehus begrenses av strukturelle forhold ved at mange sykehus er blitt store komplekse organisasjoner med mange ledernivåer og store kontrollspenn og enkelte steder uten stedlig ledelse. De har likevel noe handlingsrom innenfor egen enhet.

## Hvordan utvikler lederne sine medarbeidere?

Det neste spørsmålet oppdragsgiver ønsket besvart, var hvordan førstelinjeledere utvikler sine medarbeidere, og hva de trenger i dette arbeidet. Også under dette temaet ser man at profesjonsidentitet gir konsekvenser for lederrollen og at forventningen til lederrollen er svært ulik avhengig av profesjonsbakgrunn (Johansen (2009), Spehar (2015)). Leger mener de må opprettholde klinisk praksis for å kunne ha legitimitet hos sine ansatte under de faglige diskusjonene. Sykepleiere derimot mener det er viktig av hensyn til de ansatte å være ydmyk for det de har å bidra med, og at en leder ikke lenger er spesialisten på faget. Dette har konsekvenser for lederrollen og sannsynligvis også for hvordan man bør støtte ledere i deres arbeid. Disse funnene tilsier at støtte og opplæring bør være differensiert ut fra den enkelte leders motivasjon og profesjonsidentitet.

Vi har også identifisert rapporter som indikerer at mange førstelinjeledere er opptatt av medarbeider-samtaler og å være til stede for sine medarbeidere, mens andre sier at det oppleves som motsetning å ivareta budsjettkontroll og god styring, og ivareta medarbeiderne (Jønsberg (2013), Danielsen og Hertel (2018)).

På lederstruktur ser vi store kontrollspenn, som tilsier at det er svært utfordrende å følge opp medarbeidere på en god måte. De identifiserte studiene peker på noen kompenserende tiltak, som bruk av støttefunksjoner og delegering av oppgaver.

Vi har ikke identifisert rapporter som gir konkret kunnskap om hva lederne mener de trenger for å utvikle sine medarbeidere. En medarbeiderundersøkelse tilsier at stedlig ledelse er viktig (Rambøll (2018)). Kunnskap om ledelse generelt tilsier at det store kontrollspennet og stor grad av administrasjon er rammefaktorer som gir lite rom for utvikling av medarbeiderne (Morken 2015).

Kunnskapsoppsummeringen viser at førstelinjeledere i sykehus er opptatt av å utvikle sine medarbeidere, men begrenses også av strukturelle forhold som store kontrollspenn og manglende stedlig ledelse. Samtidig bidrar sykehusenes organisering etter fagdisipliner til at det er stor vekt på fagutvikling helt ut i førstelinjen.

## Hvordan leder førstelinjeledere innenfor en virksomhet i kontinuerlig endring?

Den siste problemstillingen oppdragsgiver ønsker belyst, er «hvordan ledere leder i en kontekst og med noen rammer som er i kontinuerlig endring og som fordrer kontinuerlige endrings- og forbedringsprosesser» Studiene vi har identifisert viser at noen førstelinjeledere mener de kan gjøre endringer innen egen enhet med de rammene de har (Andrews og Høgås (2017)). Derimot opplever de liten innflytelse på rammene (Haugnæss et al. (2018), Hippe og Trygstad (2012)). Når disse rammene da er i kontinuerlig endring, en endring de kanskje har liten innflytelse på, kan dette gi utfordringer. Vi har over beskrevet stort kontrollspenn og lite handlingsrom som rammevilkår som gir lite rom for strategiarbeid og endringsprosesser. Ett studie viser at Lean kan være et godt verktøy, men at i implementeringen av et slikt verktøy synes tilstrekkelig med ressurser å være en viktig faktor (Andersen, Røvik, og Ingebrigtsen (2014)).

Ansatte i helsevesenet skårer signifikant lavere på medbestemmelse sammenlignet med andre sektorer, viser funn fra AFIs medbestemmelsesbarometer. Det er grunn til å tro at dette også gjelder førstelinjeledere. Samtidig er dette funn som bør diskuteres opp mot andre forhold. Ansatte i helsevesenet skårer svært høyt på engasjement, viser funn fra medarbeiderundersøkelsene, og da vil forventningen om medbestemmelse også bli høy.

Reformen med pakkeforløp i kreftbehandlingen og nå innen psykisk helse og avhengighet er blitt omtalt som en reform med pasienten som endringsagent. Sykehuset endres nedenufra ved at virksomheten må i større grad tilpasse seg pasientenes lovbestemte rett til behandling og forløpet i behandlingen som blir fastsatt. Dette er en matriseorganisering og utfordrer den tradisjonelle linjestrukturen. Det både begrenser og muliggjør førstelinjelederens evne til å lede endringer. Dette er det i liten grad forsket på og vi har ikke funnet studier som belyser innføringen av pakkeforløp og betydning for førstelinjelederens endringsarbeid.

Digitalisering er en del av utviklingen og endringen innen helsesektoren, og bruk av digitale løsninger øker. Digitalt lederskap er svært lite belyst, men tre studier peker på behovet for å se på IT som en integrert del i organisasjonen og at kliniske ledere har et digitalt språk.

Kunnskapsoppsummeringen viser at førstelinjeledere i sykehus opplever at de kan gjøre endringer innenfor rammene de har, men at rammene er i konstant endring. I fremtiden vil en stadig mer digitalisert hverdag spille inn og nye reformer som pakkeforløp stille større krav til endring også i førstelinjen.

# 7 Oppsummering

Rundskrivet om ledelse i sykehus understreker at førstelinjeledere utøver lederoppgaver som er sentrale for å sikre god pasientbehandling og at de er sentrale i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Ser vi våre funn i lys av Mintzbergs ledelsesfunksjoner, vil vi kunne hevde at den administrative funksjonen er svært dominerende for førstelinjelederne. Den faglige funksjonen og til dels også den mellom-menneskelige funksjonen blir tillagt vekt. Derimot finner vi lite om strategiske funksjoner. Dette kan skyldes at dette i liten grad er kartlagt eller forsket på, men kan også skyldes at denne funksjonen er mindre vesentlig i førstelinjelederrollen.

Vi finner også at profesjonsbakgrunn har stor betydning for lederrollen. Leger og sykepleiere har ulike motivasjon inn i lederrollen, vektlegger ledelse ulikt, og har kanskje ulik «makt» i organisasjonen.

## 7.1 Behov for ytterligere kunnskap

Denne kunnskapsoppsummeringen har vist at det foreligger mange studier av førstelinjeledere i sykehus i Norge. Samtidig viser gjennomgang av disse studiene at spørsmålet vi stilte innledningsvis peker på mange dimensjoner (handlingsrom, lederroller, lederidentitet, ledelsesstrukturer) og gir ulike svar avhengig av hvem en spør og hvilke perspektiver en inntar. Fra et sentralisert ovenifra-ned-ledelsesperspektiv vil førstelinjelederen ha begrensede muligheter til å drive endringsarbeid og det vektlegges i større grad førstelinjelederens kompetanse innen ressursstyring, turnusplanlegging, ansettelsesprosedyrer, lokal kompetansestyring og kvalitetsarbeid. Kunnskap om dette er imidlertid mindre tilgjengelig, men vi antar at de enkelte helseforetakene samler inn slik kunnskap i sin utvikling av lederopplæringsprogrammene. Vi er blant annet kjent med at både Helse Midt Norge og Helse Sør-Øst har gjennomført, eller planlegger å gjennomføre, spørreundersøkelser som vil kunne bidra med relevant kunnskap om disse aspektene.

Fra et lokalt, nedenifra-opp-ledelsesperspektiv blir det i større grad vektlagt lederrollen, lederlegitimitet og lederidentitet i møte med ulike styringsregimer samt forholdet mellom fag og ledelse. Relativt mange studier har fokusert på dette og dette er en problemstilling som er godt dekket i litteraturen.

I denne gjennomgangen har hovedfokus vært studier av norske sykehus med en spesiell vekt på den norske konteksten. Reformen som enhetlig ledelse og foretaksreformen er derfor viktige ramme-faktorer for ledelse og førstelinjelederrollen. Samtidig tror vi det kunne vært mye å hente ved å utvide søkestrategien til også internasjonale forhold med forbehold av betydningen av andre måter å organisere helsevesenet på.

I denne gjennomgangen blir det særlig tydelig for oss at det vi savner kunnskap om er førstelinjelederens handlingsrom og mulighet for endring spesielt med vekt på nyere reformer som pakkeforløp og innføringen av ny teknologi og digitalisering.

I vår diskusjon om betydningen av digitalisering ser vi antydningen av studier som ser viktigheten av dette. Det finnes en rekke studier som ser på teknologiens betydning for endrede arbeidspraksiser (Tjora og Scambler (2009)), men vi finner i liten grad studier som tar opp førstelinjelederens rolle og kompetansebehov ved innføringen av ny teknologi og digitalisering som ressurs: Hvordan skal ledere arbeide med ny struktur? Hvordan skal ledere forholde seg til de varslede nye arbeidspraksiser? Hvordan utvikler de medarbeidere for en digital hverdag? Hvordan endres førstelinjeledernes rolle i en digitalisert virksomhet? Bygstad og Lanestedt (2017) peker på dette behovet i en artikkel i Stat & Styring. Der hevder de at ledere mangler et digitalt språk og ofte har en dysfunksjonell tilnærming til ny teknologi ved å se på dette kun som verktøy. Kunnskap om rammer for og lederes digitale kompetansebehov vil kunne belyse den sviktende og manglende teknologiske implementeringen i norske sykehus. En slik kunnskap vil også forbedre evnen til å utnytte digitalisering som ressurs i norske sykehus.

## 8 Referanser

- Andersen, Hege, Kjell Arne Røvik, and Tor Ingebrigtsen. 2014. 'Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews', *BMJ Open*, 4.
- Andrews, Therese, and Hege Gjertsen. 2014. "Sykepleieledere og ledelse." In.: Nordlandsforskning.
- Andrews, Therese, and Joakim Høgås. 2017. "Vilkår for ledelse." Nordlandsforskning.
- Berghout, Mathilde A., Isabelle N. Fabbriotti, Martina Buljac-Samardžić, Carina G. J. M. Hilders, and Jacobus P. van Wouwe. 2017. 'Medical leaders or masters?—A systematic review of medical leadership in hospital settings', *PLoS ONE*, 12.
- Bernstrøm, Vilde, and Lars Erik Kjekshus. 2012. 'Leading during change: the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust', *BMC Public Health*, 12.
- Buer, Tone Woll. 2018. 'Hvordan utøves enhetlig ledelse blant sykepleieledere i et fagsøyleorganisert helseforetak? En studie av ansvar, handlingsrom og samarbeid i spesialisthelsetjenesten', UiB.
- Bygstad, Bendik, Ole Hanseth, Anette Siebenherz, and Egil Øvreid. 2017. 'Process Innovation Meets Digital Infrastructure in a High-Tech Hospital.' *Association for Information Systems*.
- Bygstad, Bendik, and Gjermund Lanestedt. 2017. 'Ledere mangler digitalt språk', *Stat & Styring*, 04.
- Danielsen, Runar, and Jens Kristoffer Hertel. 2018. 'Økonomistyring utfordrer sykepleieledere i reformerte norske sykehus', *Nordisk sykeplejeforskning*: 51-62.
- Edmonstone, John. 2009. 'Clinical leadership: the elephant in the room', *The International Journal of Health Planning and Management*, 24: 290-305.
- Hanseth, Ole, and Bendik Bygstad. 2015. 'Flexible generification: ICT standardization strategies and service innovation in health care', *European Journal of Information Systems*, 24: 645-63.
- Hartviksen, Trude Anita, Berit Mosseng Sjolie, Jessica Aspfors, and Lisbeth Uhrenfeldt. 2018. 'Healthcare middle managers' experiences developing leadership capacity and capability in a public funded learning network.(Report)', *BMC Health Services Research*, 18.
- Haugnæss, G.; E; Ekeland, T; Schjetne, and J.A; Lohne. 2018. "Undersøkelse av organisering og styring av sykepleietjenestene i sykehusene." . Agenda Kaupang.
- Hippe, Jon M., and Sissel C. Trygstad. 2012. *Ti år etter: ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus* (Fafo: Oslo).
- Ingebrigtsen, Tor, Andrew Georgiou, Robyn Clay-Williams, Farah Magrabi, Antonia Hordern, Mirela Prgomet, Julie Li, Johanna Westbrook, and Jeffrey Braithwaite. 2014. 'The impact of clinical leadership on health information technology adoption: Systematic review', *International Journal of Medical Informatics*.
- Johansen, Monica Skjøld. 2009. 'Mellom profesjon og reform: om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen', Handelshøyskolen BI.
- Johansen, MS, and E Gjerberg. 2009. 'Unitary management, multiple practices?', *J Health Organ Manag*, 23: 396 - 410.
- Jønsberg, Marianne. 2013. "Hundre baller i lufta. En studie av hvordan ledere med stort kontrollspenn utøver lederskap i døgneheter ved et sykehus."
- Kjekshus, Lars Erik, and Vilde Hoff Bernstrøm. 2010. "Helseforetakenes interne organisering og ledelse INTORG 2009." *Skriftserie*. Oslo.
- Kjekshus, Lars Erik, and Vilde Hoff Bernstrøm. 2013. "Helseforetakenes interne organisering og ledelse. INTORG 2012." In *Helseøkonomisk forskningsprogram Skriftserie 2013: 8*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Lappegard, Eirik. 2015. "Koordinering i klinisk ledelse - besværlig, men uunnværlig. En komparativ casestudie av ledelsesstrukturen på to norske sykehus."
- Levac, Danielle, Heather Colquhoun, and Kelly K O'Brien. 2010. 'Scoping studies: advancing the methodology', *Implementation Science*, 5.

- Mintzberg, Henry. 1979. 'Patterns in Strategy Formation', *International Studies of Management & Organization*, 9: 67-86.
- Morken, Heidi Merete. 2015. 'Kontrollspenn i sykehus - Har antall ansatte per leder betydning for de ansattes arbeidsmiljø?', Universitetet i Oslo.
- Mørk, Bjørn E., Thomas Hoholm, Eva Maaninen-Olsson, and Margunn Aanestad. 2012. 'Changing practice through boundary organizing: a case from medical R&D', 65.
- Nordstrand Berg, Laila, and Haldor Byrkjeflot. 2014. 'Management in hospitals', *International Journal of Public Sector Management*, 27: 379-94.
- Norge. 2001. "Spesialisthelsetjenesteloven." Edited by Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Cappelen akademisk forl. ; Lovdata.
- Norge. 2013. "Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)." *LOV-2001-06-15-93*, edited by Helse- og omsorgsdepartementet.
- Norge. 2016. "Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten." Edited by Helse- og omsorgsdepartementet. Lovdata.
- NOU. 1997. "Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus (NOU 1997:2)." Oslo: Statens forvaltningstjeneste Statens trykning.
- Nyland, Kari, and Tor-Eirik Olsen. 2017. 'Tettere styring i helseforetakene?', *Praktisk økonomi & finans*: 36-52.
- Rambøll. 2018. "Sykehuslegers arbeidsforhold 2018." Edited by Den norske legeforening, 29. Oslo: Rambøll Management Consulting.
- Regjeringen. 2013. "Lederansvaret i sykehus." In *I-2/2013*, edited by Helse- og omsorgsdepartementet.
- Spehar, I., Jc Frich, and Le Kjekshus. 2012. 'Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study', *BMC Health Serv. Res.*, 12.
- Spehar, Ivan. 2015. "Leadership in Norwegian hospitals: a qualitative study of clinical managers' pathways, identities, and influence strategies."
- Spehar, Ivan, Jan Frich, and L.E. Kjekshus. 2014. 'Clinicians in management: a qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals', *BMC Health Services Research*, 14.
- Spehar, Ivan, and Lars Erik Kjekshus. 2012. 'Medical Management in Norwegian Hospitals', *Professions & Professionalism*, 2: 42-59.
- Tjora, Aksel Hagen, and Graham Scambler. 2009. 'Square pegs in round holes: Information systems, hospitals and the significance of contextual awareness', *Social Science & Medicine*, 68: 519-25.
- Whittemore, Robin , Ariana Chao, Myoungock Jang, Karl E. Minges, and Chorong Park. 2014. 'Methods for knowledge synthesis: An overview', *Heart & Lung*, 43: 453-61.