

Utøvelse av ledelse i kommunale sykehjem – handlingsrommets betydning

*Bente Lilljan Lind Kassah, Hilde Nordahl-Pedersen
og Wivi-Ann Tingvoll¹*

UiT Norges arktiske universitet

Abstract: Leaders of municipal nursing homes face challenges when they seek to secure a balance between the quality demands of authorities and the services they provide. In this chapter, we present a qualitative study on the leadership challenges in the municipal nursing homes. The aim is to develop knowledge on leadership challenges and the managerial discretions leaders employ to address the challenges. We interviewed seven middle-level leaders in five nursing homes in three medium-sized Norwegian municipalities using semi-structured interviews. The study revealed challenges connected to temporal nursing home placements made permanent, the time-consuming nature of the search for substitute workers, and the need to improve worker attitudes towards substitute workers' experience-based knowledge. Attitude change is necessary because different forms of knowledge have different statuses in the nursing homes. The study shows that the leaders seek to meet the challenges connected to nursing home placements by establishing teams of professionals, while they try to persuade the Specialist Health Services to take over the responsibilities for the patients in transition. To meet the substitute worker challenge, the leaders use subjective managerial discretions to develop different strategies, including establishing substitute worker bases, substitute worker lists and delegation of substitute worker search. The leaders promote attitude change by stressing the importance of the substitute workers' experience-based knowledge in both formal and informal contexts and implementing concrete competence measures. The study indicates that leaders who use subjective managerial discretions save time that they employ to create a balance

¹ Forfatterne er likeverdige bidragsytere.

between different leadership functions. The use of managerial discretions by leaders may affect the learning and organizational changes in nursing homes.

Keywords: nursing home, management, managerial discretion, knowledge, attitude, organizational challenges

Introduksjon

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har siden 1980-årene hatt New Public Management (NPM) som styrende prinsipp, og det legges vekt på kostnadseffektivitet, resultatoppnåelse, kvalitetsmåling og brukertilfredshet (Hernes, 2007; Lian, 2007; Kaplan & Norton, 1996; Rasmussen, 2011). NPM og andre større reformer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) har ført til økt oppmerksomhet på økonomi, gitt flere administrative oppgaver i helsetjenesten, og ifølge Wyller og Hauklién (2017) har denne utviklingen gått på bekostning av ledelse. Mange kommuner møter ledelsesutfordringer når de skal ivareta ansvaret for samsvar mellom myndighetenes krav til kvalitet og de tjenestene som tilbys (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Ledelse i kommunal helsetjeneste er viktig fordi den har betydning for arbeidsmiljø, kompetanseheving, motivasjon, trivsel og sykefravær (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Ledelse er et mangefasettert begrep som er gitt ulike definisjoner. Det er imidlertid enighet om at kjernen i lederskap er å benytte verdier og visjoner for å sette standarder for atferd og klargjøre ønskede fremtidsstilstander (Kirkhaug, 2013). Dette kapitlet er basert i en studie som retter søkelyset mot avdelingsledere i norske sykehjem. Avdelingslederne befinner seg i en mellomlederposisjon, deres funksjon er plassert mellom overordnede ledere og førstelinjemedarbeidere. Mellomlederne i kommunale sykehjem (omtales videre som ledere) møter mange og ofte motstridende forventninger i sin lederrolle, fordi oppgavene er omfattende og krevende innenfor både drift, personal og fag.

Dette kapitlets hensikt er å belyse utfordringer som ledere i kommunale sykehjem møter når de utøver lederskap, og spesielt hvordan lederne benytter sitt handlingsrom for å imøtekomme disse utfordringene. Studien bygger på en kvalitativ intervjuundersøkelse av sju mellomledere i

fem sykehjem i tre mellomstore norske kommuner. Det kunnskapsmessige siktemålet er å styrke kunnskapen om hvordan ledere kan benytte sitt handlingsrom for å håndtere utfordringer i utøvelse av lederskap i kommunale sykehjem. Ledernes handlingsrom består av ytre føringer og pålegg i form av for eksempel lover, politiske beslutninger og utdanning samt av indre føringer som kan knyttes til holdninger, kompetansesammensetning samt formell og uformell organisering (Schönfelder, Andersen & Kane, 2018; Selznick 1984). Økt forståelse for hvordan ledere kan benytte sitt handlingsrom i kommunale sykehjem er viktig, fordi forskning viser at kompleksiteten i arbeidsoppgaver utfordrer lederens mulighet for å tilrette slik at forsvarlige helse- og omsorgstjenester kan ivaretas (Tingvoll, Sæterstrand & McClusky, 2016; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Ledelse i kommunale sykehjem er et område med behov for oppmerksomhet også fordi kravene til ledelse i kommunale sykehjem er endret i takt med sykehjemmenes funksjon gjennom de femti årene sykehjemmene har eksistert. Forskriftene har i liten grad vært endret siden 1980, til tross for omfattende reformer og endringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Opprinnelig hadde sykehjemmene hovedsakelig ansvar for pleieoppgaver, men arbeids- og ansvarsområdene er etter hvert blitt mer omfattende (Abelsen, Gaski, Nødland & Stephansen, 2014; Bruvik, Drageset & Abrahamsen, 2017). Samhandlingsreformen førte til at utskrivningsklare sykehuspasienter med komplekse sykdomsbilder nå blir overført til sykehjem. Følgelig er sykehjempasienter i økende grad under medisinsk behandling og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). De vanligste hoveddiagnosene for sykehjempasienter er aldersdemens, hjerneslag, kronisk hjerte- og lungesykdom, lårhalsbrudd og slitasjegikt (Helbostad, 2005; Bruvik et al., 2017). Sykere pasienter med sammensatte lidelser skaper behov for økt kompetanse og flere ansatte i forbindelse med medisinsk behandling og rehabilitering (Ytrehus & Nuland, 2007; Tingvoll, Sæterstrand & Fredriksen, 2010; Tingvold & Magnussen, 2018). Den politiske debatten preges av ulike syn på hvilke funksjoner sykehjem skal ivareta i helse- og omsorgstjenesten, og det diskuteres hvilket behandlingsnivå sykehjemmene skal ivareta (Tingvold & Magnussen, 2018; Høie, 2005). Velfungerende sykehjem er imidlertid en

nøkkelfaktor dersom helsevesenet skal kunne ivareta en stadig økende eldre befolknings behov for medisinsk behandling, pleie og rehabilitering. Konteksten for ledelse i sykehjem er slik blitt stadig mer utfordrende når myndighetenes og profesjonenes krav skal ivaretas.

Ledelsesforskning i helsefeltet

Ledelse handler om administrativ og faglig tilrettelegging for gode tjenester og opplevd kvalitet, blant annet fordi 70–90 prosent av forbedringsområdene i helsetjenesten er av organisatorisk karakter, mens 10–30 prosent av forbedringsområdene knyttes til faglige utfordringer (Arntzen, 2014). Sørensen (2006) fremhever at sykepleieres ledelse vil variere ut fra om sykepleieleder går inn i rollen som kliniker, som administrator eller som hybridleder. Hvis lederen går inn i sin rolle som kliniker, kan lederrollen preges av manglende samspill mellom fag og ledelse fordi oppmerksomheten rettes mot klinisk praksis. En leder som forvalter sin lederrolle som en administrator, bidrar til at samspillet mellom ledelse og fag blir skadelidende. Hybrid ledelse, det vil si at lederen pendler mellom fag og andre ledelsesfunksjoner, styrker samspillet mellom ledelse og fag. Den hybride ledelsesformen er også aktualisert av reformer som har bidratt til sterkere oppmerksomhet på økonomi (Christensen & Læg Reid, 2011; Berg, 2015). Ledelse i helse omhandler også tilrettelegging for kompetansevikling. Kompetanse kan forstås som de samlede kunnskapene, ferdighetene, evnene og holdningene en person må ha hvis vedkommende skal kunne utføre bestemte oppgaver i samsvar med nærmere definerte krav og mål (Lai, 2013). Kunnskap kan ha både en eksplisitt og en taus dimensjon. Eksplisitt kunnskap kan verbaliseres og videreformidles og blir vanligvis systematisert gjennom strukturer, rutiner og prosedyrer for å styre for eksempel tjenesteutøvelse (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Taus kunnskap lar seg vanskelig verbalisere, da kunnskapen ofte er internalisert og føres videre gjennom observasjon og handling (Polanyi, 2009). Kunnskap og holdninger henger sammen, og holdninger utvikles når verdier formidles og internaliseres (Martinussen, 1991).

Faglig ledelse og forskning, oppdatert kunnskap samt brukermedvirkning er sentrale elementer for kvaliteten i helsetjenesten (Nortvedt,

Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012). Det fremheves at sykepleiernes kunnskapsbase kontinuerlig må fornyes (Nortvedt & Grønseth, 2016), samt at økte effektivitetskrav påvirker kvaliteten i sykepleie negativt (Kristoffersen & Friberg, 2016). Det fremkommer for eksempel at sykepleiere i økende grad utfører oppgaver som matlaging, klesvask og rengjøring, oppgaver som andre ansatte utøvet tidligere, noe som utfordrer lederes handlingsrom for å tilrettelegge for forsvarlige og omsorgsfulle tjenester (Pedersen & Tingvoll, 2014). Fagledelse innebærer forvaltning av kompetanse.

Det har vært spesielt utfordrende å få aksept for generell ledelse i helsevesenet (Berg, Byrkjeflot & Kvåle, 2010). Berg (2015) viser imidlertid hvordan ledelse i helsevesenet har beveget seg fra å være profesjonsbasert til å bli mer hybrid, der det søkes å kombinere generell og sykepleiefaglig ledelse. Forskning tyder på en positiv sammenheng mellom relasjonsledelse og pasientenes situasjon, eksemplifisert ved færre infeksjoner og lavere dødelighet (Wong & Cummings, 2007; Wong, Cummings & Ducharme, 2013). Økt forståelse for hvordan ledere kan benytte sitt handlingsrom i en presset arbeidshverdag er dermed viktig. Styrket kvalitet gjennom relasjonsledelse kan ha sammenheng med at sykepleieledere som inkluderer ansatte, motiverer til økt ytelse blant sykepleierne (Germain & Cummings, 2010). Følgelig er støttende ledelse avgjørende for å styrke omsorgskvaliteten (André, Sjøvold, Rannestad & Ringdal, 2014).

Teoretisk referanseramme

Ifølge Røvik (2007) er byråkratiet fremdeles den dominerende organisasjonsformen i ulike virksomheter i Norge. Sykehjemmet kan betraktes som et profesjonelt byråkrati kjennetegnet av at ansatte med sin profesjonsbakgrunn er tildelt en viss beslutningsmyndighet og handlefrihet. Organisasjonsstrukturen definerer hvordan arbeidsoppgaver i organisasjonen skal fordeles, grupperes og koordineres (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Sykepleieoppgaver er koordinert og standardisert, og profesjonelle utøvere representerer en felles fagkunnskap som er med på å kvalitets sikre arbeidet. Ledere i sykehjem forvalter makt, og makt betegner ubalanse i relasjoner mellom ulike aktører (Engelstad, 2005). Ifølge Weber

(1971) kan makt forstås som det å få sin vilje igjennom, til tross for motstand. Denne forståelsen av makt ligger til grunn for diskusjonene i dette kapitlet, fordi det relasjonelle aspektet ved maktutøvelse er sentralt, her belyst hovedsakelig gjennom relasjonene leder–ansatt og ansatt–ansatt. Goffmans (1992) begreper om situasjonsdefinisjon og selvpresentasjon er også sentrale fenomener i forståelsen av maktutøvelse og samhandling. Selvpresentasjon viser til at en aktør søker å kontrollere den måten andre behandler ham på. Gjennom selvpresentasjon søker aktøren å etablere sin definisjon av en situasjon og samtidig påvirke andre til å godta definisjonen. Aktøren styrer med andre ord formidlingen av seg selv for å lede andre til frivillig å handle slik han ønsker. Hvem som har definisjonsmakt i ulike saker, vil kunne ha betydning for det handlingsrommet en leder erfarer å ha i sykehjemmet.

Utøvelse av makt i formelle lederposisjoner har både et oppgave- og relasjonsfokus (Hemphil & Coons, 1957). Kirkhaug (2013) omtaler relasjonsfokus som at ledere ofte legger vekt på ansattes medvirkning i beslutningsprosesser, jobbtilfredshet, støtte i jobbutførelsen og velferd. Oppgavefokus innebærer at lederen er mest opptatt av måloppnåelse, kontroll og effektivitet, og i senere forskning er de to dimensjonene ofte betraktet som motsetninger, men dimensjonene opptrer ofte sammen (Kirkhaug, 2013). Sørensen (2006) omtaler også ulike dimensjoner ved lederskap og gjør rede for hybrid lederskap i helsesektoren. Sørensen (2006) poengterer at samspillet mellom driftsmessige og sykepleiefaglige oppgaver bidrar til at både sykepleie- og ledelsesfaglige identiteter aktiviseres i lederrollen, og viljen til å ivareta de ulike identitetene løftes slik fram i hybrid lederskap.

Administrasjon og ledelse kan betraktes som to separate funksjoner (Kirkhaug, 2013; Yukl, 2019). Administrasjon omhandler blant annet det å kunne takle kompleksitet, utføre rutinemessige oppgaver, implementere planer og etterse at regler og rutiner blir etterfulgt (Kaufmann & Kaufmann, 2015; Kotter, 2012; Martinsen, 2012; Strand, 2007), og sykepleiere i lederstillinger ivaretar et mangfold av slike administrative oppgaver. Ledelse kan deles inn i flere funksjoner. I dette kapitlet benyttes begrepene relasjonsledelse og sykepleiefaglig ledelse for å belyse hvordan lederne utøver lederskap for å imøtekomme ulike utfordringer i kommunale sykehjem. Relasjonsledelse betegner en leder som viser omsorg og

respekt, samtidig som vedkommende er orientert mot det å lede gjennom relasjonen for å nå organisasjonens mål (Birkinshaw, 2014; Strand, 2007). Sykepleiefaglig ledelse er omfattende og innbefatter blant annet tverrprofesjonelt samarbeid, ansvar for å vurdere pasienters behov for sykepleie samt sykepleietiltak (Kristoffersen, 2016b). Samtidig har lederne ansvar for faglig oppdatering og dokumentasjon som sikrer det faglige innholdet i tjenesteutøvelsen (Kristoffersen, 2016a; Pfeiffer, 2002; Orvik, 2015; Tingvoll, Pedersen & Nymo, 2018). Hvordan en leder benytter sitt handlingsrom, vil kunne få betydning for hvordan vedkommende beveger seg mellom administrative oppgaver og sykepleiefaglig og relasjonell ledelse for å imøtekomme utfordringer i sin arbeidshverdag.

Handlingsrommet for ledelse i kommunale sykehjem kan oppleves forskjellig av ulike ledere, og i teorien skilles det ofte mellom et formelt og et subjektivt definert handlingsrom (Hambrick & Mason, 1984; Hambrick & Finkelstein, 1987; Stewart, 1989; Finkelstein & Hambrick, 1996). Det formelle handlingsrommet etableres av de forventningene som rettes mot ansattes oppgaveløsning (jobbkraft) innenfor et hierarki der lover, makt, ansvar, ressurser, regler og normer er sentrale førende elementer. Den organisasjonsmessige styringen er bygget inn i krav og prosedyrer i organisasjonen, og organisasjonsstrukturen kan oppleves som mer eller mindre rigid. Befinner en sykepleieleder seg innenfor en rigid organisasjonsstruktur, kan vedkommende erfare lite frihet og begrenset handlingsrom for å imøtekomme utfordringer i sin utøvelse av ledelse. Ledere kan imidlertid tolke og forstå både forventninger og strukturelle føringer ulikt (Strand, 2007), noe som gir den enkelte mulighet til å forme og bruke sitt subjektive handlingsrom slik at det fremkommer flere løsningsalternativer når utfordringer skal imøtekommes.

Metodisk tilnærming

I studien er det benyttet en kvalitativ tilnærming i form av semistrukturerte intervjuer, fordi det er informanternes egne erfaringer som er i søkelyset (Kvale, 1996). Vi søkte målrettet etter informanter som var i en lederposisjon i kommunale sykehjem, og som kunne gi oss innblikk i ledelsesutfordringer og håndtering av disse. Vi benyttet med andre ord et

hensiktsmessig utvalg (Bryman, 2015). Den første lederen ble ringt av en av forskerne høsten 2019, og det ble redegjort muntlig for undersøkelsen. Lederen ga sitt samtykke til at avdelingsleder ved sykehjemmet kunne delta, under forutsetning av at avdelingslederen selv ønsket det. Samme forsker tok så direkte kontakt med ledere av fire andre sykehjem, som så videreformidlet informasjon om vår studie til sine avdelingsledere. Vi fikk tilgang til sju informanter som alle ga sitt informerte samtykke til å delta i undersøkelsen. Informantene ble opplyst om at de kunne trekke seg fra undersøkelsen når som helst, hvis de ønsket det. Ingen informanter trakk seg. Vi valgte å gjøre de initierende henvendelsene til lederne av hvert enkelt sykehjem, fordi det var nødvendig at de godkjente en undersøkelse som involverte deres ansatte. Det at lederne til våre informanter godkjente deltakelse, kunne kanskje oppleves som en forpliktelse for hver enkelt avdelingsleder, og det er uvisst om dette kan ha påvirket våre data. Sykehjemmene var lokalisert i tre kommuner. Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidssted og varte i en til en og en halv time, og det var to intervjuere til stede. Det ble gjort lydopptak av samtalene som senere ble transkribert og analysert. Personidentifiserbare opplysninger ble anonymisert i transkripsjonen, og våre data er lagret i låst skap.

Vi valgte å benytte semistrukturerte intervjuer fordi metoden gir mulighet for å gjennomføre samtaler etter en viss struktur, samtidig som informantene formidler sine erfaringer med egne ord og mest mulig fritt innenfor det temaet som tas opp. I intervjuene ble oppmerksomheten rettet mot ledernes erfaringer med utfordringer knyttet til fagledelse, administrasjon og andre lederoppgaver i forbindelse med daglig drift og personell. Semistrukturerte intervjuer var en egnet metode også fordi samtaleformen ga oss rom for å utdype og følge opp utsagn som beriket dataene (Denzin & Lincoln, 2017; Kvale & Brinckman, 2015). Informantenes innspill introduserte sammenhenger og fenomener som vi som forskere med et utenforperspektiv ikke var bevisst eller hadde forstått. Det at vi var to forskere til stede, opplevde vi som en styrke med hensyn til oppfølgingsspørsmål, fordi vi la merke til ulike utsagn og slik kunne få et rikt datatilfang. Det er mulig at to forskere kunne virke litt overveldende for den enkelte informanten, men vi la vekt på å skape en rolig og avslappet atmosfære, og informantene var aktive og delte villig av sine erfaringer.

Informantene ga tydelig uttrykk for at intervjusituasjonen hadde vært en god opplevelse, og alle ga oss tillatelse til å komme tilbake hvis vi hadde behov for ytterligere informasjon.

Data ble fortolket og analysert ved hjelp av en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming med søkelys på meningsfortetting og utvikling av meningsenheter (Kvale, 1996). Analyse- og fortolkningsprosessen innebar en stadig bevegelse mellom mulige subtemaer og temaer. Først ble de transkriberte intervjuene gjennomlest, og utsagn som fortalte om ledelsesutfordringer og forsøk på å overkomme utfordringene, ble markert i marginen. I andregangsløsningen ble det markert i materialet, og det ble formulert mulige subtemaer. Videre ble sitater for de mulige subtemaene som framkom, sammenstilt i oppsummeringer, og det ble utviklet mulige temaer. For å analysere fram felles subtemaer og temaer ble materialet fra oppsummeringene sett på tvers. Intervjuene ble analysert en gang til etter at temaene var utviklet, for å ivareta undersøkelsens validitet best mulig.

Empiriske funn

Gjennom dataanalysen fremkom tre utfordringer som alle fører til økt og tidkrevende administrasjon:

1. midlertidige sykehjemsplasser blir permanente, noe som krever sterkt faglig fokus
2. søk etter vikarer, noe som er en ressurskrevende aktivitet
3. ulike former for kunnskap har forskjellig status i sykehjemmene, noe som også skaper behov for holdningsarbeid blant alle ansatte i avdelingene.

Dataanalysen viser at lederne søker å imøtekomme utfordringene om faglig fokus ved å sette sammen faglige team og ved å samtale med spesialisthelsetjenesten. For å imøtekomme utfordringer knyttet til vikarbehov og vikarsøk utvikler lederne vikarbaser, delegerer vikarsøk til en annen ansatt, utformer lister der vikarer selv kan velge vakter, eller ringer til personer i nærmiljøet for å få tak i vikarer. Behovet for holdningsendringer ble søkt løst gjennom å rose vikarenes arbeid i påhør av andre, gjennom

igangsetting av tiltak som innebar kompetansedeling, og gjennom styrking av veiledningskompetansen til fagansatte og kompetansen generelt for vikarer. I det følgende benyttes parentes og tre prikker for å vise at ord er fjernet fra dataene for å skape sammenheng i informatenes utsagn.

Presentasjon av data

Utfordringer knyttet til ledelse i kommunale sykehjem

Studien viser at pasienter som kommer fra hjemmesykepleien for avlastning i en periode, blir værende i sykehjemmet, og dette skaper ulike utfordringer. En leder sier det slik: «De som bor hjemme, og som blir prioritert inn i sykehjem, de kommer ikke videre, ikke ut igjen.» En annen leder gir uttrykk for at «de som er typiske hjemmesykepleiepasienter, vi får dem ikke ut. De bare fortsetter å være her». En tredje leder forteller at pasienter som kommer fra spesialisthelsetjenesten, og som skal ha et midlertidig opphold i sykehjemmet, blir værende fordi de er for syke til å være hjemme. En fjerde leder beskriver situasjonen slik: «Det som skulle være korttidsplasser, blir til langtidsplasser.» Lederne opplever endringene i bruk av korttidsplasser som utfordrende, og de forklarer at endringene har sammenheng med manglende tilbud i hjemmesykepleien, og med at hjemmetjenesten mangler tilstrekkelig kvalifisert personell. Ledernes utsagn kan forstås som at når pasientstrømmen mellom spesialisthelsetjenesten, sykehjemmene og hjemmetjenesten dempes eller stopper opp, preges handlingsrommet for ledelse av økt administrativt press, og av en fagledelse som rettes spesielt mot sammensetningen av kompetente team for å ivareta pasienter med sammensatte og komplekse behov.

I dataanalysen fremkommer det også utfordringer knyttet til at kompetansetilfanget i sykehjemmene påvirkes av sykefravær og permisjoner. De forteller om tidkrevende arbeid og vansker med å skaffe kvalifiserte vikarer. En leder sier det slik: «Fordi det går så mye tid! Tid som kunne vært brukt på andre ting, som for eksempel oppfølging av sykemeldte.» Også andre ledere forteller at de tidligere brukte uforholdsmessig mye tid på vikarsøk, men at de etter hvert fant løsninger som dempet tidspresset.

Utsagnene kan forstås som at handlingsrommet for de fleste lederne preges av økt administrasjon på grunn av mangelfull rekruttering av kvalifiserte vikarer.

Data viser videre at lederne møter utfordringer når de søker å integrere vikarer i arbeidsfellesskapet, fordi fagansatte ofte undervurderer betydningen av vikarenes kunnskap i tjenesteutøvelsen. En leder forteller:

Vi har en ufaglært voksen dame som jobber her. Som har jobbet med å håndtere folk i hele sitt liv i restaurantbransjen. Der skal man behandle folk med verdighet (...) de der, de der er fantastisk å håndtere disse beboerne. De har så mye inni seg som rett og slett er erfaringskunnskap som hun ikke har lest i en bok eller lært, men hun har gjort dette i livet sitt og håndterer pasientene våre på en fantastisk måte.

En annen leder sier det slik: «Og du trenger ikke nødvendigvis sykepleieutdanning for å ha den kunnskapen, hvordan man håndterer og behandler mennesker (...).» Samme leder forteller en illustrerende historie:

Vi hadde en her ute som er dement, som nektet å gå noe sted. Vi har en meget dyktig hjelpepleier som har jobbet her i tretti år, som sto her med pasienten, men som ikke fikk pasienten av flekken. Så prøver jeg meg, med en autoritær tilnærming i forhold til å få pasienten til å rikke seg. Men så kommer denne pleieassistenten som står og kikker om det er noen ledig vakt. Dette er en liten mann, han kommer inn hovedinngangen, ser situasjonen og strekker hånden bort til henne og sier: «Kom, nå går vi.» *Så reiser hun seg opp, og så går de.*

Lederen fortsetter: «Her kommer jeg med min erfaring, tyve år som sykepleier og jobbet med dette i tyve år. Dette kan jeg! Ikke kom her! Og så kommer han og overtar hele greien.» Lederen lurer på hvorfor dette skjer, og sier:

Men han kan ikke sette finger på det, hvorfor han får det til. Men han klarer det fordi han er som han er. Han er ingen trussel, om det er det? Jeg har ikke peiling! Jeg sitter her med videreutdanning ... og så klarer han det og ikke jeg!

Det fremkommer videre at mange fagansatte har en tendens til å nedvurdere vikarenes kunnskap. En tredje leder beskriver hvordan ansatte kan gi uttrykk for sin mening, og vedkommende sier: «Kom ikke her med dette, du. Vi har vurdert at ...» Lederen fortsetter: «Det kan være nok til å ta knekken på stolthet til å bidra.» En annen leder sier: «Vikarer må ikke behandles som ubetydelige personer, fordi de har stor betydning her. De jobber veldig mye.» En fjerde leder forteller: «Assistentene har en tendens til å undervurdere seg selv», og en sier det slik: 'Det jeg sier, er ikke så mye verdt, for jeg har ingen utdanning'» Vikarene oppfordres av lederne til å ta utdanning som helsearbeidere. Utsagnene kan forstås som at både fagansatte og vikarene selv i liten grad anerkjenner vikarenes erfaringskompetanse, noe som har negativ innflytelse på relasjonene mellom ansatte og på realiseringen av vikarers erfaringskunnskap i sykehjemmene, og det er behov for holdningsarbeid.

Utfordringene imøtekommes forskjellig

Flere informanter forteller at for å imøtekomme utfordringer som oppstår i tilknytning til omdefinering av midlertidige plasser til permanente plasser i sykehjemmene, bruker de tid på å ha kontakt med ansatte i spesialisthelsetjenesten om reinnleggelser når pasientenes situasjon ikke endrer seg til det bedre. En leder sier det slik: «Jeg ringer og bruker mye tid på å få fatt i riktig person når jeg har spørsmål om ulike pasienter.» Lederne sier at samtaler med spesialisthelsetjenesten er nødvendig fordi sykehjemmenes kompetansesammensetning utfordres når flere pasienter med komplekse og sammensatte lidelser skal ivaretas samtidig over tid. Lederne forteller videre at de søker å løse utfordringer knyttet til pasienter med komplekse og sammensatte lidelser ved å sette sammen arbeidsteam med nødvendig kompetanse og erfaring som best mulig kan ivareta pasientenes pleie- og omsorgsbehov. Ledernes uttalelser kan forstås som at deres handlingsrom preges av økt administrasjon og utfordrende fagledelse, fordi den forventede dynamikken i helsetjenesten stopper opp i sykehjemmene. Lederne søker å imøtekomme utfordringene gjennom teamsammensetning i sykehjemmet samtidig som de prøver å ansvarliggjøre spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder vikarsøk, har lederne valgt ulike løsninger, men mange ringer personer i nærmiljøet. En leder uttrykker det slik: «Jeg ringer og ringer i håp om få fatt i kvalifisert personell, bruker masse tid.» En av lederne har gitt oppgaven til en ansatt som lederen samarbeider tett med, og slik har lederen frigjort tid til andre oppgaver. Lederen sier: «Det har gått år og dag siden jeg ringte en vikar selv. Jeg har outsourcet en uhyre dyktig hjelpepleier, så jeg har mer kontakt med pårørende, mye, spesielt i vanskelige saker.» Lederen fortsetter: «Vi hadde en hjelpepleier med dårlige skuldre. Vi har tilrettelagt en del av hennes stilling til (...) Lotus-ressursstyringsprogrammet vi har, der vi leier inn og ut vikarer.» En annen leder løser utfordringene ved å ha ringelister over vikarer. Lederen sier:

Jeg sørger for å ha en enorm vikarpool å ta av. Ja. Jeg har 15 ringevikarer på listen, og er det plutselig noen som faller ut, som forteller at denne vikarlivsstilen ikke passer for dem, at de har fått fast jobb og gjør noe annet, så finner jeg en ny. Vi er helt nødt, også må vi tenke utenfor den boksen, for vi får ikke alltid norsk personell.

En tredje leder forteller at de har anskaffet et elektronisk system for vikarer der «(...) vi legger ut alle vaktene så de kan gå inn og shoppe på de». En fjerde informant illustrerer utfordringene: «Jeg møtte veggen og hadde veldig mye arbeid i forhold til administrasjon. Det er tøft å snakke om.»

Utfordringer knyttet til liten anerkjennelse av vikarenes erfaringskompetanse møtes også forskjellig av ulike ledere. En leder påpeker: «Det går på å jobbe med holdninger hele tiden.» En av lederne forteller at hun i arbeidet med å påvirke ansattes holdninger fremsnakker og roser vikarene for det de bidrar med, som eksempelvis: «Det dere sier nå, er så viktig. Den journalen er fantastisk godt skrevet!» En leder forteller at holdningsarbeidet innebærer å legge til rette for økt deling av erfaringskunnskap blant ansatte gjennom internundervisning. Andre ledere motiverer ansatte til å øke sin veiledningskompetanse gjennom kurs. En av lederne utdyper: «Vi har hatt medarbeidersamtaler med alle sykepleierne nå og oppfordrer dem til å ta kurs for å gi veiledning til sine medarbeidere». Sykepleierne oppfordres også til å gi veiledning til pårørende og

studenter. I tillegg oppfordres vikarer til å øke sin kompetanse for å bli helsefagarbeidere. Andre ledere er opptatt av utvikling av gode rutiner for opplæring av nyansatte og vikarer for å endre holdninger og for å få til best mulig kvalitet og kontinuitet i omsorgsutøvelsen. Lederne gir imidlertid klart uttrykk for at vikarenes erfaringskunnskap er et viktig bidrag til kunnskapsbasen i sykehjemmene.

Diskusjon

Komplekse lederutfordringer

I det følgende diskuteres hvordan lederne i kommunale sykehjem benytter sitt handlingsrom for ledelse når de søker å imøtekomme utfordringene de står overfor. Diskusjonen tar utgangspunkt i hvordan lederne benytter sitt handlingsrom når de søker å imøtekomme utfordringer knyttet til begrenset flyt i pasientstrømmen mellom spesialisthelsetjenesten, sykehjem og hjemmesykepleien. Studien viser at permanent økning i antall pasienter med komplekse og sammensatte pleie- og omsorgsbehov fører til flere administrative oppgaver, økt arbeids- og ansvarspress og derigjennom økt oppmerksomhet på sykepleiefaglig ledelse. Det fremkommer videre at vikarbehov og vikarsøk også bidrar til å øke ledernes administrative aktivitet, og oppgavene oppleves som tidkrevende fordi det ofte er vanskelig å få fatt i kvalifiserte vikarer. Når så vikarer skal delta i arbeidshverdagen i sykehjemmene, opplever de at deres erfaringskompetanse blir lite verdsatt av fagansatte. Hos vikarene ser dette ut til å skape utrygghet knyttet til både egen rolle og bruk av erfaringskompetansen i sykehjemmene. Studien viser at det er behov for å arbeide med relasjoner og holdningsendring hvis vikarenes kompetansepotensial skal kunne realiseres i sykehjemmene. Ledernes handlingsrom fremstår som preget av mange og komplekse utfordringer som skal imøtekommes.

Ledelse og bruk av handlingsrom

Studien tyder på at lederne erfarer begrenset formelt handlingsrom når den forventede dynamikken i helsetjenesten stopper opp, og når handlingsrommet preges av økt administrativt press, samtidig som begrenset

kompetanse for å ivareta pasienter med komplekse og sammensatte lidelser blir tydelig. Lederne søker å dempe kompetanseutfordringene ved å ansvarliggjøre spesialisthelsetjenesten, og de ber om faglig støtte og reinnleggelser. Stort sett ser imidlertid denne løsningen ut til å fungere som brannslukking i øyeblikket, for når disse pasientene kommer tilbake, blir de fremdeles værende i sykehjemmet. Pasientene blir værende fordi den forventede dynamikken i pasientflyten mellom sykehjem og hjemmesykepleie er svekket, da hjemmesykepleien også mangler faglig kompetanse for å ivareta pasienter med sammensatte og komplekse lidelser (Tingvoll, Sæterstrand & Fredriksen, 2010). Dette fører til et fortsatt behov for omfattende sykepleiefaglig kompetanse i sykehjemmene når pasientenes pleiebehov skal ivaretas. Sykehjemmenes mellomposisjon i systemet for pasientflyt bidrar trolig til at utfordringene knyttet til sykepleiefaglig ledelse kan bli et vedvarende kjennetegn i ledernes formelle handlingsrom. Dersom det formelle handlingsrommet skal endres, må det trolig skje endringer i spesialisthelsetjenestens rutiner for utskrivning av pasienter og i hjemmesykepleiens kompetansetilfang.

Studien tyder på at ledernes søkelys på sykepleiefaglig ledelse og administrasjon for å ivareta pasienter og sikre daglig drift er tid- og oppmerksomhetskrevende og vedvarer over tid. Denne situasjonen kan snevre inn ledernes handlingsrom for å ivareta andre lederfunksjoner, samtidig som situasjonen kan skape et handlingsrom preget av krysspress. I følge Schiefloe (2011) innebærer krysspress at det rettes motstridende og ofte uforenelige forventninger til lederrollen (Schiefloe, 2011). Et handlingsrom preget av krysspress kan over tid være en påkjenning for den enkelte lederen, noe som kommer tydelig til uttrykk i vår empiri når ledere forteller om høy arbeidsbelastning og motstridende krav som rettes mot lederrollen. Kirkhaug (2013) fremhever at et handlingsrom for ledelse som preges av begrensninger, kan redusere mulighetene for å ivareta det relasjonelle aspektet ved ledelse. Dette kommer også til uttrykk i vår empiri når ledere forteller om begrenset formelt handlingsrom for å følge opp sykemeldte og legge til rette for ansatte med behov for avlastning fra spesielt belastende arbeidsoppgaver. Et formelt handlingsrom for utøvelse av lederskap som begrenser mulighetene for å ivareta det relasjonelle aspektet, er betenkelig, fordi relasjonsledelse har stor betydning

for positive pasientresultater (Wong et al., 2013; Germain & Cummings, 2010; Cummings et al., 2010; André et al., 2014).

Studien viser at flere ledere ser mulighet for å benytte sitt subjektive handlingsrom (Strand, 2007) for å imøtekomme utfordringer knyttet til vikarmangel, vikarsøk og behov for holdningsarbeid for å gi rom for vikarers erfaringskompetanse. En leder benytter for eksempel sitt subjektive handlingsrom til å delegere vikarsøk til en ansatt som har behov for avlastning fra pleieoppgaver på grunn av helseutfordringer. Slik ivaretar lederen den ansattes behov for endring i arbeidssituasjonen. To andre ledere utvikler henholdsvis et elektronisk system der vikarer kan velge vakter, og en «vikarpool» som sikrer vikartilfang i den grad det er mulig. Lederne er oppmerksomme på og benytter slik sitt subjektive handlingsrom og frigjør seg fra tidkrevende administrasjon, og de skaper rom for å rette oppmerksomhet mot andre lederfunksjoner. Ledernes evne (Strand, 2007) til å rette oppmerksomheten mot et subjektivt handlingsrom kan slik bidra til at handlingsrommet for ledelse utvides, blant annet fordi lederne gir uttrykk for at løsningene fungerer over tid.

Studien tyder på at flere ledere også benytter sitt subjektive handlingsrom når de søker å påvirke holdninger og en negativ dynamikk i relasjonene mellom ansatte og vikarer. Relasjonsutfordringene fremkommer når vikarenes erfaringskompetanse skal benyttes i tjenesteutøvelsen. Lederne ser muligheter og setter i gang ulike kompetansetiltak som tar sikte på å endre holdninger slik at vikarenes erfaringskompetanse kan realiseres. Gjennomføring av disse tiltakene kan imidlertid være krevende fordi holdninger har flere komponenter. En kognitiv komponent forteller om den virkelighetsforståelsen holdningene bygger på, mens en affektiv komponent omhandler følelser og standpunkter. En atferdsmessig komponent forteller noe om forholdet mellom holdning og handling (Martinussen, 1991). Holdningers mange dimensjoner kan bidra til at ledernes forsøk på å endre holdninger kan bringe fram både positive og negative reaksjoner hos ansatte, og over tid vil ledernes mulighet for å benytte det subjektive handlingsrommet til holdningsarbeid trolig avhenge av støtte i fagmiljøet. Dette fordi profesjonsutøvere kan oppleve omfattende inngrep fra andre i organisasjonen som utfordrende, da de krever en viss selvstendighet i sin tjenesteutøvelse (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Oppslutning i

fagmiljøet kan ivaretas gjennom relasjonsledelse der man retter søkelyset på sosial samhandling og støtte i arbeidshverdagen, fordi det motiverer til å slutte opp om lederens tiltak (Oldham & Hackman, 2010; Morgeson & Humphrey, 2006; Humphrey, Nahrgang & Morgeson, 2007). Valg av tiltak kan på sikt myndiggjøre den enkelte ansatte, og tiltakene kan bidra til at innhold i arbeidsoppgaver og roller avklares etter hvert som ansattes kompetansebidrag tydeliggjøres gjennom erfaringsdeling, veiledning og kompetanseheving. Tydeligere roller samt ansvars- og oppgavefordeling kan endre den negative dynamikken som preger samhandlingen mellom fagansatte og vikarer. Annen forskning viser at det er klare sammenhenger mellom uklare roller, frustrasjon og konfliktnivå i et arbeidsmiljø (Valentine, Godkin & Varca, 2010; Lai, 2013). Studien tyder på at når lederne benytter sitt subjektive handlingsrom, kan det være mulig å få til en balansert pendling mellom fag, administrasjon og andre ledelsesfaglige identiteter (Sørensen, 2006). Hvordan ledere definerer sitt subjektive handlingsrom, viser seg å være viktig for de valgene og handlingene ledere foretar (Strand, 2007; Espedal, 2009; Espedal, Kvitastein & Grønhaug, 2012), noe som også fremkommer i vår studie.

Konklusjon

I denne studien har vi diskutert utfordringer knyttet til utøvelse av ledelse i kommunale sykehjem, samt hvordan lederne benytter sitt handlingsrom for å imøtekomme utfordringene. Sykehjemmenes rolle som mellomstasjon for utskrivningsklare pasienter fra sykehus samt deres rolle som avlastningsenhet for pasienter i hjemmesykepleien skaper utfordringer i form av økt administrasjon og omfattende sykepleiefaglig ledelse. Lederens kontakt med spesialisthelsetjenesten for å imøtekomme utfordringer knyttet til manglende pasientflyt kan tyde på et uavklart ansvarsforhold mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helsetjeneste. Dette får omfattende innflytelse på lederens mulighet for å ivareta blant annet relasjonsledelse. Denne lederfunksjonen kan være spesielt viktig fordi sykehjemmene sliter med å få kvalifisert personell samtidig som arbeidsoppgavene blir stadig mer komplekse. Handlingsrommet for ledelse preges også av utfordringer knyttet til tidkrevende vikarsøk, samtidig som

det er utfordrende å få anerkjent vikarenes erfaringskompetanse når de blir en del av sykehjemmenes stab. Lederne søker derfor å arbeide kontinuerlig med å påvirke holdninger knyttet til vikarenes erfaringskunnskap for å realisere denne kunnskapens potensial. Studien viser at ulike ledere benytter sine handlingsrom forskjellig når de søker å imøtekomme utfordringene. Noen ledere ser ut til å imøtekomme utfordringene gjennom ulike former for brannslukking, noe som trolig skaper varige begrensninger i handlingsrommet for utøvelse av de ulike funksjonene som ledelse i kommunalt sykehjem innebærer. Studien tyder på at ledere som evner å benytte sitt subjektive handlingsrom, ser og finner løsninger som frigjør tid fra administrativ ledelse, og de får til en pendling mellom administrasjon og andre ledelsesfunksjoner. Det at bruk av det subjektive handlingsrommet kan gi muligheter for å utvikle varige løsninger som ikke begrenser utøvelse av ledelse til administrasjon og fagledelse under press, er viktig og reiser nye spørsmål. Hva gjør at noen ledere ser – og benytter – sitt subjektive handlingsrom med det resultatet at de kan få til en pendling mellom ulike lederfunksjoner som ivaretar både ansatte, pasienter og daglig drift? Personlige egenskaper er blitt holdt frem som en mulig forklaring (Espedal & Kvitastein, 2012), men personforklaringer er ikke tilstrekkelig. Ved å benytte begrepet subjektivt handlingsrom i videre forskning kan eventuelle nye strukturelle og relasjonelle fenomener som har betydning for lederfokus og endringspotensial, belyses. Kunnskap om ledes bruk av det subjektive handlingsrommet kan være viktig fordi kunnskapen kan bidra til å styrke organisasjonens potensial for læring og videre utvikling, slik at sykehjemmene blir i stand til å imøtekomme fremtidige utfordringer med styrket kompetanse.

Referanser

- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S. I. & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet* (Rapport IRIS – 2014/382). Stavanger: International Research Institute of Stavanger.
- André, B., Sjøvold, E., Rannestad, T. & Ringdal, G. I. (2014). The impact of work culture on quality of care in nursing homes – a review study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 28(3), 449–457. <https://doi.org/10.1111/scs.12086>

- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berg, L. N. (2015). *Multifaglig ledelse – hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reformer* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Berg, L. N., Byrkjeflot, H. & Kvåle, G. (2010). Hybridledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 12(3), 30–49.
- Birkinshaw, J. (2014). *Bli en bedre sjef. Hvorfor god ledelse er så vanskelig*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J. F. (2017). From hospitals to nursing homes – the consequences of the Care Coordination Reform. *Sykepleien forskning*, 12(60613), e60613.
- Bryman, A. (2015). *Social research methods*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2011). *The Ashgate Research Companion to New Public Management*. London: Routledge.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M. & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363–385. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2017). *The SAGE handbook of qualitative research* (5. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Engelstad, F. (2005). *Hva er makt?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Espedal, B. (2009). Maneuvering space for leadership. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 16(2), 197–212.
- Espedal, B. & Kvitastein, O. A. (2012). Rom for læring: Betydningen av handlingsrom for ledelse. *Magma*, 8, 30–30.
- Espedal, B., Kvitastein, O. A. & Grønhaug, K. (2012). When cooperation is the norm of appropriateness: How does CEO cooperative behavior affect organizational performance? *British Journal of Management*, 23(2), 257–271.
- Finkelstein, S. & Hambrick, D. C. (1996). *Strategic leadership: Top executives and their effects on organizations*. Minneapolis, MN: West Publishing Company.
- Germain, P. B. & Cummings, G. G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 425–439.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: En studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax forlag.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Om afvigerens sociale identitet* (2.utg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hambrick, D. C. & Finkelstein, S. (1987). Managerial discretion: A bridge between polar views of organizational outcomes. *Research in Organizational Behavior*, 9, 369–406.

- Hambrick, D. C. & Mason, P. A. (1984). Upper echelons: The organization as a reflection of its top managers. *Academy of Management Review*, 9(2), 193–206.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helbostad, J. L. (2005). Fysisk trening av sykehjemsbeboere – har det noen hensikt? *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 125(9), 1195–1197.
- Hemphil, J. K. & Coons, A. E. (1957). Development of the leader behavior description questionnaire. I R. M. Stogdill & A. E. Coons (Red.), *Leader behavior: Its description and measurement*. Columbus, OH: Bureau of Business Research.
- Hernes, G. (2007). *Med på laget: Om New Public Management og sosial kapital i den norske modellen* (Fafo-rapport 2007: 09). Oslo: Fafo.
- Hope, O. (2015). *Mellomlederen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Humphrey, S. E., Nahrgang, J. D. & Morgeson, F. P. (2007). Integrating motivational, social and contextual work design features: A meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of Applied Psychology*, 92(5), 1332–1256.
- Høie, J. (2005). Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(8), 1009–1010.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard: Translating strategy into action*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirkhaug, R. (2013). *Verdibasert ledelse. Betingelser for utøvelse av moderne lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kotter, J. P. (2012). *Leading Change*. Brighton, MA: Harvard Business Review Press.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon* (Bd. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon* (Bd. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, M. & Friberg, F. (2016). Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 13–19.
- Kvale, S. (1996). *Interviews. An Introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare: Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Cappelen Damm.
- Martinussen, W. (1991). *Sosiologisk analyse – en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* (Meld. St. 16 (2010–2011)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* (Meld. St. 34. (2016–2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Merton, R. K. (1968) *Social theory and social structure*. New York: The Free Press.
- Morgeson, F. P. & Humphrey, S. E. (2006). The work design questionnaire (WDQ): Developing and validating a comprehensive measure for accessing job design and the nature of work. *Journal of Applied Psychology*, 91(6), 1321–1339.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company*. New York: Oxford University Press.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Oldham, G. R. & Hackman, J. R. (2010). Not what it was and not what it will be: The future of job design research. *Journal of Organizational Behavior*, 31(2–3), 463–479.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pedersen, K. R. & Tingvoll W.-A. (2014). Kompetanseutfordringer i sykehjem. I B. L. L. Kassah, M.-A. Tingvoll & K. A. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen*. Bergen: Fagforlaget.
- Pfeffer, J. & Salancik, G. R. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. New York: Harper & Row.
- Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder: Den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Polanyi, M. (2009). *The tacit dimension*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Rasmussen, B. (2011). Med frihet til å lede? Styring og ledelse i kommunale omsorg. *Magma. Econas tidsskrift for økonomi og ledelse*, 1, 65–72.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schiefloe, P. M. (2011). *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schönfelder, W., Andersen, S. T. & Kane, A. A. (2018). Muligheter og begrensninger for profesjonsutøvernes handlingsrom i de kommunale barneverntjenestene. I W. Schönfelder, S. T. Andersen & A. A. Kane (Red.), *Handlingsrom i barnevernet. Muligheter og begrensninger for profesjonsutøveren* (s. 275–280). Bergen: Fagbokforlaget.
- Selznick, P. (1984). *Leadership in administration: A sociological interpretation*. Oakland, CA: University of California Press.
- Stewart, R. (1989). Studies of managerial jobs and behavior – the ways forward. *Journal of Management Studies*, 26(1), 1–10.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sørensen, E. E. (2006). *Sygeplejefaglig ledelse: En empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvæsen* (Doktorgradsavhandling). Aarhus universitet, Aarhus.
- Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T. & Fredriksen, S.-T. D. (2010). Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av elder pasienter fra sykehus. *Nordic Journal og Nursing*, 30(1), 29–34.
- Tingvoll, L. & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. *Tidsskriftet for omsorgsforskning*, 4(2), 11–17.
- Tingvoll, W.-A., Pedersen, K. R. & Nymo, R. I. J. (2018). Ny praksismodell gjorde studentene bedre i ledelse og organisering. *Sykepleien forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.73575>
- Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T. M. & Fredriksen S.-T. D. (2010). Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus. *Vård i Norden*, 30(1), 29–34.
- Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T. & McClusky, L. M. (2016). The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. *BMC Nursing*, 15, 66. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0187-x>
- Valentine, S., Godkin, L. & Varca, P. E. (2010). Role conflict, mindfulness, and organizational ethics in an education-based healthcare institution. *Journal of Business Ethics*, 94, 455–469. <https://doi.org/10.1007/s10551-009-0276-9>
- Weber, M. (1971). *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal.

- Wong, C. A. & Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 508–521.
- Wong, C. A., Cummings, G. G. & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724.
- Wyller, T. B. & Haukelien, H. (2017). *Ny helsepolitikk. Det finnes løsninger*. Oslo: Dreyers forlag.
- Ytrehus, S. & Nuland, B. R. (2007). *Gull eller gråstein. Status for rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene* (Fafo-rapport 2007: 21). Hentet fra https://fafo.no/media/com_netsukii/20021.pdf
- Yukl, G. (2019). *Leadership in organizations*. (8. utg.). New York: Pearson.