

Endringsledelse med/mot sterke fagfolk

" En leders balansegang mellom det mulige og umuliges kunst "



Fordypningsoppgave
Nasjonalt topplederprogram,
mars 2007

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	side 2
1.1. Bakgrunn	side 2
1.2. Problemstilling	side 2
2. HISTORIE	side 3
2.1. Presentasjon av ”vår historie”	side 3
3. TEORI	side 5
3.1. Endringsledelse og motstand	side 5
3.2. Ledelse av kunnskapsarbeidere	side 7
3.2.1. Kunnskapsarbeid og kunnskapsarbeidere	side 7
3.2.2. Ledelse i kunnskapsbedrifter	side 7
3.2.3. Hvordan lede primadonnaer?	side 9
3.3. Organisasjonskultur i kunnskapsbedrifter	side 11
4. DRØFTING	side 12
4.1. Identifisering av motstandsmekanismer	side 13
4.2. Kunnskapsmedarbeidere og organisasjonskulturen i ”vår historie”	side 15
4.3. Hvordan lykkes i endringsarbeid med/mot sterke fagfolk?	side 16
5. KONKLUSJON - Vår reise - Hva har historien lært oss?	side 22
6. REFERANSER	side 23

1 Innledning

I oppgaven vår i forbindelse med Nasjonalt topplederprogram har vi valgt å fordype oss i ledelsesproblematikk blant sterke fagfolk i sykehus. Vi har alle tre ledererfaring fra kliniske avdelinger og opplever endringsprosesser som særdeles krevende. Det var derfor vesentlig å velge et tema som kunne gi oss økt innsikt og forståelse og derved økt handlingsberedskap i den praktiske utøvelsen av eget lederskap. Vi har valgt å gi oppgaven overskriften: ”Endringsledelse med/mot sterke fagfolk”.

1.1 Bakgrunn

Organisasjonsutviklingen i sykehus gjenspeiler utviklingen i legevitenskapen. Landets første sykehus inneholdt store saler der alle typer pasienter ble plassert sammen uavhengig av diagnose og behandlingsbehov. Legene hadde bred medisinsk faglig bakgrunn, men arbeidet det meste av tiden utenfor sykehuset.

Spesialisering i medisinen startet med en inndeling i medisin, kirurgi og røntgen. Senere har det tilkommet en omfattende subspesialisering med inndeling i såkalte grenspesialiteter, og etter hvert det enkelte vil kalle ”kvistspesialiteter”. Dagens organisering av sykehus bygger i stor grad på legenes spesialisering hvor sykehusenes organisatoriske inndeling i kliniske enheter samsvarer med fagspesialitetene (Paul Hellandsvik, Nasjonalt topplederprogram 2007).

Sykehus er kunnskapsorganisasjoner med fokus på kjerneoppgavene diagnostikk, behandling, pleie, pasientopplæring, forskning og utdanning. De ansatte har høy kompetanse og spesialisert kunnskap. Profesjonene har en sterk fagforankring og stor grad av autonomi. Begge deler gjenspeiles i sykehusenes organisering i fagspesifikke avdelinger samt den ”omkampskultur” som ofte preger organisasjoner i helsevesenet.

Sykehusenes historiske organisasjonsutvikling, profesjonalisering og utvikling av kunnskapsmedarbeidere med stor grad av autonomi, er med på å forklare utsagnet til LeTourneau (2004):

“The hardest task for any leader is to assess physicians` readiness for organizational change. While readiness is critical, however, physicians` willingness to change is often the lynchpin in any successful transformation.”

Ulike reformers inntog i sykehus stiller endrede krav til organisasjonen. Fritt sykehusvalg, krav til brukermedvirkning – fra pasient til ”kunde”, pasientrettigheter, total kvalitetsledelse og finansieringssystem er noe av det som kan nevnes. I tillegg ses en nærmest eksplosiv utvikling av ny medisinsk kunnskap, teknologisk utvikling, medikamentelle nyvinninger, skiftende politiske og økonomiske rammer, samt en voksende forventning i befolkningen om hva dagens helsevesen faktisk er i stand til å løse av problemer. Det forutsetter vilje, evne og ønske om kontinuerlige endringsprosesser blant de ansatte i norsk helsesektor.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i erfaringer fra egen klinisk hverdag valgte vi å fordype oss i endringsledelse blant sterke fagfolk i sykehus.

Hensikten med oppgaven var å forstå og lære å møte de motstandsmekanismene som oppstår blant sterke fagfolk i en organisasjon når endringer skal implementeres. Målsettingen var å tilegne seg økt handlingsberedskap og derved mestring av motstand som kan være til hinder for god implementering.

2 Historie

Metoden som benyttes i oppgaven er narrativ. Det betyr at oppgaven tar utgangspunkt i en historie basert på en opplevelse eller erfaring.

Vi arbeider ved tre ulike helseforetak, men har valgt en "felles" historie fra et av foretakene. Selve historien er unik, men ikke mer spesiell enn at den kunne hatt sitt utspring i et hvilket som helst foretak. De ledelsesmessige utfordringene relatert til implementering av vedtak og beslutninger som beskrives i historien er gjenkjennbare i alle sykehusorganisasjoner.

2.1 Presentasjon av "vår historie".

Det er i foretaket etablert ulike organisasjonsutviklingsprosjekter for å møte dagens og morgendagens utfordringer. Alle prosjektene gjennomføres etter en tradisjonell prosjektmodell.

Et av disse utviklingsprosjektene benyttes som utgangspunkt for beskrivelse av "historien".

"Historien" beskriver arbeidet med fremtidig organisering av senger i foretaket. Målet med arbeidet er at man som hovedprinsipp ikke skal ha korridorpasienter i noen avdeling dersom det er ledig sengekapasitet. Samtidig skal kvaliteten på diagnostikk, behandling, pleie og omsorg opprettholdes uendret.

Arbeidet med fremtidig organisering av senger har pågått over en periode på vel et år. Analyser av korridorbelegg viser et betydelig potensiale for bedre utnyttelse av sengekapasiteten ved å løsrive det desentrale eierskapet til sengene og derved øke sambruket.

En arbeidsgruppe med ledere fra 5 kliniske avdelinger så på: 1) prinsippene for tildeling av seng til pasienter i forhold til tildeling etter grenspesialitet versus tildeling etter ledig kapasitet og 2) eierskap til senger i forhold til grenspesialitet versus sentralisert eierskap. Gruppen konkluderte med at eierskapet til sengene burde ligge på avdelingsnivå (nivå 3) og at prinsippet for tildeling av senger burde følge eierskapet. Med andre ord en optimalisering av sengebruken innenfor "egen" avdeling. Arbeidsgruppens anbefaling ble tatt til etterretning av styringsgruppen i mars 2006.

Analysematerialet fra prosjektet vedrørende korridorbelegg ble benyttet i et lederseminar om foretakets korridorbelegg i april 2006. I etterkant av seminaret ble det utarbeidet en handlingsplan der prosjektet foreslo å etablere samarbeidsområder for fleksibel bruk av senger og dette ble lagt inn i planen.

I mai 2006 ble det arrangert en felles samling for ledere og "opinionsbærere" for å diskutere fremtidig organisering av senger. I løpet av samlingen ble det foreslått å sentralisere alle senger i foretaket. Forslaget ble tatt inn i prosjektets videre arbeid og førte senere til et forslag om en modell hvor senger og pleieressurser skulle organiseres i en egen divisjon. Møtedeltakerne ble videre enige om å etablere forpliktende samarbeidsavtaler på tvers av avdelinger og divisjoner basert på faglig samarbeid, bruk av personell, areal og utstyr. Lederne ble bedt om å starte arbeidet umiddelbart. Styret vedtok senere dette forslaget.

Prosjektet utarbeidet etter samlingen en modell for organisering av senger basert på forpliktende samarbeidsavtaler.

Fire modeller for organisering av senger ble presentert på en ledersamling i september 2006; 1) dagens modell 2) modell med optimalisering av sengebruken innen avdelingene 3) modell basert på forpliktende samarbeidsavtaler og 4) modell der senger og pleieressurser organisert i egen divisjon. Det var enighet om å forkastes modell 1 og 2. Videre konkluderte møtedeltakerne med at lederne skulle ha ansvar for etablering av et forpliktende samarbeid om bruk av senger og at arbeidet med dette skulle starte umiddelbart.

Modell 3 og 4 ble sendt ut i organisasjonen til høring. Prosjektet anbefalte modell 4. Høringsinnspillene kunne grovt sett deles inn i 3 kategorier: 1) de som var mot endring og som ville opprettholde dagens modell for organisering av senger; i stor grad leger, 2) de som var positive til modell 4, men som ønsket en videre detaljering av denne modellen; først og fremst sykepleieledere og 3) de som var usikre; stort sett sykepleiere og andre profesjonsgrupper.

Høringsinnspillene med ulikt innhold og stort engasjement ble av prosjektet oppfattet som svært positive. Det kom likevel sarkastiske tilbakemeldinger der det ble stilt spørsmål ved medisinsk faglig kompetanse og tyngde i utredningsarbeidet og i forslaget til løsning. Av høringsinnspillene fremgikk det også at beslutningen som sykehusledelsen og avdelingssjefene (i stor grad de samme personene som avga høringssvaret) tidligere hadde tatt, ble oppfattet som en katastrofe.

Med bakgrunn i høringsinnspillene ble det besluttet å detaljtrrede modell 4 før endelig valg av modell. Videre detaljeringsarbeid ville medføre en forsinkelse i beslutningsprosessen på 6 mnd. Man vurderte imidlertid dette som en nødvendig forutsetning for å lykkes i det videre arbeidet og valgte derfor å gå denne ekstra runden.

Gjennomgangstema i denne "historien" er at etter et år med ulike beslutninger og vedtak, er det fortsatt ikke iverksatt noe tiltak. Kort oppsummert er det:

- Utarbeidet en handlingsplan for reduksjon av korridorbelegg i april 2006 - tiltak om etablering av samarbeidsområder for fleksibel bruk av senger.
- Avholdt en samling for ledere og andre "opinionsbærere" i mai 2006 - etablering av forpliktende samarbeidsavtaler.
- Avholdt en ledersamling i september 2006 - etablering av samarbeidsområder for fleksibel bruk av senger.

Utover disse konkrete hendelsene ble det i ulike sammenhenger gjennom hele året minnet om og etterspurt konsekvenser av disse tiltakene.

Det var ønskelig å få etablert et samarbeid om bruk av senger for å slippe å plassere pasienter på korridoren når det var ledige senger på naboposten. En viktig tilleggseffekt til et kvalitativt bedre pasienttilbud, var en jevnere arbeidsbelastning for de ansatte idet bemanningen kun meget sjelden justeres ved kortsiktig overbelegg.

3 Teori

Oppgavens hovedtema er implementering og ledelse av endringsprosesser sammen med sterke fagfolk; hvorfor oppstår omkamper ved implementering av endring, hvilke mekanismer

er det som utløses og hvordan kan vi møte disse. Problemstillingen kan ses på fra ulike sider og belyses ved hjelp av teorier som hver for seg kan øke forståelsen for hvorfor vi mislyktes i ”vår historie” og ikke minst hvilken lærdom vi kan trekke ut av historien og ta med oss i senere endringsprosesser. For å belyse og analysere endringsledelse blant sterke fagfolk har vi valgt å ta utgangspunkt i kunnskapsarbeideren, karakteristika ved kunnskapsbedrifter, kulturen og derved utfordringene ledere i slike organisasjoner møter.

3.1. Endringsledelse og motstand

Ledelse er en universell utfordring som berører all organisert verdiskapning og som dreier seg om en prosess der en gruppe blir påvirket i retning av å nå sine mål (Haukedal 2000). Det finnes en rekke definisjoner på ledelse (Yukl 2006). Motivering av ansatte og sikring av produktivitet og effektivitet er viktige lederoppgaver og inngår i de fleste definisjonene (Haukedal 2000, Yukl 2006). Hva slags ledelse som utøves avhenger av hvilken type organisasjon ledelse utøves i (oppgaveorientert ledelse, relasjonsledelse, teamledelse, endringsledelse, kunnskapsorientert ledelse) og hvor i organisasjonen leder befinner seg (strategisk ledelse (mål og verdier) eller operativ ledelse (oppfølging av medarbeidere og deres arbeidsoppgaver)).

Omstilling, effektiviseringspress, høye kvalitetskrav og forventninger om å optimalisere ressursbruken, stiller krav til nærmest kontinuerlig endring og tilpasninger i dagens helseorganisasjoner. Endringsledelse betyr å omstille organisasjonen til å møte de ytre utfordringene, tilpasse kapasiteten til markedet samt å gjøre menneskene i organisasjonen i stand til å møte de indre endringene dette krever. Godt tverrfaglig samarbeid, god møteledelse og samarbeidskompetanse med bruk av refleksjon, lytting, involvering, engasjement, læring og samarbeid, er viktig for å lykkes (Reve 2003). I noen sammenhenger er leder deltaker i endringsprosessen og i andre sammenhenger leder og koordinator eller premissleverandør (tilrettelegger) (Skogsås og Svendsen 2006). Endringsledelse er et relativt nytt fenomen i helsevesenet både for ledere og ansatte.

Endringer utløser ofte ulike typer og ulik grad av motstand. Motstand kan defineres som en motivert tilstand av motvilje som oppstår når ens frihet blir truet og som dirigerer tanke og handling mot å gjenvinne den truede friheten (Andersen, Larsgaard og Optun 2003).

”Kraftfeltteorien” er utviklet av Kurt Lewin (1951). Av Lewins teori fremgår at det i organisasjoner er både drivkrefter, krefter som driver frem endring, og motstandskrefter eller krefter som ikke ønsker endring. Det kreves tre faser for å balansere mellom disse kreftene ved gjennomføring av endringsprosesser. Første fase er ”opptining” der motstandskrefter må overvinnes og reduseres, andre fase er ”endring”, dvs. endring gjennomføres og tredje fase er ”å opprettholde en ny tilstand” (Andersen, Larsgaard og Optun 2003).

Motstand skyldes ikke bare uvilje, men er en naturlig menneskelig reaksjon. Det er derfor vesentlig for ledere å ha kunnskap om hvordan motstand kommer til uttrykk eller utarter seg og på hvilken måte slike reaksjonsmønstre kan påvirke enkeltpersoner eller i verste fall hele organisasjonen.

Scott & Jaffe (1989) beskriver reaksjoner i forhold til tap av 1) trygghet – ting er ikke lenger forutsigbart, 2) kompetanse – nye roller og oppgaver kan medføre usikkerhet og opplevelse av utilstrekkelighet, 3) tilhørighet – endrede sosiale relasjoner, 4) opplevelse av meningen med

det man gjør og 5) territorium – områder hvor man tidligere har hatt kontroll kan endres eller bli borte (Andersen, Larsgaard og Optun 2003).

Også andre forfattere har beskrevet reaksjoner i endringsprosesser. Maurer (1996) skriver følgende:

- Forvirring. Til tross for at informasjon gjentas flere ganger, kommer de samme spørsmålene opp igjen.
- Umiddelbar kritikk. Selv før folk har hørt alle detaljer i saken, er de negative. ”Hva det enn er, så er jeg imot!”
- Benekting. Man ”stikker hodet i sanden” og vil ikke se det som ligger rett foran seg.
- Sabotasje er vanligvis lett å gjennomskue og iverksettes for å stoppe forsøk på endring.
- Lettvint enighet. Leder får umiddelbar tilslutning til at endring kan skje, men når den det gjelder forstår hvilke konsekvenser endringen har for egen person, eksponeres tvil og skepsis.
- Omgåing. Medarbeider begynner å snakke om noe annet for å beskytte seg selv og sitt.
- Taushet. Ingen sier noe som helst. Det er en god leveregel å ikke tro at dette betyr aksept.
- Åpent opprør. Medarbeidere sier akkurat hva de mener og opptrer ofte på en uhøflig måte.

Kotter og Schlesinger (1976) beskriver 4 årsaker til at motstand oppstår og Andersen, Larsgaard og Optun (2003) har knyttet noen betraktninger til disse:

1. Egeninteresse. ”Jeg tror jeg vil miste noe verdifullt”. Mennesker har primært fokus på egne ønsker og behov og ikke nødvendigvis på organisasjonens behov. Man vil derfor prøve å overbevise andre om at organisasjonen ikke vil være tjent med endringen.
2. Misforståelser og mangel på tillit. Det er ikke uvanlig at det er liten tillit mellom ledere og medarbeidere. Dette bidrar til at misforståelser oppstår. Ledere må sørge for at medarbeidere forstår formålet og hensikten med samt konsekvenser av endring.
3. Ulike vurderinger av hva som er best for organisasjonen: Behov for lik informasjon. Ledere og medarbeiderne kan ha ulikt syn på hva som er best for organisasjonen. Dette er ofte basert på misforståelser fordi tilgjengelig informasjon ikke er kjent for begge parter. Det er således helt grunnleggende at parter som samarbeider har samme bakgrunnsinformasjon.
4. Lav toleranse for endring. Alle har begrensninger i forhold til å akseptere forandringer.

De vanligste responsene på endring blant leger er redsel for det ukjente og egen opplevelse av eller muligheten for å bli oppfattet som inkompetent av andre (LeTourneau (2004). Videre er frykten for at endring kan påvirke arbeidsmåten og derved effektiviteten, vanlig. Redsel for tap av kontroll og makt er også fremtredende ved endring blant leger.

3.2. Ledelse av kunnskapsarbeidere

3.2.1. Kunnskapsarbeid i sykehus kjennetegnes ved at arbeidet bygger på kunnskap om mennesker, utføres av mennesker og handler om å pleie forholdet til mennesker (Ekman 2003). Kunnskap er *kunnskapsarbeiderens* viktigste ressurs, brukes aktivt i utøvelse av yrket og er en viktig del av produktet (Ekman 2003). Kunnskapsarbeideren behersker ofte fagområdet bedre enn sjefen. Arbeidet utføres i fysisk avstand fra nærmeste leder under forhold der kunnskapsarbeideren har stor handlefrihet sammenlignet med ansatte i

vareproduksjonen. Måten arbeidet utøves på er derved vanskelig å kontrollere. Arbeidet er basert på at de ansatte gjennom det handlingsrommet kunnskap og faglig autonomi gir, i stor grad fatter egne beslutninger, bygger sin egen strategi og definerer egne mål uten å konferere med nærmeste leder (selvledelse). Kunnskapsarbeideren kan på den andre siden utsette oppgaver, kontrollere informasjonsflyt og prioritere et individ framfor et annet. Begge deler er viktige forutsetninger for utøvelse av makt.

Kunnskapsarbeidere sammenlignes i økende grad med såkalte ”gullsnippmedarbeiderne”. Gullsnippene stiller høye krav på egne vegne og er meget bevisst sin egenverdi samtidig som de faktisk utgjør bedriftens mest kritiske og verdifulle kapital- og produksjonsressurs. Økende individualisering i arbeidslivet bidrar til at unge og høyt utdannede arbeidstakere ser på seg selv som ”kontraktører”. De søker jobber som bidrar til at de får styrket sin egenkompetanse, får uttelling for personlige egenskaper, erfaringer og muligheter for å etablere nye nettverk (Colbjørnsen 2004).

Begrepet profesjon brukes ofte om spesielle kunnskapsintensive yrker og kjennetegnes ved lang formell utdanning og faglig autoritet anerkjent av andre. Den enkelte yrkesutøver velger egne mål og midler og autoriseres gjennom spesielle lisensordninger. Legene er et typisk eksempel på en profesjon. I tillegg til det som er nevnt over, forplikter legene seg til å prioritere pasientens behov framfor egne interesser og utsettes gjerne for intern kontroll av egne medlemmer gjennom profesjonstilpassede etiske retningslinjer (Kragh Jespersen 1996).

3.2.2. *Ledelse i kunnskapsbedrifter.* Ekman (2004) beskriver ledelse av kunnskapsmedarbeidere gjennom ”*Lederskapets fire hjørnesteiner*”; dvs. – gjengitt forkortet og med egen fortolkning - leders evne til:

1. Å bygge tillit gjennom deltakelse på uformelle arenaer, evne og vilje til å påvirke normutforming og ved behov å bryte uformelle normer ved å sette klare grenser for hva som er tillatt i organisasjonen.
2. Å lede læring ved å vise i ord og handling at læring er viktig og fortjener belønning. Det betyr å bidra til horisontal harmonisering gjennom stimulering til samtaler mellom organisatoriske enheter og ved å bygge gode rollemodeller gjennom positiv verdifokusering.
3. Formidle organisasjonens budskap gjennom tydelig informasjon og tanker om helheten.
4. Skape en god kultur ved selv ”å leve som man lærer”. I dette ligger å sørge for at budskapet på de formelle arenaer stemmer overens med budskapet på de uformelle arenaene. Leder må forstå hvilke normer som styrer organisasjonen og bidra til å sette grenser for uakseptabel atferd. Videre er det et lederansvar å løfte takhøyden slik at de som gjør feil ikke straffes, men lærer av sine feil samtidig som organisasjonens ”helter” belønnes for det de lærer bort.

Kalseth (2006) beskriver kunnskapsledelse som strategisk virkemiddel. Slik vi ser det, komplementerer modellene hverandre. Han sier som mange andre at de ansatte, i ”vår verden” alle helsearbeidere, er virksomhetens viktigste ressurs, og at måten de arbeider på, samhandler og tar beslutninger på, skiller den beste fra den mindre gode, og de som lykkes fra de som mislykkes.

Kunnskapsledelse handler om:

1. Å bli bedre ved å finne mer tjenlige måter å utføre arbeidet på, forbedre tjenesten vi yter og tilrettelegge tilbudet slik at det har i seg evnen til stadig forbedring.

2. Å bygge en kultur som passer med bedriftens aktuelle organisasjonsstruktur slik at den stimulerer til kontinuerlig læring, kunnskapsdeling, åpenhet og samarbeid som gir viktige synergier på tvers av tradisjonelle grenser. Kunnskapskulturens fundament er virksomhetens arbeidsprosesser.
3. Å formidle riktig informasjon til riktig tid. Frembringe ”skjult informasjon” som er lagret i menneskers hjerne og vise dette i handling ved å hente ut synergieffekter. I denne sammenheng er det viktig å gradere og sortere intern og ekstern informasjon (strategisk viktig), og spesielt skille ut det som kan oppfattes som ”kritisk” informasjon (viktig for den enkeltes arbeidssituasjon). Det er imidlertid viktig at informasjonen kvalitetssikres fordi det er i samspillet mellom informasjon, arbeidsprosesser og mennesker, at kunnskap skapes.
4. ”Å lære andre å lære” for å bidra til individuell og organisatorisk læring. Det er ikke nødvendigvis samsvar mellom disse læringsformene, snarere tvert i mot. ”Best practice” beskrives som en god måte å samordne dette på.
5. Å lære å møte fremtiden gjennom aktiv nettverksbygging der kompetente medarbeidere forbereder, forutsetter, påvirker og aktivt skaper muligheter og løsninger. Typiske kjennetegn ved kunnskapsbedrifter er møteplasser, arenaer og nettverk eller teamorientering. Gjennom slike arbeidsformer løses oppgaver som enkeltindivider tradisjonelt ikke mestrer.
6. Å mestre endring eller å identifisere nye og mer effektive måter å jobbe på. Da berøres etablerte oppfatninger om bedriftskulturen, hva som er god medarbeideratferd, hva som bør belønnes og hvordan belønning skal skje. Det er en viktig forutsetning å ta stilling til hva man ønsker å oppnå, vurdere konsekvensene av tiltakene og beslutte HVORDAN endringene skal innføres.
7. Kunnskapsledelse er ikke en teknologi, men teknologi er viktig fordi den er en forutsetning for å bygge kunnskap i dagens organisasjoner.
8. Kunnskapsledelse krever en ny ledelsesform. Toppledelsen må være engasjert og motivert og gå foran som forandringsagenter og kulturbærere. Svakheter oppdages og må løses. Det medfører endring og derved motstand. I slike prosesser er det spesielt viktig å ivareta fleksible og endringsdyktige medarbeidere. Evnen til å bruke formell kunnskap og egen erfaring i nye sammenhenger er viktig. Det betyr å ta medansvar for virksomhetens utvikling. Beslutningene tas der forandringene skjer. Det kan påvirke maktstrukturen ved at formelle posisjoner mister makt og status. Synlige og aksepterte belønningssystemer blir avgjørende.
9. Kunnskapsledelse kan tilrettelegges for alle virksomheter. Kunnskapsledelse er enkelt, men samtidig vanskelig fordi det ikke finnes en enkel måte å innføre konseptet på eller å lede på. Hver enkelt leder må bruke SIN spesielle tilnærming i samhandling med sin viktigste ressurs; de ansatte ”med all sin mot- og medvilje til forandring”.

Kunnskapsorganisasjoner trenger ledere med mot og nødvendig autoritet som ikke er autoritære. De må mestre balansegangen mellom det å lede fagfolk som på den ene siden har høyere kompetanse enn dem selv og som på den andre siden tillater at det skapes rom til og motivasjon for faglig kreativitet til organisasjonens beste (Grund 2006). Hillestad (2001) har vist at kunnskapsmedarbeidere ønsker ledere som er faglig kompetente, resultatfokuserte og opptatt av å gi feedback. Av andre hevdes det at kunnskapsmedarbeidere er vanskelige å lede og at de ønsker en litt tilbakeholden og passiv ledelse (Grund 2006). Ledere kan i liten grad benytte sanksjoner, og er derfor i stor grad avhengig av å lede på de ansattes premisser for å kunne fremstå som troverdige. Relasjonelle ferdigheter som gode kommunikasjonsevner og empati samt evne til å etablere gode mellommenneskelige forhold, er viktige egenskaper. Leder er inspirator og dirigent. Evner leder å delegerer makt og innflytelse, styrkes leders egen

autoritet og tillit i organisasjonen. Ledelse i kunnskapsbedrifter er en krevende balanseøvelse mellom vanskelige valg og hverdagslige dilemmaer. For å lykkes kreves en god porsjon klokskap, selvinnsikt og et knippe personlige egenskaper ispedd en passe porsjon ydmykhet.

Sykehus er typiske kunnskapsbedrifter der komplekse problemstillinger løses i en tverrfaglig- og tverrprofesjonell samhandling mellom meget kompetente faggrupper og spesialister med høy kompetanse. Leger, sykepleiere og fysioterapeuter er typiske eksempler på kunnskapsarbeidere i sykehus. Blant helsearbeidere er det like mange kunnskapsarbeidere utenfor de typiske profesjonene og disse stiller minst like store krav til lederskap som kolleger i profesjonene. Fagarbeidere i helsevesenet har kunnskap og kompetanse som sjefen mangler, og makten dette gir styrkes nærmest kontinuerlig gjennom kontakt med pasienter og pårørende som sjefen aldri ser. Helsearbeidere møter ofte mennesker i situasjoner som normalt avviker fra "normalen". Mangfoldet og uforutsigbarheten i slike situasjoner krever både fleksibilitet og kreativitet. Usikkerheten som kan oppstå i slike situasjoner håndteres ofte gjennom samtaler med andre ansatte og ved å sammenligne egne handlinger med andres.

3.2.3. Hvordan lede primadonnaer? Den virkelig store lederutfordringen i dag er å være god til å lede uten at det synes (Paludan 2002). "Betegnelsen "primadonna" assosieres ofte med noe negativt og brukes om personer som opptrer arrogant og selvforherligende" (Broch 2004). I lederskapslitteratur brukes begrepet mer og mer for å beskrive svært dyktige og selvbevisste medarbeiderne med spisskompetanse og innovasjonsevne. Det handler om de aller mest sentrale kunnskapsmedarbeiderne, de som er viktige for bedriftens verdiskapning og som er vanskelig å erstatte. Lars Goldsmith (2001) definerer primadonnaen som en kjernemedarbeider som ofte er mann, en person med stor kunnskap og faglig kompetanse, som har stor egenmotivasjon, som er antiautoritær og asosial. Primadonnaer er med sin fagkompetanse og engasjement således meget viktige personer for organisasjonene. De øker i antall og er mobile. Primadonnaer ser på ledere som et nødvendig onde. De motiveres gjennom personlig utvikling ved at de gjennom forankring i eget fag får lede seg selv og ved at det knyttes individuelle belønningssystemer til resultatoppnåelse. Primadonnaer fokuserer på egen karriereutvikling, egenprofilering og nyter den maktposisjonen egen kompetanse gir i arbeidet og i organisasjonen. Primadonnaer respekterer kun ledere som karakteriseres som faglig sideordnede. Formell autoritet aksepteres ikke, og trusler om negative sanksjoner virker mot sin hensikt. Faglig argumentasjon er det eneste som godtas, og fratrar derved ledere med annen fagbakgrunn muligheten for å etablere gode lederrelasjoner (Goldsmith 2001). Som leder står man derfor ikke sjelden overfor et dilemma der man både skal tilrettelegge for individuelle insentiver som underbygger motivasjon og kreativitet samtidig som behovet for styring, samhandling og rettferdighet skal ivaretas.

Paludan (2002) trekker frem 6 roller leder kan innta i et forsøk på å lede primadonnaer. Leder kan:

- Være den som yter omsorg for primadonnaen slik at hun/han har det bra og ikke arbeider for mye.
- Være agent for primadonnaen og tilrettelegge for utvikling av kompetanse.
- Være terapeut når primadonnaen er overarbeidet og har behov for en samtalepartner.
- Være "applaudøren" som gir ros og understøtter primadonnaens motivasjon og selvtillit.
- Innta morsrollen ved å lede indirekte og usynlig.
- Være rollebesetter. anbefales spesielt dersom flere primadonnaer skal arbeide i samme team.

Det er viktig å erkjenne at primadonnaer har sin kompetanse på et meget begrenset område, der de har sin personlige interesse for fagfeltet. Det er ikke en selvfølge at de er i stand til å opparbeide tilsvarende motivasjon og kompetanse på områder som er viktig for organisasjonen som helhet. Hvis en som leder er trygg på at nøkkelpersonen er ”kritisk viktig” for organisasjonen, bør dette målbæres ut i organisasjonen, men balanseres mot at man derved risikerer å rokke ved etablerte maktstrukturer i organisasjonen (Broch 2004).

Også primadonnaer er i noen grad avhengige av fellesskap og positiv omtale. Mange innser at de trenger andre for å utvikle og opprettholde sitt faglige fortrinn. Primadonnaer kan sågar bidra positivt inn i teamarbeid der målene er felles og klart lederdefinerte. Konflikter må fanges opp og løses effektivt. Når teamet først fungerer, bidrar sosiale mekanismer til å redusere primadonnaens negative sider og andre medarbeidere vil lettere få tilgang til primadonnaens spesialkompetanse.

Det er viktig med tydelig ledelse for primadonnaene; både fordi han/hun har behov for å bli ledet, men også fordi andre ansatte forventer at det gripes inn i situasjoner der samspillet ikke er optimalt. Dette krever ofte to strategier samtidig, dvs. at akseptabel atferd defineres og at det utvises forståelse for hva som er primadonnaens behov.

Primadonnaer bør håndteres som spesielle i stedet for vanskelige. Atferd som krenker andre ansatte, er uakseptabel. Også primadonnaer må akseptere at noen rutiner må følges for at organisasjonen skal fungere. Selv om slike grenser legges inn i organisasjonskulturen, ligger det i det ovennevnte at det er nødvendig med en aksept for at ikke alle ansatte i organisasjonen kan behandles likt. Dette er ikke bare vanskelig å akseptere for de ansatte. Det er i tillegg en grenseoppgang ledere må gå med seg selv!

Antallet primadonnaer er særlig høy blant yngre akademikere og forskere, og spesielt innenfor profesjonsstyrte organisasjoner. Konsentrasjon av primadonnaer i slike miljøer er naturlig fordi det implisitt i profesjonskulturen ligger forutsetninger for faglig adekvate beslutninger, selvledelse gjennom fagbasert autonomi, autoritet og den anerkjennelse faget gir profesjonsarbeidere. Utfordrende mål, gode forbilder og kollegial tilhørighet er sporen til ekstra innsats. Terskelen for opplevd krenkelse av egen person og egen faglighet er lav, og skaper ofte konflikt. Normer for akseptabel atferd og relevant konfliktintervensjon, er spesielt viktig i gruppesammenheng.

3.3 Organisasjonskultur i kunnskapsbedrifter

”Kunnskapsbedrifter har en kultur preget av profesjonslogikk, fagkultur og fagnormer. De ansatte har ofte liten tro på ledere, ønsker seg stor frihet og tror mer på egne evner enn å innordne seg etter byråkratiske rammer”. Jon Grund

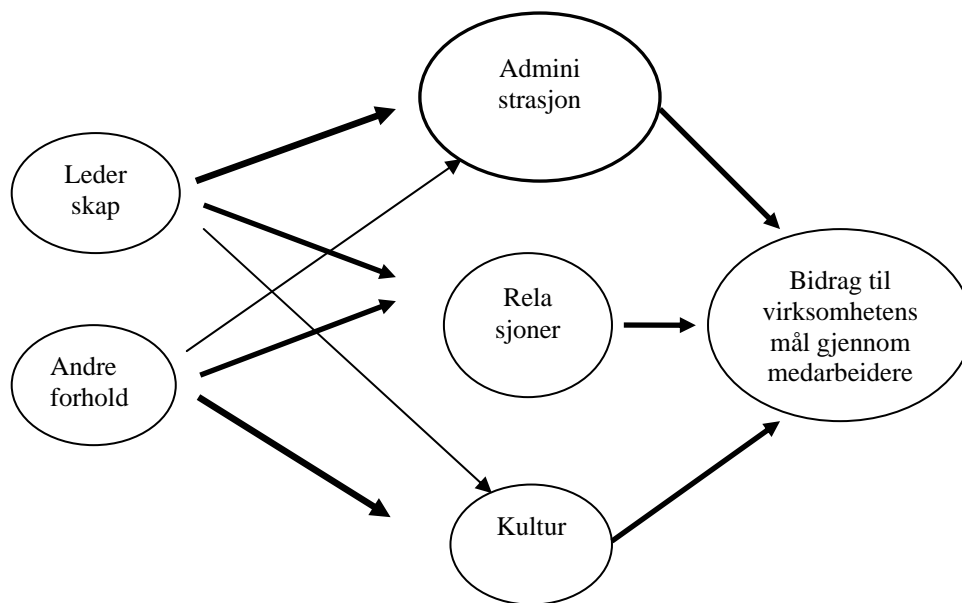
Organisasjonskultur er ”et sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene (Bang 2002). Sagt med litt andre ord; den måten folk føler, tenker og vurderer meninger på og hvordan de reagerer (Schein 1995). Kulturen er også organisasjonens fundament bygget på normer, verdier og på menneskers forestillinger om hvordan noe er eller bør være (Ekman 2004). Organisasjonskulturen deles ofte inn i *kulturinnhold* (kjerneelementer (verdier, normer, grunnleggende antagelser og virkelighetsoppfatninger)) og *kultur uttrykk* (*kulturbærere*). Kalseth (2006) betegner kulturen som måten ansatte samhandler på, våre medmenneskelige relasjoner, vårt verdigrunnlag og tiltakene som vi iverksetter (bevisst eller ubevisst) for at vi skal fungere godt i en faglig og/eller privat sammenheng.

Normene bidrar til å håndtere usikkerhet i hverdagen. De samordner handlinger og gjør samarbeidet mellom ansatte enklere. Normer kan være formaliserte (lover og virksomhetsplaner) eller uformelle (uskrevne, ”småprat”), konkrete (rutiner og direktiver), abstrakte (gir rom for tolkning) eller normative (beskriver hvordan noe er eller bør være). Siste års samfunnsendring med verdifragmentering, prioritering av personlige mål, hyppig jobbskifte og stadig flere organisasjoner som i økende grad blir avhengig av individer med spisskompetanse, stiller nye krav til ledere. Evnen til å engasjere seg i ”egne” ansatte, deres arbeid og deres individuelle behov, får stadig større betydning. Formell yrkessosialisering skjer dels gjennom direktiver og instruksjoner, dels uformelt gjennom normer eller verdsett det ikke snakkes om og som mer eller mindre bevisst føres videre mellom de ansatte. Det er denne uformelle sosialiseringen som kalles ”kulturen”, ”organisasjonens kjennetegn” eller det som ”sitter i veggene”. Småprat som formidles over kaffekoppen eller på vaktrommet, er lederskapets største utfordring. Det er der tillit til sjefen og mellom de ansatte bygges opp eller rives ned. Det er der relasjoner grunnlegges gjennom en dialog der hva som er rett eller galt, god eller uakseptabel atferd i organisasjonen, defineres.

”Autonominormen” er et kjennetegn for kunnskapsarbeid og utfordrer lederrollen spesielt. Er det mulig å lede kunnskapsarbeid når utstrakt handlefrihet er en viktig forutsetning for utøvelse av denne typen arbeid? Tillit og aktiv påvirkning i utforming av organisasjonens normer er viktige redskaper i utøvelse av ledelse. En del av tilliten kan være knyttet til sjefens bakgrunn. Gode fagkunnskaper er ofte en forutsetning for å vinne nødvendig tillit blant ”egne” ansatte. I uformelt prat og samhandling utøves sanksjoner mot medarbeidere som bryter ”etablerte og godkjente” normer; de normer og sanksjoner som påvirker leders handlingsrom.

Kollegialitet (kameratskap) er et sett med normer som regulerer hvordan personer uten formelt overordnet ansvar skal oppføre seg i en arbeidsgruppe (Ekman 2004). Uformelle ledere bygger tillit på kollegiets logikk og skaper og følger de uformelle normene. Formelle ledere må eksplisitt vise at de tar avstand fra uformelle normer; leve som de lærer og sette nødvendige grenser for den uformelle samtalen.

Administrativt, kulturelt og relasjonelt lederskap har stor innflytelse på medarbeidernes måloppnåelse. Alle tre synes å være like viktige. Ledere har ulik mulighet til å påvirke administrasjon, kultur og relasjoner. Påvirkningskraften er minst på organisasjonskulturen fordi kulturen på ulike måter har fått festet seg over tid (Figur 1).



Figur 1. En helhetlig modell for lederskap (Tom Colbjørnsen 2004).

Kunnskapsarbeid styres av store mengder skriftlig og muntlig informasjon som kan være vanskelig å forstå. Informasjonen tolkes og diskuteres. Oppfatningen blant de ansatte om hvordan pålegg og direktiver skal etterleves, samsvarer mer eller mindre med det som lå til grunn for utformingen. Det er den enkelte kunnskapsarbeiders eller profesjonsarbeiders oppfatning av problemet og "egne løsningsforslag" som styrer vedkommendes atferd. Det oppstår i beste fall konsensus som skaper presidens for atferd. Derved reduseres de ansattes usikkerhet og hverdagsdilemmaer. Hovedgrunnen til at diskusjonene oppstår, er at formelle beslutningene ofte tas av andre enn de som skal utføre dem.

Subkultur gjenkjennes i de fleste organisasjoner og defineres som *"En undergruppe av organisasjonens medlemmer som samhandler jevnlig med hverandre, som identifiserer seg selv som en distinkt gruppe i organisasjonen, som deler et sett av problemer som de fleste i gruppen er enige om er problematiske, og som rutinemessig handler på grunnlag av gruppens unike kollektive virkelighetsoppfatning"* (van Maanen og Barleys 1985).

Det er avgjørende å godta at subkulturer finnes, forstå samspillet og mulighetsrommet mellom grupperingene for å forstå organisasjonens samlede kultur. Uenighet mellom ulike subkulturer kan skape konflikter, men kan også bidra til utvikling av organisasjonen.

4. Drøfting

Vi vil først i drøftningen søke å identifisere de motstandsmekanismene som ble synlige i historien og knytte disse opp mot kunnskapsmedarbeideren og den organisasjonskulturen som preger sykehusene. Videre vil vi drøfte suksessfaktorer i endringsprosesser samt hvilke utfordringer vi som ledere møter i slike prosesser. Verktøyene for handlingsberedskap samles i en egen verktøykasse.

4.1 Identifisering av motstandsmekanismer

Utdrag fra historien:

Arbeidet med fremtidig organisering av senger har pågått over en periode på vel et år. Analyser av korridorbelegg viser et betydelig potensiale for bedre utnyttelse av sengekapasiteten ved å løsrive det desentrale eierskapet til sengene og derved øke sambruket.

En arbeidsgruppe med ledere fra 5 kliniske avdelinger så på: 1) prinsippene for tildeling av seng til pasienter i forhold til tildeling etter grenspesialitet versus tildeling etter ledig kapasitet og 2) eierskap til senger i forhold til grenspesialitet versus sentralisert eierskap. Gruppen konkluderte med at eierskapet til sengene burde ligge på avdelingsnivå (nivå 3) og at prinsippet for tildeling av senger burde følge eierskapet. Med andre ord en optimalisering av sengebruken innenfor "egen" avdeling. Arbeidsgruppens anbefaling ble tatt til etterretning av styringsgruppen i mars 2006.

Ansatte i moderne sykehus er enten høyt spesialiserte leger eller pleiepersonell. Sykehus fremstår derfor som et glimrende eksempel på en kunnskapsbedrift. Gjennom den autonome fagkunnskap gir, får "eier" ofte en uformell organisatorisk maktposisjon i sykehuset. Ved endringsprosesser som kan medføre tap av uformell makt ved at enheter legges ned eller reduseres i størrelse, utløses motstandsmekanismer som typisk medfører ekstra store lederutfordringer. Sykehusorganisasjoner er bygd opp rundt den medisinske spesialisering og den teknologiske utviklingen knyttet til dette (Kragh Jespersen 1999). Det har vært svært lite motstand mot denne utviklingen. Eierskapet til sykesenger er organisert opp mot den enkelte spesialitet og det knytter seg således prestisje og makt til dette eierskapet. I forslagene til reorganisering av senger i "vår historie" er det nettopp slike forhold det indirekte stilles spørsmål ved, og som nok er den umiddelbare årsaken til den store motstanden som oppstår blant flere av prosjektdeltakerne.

Gjennom søk i tilgjengelig litteratur har vi fått innsikt i motstandsmekanismer som oppstår ved endringer og vi mener at flere av disse kan identifiseres i vår historie. Scott & Jaffes teori (1998) om reaksjoner knyttet til tap, er svært relevant. Tap av trygghet, tap av kompetanse, tap av tilhøring og tap av territorium er åpenbare blant medlemmene i arbeidsgruppen. Diskusjoner om manglende forutsigbarhet for hvor man finner "egne" pasienter, det at man må lete etter pasientene og det at man (som lege) må forholde seg til "ukjente" pleieteam, er typiske eksempler på dette. Vi mener også at tap av territorium i form av færre senger eller ingen "egne" senger, er en uuttalt frykt og viktig faktor. Det var vel nettopp opplevelsen av tap av territorium og tap av makt lege og laboratoriesjef ved "Vejle og Give sykehus" i Danmark hadde i tankene da han sa at:

"Du er ikke overlege for det du "eier" av areal, men for det du har mellom ørene".

Lege og laboratoriesjef Ivan Brandslund, studiebesøk Vejle og Give sykehus

Med dette sitatet mener vi Brandslund er inne på noe vesentlig i forhold til den makten som tradisjonelt har vært knyttet til eierskap av senger i norske sykehus. Det er et paradoks at ansatte i kunnskapsbedrifter som sykehus knytter makt til senger eller areal i stedet for til den enkeltes kunnskap. Hadde makten i større grad vært knyttet til kunnskap og kompetanse, tror vi det hadde vært enklere å gi slipp på slike typer territorium.

Artikkelen "Managing physicians resistance to change" (LeTourneau 2004) understøtter Scott & Jaffes teori (1989) om at motstand bunnar i frykt for endringer som kan påvirke hvordan arbeidet gjennomføres og derved redsel for tap av kontroll og makt.

Egeninteresse er en annen vanlig årsak til at motstand oppstår (Kotter og Schlesinger 1976). Antakelsen om at "Jeg vil miste noe verdifullt" fører til handlinger der man prøver å overbevise andre om at endring ikke lønner seg for organisasjonen. Dette er nok også det indirekte budskapet i uttalelsen til Brandslund og som også gjenspeiles i vår historie.

Maurer (1996) diskuterer andre motstandsmekanismer i forbindelse med endringsprosesser, blant annet benektning eller uvilje mot å akseptere det faktiske behovet for endring i en gitt situasjon. Dette fenomenet synliggjøres i vår historie ved at arbeidsgruppen ønsker å videreføre dagens modell til tross for en grunnlagsdokumentasjon som meget tydelig utfordrer status quo. En annen mekanisme som gjenkjennes i historien er sabotasje i form av manglende individuelle leveranser fra arbeidsgruppens deltakere; leveranser som er grunnleggende for dokumentasjonen som skal ligge til grunn for beslutninger som skal fattes.

Utdrag fra historien:

Modell 3 og 4 ble sendt ut i organisasjonen til høring. Prosjektet anbefalte modell 4. Høringsinnspillene kunne grovt sett deles inn i 3 kategorier: 1) de som var mot endring og som ville opprettholde dagens modell for organisering av senger; i stor grad leger, 2) de som var positive til modell 4, men som ønsket en videre detaljering av denne modellen; først og fremst sykepleieledere og 3) de som var usikre; stort sett sykepleiere og andre profesjonsgrupper.

Høringsinnspill med ulikt innhold og stort engasjementet ble av prosjektet oppfattet som svært positive. Det kom likevel sarkastiske tilbakemeldinger der det ble stilt spørsmål ved medisinsk faglig kompetanse og tyngde i utredningsarbeidet og i forslaget til løsning. Av høringsinnspillene fremgikk det også at beslutningen som sykehusledelsen og avdelingssjefene (i stor grad de samme personene som avga høringssvaret) tidligere hadde tatt, ble oppfattet som en katastrofe.

Åpent opprør betyr at medarbeidere sier akkurat hva de mener. De er opprørte og meddeler seg ofte på en uhøflig måte. I høringsrunden ble dette synlig i form av sarkasme og mistillit til at det var lagt inn tilstrekkelig kompetanse og tyngde i utredningsarbeidet. Enkelte av høringsinnspillene kunne man på "godt norsk" kalle "et slag under beltet". Kotter og Schlesinger (1976) anfører at motstand kan oppstå på grunn av misforståelser og manglende tillit. Manglende tillit mellom ledere og medarbeidere i kunnskapsorganisasjoner er ikke uvanlig (Ekman 2004). Høringssvarene i "vår historie" viste dessuten at respondentene ikke hadde satt seg godt nok inn i prosjektdokumentene. I stedet for å innrømme dette, fremsto de som kritiske og uten kjennskap til viktige forutsetninger og detaljer. "Uansett hva det er, så er jeg imot!"

Det er vesentlig at alle deltakere i en prosess har samme informasjon (Kotter og Schlesinger 1976). Ulike vurderinger om hva som er organisasjonens beste kan i verste fall være et resultat av ulik tilgang til eller ulik forståelse av tilgjengelig informasjon. Det ble i løpet av prosjektet gitt både muntlig og skriftlig informasjon gjentatte ganger. Til tross for dette oppstod det Maurer (1996) kaller forvirring. De samme spørsmålene ble gjentatt gang etter gang. Det samme gjenspeilte seg i høringssvarene hvor andelen usikre og andelen som

etterspurte oppklaringer, var stor. Dette var ingen stor overraskelse. Informasjon og kommunikasjon er et velkjent utfordringsbilde for ledere.

En annen motstandsmekanisme er taushet; vanlig og svært tydelig i vår historie. Prosessen hadde strukket seg over lang tid. I lengre perioder hadde det vært svært stille og lite diskusjon av saken. Man undret seg over dette og lurte på om tausheten var et uttrykk for aksept eller et ”stille før stormen”. Og det var ”stille før stormen” for stormen - den kom i høringsrunden!

4.2 Kunnskapsmedarbeidere og organisasjonskulturen i vår historie

”Kunnskapsbedrifter har en kultur preget av profesjonslogikk, fagkultur og fagnormer”.

Grund 1999

Kragh Jespersen (1999) beskriver kjernen i det medisinske rasjonale som forklarer utgangspunktet for organisasjonskulturen i sykehus slik:

- Den medisinske utvikling følger sin egen logikk styrt av vitenskapens metoder og oppdagelser.
- De vitenskapelige fremskritt i form av nye behandlingsmetoder bør tas i bruk så raskt som mulig.
- Spesialiseringen må fortsatt utvikles for at legene kan mestre de nye behandlingsformer på et teknisk forsvarlig nivå.
- Legeetikken er en pliktetikk hvor hensynet til pasientenes behov for behandling står over alle andre hensyn.

I sykehusorganisasjoner utvikles også subkulturer eller profesjonskulturer som beskrevet under punkt 3.5 i oppgavens teoridel. Ulik atferd som følge av subkulturer synliggjøres i vår historie i grupperingen av høringsinnspill. Innspillene kan deles inn i 3 ulike kategorier fordelt på ulike profesjoner med forskjellige ønsker om endring. Som eksempel ønsker legeggruppen ingen eller kun minimal endring mens sykepleieledere er langt mer positive og ønsker en videre detaljering av forslagene.

Utdrag fra historien:

Gruppen konkluderte med at eierskapet til sengene burde ligge på avdelingsnivå (nivå 3) og at prinsippet for tildeling av senger burde følge eierskapet. Med andre ord en optimalisering av sengebruken innenfor ”egen” avdeling. Arbeidsgruppens anbefaling ble tatt til etterretning av styringsgruppen i mars 2006.

Arbeidsgruppens mandat var å vurdere og å løse opp det desentraliserte eierskapet til sykesengene i tillegg til å etablere sambruk av senger for å hindre at pasienter ble plassert på korridoren. Anbefalingen fra arbeidsgruppen svarte ikke på mandatet og det ble derfor ikke fattet noe vedtak. Bakgrunnen for anbefalingens innhold kan forklares ut fra organisasjonskulturens uformelle lederhierarki og tillatte atferd blant sentrale kunnskapsmedarbeidere. Deres ”egne” og individuelt tilpassede løsningsforslag synes styrende for atferden, ikke direktivet som sådan.

”De ansatte har ofte liten tro på ledere, ønsker seg stor frihet og tror mer på egne evner enn å innordne seg etter byråkratiske rammer”. Jon Grund

To kulturer møter hverandre; fagkulturen i det medisinske rasjonale som nevnt tidligere og den politiske og administrative kultur. Dette beskrives blant annet av Kragh Jespersen (1999).

Kjernen i det politiske og administrative rasjonale er:

- Den legefaglige utvikling på sykehus kan ikke tas for gitt, den må påvirkes og prioriteres i forhold til andre ønskede utviklinger i og utenfor helsesektoren.
- Nye behandlingsformer må prioriteres i forhold til cost og benefits.
- Ledelse, produktivitet og organisering på sykehus skiller seg prinsipielt ikke fra andre organisasjoner.
- Etikken her består av en nytteetikk. Innsats skal prioriteres etter ”cost-benefit” betraktninger.

Kulturkonflikten i historien viser at representanter fra den fagbaserte kulturen ønsket å beholde den etablerte organisering av sykehus som ledd i den medisinske faglige utvikling og struktur mens man fra det politiske og administrative ståsted ønsket å utnytte de samlede ressursene inklusive pasienten i ”kundeferspektiv”.

4.3. Hvordan lykkes i endringsarbeide med/mot sterke fagfolk?

”Relasjoner blir viktigere og viktigere i ledelse. Den største ressursen i en organisasjon sitter i menneskenes hoder, og i hjertet. Dette er drivkraften. En toppleder må kommunisere både til hodet og hjertet for å få folk med seg. Her tror jeg norske toppledere har mye å strekke seg etter”.

Dagfinn Høybråten, tidligere helseminister

Det er fortsatt ingen avklaring i vår historie. Dersom man tar utgangspunkt i analysene som forelå ved oppstart, er prosjektets mål tilsynelatende tydelig og med et forventet utfall. Likevel oppstod det underveis en så massiv motstand at det fortsatt ett år etter prosjektstart ikke er iverksatt noe tiltak. Hva var den *egentlige* årsaken til den voldsomme motstanden mot reorganisering av sengebruken? Var det noe med prosessen per se eller en kombinasjon av prosess og en ikke verbalisert frykt for resultatet av endringen blant medlemmene i arbeidsgruppen eller en blanding av begge deler?

Vi har identifisert en rekke motstandsmekanismer som delvis kan forklare utfallet og hvordan organisasjonens subkulturer kan understøtte disse. Kulturen er det som ”sitter i veggene” og avspeiler organisasjonens oppbygning. Den styrer de ansattes følelser, tanker, deres vurderinger og måten de reagerer på (Schein1995).

Hvilket ansvar og hvilke oppgaver har vi som ledere i sykehusavdelinger ved innføring av nye arbeidsmodeller? Hvordan kan vi forhindre at omkamper styrer og derved trenerer viktige prosesser? Hvordan kan vi på den ene siden arbeide langsiktig innad i organisasjonen for å gjøre avdelingen forberedt på og bedre i stand til å håndtere endring, og hvordan kan vi skaffe oss handlingsberedskap eller ”en verktøykasse” for håndtering av den motstand som oppstår underveis i en endringsprosess?

Vi benytter en kombinasjon av Ekman og Karlseths modeller med supplement fra annen teori for å fremskaffe redskaper til en verktøykasse for endringsledelse i sykehus. Skal ledelse i kunnskapsbedrifter bli et effektivt hjelpemiddel i hverdagen, er det viktig både med en akuttberedskap (en type verktøy), men også med en viss organisatorisk tilrettelegging (en annen type verktøy). Vi mener derfor at det er nødvendig å arbeide langs 2 akser; dvs. gjennom en langsiktig organisasjonstilpasset prosess og en mer kortsiktig, situasjonstilpasset handlingsrekke som skal resultere i en praktisk verktøykasse. Vi vil i det videre kun kort nevne den første delen, og vektlegge innholdet i verktøykassen sammen med viktige

ledelsesprinsipper. Der det er naturlig, trekkes historien inn for å belyse hvordan aktuelle verktøy kunne vært brukt.

4.3.1. Organisatorisk tilrettelegging og kulturbygging – hva har historien lært oss?

Den viktigste nøkkelen for å lykkes med organisasjonsutvikling er medarbeidernes involvering og forpliktelse.

Fritt etter Harvey og Brown

Langsiktig arbeid for å skape nødvendig tillit og legitimitet for utøvelse av ledelse, tilrettelegging av organisasjonskulturen og gjennom dette en arbeidsform og arbeidsarenaer som gjør organisasjonen i stand til å tåle kontinuerlig endring, er viktig. I dette ligger også nettverksbygging, tilrettelegging av møteplasser og teamorientering; forutsetninger for den arbeidsformen som etterspørres blant dagens kunnskapsmedarbeidere. At offentlig sektor, inklusive sykehusene har evne til omstilling, er nylig dokumentert i en artikkel i Tidsskriftet for Norsk Lægeforening (Kjekshus 2007). Moderne ledelses- og organisasjonsstrukturer er i ferd med å spre seg. Endringen har skjedd uavhengig av eierskapsreformen, og er mest åpenbar gjennom økt ansvarliggjøring på avdelingsnivå.

Endring betyr å våge å stille spørsmål ved eksisterende systemer og måten vi jobber på hver for oss og sammen. Når man gjør dette, stilles det samtidig spørsmål ved etablerte formelle og uformelle normer for atferd; det som sitter i ”veggene”. Det er derfor viktig å bestemme seg for hva man vil, vurdere konsekvensene av tiltakene, være åpen på og formidle så vel fordeler som ulemper og å lede veien selv. ”Å lære andre å lære bort” er et viktig prinsipp i forbindelse med endring. Det samme er evnen og viljen til å belønne ”enerne” uten å fremheve de som ikke lykkes, eller å bygge en organisasjon og kultur for (sam)arbeid der menneskelige relasjoner og handlinger belønnes til fellesskapets beste.

Til verktøykassen: Langsiktig organisasjonsutvikling og kulturbygging.

4.3.2. Handlingskompetanse gjennom aktiv ledelse og verktøykasse

Som ledere i dagens helsevesen, utsettes vi for et økende krysspress mellom eksterne og interne krav. På den ene siden skal sykehusene innstille seg på hyppige budsjettendringer, økende forventning i befolkningen om diagnostikk og behandling samt endring i politiske signaler, og på den andre siden legges til rette for utvikling av fag- og egenutvikling, kompetansebygging og derved god pasientbehandling sammen med høykompetente medarbeidere. Kunnskapsledelse som strategi betyr å bygge styrke innenfra ved å utvikle egne medarbeidere, bidra til utvikling av ny teknologi, å kontinuerlig forbedre interne rutiner og metoder og derigjennom møte eksterne krav på en gjennomtenkt måte. Dette betyr å finne mer tjenlige måter å jobbe på som ”har i seg” evnen til stadig forbedring. Det betyr også å gjøre noe med avdelingens kultur; det som sitter i veggene og som fremmer stadig læring, kompetansedeling, åpenhet og det å legge til rette for horisontal harmonisering (jfr. vår historie).

I vår historie dreier det seg om endringer for å imøtekomme eksterne forventninger. Korridorbelegg er en nasjonal kvalitetsindikator som følges med månedlige registreringer. Arbeidstilsynet har gjennom sin ”God vakt” kampanje kartlagt de ansattes frustrasjon over korridorbelegg og den merbelastningen dette gir. Pasienter og pårørende er misfornøyde med at de plasseres i korridoren. Alle er enige i at korridorbelegg er uakseptabelt. Kulturen derimot, bygger på en tradisjon om at senger følger fagområdene og eierskapet følgerlig tilligger disse.

Ledere i kunnskapsbedrifter er ofte dyktige fagpersoner som har gitt avkall på egen kompetanse for å drive ledelse og derved organisasjonen fremover sammen med andre. Skal ledere lykkes i å motivere, drive og skyve kompetente medarbeidere foran seg, er kulturbygging ved opptreden på uformelle arenaer der tillit bygges opp og rives ned, der normer skapes og endres og der uformelle ledere styrer utviklingen av grenser for hva som er lov i organisasjonen, viktig. Leder bør i tillegg til å sørge for formell informasjonsflyt, adekvate rutiner og metoder også delta og korrigere atferd på uformelle møteplasser der selvstendige og faglig autonome medarbeidere har sin hovedarena. Å vinne ansattes tillit eller ”å leve som man lærer” er en viktig forutsetning for å oppnå den autoritet og respekt som skal til for å drive kontinuerlig læring og endring.

Ledelse av primadonnaer gir spesielle utfordringer, men er en særdeles viktig oppgave. Skal man som leder beholde de beste, men også de spesielle (eller vanskelige) medarbeiderne, er det i følge Paludan (2002) på tide å endre lederstil. Det var en rekke primadonnaer (eller baroner) i ”vår historie”. Medlemmene i arbeidsgruppen er de tydeligste. De var alle ledere og fagpersoner. De opptrådte sammen som et team med ett felles, bevisst eller ubevisst mål; ingen forandring! Man kan godt si at de i fellesskap utnyttet sin maktposisjon ved sin utfordrende holding. De trenerte prosessen, overholdt ikke tidsfrister og ønsket i beste fall å opprettholde dagens sengeorganisering. Det er gode grunner til å tro at prosjektet gjennom en sterkere forankring (se under) kunne fått en raskere progresjon. Dette forutsetter imidlertid stor klokskap fra leder. Evne til å balansere mellom å korrigere atferd og å forstå deres angst for å tape makt. Å lede indirekte og individuelt uten at de som ledes forstår det gjennom verdibasert argumentasjon, anbefales. Leder skal være omsorgsperson, agent og terapeut, klagemur og mor. I vår verden en umulig oppgave, men likevel en tilnærming der enkeltelementer kan tilpasses når man først er oppmerksom på utfordringen primadonnaen representerer.

Til verktøykassen: Ha fokus på egen lederatferd.

4.3.3. Suksessfaktor – Forankring

Utviklingen i vår historie reiser spørsmål om prosjektet og derved arbeidsgruppens mandat var tilfredsstillende forankret i toppledelsen og hos respektive linjeledere. Prosjektforankring i toppledelsen er en forutsetning for at motstand ikke skal styre endringsprosesser. Leder må i tillegg ha tilstrekkelig legitimitet i organisasjonen til å drive prosessen mot målet. Selv om veien og midlene som benyttes for å komme til målet kan diskuteres, så er selve målet udiskutabelt. Massiv motstand og manglende legitimitet kan i verste fall føre til så stort autoritetstap at leder ”abdiserer” (blir passiv) eller opptrer som ”lip-service” (jatter med, men unnlater å gjøre noe) (Hennestad og Revang 2006). Forankring hos direktør (toppleder) og gjennomgående lederforankring i organisasjonen er nødvendig for å lykkes; eller som en av avdelingssjefene på Vejle sykehus så treffende svarte på dette spørsmålet: ”Når man inngår en avtale, blir denne avholdt”. Selv om prosjektets mandat har vært til høring hos arbeidsgruppens linjeledere og selv om det er vedtatt av styringsgruppen, var det ingen felles forståelse for mandatet. Årsaken til dette kan være ulike motstandsmekanismer hos arbeidsgruppemedlemmene eller det kan være manglende informasjon og kommunikasjon.

Til verktøykassen: Å sikre adekvat prosjektforankring og felles mandatforståelse.

4.3.4 Suksessfaktor – Informasjon, kommunikasjon og plan for oppfølging

Kalseth (2006) anfører at kunnskapsledelse handler om å formidle riktig informasjon til riktig tid og at det er viktig å skille ut det som er ”kritisk” informasjon. Kunnskapsarbeid styres av

store mengder skriftlig og muntlig informasjon som kan være vanskelig å forstå. Den kan tolkes og diskuteres. Informasjon og kommunikasjon er også en av utfordringene i vår historie. Det var utarbeidet en kommunikasjonsstrategi som ble fulgt, informasjonen ble gitt skriftlig og muntlig, på papir og elektronisk, i bilder og i tekst. Det å velge ut ”kritisk” informasjon slik Kalseth påpeker, tilpasse informasjon og kommunikasjon i forhold til de ulike grupper medarbeidere i riktig detaljeringsgrad, er en forutsetning for å lykkes. Historien viser til flere milepæler med vedtak rundt tema ”samarbeid om sengekapasitet”. Det var gjennomgående slik at vedtaket ikke ble tatt til følge, og de ble heller ikke iverksatt av linjelederne. Hvorfor var det slik? Kan det knyttes til informasjonsflyten omkring vedtakene? Forstod linjelederne hva som var deres oppgave? Sannsynligvis ville det vært hensiktsmessig om linjeledere på nivå 2 (styringsgruppens medlemmer med oversikt over hvilke tiltak som var vedtatt) hadde gjennomført samtaler med respektive ledere på nivå 3 for å sikre at ”bestillingen” var forstått og akseptert. I tillegg burde det vært utarbeidet en fremdriftsplan for å tydeliggjøre ansvar og tidsfrist for levering av forslag til tiltak.

Til verktøykassen: Sørg for adekvat informasjonsflyt og tydelig kommunikasjon.

4.3.5 Suksessfaktor - Medvirkning

I sykehus løses problemstillinger i en tverrfaglig og tverrprofesjonell samhandling. I vår historie er samhandlingsgruppen formelt satt sammen som en arbeidsgruppe. Det er et tankekors at kunnskapsmedarbeidere oftest ansettes med bakgrunn i sine faglige kvalifikasjoner, og ikke basert på vurdering av hvilke personlige egenskaper og derved kompetanse organisasjonen faktisk trenger (Albertsen, Goldschmidt og Holt Larsen 2005). Forfatterne anfører at det ikke uten videre er slik at kunnskapsmedarbeidere motiveres av tverrfaglig arbeid, og bruker personalgrupper i helseinstitusjoner som eksempler på kunnskapsmedarbeidere som ikke inspireres eller motiveres av oppgaver (eks. utredninger) som stjeler tid fra pasientrelaterte arbeid. I ettertid kan man stille spørsmål ved om arbeidsgruppens sammensetning burde vært annerledes. I gruppen satt utelukkende avdelingsledere og nesten bare fra en profesjon. Avdelingen/seksjonen er fortsatt klinikerens viktigste arena. Her utøves diagnostikk og behandling i tett samspill mellom pasienter, leger og pleiepersonell under forhold som ofte krever improvisasjon og beslutningsdyktighet. Slikt samspill lar seg ikke standardisere, er således unikt og gir en faglig frihet og maktposisjon som benyttes for å forsvare egen avdeling eksistens (berettigelse) og størrelse (Kragh Jespersen 1999). Motstand mot endring som truer egen posisjon er naturlig, og kommer til uttrykk på ulike måter slik beskrevet tidligere i denne oppgaven. En større tverrfaglighet med representasjon blant pleiepersonell, yngre leger og brukere (med korridor erfaring), vil etter vår mening ha gitt prosjektet større legitimitet. Bred involvering (”top-down” med et ”bottom-up” perspektiv (jfr. pasientfokusert redesign)) i kombinasjon med engasjerte medarbeidere som ønsker forbedringer til ”pasientens beste”, er viktige stikkord.

I praksis kan medvirkning skje på flere måter. Vi ønsker kort å presentere metoden ”Pasientfokusert redesign” som et eksempel. ”Pasientfokusert redesign” er et metodisk rammeverk for utviklingsarbeid som sikrer fokus på pasientkvalitet, fagkvalitet og effektivitet i helsetjenesten (Brendskag og Holm 2004).

Metoden har 4 definerte faser som skal gjennomgås i en bestemt rekkefølge:

- Oppstartsfase
- Kartlegging og analyse av ”nå-situasjonen”
- Kreativ fase hvor radikale forbedringer tilstrebes
- Utprøving, evaluering og implementeringsfase for nye prosesser

Metoden baserer seg på medvirkning fra ansatte og pasient eller bruker. Prosjektet er sterkt ledelsesforankret helt fra prosjektutvelgelsen skjer, gjennom prosjektperioden og til implementeringsfasen er avsluttet. Ved å inkludere alle arbeidstakere, skapes en større forståelse og man unngår en følelsen av at det formidles ”diktatoriske” løsninger. Uten en sterk og forpliktende ledelse med kunnskap om prosessene, klarer man ikke å håndtere ”baronene” (eller primadonnaene) som leder velfungerende søyler i virksomheten, men som heller ønsker en suboptimal funksjon i egen avdeling fremfor en optimalisering av prosesser som krysser avdelingsgrenser.

”Pasientfokusert redesign” stimulerer til radikal nytenkning. Metoden er enkel og lett å gjennomføre. Den kan utvides ved behov og ”overtas” av andre fagmiljøer. Tilbakemeldingen fra Ringerike Sykehus HF (jfr. besøk, Nasjonalt topplederprogram, uke 7) var full av lovord og har utvilsomt bidratt til en positiv kulturutvikling og lavere terskel for endring og omstilling basert på interne ressurser for utvikling av sykehuset.

Medvirkning kan også sikres gjennom prosjektarbeid slik som i vår historie der mange medarbeidere på ulikt nivå i organisasjonen kan involveres enten som medlem i styringsgruppen, prosjektgruppen eller arbeidsgruppen. Som nevnt over mener vi at arbeidsgruppens sammensetning ikke var optimal i forhold til oppgaven (se tidligere). ”Pasientfokusert redesign” kan være et nyttig hjelpemiddel i slike prosjekter, og har vært benyttet i flere andre deler av aktuelle prosjekt med gode resultater.

Alle sykehus er mer eller mindre opptatte av kvalitetsforbedring. Flere ulike tilnæringsmetoder kan benyttes. Under vårt studiebesøk ved Karolinska Institutet i Stockholm ble vi presentert for deres forbedringsmodell. Også her var det betydelig involvering av kunnskapsmedarbeiderne. I forbindelse med sammenslåingen av universitetssykehusene i Stockholm; Karolinska og Huddinge sykehus, ble Brunsson`s ”Neo-institutional decision theory” benyttet (stipendiat Soki Choi, 2007). Det er to rasjonaler for beslutning 1) det demokratiske rasjonalet som er basert på mye prat, ideologisk, demokratisk og problemorientert tenkning, men forbundet med mye frustrasjon og 2) ”action” rasjonalet” som betyr aktivitet, høyt tempo, en ideologi som er løsningsorientert, vel forankret og lystbetont. Modellene synliggjør at det er viktig med involvering og medvirkning, men det er også viktig at det er fremdrift i prosjekter og at det tas beslutninger fortløpende. Å velge modell og derved strategi er et lederansvar, men kunnskapsarbeidere bør gis anledning til og opplevelse av å bli hørt fordi deres medvirkning er viktig for sluttresultatet.

Til verktøykassen: Involver medarbeidere og led dem til å benytte riktig arbeidsmodell.

4.3.6 Suksessfaktor - Personlig lederutvikling og lederegenskaper

Kalseth (2006) betegner kunnskapsledelse som ”så enkelt, men samtidig så vanskelig” fordi det ikke finnes noen enkel oppskrift. Hver enkelt leder må følgelig bruke sin spesielle tilnærming i samhandling med sin viktigste ressurs; de ansatte ”med all sin mot- og medvilje til forandring”. Relasjonelle ferdigheter og gode kommunikasjonsevner er viktige egenskaper skriver Kalseth. Det er også det samme Dagfinn Høybråthen sier i sitt sitat. Mintzberg (1998) trekker også frem egenskaper som evne til å inspirere og stimulere for derigjennom å vinne aksept og tillit blant krevende, kompetente og kritiske medarbeidere. Dette stiller store krav til ledere. Det betyr at det å være leder ikke er venstrehandsarbeid etter kl. 16 et par dager i uken. Ledelse krever interesse og egenmotivasjon for og vilje til å få noe til sammen med andre, å

være den som koordinerer og tilrettelegger og likevel klarer å holde fokus på den aller viktigste ressursen, egne medarbeidere.

Til verktøykassen: Lær å "bli god gjennom andre".

4.3.7 Suksessfaktor - Akutt håndtering når motstand oppstår

Motstand må håndteres straks den oppstår. Den må identifisere og isoleres ved at målet fastholdes (Stacey 2003). Det er lett å bli selvsikker i møtet med motstand, så lett å tape målet av syne og i stedet stå opp for og "forsvare" saken. Forsøk å beholde roen, å slappe av og forbli lyttende og ta imot innspill. Minn møtedeltakerne om prosjektmandatet, målet og egen myndighet. Diskuter veien, men aldri målet.

Til verktøykassen: Diskuter veien til målet, men aldri selve målet! Vær løsningsorientert, men ikke konfliktsky.

5 KONKLUSJON – Vår reise - Hva har historien lært oss?

”Den som bare har en hammer som verktøy, har lett for å definere alle problemer som spikre som skal slås ned”.

Abraham Maslow

Vårt utgangspunkt for å skrive denne oppgaven var at vi alle tre driver endringsledelse i komplekse sykehusavdelinger. Vi har gode og mindre gode erfaringer i vår daglige ledelse av endringsprosesser, og stilte tidlig spørsmålet om hva det er som karakteriserer de prosessene der vi lykkes i motsetning til der ”noe” åpenbart går galt. Er det mulig å identifisere forskjellene og gjennom dette utvikle økt suksessrate i dette arbeidet? Det var vesentlig for oss å se på det spesielle ved endringsprosesser blant sterke fagfolk og å reflektere over om kulturen i kunnskapsorganisasjoner understøtter motstand mot endring.

Gjennom fordypning i et bredt utvalg av teoretiske modeller, men også praktiske og handlingsorienterte artikler, har vi tilegnet oss en økt forståelse for hva det innebærer å lede endringsprosesser blant sterke fagfolk. Det finnes ingen tryllestav i verktøykassen vår, men mye verdifullt utstyr som skal sikre økt handlingsberedskap. Disse verktøyene skal gi oss trygghet i hverdagens samhandling med kompetente medarbeidere, men skal også hjelpe oss til en større differensiering i måten å lede på. Vi har forstått at ledelse har mange fasetter, og at det skal en god porsjon klokskap til for å velge det verktøyet som passer best til de som til enhver tid skal ledes og utvikles. Leger og pleiepersonell, gullsnipper og primadonnaer, høylytte og lavmeldte; de krever oss alle på ulike måter. Vi har lært at/å:

- Motstand er et naturlig fenomen som opptrer hyppig i forbindelse med endringsprosesser.
- Det finnes ulike motstandsmekanismer, men de kan identifiseres og håndteres.
- Kunnskapsledelse krever en differensiert lederstil - Ha fokus på egen lederatferd!
- Investering i langsiktig organisasjonsutvikling og kulturbygging lønner seg – Det skaper tillit.
- Leder alltid må sørge for skikkelig prosjektforankring og felles mandatforståelse.
- Leder må sørge for adekvat informasjonsflyt, tydelig kommunikasjon og plan for oppfølging.
- Involvere medarbeidere og å lede dem til å benytte riktig arbeidsmodell.
- Ha fokus på å ”bli god gjennom andre”.
- Diskutere veien til målet, men aldri selve målet!
- Være løsningsorienterte, men ikke konfliktsky.

Jeg har funnet ut at jo hardere jeg arbeider, dess mer smiler lykken til meg.

Thomas Jefferson

6 Referanser

Andersen KH, Larsgaard H, Optun AA (2003): Motstand mot endringer i en kunnskapsbedrift. Prosjektoppgave i Arbeids- og organisasjonspsykologi, Universitet i Bergen.

Bang H (2002): Organisasjonskultur, 3. utg. Oslo:Tano.

Brendskag KA, Holm F (2004): Pasientfokusert Redesign – en metode for forbedringsarbeid ved Ringerike Sykehus HF.

Broch M (2004): Ledelse av primadonnaer. www.ukeavisen.no

Colbjørnsen T, Drake I, Haukedal W (2000). Lederutfordringen ved tusenårsskiftet. Presentasjon av AFFs lederundersøkelse. AFF Fagbulletin.

Colbjørnsen T (2004): Ledere og lederskap. AFF s lederundersøkelse. Oslo: Fagbokforlaget.

Ekman G (2004): Fra prat til resultat – om lederskap i hverdagen. Oslo: Abstrakt Forlag.

Goldschmidt, L (2001): Ledelse i Danmark anklage og forsvar. Jespersen J, Larsen B, Melander P, Nissen CS (red). Jurist- og Økonomforbundets forlag.

Grund, J (2006): Kunnskapsorganisasjoner – hva er ledelses- og styringsutfordringene? Magma; 2.

Haukedal W (2000): Ledelse og kunnskapsarbeid. Motivering av autonome medarbeidere. Einarsen s og Skogstad A (red). Det gode arbeidsmiljø; 55-77. Oslo: Fagboklaget.

Hennestad B, Revang BI, Strønen (2006): Endringsledelse og ledelsesendring. Oslo: Universitetsforlaget

Hillestad, T (2000): Kunsten å lede kunnskapsmedarbeidere. Magma; 3(2):83-95.

LeTorneau B (2004): Managing physician resistance to change. (Physician-Executive Relations) J of Healthcare Management.

Levwin K (1951): Field Theory in social science. New York: Harper Review.

Paludan, JP (2002): Kommentarer fra Fremtidsorientering. DJØF Bladet;2.

Kalseth K (2006): Kunnskapsledelse – strategisk virkemiddel til reell kunnskapskraft. Kunnskapsgartnerne AS.

Kjekshus LE (2007): Organisasjonsutvikling ved norske sykehus. Tidsskr Nor Lægefor;127:288-90.

Kotter JP, Schlesinger LA (1976): Choosing strategies for change. Harvard Business review:106-14.

Kragh Jespersen, P (1999): New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sykehusorganisasjonen. Bentsen EZ, Borum F,

Maurer R (1996): The Nature of Resistance; kap 2 og 5. Austin:Bard.

Mintzberg H (1998): Covert Leadership: Notes on Managing Professionals – Knowledge Workers Respond to Inspiration, not supervision. Harvard Business Review.

Nordhaug O (2002): Kunnskapsledelse, trender og utfordringer. Universitetsforlaget.

Schein EH (1985): Organizational culture and leadership. San Fransisco: Jossey-Bass Inc.

Scott C, Jaffe D (1989): Managing Organizational Change. Menlo Park: Crisp Publications.

Stacey, RD (2003): Strategic Management and Organizational Dynamics. The Nature of Strategy and Organizational Change; kap 1. Prentice Hall.

Skogsaas BP, Svendsen MV (2003): Endringsledelse i sykehus, en forutsetning for god pasientbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen;123:2462-4.

Yukl, G (2006): Leadership in Organizations”, utg. 6. Pearson-Prentice Hall.

van Maanen J, Barley SR (1984): Occupational communities: culture and control in organizations. <http://www.asc.amr.dk/kultur/side62.htm>

Forelesninger

Paul Hellandsvik, Nasjonalt topplederprogram 2007.

Torgeir Reve, Handelshøyskolen BI, foredrag Ringereike Sykehus HF 2003.