

Sensorveiledning HLED1201 (vår 2024)

Studentene ble bedt om å besvare enten alternativ A eller alternativ B. Begge alternativene består av tre oppgaver, som beskrevet under. Studentene fikk forklart at de skal besvare alle tre oppgavene, og at hver oppgave i utgangspunktet teller 1/3 av karakteren, men at den endelige karakteren vurderes med utgangspunkt i totalinntrykket.

Studentene får noe hjelp og begrepsavklaring i spørsmålstekstene. For eksempel er de tre fasene i oppgave B1 beskrevet med navn (skjønnsmedisin/kunstmedisin, regelmedisin og presisjonsmedisin), og i oppgave A3 er det nevnt at Fiedler sin lederteori omhandler tre faktorer/situasjoner. Dette er gjort for å unngå eventuelle misforståelser i forhold til hva oppgavene spør om, og eventuelle misforståelser i forhold til begrepsbruk.

Noen generelle kommentarer til vurderingen av eksamensbesvarelsene:

Gode besvarelser demonstrerer god innsikt i pensumet. Det viktigste er å besvare spørsmålene i oppgaveteksten. Det kan i noen tilfeller være positivt om studenter kan trekke inn andre bidrag eller deler av pensumet, slik som relevante begreper og konsepter (for eksempel «usynlig arbeid» som sykepleiere ofte utfører, eller begrepet «profesjonsbyråkrati», som brukes om organisasjoner i helsevesenet). Dette teller positivt dersom slike bidrag passer naturlig til besvarelsen, eller hvis studenten argumenterer for hvorfor det er relevant å trekke inn slike bidrag. Det forventes ikke at studentene *må* gjøre dette, men det kan som nevnt telle positivt dersom det er gjort på en naturlig måte, og som bidrar til å underbygge/styrke argumentene eller eksemplene. Det er for øvrig ikke positivt å trekke inn ulike deler av pensumet dersom dette oppleves som urelevant for å besvare oppgaveteksten.

Dersom studentene kun besvarer 1 av 3 oppgaver, så vil dette kunne medføre F. Det forventes at studenten bør kunne svare på mer enn 1 av 3 oppgaver, også i forhold til at studentene har to oppgavealternativer å velge mellom (alternativ A eller B).

Alternativ A:

Oppgave 1: Mintzberg har beskrevet ti ulike lederroller. Beskriv fem av disse rollene (du kan selv velge hvilke fem roller du vil beskrive). Drøft hvordan rollene er relevante for ledelse i helsevesenet.

Kommentar: Disse rollene er beskrevet i forelesning, samt i pensumbidraget til Tor Høst. Studenten fikk også mulighet til å skrive en valgfri semesteroppgave, der en av oppgavene omhandlet Mintzberg sine roller, samt relevansen av disse for ledelse i helsevesenet. De ti rollene kan deles inn i tre kategorier og kan inndeles slik:

- Informasjonsroller: informasjonssamler (overvåker), informasjonsspreder, talsmann (talsperson)
- Interpersonelle (mellommenneskelige roller): toppfigur (gallionsfigur), anfører (leder), forbindelsesledd (brobygger)
- Beslutningsroller: driftsherre (entreprenør), kriseløser, ressursfordeler, forhandler

Det viktigste er at studentene kan beskrive fem av disse rollene, samt gi eksempler på hvordan de er relevante i helsevesenet. Det er ok dersom studentene bruker andre betegnelser på rollene (f.eks. «informasjonsinnhenter» i stedet for «informasjonssamler»), så lenge de er i stand til å beskrive hva rollene omhandler.

Oppgave 2: Forklar begrepene makt og avmakt. Drøft hvordan disse begrepene kan være relevante i forholdet mellom ledere og ansatte i helsevesenet, og i forholdet mellom helsepersonell og pasienter.

Kommentar: Her er det naturlig å definere makt, slik Weber bruker begrepet («Få noen til å gjøre noe på tross av motstand»). Det vil også være relevant å nevne at Foucault mente at «makt er overalt». Det er naturlig å nevne skillet mellom formell (forankret i et system) og uformell makt. For uformell makt, så kan studentene for eksempel bruke begreper som «opinionsdannere» og vise til uskrevne normer mellom aktører. Det er også naturlig å nevne skillet mellom åpen og skjult makt (sistnevnte handler gjerne om manipulering, trusler eller holde tilbake informasjon). Det kan være nyttig å nevne legitimitet og Webers skille mellom tre former for autoritet (legal, tradisjonell, karismatisk). Det kan også være fint å nevne profesjonell autoritet, som nevnt i pensumboken til Jacobsen og Thorsvik. Det er mulig å nevne makt på ulike nivåer (mikro, meso og makro). For avmakt, så er det positivt å nevne de tre fasene (1. Forsøker å gjøre noe med situasjonen, 2. Det nytter ikke, får ikke gjennomslag, opplevd hjelpeløshet, 3. Gir opp og gjør som fortalt). Det er også naturlig å nevne de to typene avmakt: uungåelig og uønsket.

Det er ikke nødvendig for studenten å nevne alle disse punktene over, men det er positivt å nevne flere av disse. Dersom studentene trekker inn noen av disse punktene i forhold til diskusjonen (relevansen for forholdet mellom ledere og ansatte og for forholdet mellom helsepersonell og pasienter), så teller det positivt.

I forholdet mellom helsepersonell og pasienter vil det også være naturlig å nevne at pasienter har fått mer makt over tid (her er det relevant å nevne empowerment-begrepet).

Oppgave 3. Noen teorier faller inn under det vi kan kalle situasjonsbestemt ledelsesteori (eller situasjonsbestemt lederstil). Både Hersey og Blanchard sin teori (som tar utgangspunkt i

medarbeidernes "modenhet") og Fiedler sin lederteori (som tar utgangspunkt i tre ulike situasjoner eller faktorer) faller inn under betegnelsen situasjonsbestemt ledelsesteori. **Beskriv én av disse to teoriene, og forsøk å reflektere over hvordan den kan være relevant for ledelse i helsevesenet. (Hvis du ikke kommer på eksempler for helsevesenet, så kan du diskutere relevansen for ledelse generelt).**

Kommentar: Disse to teoriene er forklart i pensumboken til Jacobsen og Thorsvik. I forhold til Hersey og Blanchard, så er det mulig å skille mellom fire typer modenhet:

- Ikke kompetent, ikke villig (lav modenhet)
- Kompetent, ikke villig (middels modenhet)
- Ikke kompetent, villig (middels modenhet)
- Kompetent og villig (høy modenhet)

Det er forventet at studentene kan beskrive hva slags lederstil Hersey og Blanchard mener bør brukes i disse ulike situasjonene. For middels modenhet bør lederen generelt fokusere på en støttende/relasjonsorientert ledelsesstil, mens for lav og høy modenhet, så bør lederen fokusere på en oppgaveorientert ledelsesstil. For sistnevnte (høy modenhet), bør studentene presisere at teorien anbefaler en delegerende ledelsesstil. Det vil også være positivt å trekke vekslers på begreper som «profesjonsbyråkrati» eller profesjoners ønske om faglig autonomi, i forhold til dette siste punktet. Det er også forventet at studentene kan gjengi kritikk mot teorien (hvordan måle ansattes modenhet, modenhet kan endres, forutsetter svært fleksible ledere som kan tilpasse seg til hver enkelt ansatt sin modenhet).

For Fiedler sin lederteori, så består de tre faktorene av forholdet mellom leder og medarbeider, oppgavens struktur og (lederens) stillingsmakt. Her anbefaler Fiedler en oppgaveorientert ledelsesstil for henholdsvis gode situasjoner (høyt på de fleste av faktorene) og ugunstige situasjoner (lavt på samtlige faktorer). Ved middels og delvis ugunstige situasjoner, så anbefaler Fiedler en relasjonsorientert ledelsesstil.

Alternativ B:

Oppgave 1: Den medisinske utviklingen (og helsevesenet generelt) har endret seg over tid. Beskriv hva som kjennetegner de følgende tre fasene: skjønnsmedisin (også omtalt som «kunstmedisin»), regelmedisin og presisjonsmedisin.

Kommentar: Disse fasene er beskrevet i pensumbidraget til Ole T. Berg (Klinikkens driftsmodeller og helsetjenestemarkedene - en karakteristikk av utviklingen) og i forelesningen med tittelen «Historikk i helsevesenet». Pensumbidraget er noe tungt å lese, så fasene er

forsøkt beskrevet på en enkel og lettfattelig måte i forelesningen. Kort oppsummert, så omhandler de tre fasene følgende:

- Skjønnsmedisin («kunstmedisin»)
 - Lite kunnskap om sykdommer og behandlingsformer
 - Legenes kunnskap og erfaring var spesielt viktig
- Regelmedisin
 - Økt kunnskap om sykdommer og behandlingsformer
 - Denne økte kunnskapen gir flere retningslinjer for diagnostisering og behandling
- Presisjonsmedisin
 - Svært god kunnskap om sykdommer og behandlingsformer
 - Mulig å tilpasse behandlinger til hver enkelt pasient
 - Legenes kunnskap og erfaring er ikke like viktig som tidligere

Det vil også være positivt dersom studentene nevner at utviklingen mot regel- og presisjonsmedisin har medført svekket autoritet for leger, og gitt en styrket pasientrolle.

Oppgave 2: Målforskyvning innebærer at organisasjonens egentlige mål skyves til side til fordel for andre mål. Suboptimalisering, overdreven regelfokusering og overmåling er tre former for målforskyvning. Beskriv disse tre, og diskuter hvordan de kan være relevante i helsevesenet. Hvis du ikke kommer på eksempler for helsevesenet, så kan du forsøke å diskutere hvordan de kan være relevante for arbeidslivet generelt.

Kommentar: Målforskyvning er beskrevet i pensumboken til Jacobsen og Thorsvik (s. 59-61). Suboptimalisering innebærer at ansatte (eller deler av en organisasjon) jobber mot deres eget beste, i stedet for det som er best for organisasjonen. Suboptimalisering kan forsterkes som følge av arbeidsdeling/spesialisering. Overdreven regelfokusering blir gjerne omtalt som å gjøre «ting riktig», og det kommer noen ganger på bekostning å «gjøre det riktige» (studentene behøver ikke å bruke akkurat disse betegnelse). Overmåling innebærer at organisasjoner måler det som er lett å måle, fordi mye av arbeidet som utføres er vanskelig å måle objektivt (f.eks. er det vanskelig å måle «omsorg»).

Oppgave 3: Diskuter og gi eksempler på noen årsaker til motstand mot endringer. Forsøk å relatere diskusjonen til helsevesenet.

Kommentar: Pensumboken (Jacobsen og Thorsvik) beskriver ti forskjellige årsaker til motstand mot endring (fra s. 379 – 382). Disse er: frykt for det ukjente, brudd på psykologisk kontrakt, tap av identitet, symbolsk orden endres, maktforhold endres, krav om nyinvesteringer (ny kunnskap og kompetanse), dobbeltarbeid, sosiale bånd brytes, utsikter til personlig tap, eksterne aktører ønsker stabilitet). Gode besvarelser kan drøfte flere av disse årsakene til motstand opp mot eksempler fra helsevesenet. Det kan også være positivt å nevne at motstand mot endring ikke nødvendigvis må være noe negativt (som nevnt nederst på s. 378). Det er også mulig å trekke inn andre mulige årsaker til motstand mot endring fra andre deler av pensumet, dersom studenten argumenterer for hvorfor dette er relevant. Det er likevel forventet at studentene primært holder seg til pensumet. Det er mulig å trekke inn andre deler av pensumet knyttet til endring, men studentene bør da forklare hvorfor de har valgt å ta med dette. Det er for eksempel mulig å nevne Kurt Lewin sine tre faser (opptinningsfasen, endringsfasen, nedfrysningsfasen), og eksempelvis relatere dette til at den første fasen er viktig i forhold til å håndtere frykt for det ukjente. Det er også mulig å beskrive reaksjonsforløpet på endring, som beskrevet på s. 378 i pensumboken til Jacobsen og Thorsvik (de ulike fasene omtales som: sjokk, benektning, depresjon, motvillig aksept, utprøving, konsolideringsfasen, tilpasning).