

**"Den tredje vej ?"**  
**Generalister, fagprofessionelle eller hybridledere som fremtidens ledere i  
sygehuse ?**

**Peter Kragh Jespersen**  
**[peterkr@socsci.aau.dk](mailto:peterkr@socsci.aau.dk)**

**The 18<sup>th</sup> Scandinavian Academy of Management (NFF) meeting  
at Aarhus School of Business in Denmark  
on 18<sup>th</sup>-20<sup>th</sup> August 2005**

**Nøgleord: Sygehusledelse, fagprofessionelle, hybridledere, management**

**Adresse: Peter Kragh Jespersen Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning. Aalborg  
Universitet. Fibigerstræde 1, 9220, Aalborg Øst. Danmark**

## **Indledning:**

Spørgsmål om ledelse i fagprofessionelle organisationer som sygehuse, står på dagsordenen i kølvandet på New Public Management perioden i Danmark og i andre lande. Det skyldes bl.a. at generalistledere med ledelse som profession, der anbefales i NPM opskriften på ledelse, har haft svært ved at slå igennem og opnå legitimitet i forhold til de professionelle. Samtidig er det tydeligt, at den klassiske fagprofessionelle leder, der koncentrerede sig om faglig ledelse af drift, ikke længere udgør et tilstrækkeligt bud på de kvalifikationer, som kræves af ledere i fagprofessionelle organisationer, hvis ydre vilkår er ændrede, og hvor de professionelles rolle også har ændret sig. Der kan være behov for at udvikle en "tredje vej", hvor lederen har sit faglige fundament både i den professionelle verden og i den generelle ledelsesverden, og hvor ledelsesopgaven vil være at forbinde de to verdener og udvikle nye praksisformer præget af begge verdener. Det gælder især på det udførende ledelsesniveau, hvor lederen har direkte ledelsesansvar for professionelle med patientkontakt. I denne artikel vil jeg belyse baggrunden for den klassiske fagprofessionelle leders historiske dominans, NPM strategiens og ledelsesteoriernes bud på den generelle leder som erstatning. Artiklens centrale argument er, at der findes en tredje vej i form af *hybridledere*, som måske repræsenterer et mere konstruktivt (og effektivt) bud på udfordringerne til ledelse i nutidens professionelle organisationer. Hvis hybridledere er fremtidens ledere rejser det er række nye empiriske og teoretiske spørgsmål. Artiklen er skrevet med empirisk afsæt i danske forhold, men den grundlæggende argumentation antages at have gyldighed også for andre lande.

## **Ændringstendenser i det professionelle arbejdes organisering og de professionelles rolle**

I takt med de moderne samfunds udvikling påvirkes både professionernes position og det professionelle arbejdes indhold og organisering. Fra en situation, hvor professionelt arbejde ofte var organiseret i små private virksomheder med en enkelt eller nogle få professionelle, er den typiske professionelle i dag ansat i store (offentlige) fagbureaukratiske organisationer, men også det er ved at ændre sig. Små private virksomheder har slået sig sammen til store (fagbureaukratiske), der konkurrerer med de tilsvarende offentlige, og de praksisformer, der udvikles i ledelsen af professionelle, ligner i stigende grad hinanden på tværs af offentlig og privat sektor (Brock, Powell og Hinings, 1999). På globalt plan spores en omfattende omstrukturingsproces af det professionelle arbejdes organisering, de professionelles arbejde og følgelig også den måde, det professionelle arbejde kan ledes på (Broadbent, Dietrich og Roberts, 1997). Et antal forskellige

faktorer fører til denne restrukturering af professionelle serviceorganisationer. For der *første* en omfattende deregulering og konkurrenceudsættelse i en række lande, hvilket åbner for større konkurrence mellem professionelle serviceorganisationer samt afledt heraf også mere konkurrence indenfor den enkelte profession og mellem professioner. I Danmark har man således gennem lovgivning om frit sygehusvalg fra 1993 søgt at øge konkurrencen mellem sygehuse om patienter og senere skærpet konkurrencen mellem offentlige og private sygehuse ved fra 2002 at sikre patienter, der har ventet mere end to måneder på behandlinger, ret til gratis behandling på private sygehuse i Danmark eller i udlandet. I en række lande har ønsket om øget konkurrence ført til offentligt finansierede private selskabsdannelser som f.eks. Storbritanniens National Health Service "Trusts", Health Enterprises i New Zealand, Helseforetak i Norge og Sjukhusbolag i Sverige. Når konkurrencen slippes løs på et område, der hidtil har været reguleret via lovbestemte monopoler eller faste professionelle normer, sker der ofte opbrud i den interne arbejdsdeling mellem professionelle. Nogle specialer vil stå sig bedre under konkurrencevilkår end andre. Samtidig bliver arbejdsdelingen mellem professionerne udfordret og økonomiske kalkuler erstatter professionelle traditioner og historiske magtpositioner som afgørende kriterier for hvilke professioner, der skal trækkes på til et givet arbejde. For det *andet* ændrer den bio- og informationsteknologiske udvikling selve det professionelle arbejde og mulighederne for at kontrollere det. For eksempel gør mere skånsomme kirurgiske metoder det muligt at gennemføre operationer ambulant, hvilket åbner for nye konkurrenter til sygehuse. Almindelige prøver som blodtryksmålinger, diabetestest og graviditetstest kan nu købes i detailforretninger, og farmaceuter eller sygeplejersker kan administrere resultaterne. IT teknologiens udvikling spiller en afgørende rolle, fordi professionel viden nu hurtigt og ubesværet kan deles med mange andre, samarbejde mellem fysisk adskilte professionelle muliggøres og mulighederne for at registrere og kontrollere resultaterne af de professionelles arbejde forbedres drastisk. Den *tredje* tendens er globaliseringen af det professionelle arbejde, som viser sig i form af hurtig udveksling af viden, behandlingsmetoder og ny medicin men tillige i tendenser til globalisering af det egentlige sygehusarbejde især i forbindelse med planlagte operationer og genoptræning. Den samlede effekt af disse udviklingstendenser er en samtidig bevægelse på en række forskellige dimensioner (Middlehurst og Kennie, 1997), der tilsammen kan beskrive ændringerne i det professionelle arbejdes organisering og de professionelles roller:

| <b>Fra</b>                                          | <b>Til</b>                                                                 |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Klientefterspørgsel                                 | Udbyderkonkurrence                                                         |
| Mange enkeltstående udbydere                        | Begrænset antal store udbydere                                             |
| Orientering mod alle typer klienter                 | Orientering mod at opdage, afdække og tilfredsstille differentierede behov |
| Kortsigtet orientering mod klienter                 | Langsigtet ansvarlighed og orientering mod forskellige interessenter       |
| Den tekniske ekspertise bestemmer arbejdsdelingen   | Arbejdsdelingen bestemmes af kvalitet og service                           |
| De professionelle som anerkendte tekniske eksperter | De professionelle som tekniske rådgivere for virksomhedslederne            |
| Livslang ansættelse                                 | Intet job er sikkert                                                       |
| Et eller få ansættelsessteder                       | Mange steder og mange karriereveje                                         |
| Vægt på teknisk specialisering                      | Fleksibilitet og multispecialisering                                       |

Udviklingen går ikke lige stærkt i alle lande og påvirker ikke professionerne på samme måde. Men tendentielt bevæger det professionelle arbejdes organisering sig væk fra det klassiske fagbureaukrati med dets indbyggende kollegiale og konsensusorienterede arbejdsformer til organiseringsmåder, præget af læring og virksomheds- og entrepenurorientering, hvilket selvsagt vil kræve andre former for ledelse. Ledelse i det klassiske fagbureaukrati er præget af konsensusdannelse og forhandlingsprocesser mellem ledelse og professionelle (Kragh Jespersen, 1996). Denne ledelsesform anerkender implicit de professionelles forventninger om individuel autonomi og teknisk ekspertise samt deres orientering mod faget og klienternes behov. Men under de nye vilkår vil ledelsens karakter ændres. Der vil være behov for i højere grad end tidligere at udøve strategisk ledelse i forhold til de professionelle og herunder sikre effektiv produktion og ibrugtagen af nye tankegange og metoder. I modsat fald vil den professionelle serviceorganisation ikke kunne klare sig i en skærpet konkurrencesituation. Det peger på ledelsesopgaver i forbindelse med systematisk sikring og dokumentation af kvalitet og resultater i det professionelle arbejde. Desuden vil det være en ledelsesopgave at opdage og tilgodese nye behov, hvilket kræver virksomhedsudvikling og en ny form for klientorienteret ledelse, der ikke kan respektere de klassiske arbejdsformer og faglige arbejdsdelinger hos de professionelle. Endelig vil ledelsen være nødt til at orientere sig mod mange

flere interessenter end de professionelle og direkte servicemodtagere. Det kan være nye politiske forsamlinger eller ejere, netværkspartnere og konkurrenter. Bevægelsen vil gå i retning af flere interessenter med deraf følgende politisk kompleksitet i ledelsesopgaven. Endelig vil der fortsat være behov for at sikre en effektiv ledelse af den daglige drift og ressourcfordeling i overensstemmelse med organisatoriske målsætninger og i mindre grad med hensyntagen til professionelt defineret teknisk kvalitet.

Ledelse i konkurrenceudsatte professionelle organisationer vil på grund af afhængigheden af de professionelles engagement og deltagelse fortsat være præget af forhandling og konsensus, hvor tolkninger, rammefastlæggelse, signalgivning, vejledning, uformel netværksdannelse er centrale virkemidler. Alt sammen virkemidler der er i overensstemmelse med professionelle kerneværdier om autonomi og indflydelse. Men desuden vil der være behov for at anvende hårde ledelsesinstrumenter som f.eks. kvalitetsmålinger, resultatregistreringer og strukturændringer baseret på kundebehov og interessentkrav frem for teknisk specialisering. Den store udfordring for ledelserne er, om det lader sig gøre at forene de hårde virkemidler, der mere eller mindre afledes af de nye vilkår med de konsensusorienterede, der er knyttet til ledelse af professionelle i fagbureaukratiet. En særlig udfordring til ledelse i fagprofessionelle organisationer er dens distribuerede karakter, idet de professionelle og mellemlederne i højere grad end i andre organisationer står for væsentlige dele af planlægningen og udviklingen af det professionelle arbejde. Strategiske ledelsesbeslutninger kan derfor vanskeligt træffes alene i toppen af organisationerne. Det betyder, at ledelsen skal formå at engagere de professionelle og udnytte deres faglige motivation for at sikre organisationen under de nye vilkår.

Sammenfattende er de tider, hvor lederen i professionelle serviceorganisationer kunne nøjes med at "administrere" et relativt fast og veldefineret forhold mellem professionelle og en veldefineret klientgruppe gennem konsensusdannelse ved at være forbi. I stedet må der i stigende grad tages hensyn til konkurrencen om utro og bedre uddannede kundegrupper med, det professionelle arbejdes teknisk prægede specialisering og arbejdsdeling må udfordres, og resultaterne af det professionelle arbejde registreres, dokumenteres og offentliggøres og endelig må krav fra mange forskellige eksterne interessenter tilgodeses. Det kan imidlertid næppe ske uden om de professionelle, ikke mindst fordi mange af de strategiske beslutninger griber ind i selve det professionelle arbejde og dets organisering.

Disse udviklingstendenser er fælles for organisationer med professionel serviceproduktion, men i hvilken udstrækning slår de igennem i det moderne sygehus? I de nordiske lande er de professionelles arbejde og arbejdsdelingen mellem professionerne i sygehuse stadig i høj grad præget af teknisk specialisering og professionelle normer om forholdet til klienterne. Den lægefaglige specialisering udvikles fortsat og er stadig i vidt omfang afgørende for den måde, hvorpå arbejdsdelingen i og mellem sygehusene sker (Kragh Jespersen, 2005). De professionelle traditioner og værdier ændres ligeledes langsomt og ikke uden modstand (Kirkpatrick, Ackroyd og Walker, 2004). Derimod ser det ud til, at sygehusledelserne og de øverste lag i sygehusenes ledelseshierarki bliver mere orienteret mod konkurrence, dokumentation for kvalitet og service, ansvarlighed overfor politikerne/bestyrelserne, markedsføring og opdagelse af nye behov, som kan tilgodeses (Vrangbæk og Torjesen, 2005, Gammelsæther og Torjesen, 2005). I hvilken udstrækning, langsigtede og globale udviklingstendenser slår igennem i de nordiske landes sygehusvæsen, er naturligvis et empirisk spørgsmål, men i alle landene spores tendenser til ændringer, som følger det globale mønster og giver anledning til skift i de professionelles rolle og arbejdsorganisering og følgelig et pres på at ændre ledelsen. Ændringerne påvirker naturligvis især topledelsen men også ledere tæt på det udførende niveau, fordi ledelse i professionelle organisationer er distribueret i ret høj grad. I denne artikel er der, som allerede nævnt, fokus på ledere, der har direkte kontakt med de udførende professionelle, hvilket i praksis vil sige oversygeplejersker og ledende overlæger, der indgår i afdelingsledelser eller klinikledelser med daglige ledelsesopgaver for professionelle med patientkontakt.

Ændringer i ledelsesmodeller og ledelsesopgaver i professionelle serviceorganisationer som sygehuse sker sjældent som radikale skift over kort tid, men foregår i stedet typisk som gradvise opbrud med institutionaliserede ledelsesformer i sygehusfeltet (Scott mfl. 2000; Kitchner, 1999). Hvis vi derfor ønsker at forstå de ændringer, der nu foregår i ledelsesformerne, er kendskab til ledelsesformernes historie og udvikling hensigtsmæssig og nødvendig. I de følgende afsnit beskrives og analyseres udviklingen af ledelsesmodeller i Danmark fra den klassiske fagprofessionelle leder, til en NPM orienteret opskrift på entydig ledelse. Til sidst argumenteres der for, at fremtidens leder i sygehusene på det udførende niveau må være i stand til at forbinde den professionelle og den generelle ledelsesverden.

## **Fagprofessionelle som ledere i sygehuse**

Læger og sygeplejersker, besætter langt de fleste lederstillinger i sygehusene og det er Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd der mest aktivt har påvirket udviklingen af ledelsesmodellerne. I det følgende beskrives de to gruppers ledelsesstrategier, som baseres på deres historiske positioner i det danske sundhedsvæsen, og deres opfattelser af sig selv som professionelle.

Lægernes ledelsesstrategi i Danmark handler om at bevare og udvide en historisk opnået "ret" til at lede hele sundhedsområdet. Lægernes monopol på behandlingsarbejde suppleres med et ledelsesmonopol, idet hverken politikere, administratorer eller andre professioner stiller spørgsmål ved, at visitation, diagnostik og behandling skal ledes af læger. Men lægernes strategi indeholder også krav på tilsyns- og instruktionsret i forhold til øvrige professioner på sundhedsområdet, og de søger en position som ledende i forhold til øvrige sundhedsprofessionelle (Abbott,1988; Erichsen,1995). Deres opfattelse kan sammenfattes således: "Lægerne er de naturlige ledere i sygehusene. Hvis der kun skal være en leder på et område, skal det være en læge".

Sygeplejerskernes ledelsesstrategi handler om at sikre ledelsesretten på plejeområdet, og heri inkluderer de ledelsen af øvrige plejegrupper. I et langt historisk forløb har sygeplejerskerne, til dels i konflikt med lægerne, fået etableret en selvstændig ledessøjle fra top til bund i sygehusenes hierarki og har siden 80'erne søgt at udvide ledelsesområdet med et antal generelle ledelsesopgaver især personaleudvikling, økonomistyring samt forandrings- og udviklingsopgaver (Sognstrup, 2003)

Begge strategier indebærer, at sundhedsfaglige opgaver på det udførende niveau bør ledes af medlemmer af den relevante profession. I lægernes selvforståelse er det utænkeligt, at andre end læger kan lede lægers arbejde. Kun læger har tilstrækkelig indsigt i behandlingsarbejdet til at kunne træffe ledelsesbeslutninger, og lægernes bør have det sidste ord i relation til ledelse af de øvrige professioner, idet lægers beslutninger bestemmer de andre gruppers arbejde og udløser ressourceforbruget. Sygeplejen bør på samme måde i sygeplejerskernes selvforståelse ledes af sygeplejersker, men de ønsker desuden del i generelle ledelsesopgaver med deraf følgende udvidelse af deres traditionelle ledelsesområde. Her støder de sammen med lægerne, som ikke vil opgive positionen som ledende profession, og sygeplejerskerne har ikke opnået lægernes

anerkendelse af deres deltagelse i løsningen af generelle ledelsesopgaver. Set under ét har læger og sygeplejersker imidlertid i betydeligt omfang haft succes med deres ledelsesstrategier i forhold til sygehusledelse og afdelingsledelse i Danmark.

Frem til 80'erne har der været tre adskilte søjler involveret i ledelsen af sygehuse, hvor læger, sygeplejersker og administratorer har haft hvert sit ledelseshierarki. Regnskaber og budgetter samt bygninger og personaleadministration blev styret af administrationen med sygehusdirektøren som ansvarlig. Plejefunktionerne havde deres egen søjleledelse bestående af forstanderinde, oversygeplejersker samt afdelingssygeplejersker og førsteassistenter. Behandlingsarbejdet var ledet på en mindre hierarkisk måde og uden cheflæge, idet enhver overlæge ledede sin egen afdeling. Koordination mellem afdelinger skete på kollegial basis i overlægeråd, som var øverste faglige ledelsesorgan på lægesiden. Frem til 80'erne var ledelsen således domineret af fagprofessionelle ledere, som via beslutninger på behandlings- og plejesiden også styrede ressourceforbruget uden indblanding fra politikere eller generalistledere.

Denne ledelsesstruktur bliver ændret i 80'erne, hvor fagprofessionelle ledere ansvarliggøres i forhold til økonomistyringen på alle niveauer, og samtidig vinder generelle ledere indpas i sygehusledelsen. Den umiddelbare baggrund var en stigende offentlig kritik af lægernes ledelse af sygehusområdet (Vallgård, 1992). Imidlertid blev det en udvalgsbetænkning i kølvandet på den første danske offentlige moderniseringsbølge, der medførte en ændring af sygehusledelsens organisering på alle niveauer. Det såkaldte produktivitetsudvalg fra 1984 anbefalede, at man for at øge sygehusenes produktivitet ændrede ledelsesstrukturen, og gjorde fagprofessionelle ledere ansvarlige for økonomistyring, effektivitet og produktivitet gennem deres integration i sygehusledelse og afdelingsledelse (Indenrigsministeriet, 1984). Udvalget anbefalede dog at afprøve forskellige modeller, fordi ingen enkelt ledelsesmodel på forhånd kunne udpeges som overlegen.

Uden hensyn til udvalgets anbefaling af eksperimenter, blev sygehusledelserne i de følgende år overalt ændret til den såkaldte trojkamodel med tre sidestillede medlemmer: En generalist, en cheflæge og en chefsygeplejerske (Bentsen 2000). Der indførtes også fælles afdelingsledelser som de fleste steder kom til at bestå af en administrerende overlæge og en sidestillet oversygeplejerske, dog således at lægen havde ansvaret for behandlingen og med forskellige undtagelser i tilfælde af

uenighed eller hastende beslutninger. Det nye var især, at afdelingsledelserne fik det formelle ansvar for økonomistyringen og personalet, og at generalisten i sygehusledelsen fik del i ansvaret for lægefaglige og sygeplejefaglige anliggender.

80'erne illustrerer, hvordan NPM strategien allerede tidligt medfører opbrud i sygehusenes ledelsesmodeller. Den stærke vægt på økonomistyring og produktivitet var den drivende kraft i udviklingen, og de hidtidige professionsdominerede ledelsesmodeller bliver ændret. Men det sker bestemt ikke uden påvirkning fra de to professioner og deres medlemmer. De professionelles organisationer søgte og fik indflydelse på valget af ledelsesmodeller med udgangspunkt i deres grundlæggende ledelsesstrategier (Grønnegård Christensen, Pallesen og Dahl-Pedersen, 1997). Sygeplejerskerne opnåede en formel ligestilling med lægerne i afdelingsledelserne, hvilket var en væsentlig udvidelse af deres ledelsesområde. Og ganske vist blev lægernes dominerende position anfægtet både på sygehusniveau og afdelingsniveau, men de bevarede i praksis retten til at lede behandlingsarbejdet gennem deres evne til at blokere uønskede forslag lokalt. Det tog lang tid, inden fælles afdelingsledelser blev etableret, hvilket skyldtes en principiel konflikt om ansvaret for ledelsen af behandlingsarbejdet, hvor lægerne ikke kunne acceptere, at sygeplejersker skulle have del i ledelsesansvaret i forhold til behandlingsarbejdet. Først efter en langvarig konflikt i Fyns amt i 1987-88 lykkedes det at finde et kompromis, hvor lægen fik ansvaret for behandlingen, mens de to ledere i øvrigt blev formelt sidestillede. Kompromisset blev efterfølgende udbredt til de fleste øvrige amter i begyndelsen af 90'erne. Det betød, at begge professioner fik tilgodeset vigtige dele af deres grundlæggende ledelsesstrategi, samtidig med at amterne fik gjort de to professioner formelt ansvarlige for økonomistyringen.

80'erne illustrerer to forhold. For det første at den NPM inspirerede modernisering af den offentlige sektor ændrer rammerne for det professionelle arbejdes organisering og efterfølgende giver anledning til ændringer i ledelsen af professionelle. For det andet at professionerne stillet overfor sådanne ændringskrav agerer aktivt og bevidst med henblik på at få deres grundlæggende ledelsesstrategier tilgodeset. Det kan de gøre centralt gennem deltagelse i betækningsarbejde og offentlig debat, eller de kan gøre det lokalt ved at påvirke lokale tolkninger, der så efterfølgende søges udbredt til hele landet, som det skete i Fynskonflikten.

Inddragelsen af fagprofessionelle i ledelsen på de udførende niveauer havde til formål at sikre økonomisk ansvarlighed og øge produktiviteten, men trojkaledelse og fælles afdelingsledelse var egentlig ikke i overensstemmelse med NPM strategiens opfattelse af ledelse, og da lægerne heller aldrig rigtig accepterede tanken om fælles afdelingsledelse, der anfægtede lægernes position som dominerende profession, kom de fagprofessionelle kollektive ledelsesmodeller under pres.

Både den NPM strategiens opfattelse af ledelse og lægernes udtrykte ønske om selv at dominere ledelsen på afdelingsniveau har været medvirkende til, at Sygehuskommissionen i 1997 foreslog, at man på alle niveauer indførte et princip om entydig ledelse og dermed gjorde op med ideen om ledelseskollektiver med sidestillede ledere, i trojkamodel og fælles afdelingsledelse (Sundhedsministeriet, 1997). Denne gang undlod man ganske vist at specificere bestemte modeller og valgte i stedet at anbefale et overordnet princip om entydighed. I Danmark er der således ikke lovgivet om ledelsesmodellerne i modsætning til Norge og Sverige. Det har betydet, at tolkningen af det nye entydighedsprincip blev overladt til amterne og sygehusene, hvilket efterfølgende har ført til en større diversitet i ledelsesmodeller end tidligere.

I dag er trojkamodellen stadig almindelig på sygehusniveau, med direktøren som endelig ansvarlig for den samlede sygehusdrift og med en vis udvikling i retning af flere læger og sygeplejersker som sygehusdirektører. På niveauerne lige under sygehusniveau udvikles ledelsesmodellerne i retning af entydig ledelse i centre og funktionsbærende enheder. Den mest almindelige model er, at lægerne får det samlede ledelsesansvar, som på udvalgte områder kan delegeres til andre. Nogle få steder (bl.a. på Rigshospitalet) har man i stillingsopslagene til centerchefer angivet, at stillingerne kan søges af andre end personer med sundhedsfaglig baggrund, men det er stadig usædvanligt, at generalister deltager i ledelsen på disse niveauer (Jacobsen, 2004). Alternativt etableres souschefkonstruktioner, typisk med sygeplejersker som souschefer eller vicechefer.

På de fleste sygehuse er der fortsat fælles afdelingsledelser i forskellige udformninger otte år efter anbefalingen om indførelse af entydig ledelse (Kragh Jespersen, 2005). Nogle amter har mere eller mindre direkte fravalgt at følge sygehuskommissionens anbefalinger, herunder landets største amt (Århus Amt), men de fleste har valgt at videreføre de eksisterende modeller undertiden med nye bestemmelser om, hvem der har det sidste ord i tilfælde af uenighed i ledelsen.

Sammenfattende er billedet, at de fagprofessionelles indflydelse på udformningen af ledelsesmodellerne i den danske sygehusverden har været og fortsat er meget betydelig. På

sygehusniveau er de sundhedsfaglige professioner solidt inddraget i ledelsen, hvad enten de fungerer i en trojka, med en generalist som direktør og ansvarlig for den samlede sygehusledelse, eller de selv sidder på direktørposterne. På centerniveau og i de nye funktionsbærende enheder er der nogle få eksempler på generalister i chefstillinger, men ellers er det læger og nogle få sygeplejersker, der udgør den entydige ledelse. Går vi til de øvrige afdelinger udgøres ledelsen overalt af læger og sygeplejersker eller andre sundhedsfaglige grupper, mens der mig bekendt ikke er eksempler på generalistledere på dette niveau.

### **Generel ledelse i danske sygehuse**

Som empirisk fænomen er det altså begrænset, hvor omfattende indslaget af generalistledere er i danske sygehuse. I den ledelsesteoretiske debat i Danmark, har man imidlertid anbefalet generalistledere med ledelse som fag eller profession også i forhold til sygehuse. Johnsen og Hedegaard hævder allerede i 1974, at ledelse på sygehuse ikke principielt adskiller sig fra ledelse i andre organisationer og at professionelle ledere er at foretrække (Johnsen og Hedegaard, 1974). Sygehusdirektør Jeppesen argumenterer i 1997 for, at sygehusledelse ikke er forenelig med konsensustraditioner hos de professionelle, og at sygehusledelse derfor skal være en generalistfunktion for professionelt uddannede ledere (Jeppesen 1997). Klausen argumenterer for, at det er nødvendigt at gøre ledelse til en selvstændig profession udøvet af generelt uddannede ledere også på de udførende niveauer, hvis ledelse i sygehusvæsenet skal være andet og mere end faglig ledelse, (Klausen, 2001 og 2003). Lignende opfattelser er repræsenteret i to omfattende ledelsesantologier om sygehusledelse fra 1997 og 2003. (Hildebrandt og Schultz, 1997; Hildebrandt, Klausen og Friberg Nielsen, 2003). Sammenfattende er det dominerende synspunkt hos danske ledelsesteoretikere, at generalister er at foretrække frem for fagprofessionelle ledere eller i det mindste, at det er en forudsætning for god ledelse, at de tidligere fagprofessionelle opgiver deres tilhørsforhold til professionen og erstatter den med en ny slags ledelsesprofessionalisme. Ledere bør forlade deres profession for at kunne stå frit i forhold til egen faggruppe og derved have lettere ved at træffe upopulære beslutninger (Klausen, 2003). Overfor dette kan man spørge om det overhovedet er muligt reelt at forlade en profession, hvis vidensgrundlag man har tilegnet sig, hvis kultur man er socialiseret ind i, og hvis netværk man deltager i ? (Halford og Leonard 1999).

I den internationale litteratur om New Public Management (NPM) strategier er styrket generel ledelse som middel til øget kontrol med de professionelle et centralt led (Byrkjeflot, 1997; Ferlie m.fl 1996; Sehested, 2002 og 2003; Dent Chandler og Barry, 2004; Kirkpatrick, Ackroyd og Walker, 2004; Kragh Jespersen, 2005). I Danmark har styrket ledelse i form af bedre uddannede generelle ledere ligeledes været et hovedpunkt i Finansministeriets moderniseringsprogrammer for den offentlige sektor. NPM opskriften på styrkelse af ledelserne indeholder typisk følgende elementer: 1) Større kompetencer og ansvar til decentrale ledere, 2) Anvendelse af generalister, der er professionelle ledere, 3) Indførelse af entydig ledelse, 4) Vægt på lederen som udvikler og entreprenør og 5) Indførelse af incitamentssystemer, der belønner dokumenterede resultater. NPM opskriften på ledelse er generel og tager ikke højde for, at ledelse i professionelle serviceorganisationer er relativt distribueret og ikke samlet hos en enkelt person, ej heller for afhængigheden af de professionelles autonomi, deltagelse og engagement. Ikke desto mindre har NPM opskriften påvirket sygehussektoren.

I det danske sygehusfelt finder man især NPM argumenter i udvalgsarbejder fra 80'erne og 90'erne. Det gælder f.eks. i rapporten fra Udvalget vedrørende sygehusenes økonomi fra 1994, en række publikationer fra Finansministeriet og hos Sygehuskommissionen fra 1997 (Sundhedsministeriet 1994 og 97; Finansministeriet 1993 og 95). Hvor det tidligere blev betragtet som naturligt og funktionelt godt, at de professionelle var ledere inden for egne områder, er det modsatte synspunkt dominerende i 90'erne. I tilfælde, hvor fagprofessionelle ledere ikke kan undgås, anbefales det, at de tilegner sig kvalifikationer mht generel ledelse.

Sammenfattende etableres der enighed blandt ledelsesteoretikere og NPM strateger om det værdifulde i generalistledelse på danske sygehuse. Men det er påfaldende, hvor lidt der sondres mellem ledelse på sygehusniveau og ledelse på de udførende niveauer. Der er desuden en tydelig mangel på empirisk dokumentation og systematiske sammenligninger af forskellige ledelsesmodellers virkemåde og effekt, både når det gælder erfaringerne med trojkaledelse og fælles afdelingsledelse og erfaringer med fagprofessionel ledelse contra generel ledelse. Denne mangel på viden blev bl.a. bemærket af sygehuskommissionen 1997. Endelig er det påfaldende, at den empiriske udvikling i retning af generel entydig ledelse går langsomt især på det udførende niveau til trods for næsten ti års anbefalinger af princippet.

### **Forklaringer på de fagprofessionelle lederes stærke position**

Fagprofessionelle ledere dominerer altså fortsat ledelsen på de udførende niveauer i sygehusene, og der kan dermed konstateres en påfaldende forskel mellem ledelsesteoretikernes og NPM strategernes anbefalinger og den faktiske udvikling i Danmark. Derfor må man spørge, om ledelsesteoretikernes antagelser om generalisternes fortrin er forkert, eller om der kan være fordele forbundet med fagprofessionelle som ledere, der ikke er registreret eller anerkendt, hverken hos ledelsesteoretikere eller hos NPM strateger?

### **Ledelsesfremmedhed og modstand mod ændringer i magtpositioner som forklaringer**

Hidtil skismaet været søgt forklaret ved de professionelles fremmedhed overfor ledelse (Goldschmidt, 1997) eller uvidenhed, fagprofessionelt snæversyn og magtpolitiske forhold blandt professionelle (Klausen, 2003 s. 442). Man kan bestemt ikke afvise, at professionernes ledelsesstrategier er en del af forklaringen, idet ledelsen af eget arbejde og muligheden for via lederpositionerne at påvirke rammerne for medlemmernes arbejde er integrerede dele af professionernes bestræbelser på til stadighed at udvide og fastholde deres kontrol med et givet fagområde (Sognstrup, 2003 og Kragh Jespersen, 2005). Denne type forklaring understøttes af den måde, hvorpå det er lykkedes for sundhedsprofessionerne at påvirke dannelsen og fortolkningen af ledelsesmodeller i forhold til sygehusledelse og især afdelingsledelse.

Alligevel må man spørge, om ikke der er behov for supplerende alternative forklaringer?

### **Omstrukturering af professionelle serviceorganisationer som forklaring?**

Et alternativt udgangspunkt for forklaring på de fagprofessionelle lederes fortsatte eksistens kan være, at de udfordringer, som omstruktureringen af det moderne professionelle servicearbejde rejser for organiseringen af nutidens sygehuse udmærket kan tilgodeses gennem anvendelsen af fagprofessionelle ledere i kombination med generalister.

Den organisatoriske udvikling i det moderne sygehus i Danmark er for tiden præget af et betydeligt strukturelt og kulturelt opbrud. Det er så omfattende, at man måske har behov for en helt ny forståelse af sygehuset som organisation og dermed også af sygehusledelse (Borum, 2003 og 2005). Der etableres specialebårne funktionsbærende enheder på tværs af sygehuse, hidtil adskilte sygehuse sammenlægges til ét sygehus med "flere indgange", der etableres tvillingsygehuse med fælles ledelse og administrative centre på tværs af sygehuse, og der gennemføres samtidig en overordnet strukturreform med indførelse af regioner og nye politiske styringsmekanismer, alt

sammen i løbet af en ret kort periode. Hertil kommer omfattende ændringer i de økonomiske styringsmekanismer i retning af meget større vægt på takstbaseret styring (Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2005). Det kan føre til større konkurrence mellem afdelinger, sygehuse og regioner og fremme en omorganisering svarende til den, der er skitseret ovenfor i afsnittet om generelle ændringer i det professionelle servicearbejde. Danske sygehusledere oplever perioden som turbulent og giver udtryk for, at politiske signaler, ændrede prioriteringer og omverdensændringer spiller en større rolle i sygehusverdenen end deres kolleger i andre offentlige organisationer gør (Vrangbæk, 2003).

Alligevel ser det ud til, at fagprofessionelle ledere på sygehusniveau gennemgående er i stand til at deltage i og forestå disse meget betydelig ændringer på det strategiske niveau. De store omstruktureringer har ikke givet anledning til større konflikter i sygehusledelserne mellem fagprofessionelle og generalister. En forklaring kan være, at der er behov for en betydelig faglig viden i forbindelse med strategiske beslutninger, der f.eks. indebærer organisering og ledelse af funktionsbærende enheder eller centre på flere forskellige fysiske adresser. Etablering af netværkssamarbejder eller offentlige-private partnerships på tværs af eksisterende sygehuse kræver ligeledes faglig indsigt for at kunne vurdere konsekvenserne af nye organisationsformer. Omvendt er der også argumenter for, at øget konkurrence, krav om kvalitetssikring, dokumentation og markedsføring af de nye strukturer og kulturer på tværs af sygehuse kalder på generel ledelse, hvor det intime kendskab til sundhedsfaglige specialers drift ikke er afgørende. Blandingen af fagprofessionel viden og generel ledelsesviden er i dag tilstede i sygehusledelserne, og når de store ændringer i sygehusenes opbygning og virkemåde ikke har givet anledning til mærkbare konflikter, kan det skyldes, at ledelsesteamet i sygehusledelserne meget godt modsvarer udfordringerne udefra.

På det udførende niveau er ledelse af drift og faglig udvikling centralt, og omorganiseringen af det professionelle servicearbejde vil tendentielt indebære brud med faglig kontinuitet og traditionelle arbejdsorganiseringer. Kontinuitet præger fortsat den lokale daglige organisering af det professionelle arbejde (Vinge, 2003), men samtidig sker der betydelige faglige ændringer i det professionelle arbejde via specialiserede nationale og globale netværk (Ferlie og Fitzgerald, 2000). Deltagelse i disse netværk er sjældent formaliseret, men kan være afgørende for mange små og store ændringer på de udførende niveauer. Netværk fungerer i betydeligt omfang udenom ledelserne og på tværs af sygehusene som organisationer og medvirker til den distribuerede ledelse i sygehuse.

Ledelser på de udførende niveauer er afhængig af deltagelse i netværk, hvis de skal løfte den central opgave med faglig udvikling på tværs af sygehusematriklerne. Det kan være baggrunden for de fagprofessionelle leders omfattende deltagelse i faglige netværk, der ikke er tilgængelige for generalister (Lindén og Birk Madsen, 2002).

Men ledelse af daglig drift og faglig udvikling er ikke tilstrækkelig under de nye vilkår, idet drift og faglig udvikling foregår indenfor rammerne af den overordnede (globale) omstrukturering af det professionelle arbejde. Det er *også* nødvendigt at kunne begå sig i en verden, der stiller krav om indsigt i økonomistyring, personaleledelse/udvikling, kvalitetssikring og resultatdokumentation og optimering af drift mht brug af ressourcer og service overfor patienterne. Eller sagt på en anden måde, det er nødvendigt for afdelingsledere at have indsigt både i den fagprofessionelle verden for at kunne lede daglig drift og faglig udvikling *og* i den generelle ledelsesverden for at kunne agere i de nye rammer (Kragh Jespersen, 2005).

### **Hybridledelse som den tredje vej?**

Lad os nu antage, at det er rigtigt, at ledelse på de udførende niveauer i sygehuse på den ene side fortsat skal kunne håndtere faglig drift og udvikling med dertil hørende elementer af strategisk ledelse. Lad os videre antage, at de nye rammer for professionelle serviceorganisationer stiller krav om indsigt i generel ledelse og beherskelse af generelle ledelsesværktøjer. Med dette udgangspunkt bliver det relevant først at undersøge, om fagprofessionel ledelse og generel ledelse tilhører væsensforskellige ledelsessfærer, der ikke uden videre kan forenes.

Rob Flynn (Flynn, 1999) argumenterer for, at der er to væsensforskellige ledelsesverdener, som stiller forskelligartede krav til ledelse. Den *fagprofessionelle ledelsesverden* er præget af faglig viden og ekspertise som kilde til autoritet samt teknisk kompetence som et vigtigt mål. Kontrol baseres på tillid og selvjustits blandt fagfæller, og den primære orientering er at tilgodese professionel definerede patientbehov. Den *generelle ledelsesverden* er derimod præget af hierarki som kilde til autoritet og økonomisk effektivitet som mål. Kontrol sker via hierarkisk fastsatte regler og standarder, og den professionelle forventes at udvise loyalitet i forhold til organisationen og dens ledelse. Hvad der er god ledelse i den ene verden er ikke nødvendigvis godt i den anden, og hvis lederne skal kunne begå sig i den professionelle verden, er adgangsbilletten hertil en fagprofessionel uddannelse. Hvis lederne omvendt skal kunne begå sig i den generelle ledelsesverden, skal de have kvalifikationer indenfor generel ledelse og kunne anvende

økonomiske, personaleorienterede og kvalitetsmæssige ledelsesværktøjer. En lignende opfattelse af ledende overlægers arbejde kan findes i Katarina Östergren og Kerstin Sahlin-Anderssons undersøgelse fra 1998, hvor evnen til at håndtere adskilte verdener er en afgørende kvalifikation. I deres undersøgelse sondrer de mellem den fagligt professionelle verden, den generelle ledelsesverden og den politiske verden. (Sahlin-Andersson og Östergren, 1998).

Hvis Flynns antagelse er rigtig vil afdelingsledernes rolle rumme en tredobbelt udfordring:

- Afdelingsledere skal kunne agere i begge verdener.
- Afdelingsledere skal kunne forbinde de to verdener.
- Afdelingsledere skal kunne udnytte mulige synergier mellem de to verdener.

Hertil kommer, at der ikke kun er tale om en enkelt fagprofessionel verden. Hvis professionerne har væsensforskellige traditioner for ledelse, skal afdelingsledelse som ledelsessystem desuden kunne integrere flere forskellige fagprofessionelle verdener. Rollen som afdelingsleder rummer således store udfordringer mht integration af forskellige former for viden, men mere overset er måske mulighederne for udvikling af nye praksisformer, hvor fagprofessionel viden kobles med ledelsesmæssig viden. Heri kan ligge værdifulde elementer til udvikling af ny viden om ledelse i moderne professionelle serviceorganisationer.

Sue Llewellyn (Llewellyn, 2001) har på baggrund af et empirisk studium af clinical directors in National Health Service konkluderet, at de i praksis handler som *hybridledere*, der optræder i begge verdener, og at denne position er unik for de fagprofessionelle ledere. Generalistlederen har ikke den samme mulighed, fordi den faglige verden i praksis er et lukket land, hvorimod den generelle ledelsesverden er lettere tilgængelig også for fagprofessionelle. Det er netop denne unikke position som deltagere i begge verdener, der giver mulighed for at udvikle nye praksisformer på tværs af de to verdener. Hybridledernes fordele er, at de kan have lettere ved at opnå legitimitet for deres beslutninger blandt professionelle end generalistledere, og som tidligere nævnt er ledelse i professionelle organisationer diversificeret og afhængig af de ansattes engagement og deltagelse. Dermed kommer legitimiteten til at spille en særlig rolle i ledelse af professionelle organisationer.

Gammelsæther og Torjesen har i en analyse af topledelse i norske sygehuse efter foretaksreformen konkluderet, at toplederne nok tilpasser sig de nye rammebetingelser og søger at skille fag fra ledelse, men også at det ikke i praksis lader sig gøre, blandt andet fordi offentligheden og

patienterne samt de professionelle sætter grænser for hvor snævert den økonomiske logik kan følges, men også fordi generalistværktøjer ikke kan frembringe ændringer i den medicinske praksis. De rejser spørgsmålet, om ikke ansvaret for økonomi og faglig udvikling bør samles i en og samme person for at opnå et mindre konfliktfyldt forhold mellem forskellige forståelser af ledelsesopgaven (Gammelsæther og Torjesen, 2005). Deres artikel kan ses som en illustration af problemerne i forsøg på adskillelse af den generelle ledelsesverden fra den fagprofessionelle.

Sammenfattende er der i litteraturen om ledelse af professionelle serviceorganisationer argumenter for eksistensen af to adskilte ledelsesverdener med forskelligartede krav til ledelse, men der er også med hybridlederrollen et bud på hvordan de adskilte verdener måske kan forbindes. Adskillelse eller integration mellem forskellige ledelsesverdener kan være afgørende for sygehuse, fordi omstruktureringerne af det professionelle arbejdes organisering og de professionelles roller *både* forudsætter ændringer i daglig professionel praksis og ændringer i de rammer, hvori den udspilles.

Hybridlederrollen har med adgangen til begge verdener teoretisk muligheder for at fremme integrationen, men det forudsætter, at de selv opfatter sig som værende i en rolle som hybridledere, og at rollen anerkendes både af de professionelle og af topledelsen. I det følgende vil jeg med data fra en empirisk undersøgelse af ledende overlæger og oversygeplejersker vise, hvordan lederne og de ansatte professionelle opfatter afdelingslederrollen i danske sygehuse, og herunder om den faktisk har karakter af hybridledelse.

### **Identifikation af hybridlederroller i praksis**

Undersøgelsen omfatter i alt 17 afdelinger (medicinske, kirurgiske og kliniske serviceafdelinger) fra 3 forskellige sygehuse. Afdelingsledelsen består (bortset fra et enkelt tilfælde) af en administrerende overlæge og en oversygeplejerske, der i fællesskab har det samlede ledelsesmæssige ansvar for afdelingen. Afdelingerne er fulgt over en periode på 3 år og på grund af udskiftninger i ledelsen er der 23 læger og 18 sygeplejersker, der er interviewet. Data stammer fra interviews med afdelingsledere og ansatte professionelle, som blev interviewet i perioden 1999 til 2001. Undersøgelsen og dens resultater er beskrevet nærmere i bogen "Mellem Profession og Management" (Kragh Jespersen, 2005).

På spørgsmålet om hvilke ledelsesopgaver, de anså for de vigtigste, svarede de administrerende overlæger således: (Tallene angiver hvor mange gange hver enkelt opgave nævnes)

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| Faglig udvikling, evidens, klinisk udvikling               | 16 |
| Lede på tværs af specialer og faggrupper, organisere faget | 4  |
| Økonomi og "forene fag og økonomistyring"                  | 3  |
| Få tingene til at fungere/klaveret til at spille           | 2  |
| Servicere afdelinger og patienterne                        | 2  |
| Skabe kontinuitet                                          | 1  |
| Brandslukning                                              | 1  |
| Være bindeled mellem politikere og fagfolk                 | 1  |

De administrerende overlæger fokuserer markant på opgaver, der har med faglig udvikling og ledelse af specialer og faggrupper at gøre og først som den tredjevigtigste opgave nævnes økonomistyringen som en af de generelle ledelsesopgaver. De udadvendte opgaver i forhold til patienterne og politikerne spiller ikke nogen stor rolle.

Oversygeplejerskerne svarede således på det samme spørgsmål:

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| Faglig igangsætter, sikring af fagligt niveau, kvalitet og udvikling | 10 |
| Personalpleje, sikre godt miljø og samarbejde i plejegruppen         | 10 |
| Sikre løbende drift, få tingene til at køre, holde sammen på alt.    | 7  |
| Være katalysator, formidler, fremme ideer, være synlig               | 6  |
| Budgetstyring, Budgetplanlægning                                     | 6  |
| Sikre tværfagligt samarbejde internt og eksternt                     | 5  |
| Bruge mellemledere, afbalancere mellem helhed og specialer           | 4  |
| Sikre patientomsorg og forbedre patientforløb                        | 2  |
| Passer afdelingen ind i forhold til andre afd. og sygehusets mål     | 2  |

Oversygeplejerskerne også orienteret mod faglig udvikling og sikringen af det faglige niveau, men de arbejder med fagligheden via udvikling af arbejdsmiljøet og samarbejdet i plejegruppen, som prioriteres højt. Desuden er det vigtigt at holde sammen på hele afdelingen og få tingene til at køre. Personalepleje og sikring af et godt arbejdsmiljø er en vigtig generel ledelsesopgave som prioriteres højt af oversygeplejerskerne men et nøjere studium af besvareelserne afslører, at de hele tiden kæder denne opgave sammen med den faglige udvikling og kvaliteten i det faglige arbejde. Det er således ikke generelle personaleudviklingsværktøjer eller tankegange, der præger oversygeplejerskernes udtalelser. Budgetstyring og planlægning kommer ind på en delt fjerdeplads som den første af de generelle ledelsesopgaver. Også for oversygeplejerskerne spiller forholdet til patienter og eksterne interessenter en mindre rolle.

Ansatte læger og sygeplejersker på de samme afdelinger blev også interviewet (Gruppeinterviews med læger og sygeplejersker fra hver afdeling) og spurgt hvilke opgaver afdelingsledelserne prioriterer. Tallene i de følgende tabeller viser, hvor mange førsteprioriteter og øvrige prioriteter, der er på hvert område. Antagelsen bag tabellen er altså, at den rækkefølge, respondenterne vælger i svarene, afspejler deres opfattelser af ledernes prioriteringer i de tilfælde, hvor det ikke fremgår direkte af interviewet.

Lægerne svarer således:

| <b>Aktivitet</b>                             | <b>Første prioritet</b> | <b>Anden og lavere prioritet</b> |
|----------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Økonomi, regnskaber, økonomistyring:         | 9                       | 2                                |
| Faglig udvikling, planlægning, organisering: | 4                       | 4                                |
| Produktion                                   | 1                       | 4                                |
| Kvalitet                                     | 1                       | 1                                |
| Kommunikation, samarbejde og uddannelse:     |                         | 5                                |
| personalpleje og bemanning                   |                         | 1                                |

Og sygeplejerskernes tilsvarende svar fordeler sig således:

| <b>Aktivitet</b>                         | <b>Første prioritet</b> | <b>Anden og lavere prioritet</b> |
|------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Økonomi, budgetter, økonomistyring:      | 10                      | 3                                |
| Faglig udvikling, kvalitet, mål for afd. | 4                       | 0                                |
| Personaleudvikling, pleje, samarbejde    |                         | 5                                |
| Holde produktionen                       |                         | 2                                |
| Justere kapacitet, aktivitetsstyring     |                         | 3                                |
| Fordele opgaver, decentralisere          |                         | 3                                |
| Være ambassadør udadtil                  |                         | 1                                |

Det mest bemærkelsesværdige er den markante forskel mellem ledernes egne vurderinger og de ansatte professionelle. Begge grupper af ansatte vurderer, at ledelserne prioriterer budgetter og produktion højere end faglig udvikling, kvalitet og planlægning. Hvor ledelserne mener, at de vigtigste ledelsesopgaver tilhører den fagprofessionelle ledelsesverden, mener ansatte, at lederne faktisk prioriterer økonomistyring og produktivitetsfremme, der hører til den generelle ledelsesverden. Der er flere mulige tolkninger af disse svar. Måske afspejler ledernes svar mere deres forestillinger om, hvad de burde gøre, end det de faktisk gør, og de ansattes svar kan rumme en utilfredshed med budgetternes og økonomistyringens dominans og behøver ikke afspejle ledelsens faktiske prioriteringer. Ikke desto mindre er det tydeligt, at ledelsesopgaven på dette plan

både af lederne selv og de ansatte opleves som en blanding af aktiviteter, der enten tilhører den fagprofessionelle ledelsesverden eller den generelle ledelsesverden.

Det ser altså ud til at afdelingslederne med rimelighed kan beskrives som hybridledere, der både i egne og i de ansattes forestillinger skal agere såvel i den fagprofessionelle som i den generelle ledelsesverden. Men inden for hybridlederrollen er der variationer, alt efter hvilken af de to verdener, den enkelte leder vælger at orientere sig mod. I gruppen af administrerende overlæger er det muligt at identificere tre forskellige typer af hybridledere:

- *Klinikeren*, der næsten udelukkende optræder som klassisk fagprofessionel leder, der fokuserer på ledelse og udvikling af lægearbejdet. Klinikeren er selv aktiv i klinikken.
- *Formidleren*, der er aktiv i klinikken, men som samtidig engagerer sig i dele af den generelle ledelsesverden i form af økonomistyring, samarbejdet med andre faggrupper og sygehusledelsen. Denne type leder karakteriserer ofte opgaven som "at gå på to ben"
- *Generalistlederen*, der primært orienterer sig mod den generelle ledelsesverden og ikke er klinisk aktiv. De har ikke forladt den fagprofessionelle ledelsesverden og mener fortsat, at lederne skal have sundhedsfaglig (lægelig) baggrund. De prioriterer, udover økonomistyring og samarbejdet med andre professioner, samspillet med sygehusledelsen, politikerne og deltager aktivt i faglige og ledelsesmæssige netværk.

På sygeplejerskesiden har det tilsvarende været muligt at identificere følgende typer af hybridledere:

- *Driftslederen*, som fokuserer på den fagprofessionelle verden og den daglige drift i afdelingen i direkte og personlig kontakt med de professionelle. Er bindeled mellem den generelle ledelsesverden og den professionelle, men agerer ikke selv i den generelle verden.
- *Generalistlederen*, der svarer i orientering til den tilsvarende lægelige rolle, men som typisk har et bredere spektrum af ledelsesværktøjer i brug. Således engagerer den sygeplejefaglige generalistleder sig typisk både i økonomistyring, personaleledelse og udvikling af afdelingen som helhed.

De forskellige typer hybridledere viser, at lederne ud fra erfaringer som leder, personlige præferencer og uddannelse som leder i betydeligt omfang selv definerer, hvordan vægtningen skal være i hybridlederrollen. Den generelle ramme, som sættes af de formelle ledelsesmodeller i det

danske sygehusfelt, udfyldes ganske forskelligt lokalt, og måden, hvorpå den fagprofessionelle og den generelle ledelsesverden forbindes, varierer tilsvarende. Det ser ud til, at hybridlederne kombinerer den fagprofessionelle og den generelle ledelsesverden på en måde der ”passer til” kombinationen af egne præferencer, de ansattes forventninger, afdelingens behov og de forventninger, der udtrykkes fra sygehusledelsen og amtet. Jeg må derfor konkludere, at hver enkelt afdelingsledelse etablerer en bestemt type kobling (eller dekobling) mellem de to ledelsesverdener, som er tilpasset lokale forhold. Disse koblinger kunne næppe etableres, hvis ikke de havde muligheden for via deres fagprofessionelle uddannelse at sammenbinde de to verdener.

### **Betydningen af hybridledernes ledelsespraksis**

Der er ingen garanti for, at hybridledere i deres ledelsespraksis formår at sammenkoble de to ledelsesverdener, men jeg skal med to eksempler vise, at det forekommer. Det første er et eksempel på, hvordan afdelingsledere formulerer deres interne ledelsespraksis i balancen mellem de professionelle og den politisk/administrative ledelse. Det andet vedrører den måde, hvorpå afdelingsledere er med til at transformere kontraktstyring som styringsinstrument.

Det første eksempel er fra en stor kirurgisk afdeling, hvor oversygeplejersken formulerer sine ledelsesopgaver således:

*”Det er vigtigt at have med personaledelen at gøre, der er der, ledelse udøves, det udøves der hvor jeg kan spille ping-pong med mine mellemledere, og der hvor jeg har den direkte kontakt til de ansatte. Jeg har fundet ud af, at det er meget vigtigt, at de ser mig, og at jeg er tilgængelig... Det er ikke sådan, at vi har bygget det op i søjler, hvor den administrerende overlæge kan tage sig af det med lægerne, og så kan sekretærerne få lov til at flyde lidt, og så kan jeg tage mig af plejegruppen. Den standstænkning, den prøver jeg at gøre meget op med. Jeg opfatter mig selv som leder...Jeg synes det er vigtigt for mig, at få ind i organisationen, hvad det er politikerne vil have os til lige nu. Jeg bruger megen energi på at sige, at politikerne har fastsat nogle servicemål, og det er vi altså nødt til at tage ind og tolke det, så det passer og bruge det i vores afdelings på en hensigtsmæssig måde”*

Den ledende læge på samme afdeling udtrykker sig således:

*”Jeg synes det er sjovt at arbejde med organisation i en afdeling specielt at organisere eller omorganisere en afdeling. Det synes jeg er sjovt, men jeg vil heller ikke afgive det at*

*have patientkontakt...det er altså en meget faglig verden vi lever i, og hvis den administrerende overlæge skal have rimelig gennemslagskraft især i forhold til lægegruppen, så har man altså ikke den, hvis man trækker sig helt væk fra det faglige... men også det. at man selv er tæt på den faglig hverdag og patientforløb, det gør, at man bedre kan se, om vi skal ændre nogle ting.....Jeg har ikke noget imod, at der er nogen der stiller nogle krav, for vi kan altså ikke se det hele her – langt fra. Der er altså nogle, der har gode synspunkter, som sidder lidt på afstand. Men jeg har noget imod, at det er specificeret og urokkeligt, og det er så den bedste model hvorpå det krav kan opfyldes. Så får man følelsen af, at det bliver proppet ned. Vi vil gerne have nogle krav, men også medindflydelse på hvordan de defineres og opfyldes”*

Begge ledere er i deres beskrivelser og opfattelser opmærksomme på betydningen af krav fra politikerne og de ledende embedsmænd og ser det som en opgave at formidle eksterne krav til resten af de ansatte. Men de nøjes ikke med at være rene formidlere. De bidrager til transformationer og tilpasninger ” Så det passer og kan bruges hensigtsmæssigt” eller så der opnås ”medindflydelse på hvordan krav defineres og opfyldes”. Herved udfylder de en skabende rolle, hvor der kan opstå synergi mellem de to adskilte verdener som i dette tilfælde, hvor begge ledere tilsyneladende bestræber sig på at skabe et positivt samspil.

Det næste eksempel vedrører den kontraktstyring som sygehusene var part i. Selve kontrakten blev indgået mellem sygehusledelserne og amtets politiske sundhedsudvalg, men den smittede af på forholdet mellem sygehusledelse og afdelingsledelse og gav anledning til ændringer i dialogen mellem de to niveauer.

Via kontraktstyringen bliver der skabt et nyt forum for organiseret dialog mellem afdelinger og sygehusledelser. I dette nye forum møder sygehus- og afdelingsledelse og afstemmer forventningerne til næste års økonomiske ramme og den tilhørende produktion. Den økonomiske ramme repræsenterer ydre krav om effektivisering og dermed den generelle ledelsesverden. Men fastlæggelse af den tilhørende produktion kræver indsigt i de faglige forhold og i den fagprofessionelle ledelsesverden. Det ser ud til at både sygehusledere og afdelingsledere forbinder de to verdener ved igennem års budgetpraksis at udvikle et begreb om ”den realistiske kontrakt”. Det kommer frem i disse udtalelser:

*”Det vigtigste er at der er harmoni i den kontrakt. At de krav de stiller til os mht ydelser også bliver honoreret rent ressourcemæssigt”.*

*”Når man indgår en kontrakt er det vigtigt at alle bliver taget i ed omkring den...Når der bliver lavet en kontrakt, er det vigtigt, at den er realistisk. Så man har mulighed for at opfylde kontrakten”*

*”Kontraktstyringen er udmærket så længe den er realistisk...Det der med at der automatisk bliver lagt nogle pct til hvert år... til sidst kører tallene fra hinanden ikke? Det er jo ikke særlig realistisk, og det kan man ikke styre efter vel ?*

Hvis kontrakten eller budgetaftalen bedømmes som realistisk, ser det ud til at parterne efterfølgende arbejder aktivt for at realisere kontraktens mål, og at de *bruger* fænomenet den realistiske kontrakt som et blandt flere til at overbevise de fagprofessionelle om at kontrakten er god nok. Omvendt indebærer betegnelsen *”urealistisk”*, at lederne finder det svært at arbejde for kontrakten og overbevise de professionelle om at kontraktens mål kan realiseres. Der kan tænkes flere mulige forklaringer på realismefænomenet og dets betydning, men det er sandsynligt, at lederne i forhandlingerne trækker på deres viden om faglige metoder og personalets kapacitet og motivation, når de vurderer om et kontrakt er realistisk eller ej. En generalistleder vil næppe præcist kunne vurdere de faglige muligheder og begrænsninger med deraf følgende risiko for at ramme ved siden af og acceptere kontrakter, der enten er alt for lette at opfylde, eller alt for svære. Gennem konstruktionen af *”den realistiske kontrakt”* sker der en kobling af de to ledelsesverdener, som i dette tilfælde har den konkrete funktion, at det letter implementeringen af kontraktstyringen. Det omvendte gælder naturligvis, hvis kontrakten bliver bedømt som urealistisk.

Sammenfattende ser det ud til at hybridledere i nogle tilfælde gennem deres ledelsespraksis forbinder de to ledelsesverdener og opnår synergi gennem den måde de sammenkobler dem på.

### **Afslutning og perspektivering**

I dette paper har jeg for det første sat fokus på ledelse i sygehuse på det udførende niveau, hvor størstedelen af lederne i sygehusene befinder sig. På dette niveau har traditionen været, at fagligt dygtige professionelle blev udvalgt til at være ledere, hvis opgave primært var at sørge for den

daglige drift. Dette er imidlertid ikke længere tilstrækkeligt, idet der i stigende grad stilles krav om indsigt i økonomiske og personalemæssig styring samt evne til at forhandle og kommunikere i en hurtigt foranderlig verden, hvor afdelingens udvikling også skal sikres. Det kræver generel ledelsesindsigt og mange ledelsesteoretikere har derfor anbefalet, at de fagprofessionelle ledere skiftes ud med nye, der har ledelse som profession. Mit ærinde har været at stille spørgsmålstejn ved denne konklusion og i stedet pege på muligheden for at gå en tredje vej. Den tredje vej er at udvikle hybridledere, der har indsigt i såvel den fagprofessionelle ledelsesverden som den generelle ledelsesverden. Argumentet for dette er primært, at fagprofessionelle har lettere ved at forbinde de to verdener end generalisten har. Dernæst har jeg empirisk påvist, at afdelingsledere i danske sygehuse beskriver deres egne prioriteringer og ledelsesroller i overensstemmelse med hybridlederrollen, men at der også er store variationer i den vægt, de to ledelsesverdener spiller. Endelig har jeg med nogle få eksempler antydnet, hvordan hybridledernes ledelsespraksis faktisk har betydning og i nogle tilfælde ser ud til at kunne frembringe synergi mellem de to ledelsesverdener.

Med baggrund i artiklen kan der rejses nogle mere generelle spørgsmål:

- På hvilke niveauer er hybridlederrollen fremtrædende?
- Hvilken indsigt i generel ledelse bør hybridlederne have for at kunne udnytte rollens potentialer og hvilken karakter skal en supplerende generel lederuddannelse have?
- Skal indsigten i de forskellige ledelsesverdener nødvendigvis være samlet i en person eller kan den deles mellem flere?
- Kan vi identificere faktorer, der er afgørende for om de to ledelsesverdener kan forbindes (bindeledsfunktionen)
- Kan vi identificere faktorer der er afgørende for opståen af synergi mellem de to ledelsesverdener?
- Kan indsigt fra sygehusverdenen anvendes på de mange andre områder hvor der også er fagprofessionelle i ledende positioner på det udførende niveau?

## Litteratur

- Abbott (1988): Andrew Abbott: *The System of Professions*. Chicago. University of Chicago Press.
- Bentsen (2000): Eva Zeuthen Bentsen,,: *Sygehusledelse i Danmark -Trojkamodellens opståen,spredning og funktion*. København. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Borum (2003): Finn Borum: *Amternes arbejde med nye ledelsesstrukturer* i Finn Borum (red): *Ledelse i Sygehusvæsenet*.op.cit. København. Handelshøjskolens Forlag.
- Borum (red), 2003: Finn Borum (red): *Ledelse i Sygehusvæsenet* . København. Handelshøjskolens Forlag
- Borum (2005): Finn Borum: Sygehuset som grænseinstitution. Artikel under publicering til særnummer af *Nordiske Organisations Studier 2005*. Se også [www.flos.cbs.dk](http://www.flos.cbs.dk)
- Broadbent, Dietrich og Roberts (1997) (eds): *The end of the Professions? The restructuring of professional work*. London. Routledge.
- Brock, Powell og Hinings (1999): David Brock, Michael Powell & C.R. (Bob) Hinings (eds): *Restructuring the professional organization*. London. Routledge.
- Byrkjeflot (1997): Haldor Byrkjeflot (red): *Fra Styring til Ledelse*. Oslo. Fagbokforlaget
- Dent Chandler og Barry (2004): Mike Dent, John Chandler, Jim Barry (eds): *Questioning the New Public Management*. Aldershot. Ashgate.
- Erichsen (1996): Vibeke Erichsen (red): *Profesjonsmakt*. Oslo. Tano Aschehoug
- Exworthy & Halford (1999): Mark Exworthy & Susan Halford (eds): *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham. Open University Press.
- Ferlie, Ashburner, Fitzgerald & Pettigrew (1996): Ewan Ferlie, Lynn Ashburner, Louise Fitzgerald & Andrew Pettigrew (1996): *The New Public Management in Action*. Oxford. Oxford University Press.
- Ferlie og Fitzgerald (2000): Ewan Ferlie & Louise Fitzgerald: Professions Back to the Future. *Human Relations* vol 53,2
- Finansministeriet (1993): *Nyt Syn på den offentlige sektor*. København. Finansministeriet.
- Finansministeriet (1995): *Resultatvurdering af ledere*. København. Schultz.
- Flynn (1999): Rob Flynn: *Managerialism, professionalism and quasi-markets* i Mark Exworthy & Susan Halford (eds): *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. op. cit, pp. 24-36.

- Gammelsæther og Torjesen (2005): Hallgeir Gammelsæther og Dag Torjesen: Ledelse mellem autonomi og transparens i helseforetaket. Under udgivelse i *Nordiske organisasjonsstudier2005* (Særnummer om sygehusorganisation og ledelse)
- Goldschmidt (1997): Lars Goldschmidt: *Erfaringer med ledelse på trods i*: Årbog fra Institut for Organisation og Arbejdssociologi: Mosaik om moderne ledelse. København. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Grønnegaard Christensen, Pallesen og Dahl Pedersen (1997): Jørgen Grønnegaard Christensen, Thomas Pallesen og Lars Dahl Pedersen: *“Ledelsesreformen: Interessepolitik og Illusionisme”* I Hildebrandt og Schultz (reds): Fokus på Sygehusledelse. Munksgaard. København.
- Halford og Leonard (1999): Susan Halford og Pauline Leonard: *New Identities ? Professionalism, managerialism and the construction of self*. I Exworthy og Halford (eds): Professionals and the New Managerialism in the Public Sector. Buckingham. Open University Press.
- Hildebrandt, Klausen og Friberg Nielsen (2003): Steen Hildebrandt, Kurt Klaudi Klausen og Steen Friberg Nielsen (reds): *Sygehusledelse. Temaer, Perspektiver, Udfordringer*. København. Munksgaard.
- Hildebrandt og Schultz (1997): Steen Hildebrandt og Majken Schultz (reds.): *Fokus på Sygehusledelse*. København. Munksgaard.
- Indenrigsministeriet (1984) *Sygehusenes organisation og økonomi*. Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalget. København. Direktoratet for Statens Indkøb.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005): *Evaluering af taksstyring på sygehusområdet*. København. Indenrigs- og sundhedsministeriet. [www.im.dk](http://www.im.dk)
- Jacobsen (2004): Mia Wæver Jacobsen: *Inddragelse af DJØFere i ledelse under sygehusniveau* Speciale. Cand scient adm uddannelsen. Aalborg Universitet.
- Jeppesen (1997): Jens-Otto S. Jeppesen: Ledelse af Professionelle .I Steen Hildebrandt og Majken Schultz (reds): *Fokus på sygehusledelse*. København. Munksgaard
- Johnsen og Hedegaard (1974): Erik Johnsen og Ove Hedegaard: *Ledelsesproblemer i sygehusene*. København. Nyt Nordisk forlag.
- Kirkpatrick, Ackroyd og Walker (2004): *The New Managerialism and Public Service Professions. Change in Health, Social Service and Housing*. London. Palgrave.
- Kitchener (1999): Martin Kitchener: “All fur Coat and no Knickers”: Contemporary organizational change in United Kingdom hospitals. s. 183-200. I: David Brock, Michael Powell og C.R.Hinnings: *Restructuring the Professional Organization*. London. Routledge
- Klausen (2001): Kurt Klaudi Klausen: *Skulle det være noget særligt ?* København. Børsens Forlag.
- Klausen (2003): Kurt Klaudi Klausen: *Ledelse af fagprofessionelle*. s 437-446 i

Hildebrandt, Klausen og Friberg Nielsen (2003) op.cit.

Kragh Jespersen (1996). Peter Kragh Jespersen: *Bureaukratiet: Magt og effektivitet*. København. DJØF forlaget.

Kragh Jespersen (2005). Peter Kragh Jespersen: *Mellem Profession og Management*. København. Handelshøjskolens Forlag.

Lindén og Birk Madsen (2002): Leila Lindén og Erling Birk Madsen: *Fagprofessionelle som Ledere. En debatbog og ledelse og lederroller i Sundhedsvæsenet*. København. Munksgaard.

Llewellyn (2001): Sue Llewellyn: "Two-way Windows": Clinicians as Medical Managers. *Organization Studies* vol 22 no 4 pp 593-623.

Middlehurst og Kennie (1997): Robin Middlehurst og Tom Kennie: *Leading Professions: Towards new concepts of professionalism* I Broadbent, Dietrich og Roberts (eds): *The end of the Professions?* London. Routledge.

Sahlin-Andersson og Östergren (1998): Kerstin Sahlin-Andersson og Katarina Östergren: *Att Handtera Skilda Världar*. Stockholm. Landstingsförbundet

Scott, Ruef, Mendel og Caronna (2000): W.Richard Scott, Martin Ruef, Peter J. Mendel og Carol A.Carrona: *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago. University of Chicago Press

Sehested (2002): Karina Sehested: How New Public Management Reforms Challenge the Roles of Professionals. *International Journal of Public Administration* Vol. 25 nr 12, 2002, s 1513-1539.

Sehested (2003). Karina Sehested: *Kommunale ledere mellem profession og management*. Kap 8 s 187-226 i Birgit Jæger og Eva Sørensen (red): *Rolle der rykker. Politikere og administratorer mellem hierarki og netværk*. København. Jurist og Økonomforbundets Forlag.

Sognstrup (2003): Hanne Sognstrup: *Professionelle i afdelingsledelse*. Aalborg: PhD afhandling, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet. Se også [www.flos.cbs.dk](http://www.flos.cbs.dk)

Sundhedsministeriet (1994): Rapport fra Udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi. København. Sundhedsministeriet.

Sundhedsministeriet (1997): *Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen*. Betænkning nr. 1329. København. Statens Information.

Vinge (2003): Sidsel Vinge: *Organisering og Reorganisering af Medicinsk Arbejde på Sygehuse*. PhD afhandling. København. Handelshøjskolens Forlag.

Vallgård (1992): Signild Vallgård: *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark*. København. DJØF forlaget.

Vrangbæk (2003). Karsten Vrangbæk: *Vilkår for Sygehusledelse- Ekstern kontrol og handlerum* i Finn Borum (red): *Ledelse i sygehusvæsenet*. København. DJØF forlaget

Vrangbæk og Torjesen (2005): Karsten Vrangbæk og Dag Torjesen: Sygehuslederes opfattelse af ledelsesvilkår i Danmark og Norge. Artikel til særnummer af *Nordiske Organisasjonstudier* 2005 (under udgivelse)