

Er sykehus suverene individ eller flerhodede troll?

Statlig eierskap og foretaksmodell og nye rammebetingelser for ledelse i norske sykehus

Dag Olaf Torjesen

Rokkansenteret

Paper to The 18th Scandinavian Academy of Management (NFF)

Track: Health sector management and organisation

NB! ikke siter uten avtale – tidlig utkast

Bakgrunn

Etter innføring av helseforetaksreformen fra 2002 har oppmerksomheten om ledelse blitt større i norske sykehus. Enhetlig og generell ledelse har erstattet tidligere parallelle kollegiale ledeshierarkier i sykehusene. Da staten overtok eierskapet til sykehusene er ikke lenger sykehusene koplet til lokale folkevalgt fylkeskommunal styring gjennom fylkeskommunen, men underlagt profesjonelle foretaksstyrer i fem helseforetaksregioner. Den politiske styringen av sykehussektoren i Norge er nå i sin helhet lagt til Stortinget (Byrkjeflot 2005, Stigen 2005, Gammelsæter og Torjesen 2004). Den norske reformen representerer på samme tid både en statliggjøring og en regionalisering av sykehuspolitikken (Grønlie 2005). Dette paperet gir et tidlig bilde av hvilke rammebetingelser den nye reformen gir for ledelse i norske sykehus, dvs. hvilke erfaringer ledere i norske helseforetak har med organisering og styringsrelasjoner i helseforetakene.

Helseforetak som individ og konsekvenser for ledelse

En naturlig konsekvens av NPM-inspirerte reformer er gjerne en sterkere vektlegging av ledelse. Ledere blir sentrale bærere av reformer og ansvarliggjort for gjennomføring og iverksetting av reformer (Brunsson og Olsen 1997). Sykehus har samtidig gjennom helseforetaksreformer blitt selvstendige rettssubjekt fra tidligere å være forvaltningsorgan underlagt direkte politiske styring og kontroll gjennom

fylkeskommunen. Slik sett ligger det innebygd en forventning til reformen at helseforetakene skal fremstå som ”individer” med egen identitet, hierarki, rasjonell styring og kontroll. En tidlig påminnelse om betydningen av å samle all makt i og omkring toppledelse i sykehussektoren, ble manifestert gjennom ” Pasienten først! (NOU 1997: 2). Her understrekes ideene om sykehus som ”individ” gjennom tidlige anslag omkring enhetlig ledelse (general management). I dette offentlige utvalgsarbeidet reises det håp om at en mer entydig og sterkere manifestering av ledelse kunne bidra til å løse sykehusenes styringsproblemer. Pasienten først levner ingen tvil om at sykehus gjennom general management skal fremstå med et hode og en stemme - det trehodede trollet fra Heddalskogen skal avskaffes:

”Det vil være rettslige grenser, og da særlig på det medisinsk-faglige området, for hvilken styring som toppledelsen kan utøve i forhold til de utøvende medisinsk faglige miljøene. Begrensningene i styringsaktivitetene som toppledelsen kan utøve i forhold til de operative avdelingene gjør det særlig viktig å markere at ansvaret også inkluderer de faglige resultatene. Det helhetlige ansvaret inkluderer derfor alle sider ved driften” (NOU 1997:2 s. 89).

Styrking av ledelse blir på bakgrunn av foretaksmodell den logisk konsekvens av den formelle fristilling til sykehusene. Etter modellens intensjoner: styring på en armlengdes avstand fra politikk - med utstrakt autonomisering. Helseforetaksreformen representerer m.a.o. et administrativt reformforsøk - hvor den ”individuelle” organisasjonsmodell institusjonaliseres i norske sykehus gjennom reform og ny lovgivning. Ledere blir for det første ansvarliggjorte (responsible) ved at de enkelte enheter i helseforetakene er underlagt fullt og helt resultatansvar. For det andre må lederne som det nå settes stor lit til synliggjøre sine resultat og stå til regnskap (accountable) overfor foretaksstyrene og overordnet ledelse (Gammelsæter og Torjesen 2004). Individmodellen, slik reformen legger opp til, impliserer på denne måten sykehusenes status og autonomi som strategiske tilpassere og som økonomisk bærekraftige enheter med referanse til lederes beslutninger og handlinger. Det store spørsmål er likevel om sykehus er i stand til å tilpasse seg idealet om en individmodell og om ledere i norske helseforetak har tilstrekkelig autonomi og påvirkningskraft til å nå opp til reformforventningen om å gjøre sykehus om til kontrollerbare og styrbare individer. Sykehusene betraktet som ekspertorganisasjoner, representerer bestemte kontekster for ledelse som kanskje mer begrenser enn gir rom

for ledelse (Strand 2001). Administrativ ledelse i sykehus har historisk vært underlagt utstrakt profesjonelt sjølstyre og styringssystemene har hatt mer preg av å være komplekse forhandlingsarenaer mellom ulike profesjoner og faggrupper enn enhetlige kommando økonomi slik den nye modellen har lagt opp til. Andre beskrivelser vektlegger at sykehus kan beskrives som celledelte organisasjoner med skarp avstand mellom administrative og operative praksiser (Vinge 2003, Marstein 2004). Tidligere studier av sykehus som formelle organisasjoner i Skandinavia har vist at denne typen organisasjoner er relativt immune mot NPM-inspirerte reformer (Jespersen 2003). I land og kulturområder hvor en var tidligere ute med introduksjon av general management, USA (Freidson 1985) og Storbritannia (Harrison 1999), konkluderes det gjerne med at med New-Public-Management-inspirerte i denne sektorene har en tendens til å føre til redistribusjon av autonomi og dominans blant sterke faggrupper og at det gjerne oppstår en reforhandlet av kontrakt mellom profesjoner og ledelse til gunst for de helseprofesjonelle i sykehusenes operative kjerne. Det foreligger m.a.o. lite empirisk belegg i tidligere studier av administrativt initierte reformer i sykehusene for at det finner sted en styrking av autonomien til profesjonelle ledere (general management) på bekostning av helsefaglige grupper i sykehusene. Det er på denne bakgrunn den norske helseforetaksreformen i utgangspunktet har innebygd en naiv og overdreven tro på general management og sykehus som fullkomne suverene, enhetlige koordinerte og styrte individer. Det store spørsmålet i tilknytning til ledelse og denne reformen blir om ”de nye” norske helseforetaksledere og deres helseforetak blir i stand til å nå opp til forventningene om sykehus som individ: ”The less like the individual model an organization is, the more difficult it is for it to mobilize the necessary consensus, control and ability to act to implement such an extensive reform (Brunsson og Olsen 1997: s 68) .” I dette paperet undersøkes det nærmere hvordan helseforetaksreformen kan ha skapt nye ledelsesbetingelser i norske sykehus. Det reises to sentrale spørsmål knyttet til reform og ledelse: For det første om de norske forsøkene gjennom formell fristilling av drift fra politikk, har gitt ledere større handlingsrom i norske helseforetak, dvs. i hvilken grad innfris forventningene om ”individmodellen”? Og for det andre, hvordan varierer eventuelt handlingsbetingelsene blant ledere i de ulike regioner? Vil handlingsbetingelser og autonomi kunne variere mellom helseregioner, og vil det være slik at ledere i enkelte

regioner og foretak er bedre i stand til å tilfredsstille forventningene til individmodellen enn i andre regioner og foretak.

Data i dette paperet baserer seg hovedsaklig på en survey som ble gjennomført i desember, 2004 med et utvalg av avdelingsledere, klinikkjefer og direktører i samtlige helseforetak (N=108). I tillegg bygger analyse og tolkninger på styringsdokumenter, presse og medieomtale samt individuelle intervjuer med et utvalg ledere i norske helseforetak. Tolkninger og analyse i paperet baserer seg også på tidligere studier på området og det en ellers har kunnet observere og erfare i feltet. Analyse og drøftinger i paperet tar utgangspunkt i kvantitative surveydata fra undersøkelsen som ble gjennomført i des. 2004. Dette dattasettet danner ryggraden for diskusjonen. Funnene vil bli tolket i lys av sekundærdata og teori fra tidligere norske og internasjonale studier i skjæringsfeltet mellom NPM-reformer, sykehus og ledelse.

Autonomi

Det første tema tar for seg ledernes vurdering av hvilken handlefrihet de erfarer på ulike områder. Intensjonen bak ledelsesreformen og foretaksreformen - slik jeg var inne på innledningsvis, har bl.a. vært delegasjon av utvidede myndighetsområder til ledelse parallelt med enhetlig resultatansvar. Ledere og deres tilhørende enheter er forventet å inneha mer autonomi innenfor egne ansvarsområder. I tråd med en slik forventning er det undersøkt hva 108 norske ledere i lokale helseforetak erfarer med egen autonomi på en del sentrale beslutningsområder. Dette er ledernes selvrapporterte (selvrefererte) handlefrihet på ulike områder slik den fremgår av tabell 1. Handlefriheten ser gjennomgående ut til å være stor sett med ledernes øyne og de fleste rapporterer om stor handlefrihet alt i alt (alle 76%). Her bør det understrekes at en ikke skal se bort fra at respondentene strategisk kan ha gitt en sterkere svargivning - i tråd med en forventning i tilknytning til reformen - om mer makt til ledelse, at ledere er mer betydningsfulle med store fullmakter osv. Tallene er likevel såpass sterke og gjennomgående i alle helseregionene, med unntak av lederne i Helse Nord, at de kan indikere en viss lederenautonomi i de lokale helseforetak på ledernivået det her er snakk om. Lederne i Helse Nord representerer her et unntak, dvs. at lederne her vi har undersøkt for erfarer betydelig mindre autonomi enn ledere i de andre regionene.

Slik det fremgår av tabellen gjelder dette spesielt mindre handlefrihet i forhold til disponering av tildelt budsjett (52%), valg av organisasjonsstruktur (35%) og innkjøp av rekvisita (26%). I forhold til valg av organisasjonsstruktur ser autonomien eller handlefriheten ut til å være mest omfattende blant lederne i Helse Midt (80%) og Helse Vest (81%) sammenliknet med lederne i de andre helseforetakene (alle 64%). Innkjøp av utstyr, rekvisita og disponering av lokaler ser ut til å være mer sentraliserte beslutningsområder i alle helseforetak. Dette kan tyde på at disse beslutningsområdene i mindre grad berører det hierarkiske nivå det er kontrollert for: avdelingsdirektører, klinikkjefer og avdelingssjefer (alle 46%). Svarene gir forøvrig en pekepinn på at autonomien til disse lederne er størst på de kliniske og fagorienterte beslutningsområder, og mindre på økonomisk administrative styringsfunksjoner. Medisinsk behandling og planlegging av tjenestetilbud, gir rom for mer autonomi enn disponering av budsjett eller gjennomføring av arbeids- og funksjonsfordelingstiltak og planlegging av tjenestetilbud. Lederne i Helse Nord peker seg her ut ved at disse lederne spesielt rapporterer om lite autonomi når det gjelder valg av organisasjonsstruktur, innkjøp av utstyr og rekvisita og mht. handlefrihet alt i alt. ¹

1. Autonomi						
Hvor stor handlefrihet vil du si at enheten du leder har når det gjelder:						
<i>Svarkategori: (Nokså stor frihet+ Svært stor frihet. Andre svarkategorier var: Både og, nokså liten frihet, svært liten frihet og vet ikke) N= 89-104 (* = Intergruppeforskjellene er signifikante Sig.<0,001, **Sig<0,005 på ANOVA)</i>						
	HS %	HØ %	HV %	HM %	HN %	Alle %
Disponering av tildelt budsjett	61	82	75	75	52	68
Personalforvaltning	70	77	81	76	70	74
Planlegging av enhetens tjenestetilbud	70	91	88	95	61	80
Valg av organisasjonsstruktur *	61	73	81	80	35	64
Pasientinntak	76	73	53	88	87	79
Medisinsk behandling	81	86	80	100	87	87
Disponering av senger	65	75	71	81	74	73
Innkjøp av utstyr og rekvisita **	43	41	69	60	26	46
Disponering av lokaler	52	50	75	75	39	59
5. Handlefrihet alt i alt *	86	76	75	79	65	76

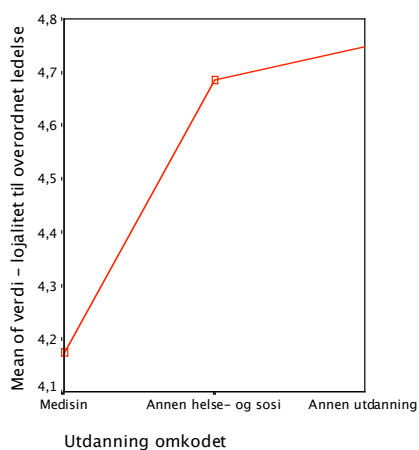
¹ Disse funnene og variasjonene er tidligere beskrevet i Stigen, Finstad, Gjernes og Torjesen (2005). I en sammenlikning med tilsvarende undersøkelse i 2003 (tidsseriedata) fremgår det at gjennomsnittsskårene har gått noe ned siden 2003. Mens gjennomsnittsskåren for alle områdene var 3,6 i 2003, er den redusert til 3,3 ved utgangen av 2004. Se forøvrig fig. 1 i vedlegg.

Verdiorientering

Den andre dimensjonen som undersøkelsen omhandler er hvilken betydning ulike verdier har for utøvelsen av det daglige arbeidet som leder (Tabell 2).

Spesielt vektlegges lojalitet overfor overordnet ledelse som en sentral verdi i svargivningen. Dette kan være en indikasjon på at ledere i norske helseforetak er lojale i forhold til den formell styringskjede i tråd med individmodellens forventninger. De fleste ledere som har svart i denne undersøkelsen betrakter ”lojalitet til overordnet ledelse” som en sentral verdi, dvs. (90-100%) i alle foretak med unntak av HN som ligger betydelig lavere (74%). En aktuell tolkning kan være at den formelle styringskjeden i HN i mindre grad oppfattes som legitim blant lederne i HN og at det eksiterer en svekket legitimitet mellom de ulike styringsnivåene i denne regionen sammenliknet med de andre regionene. Andre fremtredende verdier ser ut til å være fornyelse og innovasjon, effektivitet og kostnadshensyn, offentlig innsyn og styrket brukerdemokrati. Den gjennomgående høye vektingen av disse verdiene kan indikere at lederne er opptatt av modernisering og fornyelse og at lederne i undersøkelsen, kanskje ikke så overraskende, har høy bevissthet om økonomiske spørsmål. Samtidig vektlegger de fleste et sterkere pasientfokus som en sentral verdi. Dette kan tyde på at norske sykehus selv etter reformen, fremdeles ser ut til å være faglig baserte driftsorganisasjoner - preget av offentlig sektor verdier, innvevd i et offentlig styringsunivers (Vrangbæk og Torjesen 2005). Denne tendensen står sterkest blant lederne i HN som vektlegger kontinuitet og helsefaglige tradisjoner først og i mindre grad reformens kjerneverdier: effektivitet og kostnadshensyn. I tolkingen bør det tas høyde for at andelen medisinerer blant lederne er også større i HN. I fig. 1 er det kontrollert for utdanningsbakgrunn. Ledere med medisinsk bakgrunn har relativt lavere gjennomsnittsskår på variabelen lojalitet til overordnet ledelse enn andre utdanningsgrupper. Dette kan være en pekepinn på at medisinerer er mer orientert mot egen profesjon og faglige hensyn enn de andre utdanningsgruppene uavhengig om de er plassert i sentrale administrative lederposisjoner. Medisinerer har historisk i Norge hatt en dominerende stilling i det norske helsebyråkratiet. Enkelte har gått så langt i karakteristikker av det norske helsevesen at det her ikke er snakk

om tradisjonelt byråkrati, men ”medikrati” (Berg 1987: Byrkjeflot 2004). Foreliggende data tyder på at medisinere fremdeles står sterkt som ledere i norske helseforetak (3 av 4 ledere i denne surveyen er medisinere). Figur 1 gir et bilde på at ledere med medisinsk bakgrunn er relativt mindre tilbøyelig til å være lojale overfor overordnet ledelse. Sykepleiere og andre profesjoner i samme type lederposisjoner (avdelingsdirektør, klinikkssjef, avdelingssjef) er mer lojale overfor overordnet ledelse og enhetlig hierarkisk styring enn medisinere når det kontrolleres for gjennomsnittsskår på verdien ”lojalitet slik det fremgår av fig.1.



2. Hvilken betydning har følgende verdier for deg i utøvelsen av det daglige arbeidet som leder? Svarkategori: Svært stor betydning + nokså stor betydning. Andre svarkategorier var: Liten betydning, nokså liten, både og. N=102-104

	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
Lojalitet overfor overordnet ledelse	100	100	100	90	74	92
Offentlig innsyn	96	95	94	90	74	89
Effektivitet og kostnadshensyn	100	100	100	95	78	
Kontinuitet og helsefaglige tradisjoner og normer	74	86	69	65	86	77
Fornyelse og innovasjon	96	95	88	90	82	90
Styrket brukerdemokrati og ivaretagelse av pasientrettigheter	83	91	81	95	82	86
Overskride sektorgrenser og utvikle nettverk	83	86	88	74	68	79

Likevel, den gjennomgående sterke preferansen norske sykehusledere på dette nivået gir uttrykk for i forhold til ”lojalitet i forhold til overordnet ledelse”, vitner om en sterk tro og forpliktelse (commitment) i forhold til ideen om organisasjon/sykehus som kommandostyrte integrerte enhetlige individ: svært stor til stor betydning, alle 92%). Unntaket er som vist, en svakere tendens blant ledere med medisinsk bakgrunn som har relativt lavere gjennomsnittskår på denne verdien.

Identifikasjon med enheter og grupper

Hvis en organisasjon skal fremstå i tråd med individ-metaforen - må den for det første utad oppfattes som en sammenhengende helhetlig organisasjon. For det andre krever ideen om organisasjon betraktet som individ at overordnede strategiske styringssignaler fanges opp enhetlig og koordinert i alle ledd og disse signalene lojalt iverksettes i beslutninger og handlinger på alle nivå (unity og command). I tabell 3 er det undersøkt for i hvilken grad ledere i norske helseforetak identifiserer seg med ulike enheter og grupper i tilhørende helseforetak. Tabellen gir et bilde av om disse lederne oppfatter helseforetaket som en del av en helhetlig (ettthodet organisasjon). Et bilde som samsvarer med sykehusorganisasjon som individ, finner vi liten empirisk dekning for når vi undersøker for denne ledergruppen. I tabellen er det i øynefallende - og kanskje heller ikke så overraskende, at identifikasjonen blant disse lederne går i retning av egen divisjon/klinikk/avdeling (alle 98%). Identifikasjonen ser ut til å være sterkest med enheter innenfor eget ansvarsområde. Klinikken fremstår som den sentrale identifikasjonsmessige relevante kategori for disse lederne. Identifikasjon med det regionale helseforetaket er derimot svak. Imidlertid fremkommer likevel interessante variasjoner hvis det kontrolleres for det regionale foretaket. Identifikasjonen blant lederne i HM med regionnivået er f.eks. betydelig sterkere enn i de andre foretaksgruppene (30%). At HM skiller seg markant – kan eventuelt forklares ved at det innen denne regionen kan eksistere et mer balansert og harmonisk styringsforhold mellom det regionale helseforetaket og de enkelte enheter og lokale helseforetak. Forskjellene er samtidig betydelig mellom Helse Nord og de andre regionene på variabelen identifikasjonen med egen fagprofesjon. Med referanse til

foregående tabell 2, er lederne i HN mindre lojale overfor overordnet ledelse samtidig identifiserer de seg signifikant sterkere med egen fagprofesjon sammenliknet ledere i de andre regionene.²

3. Hvor sterkt identifiserer du deg med følgende enheter og grupper ?						
<i>Svaralternativ: "I stor grad". Andre svaralternativer var: "I noen grad", "ikke i det hele tatt", "i liten grad" i %</i>						
<i>(* = Intergruppeforskjellene er signifikante Sig.<0,001, **Sig<0,005 på ANOVA)</i>						
	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
Det regionale helseforetaket *	13	9	6	30	9	14
Mitt lokale helseforetak	96	82	94	79	61	82
Divisjonen/klinikken/avdelingen Som jeg leder	96	96	100	100	100	98
Pasientene	96	82	75	95	87	90
Egen fagprofesjon **	35	18	-	35	55	

Enhetlig ledelse

I tabell 4 fremgår gjennomsnittskår på ulike påstander som respondentene har tatt stilling til i forhold til reformen om enhetlig ledelse. Reformen ble innført mer eller mindre parallelt med helseforetaksreformen i 2002. Tallene bør tolkes i lys av at det her er snakk om ledere innen den sentrale ledergruppen i de enkelte lokale helseforetak som har svart, dvs. 2. nivået i en hierarkisk styringskjede under administrerende direktør. Lederne (divisjonsdirektører, kliniksjefer og avdelingssjefer) har sannsynligvis søkt mot lederposisjoner. En kan samtidig forvente at disse lederne er bærere av bestemte kjennetegn, dvs. at de søker utfordringer, makt og innflytelse og at de har et ønske om å lede og påvirke organisasjonen gjennom egen lederutøvelse. De høye gjennomsnittskårene i forhold til positive erfaringer med ledelsesreformen bør på denne bakgrunn tolkes varsomt. Tallene gir (iflg. ledernes fortolkning) en klar pekepinn på at ledelsesreformen har styrket ledelsesfunksjonen, at den har gitt lederne mer makt og at erfaringene med ledelsesreformen gjennomgående

² En mulig forklaring kan være at avdelingssjefene i de enkelte lokale helseforetak Helse Nord står nærmere kliniske praksis, at mange av dem arbeider klinisk ved siden av lederoppgaver og at de leder mindre enheter enn kliniksjefer og divisjonsdirektørene i de andre regionene.

er positive. Erfaringer viser samtidig at disse lederne ikke er enig i påstanden: ”det er vanskelig å få oppslutning om enhetlig ledelse blant fagpersonell” - med et moderat unntak av lederne i HV (mean 2,9) og HM (mean 2,7). Det er enighet om at økonomistyringen og produktiviteten har fått bedre vilkår og at lederreformen har gitt mer rom for innovasjon på avdelingsnivå. Ledelsesreformen har i følge denne ledergruppen, tydeligvis hatt en sporbar betydning. Samtidig betrakter ansattes representanter som ”gode med spillere i utøvelsen av rollen som enhetsleder”. Dette bildet er entydig og det foreligger heller ikke signifikante intergruppeforskjeller mellom lederne i ulike regioner. Slik sett indikerer dette at det gjennomgående eksisterer en stor tro på ledelse blant avdelingssjefer, klinikkssjefer, og divisjonsdirektører i norske sykehus.

4. Vi ber deg ta stilling til følgende påstander om enhetlig ledelse på avdelingsnivå						
Gjennomsnitt på skala fra 1-5: Svarkategori: Helt uenig, både og, nokså enig og helt enig. N= (96-103)						
	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
a)Erfaringene med ledelsesreformen er overveiende positive	3,9	4,2	4,1	4,1	3,8	4,0
b)Innføring av enhetlig ledelse har styrket ledelsesfunksjonen	4,3	4,7	4,5	4,7	4,2	4,6
c)Innføring av enhetlig ledelse har ført til at ledelsen har fått mer makt og innflytelse	4,1	4,2	4,3	4,2	4,0	4,2
d)Det er vanskelig å få oppslutning om enhetlig ledelse blant fagpersonell	2,4	2,1	2,9	2,7	2,3	2,4
e)Innføring har bidratt til bedre økonomistyring på avdelingene	4,0	4,1	4,4	4,0	3,7	4,0
f)Innføring av enhetlig har bidratt til bedre kvalitet på tjenestene	3,5	3,6	3,9	3,7	3,8	3,7
g)Enhetlig ledelse gjør det lettere å få til økt produktivitet på avdelingene	3,6	4,0	4,0	4,1	4,0	3,9
h)Enhetlig ledelse har gitt rom for mer innovasjon på avdelingsnivå	3,5	3,9	3,9	3,7	3,5	3,7
i)Innføring av enhetlig ledelse har bidratt til bedre ivaretagelse av HMS-arbeidet	3,3	3,2	3,1	3,6	3,1	3,3
j)Innføring av enhetlig ledelse har så langt ikke hatt noen sporbar betydning	2,4	2,0	2,0	1,9	2,3	2,1
k)Innføring av enhetlig ledelse har bidratt til	3,2	3,4	3,1	3,3	3,4	3,3

kompetansutvikling på avdelingene						
l)Innføring av enhetlig ledelse har bidratt til bedre oppfølging av pasientene	3,2	3,2	3,2	3,4	3,4	3,3
m)Ansattes representanter er gode medspillere i utøvelsen av rollen som enhetsleder	3,8	3,3	3,6	4,2	3,9	3,8

Arbeidsformer og styringsrelasjoner

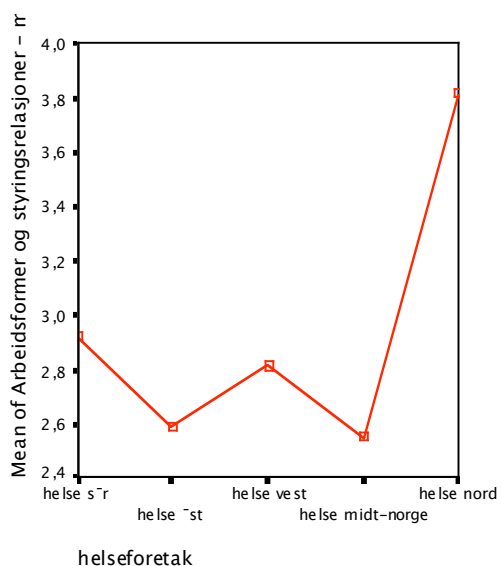
Neste tabell 12. tar for seg svarfordeling eller gjennomsnittsskår på en rekke variabler som omhandler påstander om arbeidsformer og styringsrelasjoner. Her fremkommer interessante og signifikante utslag på hva som preger styringen i helseforetakene. Innen ledergruppen i HN rapporteres det blant annet om relativt høy grad av uformell styring og det er iøynefallende at den ”den uformelle styringen mellom ledelsesnivåene i Hf er preget av mye uformell styringsdialog”.

12. Hvor enig eller uenig er du i disse påstandene om arbeidsformer og styringsrelasjoner innenfor ditt helseforetak?						
Svaralternativer: Helt uenig, nokså uenig, både og, nokså enig, og helt enig. N= (90-108)						
(* = Intergruppeforskjellene er signifikante Sig.<0,001, **Sig<0,005 på ANOVA)						
	HS (M)	HØ (M)	HV (M)	HM (M)	HN (M)	Alle (M)
a)Jeg er forpliktet i forhold til foretakets mål og resultater, men opplever at mangelfull autonomi og handlingsrom begrenser min evne til å handle etter disse forpliktelsene	2,8	2,8	2,9	2,9	3,5	3,0
b)Jeg opplever detaljregulering gjennom målstyring, planer og resultatrapportering som i realiteten gir meg lite handlingsrom som leder	2,7	2,6	2,9	2,5	3,3	2,8
c)Den interne styringen i helseforetaket er preget av dialog og samarbeid	3,8	3,8	3,6	3,1	2,9	3,6
d)Min enhet blir for lite involvert når det treffes beslutninger i helseforetaket	2,4	2,3	2,2	2,3	3,4**	2,6
e)Den interne styringen mellom ledelsesnivåene i hf er pregete av mye uformell styringsdialog	3,0	2,6	2,8	2,6	3,8*	3,0

f)Den uformelle styringen har fått større betydning etter hvert	2,2	2,1	2,1	2,6	3,2**	2,5
g)Den uformelle styringen er viktig for utviklingen av tjenestetilbudet	2,5	2,0	2,2	2,4	3,1**	2,4
h)Den uformelle styringen bidrar til å undergrave det helhetlige resultatansvaret	3,6	3,8	3,6	3,0	3,2	3,4
i)Den uformelle styringen er et problem for HF-styrets arbeid	2,7	2,5	2,7	2,3	3,2	2,6
j)Styringsdokumentene gir for liten fleksibilitet for lokal planlegging	2,9	3,0	2,9	2,6	3,2	2,9
k)Mesteparten av våre økonomiske tildelinger blir bundet opp i lønnsmidler, slik at jeg som leder i realiteten har svært lite økonomisk handlingsrom	3,9	3,8	3,5	3,8	4,0	3,8

I fig.2 gir en visualisering av de høye gjennomsnittsskår i HN en ytterligere understreking av den uformelle styringen i HN, sammenliknet med erfaringene til lederne i de andre foretakene.

Fig. 2 Uformell styring (mean) fordelt på helseregioner



Samtidig indikerer relativt enighet med påstanden: ”Min enhet blir for lite involvert når det treffes beslutninger i helseforetaket”, at lederne i HN opplever avstand til sentrale beslutningsprosesser innen helseforetaket. En aktuell tolkning i forhold til ledernes rammebetingelser i HN sammenliknet med ledergruppene i de andre helseregionene, kan være at disse erfarer helseregionen som fjern og distansert - ”styring på distanse”. I hvilken grad lederne er forpliktet i forhold til foretakets mål og resultater, men samtidig opplever mangelfull autonomi og handlingsrom som begrenser deres evne til å handle etter disse forpliktelsene, får moderat støtte (alle 3,0). Dette kan indikere at og kan tyde på at det erfares en viss avstand mellom forventninger som stilles til disse lederne og hva de faktisk har av handlingsrom til å innfri disse forventningene. Spesielt lederne i HN ser ut til å ha denne erfaringen. Handlingsrommet for lederutøvelse ser samtidig ut til å bli mest begrenset av at ”mesteparten av deres økonomiske tildelinger blir bundet opp i lønnsmidler” - slik den relativt høye oppslutningen om denne påstanden indikerer (Alle 3,8). HN-lederne støtter igjen påstanden noen hakk over de andre gruppene (4,0). Ideen om det suverene individ (leder) i tråd med individmetaforen finner her m.a.o. liten støtte.

Konsern, bedrift, sykehus eller offentlig forvaltning?

Helseforetaksreformen representerer på mange måter et radikalt brudd med tidligere organisasjonstenkning og utforming i sykehussektoren. Fristilling og ny tilknytningsform i form av foretak med privatrettslige lover og reguleringer forventes fra reformatorenes side å institusjonalisere nye identiteter til sykehusene. Et interessant spørsmål blir om dette har skapt noen forvandling i oppfattelsen av sykehusorganisasjonen. Hvordan ledere i de enkelte regioner betrakter egen organisasjonen fremkommer i tabell 13.

13. Hvor dekkende mener du følgende begreper er dersom du skal karakterisere helseforetakene i regionen? % Svaralternativ: Svært dekkende. Andre svaralternativ var Lite dekkende og noe dekkende. N= (98-101) Ingen signifikante intergruppeforskjeller						
	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
a) Konsern	9	18	12	20	5	13
b) Bedrift	24	5	24	17	10	15
c) Sykehus	87	86	59	81	70	77
d) Offentlig forvaltning	10	19	18	10	25	16

Tabellen kan gi et bilde av hvor sterkt nye ideer om organisering og styring har nedfelt seg i helseforetakene, sett med ledernes øyne, og hvordan lederne oppfatter aktuelle organisatoriske forbilledlige identiteter som foretakene kan benytte. Konsern og bedriftsmodellen svarer samtidig mer i tråd til individmetaforens forventninger, dvs. enhetlige kommandostyrte organisasjoner. Konsernmodellen ser imidlertid ikke ut til å være noen gyldig karakteristikkk av helseforetakene - med unntak av en litt større tendens til denne modellens relevans blant lederne i HM (20% svært dekkende). HM-lederne mener også det regionale helseforetaket er en gyldig karakteristikkk av helseforetakene i regionen. Bedrift har en viss oppslutning i HS (24% svært dekkende) og i HV (24 % svært dekkende) . Lederne i HN (25%), HØ (19%) og i HV (18%) ser fremdeles ut til å karakterisere helseforetakene i regionen som offentlig forvaltning - selv om markedelementer og modeller fra privat styringspraksis har erstattet fylkeskommunal politisk styring. Sykehus er likevel den dominerende karakteristikken de fleste kjenner seg igjen på - med alt denne distinksjonen måtte inneholde av faglige tradisjoner, kollegiale styreformer, politiske forhandlingsarenaer, formelle og uformelle faghierarkier og ulike kliniske praksisformer. Store deler av respondentgruppen har lang fartstid i sykehusorganisasjoner, har omfattende medisinsk og helsefaglig utdanning. Tilbøyeligheten til å skue til karakteristikken sykehus vil derfor bli nærliggende. Helseforetaksreform gir tilsynelatende liten forskjell og individmetaforen vinner liten oppslutning i lys av denne tolkningen.

Endringer i arbeids- og funksjonsfordeling

Skal helseforetakene kunne opptre i tråd med reformenes intensjoner må de gjennom sine ledere være handlingsdyktige responsible. I tabell 14. fremgår hvilke endringer lederne selv har erfart innen egen klinikk, divisjon, avdeling, med hensyn til arbeids- og funksjonsfordeling.

14. Har det skjedd endringer i arbeids- og funksjonsfordeling innenfor divisjonens/klinikkens/avdelingens arbeidsområde etter at sykehusreformen trådte i kraft, og hvor omfattende har disse endringene vært?			
Omfang av endringer % N= 104 (** = Intergruppeforskjellene er signifikante Sig<0,005 på ANOVA)			
	Små eller ingen endringer %	En del endringer %	Omfattende endringer %
HS	27	64	9
HØ **	15	30	55
HV**	29	24	47
HM	14	67	19
HN	41	42	17
Total	26	28	46

Det bør minnes om at de rapporterte endringene, slik de kommer fram i tabell 14., er ledernes subjektive fortolkninger av organisasjonsendringer. Svarene gir derfor ikke nødvendigvis et korrekt bilde av de faktiske endringene som har funnet sted i de enkelte regionene etter at foretaksreformen ble introdusert. Et utfyllende bilde vil kreve andre typer data og optellinger. Lederne kan likevel sitte på sentrale utkikksposter og fremstå som ”erstatningsobservatører ” i forhold til faktiske endringer i helseforetakene. Tallene viser signifikante utslag ved at lederne i HØ og HV opplever de mest omfattende endringer. Over halvparten av lederne i HØ (55%) og nærmere halvparten av lederne i HV (47%) svarer bekreftende på svaralternativet: omfattende endringer. For landet totalt rapporteres det videre om at 46% har erfart omfattende endringer i arbeids- og funksjonsfordelingen. Endringstakten slik den erfares ser ut til å ha vært minst omfattende i HS og HN.

Erfaringer med endringer i arbeids- og funksjonsfordeling

Hvilken erfaring lederne har med disse endringene på underliggende spørsmål omhandles i tabell 16.

16. Hvilke erfaringer har du med endringene i arbeids- og funksjonsfordeling på divisjonens/klinikkens/avdelingens arbeidsområde? Svaralternativer: I svært liten grad, i nokså liten grad, både og, i nokså stor grad, i svært stor grad på skala 1-5, Mean (Ingen signifikante intergruppeforskjeller)						
	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
a) Endringene har gitt økt kvalitet på tjenestetilbudet	3,2	3,6	3,1	3,4	2,9	3,2
b) Endringene har gjort det lettere å rekruttere fagfolk	2,5	2,6	2,7	2,9	2,6	2,6
c) Endringene har ført til økonomiske innsparinger	3,1	3,7	3,4	3,1	3,1	3,3

d) Endringene har ført til et klarere skille mellom akutt og elektiv behandling	3,1	2,8	2,7	2,3	2,8	2,7
e) Endringene har ført til et mer geografisk spredt og tilgjengelig tilbud til pasientene	2,3	2,3	2,7	2,3	2,2	2,3
f) Endringene har ført til en sterkere geografisk sentralisering av tjenestetilbudet	3,1	3,5	2,3	2,6	2,0	2,8
g) Endringene har ført til større regionale forskjeller i tilbudet til pasientene	2,3	2,1	2,2	1,8	2,4	2,3

Her er det ingen store variasjoner mellom helseforetaksgruppene og heller ingen kraftfulle indikasjoner på at endringene i arbeids- og funksjonsfordeling har gitt de store utslagene, men forsiktige tendenser til forbedring på noen områder f.eks. økt kvalitet på tjenestetilbudet (M=3,2 Alle), økonomiske innsparinger (M=3,3, Alle). Materialet gir også en antydning om at endringene kan ha ført til en sterkere geografisk sentralisering av tjenestetilbudet i HS (3,1) og i HØ (3,5). Samtidig ser det ikke ut til at endringene har ført til større regionale forskjeller i tilbudet til pasientene slik lederne erfarer det.

Betydning av statlig eierskap for drift av divisjon/klinikken/avdelingen

Tabell 17. tar for seg en rekke tema i undersøkelsen hvor en forsøker å få frem lederes fortolkning av effekter relatert til sykehusreformen innen ledernes ansvarsområder. Det er igjen viktig å understreke at dette dreier seg om lederes egen "sense making" i forhold til hvordan deres arbeidsområde har blitt berørt av reformen. Historiske hendelser kan gjennomgå ulike former for redigering. Hendelser kan bli idyllisert og kontekstualisert i lys av ledernes fortolkninger og kognisjoner (Weick 2001). Det er likevel mulig at dataene kan forklare en sammenheng mellom respondentenes/ledernes oppfattelse og tolkninger og deres rammevilkår for lederutøvelse. Tabellen gir for det første et bilde av at reformen har hatt en viss betydning innenfor ledernes ansvarsområde (Alle 2,9). Tendensen til visse reformeffekter er størst i HS (3,3), HV (3,1) og HN (3,1). I den grad reformen har gitt bedre organisering fremkommer også med signifikante forskjeller mellom regioner. Lederne i HM rapporterer om positive erfaringer av reformen mht. bedre organisering av eget ansvarsområde, med gjennomsnittsskår på 4.0. Lederne i de andre regionene har betydelig lavere i gjennomsnittsskår på dette spørsmålet og HN betydelig lavere (2,5). Det samme bilde går her igjen mht. ledernes autonomi, dvs. om reformen har medført større handlingsrom for disse lederne. Her finner vi igjen

signifikante forskjeller. Lederne i HM og HV ser ut til å ha fått større handlingsrom med gjennomsnittsskår på (4,1) og (3,7). HN og HS ligger her igjen markert under gjennomsnittet – ved at det i disse regionene rapporteres om relativt mindre lederautonomi som en følge av reformen. Spørsmålene indikerer på denne måten at lederes handlingsbetingelser varierer betydelig mellom de enkelt helse regioner og at det for ledere i noen regioner vil være lettere å lykkes med reformens krav og hensikter. Selve reformen tillegges kanskje noe overraskende liten betydning som forandringsimpuls med 2,9 som gjennomsnittsskår for landet.

17. Hvilken betydning vil du si at sykehusreformen (statlig eierskap og foretaksorganisering) har hatt for driften av divisjonen/klinikken/avdelingen?						
<i>Mean (skala 1-5. Svaralternativer: Helt uenig, nokså uenig, både og, nokså enig, helt enig.</i> (* = Intergruppeforskjellene er signifikante Sig.<0,001, **Sig<0,005 på ANOVA N=104						
	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
a) Sykehusreformen har hatt liten betydning innenfor mitt ansvarsområde	3,3	2,5	3,1	2,3	3,1	2,9
b) Det er mye motstand mot sykehusreformen blant de ansatte	3,4	3,0	2,3	2,9	3,3	3,1
c) Sykehusreformen har ført til bedre organisering innenfor mitt ansvarsområde *	2,6	2,9	3,7	4,1	2,5	3,1
d) Sykehusreformen har medført større handlingsrom for meg som leder *	2,5	3,1	3,8	4,0	2,4	3,1
e) Sykehusreformen har ført til bedre samarbeid mellom ulike enheter	2,8	3,1	3,5	3,6	2,7	3,1
f) Sykehusreformen har ført til bedre samarbeid mellom ulike profesjoner **	2,4	2,8	3,2	3,4	2,4	2,8
g) Sykehusreformen har ført til bedre samarbeid mellom ledere og ansatte	2,4	2,5	3,4	3,2	2,4	2,8
h) Sykehusreformen har ført til mer byråkrati *	4,2	4,1	2,8	2,5	4,3	3,6
i) Sykehusreformen har ført til for mye fokus på effektivitet og kostnadshensyn	4,1	3,8	3,8	3,9	4,5	4,0

Et interessant funn er imidlertid at sykehusreformen, slik denne ledergruppen har erfart, har ført til mer byråkrati (alle 3,6). Helse Midt fremstår igjen som en slags ”vinner” med betydelig lavere skår enn de andre gruppene (2,5) i sammen med Helse

Vest-lederne (2,8). At reformen har ført til mye fokus på effektivitet og kostnadshensyn ser det ut til å være bred enighet om (Alle 4,0), med de sterkeste utslagene i Helse Nord (4,5). Der lederne rapporterer om at reformen har møtt motstand blant ansatte - ser denne ut til å være sterkest i Helse Sør (3,4) og i Helse Nord (3,3). I den grad reformen har gitt utslag på samarbeidsrelasjoner i form av bedre samarbeid mellom ulike profesjoner finner man de største utslagene i Helse Midt, hvor det rapporteres om en viss bedring i slike samarbeidsrelasjoner (3,4). Tabell 18. under gir et mer utfyllende bilde av hvilke områder reformen eventuelt kan ha bidratt til forbedringer.

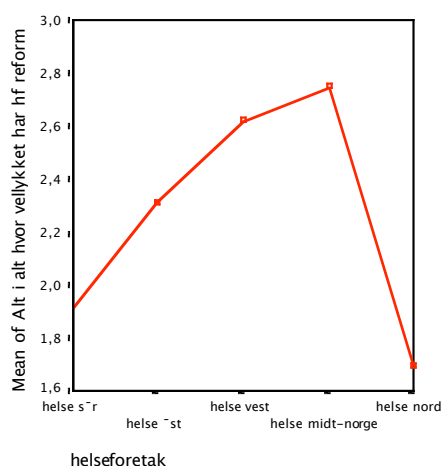
18. Ut i fra dine erfaringer med sykehusreformen så langt; i hvilken grad vil du si at det har skjedd forbedringer på følgende områder for ditt foretaks vedkommende?						
<i>Mean, skalering fra (1-5): 1 svært liten grad, i nokså stor grad, både og, i nokså stor grad, i svært stor grad.</i>						
<i>(* = Intergruppeforskjellene er signifikante Sig.<0,001, **Sig<0,005 på ANOVA)</i>						
<i>N= 101-104)</i>						
	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
a) Kortere ventelister **	3,5	3,6	3,5	4,1	2,6	3,5
b) Mer effektiv økonomistyring **	3,4	3,6	3,7	3,7	2,6	3,3
c) Sterkere pasientinnflytelse	3,2	3,0	3,4	3,8	2,7	3,2
d) Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter -døgnplasser	2,8	2,4	2,6	3,1	1,7	2,5
e) Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – poliklinisk tilbud **	3,2	2,6	3,2	3,9	2,0	2,9
f) Styrket kreftomsorg	2,9	2,7	3,2	3,4	2,4	2,8
g) Bedre utnytting av personalressursene	3,2	3,1	3,5	3,4	2,5	3,1
h) Bedre arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetaket	3,1	3,2	3,0	3,3	2,3	2,9
i) Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen	2,0	2,4	2,4	2,8	2,3	2,4
J) Økt fokus på utdannings- og forskningsoppgavene *	2,9	3,5	3,6	4,2	2,6	3,3
k) Økt fokus på pasientopplæring *	3,4	3,4	3,5	4,1	2,7	3,4
l) Utvikling av kvalitetsindikatorer	3,2	3,9	3,8	3,7	3,1	3,5
m) Færre korridorpasienter	2,5	2,5	2,4	2,8	2,0	2,5
n) Mer ressurser til tjenesteyting – mindre til byråkrati og administrasjon **	2,2	2,1	2,5	3,2	1,9	2,3
o) Bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten	2,9	2,8	3,4	2,9	2,5	2,8
p) Større likhet i tjenestetilbudet i regionen	2,8	2,5	2,4	2,8	2,1	2,5
q) Mer profesjonell og resultatfokusert ledelse *	3,2	3,7	3,9	4,0	2,3	3,4

De sterkeste signifikante utslag finner vi her i forhold til kortere ventelister hvor HM(4,2) igjen skiller seg ut med positive erfaringer i kontrast til HN (2,5), hvor lederne ikke stiller seg enig i en slik påstand. Tallene bør tolkes varsomt og det bør tas høyde for at det sannsynligvis er problematisk å henføre et slikt funn til reformen alene. Innføring av innsatsstyrt, aktivistertsbasert finansiering fra 1997 og økningen i DRG til 60% i deler av perioden etter 2002 og frem til i dag, kan kanskje vel så mye forklare reduksjoner i ventelister gjennom de senere år. Økt fokus på utdanning og forskning gir seg utslag i HV (4,2) og skiller seg signifikant ut fra ledergruppene i de andre helseregionene. Et større fokus på mer profesjonell og resultatfokusert ledelse er tydeligvis en forbedring alle lederne har erfart (3,4,). Mest i HM (4,0) og igjen signifikant mindre blant lederne i HN (2,3). Innføring av en sterkere kostnadsbevissthet og mer profesjonalisert ledelsesdimensjon har vært et sentralt mål med helseforetaksreformen og har tydeligvis i sammen med innføring av enhetlig ledelse forbedret lederes makt og innflytelse i sykehus, jfr. tidligere drøftinger og resultat omkring autonomi og handlingsrom (s. 1). Funnene må likevel tolkes varsomt og kan vel så mye være lederes ønsker og normative orientering om å harmonere med ”individmodellen”. På variabelen forbedring i forhold til kvalitet, dvs. utvikling av kvalitetsindikatorer finner man utslag og relativt høye skår i samtlige regioner (Alle 3,5). Den avgjørende ”dommen ” fremkommer i tabell 18. Her har 104 ledere fordelt på helseregioner tatt stilling til hvor vellykket de mener reformen har vært alt i alt.

19. Alt i alt, hvor vellykket mener du sykehusreformen har vært så langt?						
Mean (* = Intergruppeskjellene er signifikante Sig.<0,001, på ANOVA) N=104 (Svaralternativ: Svært mislykket, nokså mislykket, verken eller, nokså vellykket, svært vellykket)						
	HS	HØ	H V	HM	HN	Alle
Alt i alt, hvor vellykket mener du sykehusreformen har vært så langt?	1,9	2,3	2,6	2,8	1,7	2,2

Reformen tydeligvis ikke noen stor suksess sett med denne respondentgruppens øyne. Gjennomsnittet for landet ligger her på 2,2, med en viss tendens til en forståelse at reformen oppleves som mer vellykket i Helse Midt. Tilfredsheten med reformen ser ut til å være minst blant lederne i Helse Nord og Helse Sør. I fig.3 fremkommer et

visuelt bilde av variasjoner i forhold til hvor vellykket ledere innen de ulike regioner mener reformen har vært:



Diskusjon, drøfting og oppsummering

”And I am tempted to claim that doctors’ resistance to being treated just like other scientists stems from their awareness that their position is still that of the Master, which is why we do not expect the doctor just to tell us the unvarnished (objective) truth.” (Zizek, S. 2004 : 140)

Dette paperet gir ingen klare og entydige svar på spørsmål om rammebetingelser for ledere i norske helseforetak. Norske foretaksledere står i spenningsfeltet mellom en rekke forskjellige krav og hensyn. For det første skal disse lederne bære frem New Public Management inspirerte forestillinger gjennom reformen og fremstå i tråd med ”individmetaforen”, dvs. krav om større autonomi og et sterkere entydig og mer ansvarliggjort ledelsesideal. For det andre skal de være ansvarlige og lojale til sykehusorganisasjonens faglige styringstradisjoner. Om ledere i norske helseforetak lykkes med dette ser ut til å variere. På visse områder ser ledere i norske helseforetak ut til å harmonere med forestillingen om organisasjon og ledelse som det suverene individ, men det er samtidig betydelige variasjoner mellom regioner når det gjelder hva slags autonomi og handlingsrom ledere i norske sykehus avdelinger, klinikker og divisjoner har til rådighet. En del aktuelle funn har likevel pirret nyssgjerrigheten om hvilke spørsmål som trenger videre gransking, teoretiske tolkninger og kontekstuelle

analyser i de enkelte helseregioner og foretak. I tabell 19., er det gjort et forsøk på å dra sammen de mest i øynefallende variasjoner og funn i denne undersøkelsen.

For det første er det relativt store strukturelle variasjoner mellom regionene mht. hvordan de enkelte foretak er organisert, hvilke stillingsstrukturer som er utbredt, hvor mange hierarkiske nivå som er innført og hvor stort geografisk område den enkelte leder er ansvarlig for. I HS og HV ser klinikksjefstruktur ut til å være dominerende. I HØ har divisjonen fått stor utbredelse med sine divisjonsdirektører. I HM står vi overfor en mer blandet situasjon med en kombinasjon av avdelingssjefer og klinikksjefer i de ulike lokale foretak. I HN har dominerer avdelingssjef som stillingsbetegnelse for 2. nivået i sykehusenes lederhierarki direkte underlagt administrerende direktør. Forholdet til helseregionen som disse lederne har vært underlagt kan også ha spilt en avgjørende betydning i forhold til gode eller mindre gode styringsrelasjoner. Regionene har i de første årene etter foretaksreformen hatt betydelig variasjon i lederstabilitet (toppleder-turnover) på regionnivået. Helse Midt-Norge, Helse Øst og Helse Vest har hatt minst utskiftninger av ledere sammenliknet med Helse Nord og Helse Sør som har erfart mer turbulens og utskiftninger av den regionale ledelsen. Dette kan være med å forklare at foretakene i disse regionene ikke har lyktes med å bygge opp klare og tillitsbaserte styringsrelasjoner. De ulike regionene drasser også med seg ulik historisk strukturell ballast. Helse Sør hadde fra starten mange små likeverdige sykehus i intern konkurranse om ressurser og funksjoner. Samtidig har Helse Sør sine universitetssykehus i Oslo, Radiumhospitalet og Rikshospitalet. I utgangspunktet har dette vært dominerende enheter som har tiltrukket seg ressurser fra distriktene i regionen. I tillegg til den interne konkurransen om ressurser mellom store (regionsykehus/universitetssykehus), mellomstore (tidligere sentralsykehus) og små lokalsykehus, har det samtidig eksistert omfattende konkurranse om pasienter vis-à-vis de andre universitetssykehusene i Oslo og Helse Øst: Ullevåll og Aker. Økning i DRG-finansiering i perioden til 60%, har forsterket den uheldige konkurransen om pasienter. I øyeblikket representerer uheldige grensedragninger internt og mellom regioner den største strukturelle utfordringene knyttet til den norske helseforetaksreformen. Denne situasjonen har bl.a. aktualisert forestående fusjoner og sammenslåinger av sykehus i Oslo-området. Helse Nord var i perioden før reformen preget av regionale konflikter, mens Helse Midt har videreført

modeller fra den fylkeskommunale epoken - med nettverksbasert samarbeid på tvers av fylkesgrenser i den nye foretaksmodellen (Stigen, Finstad, Gjernes og Torjesen 2005). Det kan her legges til at ulik styringsfilosofi og trekk ved den regionale ledelsens evne til å manøvrere mellom kryssende hensyn og krav (mellom profesjon, foretaksstyring og nasjonal politikk) og at teften til antesipering av sentrale politiske signaler har variert mellom regiondirektørene. Slik kan teorien om kreative rolleinnhavere (individ) ha forklaringskraft (Hallingstad 2004).

For det andre finner vi variasjoner mellom regionene mht. ledernes resultatansvar og autonomi. Dette ser ut til å være størst i HV og HM og minst i HN som sannsynligvis kan forklares på bakgrunn av stillingsstruktur. Klinikksjefene i denne undersøkelsen har normalt flere geografiske ansvarsområder i sykehus og enheter innen helseforetaket HM, HV HS, HØ, enn f.eks. avdelingssjefer i HN. I den grad ledere rapporterer om begrensninger i autonomi - dreier dette seg om administrative beslutninger som innkjøp, disponering av lokaler og beslutninger om organisasjonsstruktur. I relasjon til de mer kliniske funksjoner og beslutningsområder fremstår autonomien til norske avdelingssjefer, klinikksjefer og divisjonsdirektører som gjennomgående stor. Dette kan indikere at faglige hensyn fremdeles står sterkt og at klinikken fremdeles ikke lar seg diktere i forhold til en administrativ overordnet foretaksstyring i tråd med individmodellen.

For det tredje har dette paperet brettet ut et bilde av ledernes verdipreferanser i norske helseforetak. I Helse Sør er f.eks. lederne mest opptatt av fornyelse og innovasjon, det samme i Helse Øst. Igjen kan kanskje dette forklares på bakgrunn av stillingsstruktur. Det forventes kanskje mer såkalt "change management aktiviteter" blant klinikksjefer med et større geografisk ansvar. Demonstrasjon av reformvilje og handlingskraft er kanskje den viktigste form for "sense making" blant lederne i disse regionene. I de andre regionene, f.eks. Helse Vest og Helse Midt gjør andre verdipreferanser seg sterkere gjeldende. Lederne i HV er mer opptatt av å overskride sektorgrenser og utvikle nettverk, mens lederne i HM tydeligvis skiller seg fra de andre med en sterkere vektlegging av å styrke brukedemokratiet.³ I Helse Nord ser tradisjonelle sektorspesifikke verdier fremdeles ut til å stå sterkt. Lederne her

³ Et funn som i tillegg er blitt støttet opp av annen informasjon; at det faktisk er omfattede brukerrettet prosjektaktivitet i denne regionen.

vektlegger helsefaglige tradisjoner og kontinuitet, mens de samtidig er mer ”skeptiske” og mindre lojale til overordnet ledelse. I HN er 17 av 24 ledere medisinerere. Slik vil det være nærliggende at disse lederne i større grad har faglige preferanser.

For det fjerde fremkommer det regionale variasjoner i forhold til hvem disse lederne oppfatter som relevante Andre innenfor helseregionene. I HM har man tydeligvis fått til et mer harmonisk og balansert forhold mellom de ulike ledernivåene i regionen og det regionale helseforetaket (Hallingstad 2004). Det regionale helseforetaket i HM har mer legitimitet og fremsår som mer anerkjent blant lokale helseforetaksledere i HM. Ideen om konsernmodell og styring i samsvar med ideen om organisasjon med ett hode og en stemme, gir sannsynligvis mer mening blant lederne i HM enn. Motsatt, det andre ytterpunkt i HN, hvor identifikasjon med det regionale helseforetaket er svært lav. At vi snakker om sykehus gjør seg likevel fremdeles sterkt gjeldende som identifikasjonsfaktor. Blant ledere på dette nivået i den norske sykehussektoren er den kliniske faglige identiteten svært fremtredende og 90% av disse lederne har medisinsk eller annen helsefaglig bakgrunn. Ledere i norske sykehus på dette nivå kan på denne bakgrunn karakteriseres som institusjonsforsvarere som fremdeles er bærere av faglige og lokale identiteter med ett bein godt planta i klinikken eller eget sykehus. Det er egen klinikk, avdeling eller lokale helseforetak som representerer de mest relevante kategoriene disse lederne å identifisere seg med.

For det femte har enhetlig ledelse styrket ledelsesfunksjonen i sykehus og gitt mer makt og innflytelse til ledelsen. Lederne i denne undersøkelsen er i tillegg enige om at en styrking av ledelsesfunksjonen har bidratt til en mer årvåken og bedre økonomistyring i sykehusene.

19. Ledelsesbetingelser i ulike helseregioner						
	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
Dominerende lederstilling	Klinikkssjef	Divisjonsdirektør	Klinikkssjef	Avdelingssjef Klinikkssjef	Avdelingssjef	Klinikkssjef Avdeling
Ansvarsområde	Ett eller flere sykehus 50/50	Flere sykehus	Ett eller flere 50/50	Flere 2/3	Ett (83%)	50/50
Resultatansvar	Gjennomgående fullt -innkjøp utstyr og disponering av lokaler	Gjennomgående - innkjøp utstyr og disponering av lokaler	Fullt	Fullt	Begrenset, spesielt innkjøp av utstyr og disponering av senger	

Autonomi	Stor, unntatt disponering av budsjett, lokaler og org.struktur	Stor, unntatt Disponering av senger og lokaler	Stor	Stor	Begrenset, spesielt disponering av senger, innkjøp og organisasjonsstruktur	Omfattende
Verdiorientering	Mest fornyelse og innovasjon Minst kontinuitet og helsefaglige tradisjoner	Mest fornyelse og innovasjon Minst kontinuitet og helsefaglige tradisjoner	Mest overskride Sektorgrenser og utvikle nettverk minst kontinuitet	Mest styrke brukerdemokrati	Minst lojale overfor Overordnet Ledelse Mest kontinuitet og helsefaglige tradisjoner	Offentlig Innsyn
Organisatorisk identifikasjon	Pasienter Lokalt hf. Egen klinikk	Egen klinikk Lokalt hf.	Egen klinikk Minst eget fag	Regionalt hf Pasientene	Minst regionale hf. Mest eget fag	Egen klinikk
Enhetlig ledelse	Makt til ledelsen	Makt til ledelsen	Makt til ledelsen Vanskelig å få oppslutning	Makt til ledelsen Vanskelig å få oppslutning	Makt til ledelsen	Styrket ledelse Bedre øk. Styling Positive erfaringer
Arbeidsformer og styringsrelasjoner	Dialog og samarbeid Lite øk. handlingsrom Uformell styring Undergraver Helhetlig resultatansvar	Dialog og samarbeid Lite øk. handlingsrom Uformell styring Undergraver Helhetlig resultatansvar	Dialog og samarbeid Lite øk. handlingsrom Uformell styring Undergraver Helhetlig resultatansvar	Dialog og samarbeid Lite øk. handlingsrom Uformell styring Undergraver Helhetlig resultatansvar	Svært lite øk. Samarbeid Svært mye uformell styring Lite involvering i beslutningstaking Ledelse på distanse (RHF)	Dialog og samarbeid
Endringer i arbeids- og funksjonsfordeling	Små eller ingen	Omfattende	Omfattende	En del	Små eller ingen	Relativt omfattende
Betydning av sykehusreformen	Mer byråkrati Mer fokus på effektivitet og kostnadshensyn Mye motstand Manglende leder autonomi	Mer byråkrati Mer effektivitet og kostnadshensyn	Større handlingsrom som leder Mer effektivitet og kostnadshensyn	Bedre organisering Større handlingsrom som leder Mer effekt og kostnadshensyn	Mer byråkrati Svært mye fokus på eff og kostnadshensyn Manglende leder autonomi	Relativ Liten betydning Mer fokus på eff og kostnads
Sykehusreformen forbedringer	Kortere ventelister Mer effektiv økonomistyring	Kortere ventelister Mer effektiv økonomistyring Kvalitetsutvikling	Kortere ventelister Mer effektiv økonomistyring Kvalitetsutvikling Mer fokus på utdanning og forskning	Kortere ventelister Mer effektiv økonomistyring Kvalitetsutvikling Mer fokus på utdanning og forskning Pasientinnflytelse	Ingen vesentlige rapporterte forbedringer	Kortere ventelister Mer effektiv økonomistyring

For det sjette har de aktuelle data vist at den uformelle styringen fremdeles gjør seg sterkt gjeldende. Teorien om helseforetak som individ vinner lite støtte her. Det ser ut til at den uformelle styringen i følge våre respondenter, kan undergrave det helhetlige resultatansvaret til ledelsen. Dette kan bero på nedarvede tradisjoner for stor faglig autonomi i sykehusene. Flertallet av lederne vi her har kontrollert for, kommer selv fra legeprofesjonen og mange av dem tar fremdeles aktivt del i klinisk arbeid. Initiativ til fornyelse og endringer vil gjerne i denne typen profesjonelle organisasjoner vokse ut av nye kunnskapsregimer i tilknytning til klinikken mer enn gjennom administrativt

initierte reformforsøk og vi står igjen med utvanning av NPM-inspirerte reformer og styringsinitiativ som resultat. Integrasjonsforsøk i form av sammenslåing av sykehus og funksjonsfordeling som medfører omorganisering av profesjonelle mønstre og praksisformer vil erfaringsmessig mislykkes hvis ikke dominante profesjonelle grupper ser fordelene ved endring. At såpass mange ledere på dette nivået i norske sykehus fremdeles er medisinere – kan i seg selv være en manifestasjon av at foretaksreformen egentlig ikke har gjort den store forskjellen; m.a.o. at intra- eller interorganisatoriske reformforsøk reproducerer den eksisterende forhandlede orden (det uformelle ”medikrati”) og at dominante profesjonelle grupper innen norske sykehus i liten grad ser grunn til å endre sin atferd (Denis, Lamothe, Langley & A. Valette 1999).

Helse Nord representerer her en absolutt topp - med relativt større utbredelse av uformell styring enn i de andre regionene. Ledergruppene i alle regioner rapporterer om god dialog og samarbeid mellom ulike nivå. Samtlige rapporterer om trange vilkår mht. handlingsrom når det gjelder økonomispørsmål som igjen sannsynligvis reflekterer de akkumulerte underskudd helseforetakene har opparbeidet de senere årene.

For det sjuende har endringstakten i arbeids- og funksjonsfordeling i flg. ledernes erfaringer, vært størst i HØ og HV, minst i HS og HN. HS fremstår her som et paradoks, dvs. at det har vært mye endringssnakk, men lite faktisk opplevd endring. Strukturelle og kontekstuelle forhold i de enkelte regioner og ulike endringsprosesser bør her undersøkes mer inngående skal en kunne forklare årsakene til variasjoner mer spesifikt.

Til slutt, ”byråkratispøkelset” følger med på lasset. At reformen ha ført til mer byråkrati, er en sammenfallende erfaring blant majoriteten av lederne i denne surveyen og kan vel tolkes dit hen at individmodellen har dårlige vekstvilkår i sykehussektoren utenom at det fører til flere administrative funksjoner og stillinger. Forsøk på økt kontroll og bedre styring gir ubønhørlig mer byråkrati. Umiddelbart fremstår dette som et paradoks i forhold til reformens intensjoner. Re-byråkratisering som reform-output er imidlertid en velkjent sak i forbindelse med introduksjon av NPM- inspirerte reformer i offentlig sektor (Pollitt & Bouckaert 2000). I den grad det

rapporteres om forbedringer relatert til foretaksreformen fremstår kortere ventelister, mer effektiv økonomistyring og mer fokus på kvalitet som positive erfaringer i alle regioner i tillegg til mer fokus på pasientinnflytelse, utdanning og forskning i HV og HM.

Litteratur

Berg, O. (1987) *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Universitetsforlaget, Oslo

Brunsson N. og J.P. Olsen (1997) *The Reforming Organization*. Fagbokforlaget, Bergen

Byrkjeflot, H. (2004) The making of a health care state? An analysis of the recent hospital reform in Norway. (A revised version of a manuscript forthcoming in: Andresen and Grønlie (eds) "*Hospitals, patients and medicine in modern history*", Rokkan Rapport 2004

Denis, J.L., Lamothe, L., Langley, A. & A. Valette (1999) The struggle to redefine boundaries in health care systems. In Brock, D. Powell, M. and C.R. Hinings (ed.): *Restructuring the Professional Organization*. Routledge, London

Gammelsæter H. og D. Torjesen: *Management Between Autonomy and Transparency in the Enterprise Hospital*. Rokkansenteret Working Paper 1-2004

Jespersen, P. K.: Sygehusledelse mellem interne strategier og institusjonelle krav. I Finn Borum (red.) (2003) *Ledelse i sygehusvæsenet*. Handelshøjskolens Forlag Kbh.

Jespersen, Peter Kragh (1999). "New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen". Artikel i: Bentsen, Borum, Erlingsdottir og Sahlin-Andersson (red.): *Når Styringsambitioner møder Praksis*. Kbh 1999 Handelshøjskolens Forlag

Jespersen, P. K. (2001) New Public Management reformer i det danske sygehusfelt. *Nordisk Administrativt Tidsskrift* vol. 82 nr. 1 p.22-41.

Marstein, Egil (2003): *The influence of stakeholder groups on organizational decision-making in public hospitals*. Series of Dissertations Nr. 2-2003 BI, Oslo.

Pollitt & Bouckaert (2000) *Public Management Reform. A comparative analysis*. Oxford University Press.

Stigen I.M., Finstad, N., Gjernes T. og D. Torjesen: Regional styring av lokale helseforetak – fri dressur eller samspill? I Stigen I.M og Ståle Opedal (2005) (red.) *Helsenorge i støpeskjeen*. (under utgivelse) Universitetsforlaget, Oslo

Vinge, S. og M. Knudsen: Infrastruktur og reformer i sygehusvæsenet. I Finn Borum (red.) (2003) *Ledelse i sygehusvæsenet*. Handelshøjskolens Forlag Kbh.

Vrangbæk, K. og D. O. Torjesen (2005): Sygehuslederens opfattelse af ledelsesvilkår i Danmark og Norge (Kommer i *Nordiske organisasjonsstudier sommer 2005*)