

ATM

Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Lene Susann Pilskog

Hva skulle læres?

En casestudie av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene

**ATM – Skriftserie
Nr. 25- 2008**

 **Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

POLIS
Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

ATM- skriftserie er en nettbasert publikasjonsserie med nyttgivelser av hovedfagsoppgaver, masteroppgaver, avhandlinger og paper som er produsert i tilknytning til ATM –prosjektet ved Rokkansenteret i perioden 2003 – 2008.

Forord

Autonomi, Transparens og Management (ATM) Et forskningsprosjekt omkring ledelse og organisering i helsetjenestene

Ansvar for sykehusene i Norge ble fra og med 1. januar 2002 overført fra fylkene til staten. Fem regionale helseforetak ble etablert. I tillegg er det gjennomført reformer som omfatter alt fra pasientrettigheter til finansieringsordninger til enhetlig ledelse. Formålet med ATM-prosjektet ved Rokkansenteret er å studere slike reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren. I studiet av de aktuelle reformene brukes de tre begrepene Autonomi, Transparens og Management.

Med AUTONOMI siktes det til ambisjonen om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til stater og regioner. TRANSPARENS; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasientens frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjoner dreier seg om å innføre MANAGEMENT – det vil si at det skal utvikles en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse reformambisjonene til et sterkt press for omstilling, samtidig som konsekvensene på det praktiske planet er tildels motstridende og uoversiktlige.

I prosjektet gjøres det analyser av ulike former for organisasjon og ledelse, blant annet med hensyn til mulige konsekvenser for effektivitet, kvalitet og legitimitet i helsetjenestene. Det gjøres sammenligninger med Sverige og Danmark med sikte på å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene. Det praktiske siktemålet med prosjektet er å utvikle forskningsbasert kunnskap omkring helsevesenets struktur og historie, bidra til å forstå aktuelle endringsprosesser og hvordan reformer ”virker” i praksis. Det er også et mål å bidra til kompetanseutvikling innenfor organisasjon og ledelse i helsevesenet, slik at helseinstitusjonene kan forbedre tjenesteytingen og kommunikasjonen mellom foretakene og befolkningen.

I prosjektet har det vært utviklet forskningsgrupper, nettverk og forskningsseminar der både praktikere, forskere og studenter har deltatt. Formidling av resultater fra forskningen skjer fortløpende på nettsidene til prosjektet (Se <http://www.polis.no>). Der formidles også resultater fra internasjonale forskningsseminarer og prosjekter der forskerne på ATM-prosjektet inngår, samt at det orienteres om åpne forskningsseminarer, formidlingsseminar og nettverksseminar.

Haldor Byrkjeflot
Prosjektleder

Kapittel 1: INNLEDNING	4
Tema og problemstilling	4
Den videre gangen i studien	6
Kapittel 2: BAKGRUNN	7
Sykehusreformen.....	7
NPM, fagledelse – ledelse i sektoren i et historisk perspektiv.....	8
Ledelsestradisjonen i sykehusvesenet	9
Ledelse og lederutvikling blir et satsningsområde.....	11
Lederutviklingens historikk og veksten av management feltet.....	14
Administrativt forskningsfond - det første norske lederutviklingsprogrammet.....	14
Kenningskolen.....	15
Konsulentene gjør sitt inntog	16
Kapittel 3: TEORI	19
Lederutvikling, lederutviklingsprogram og ledelsesideal	21
Verdiledelse.....	22
Faglig ledelse.....	23
Profesjonell ledelse	24
Kommunikativ ledelsesteori.....	26
Ledelsesnivå	28
Institusjoners tre pilarer.....	29
Institusjonalisme – tre analytiske perspektiv	29
Regulativt perspektiv.....	30
Forventninger til lederutviklingsprogram ut ifra et regulativt perspektiv.....	32
Normative perspektiv	33
Forventninger til lederutviklingsprogram ut ifra et normativt perspektiv.....	35
Kognitivt inntak.....	36
Forventninger til lederutviklingsprogram ut ifra et kognitivt perspektiv.....	39
Kapittel 4: METODE	42
Kvalitativt studie	42
Case	43
Datatilfang.....	47
Intervju	47
Dokument	50
Kapittel 5: TILBLIVELSESFASE.....	53
Foretaksreformen og de ”betydelige ledelsesutfordringer”	54
Bøte på problemer mellom styring ovenfra og styring nedenfra	56
Departementet og lojalitet	58
Verdier, holdninger og ledelsesatferd	59
Programmet og omgivelsene	65
Ledelse – noe sektorspesifikt	67
Målgruppen	69
Styringsgruppens krav til innhold	72
Oppsummering	73
Kapittel 6: GJENNOMFØRING AV PROGRAMMET	75
Struktur.....	75
Hovedtema ved seminarene	78
Plenumssesjonene.....	82
”Pasienten først!”	82
”Kunnskap, styring og ledelse”	84

”Pengene og livet”	86
”Reformen og fremtiden”	88
”Nye perspektiv og organisering”	90
”Pasienten først og sist!”	93
Funn.....	98
Oppsummering	98
Kapittel 7: HVA SKULLE LÆRES?.....	101
Styring av programmet.....	101
Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene: et verktøy	103
Oppsummerende avslutning	106
Litteraturliste	111
Offentlige dokumenter	113
Papir	114
Artikkel – Magasin.....	114
Internet	114

Kapittel 1: INNLEDNING

Tema og problemstilling

Ledelse har blitt et sentralt tema i forvaltningen fra 1980- årene og frem til i dag. Ledelse har i denne perioden fått en fremtredende plass i reformtiltak og i folks bevissthet. Tendensen har gått i retning av mer ledelse og mindre overordnet styring. Dette blant annet gjennom at stadig flere oppgaver er blitt delegert nedover og forvaltningsorgan har fått utvidede administrative fullmakter (Byrkjeflot 1997:13, Strand 2001:13). Også i helsesektoren er ledelse blitt et satsningsfelt. Fra å være preget av forvaltning og administrasjon, skjedde det på 1990-tallet en betydelig endring i retning av større interesse for aktiv ledelses- og organisasjonsutvikling ved sykehusene. Denne nye interessen kan spores i tiltak i regi av det enkelte sykehus, fylkeskommunene som eiere, og staten gjennom ulike forsøksprosjekter ("Sykehusreformen – noen eierperspektiv" 2001).

I spesialisthelsetjenesten er det spesielt sykehusreformen innført 1.1.2002 som bærer vitnesbyrd om dette ledelsesfokuset. Sykehusreformen overførte ansvaret for offentlige sykehus fra fylkeskommunen til staten gjennom Ot.prp.66 (2000-2001). Det ble etablert fem regionale helseforetak (RHF), og under disse flere lokale helseforetak (LHF). I Ot.prp.nr.66 (2000-2001) vektlegges sykehussektorens særtrekk i forvaltningssammenheng ved at sykehusene fremstår som særdeles komplekse teknologiintensive kunnskapsbedrifter. Med bakgrunn i stadig mer turbulente og krevende omgivelser, både i forhold til kunnskaps- og teknologifronten og etterspørselsiden, argumenteres det for viktigheten av en manøvreringsdyktig sykehusledelse. Reformen omtales da også som en ledelsesreform ("Sykehusreformen – noen eierperspektiv" 2001).

Sykehusreformen sammen med en rekke andre offentlige utredninger og tiltak¹ knyttet til norsk helsesektor, kan sees som uttrykk for et ledelsesfokus og en stor tro på ledelse som et verktøy for utvikling og bedring. Samtidig blir sykehusene stadig omtalt som en av de mest kompliserte organisasjonene å drifte som følge av både størrelse, spesialisering, kompetanse og teknologi. Ledere i sykehus skal ta beslutninger i krysningsfeltet mellom helsefag,

¹ Øie- utvalget 1981, NOU:1990 "Ledelse i sykehus" – utredning på oppdrag for Sosialdepartementet, NOU 1997:2 – Utredning om ledelse og organisering i sykehus, Innføring av enhetlig ledelse; spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-9) anno 1999, loven om helsepersonell, Sørensen-utvalget NOU 1999:15.

økonomi og politikk. Spenninger mellom medisinskfaglig og administrativt ansvar legger grunnlag for dilemmaer som ikke uten videre lar seg løse for ledere i denne sektoren.

Temaet for denne studien er ledelse, og hvordan en gjennom ledelse tenker å løse de problemer helsesektoren står overfor. I tråd med reformen ble det opprettet et nasjonalt lederutviklingsprogram for ledere i de nyopprettede helseforetakene i regi av Helsedepartementet og de fem RHF-ene. Programmet gikk under betegnelsen "Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene", og ble gjennomført som et pilotprogram for ledelsesutvikling i Sykehus-Norge i tidsrommet 2003-2004. Programmet ble omtalt som en viktig strategisk oppfølging av sykehusreformen. Erfaringene fra pilotprogrammet var ment å bli brukt i utformingen av et permanent nasjonalt program for lederopplæring i helsetjenesten med oppstart i 2005 (St.prp.nr1 2003-2004, Presseinvitasjon 22.04.03).

Denne studien vil se på ledelsesfokuset i offentlig forvaltning gjennom en casestudie av dette lederutviklingsprogrammet. Her vil jeg kartlegge hvordan en tenker å løse definerte problemstillinger sektoren står overfor gjennom først å se på begrunnelsen for opprettelsen av programmet, for så å se på det faktiske innholdet i programmet. Problemstillingen for studien er todelt og lyder som følger;

Hvordan ble opprettelsen av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene begrunnet?

I hvilken grad er det samsvar mellom begrunnelsen for opprettelsen av Nasjonalt program for ledelsesutvikling for helseforetakene, og gjennomføringen av programmet?

For å svare på første del av problemstillingen, vil jeg kartlegge argumentasjonen for opprettelsen av programmet slik den fremkommer i offentlige kilder, samt gjennom intervjuer med aktører ved programmet. Sentrale spørsmål i tilknytning til problemstillingens første del vil være; Hva er det lederutvikling skal gjøre? Hva er formålet? Hva skal endres gjennom programmet? Er programmet ment som et springbrett, eller er det meningen at innholdet skal avleiers nedover i organisasjonen? Problemstillingens andre del fordrer en gjennomgang av hva programmet sies å skulle inneholde, og hva det faktisk inneholder. Et sentralt spørsmål til problemstilling blir: Er det tett eller løs kobling mellom begrunnelse og innhold? Hva var det faktiske innholdet i programmet, og samstemmer det med begrunnelsen for opprettelsen av et nasjonalt lederutviklingsprogram?

For å belyse problemstillingen har jeg foretatt semi-strukturelle intervjuer med sentrale aktører i programmet og dokumentanalyser av offentlige dokumenter, evalueringsrapporten for programmet og programmets offisielle internettside.

Den videre gangen i studien

Studiens oppbygging er som følger: i neste kapittel skisseres bakgrunnen for den senere analysen. Kapittelets første del omhandler spesialisthelsetjenesten, som caset er hentet fra. Først redegjør jeg for innholdet i sykehusreformen. Så redegjør jeg for New Public Management, og om hvordan denne internasjonale reformbølgen har påvirket styringen av helsesektoren i Norge. Videre redegjør jeg for noen historiske endringer av ledelsestradisjonene i norsk helsesektor, grovt skissert fra 1945 og frem til i dag. Videre følger en gjennomgang av ledelsesfokus i spesialisthelsetjenesten fra 1980-årene og frem til i dag. Andre del av kapitlet omhandler lederutviklingsprogrammernes historikk i Norge. Frem til 1980-årene var det to ulike enkeltstående program som var dominerende i Norge; ”Solstrandprogrammet” og Kenningskolen. Etter 1980- årene ble lederutvikling et mye vanligere fenomen.

I kapittel 3 vil det teoretiske inntaket for studien redegjøres for. Først i kapitlet vil begrepene lederutvikling og lederutviklingsprogram defineres, deretter presenteres fire ulike ledelsesideal lederutviklingsprogrammer kan være tuftet på. Det gjøres også et teoretisk skille mellom ledelsesnivåer. Videre presenteres tre ulike institusjonelle perspektiv som vil brukes i analysen av datamaterialet i studien. Til slutt i teori kapitlet vil jeg fremsette forventninger til funn. I kapittel 4 redegjøres det for metoden for studien. Her beskrives studien som en kvalitativ casestudie, og datainnsamling via dokument og intervjuer redegjøres for.

Empirien i oppgaven deles inn i tre kapitler, ett for hver av de to problemstillingene og et avsluttende kapittel. Kapittel 5 vil kartlegge argumentasjonen rundt opprettelsen av et program, samt målsettingene med programmet. Kapittel 6 vil redegjøre for gjennomføringen av programmet. Kapittel 7 vil inneholde avsluttende kommentarer og en oppsummering av studien. Analysen av dataene vil komme fortløpende gjennom empirikapitlene.

Kapittel 2: BAKGRUNN

For å forstå hvorfor en oppretter et nasjonalt program for ledelsesutvikling må man ikke bare kjenne til den utenforliggende konteksten, men også organisasjonen hvor programmet oppstår. Det er nødvendig å kjenne den historien organisasjonen har med seg for å forstå hvordan disse fungerer i dag. I en kartlegging av begrunnelse for opprettelse av programmet er det viktig å kjenne til hvordan organisasjonen ser ut nå, og hvilke endringsforeløp som har ført til den eksisterende tilstanden. Disse faktorene kan ha innvirkning på dagens beslutninger og må tas med som bakgrunn for analyse. Jeg vil derfor i først del av kapittelet si noe om ledelse i sykehusvesenet, og hvordan ledelse har fortonet seg i helsesektoren etter 2. verdenskrig. I andre del av kapittelet vil jeg redegjøre for ledelsesutviklingsprogrammets historikk i Norge, som del av den utenforliggende konteksten. Jeg starter kapittelet med å redegjøre for innholdet i sykehusreformen.

Sykehusreformen

Sykehusreformen ble etablert ved at regjeringen fremmet forslag om statlig eierskap til offentlige sykehus gjennom Ot.prp.66 (2000-2001). Den nye loven overførte ansvaret for offentlige sykehus fra fylkeskommunene til staten. Både de lokale og regionale foretakene styres av en administrerende direktør og et styre. Helseministeren utnevner styrene i de regionale foretakene, og disse styrene velger sin egen direktør og administrasjon. Styrene har selvstendig ansvar for virksomhetens drift og resultater (Ot.prp. 66 (2000-2001)). Reformen innebar organisatoriske endringer med vekt på å skape klarere ansvars- og rollefordeling. Lovforslagene skulle legge til rette for en ansvars- og organisasjonsreform i spesialisthelsetjenesten. På denne måten skulle det legges bedre til rette for politisk styring og for virksomhetens produksjon av helsetjenester (Ot.prp.66 2000-2001).

I Ot.prp.66 (2000-2001) heter det at pasientens behov både er utgangspunktet og målet for reformarbeidet. Hovedintensjonen var å bedre tilbudet til pasientene gjennom å bedre organisering og ledelse. I dette ligger det en målsetting om at helsetjenestens innhold og tilgjengelighet skal forbedres. Videre heter det at regjeringen spesielt vil fokusere på problemer knyttet til uakseptable ventetider og overbelegg. Det er også viktig å utjevne de store forskjellene i helsetilbudene over landet. Som et virkemiddel til måloppnåelse er omorganiseringen ment å tilrettelegge for lederskap gjennom tydelig plassering av ansvar og

myndighet. Dette uttrykkes eksplisitt når det i forslag til ny lov om foretak sies at: *"dette er vel så mye en ledelsesreform som en eierreform"* ("Sykehusreformen - noen eierperspektiv" 2001).

Gjennom foretaksorganiseringen er det meningen at sykehusene skal få større ansvar og handlingsrom. Foretaksorganiseringen stiller da større krav til det ledelsesmessige ansvar på alle nivåer. En følge av dette er et sterkere fokus på ledelseskompetanse både på det overordnede og utøvende plan (Ot.prp.66 2000-2001, Sykehusreformen – noen eierperspektiv, helseuniversitetet.no/Programmets mål). Et ledd i reformens mål om å plassere ansvar, var å gi foretakene vide fullmakter til å innrette organisering og daglig drift. Med de prinsipper for statlig eierstyring som ligger til grunn for reformforslaget, er intensjonen at sykehusene vernes mot statlig detaljstyring. Samtidig må helseforetakene forholde seg til og være lojale mot nasjonale prioriteringer. På denne måten skulle reformen gi en klar rollefordeling både med hensyn til ledelse og i henhold til drift (Ot.prp.66 (2000-2001)), Sykehusreformen - noen eierperspektiv).

Helsedepartementet forvalter det statlige eierskapet og styringsposisjonen overfor de regionale helseforetakene gjennom to roller; eierrollen og rollen som tilskuddsforvalter. Eierrollen innebærer at departementet benytter sin organisatoriske posisjon til å utøve styring, som utarbeidelse av vedtekter og sammensetning av styrene i de regionale foretakene. Gjennom rollen som tilskuddsforvalter setter departementet vilkårene for finansiering. Det årlige styringsdokumentet gir den formelle tildeling av foretakenes ressurser, utdyper målkrav, gir prioriteringer og setter strategiske resultatkrav (St.prp.nr.1 (2003-2004)).

NPM, fagledelse – ledelse i sektoren i et historisk perspektiv

Den offentlige tjenesteytingen i sin helhet har vært satt under press i en rekke land fra 1980-tallet og utover. Kritikken mot den eksisterende offentlige tjenesteyting har vært knyttet til ineffektiv ressursbruk, byråkratisk forvaltning preget av liten endringsdyktighet og -villighet, og at tjenesteytingen har vært lite lydhør overfor brukernes ønsker krav og behov (Lægneid et al 2003). Denne kritikken har gitt grobunn for en ny reformtrend som har gått under navnet New Public Management. (NPM). NPM er en samlebetegnelse for en rekke nyliberalistiske trender som har gjort seg gjeldende i OECD-området fra slutten av 1980-tallet. Denne

internasjonale styringslogikken er i stor grad basert på markedsmodeller med privat sektor som forbilde.

NPM vektlegger det ledelsesmessige totalansvaret for resultater og måloppnåelse. Alle virksomheter, også offentlige, bør finansieres gjennom egne inntekter. Bruk av økonomiske incentiver blir viktig. Et annet element er at manglende måloppnåelse bør få konsekvenser (Byrkjeflot og Neby 2005). At offentlig sektor bør reformeres med utgangspunkt i modeller med vekt på borger- og brukermedvirkning, resursutnyttelse gjennom markedsmekanismer og tro på ledelse, virker å være omkvedet. Norge har blitt ansett som noe nølende NPM - reformator, men NPM har gjort seg sterkt gjeldende også her fra midten av 1990-tallet (Christensen og Egeberg 1997:374, Lægreid et al. 2003, Nerheim 2005).

Sykehusreformen kan på mange måter beskrives som en "New Public Management" (NPM) - reform (Lægreid et al. 2003, Byrkjeflot og Grønlie 2004). Tiltak som omhandler oppsplitting av tradisjonelle forvaltningsorgan gjennom tilknytningsformer, samt det å skille mellom dem som bestiller og dem som produserer offentlige tjenester, regnes som NPM- tiltak. Innenfor menyen av tiltak legges det også vekt på profesjonell managementorientert ledelse og økt lokal autonomi over ressursbruk (Christensen og Egeberg 1997:375). NPMs tiårige historikk i spesialisthelsetjenesten har gjort seg gjeldende gjennom økt incentivbruk med særlig økt vektlegging av innsatsstyrt finansiering, større fokus på resultatmåling og sammenlignbare data mellom sykehus, større fokus på lederroller og lovbestemmelser om enhetlig ledelse, fritt sykehusvalg for elektive tjenester, ny helselovgivning som knytter ansvaret til ledelsesposisjoner framfor profesjonsutdannelse, samt foretaksorganiseringen med nye fullmakter for ledelse av helseforetakene.

Ledelsestradisjonen i sykehusvesenet

Det er ikke bare NPM og sykehusreformen som har stått for endringer innen spesialisthelsetjenesten i Norge. Johansen (kommende) argumenterer for at det har skjedd endringer i vilkårene for offentlig styring i helsevesenet de siste årene gjennom at en har gått fra en bottom-up til en mer top-down preget styring. Dette innebærer at styringen kontrolleres i mye større grad ovenfra, fra myndighetene, fremfor fra aktørene i feltet. Johansen redegjør for denne utviklingen i en kommende artikkel tilknyttet en PhD avhandling. Her settes dagens endringer inn i et historisk perspektiv hvor av Norge i perioden 1945-1970 hadde ubestridt

enhetlig *legeledelse*. Legene var de rådende premissleverandørene til helsepolitikken i denne perioden, i tillegg til at de var selvsagte ledere av sykehusavdelinger og sykehus. ”Få, om ingen satte spørsmålstegn ved legens makt, verken faglig eller politisk.” (Johansen: kommende). En viktig person i oppbyggingen av helsevesenet i denne perioden var helsedirektør Karl Evang. Med Evang i spissen ble da *fagstyret* et sentralt trekk ved statsforvaltningen og sykehusvesenet. Med fagstyre menes her at fagfolk gikk inn i statsforvaltningen, og gjennom dette satte premissene for politikktutforming. Fokuset lå på tilgang og kvalitet, mens de økonomiske hensyn kom i andre rekke. Denne styringsformen har også gått under betegnelsen ”medikrati” (Torjesen 2007).

Med 1970-årene kom en kritisk holdning til den voksende velferdsstaten og ”system Evang”. Legenes makt ble utfordret av sykepleierne og ikke minst helsebyråkratene som på sin side stilte seg kritisk til helsevesenets akselererende ekspansjon og økende økonomiske forbruk. Helsevesenet ble nå oppfattet som ineffektivt og lite brukervennlig. Det ble søkt etter en annen styringsform og nye måter å organisere på, og samtidig økte fokuset på effektiv organisering og ledelse (Johansen: kommende).

Dette var tema for St. mld. nr 9 (1974-75), men selv om ledelse ble nevnt i denne meldingen ble det ikke igangsatt konkrete tiltak. I første omgang konsentrerte man seg om styringsendring og organisatoriske endringer. Spørsmål om makrostruktur og finansiering dominerte så til ut på 1980-tallet (Johansen: kommende). På 1980-tallet ble de økende utgiftene til sektoren adressert ved innførsel av en ny finansieringspolitikk. Det rådende kurlpengesystemet ble oppgitt til fordel for rammefinansiering. De økonomiske ressursene skulle nå kontrolleres ovenfra, fra (helse)politikkerne. I praksis innebar det økt styring fra toppen (ibid). Styringsformen sies å skifte fra medikrati til byråkrati i perioden 1970-2000.

1980- og 1990-tallet preges av at en ny type politikere² overtar styringen av helse-Norge, samtidig som samfunnsøkonomene og samfunnsviterne tar over for legene som helsepolitiskekspertise. På 1990-tallet får en sterkere statlig styring av helsepolitikken (Johansen: kommende). Torjesen (2007:14) peker på de senere års reformforsøk og viser til ”kvasimarkedet” som styringsform. Følgende punkter kan trekkes frem: ledelse er viktigere enn administrasjon, funksjonsfordeling etter kvalitet og effektivitet, målet er at pasientens

² 1995 overtok sosiologen Gudmund Hernes som helseminister etter legen Werner Christie (Johansen: kommende).

behov skal imøtekommes, innsatsstyrt finansiering skal gi incentiv til god drift og fristilling av sykehus.

Ett tiltak med fokus på ledelse var innføring av enhetlig ledelse. Prinsippet om *enhetlig ledelse*, nedfelt i lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2.juli 1999, ble innført sammen med den omtalte sykehusreformen (Nerheim 2005). I lovens ordlyd heter det at;

”sykehus skal organiseres slik at det er èn ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i foreskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.”
(Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9³)

Frem til lovendringen var de fleste norske sykehus på avdelingsnivå organisert gjennom todelt ledelse; en avdelingsoverlege og en oversykepleier fungerte som likeverdige ledere. Disse delte så arbeidsoppgavene mellom seg etter respektive kompetanseområder (Nerheim 2005). Loven åpner for et profesjonsnøytralt ledelsessystem, som etter intensjonen vil si at sykepleiere nå har like stor mulighet til å bli ledere som leger. I enhetlig ledelse skal kun en leder ha ansvaret, og *lederrollen* skal være viktigere enn profesjonsrollen. Den enhetlige lederen skal være leder for alle på klinikken/avdelingen på tvers av profesjonsgrupper. Denne lovendringen brøt i så måte med ledelsestradisjonen i sykehusene (Nerheim 2005).

Oppsummert kan det sies at endring i styringslogikk i spesialisthelsetjenesten ikke er et nytt fenomen. Historisk har legene spilt en sentral rolle som premissleverandører i etterkrigstidens helsevesen i Norge. Legemakten fortrenses så til fordel for politisk-byråkratisk styring, som igjen fortrenses av NPM styring og profesjonell ledelse som opererer i ”kvasimarkedet”. En kan si at tendensen de siste årene har gått fra en bottom-up til en mer top-down preget styring.

Ledelse og lederutvikling blir et satsningsområde

I 1990 oppnevnte sosialministeren ”Andersland-utvalget” som skulle ha som oppgave å vurdere, og komme med anbefalinger om ledelse i offentlige sykehus (NOU 1997:2, Kap 10). I tillegg til de tradisjonelle aktørene i helsevesenet, besto arbeidsgruppen av ledere fra næringslivet. Argumentene for å bringe inn aktører fra privat sektor var å ”trekke på den kompetanse og erfaring ledere fra næringslivet har utviklet, med tanke på å vurdere

³ <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-061-003.html#3-9>

anvendeligheten av de prinsipper som er lagt til grunn for ledelse av private bedrifter.”(se s 23) Utvalgets forslag hvilte på en idé om at en generell administrativ ledelse, i motsetning til faglig ledelse, ville være det optimale på avdelingsnivå (Johnsen: kommende). Arbeidsgruppen kom med en innstilling hvor det ble foreslått å innføre Kenningledelse⁴ i sykehusene (NOU 1990). Byrkjeflot (1997) beskriver det slik:

”Forslaget var, underlig nok, det første som så på lederutvikling som en essensiell del av type effektivitetsprogram som det som ble lansert midt i 1970-årene. Den nasjonale helseplanen fra 1988 nevner lederutvikling, men lanserer ingen offensive forslag. Andersland-utvalget derimot lanserte et offensivt forslag” (Byrkjeflot 1997).

I følge utvalget lå mye av problemet i: *”at ledelse hittil nærmest har vært uløselig knyttet til toppkompetanse og faglig autoritet”* (NOU 1990:76). Forslaget om å oppløse legenes monopol på lederstillinger møtte sterk motstand i helsesektoren hvor fagledelse har hatt en sterk posisjon i Norge, forslaget ble lagt til side blant annet på grunn av regjeringsskifte (Byrkjeflot 1997).

Sosial- og helsedepartementet satte i 1996 ned et utvalg for å utrede organisasjons- og ledelsesforhold intern i sykehus på bakgrunn av retningslinjene for ”pasienten først”⁵ (NOU 1997:2). I mandatbeskrivelsen til utvalget heter det: *”Det er på høy tid å oppdatere prinsippene for intern organisering og ledelse i sykehus.”* Det refereres videre til et vedtak under budsjettbehandlingen for 1996:

”Stortinget ber regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Administrativ ledelseskompetanse skal være et krav. Det må være klare ansvarslinjer, slik at den som innehar et medisinsk faglig ansvar også har nødvendig myndighet.” (NOU 1997:2 –Vedlegg 1).

Utvalget kom med en rekke forslag til tiltak. Ledelse med fokus på riktig ansvar, fullmakter og virkemidler, samt en ledelse med holdninger som tilstreber tverrfaglig samarbeid med fokus på pasientens behov, ville ivareta pasientens beste. Utvalget understreket at de foreslåtte endringene ville skape en ny lederrolle i sykehusene, og at dette fordret en holdningsendring hos dem som skulle være ledere og blant dem som skulle ledes (NOU 1997:2 s.14). Blant forslagene til tiltak var innføring av enhetlig ledelse, bruk av ledergrupper for å sikre

⁴ Se kapittel 2 ”Kenningskolen”.

⁵ ”Pasienten først” er ett sett retningslinjer fra departementet bestående av 10 punkter (NOU 1997:2 s.9). Retningslinjene angår hele helsetjenesten, ikke bare sykehusene.

tverrfaglig samarbeid, og å sørge for at lederne skulle inneha både reell ledelseskompetanse og relevante faglige kvalifikasjoner (ibid:14-15).

I St.prp.nr1 (2003-2004), ”1. Plan- og meldingssystem for regionale helseforetak”, ble det påpekt at ledelse var utpekt som et nasjonalt strategisk satsningsområde som skulle utformes i felleskap mellom de regionale helseforetakene og departementet. Videre ble det forfektet at god ledelse i foretakene var av kritisk betydning for å nå målet om å gjøre helseforetakene til *moderne, effektive og slagkraftige organisasjoner* (St.prp.nr1 2003-2004, ”1.4.2 Ledelse”). Vi finner den samme formuleringen i St.prp.nr1 2002-2003 (under punktet 4 ”Modernisering”). Her blir det også slått fast at nettopp ledelse er et høyt prioritert satsningsområde.

Jeg har i overstående del av kapitlet redegjort for den sektorspesifikke konteksten til opprettelsen av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene. Lederutviklingsprogram per se er dog ikke et isolert fenomen innen spesialisthelsetjenesten. Lederutviklingens historie i Norge begynner i privat sektor med to dominerende skoler som ble grunnlagt på 1950-tallet; ”Solstrandprogrammet” og Kenningskolen. Disse vil jeg si noe om i den resterende delen av kapitlet. I tillegg vil jeg gjøre rede for konsulentbransjens oppblomstring på 1980-tallet.

Lederutviklingens historikk og veksten av management feltet

Administrativt forskningsfond - det første norske lederutviklingsprogrammet

Administrativt forskningsfond (AFF) ved Norges Handelshøyskole (NHH) ble stiftet i 1952. Det var først gjennom dette programmet en fikk en systematisk formidling av ledelsestenkning i Norge (Strand 2001:100). Den gang var ledelsesspørsmål et lite berørt tema i Norge. Det første "Kurs i administrasjon" ble holdt ved Solstrand Hotell i Os tre mil fra Bergen, der av navnet "Solstrandprogrammet". Her ble deltagerne innkvartert, og oppholdt seg gjennom programmets varighet på elleve uker, fordelt på en vårsesjon og en høstsesjon (Jørstad 2002). Programmet har vært i drift frem til i dag, noe som gjør programmet til et av de eldste programmene i Skandinavia (Sæter 1999).

Den største drivkraften bak programmet var Rolf Waaler – professor i arbeidspsykologi og personalforvaltning ved NHH. Det primære målet til Waaler var å etablere et "lederutviklingsprogram". Betegnelsen "administrativt" ble likevel vel valgt da "ledelse" var et lite utbredt begrep på den tiden (Jørstad 2002).

Waaler hentet mye av sin inspirasjon fra USA og England. To forbilder blir spesielt nevnt; Harvard Business Schools Advanced Management Program og The Administrative Staff Collage i Henley. Med inspirasjon fra de to overnevnte institusjonene, ble det opprinnelige programmet bygget på casemetode, gruppearbeid og rollespill. Grunnpilaren i kurset var at deltagerne skulle lære av hverandre og med hverandre gjennom disse pedagogiske prosessene. Casemetoden, eller virkelighetsbasert læring som det også ble kalt, ble den gang som nå regnet for å være en stor suksess ved Harvards Management Education. Casemetoden ble ingen slik suksess ved Solstrand, og utgikk etter få år til fordel for rollespill, eller situasjonsspill. Henley gav opphav til studiegruppemetoden, som ble programmets grunnstein. Regien av gruppearbeidet på Solstrand anses å være en direkte kopi av fremgangsmåten ved Henley (Jørstad 2002).

Både Harvard og Henley brukte næringslivsledere og kjente fagfolk som gjesteforelesere. Dette ble også gjort ved Solstrand, men det var gruppearbeidene som ble det sentrale fra starten av. Programmets varighet var også et fellestrekk; Harvards program strakk seg over tolv og en halv uke og Henleys program over elleve, som Solstrandprogrammet.

Kurs i administrasjon hadde også en del særtrekk som gjorde det annerledes en Henley og Harvard. Den spesielle internatformen ved Solstrand skapte et ”kurs bak kurset” ved at diskusjonen og arbeidet fortsatte i de formelle og uformelle gruppene utenfor det fastlagte programmet.

Programmet har gjennomgått store forandringer fra 1952 og frem til i dag. Fra å konsentrere seg om de funksjonelle områdene en antok at lederne måtte beherske, slik som finansiering, økonomisk styring, markedsføring, personalledelse med mer, til å gå videre i rolleutvikling, personlighetsutvikling, organisasjonsanalyse, strategisk ledelse og internasjonalisering (Strand 2001:100). Grunnideologien etter 1970 har vært preget av det en kan kalle den nyhumanistiske psykologien, uten en eksplisitt uttalt norm for hva som skulle være god ledelse (Tronsmo 1999, i Strand 2001:101). Humanpsykologien har preget dets innhold, men først og fremst dets pedagogikk; utviklingen av den enkelte og utviklingen av grupper.

AFF tilbyr i dag flere åpne program som er tilgjengelig for dem som ønsker, og flere lukkede program for spesifikke grupper. I tillegg til ”Solstrandprogrammet” som retter seg mot allerede etablerte ledere på høyt nivå, består dagens åpne program av et utviklingsprogram for yngre ledere, et utviklingsprogram for organisasjonskonsulenter og et program som retter seg mot ledere som ønsker å utvikle sine relasjonelle ferdigheter og bli tryggere i sin lederrolle. De lukkede programmene, eller bedriftsprogrammene, består av tjenester rettet mot bedriftsinterne utviklingsprosesser og interne lederutviklingstiltak. Fra starten av og til ut på 1980- tallet var det åpne programmet ”Kurs i administrasjon”, eller ”Solstrandprogrammet”, en klar hovedaktivitet. I dag er det de lukkede programmene som utgjør AFFs største virksomhetsområde (Sæter 1999, <http://www.aff.no>, 23.05.06).

Kenningskolen

Rasjonalistiske systemmodeller hadde ingen utpreget innvirkning på norsk ledelse før 1980-tallet⁶, med ett unntak: den såkalte Kenningstradisjonen (Strand 2001:102). George Kenning ble i 1955 invitert til Norge av The Norwegian Productivity Institute” (NPI). Og ble brukt av flere av de største industriselskapene i Norge i ca 30 år. Kennings management modell var i

⁶ Halvorsen (i Byrkjeflot 1997) regner Taylors Scientific management for å være det som opptok de første moderne bedriftsrådgiverne. Bevegelsen startet tidlig i foregående århundre. Tayloristiske ideer møtte stor motstand i Norge, og er ikke påvist i noen rendyrket form (Strand 2001).

hovedsak orientert mot organisasjonens indre effektivitet. Han presenterte et sett teknikker og pedagogiske prinsipper som, dersom implementert korrekt, angivelig skulle kunne ut i en holdningsendring og skape et sammenhengende autoritativt, hierarkisk system i organisasjonen. Sentralt i Kennings lære, sto 31 teser om ledelse. Disse var retningslinjer for ledere som beskrev hvordan en ble ekspert i- og profesjonell i ledelse. Det var et sett av regler om hvordan en kan forstå ledelsesfunksjonen, hvordan utvikle ansvarlighet (accountability), hvordan skille mellom linje og stabs relasjoner⁷, og hva det innebar å være lojal mot bedriften. Kennings mest omstridte prinsipp var at han insisterte på at managere skulle ta ansvaret for organisasjonens ”internal organizational affairs”, og at de ansatte bare skulle følge ordre. Han ville alltid starte sitt lederutviklingsprogram med toppledelsen, for så å arbeide seg nedover i organisasjonen (Byrkjeflot 2002).

Essensen i Kennings lære har blitt oppsummert i disse påstandene; ledelse er målrettet styring, faglig dyktighet er ingen lederkvalitet, en leder kan lede hva som helst, generelle prinsipper om ledelse kan benyttes i hvilken som helst virksomhet (Strand 2001:102).

Konsulentene gjør sitt inntog

Kenningismen fikk dominere i Norge, sammen med Solstrandprogrammet, frem til slutten av 80- tallet. I perioden var disse to høyst ulike programmene de viktigste kildene til import og utvikling av nye ideer om ledelse (Byrkjeflot 1997, Strand 2001, Byrkjeflot 2002). Strand (2001:103) redegjør så for en sterk oppblomstring av konsulentmarkedet i Norge fra 1980-årene, og peker på at det ikke lenger er lett å skille ut hva som er dominerende skoleretninger innenfor ledelsestanken. Sahlin-Andersson og Engwall (2002) redegjør for det de kaller en dramatisk vekst og spredning av Management kunnskap mellom kontinenter og sosiale sektorer gjennom 1980- og 1990- årene, og Norge er intet unntak. Strand sier det slik: *trolig er alle varianter av den tenkningen og teoretiseringen som finnes på verdensmarknaden, kjent innenfor det norske miljøet* (Strand 2001:103).

Hva er det så som formidles gjennom disse ledelseskonseptene? Halvorsen (1997) viser til at det i dag finnes understrømmer av ideer fra de fleste sosiale bevegelsene som gjorde seg gjeldene foregående århundre. Nye ideer trenger ikke alle andre ideer til side for å råde

⁷ Linjeforhold betegner forholdet mellom en medarbeider og dennes direkte over- eller underordnede. Alle andre forhold er stabsforhold, som for eksempel rådgivningsrelasjon (Strand 2001:102).

grunnen alene. Det ser likevel ut som at det til en hver tid er ett bestemt konsept som er mest moderne og får mest oppmerksomhet (Røvik 1998).

Bruk av regelmessig konsulentbistand blir vanlig på 1980- tallet i offentlige så vel som i private organisasjoner (Askvik 1997). I tillegg begynner det profesjonelle ledelsesidealet å gjøre seg gjeldende i offentlig sektor på lik linje med det private næringsliv. Avstanden mellom privat og offentlig sektor, i hva som regnes for "god ledelse", blir mindre. Først og fremst gjennom at offentlige ledere nærmer seg de private i sine oppfatninger (Næss, referert til i Byrkjeflot 1997). I 1991 kunne Røvik vise til at det eksisterte i overkant av 300 konsulentfirmaer i Norge som kunne tilby tjenester innenfor organisasjon og ledelse. Over halvparten av disse hadde i løpet av åttiårene hatt oppdrag for offentlig sektor (Røvik 1992).

Strand (2001:103) oppsummerer funnene fra norske forskere på 1990-tallet (Askvik, Røvik og Halvorsen) og viser til en konsulentbransje som er talsmenn for det som er moderne, mote. Røvik (1992:10) beskriver situasjonen slik: *"I løpet av åttiårene har det [...] festet seg et bilde av offentlig virksomhet som umoderne og lite effektive og følgelig i sterkt behov for forandring og forbedring.* Denne problembeskrivelsen blir forfektet av myndighetene selv; fra politiske partier, interesseorganisasjoner, konsulenter, samt fra massemedia og menigmann. Slik Halvorsen (1997) ser det, er bedriftsrådgivernes identitet tett knyttet til sosiale bevegelser og trender. Bedriftsrådgiverne innehar rollen som eksperter og budbringere for "hva man gjør nå fortiden". Disse har til en hver tid førstehåndskjennskap til de mest moderne tolkningsforslagene som rører seg i tiden. Yrkesgruppen tjener som medium mellom stadig skiftende organisasjonsmoter.

Byrkjeflot (1997) redegjør videre for hvordan tendensen i offentlig sektor har gått fra overordnet styring til ledelse ved at stadig flere oppgaver har blitt delegert nedover. Lederutviklingstiltak blir av den grunn viktigere. Han argumenterer videre for at veksten innenfor nye utdanningsretninger og karriereveier innenfor ledelse, blant annet gjennom veksten i konsulentbransjen, i seg selv styrker etterspørselen etter ledelse. Dette bidrar også til at det oppstår en ny samordningselite som utfordrer våre tradisjonelle forestillinger om styring.

Oppsummert har jeg i dette kapittelet redegjort for at endringer i spesialisthelsetjenesten de siste 50 årene kan beskrives ved at styringen har gått fra en bottom-up til en mer top-down

preget styring. Sykehusreformen innført 1.1.2002 kan settes i sammenheng med en internasjonal reformtrend som har gått under navnet New Public Management (NPM). Et element innenfor denne reformtrenden er fokus på det ledelsesmessige totalansvaret for resultater og måloppnåelse. Det er spesielt etter 1990 denne reformtrenden har gjort seg gjeldende i norsk spesialisthelsetjeneste. Lederutvikling spesielt ble først lansert som et offensivt forslag i Anderslandutvalget i 1990. Dette til tross for at lederutvikling som fenomen hadde eksistert i Norge siden 1950 tallet, dog i moderat utstrekning frem til slutten av 1980 årene, hvor lederutvikling ble mer vanlig.

Kapittel 3: TEORI

Jeg vil i det følgende kapittelet presentere mine teoretiske valg og vise hvordan jeg har tenkt å benytte meg av teorien i analysen av datamaterialet. Roness (1997:5) beskriver teori som; *eit relativt systematisk sett av førestillingar om samanhengar mellom ulike fenomen*. Videre poengterer han at en teori må ha en viss spredning, samt omfatte den underliggende logikken for at vi får disse sammenhengene. *Perspektiv*, og *tilnærming*, beskrives i Roness (1997:14-15) som en samling nærliggende teorier. Med nærliggende menes at teoriene er opptatt av de samme typer mekanismer som sammenhenger mellom fenomen kommer til uttrykk gjennom. Teori kan brukes både kategoriserende og forklarende, og jeg vil i denne studien bruke teori både for å kategorisere og for å forklare.

Scott (2001) har utarbeidet et omfattende analytisk rammeverk som tar sikte på å fange inn de ulike institusjonelle perspektivene innen organisasjonslitteraturen, da med spesiell vekt på ny-institusjonell teori. Ny-institusjonell teori vektlegger de *institusjonaliserte omgivelsene* som formelle organisasjoner befinner seg i. Innenfor disse omgivelsene konfronteres organisasjonen med sosialt skapte normer og konvensjoner for hvordan den enkelte organisasjon til en hver tid bør være utformet. Scott (2001) skiller så mellom tre analytiske perspektiv: regulativt, normativt og kognitivt. Disse tre perspektivene vil gi ulike forklaringer på sammenhengen mellom institusjonaliserte omgivelser og opprettelsen av et lederutviklingsprogram.

Jeg tar utgangspunkt i Scotts inndeling i utarbeidelsen av et analytisk rammeverk for dette prosjektet. De tre perspektivene vil gi opphav til forskjellige prediksjoner eller forventninger til funn i innsamlet materiale. Ved å bruke tre perspektiver som vektlegger ulike forklaringsfaktorer, søker jeg å belyse empirien fra ulike vinkler. Dette gjør det mulig å fange opp ulike former for sammenhenger i studien av lederutviklingsprogrammets begrunnelse og gjennomføring.

Før jeg presenterer de tre valgte teoretiske perspektivene for prosjektet vil jeg i første del av kapittelet foreta begrepsavklaringer av begrepene lederutvikling og lederutviklingsprogram. Videre introduseres fire ulike teoretiske ledelsesideal: verdiledelse, faglig ledelse, profesjonell ledelse og kommunikativ ledelse. Disse ledelsesidealene representerer ulike syn på hva ledelse er og/eller bør være, og synliggjør således hvordan opprettelsen av et

lederutviklingsprogram kan begrunnes ulikt avhengig av hvilke ledelsesideal som forfølges. Ledelsesidealene vil også bli brukt sammen med de tre perspektivene i analysen av datamaterialet for å si noe om hvorfor Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene ble opprettet. I denne delen av kapitlet presenteres også et teoretisk skille mellom ledelsesnivå. Jeg vil forsøke å vise at lederutvikling kan ha forskjellig fokus avhengig av hvilket ledelsesnivå som adresseres, fordi lederoppgavene fortøner seg ulikt avhengig av ledelsesnivå.

Strukturen i kapitlet blir da som følger: i første del av kapitlet avklares begrepene lederutvikling og lederutviklingsprogram, videre presenteres de fire ledelsesidealene, deretter introduseres et teoretisk skille mellom ulike ledernivå. I andre del av kapitlet redegjøres det for de tre valgte perspektivene for analysen av empirien: regulativt-, normativt og kognitivt perspektiv. Ut fra hvert perspektiv utledes ett sett forventninger til funn. Kapitlet avsluttes med en modell bygget på de tre perspektivene og en oppsummering av hvordan jeg ønsker å benytte meg av teorien i analysen av empirien.

Lederutvikling, lederutviklingsprogram og ledelsesideal

Begrepet ”lederutvikling” er et bredt begrep. Jørstad (2002:32) gjengir Waalers definisjon av begrepet som følger; ”*Alle bedriftsinterne og bedriftseksterne tiltak som har som mål å bedre lederskapet.*” I Grønhaug et al. (2003:117) finner vi en lignende definisjon: ”*lederutvikling*” omfatter de komplekse prosessene lederne gjennomgår for å lære og utvikle sine evner og ferdigheter til å utøve effektiv ledelse i ulike lederroller. Her snevres begrepet noe ved at definisjonen spesifiserer at lederne gjennomgår en lærings- og utviklingsprosess gjennom lederutvikling, men det er fortsatt en bred definisjon som i stor grad omfatter det samme som Waalers definisjon. Målene i begge definisjonene er også kompatible; ”å bedre lederskapet” og ”å utøve effektiv ledelse” – implisitt en forbedring. Med disse brede definisjonene av lederutvikling som utgangspunkt, er det naturlig å fastslå at både lederopplæring og ledertrening⁸ innbefattes i begrepet, samt en rekke andre tiltak som organisasjonsintern jobbrotasjon og veiledning/mentorprogram⁹, samt selvhjelpsteknikker for lederutvikling som håndbøker, videoprogrammer og interaktive dataprogrammer (Grønhaug et al. 2003).

Disse definisjonene er for omfattende til å være hensiktsmessige i denne sammenheng. I Grønhaug (2003) gjøres det imidlertid et skille mellom formaliserte ledertreningsprogrammer, og ulike typer utviklingsaktiviteter i, eller i tilknytning til jobben. Lederutviklingsprogrammer har da en smalere betydning enn begrepet lederutvikling ved at de foregår i en avgrenset tidsperiode, utenfor jobbarenaen, og at de er ledet av profesjonelle lederutviklere. De kan variere fra noen timers kurs med avgrenset fokus på spesielle ferdigheter, til mer omfattende programmer over måneder og år. En definisjon av lederutviklingsprogram utledet fra det overstående lyder da som følger; *en systematisk formidling av ledelsestenkning over en avgrenset tidsperiode, utenfor jobbarenaen, ledet av profesjonelle lederutviklere med den hensikt å bedre lederskapet.*

Det ingen av de to presenterte definisjonene av lederutvikling sier noe om, ei heller denne definisjonen av lederutviklingsprogram, er hva som menes med ”å bedre lederskapet” eller

⁸ *Lederopplæring*: blir betegnet som en snever kunnskapsformidling, en formell tilføring av kunnskap som direkte og indirekte har med lederskap å gjøre. *Ledertrening*: omtales som øving, bruk av ervervede kunnskaper og i tillegg trening i bruk av moderne administrative metoder (Jørstad 2002:32).

⁹ *Jobbrotasjon*: Ledere gis her jobb i en rekke ulike funksjonelle enheter i kortere perioder på noen måneder for å få en bredest mulig erfaring i organisasjonen. *Veiledning*: fast og avtalt arrangement hvor en mer erfaren leder hjelper en mindre erfaren leder til å finne frem i organisasjonen og til å lære av sine erfaringer (Grønhaug 2003:133)

”utøve effektiv ledelse”. Hvilke forestillinger om mennesker og samfunn ligger i ledelsesteoriene og tilhørende ideologier? Hvilke interesser tjener de, og hvilke problemer er de innrettet på å løse?¹⁰ Å svare på disse spørsmålene ser ut til å overlates til hver enkelt arrangør av et lederutviklingsprogram. ”Å bedre lederskapet”, og ”å utøve effektiv ledelse” kan inneha høyst ulikt meningsinnhold, beroende på hvilke ledelsestenkning som formidles. Jeg vil i det følgende presenter fire ulike ledelsesideal: verdiledelse, faglig ledelse, profesjonell ledelse og kommunikativ ledelse. Disse ulike ledelsesidealene illustrerer hvordan frasen; ”å bedre ledelse”, kan inneha ulikt meningsinnhold beroende på hvilket ledelsesideal en støtter seg til i utformingen av et lederutviklingsprogram.

Verdiledelse

Tanken om *verdibasert ledelse* kan føres tilbake til institusjonell ledelsesteori. I følge Selznick er ledelse først og fremst å skape et felles verdigrunnlag i organisasjonen. Verdibasert ledelse går i korthet ut på at ledere må formulere og kommunisere visjoner og verdier som gir organisasjonen mening. Verdiene og visjonene må være av en sånn karakter at de ansatte føler at det organisasjonen driver med er viktig og dermed velger å engasjere seg i organisasjonens arbeid. Tankegangen går i retning av at en organisasjon med veletablerte og innlærte verdier vil være mer stabil og overlevelsedyktig enn om organisasjonen kun oppfattes som et instrument (Strand 2001, Jacobsen og Thorsvik 2004:399). Poenget er at organisasjonen må gjøres til noe mer enn bare et virkemiddel eller et slags instrument for ledere og eier. Ved å skape spesielle følelser for en organisasjon, vil man skape et spesielt engasjement og en spesiell interesse for å opprettholde organisasjonen (ibid).

En forståelse av begrepet verdiledelse baseres på ledelsesatferd som ikke utelukkende begrunnes ut fra økonomiske, legale og politiske hensyn, men også på verdier; forstått som hensyn til de parter som berøres av beslutningene (Byrkjeflot 1999). I begrepet verdiledelse ligger det at det bør være samsvar mellom ord og handling, uansett om det skulle gå på bekostning av utsikten av kortsiktige gevinster (Byrkjeflot 2002). Ledelse er her å gå foran og vise vei. Da må ord og handling samsvare. Eksempelets makt i handling regnes som stor (Johansen et al. 2002:48). Byrkjeflot (2002) beskriver her verdiledere som ”verdige” personligheter med høy grad av moralsk integritet. Verdibasert ledelse er ledelse som er

¹⁰ Disse spørsmålene presenteres i Strand (2001:16) under ”Spørsmål om ledelse som kan undersøkes”

basert på viktige menneskelige verdier, presentert kontinuerlig gjennom lederes handling og praksis.

Et lederutviklingsprogram tuftet på verdiledelse vil vektlegge kommunikasjon av visjoner og verdier som skal tjene til et spesielt engasjement, og en spesiell interesse for å opprettholde organisasjonen. Verdiene som kommuniseres vil ikke utelukkende kunne begrunnes ut fra økonomiske, legale og politiske hensyn. Verdiene må kunne forstås som hensyn til de parter som berøres av beslutningene – i denne sammenheng pasienten. Som det fremkommer av kapittel 2 (?), heter det i Ot.prp.66 (2000-2001: Kap 2) at pasientens behov både er utgangspunktet og målet for reformarbeidet. Gjennom lederutviklingsprogrammets tilknytning til reformen, vil en derfor kunne forvente at eventuelle kommuniserte verdier knyttes oppimot pasientenes behov. Videre vil ledernes oppgave som rollemodeller vektlegges i et lederutviklingsprogram tuftet på verdiledelse. ”Å bedre ledelse” vil da si å skape bedre kongruens mellom uttrykte verdier og ledernes handlinger.

Faglig ledelse

Strand (2001:274) beskriver fagstyretradisjonen, eller faglig ledelse, som preget av høyt utdannede eksperter som gis mandat og ressurser til å utøve sitt fag på best mulig måte. Under denne type ledelse beskrives en bedriftsledelse som alltid vil opptre i pakt med det teknisk-økonomiske systemets interesser, og som først og fremst er forsvarer for dette fellesskapets interesser og kultur. En faglig leder vil på denne måten være lojal overfor sitt faglige kollegium, og denne lojaliteten blir forutsetningen for at lederskapet aksepteres. Her er det virksomheten og faget som står sentralt, ”mesteren” er den mest kompetente utøveren av faget, og i kraft av dette er han også leder. Det er da også den kyndigste blant de kyndige som utpekes som leder.

Faglig ledelse beskriver ledelse bygget på ”taus kunnskap”, som angivelig ikke kan løsrives fra praksis. Kunnskapen overføres ofte fra person til person gjennom praktisering av faget. Ledelsen baseres da på handling, og lederen deltar gjerne aktivt i arbeidet (Byrkjeflot 1997, 1999, 2002). Ledelsesoppgaven består i å overføre kunnskap og tradisjoner til nye generasjoner, og mesteren er både læremester og forbilde. Slik overføres ikke bare den tause kunnskapen, men også idealene (Gammelsæter og Ohr 2002). Dette står i direkte kontrast til påstanden i Kenningismen hvor det forfektes at: ”en god leder kan lede hva som helst”.

Fagstyretradisjonen har dominert norsk helsevesen i etterkrigstiden (Byrkjeflot 1999:107). Legene har tradisjonelt sett utøvd legegjerningen sin samtidig som de har vært ledere, og har altså ledet gjennom handling og deltagelse (NOU 1997:2). Nerheim (2005) viser til Peter Kragh Jespersens empiriske undersøkelse fra Danmark, hvor legene oppfatter avdelingsledelse som et fag hvor ledelse og fag nærmest er uløselig sammenkoblet. Videre anser legeledere vanligvis ikke generelle lederoppgaver som økonomistyring, personalutvikling og arbeidsmiljøtiltak som særlig viktige. Faglig og klinisk utvikling prioriteres derimot høyt. Nerheim påpeker at denne oppfattelsen strider med tankegangen bak enhetlig ledelse¹¹ som legger til grunn at den enhetlige leder først og fremst skal være leder, så profesjonsutøver (Nerheim 2005).

Lederutvikling i faglig ledelses forstand, vil gjerne bestå av veiledning eller et mentorprogram hvor en mer erfaren leder hjelper en mindre erfaren leder til å lære av sine erfaringer. Slik kan ”den tause kunnskapen” overføres fra den erfarne til den mindre erfarne, gjerne ved at de to sammen praktiserer faget. Denne type lederutvikling kan ikke per definisjon kalles lederutviklingsprogram. Denne type lederutvikling kan dog være et ledd i et lederutviklingsprogram, da sammen med andre elementer som foregår utenfor jobbarenaen. Legger en et faglig ledelsesideal til grunn, kan man enda til stille spørsmål ved om det i det hele tatt vil være hensiktsmessig å legge lederutvikling til utenfor jobbarenaen, da ledelseskunnskapen er knyttet oppimot praktisering av faget. I den grad et lederutviklingsopplegg likevel finner sted utenfor jobbarenaen, vil en kunne fremsette en forventning om at virksomheten og faget vektlegges. Samtidig vil lojalitet overfor det faglige kollegium gjerne stå i fokus. ”Å bedre ledelse” vil da si å sørge for at ledelsen vil opptre i pakt med fagets interesser og kultur.

Profesjonell ledelse

Ledelsesprinsippene innen profesjonell ledelse ble opprinnelig utviklet i USA. Den står i direkte opposisjon til prinsippene i faglig ledelse ved at ledelse her løsriver fra spesifikke fagområder og yrker. Her er det den dyktigste til å *lede* som regnes for å være den rettmessige lederen i organisasjonen, og ledelsesfunksjonen er i seg selv et fag og en karrierevei. Den funksjonelle kunnskapen og erfaringen en måtte ha ved siden av er underordnet, det er

¹¹ Kapittel 2, side 10

erfaringen og kyndigheten i ledelse *per se* som er viktig. Ledelse regnes som et eget fag, og det forutsettes at lederens lojalitet knytter seg til prosjektmål og de målene organisasjonen har satt, framfor faget (Byrkjeflot 1999).

I motsetning til fagledelse er profesjonell ledelse uttrykk for en oppfatning av ledelse som en egen spesialitet, bygd på kunnskaper det kan settes ord på. Man kan følgelig utdannes i ledelse, da en kan tilegne seg formell kunnskap om ledelse. Prinsipielt ser en altså ledelse fra organisasjonens- og ikke fagets ståsted, og den formelle kunnskapen som står sentralt er organisasjons-, administrasjons- og økonomikunnskap. I prinsippet kan en leder da lede hva som helst (Gammelsæter og Ohr 2002, Byrkjeflot 1999). Byrkjeflot hevder at denne løsrivingen av ledelseskunnskap fra virksomhetsfeltet og det sosiale fellesskapet strider mot idealene til både verdiledelse og fagledelse. Organisasjonens mål er her det sentrale. Gammelsæter og Ohr sier det slik;

Siden den profesjonelle lederen ikke har noe fag eller ideal å leve opp til annet enn det å oppfylle organisasjonens mål, blir det desto mer avgjørende at mål nås. Mislykkes han eller hun, svekkes også troverdigheten til lederens evne til å lede.

(Gammelsæter og Ohr 2002)

Den omtalte *Kenningstradisjonen* kan kategoriseres under profesjonell ledelse. Her ble det forfektet at arbeiderne bare hadde ansvar for å følge ordre, mens lederne hadde ansvar for alt annet i bedriften. Ledelse ble videre ansett som noe en kunne lære ved å studere ledelse, være konsulent, eller ta kurs i ledelse (Byrkjeflot 2002). Det var erfaring i ledelse som var viktig, og ikke den funksjonelle kunnskapen og erfaringen en måtte ha med seg for øvrig. I en norsk kontekst har det siden 1980-tallet vært en økende tendens til vektlegging av utdanning og erfaring innen ledelse. Denne trenden har etter hvert også nådd det offentlige, og ledere blir i større grad enn tidligere rekruttert på tvers av offentlig og privat sektor (Byrkjeflot 1999).

Tar en utgangspunkt i profesjonell ledelse, vil lederutviklingsprogram være en passende arena for lederutvikling. Dette gjennomføres ved at en tar lederne ut av den faglige settingen, og plasserer en i et rom hvor ledelse *per se* står i fokus. Organisasjonens, og ikke fagets mål, vil stå i sentrum for opplegget. Administrasjons-, organisasjons- og økonomifokus vil bli vektlagt fremfor faglige verdier. "Å bedre ledelse" vil da si å sørge for at lederne først og fremst opptrer i tråd med organisasjonens eller prosjektets målsetning.

Kommunikativ ledelsesteori

En noe nyere ledelsesteori, betegnet som *kommunikativ ledelsesteori*, fokuserer på de kommunikative elementene i lederskap. Dette er en normativ retning med utgangspunkt i arbeidene til den tyske filosofen Jürgen Habermas. Her hevdes det at det i stigende grad er autoriteten i de bedre argumentene som utgjør lederskapets ressurs- og legitimitetsgrunnlag (Byrkjeflot 1999). Gjennom dialog må man takle verdi- og kunnskapskonflikter. Her utfordres verdilederen til å redegjøre for og kanskje endre forståelsen av sitt verdigrunnlag og sine innsikter i lys av andres argumenter og forståelse. Faglederen utfordres på samme måte til å forsvare og eventuelt myke opp sine faglige dogmer, og også den profesjonelle lederen må kunne se sin kompetanse i et nytt lys (Gammelsæter og Ohr 2002).

Under kommunikativ ledelsesteori skilles det gjerne mellom to former; kommunikative elementer i lederskapet som deliberasjon og som strategisk handling. Kommunikativ ledelsesteori som deliberasjon betegner dialogbaserte prosesser der det gjelder å oppnå forståelse og overbevise andre gjennom argumentasjon. Ledelse beskrives her som bestående av å løse problemer, fatte beslutninger og sette ord på felles erfaringer i et samspill med berørte parter. Lederskapets oppgave er å transformere både seg selv og de som skal ledes, framfor å gi instruksjoner (Byrkjeflot 1999, 2002). Kommunikativ ledelsesteori som strategisk handling dekker ledelsesprosesser der det primært dreier seg om å oppnå innflytelse ved å overtale de andre ved hjelp av språk og andre egnede virkemidler (ibid).

Et lederutviklingsprogram utformet i tråd med kommunikativ ledelsesteori som deliberasjon, vil gjerne baseres på dialogbaserte prosesser hvor lederne sammen kommer frem til hva som er godt for organisasjonen. Programmet blir da en arena for deliberasjon, hvor arrangørens rolle vil være å skape rammer for kommunikasjon og sørge for at dialogen ikke stopper opp. ”Å bedre ledelse” vil her forstås som å øke ledernes kompetanse til å transformere både seg selv og de som skal ledes, framfor å gi instruksjoner.

Et lederutviklingsprogram i tråd med kommunikativ ledelsesteori forstått som strategi, kan være basert på en forhåndsdefinert agenda som kommuniseres gjennom programmet med det formål å overtale deltagerne ved hjelp av språk eller andre egnede virkemidler til å enes med agendaen. Programmet kan også bestå av et treningsopplegg hvor *deltagerne* rustes til å utøve innflytelse ved hjelp av språk eller andre egnede virkemidler.

Gammelsæter og Ohr (2002) presenterer følgende modell som en oversikt over de ulike ledelsesidealene:

	Verdiledelse	Fagledelse	Profesjonell ledelse	Kommunikativ ledelse
Særtrekk	Ledelse forpliktet på idealer og verdier, ikke på personlige ambisjoner	Overføring av fagkunnskap og faglige ferdigheter til "lærlinger"	Ledelse gjennom målsetting og resultatkontroll	Ledelse av kommunikasjonsprosesser, kunnskapsutveksling
Lederens motivasjon	Idealer, sosialt felleskap	Faglig interesse, faglig mestring, faglig utvikling	Måloppnåelse, økonomiske belønninger	Stadig læring og forbedring sammen med andre
Lederens lojalitet	Til kall, idealer	Til faget og laug	Til eierne	Til læringsprosessen
Ledernes kvalifikasjoner	Troverdighet, engasjement, visjoner, karisma	Fagkunnskap, erfaringsbasert og taus kunnskap	Formell økonomisk-administrativ utdanning	Evner til forhandling, konfliktløsning og kommunikasjon
Organisasjonstype	Forening, ideell organisasjon	Laug, profesjonsorganisasjon	Produksjonsbedrift	Kunnskapsorganisasjon

Fig. hentet fra Gammelsæter og Ohr (2002)

Presentasjonen av disse fire ledelsesidealene synliggjør at frasen "å bedre ledelse" får ulikt meningsinnhold ettersom hvilket ledelsesideal som legges til grunn for ledelsestenkningen som skal formidles. "Å bedre ledelse" ut fra et verdiledelsesideal vil bety å skape kongruens mellom uttrykte verdier og handlinger. Ut fra et faglig ledelsesideal vil frasen bety å sørge for at ledelsen vil opptre i pakt med fagets interesser og kultur. Ut fra et profesjonelt ledelsesideal vil frasen bety å sørge for at lederne først og fremst opptre i tråd med organisasjonens eller prosjektets målsetning. Legger en kommunikativt ledelsesideal forstått som deliberasjon til grunn for programmet, vil frasen bety kunnskapsutveksling med hensikten å øke lederens

kompetanse til å transformere seg selv og andre. Og et program basert på kommunikativt ledelsesideal forstått som strategi, vil vektlegge å overtale lederne til å enes med en forhåndsdefinert agenda. Eller det kan vektlegge å ruste deltagerne til å kunne utøve innflytelse ved hjelp av språk eller andre egnede virkemiddel.

Ledelsesnivå

Ledelsesbegrepet har vært gjenstand for ulike kategoriseringer langs forskjellige skillelinjer, ikke bare ideologiske. For å kunne si noe om begrunnelsen for opprettelsen av et nasjonalt lederutviklingsprogram, vil det og være hensiktsmessig å identifisere hvem programmet retter seg mot. Jacobsen og Thorsvik (2002) viser til et vanlig og veletablert skille mellom tre *ledelsesnivå*; det institusjonelle nivå, det administrative nivå og det operative nivå. Med *det institusjonelle nivå* menes toppledelsen. Med *det administrative nivå* menes mellomlederne og avdelingsledere. Med *det operative nivå* menes ledelsen som har det daglige oppsynet med og ansvar for kjernevirksomhetene i organisasjonen. Ledelsesoppgavene på de tre nivåene fortoner seg på ulike måter. I all enkelhet kan en si at topplederne har ansvar for å formulere overordnede mål, langsiktig planlegging, budsjettarbeid, formulere verdigrunnlag og formidle normer. Mellomlederne og avdelingsledere organiserer, administrerer og integrerer arbeidet i den organisasjonsenheten de har ansvaret for. De har også en viktig kommunikasjonsfunksjon ved at de er bindeleddet mellom det institusjonelle nivå og det operative nivå. De operative lederne beskjeftiger seg med veiledning og koordinering av arbeidet, oppmuntring, støtte og ikke minst motivering (Jacobsen og Thorsvik 2002:379-380).

Tar en utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten etter reformen og de overstående kategoriene, blir det rimelig å dele inn lederne i denne sektoren som følger; eieravdelingen i departementet huser de institusjonelle lederne, RHF- og LHF-direktørene utgjør de administrative lederne, og klinikk, avdelings og seksjonsledere representerer det operasjonelle nivået. Lederne på de ulike ledelsesnivåene beskjeftiger seg altså med ulike oppgaver. Det vil da være rimelig å anta at "å bedre ledelse" vil ha ulik praktisk betydning for ledere på ulike nivå. Når jeg i dette prosjektet ønsker å kartlegge begrunnelse og innhold i programmet vil det derfor være av betydning å identifisere hvilket eller hvilke ledelsesnivå programmet retter seg mot.

Institusjoners tre pilarer

Jeg har til nå i dette kapitlet redegjort for en rekke begreper som vil bli benyttet i fremstillingen av studiens datamateriale. Kapitlets resterende del vil bli viet til de tre overordnede perspektivene som vil danne utgangspunkt for fortolkningen av empirien. Jeg vil i det følgende først si noe samlet om disse tre perspektivene, for så å presentere hvert av de tre perspektivene separat. Etter redegjørelsen av hvert av de tre perspektivene utleder jeg noen forventninger til funn. Det vil også bli utledet en modell på bakgrunn av perspektivene og de presenterte ledelsesidealene. Modellen vil bli benyttet til å skille mellom ulike former for lederutviklingsprogram, og vil her være et verktøy for å klargjøre begrunnelsen for opprettingen av programmet, hva programmet inneholder og sammenhengen mellom begrunnelse og innhold.

Institusjonalisme – tre analytiske perspektiv

Scott (2001) har med utgangspunkt i ulike teorier innenfor institusjonalismen utarbeidet et skille mellom tre analytiske perspektiv med betegnelsene; regulativt, normativt og kognitivt. De tre perspektivene beskrives som gjensidig forsterkende i reisverket til enhver institusjon. Analogien går da i retning av at institusjoner støttes opp av tre distinkte ”pilarer”. Disse pilarene utgjør så den institusjonelle strukturen. Hvert perspektiv beskriver hvordan institusjoner har betydning for aktørers¹² atferd, og fremtredende handlings- og styringslogikker¹³. Pilarene er også et verktøy for identifisering av ulike baser for spredningsmekanismer, indikatorer, legitimitetsgrunnlag og føyelighet (Roness 2000, Scott 2001). Scott viser både til hvordan institusjoner makter å kontrollere og legge bånd på atferd, og til hvordan institusjoner støtter opp om og muliggjør handling (Scott 2001:50).

Pilarene Scott presenterer, har som de fleste andre perspektiv og teorier vært gjenstand for kritikk. Hirsch (1997) stiller en rekke kritiske spørsmål til hvorvidt pilarene Scott fremsetter er en hensiktsmessig inndeling av institusjonell teori, og påpeker flere mangler ved denne kategoriseringen. De er blant annet for smale til å fange opp rekkevidden av institusjonalismens forklaringskraft, hevder han. De tre perspektivene vil med denne kritikken i mente ikke bli gjenstand for en streng empirisk utprøving i studien. Perspektivene vil likevel

¹² Med ”aktører” menes: premissleverandør (Scott et al. 2000), som her kan eksemplifiseres med profesjoner (legene og sykepleierne) og departementet som eier.

¹³ Med ”logikker” menes: de dominerende tankemønstrene som gir retning og mening for aktørene (Scott m fl. 2000)

virke som støtte til utledelse av tre utfyllende perspektiver som fungerer som analyseverktøy i studien.

Noe av kritikken til Hirsch (1997:1720) går i retning av at den kognitive pilaren er ufullendt (incomplete), og den normative pilaren for omfattende. Hirsch argumenterer videre for at det ikke eksisterer en valid test som kan skille empirisk mellom handling basert på kognitiv og normativ handling: *“there is no critical test available to empirically resolve whether, indeed, compliance is based on following external cultural scripts or adhering to internalized norms or both at varying times”* (ibid). Dette er imidlertid av betydning for denne studien. Jeg vil derfor, i tillegg til Scotts beskrivelse av de tre perspektivene, også støtte meg til Røviks (1998) verktøy- og symbolperspektiv i konstruksjonen av kategorier for å skape et klarere skille mellom det normative- og det kognitive perspektivet. Verktøyperspektivet er et modernistisk inspirert perspektiv, utledet av den rasjonell- instrumentelle tradisjonen i organisasjonsteorien (Røvik 1998:31-32). Verktøyperspektivet inkorporeres her under det regulative perspektivet, og symbolperspektivet supplerer det kognitive perspektivet. Dette gjøres på grunnlag av at en symboltilnærming kan regnes som en underkategori av Scotts kognitive perspektiv. Ved å vektlegge Røviks symbolperspektiv i utarbeidelsen av et kognitivt inntak for denne oppgaven, skapes et klarere skille mellom det normative og det kognitive perspektivet. Gjennom denne synergien søker jeg å tydeliggjøre skillet mellom perspektivene.

Regulativt perspektiv

Sett gjennom et økonomisk perspektiv, er det den regulative pilaren som står sentralt i studien av institusjoner. Fokuset ligger på den formelle organisasjonsstrukturen samt spilleregler for handling, formelle og uformelle (Scott 2001:52-53, Christensen et al. 2004:33).

Det rasjonell- instrumentelle perspektivet er bærer av en forestilling om at organisasjoner er redskaper eller instrumenter for ledelsen, for å blant annet å oppnå mest mulig effektiv produksjon av ”output”. Den konkrete utformingen av organisasjonen bestemmes av ledelsen (Røvik 1992:18). Dette sammenfaller med ledelsesidealet i profesjonell ledelse beskrevet i den første delen av kapittelet. Ledelsens ubegrensede handlingsrom nyanseres noe i Christensen et al. (2004:31), hvor det påpekes at styring vil kunne skje dels ved utforming av organisasjonsstrukturen og forholdet til omgivelsene, og dels ved formålsrasjonelle handlinger innenfor disse rammene. Organisasjonsledelsen kan i ulik grad påvirke sitt eget og

andres handlingsrom, og i ulik grad være i stand til å utnytte dette handlingsrommet. Ledelse antas både å ha evne til rasjonell kalkulasjon, og evne til politisk og sosial kontroll, dog med noen begrensninger.

Basen for handling innen *regulative systemer* er formålstjenlighet, framfor rettferdighet og moral. Styrings- og handlingslogikken er instrumentell og konsekvensbasert (Scott 2001:52). Med det menes at en beslutning om handling karakteriseres som basert på en evaluering av forventet utfall. Denne handlingslogikken presenteres hos March og Simon (1994) som "logic of consequences", også kalt "logic of instrumentality". Løsninger blir valgt, og strategi utarbeidet, på bakgrunn av definerte preferanser, analyse av alternativer, forventninger og kalkulasjon.

Ut fra instrumentell teori utføres endringer på basis av at noen aktører har relativt sterk innflytelse på beslutninger og implementering. De har også klare intensjoner og mål, og klare midler og innsikt i mulige konsekvenser av forskjellige løsninger. Rasjonell teori fordrer tett kobling mellom mål og middel, og endringer resulterer i effekter som i høy grad oppfyller uttalte kollektive mål (March og Olsen, i Læg Reid et. al. 2003). Et lederutviklingsprogram vil da kunne være en arena hvor arrangørene kan utøve innflytelse over deltagerne gjennom kommunikativ ledelse forstått som strategi – hvor målene med programmet er forhåndsdefinert av arrangørene, og hvor intensjonen med programmet er å overbevise deltagerne om å forfølge disse målene.

Orden opprettholdes gjennom lover, regler og instruksjoner, og kontrollmekanismen er tvang. Tvang og frykt er da sentrale ingredienser, dog ofte moderert gjennom formelle og uformelle regler (Scott 2001:53). Få ledere ønsker å basere sitt styresett på tvang alene, bruk av incentiver og autoritet¹⁴ er også vanlige virkemiddel. Tvang vil da ofte fungere som "riset bak speilet". Kilder til legitimitet¹⁵ blir her lover, regler og autoritet (ibid).

Med et instrumentelt teoretisk inntak anses organisasjonskultur å være et verktøy for ledelsen. Da med en forståelse av organisasjonskultur som de uformelle institusjonelle normene og

¹⁴ Med autoritet menes det her at tvangsmakten blir legitimert gjennom et normativt rammeverk som både støtter og setter ramme for utøvelse av makt.

¹⁵ Legitimitet forstås som sosial aksept og troverdighet på bakgrunn av generaliserte oppfatninger eller antagelser om at en entitet er ønsket/riktig/passende innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, overbevisninger og definisjoner (Scott 2001:58-59).

verdiene i en formell organisasjon. Organisasjonskultur kan designes, og i så måte forstås organisasjonskultur som en variabel ledelsen kan manipulere for å oppnå ønsket resultat. Med andre ord; *ledelse kan styre kultur* (Christensen et. al 2004:55).

Dette inntaket er også bærer av ideen om rasjonelle omgivelser. Det innebærer en antagelse om at omgivelsene først og fremst forholder seg til organisasjoners produkter, og ikke måten produktene er frembrakt på (Røvik 1992:19). For offentlige organisasjoner som Helseforetakene innebærer dette at borgerne først og fremst forholder seg til, og bedømmer, myndighetenes ”prestasjoner”, som for eksempel; har tiltakene effekt eller ikke? I sykehussammenheng vil tall på behandlede pasienter, korridorpasienter og pasienttilfredshet være naturlige eksempler på effektivitetsmål og kvalitetsmål. Borgerne er her mindre opptatt av de strukturer, prosedyrer og tekniske arrangementer man har benyttet for å frembringe resultatet.

Et eksempel som kan karakteriseres som et regulativt lederutviklingsprogram er den tidligere nevnte Kenning-skolen. Som vi har sett, besto dette programmet av et sett teser, som hvis implementert korrekt ville kunne ut i en holdningsendring, og skape et sammenhengende autoritativt hierarkisk system i organisasjonen. Fokuset lå her på organisasjonens indre effektivitet, lederne ble sett på som ansvarlige for bedriftens anliggende i så måte, og de ansattes oppgave var å følge ordre. Slik skulle lederne kontrollere organisasjonen. Kennings program skulle sørge for at lederne hadde de riktige verktøyene for å gjøre dette.

Forventninger til lederutviklingsprogram ut ifra et regulativt perspektiv

Tar en utgangspunkt i et regulativt perspektiv er det rimelig å forvente at et lederutviklingsprogram tar utgangspunkt i den formelle organisasjonsstrukturen samt spillereglene for handling, med det formål å støtte disse vedtatte strukturene. Det vil bli tatt utgangspunkt i at ledere kan og skal styre organisasjonen, og programmet vil være et tiltak som inneholder verktøy som lederen kan ta i bruk i denne styringen. I den grad organisasjonskultur blir adressert vil det være med bakgrunn i hvordan lederen kan styre organisasjonskulturen.

Går vi tilbake til første del av problemstillingen; begrunnelse for opprettelsen av et nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene, er det rimelig å kunne forvente en eller flere

problembeskrivelser¹⁶, som programmet anses å være en løsning på. En forventer videre at det uttrykkes ett eller flere mål, som bringer organisasjonen nærmere en uttrykt ønsket tilstand. Programmet beskrives videre som et redskap til måloppnåelse. En kan forvente å identifisere begrunnelser for opprettelsen basert på argumenter som gir assosiasjoner til et rasjonelt, vitenskapelig ideal for objektiv nøytralitet. Innføringen begrunnes i at lederutviklingsprogram kan vise til allerede dokumenterte effekter for effektiv måloppnåelse.

Ser en så på problemstilling to; i hvilken grad gjennomføringen samsvarer med begrunnelsen, vil en forvente en tett kobling mellom argumentene for opprettelsen av programmet og innholdet i programmet. Ut ifra et regulativt perspektiv kan en forvente å finne at elementene i programmet er valgt ut på grunnlag av de erfaringsbaserte innsikter i hvordan de virker i praksis. Det antas at elementene er valgt med et utgangspunkt i dokumenterte effekter fremkommet gjennom systematisk etterprøving (jf. Røvik 1998:32-33). Deltagerne forventes å bli gjenstand for målinger på gitte mål før og etter programmet for å svare på hvilken effekt som kan spores. Pilotprogrammet evalueres på bakgrunn av mål, og et eventuelt permanent program bygger på lærdom fra evaluering.

Normative perspektiv

Basen for handling innen et *normativt perspektiv* er sosiale forpliktelser, og indikatorene er normer, verdier og forventninger. Styrings- og handlingslogikken det arbeides ut i fra er "logic of appropriateness" (Scott 2001:52) eller på norsk: "passendelogikken" (Roness 2000). Det vil si at handling styres av hva som kollektivt oppfattes som passende eller "riktig", framfor hva som er rasjonelt ut i fra en grundig avveining av pro-et-contra-argumenter, ut fra egeninteresse eller ut fra mulige konsekvenser av handlinger (Christensen et. al 2004:50). Basen for legitimitet ligger i at handlingene er forståelige, gjenkjennbare og kulturelt forankret. Teoretikere som tar i bruk det normative systemet vektlegger den stabiliserende innflytelsen fra både sosiale overbevisninger og normer (Scott 2000:56). Legitimiteten er basert på "å styre gjennom moral" (Scott 2000:52). Således sammenfaller ledelsesidealet i verdiledelse med det normative perspektivet.

¹⁶ *Problembeskrivelse*: beskrivelse av avstanden mellom virkelig- og ønsket tilstand (Christensen et al. 2004:32).

Grunnlaget for handling er her normer¹⁷ og verdier¹⁸. Disse kan være knyttet til organisasjonene, eller profesjonene som aktørene tilhører (Roness 2000:186). Noen normer og verdier er gjengs for alle medlemmer i en gruppe, andre gjelder for et spesielt utvalg aktører innen gruppen eller er knyttet til spesielle posisjoner (Scott 2001:55). Det som har vært regnet som passende for spesialisthelsetjenestens ledere på operasjonelt nivå, har tradisjonelt sett vært sterkt knyttet til normene og verdiene knyttet til legeprofesjonen. Således er det naturlig å knytte det faglige ledelsesidealet til det normative perspektivet.

Går en teorien nærmere etter i sømmene, ligger her en advarsel mot innføringer av nye og revolusjonerende verdier i en organisasjon med allerede veletablerte normer. Den dominerende forståelsen av dannelse av organisasjonskultur i et normativt inntak, er at de uformelle, institusjonelle normene og verdiene gradvis vokser frem gjennom evolusjonære, naturlige utviklingsprosesser. Utviklingsprosessene anses som uintenderte og uplanlagte. Disse normene og verdiene kommer til gjennom indre og ytre press. Indre press representeres ved normer og verdier som organisasjonsmedlemmene bringer med seg, for eksempel fra spesifikke utdanningsinstitusjoner, som fra de ulike profesjonsutdanningene knyttet til helsevesenet. Videre vil de sosiale prosesser tilknyttet virksomheten også kunne ha betydning (Christensen et. al 2004:54).

Hvor handlinger basert på det regulative system vil bære preg av problemløsning eller interessehevding, vil handlinger basert på det normative systemet bære preg av regelfølgning (Roness 2000). Det som da primært skiller den normative fra den regulative pilaren, er at de kulturelle og uformelle reglene underlagt den normative pilaren primært er fortidsrettet, mens de instrumentelle og formelle reglene er mer fremtidsrettet (Christensen et. al 2004:50-51). Den regulative- og den normative pilaren kan være gjensidig forsterkende (Scott 2001), og kan metodisk benyttes både som konkurrerende og utfyllende strategi (Christensen et al. 2004:50).

Verdiledelse er et direkte eksempel på en ideologi som kan forventes å stå sentralt i et normativt lederutviklingsprogram. I følge denne retningen er ledelse først og fremst å skape et felles verdigrunnlag i organisasjonen gjennom å formulere og kommunisere en visjon og

¹⁷ Normer spesifiserer hvilke mål som kan forfølges og hvordan ting bør gjøres, og legitimerer dermed midler til måloppnåelse (ibid:55).

¹⁸ Verdier defineres av Scott (2001:54) som ideer om det ønskelige eller foretrukne, sammen med konstruksjoner av standarder som eksisterende strukturer eller atferd kan sammenlignes og vurderes opp imot.

verdier som gir organisasjonen mening. Et viktig fokus som formidles er at ledere må være konsistente i ord og handling, da de fungerer som forbilledlige eksempler for de andre medlemmene i organisasjonen. Verdiledelse vil likevel ikke være ekvivalent med et normativt inntak da fokuset i normativ teori svært ofte ligger på de uformelle normer og verdier som gradvis vokser frem i organisasjoner, mens fokuset ved verdiledelse vil i mange sammenhenger rettes mot offisielt vedtatte normer og verdier. Bindeleddet er fokuset på normer og verdier som; styrende, som stabiliserende og som et legitimitetsgrunnlag.

Det overnevnte, samt sti-avhengighets-teorien¹⁹, vil støtte en forventning om at etablerte normer og verdier ikke lar seg endre drastisk av ledelsen. En metafor som gjerne blir brukt er at; ”lederen kan fungere som en gartner, men ikke som arkitekt”. Det betyr at en leder må forholde seg til, og arbeide ut i fra, eksisterende normer og verdier i sitt lederskap. Lederes rolle innenfor dette inntaket kan beskrives gjennom en todeling (Christensen et. al 2004:58) hvor de på den ene siden står som forvalter av ”historiske nødvendigheter” og på den andre siden; bidragsytere til endring. Som forvaltere virker ledere med tradisjonene som rammebetingelser og sørger for at de etablerte, uformelle normene og verdiene får gode vekstvilkår, blir utviklet og beskyttet. Lederskapet skal og kunne bidra til endringer, om enn i inkrementell²⁰ forstand. Det vil si at det åpnes for *en viss grad* av selvstendig, intensjonal eller instrumentell handling (ibid).

Forventninger til lederutviklingsprogram ut ifra et normativt perspektiv

Tar en utgangspunkt i et normativt lederutviklingsprogram vil det være rimelig å forvente å finne et definert sett av normer og verdier som legges til grunn for programmet. Ut i fra passendelogikken kan en videre forvente at en holder situasjonen eller problemforståelsen og identitet opp mot handlingsregler, og bestemmer seg for å opprette et nasjonalt lederutviklingsprogram på bakgrunn av situasjonsforståelsen. Opprettelse av et nasjonalt lederutviklingsprogram vil gjerne begrunnes i at det er passende for denne type organisasjon. En vil vise til sin unike identitet, og hvorfor en slik strategi er passende her. En beslutning om opprettelse av lederutviklingsprogram, kan også baseres på at en tidligere har løst tilsvarende problemstillinger på lignende måte.

¹⁹Sti-avhengighets-teorien: De kulturelle normene og verdiene som preger organisasjonen i dens begynnende og formative år vil ha stor betydning for utviklingsveiene de følger (Christensen et al. 2004:56)

²⁰ Inkrementalisme kan defineres som tilpassing av mål til gitte middel (Bukve 2000:266). Dette blir en motsetning til antagelsene under den regulative pilaren hvor middel antas tilpasset mål.

Innholdet i programmet forventes å gjenspeile, eller være i tråd med, eksisterende normer og verdier. Innholdet vil gjenspeile hva som defineres som passende framfor hva som til en hver tid oppfattes som effektiv måloppnåelse. Eventuelle uttalte verdier forventes å til en hver tid kunne identifiseres som overordnet andre prioriteringer og hensyn. Videre vil programmet omtales i normative vendinger fremfor instrumentelle. Budskapet vil her være at det er normene og verdiene som skal være styrende ved beslutninger og handling, andre hensyn som faller utenfor de definerte normer og regler betegnes som sekundære. Det vil bygges på tidligere erfaringer og handlingsmønster. Vedtatte endringer vil være konsistente med kjente verdier og normer. En vil så satse på å involvere og hente inspirasjon fra kilder med ekspertise eller tilknytning til helsesektoren da det er disse som har legitimitet i kraft av å kjenne kulturen ”hos oss”.

Kognitivt inntak

Det kognitive inntaket har på norsk blitt omtalt som symbolperspektivet (Røvik 1998) og myteperspektivet (Christensen et. al 2004). Perspektivet er en sammenfatning av klassiske arbeider fra sosiologer og organisasjonsforskere som Meyer, Rowan, DiMaggio, Powell, Berger, Zucker og Scott. I en norsk kontekst er det i hovedsak Kjell Arne Røvik som har stått for oversettelsen av denne retningen innen ny-institusjonalismen. Røviks (1998:35) symbolperspektiv bygger overveiende på bidrag fra ny-institusjonell teori, men trekker også veksler på etnometodologisk inspirerte organisasjonsforskere, og fra den europeiske konstruksjonistiske tradisjon (Røvik 1998:38).

De kognitive elementene i institusjoner kan identifiseres som delte forståelser av hva som utgjør den sosiale virkeligheten. Menneskets kognitive dimensjon, blir av Scott (2001) forklart som en samling internaliserte symbolske representasjoner av verden. Symbol, tegn, ord og gester former hvilke meningsinnhold vi tilskriver objekter og aktiviteter. Mening oppstår ved interaksjon mellom mennesker og mellom mennesker og organisasjoner (Scott 2001:57). I dette ligger en erkjennelse av at interne tolkingsprosesser er formet av et eksternt kulturelt rammeverk. Et hovedpoeng her er at for å forstå eller forklare handling, kan en ikke bare se på de objektive omstendigheter, en må og kartlegge aktørenes subjektive tolking av disse omstendighetene (Scott 2001: 52,57). Omgivelsene beslutningstagerne responderer på er ikke objektive størrelser, men et resultat av organisasjonens innsamling og analyse av informasjon om disse omgivelsene (Røvik 1998).

På et intra-organisasjonelt nivå er utviklingen av felles "scripts" og overbevisninger indikatorer på kognitive systemer. I stedet for å vektlegge effekten av gjensidig forsterkende plikter, som beskrevet under det normative inntaket, vektlegges effekten av "scripts" for ulike aktører og handlinger. Institusjoner internaliseres så i individers erfaring gjennom roller. Roller oppstår ved at det utvikles en felles forståelse av at spesifikke handlinger assosieres med spesifikke aktører. Å velge en handling som sammenfaller med gjengs rutiner beror her først og fremst på at bestemte handlingsmønstre tas for gitt (Scott 2001: 57-58). For å forstå eller forklare handling må en ta de objektive forholdene i betraktning, men en må også inkludere aktørens subjektive tolking av disse forholdene. Indikatorer er handlingsregler og felles forståelse og kunnskap (Scott 2001:57).

Der hvor handlingslogikkene for regulative og normative inntak er henholdsvis konsekvenslogikk og passendelogikk, er handlingslogikken for kognitive inntak ortodoksi. Denne handlingslogikken refereres gjerne til som "the way we do these things" eller på norsk "slik gjør vi det her". Læringsmekanismen baserer seg på imitasjon. Det vil si at individer lærer atferdsmønstre gjennom å kopiere det som blir oppfattet som alminnelig atferd. Basen for legitimitet ligger i at handlingene er forståelige, gjenkjennbare og kulturelt forankret (Scott 2001:52-58).

Som nevnt er denne handlingslogikken ulik den normative på et teoretisk plan, men inndelingen har blitt kritisert for å at den ikke er anvendelig for empiriske undersøkelser. Jeg vil ikke bestride denne kritikken i denne studien. Jeg vil likevel ta utgangspunkt i dette skillet for så å vektlegge symbolteori, da i hovedsak med inspirasjon fra Røvik (1998). Den overstående redegjørelsen for kognitiv teori vil da virke som bakteppe for redegjørelsen av styringslogikken og legitimitetsgrunnlaget i symbolperspektivet.

Et nøkkelresonnement under symbolperspektivet er at organisasjoner befinner seg i institusjonaliserte *omgivelser*, hvor de konfronteres med sosialt skapte normer for hvordan de bør være utformet. Disse sosialt skapte normene kalles gjerne for *myter*, eller "rasjonaliserte myter". Mytebegrepet henspiller på en ikke-vitenskaplig tro på at organisasjonsoppskrifter som beskriver hvordan en bør være utformet, er begrunnet vitenskaplig og rasjonelt. Med det menes at oppskriftene gjerne presenteres som svært effektive redskaper for måloppnåelse, uten at dette i betydelig grad kan dokumenteres vitenskapelig. Slike oppskrifter spres ofte raskt gjennom imitasjon, og tas opp av organisasjoner uten at det beviselig fører til

instrumentelle effekter. Foruten at oppskriftene spres eller ”reiser” raskt og langt, karakteriseres de ved at de tas opp av høyst ulike organisasjoner (Røvik 1998, Christensen et al. 2004).

En forutsetning for at en ide eller oppskrift skal bli spredt til mange og forskjellige organisasjoner, er at til tross for forskjellene oppfattes disse ulike organisasjonen å ha noe til felles. Dette ”noe felles”, blir gjerne festet til en verdensomspennende felles systemidentitet; *formell organisasjon*. Denne forestillingen er festet til en ide om en verden av organisasjoner med relativt like systemer som består av de samme komponentene slik som mål, ledelse, formell struktur, organisasjonskultur, ordninger for personalhåndtering, kvalitetssystemer og resultatmåling (Christensen et al. 2004:77). På denne måten blir det naturlig å trekke paralleller mellom det kognitive perspektivet og profesjonell ledelseideologi. Fokuset på likhet skiller seg fra fokuset ved det normative perspektivet hvor en vektlegger institusjoners særegenhet.

Røvik (1998) viser til at populære oppskrifter er knyttet til ”autoritative sentre”, det vil si organisasjoner eller enkeltpersoner som for en periode har forbildestatus i forhold til større eller mindre grupper organisasjoner. Scott (2001) vektlegger at organisasjoner kan skaffe seg *legitimitet* i omgivelsene ved å imitere de løsningene som er utbredt der. Resonnementet går i retning av: at hvis en organisasjon vil oppnå aksept i omgivelsene, må en kunne vise til at man lever opp til fundamentale vestlige modernitetsnormer om kontinuerlig fremskritt, fornyelse og rasjonalitet (Christensen et al. 2004:66). Legitimiteten er her særlig knyttet til strukturelle trekk, og ikke til hvordan den virker i praksis (Roness 2000:186). Det vil si at innføring av en tidsriktig organisasjonsoppskrift kan skape økt legitimitet i omgivelsene, uavhengig av om en kan vise til faktiske effekter. Møtet mellom en populær oppskrift og en enkelt organisasjon omtales gjerne som ”mimetisk adoptering” (Røvik 1998, Christensen et al. 2004). Denne form for adoptering er beskrivende for organisasjoner som opplever stor usikkerhet, og som prøver å etterligne organisasjoner en oppfatter har suksess og anseelse. Dette gjerne uten grundig forutgående analyser.

Røvik (1998:148) påpeker at oppskrifter eller populære konsepter ofte er både for vage og for enkle i forhold til kompleksiteten i oppgaven som organisasjonen skal løse. Moderne organisasjoner vil likevel oppleve et press fra institusjonelle omgivelser til å inkorporere tidsriktige og legitime oppskrifter.

Forventninger til lederutviklingsprogram ut ifra et kognitivt perspektiv

Med utgangspunkt i et kognitivt perspektiv kan en forvente å finne at et lederutviklingsprogram tar sikte på å innføre etablerte og tidsriktige konsepter. I motsetning til et normativt program, som gjerne vil vektlegge elementer som er passende for den aktuelle institusjonen. Til forskjell fra et regulativt perspektiv, vil det ikke forventes at objektiv vitenskap vil vektlegges i et lederutviklingsprogram.

Videre kan en vente å finne eksempler på retorikk som gjerne består av ord og uttrykk som assosieres med den regulative pilaren, uten at dette blir noe mer enn akkurat; retorikk. Begrunnelsen vil reflektere et ønske om å fremstå som tidsriktige, eller dempe usikkerhet. Det blir lagt vekt på å formidle satsningen utad, da gjerne med vekt på programmets modernitet.

Fra en symbolsk synsvinkel er det rimelig å forvente at utviklingen av et lederutviklingsprogram er en måte å vise handlekraft, effektivitet, rasjonalitet og modernitet på, uten at faktiske effekter blir vektlagt. Programmets innhold kan tenkes å bestå av symboler på grunnleggende rasjonalistiske verdier, uten at elementene i programmet kan tilskrives objektiv målte effekter. Disse intensjonene kan gjerne være ubevisste da handlingsgrunnlaget blir oppfattet som ytre, objektive og gitte standarder.

Innholdsmessig vil det være viktig å innføre bestanddeler som kan karakteriseres som moderne og tidsriktige måter å drive ledelse på. Drivkraften bak innføringen er et ønske om å fremstå som moderne – ikke en opplevelse av å trenge de nye konseptene. En vil involvere og hente inspirasjon fra kilder som kan defineres som autoritative sentra fremfor kilder som bidrar langs de faglige linjene innen sektoren. Vitenskapelige effektivitetsmålinger blir da også annenrangs. Middel til måloppnåelse vil være å imitere suksessfulle organisasjoners løsninger, uavhengig av sektor eller organisasjonstype.

På bakgrunn av de presenterte perspektivene og ledelsesidealene har jeg utledet en oversiktsfigur; *figur 2*, som skal virke som et verktøy i arbeide med å avdekke begrunnelsen for å opprette et nasjonalt utviklingsprogram, samt innhold.

	Regulativt perspektiv	Normativt perspektiv	Kognitivt perspektiv
Ledelsesideal	Profesjonell ledelse Kommunikativt ledelsesideal som strategi	Fagledelse Verdiledelse	Profesjonell ledelse
Fokus på ledelse som	Redskap/instrument for måloppnåelse	Moralsk retningsgiver	Universelt Symbol
Begrunnelse for lederutviklingsprogram	Uttalte kollektive mål Programmet skal påvirke delta gemes kostnads-nyttevurderinger i valg av handlingsalternativ Mer effektiv produksjon av "output"	Passende i tilknytning til spesifikke faggruppers eller profesjoners normer, verdier og kunnskaper Anerkjennelse av et behov for innføring av holdninger og verdier	Tatt for gitt - antagelser om tiltakets nødvendighet Skaffe seg legitimitet Opplevd usikkerhet – imiterer derfor organisasjoner med suksess/anseelse
Styrings- og handlingslogikk	Logic of consequences Instrumentell Konsekvensbasert Formålstjenelig	Logic of appropriateness Passende Riktig Verdier, normer, forventninger	Logic of orthodoxy scripts handlingsregler felles forståelse og kunnskap
Legitimitetsgrunnlag	Lover, regler, autoritet	Moralsk Kulturell forankring	Forståelig Imitere autoritative Sentra / Symbol på eksklusivitet
Innhold i lederutviklingsprogram	Sentralt styrt Ledere kan og skal styre organisasjonen, programmet skaffer tilveie verktøy for dette Tett kobling mellom mål og middel	Sektor-/ profesjonsspesifikt Formidle normer og verdier Formidle virkemidlene som er "passende" i forhold til de gjeldene verdiene	Imitasjon av autoritative sentre Mimetisk adoptering av tidsriktige konsepter Valg av innhold tatt uten grundig forutgående analyse
Endringsredskap i lederutvikling	Formell organisasjonsstruktur Spillereglene for handling: formelle og uformelle Kultur	Gradvis fremvoksende Eksisterende normer og verdier	Modeme konsepter

Figur 2

Oppsummert har jeg i dette kapitlet vist at begrunnelsen for å opprette et lederutviklingsprogram avhenger av hva initiativtager og/eller arrangør mener med ”å bedre ledelse”. Denne frasen har ulik betydning ettersom hvilket ledelsesideal som forfølges. Jeg vil i analysen av datamaterialet belyse hvilket ledelsesideal som fremkommer i begrunnelsen av opprettelsen av programmet, og hvilket ledelsesideal som gjenspeiles i innholdet i programmet. De presenterte ledelsesidealene vil således danne grunnlag for en kategorisering av datamaterialet. På bakgrunn av redegjørelsen av de tre perspektivene regulativt-, normativt- og kognitivt perspektiv, vil det være mulig å fange opp ulike former for sammenhenger mellom institusjonaliserte omgivelser og opprettelsen av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene. De tre presenterte perspektivene vil således kunne virke forklarende i studien.

Kapittel 4: METODE

Det finnes en rekke metoder for hvordan en innhenter kunnskap om et fenomen i samfunnsvitenskapen. Hvilke metoder som er mest hensiktsmessig i en studie, avhenger av studiens forskningsspørsmål. Det overordnede forskningsspørsmålet for denne oppgaven er: *Hvorfor opprette et nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene?* Dette spørsmålet gav opphav til en todelt problemstilling: *Hvordan ble opprettelsen av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene begrunnet? Og: I hvilken grad er det samsvar mellom begrunnelsen for opprettelsen av Nasjonalt program for ledelsesutvikling for helseforetakene og gjennomføringen av programmet?*

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for de metodiske valgene utledet fra forskningsspørsmålet og problemstillingene, og videre hvordan dataene i studien er samlet inn, behandlet og analysert. Jeg har i all hovedsak benyttet meg av kvalitative data i analysen av problemstillingen, og vil derfor i første del av dette kapittelet gjøre rede for dette valget. Deretter vil jeg forklare hvordan studien faller inn under kategorien casestudie, og hvilke implikasjoner dette har gitt for behandlingen og analysen av dataene. Datatilfanget i prosjektet består av intervjuer og dokumenter, og i kapittelets andre del vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har samlet inn disse dataene, og hvordan jeg har benyttet meg av dette materialet i arbeidet med prosjektet.

Kvalitativt studie

Et viktig skille i samfunnsforskningen går mellom kvantitativ og kvalitativ forskning. Hellevik (1997:14) beskriver kvantitativ metode som fremgangsmåter der forskeren systematisk skaffer seg sammenlignbare opplysninger om flere undersøkelsesobjekter av et bestemt slag. Opplysningene uttrykkes i form av tall, og til slutt foretar forskeren en analyse av mønsteret i dette tallmaterialet. Kvalitativ metode er en betegnelse brukt om en rekke ulike metoder. Et fellestrekk for disse metodene er at numeriske betegnelser kommer i bakgrunnen for skriftlige og verbale uttrykk. Forskeren leter etter visse typer begivenheter, ikke etter deres hyppighet (Holter 1996:13-15). Ett eksempel på ulikhet mellom kvalitativ og kvantitativ forskning har vi i de to retningenes forhold til mening eller kontekst. Mens den kvantitative analysen bl.a. går ut på å "strippe" data for kontekst, er det omvendt med den kvalitative undersøkelsen. Her gjelder det å fastholde meningsrammene (Holter 1996:22).

Forskningsspørsmålet i denne studien inneholder ett undersøkelsesobjekt; Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene. En kvantitativ studie fordrer at en innhenter sammenlignbare opplysninger fra flere undersøkelsesobjekter. En kunne for eksempel stilt seg spørsmålet: *Hvorfor opprette lederutviklingsprogram?* – her presenteres begrepet lederutviklingsprogram i flertallsform. Med dette forskningsspørsmålet for øye kunne det til eksempel vært fruktbart å skille mellom offentlige og private lederutviklingsprogram, for så å innhente systematiske data om begrunnelser for hvorfor en opprettet lederutviklingsprogram i de to kategoriene. Et slikt forskningsdesign ville hatt et høyt reliabilitetspotensial, men gjennomføringen ville blitt svært omfattende og krevende. Med bakgrunn i masterstudiets begrensninger, har jeg derfor valgt å innhente opplysninger fra *ett* lederutviklingsprogram.

Temaet for denne oppgaven er da heller ikke hvorfor det opprettes lederutviklingsprogram, men derimot ledelsessatsningen i helsesektoren – her representert ved opprettelsen av et nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene. Jeg ønsker med studien å gå i dybden av ledelsesfokuset i helsesektoren ved å se på begrunnelsen bak opprettelsen av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene, og videre; hva lederutviklingsprogrammet inneholder. For å si noe om begrunnelse og innhold i et enkelttilfelle, er kvalitativ dokumentanalyse og intervjuer de mest hensiktsmessige kildene. Et ledd i arbeidet med å forstå hvorfor en opprettet lederutviklingsprogrammet, var å se på dataene fra dokumentene og intervjuene i lys av dets kontekst²¹. Slik faller studiens design under kategorien kvalitativ studie.

Case

Ved å være en dybdeundersøkelse av et enkelt undersøkelsesobjekt faller studien også under kategorien casestudie (Brewerton og Millward 2001:52). Stake (1995) definerer case studier slik:

“in which the researcher explores in depth a program, an event, an activity, a process, or one or more individuals. The case(s) are bounded by time and activity, and researchers collect detailed information using a variety of data collection procedures over a sustained period of time.”

²¹ Konteksten er redegjort for i kapittelet 2.

Denne studien samsvarer med definisjonen over i kraft av å være en dybdeundersøkelse av et program, innenfor et fastsatt tidsrom, hvor detaljert informasjon er hentet fra flere dokumenter og intervjuer. Det skal her sies at casestudier ikke nødvendigvis er ensbetydende med undersøkelser av én eller noen få enheter. Casemetoden åpner for undersøkelser av så mange enheter en ønsker, men praktiske forhold som kapasitet og tilgjengelige ressurser setter som regel begrensninger (Ragin & Becker 1992).

Casestudier forbindes ofte med kvalitativ metode, men det blir feil å sette likhetstegn mellom disse. En av casestudiens styrker er at den åpner for bruk av en rekke ulike typer av data; dokumenter, kulturgjenstander, intervjuer og observasjoner – både av kvantitativ og kvalitativ karakter (Yin 1994). Med utgangspunkt i studiens validitet vil det styrke studien når det benyttes flere typer av kilder for å belyse studiens problemstilling (Yin 1994). Denne studien ble påbegynt etter at programmet var avsluttet, direkte observasjon lot seg derfor ikke gjennomføre. Jeg har derfor valgt å støttet meg til intervjuer av personer som var tilstedeværende ved programmet, og dokumenter som omhandler programmet. Både intervjuene og analysen av dokumentene er som nevnt av kvalitativ karakter. Ved at jeg i hovedsak benytter meg av kvalitativ metode, kan prosjektet betegnes som en kvalitativ casestudie.

Yin (1994) beskriver casestudie som en empirisk undersøkelse som studerer et fenomen innenfor dets virkelige kontekst. Forskningsstrategien er spesielt egnet i tilfeller hvor grensene mellom fenomen og kontekst ikke er klare. Casen i denne oppgaven, Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene, ble opprettet i forbindelse med sykehusreformen anno 2001. I en studie av hvorfor programmet opprettes, er det etter min mening lite fruktbart å se på opprettelsen isolert fra reformen og ledelsesfokuset i spesialisthelsetjenesten de siste tiårene, slik det fremkommer av kapittel 2. Yin (1994) påpeker at fenomenet som undersøkes i et casestudie bør beskrive hvordan virkelige og komplekse organisasjoner forholder seg til en rekke faktorer i sine beslutninger, og et hovedpoeng er at forskningsteknikkene som brukes skal gi størst mulig dybdekunnskap om fenomenet.

Casemetoden kritiseres ofte for det mange mener er manglende muligheter til å generalisere fra et eller få case til mange (Yin 1994). En kan da heller ikke generalisere fra et casestudie på samme måte som ved undersøkelser basert på et statistisk generaliseringsgrunnlag. Statistiske

generaliseringer trekker konklusjoner om generaliserbarhet ut fra hvor representative de empiriske dataene er for en populasjon. Dataene blir hovedsakelig vurdert ut ifra størrelsen på undersøkelsen og de indre variasjonene. Dette er ikke tilfellet ved case studier. Yin (1994) løser dette ved å presentere *analytisk generalisering* som en egnet metode for generalisering. Metoden er bygget på sammenligningen mellom teoriene som er fremsett før data innsamlingen, og de empiriske resultatene som fremkommer av casestudien. Analytisk generalisering innebærer at en case brukes til å understøtte eller avkrefte teoretiske perspektiv. Analytisk generalisering kan således benyttes uansett om casestudien involverer ett eller flere caser (Yin 1994, Andersen 1997).

Flere forskere har presentert nærmest punkt for punkt oppskrifter på hvordan casestudier skal gjennomføres mest mulig vitenskaplig (jf. Yin 1994, Eisenhardt i Andersen 1997). Slike vitenskapelige metodeprosedyrer knyttes ofte til en bestemt sekvens av aktiviteter, som for eksempel; at man starter ut med en teori, deretter utvikles en hypotese og et design som spesifiserer utvalg og data som kan gjøre det mulig å svare på studiens forskningsspørsmål (Andersen 1997:24). Andersen (ibid) viser til at mange casestudier i praksis avviker fra en slik rigid prosessbeskrivelse. Etter hans mening trenger ikke slike avvik å forringe studien. Han skriver; *"Tvert i mot, det er av avgjørende betydning at de erfaringer som gjøres underveis holdes kritisk opp mot opprinnelige avgrensninger og valg"* (Andersen 1997:27). Dette prosjektet kan ikke sies å ha fulgt en slik rigid metodeprosedyre som beskrevet over.

Når det gjelder valg av tema og case for dette prosjektet, har dette vært klart fra oppstarten. Forskningsspørsmålet og problemstillingen har derimot endret seg noe. På et tidlig tidspunkt av prosjektet var intensjonen å innlemme deltagerens oppfattning av hvordan lederutviklingsprogrammet utspant seg. Denne innfallsvinkelen ble lagt bort til fordel for den presenterte problemstillingen. Før den endelige problemstillingen ble fastsatt utførte jeg likevel syv intervjuer med ulike deltagere i programmet. I oppgavens endelige form har jeg ikke benyttet dette materiale på en systematisk måte, men intervjuene har likevel bidratt indirekte som kilder, spesielt med hensyn til andre del av problemstillingen hvor jeg ser på programmets forløp.

Oppsummert kan en si at valg av metode for prosjektet ble utledet fra forskningsspørsmålet og problemstillingene. Prosjektet kan betegnes som en kvalitativ casestudie av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene, og casen inneholder ett undersøkelsesobjekt. For

å si noe om begrunnelse og innhold i et enkelttilfelle, er kvalitative dokumentanalyser og intervjuer de mest hensiktsmessige kildene å ta i bruk. Ved å ta i bruk flere ulike kilder styrkes studiens validitet. Et viktig element i prosjektet var å analysere dataene i studien opp i mot konteksten. Studien gir ikke grunnlag for å kunne utlede noen form for statistisk generalisering, men analysen vil ta sikte på analytisk generalisering.

Datatilfang

I denne delen av kapittelet vil jeg redegjøre for datatilfanget jeg har benyttet meg av i arbeidet. Datatilfanget for studien er intervju og dokument. Disse kildene er brukt for å supplere hverandre for slik å få et best mulig bilde av prosessene som søkes forklart i studien. Ved å kombinere ulike kilder kan en i større grad vurdere kvaliteten og påliteligheten av de ulike kildene.

Prosessen med å få tilgang til, og samle inn data til denne studien var relativt uproblematisk. De fleste dokumentene jeg har benyttet meg av har vært offentlig tilgjengelige. Ett unntak var evalueringsrapporten som ble gjort tilgjengelig av en av informantene i studien. De personene som ble kontaktet med forespørsel om intervju, var uten unntak positivt innstil og behjelpelige. Her er det verdt å nevne at oppgavens tilknytning til ATM-prosjektet²² ble nevnt i alle forespørsler, og dette kan ha vært med å bidra til velviljen jeg har møtt.

Intervju

Intervju blir ofte ansett som den viktigste informasjonskilden for casestudier generelt (Yin 1994:84). Intervju er også en viktig datakilde i denne studien. I forskningsøyemed finner vi flere varianter av intervjuet som empirisk kilde. For å få en oversikt kan en sette disse opp etter strukturingsgrad, hvor det fast strukturerte intervjuet med faste svarkategorier befinner seg på det ene ytterpunktet av skalaen og den ordinære samtale på den andre. En mellomvariant er intervju hvor intervjueren styrer samtalen innom tema som er satt opp som stikkord på forhånd (Ryen 2002:15). Denne mellomvarianten går gjerne under betegnelsen semi-strukturerte intervju (Brewerton og Millward 2001:70) eller delvis strukturerte intervju, og det er denne varianten som er benyttet for dette prosjektet.

Et strukturert intervju i form av spørreskjema forutsetter avstand mellom forsker og respondent, og forutsetter at ett og samme spørsmål betyr det samme for alle respondentene (Holter 1996:16). Med spørsmål uten faste svarkategorier er målet å la respondenten eller informanten selv komme til orde med sine meninger og syn på temaet som undersøkes. Kvalitative intervju, som det semi-strukturelle, tar utgangspunkt i samtalen. ”*Formålet er*

²² “Autonomy, Transparency and Management, three reform programs in health care: a comparative project 2003 – 2008”. Prosjektleder: Haldor Byrkjeflot.

blant annet å få brakt på det rene respondentens meningsrammer og opplevelser av begivenheter og handlinger” (Holter 1996:16).

Intervju er gode verktøy når en ønsker å få innblikk i hvordan mennesker forstår sin egen verden. Respondentene i studien hadde ulike roller, og hensikten med å bruke denne formen for intervju var å sikre at respondentene fortalte om hvordan hver enkelt forholdt seg til lederutviklingsprogrammet. Ved delvis strukturerte intervjuer har en også mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål når respondenten snakker om saksforhold som er av interesse for studiens problemstilling. Intervjuene fortonet seg derfor noe ulikt, selv om temaene var de samme for alle respondentene. I kvalitative intervjuer vektlegges gjerne autentisitet fremfor reliabilitet, og målet med denne type intervju er å nedtegne en så autentisk versjon av menneskers opplevelser som mulig (Silverman 2001:13).

Forskere bruker et variert tilfang av begreper på den som intervjues (Ryen 2002:17). Holter (1996:13) deler intervjuobjektene inn i kategoriene ”informanter” og ”respondenter”. Betegnelsen ”informanter” brukes om intervjuobjekt som blir bedt om å fortelle særlig om den eller de sosiale sammenhengene hun eller han er en del av. I tillegg til å følge seminarer gjennom ATM-prosjektet, benyttet jeg meg av et informantintervju²³ for å øke min generelle kunnskap om spesialisthelsetjenesten og lederutvikling i helseforetakene. Betegnelsen ”respondenter” brukes om intervjuobjekter som blir bedt om å snakke om seg selv og sitt forhold til casen. I arbeidet med å fremstille og forklare forløp og utfall av prosesser er det vanlig å intervju de mest sentrale aktørene innenfor disse (Roness 1992). Ønskelige respondenter var i så måte styreleder for Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene, og programmets direktør²⁴. Disse to respondentintervjuene anser jeg som to hovedkilder i studien og vil videre referere til disse aktørene som hovedrespondenter. Hovedrespondentene ble intervjuet i kraft av sine roller i programmet og blir derfor betegnet ved titlene de bar i forbindelse med programmet.

Intervjuene varte i henholdsvis 50 min og 2 timer. Begge intervju ble foretatt ved respondentenes arbeidssted. Jeg opplevde begge hovedrespondentene som villig innstilt og åpne i sine svar. Det ble gitt samtykke til bruk av diktafon ved begge intervju, og intervjuene ble senere transkribert ut i sin helhet. Dette lettet etterarbeidet med å behandle

²³ Intervju foretatt 10.06.05 med en seksjonsleder ved en organisasjonsavdeling tilknyttet et lokalt Helseforetak.

²⁴ Leder av konsortiet som fikk i oppdrag å gjennomføre programmet.

intervjumaterialet. Jeg har også tatt meg den frihet å endre på noen av de muntlig pregede sitatene i henhold til skriftspråkets regler. Dette gjør materialet lettere tilgjengelig og mer lesbart. For å sikre at meningsinnholdet er bevart ble respondentene gitt mulighet til å godkjenne sitatene. Den ene respondenten ville gjerne få godkjenne eventuelle sitat som ville bli offentliggjort i studien, hvorav den andre ga carte blanche til bruk av materiale.

Under begge intervjuene oppga respondentene informasjon de der og da påpekte at de ikke ville bli sitert på. Dette gjaldt forhold de mente ville forulempe andre involverte personer. Dette har jeg respektert i behandlingen av materiale, men anser ikke dette forhold som en forringelse av studien da disse forholdene ikke har en direkte tilknytning til studiens problemstilling.

Et minus med gjennomføringen av intervjuene var tiden mellom intervjuene og gjennomføringen av programmet. Programmet ble gjennomført i tidsrommet 2003-2004, hvorav det siste av de seks seminarene ble avsluttet i juni 2004. Alle intervjuene foretatt i forbindelse med dette prosjektet ble utført i 2005. Informantintervjuet ble foretatt i juni 2005, og respondentintervjuene i løpet av høsten 2005 – altså over et år etter at programmet var avsluttet. Noen av deltagerintervjuene beskrevet i avsnittet ”Case”, bar noe preg av at respondentene ikke husket detaljer av programmet, og at de måtte ha noe betenkningstid for å kunne svare på enkelte spørsmål. Når det gjelder de to hovedrespondentene i studien, var det mitt inntrykk at disse kunne svare godt på spørsmålene på tross av tidsrommet som var gått mellom programmet og intervjuene.

Når det endelige forskningsspørsmålet og problemstillingen ble som det fremkommer av oppgaven, kunne en i tillegg til hovedrespondentene intervjuet andre styremedlemmer, representanter fra departementet og/eller representanter for de ulike organisasjonene i konsortiet. Man kunne da ha antatt at utfallet ville blitt noe mer nyansert. At dette ikke ble gjort skyldes det studieoppleggets naturlige ressursbegrensning. Samtidig er det verdt å nevne at de to intervjuene virket utfyllende på den måten at respondentene var representanter for de to viktigste aktørene; bestiller og utfører. Respondentene gav i så måte høyst ulike svar på spørsmål som omhandlet samme tema. På denne måten ble det mulig å synliggjøre flere dimensjoner av begrunnelse og innhold i programmet.

Dokument

Jeg har i all hovedsak benyttet meg av kvalitativ dokumentanalyse. Kvalitativ dokumentanalyse har fokus på meningsinnhold i dokumentene. Målet er å peke ut sitater for å illustrere bestemte tema i dokumentet (Brewerton og Millward 2001:151). Reliabiliteten ved disse studiene står ikke like sentralt som i positivistisk forstand. Holter (1996:22) peker på viktigheten av at en her fastholder meningsrammene og at reliabiliteten i kvalitative studier hviler bl.a. på forståelsen av mening som et tolkningsrepertoar.

Spesielt i første del av problemstillingen, hvor jeg søker å kartlegge begrunnelse for opprettelsen av det nasjonale lederutviklingsprogrammet, støtter jeg meg til kvalitativ dokumentanalyse. Dokumentene som her er analysert består i stor grad av offentlig tilgjengelige dokumenter som odelstingsproposisjoner, NOU'er, stortingsmeldinger, offentlige rapporter, pressemeldinger, og det offisielle nettstedet opprettet i forbindelse med lederutviklingsprogrammet. I tillegg til disse dokumentene fikk jeg som nevnt tilgang til en evalueringsrapport forfattet av programdirektøren. For andre del av problemstillingen, har jeg hatt stort utbytte av informasjonen som har vært tilgjengelig på programmets offisielle nettside. Her har det, frem til skrivende stund, vært publisert detaljert informasjon om hver av de seks samlingene.

I denne studien har jeg gjennomgått de foredrag som ble presentert ved de seks samlingene programmet var bygget opp av. Titlene på foredragene og navn på foredragsholderne, samt tittel på foredragsholder, fremkommer i sin helhet på Helseuniversitetets offisielle internettside (www.helseuniversitetet.no). I tillegg finner en her en rekke notater og powerpointpresentasjoner til mange av foredragene. Hvert enkelt foredrag blir da en analyseenhet. Oppdragsgiver var i varierende grad fornøyd med selve foredragene. Jeg har derfor i hovedsak tatt utgangspunkt i titlene på innleggene, og rollen til innleggsholder i kategoriseringen av innleggene i programmet. Dette fordi det var disse faktorene oppdragsgiver i stor grad styrte (Programdirektøren 14.9.05).

Med utgangspunkt i teorikapittelet og *figur 2* har jeg utledet noen kriterier som jeg deler inn plenumsinnleggene etter. Innleggene som er av reformspesifikk karakter, og/eller som støtter intensjonen ved programmet som det fremkommer i kapittel 5, vil regnes som regulativ i og med at programmets hovedintensjon var å støtte opp om den regulative reformen. Innlegg som påberoper seg å formidle normer og verdier, eller som vektlegger verdier tradisjonelt

forbundet med ledelse i spesialisthelsetjenesten på operasjonelt ledelsesnivå, vil regnes som innlegg i normativ forstand. De kognitive innleggene kjennetegnes gjerne ved at innleggsholder ikke har noen naturlig tilknytning til spesialisthelsetjenesten.

Som redegjort for i kapittel 3 ligger fokus her på formelle organisasjoners fellestrekk som; mål, ledelse, formell struktur, organisasjonskultur, ordninger for personalhåndtering, kvalitetssystemer og resultatmålinger. Bakgrunnen for utvelgelse av foredragsholdere dreier seg gjerne om symbol på en prioritering eller eksklusivitet, imitasjon av autoritative sentra, et forsøk på å skaffe seg legitimitet innad eller utad, eller en mimetisk adoptering av et tidsriktig konsept.

Kvantitativ dokumentanalyse brukes til å generere numeriske verdier ut ifra dokumentene. Ved å gjøre tekstinformasjon om til tallform blir det enklere å få oversikt over materialet (Undheim 1985). Brewerton et al (2001:152) påpeker at kvantitativ dokumentanalyse ikke helt lar seg skille fra kvalitativ dokumentanalyse. Prosessen med å fremskaffe de numeriske verdier består gjerne av kvalitative analyseelementer, og denne type kategorisering fordrer en form for kvalitativ tolkningsprosess. Typen kvantitativ dokumentanalyse brukt i denne studien, består av at en etablerer et sett kategorier, for så å telle forekomsten av hvert tilfelle som faller under de etablerte kategoriene. Det er av betydning at kategoriene forskeren fremsetter er presise nok til at andre forskere kan komme frem til samme resultat om de behandler samme datatilfang. Jeg har derfor redegjort for kategoriseringen av hvert enkelt innlegg i kapittel 6. I samme kapittel har jeg imidlertid også redegjort for antall poster ved lederutviklingsprogrammet, og talt opp hvor mange av disse som falt under de ulike typer av sesjoner. Det skal her nevnes at tallmaterialet ikke på noen måte gjøres til gjenstand for kvantitativ tekstanalyse. Tallmaterialet brukes utelukkende deskriptivt.

Oppsummert kan en si at datatilfanget består av intervjuer og dokumentanalyser. Valg av kilder og metode har vært forankret i et ønske om å skjønne hvorfor lederutviklingsprogrammet opprettes i lys av de involverte parters meningsrammer. Intervjuene har vært av delvis strukturert karakter, og dokumentanalysene har i hovedsak vært av kvalitativ karakter. I kapittel 6 har jeg også gjort en del av tekstinformasjonen om til tallinformasjon. Arbeidet med å tilegne meg dataene i studien må betegnes som uproblematisk. Her har jeg fått drahjelp fra personer ved ATM-prosjektet og fra en informant tilknyttet et lokalt helseforetak. En ulempe med gjennomføringen av intervjuene var

tidsrommet mellom programmet og intervjuene, jeg mener likevel at hovedrespondentene redegjorde godt for de spørsmålene de ble stilt.

Kapittel 5: TILBLIVELSESFASE

I tråd med første del av problemstillingen, begrunnelse for opprettelsen av programmet, vil jeg først gjøre rede for hvilke aktører som var involvert i utformingsprosessen. Deretter vil jeg kartlegge hva disse aktørene legger til grunn for opprettelsen.

Arbeidet med Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene ble satt i gang av helseregionene og Helsedepartementet. En styringsgruppe ble nedsatt med representanter fra hver helseregion og eieravdelingen i Helsedepartementet. Styringsgruppen ble ledet av en administrerende direktør for et av de fem RHF-ene. Med mandat fra helseministeren fikk gruppen i oppdrag å utforme det nasjonale lederutviklingsprogrammet (Evalueringsrapport).

Styringsgruppen valgte å gå for en bestiller-utfører modell, og la gjennomføringen av programmet ut på anbud med spesifikke krav til hva det skulle inneholde. Oppdraget gikk til et konsortium bestående av en rekke selvstendige organisasjoner; SINTEF, Universitetet i Oslo; Senter for helseadministrasjon, Handelshøyskolen BI, Deloitte & Touche, Hartmark og Agenda Utredning & Utvikling. Dette konsortiet gikk under navnet "Helseuniversitetet". Konsortiet ble ledet av en representant fra SINTEF som bar tittelen Programdirektør, og som hadde oppgaven med å koordinere og lede arbeidet med å levere det programmet som styringsgruppen hadde bestilt ([helseuniversitetet.no/Om Helseuniversitetet](http://helseuniversitetet.no/Om_Helseuniversitetet), Evalueringsrapport, Programdirektøren 14.09.05).

I dette kapitlet vil jeg kartlegge hvordan opprettelsen av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene ble begrunnet. Jeg vil først i kapitlet vise til programmets tilknytning til sykehusreformen, og de nye lederrollene reformen legger opp til. Jeg vil så vise til de utfordringene programmet skal adressere. Disse utfordringene kan oppsummeres som; implementering av reformen, diskrepans mellom ledelse ovenfra og nedenfra, og hvordan forholde seg til de nye lederrollene i spesialisthelsetjenesten. Det ble ved første samling presentert noen verdier programmet skulle bygges på, og jeg vil her redegjøre for disse verdiene og hvorfor de innføres. Jeg vil så si noe om hvordan programmet profileres mot omgivelsene. Etter en gjennomgang av verdiene vil det bli vist til spesialisthelsetjenestens spesielle karakter, og hvordan programmet tar høyde for dette. Til slutt i kapitlet vil det bli

redegjort for hvilken målgruppe programmet retter seg mot, og hvilke krav styringsgruppen satte til innhold.

Foretaksreformen og de ”betydelige ledelsesutfordringer”

Som redegjort for innledningsvis ble programmet opprettet samtidig med reformen. Reformen besto av endring i den formelle organisasjonsstrukturen ved lov, og betegnes i denne sammenheng som en regulativ endring. I kapittel 2.7. i Ot.prp.66 (2000-2001) presenteres utvalgte områder for satsing innenfor reformen. Ett av disse områdene er ”ledelse, organisasjon og personalpolitikk”. Her gjøres det et poeng ut av at foretaksorganiseringen skal klargjøre ansvaret for spesialisthelsetjenesten, og at en gjennom reformen legger forholdene bedre til rette for at sykehusledere skal kunne utøve lederskap og ta ansvar. *I så måte kan dette sies å være vel så meget en ansvars- og lederskapsreform som en eierskapsreform*, heter det (Ot.prp.66 (2000-2001:2.7.2)).

Det påpekes videre at sektoren stadig står overfor betydelige lederutfordringer og at disse nå skal adresseres. I regi av eier er det ett konkret tiltak som trekkes frem; etablering av et nasjonalt lederutviklingsopplegg:

De betydelige ledelsesutfordringene i helsevesenet må møtes med tiltak på bred front, først og fremst i regi av de regionale helseforetakene og de enkelte sykehus. Dette skal skje ved at foretakene driver aktiv lederrekruttering. På ett område vil imidlertid staten i kraft av sin nasjonale eierrolle ta et særlig ansvar sammen med ledelsen for de nye foretakene. Det gjelder utviklingen av et nasjonalt opplegg for utvikling av toppledere og avdelingsledere til sykehusene

(Ot.prp.66 (2000-2001:2.7.2)).

Som det fremkommer av sitatet skal de betydelige lederutfordringene først og fremst møtes av tiltak i regi av de regionale helseforetakene og de enkelte sykehus. Et viktig ledd i reformen var da også at sykehusene skulle få større ansvar og handlingsrom. Mange RHF og LHF

utviklet sine egne lederutviklingsprogram med fokus på spesielle utfordringer i egen region. Staten, som eier, valgte likevel å ta en aktiv rolle i utviklingen av ledere innenfor de nye regionene gjennom et nasjonalt opplegg for utvikling. Et permanent nasjonalt program for lederutvikling i helseforetakene var ikke ment som en erstatning for de lokale lederutviklingsprogrammene, men som et supplement og en overbygning (Pressemelding 06.04). De lokale programmenes fordel ved å være virksomhetsnære anerkjennes av Helseuniversitetet ved at de har muligheten til å forankre lederutvikling i lederens reelle arbeidsmiljø og egen kontekst. Det nasjonale programmet ville kunne tilby erfaringsdeling på tvers av foretak og regioner, og muligheten for nettverksbygging. Spesielt ble det pekt på muligheten til å skape felleskap omkring de nye lederrollene i helsetjenesten (Helseuniversitetet.no).

De betydelige ledelsesutfordringene det refereres til i Ot.prp.66 (2000-2001), tilskrives sykehusenes spesielle karakter som særdeles komplekse og teknologiintensive kunnskapsbedrifter. Det påpekes at sykehusene må forholde seg til stadig mer turbulente og krevende omgivelser, både i forhold til kunnskaps- og teknologifronten og etterspørselssiden. En manøvreringsdyktig sykehusledelse blir følgelig særdeles viktig. Det pekes videre på at sykehusene, gjennom foretaksorganiseringen, får større ansvar og handlingsrom rettet mot økonomiske midler og personalpolitikk:

Organisert som foretak får sykehusene større ansvar og handlingsrom både for å forvalte og fornye investeringsiden (særlig medisinsk utstyr) og for å ivareta kunnskaps- og humankapitalen. I ledelse av kunnskapsbedrifter inngår en moderne og fleksibel personalpolitikk

(Ot.prp.66 (2000-2001:2.7.2)).

Rapporten ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv” (2001) av 14. september 2001, utdyper innspillene fra kapittel 2.7 i Ot.prp.nr.66, hvor det drøftes hvordan staten kan nyttiggjøre seg sin nye styringsrolle (Sykehusreformen – noen eierperspektiv). Rapporten utdyper hva som inngår i de overnevnte ledelsesutfordringene. Her presenteres en virkelighetsbeskrivelse bestående av stadige og betydelige underskudd, konflikter mellom yrkesgrupper og hyppig skifte av toppledere. Tiltagende spesialisering og fragmentering på fagsiden forsterker disse ledelsesproblemene. Det samme gjør rammevilkårene sykehusene er underlagt som del av forvaltningen (Sykehusreformen – noen eierperspektiv 2001:8). Internt tilskrives

ledelsesutfordringene i særlig grad spenningen mellom den faglig-medisinske virksomhet og den overordnede ledelse.

Oppsummert kan en si at reformen skulle klargjøre ansvaret for spesialisthelsetjenesten, og legge forholdene bedre til rette for at sykehusledere skal kunne utøve lederskap og ta ansvar. Opprettingen av et nasjonalt opplegg for utviklingen av ledere til sykehusene, var en del av implementeringen av reformen. I forbindelse med reformen fokuseres det på de ”betydelige ledelsesutfordringene” sektoren står overfor. Utfordringene beskrives som mangslungne og komplekse, uten at dokumentene sier noe om hvordan ledelse i spesialisthelsetjenesten bør, eller skal være. I lys av at det nå skulle legges bedre til rette for at sykehusledere skulle utøve lederskap og ta ansvar, kunne en tenke seg at oppretting av lederutviklingsopplegg ble overlatt til RHF- og LHFene. Dette har det også blitt oppfordret til fra eiers side. Samtidig ønsket staten som eier å ta et særlig ansvar sammen med ledelsen av de nye RHFene; for å utvikle et nasjonalt opplegg for utvikling av ledere i sykehusene. Fordelene med et nasjonalt program ville være muligheten for erfaringsdeling på tvers av foretak og regioner, og muligheten for nettverksbygging. Det ble videre pekt på muligheten til å skape felleskap omkring de nye lederrollene i helsetjenesten.

Hvilket innhold opplegget skulle inneholde, eller hvilke ledelsesideal som skulle forfølges i et slikt opplegg, kommer ikke eksplisitt frem i noen av disse dokumentene. Det vi finner i dokumentene det vises til er beskrivelser av flere ”betydelige ledelsesutfordringer” som skal adresseres.

Bøte på problemer mellom styring ovenfra og styring nedenfra

En av disse ledelsesutfordringene er diskrepansen mellom styring ovenfra og styring nedenfra, som blir beskrevet som et særlig problem med ledelse i spesialisthelsetjenesten. ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv” vektlegger spenningen mellom den faglig-medisinske virksomhet og den overordnede ledelse ved å presentere en problemforståelse bestående av en sykehusledelse med et legitimitets- og autoritetsproblem i forhold til fagmiljøene, og et fagmiljø som vegrer seg mot å ta medansvar for helheten. Denne motpartforståelsen mellom de ulike ledelsesnivåene forsterkes av en kulturkløft preget av mangel på felles språk, referanser, virkelighetsoppfatning og mål.

Rapporten sier her at foretaksreformen i seg selv neppe vil løse denne problemstillingen da den er såpass innvevd i sykehusenes tradisjon, arbeidsdeling og profesjonssystem. Her heter det at: *”Konkret må relasjonene mellom sykehusledelse og fagmiljøer håndteres gjennom strategiske kultur- og samhandlingsbyggende tiltak innen sykehusene”* (Sykehusreformen – noen eierperspektiv 2001:9). Dette skal gjøres ved å skape overlappende soner for utvikling av felles erfaringer og virkelighetsforståelse. Enkelt formulert må partene utvikle en bedre forståelse for hverandres problemer og hverdag. Dette skal skje gjennom teamdannelse og ledergrupper.

Lederutviklingsprogram blir ikke nevnt direkte i denne sammenhengen. Lederutvikling er derimot det eneste tiltaket rapporten, sammen med ot.prp.66 (2000-2001), fremsetter som løsning fra eiers hold for å imøtekomme de betydelige ledelsesutfordringene spesialisthelsetjenesten står overfor. Rapporten skulle da også senere knyttes til mandatbeskrivelsen for lederutviklingsprogrammet (Evalueringsrapport). Jeg tolker derfor det nasjonale lederutviklingsprogrammet til å være et strategisk kultur- og samhandlingsbyggende tiltak, men det formål å bygge bro mellom styring ovenfra og styring nedenfra.

For å få til kulturbygging på tvers av etablerte grupper og nivåer heter det videre i rapporten at det faglige og instrumentelle lederskapet må suppleres med kommunikativt lederskap med krav om relasjonelle og brobyggende ferdigheter:

”Gjennom teamdannelse og ledergrupper på ulike nivåer må det skapes slike soner for kulturbygging på tvers av etablerte grupper og nivåer. For å få det til, må det faglige og instrumentelle lederskapet suppleres med kommunikativt lederskap med krav om relasjonelle og brobyggende ferdigheter”

(Sykehusreformen – noen eierperspektiv 2001:10).

Her ser det ut til at en planlegger å løse noe av problemet mellom styring ovenfra og styring nedenfra gjennom idealene hentet fra kommunikativ ledelse. I denne sammenhengen sies det at kommunikativt lederskap innebærer at en leder påtar seg to ansvarsroller: lederansvaret for den enheten man leder og medlederansvaret for den større helheten enheten inngår i (ibid).

Oppsummert blir diskrepansen mellom ledelsesnivåene vektlagt som en særlig utfordring for sektoren. Det blir ikke forventet at reformen som et strukturelt grep vil løse denne utfordringen i seg selv. Et konkret løsningsforslag er å satse på strategiske kultur- og samhandlingsbyggende tiltak. Dette skal gjøres ved å opprett overlappende soner for utvikling av felles erfaringer og virkelighetsforståelse. Et nasjonalt lederutviklingsprogram må kunne tolkes som en overlappende sone, hvor ledere kommer sammen på tvers av RHF og LHF. Kommunikativt lederskap med krav om relasjonelle og brobyggende ferdigheter trekkes frem som bærende for arbeidet i de overlappende sonene.

Departementet og lojalitet

Som tidligere nevnt, var formålet med ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv” (2001) å utdype hvordan staten kunne nyttiggjøre seg sin nye styringsrolle. I forordet heter det at dokumentet tar utgangspunkt i at de overordnede helsepolitiske målsetninger ligger fast, og at disse skal prege de regionale foretakenes disposisjoner og prioriteringer. Senere i dokumentet heter det at helseforetakene må forholde seg til, og være lojale mot, nasjonale prioriteringer. Denne forventede lojaliteten kan ikke sies å være kontroversiell i lys av fortaksreformens eierskifte, men lojalitet er ikke fremsett som et offisielt mål eller tema i det Nasjonale lederutviklingsprogrammet. Det kan likevel se ut som at det lojalitet til nasjonale prioriteringer har vært et medvirkende tema i opprettelsen av programmet.

I redegjørelsen for hvorfor sykehusene er vanskelig å lede, poengteres problemene med den tiltagende spesialiseringen og fragmenteringen på fagsiden. Og videre hvordan denne virkeligheten kan innby til opportunistiske allianser og ad hoc-løsninger som underminerer overordnet lederskap. Fagmiljøene mangler både kultur og verktøy for å håndtere de mange nullsumspillene som alltid vil prege ressursforvaltningen i sykehusene (Sykehusreformen – noen eierperspektiv 2001). Det uttrykkes ikke eksplisitt at det nasjonale lederutviklingsprogrammet skal håndtere denne problemstillingen. Implisitt derimot, gjennom å være det eneste nevnte tiltaket fra eiersiden for å imøtekomme ”betydelige ledelsesutfordringene”, kan det være rimelig å anta at dette har vært en del av formålet med programmet.

Styreleder bygger opp under denne antagelsen når han vektlegger forståelse for eiers forventninger på spørsmål om hva styret ønsket at en deltagelse i programmet skulle resultere i. Han svarere blant annet slik:

[...] Fordi at man ikke har fått den forståelsen, for dette har vært så offentlig forankret, at helsereformen går ut på at vi skal ha ledere som både skal ha ansvar og skyld, og har et helt annet handlingsrom; du skal forholde deg til et styre, du skal ta raske beslutninger, og du skal oppnå resultat. Og viss du ikke oppnår resultat, så må du finne deg i å bli skiftet ut fordi organisasjonen ikke oppnår de resultat som kreves. Å den forståelsen, må vi få bake inn i disse som vi nå får inn, at du nå er inne i et løp, som kan medføre at du en dag står som ansvarlig for en virksomhet, og hvor vi spør hva du presterer.

(Styreleder 13.09.05).

Styrelederen for programmet knytter da betydningen av god ledelse til de nye kravene sykehusreformen stiller til lederne. Han viser til at lederne nå opererer i et helt annet handlingsrom. Han vektlegger her at helsereformen går ut på at en skal ha ledere som både har ansvar og skyld, som skal forholde seg til et styre, som skal ta raske beslutninger, og som skal oppnå resultat. Uteblir resultatene, må en finne seg i å bli skiftet ut.

Dette fokuset på ledelseskompetanse som det fremkommer her knytter den nye lederrollen direkte opp til et profesjonelt ledelsesideal hvor nettopp ledelseskompetanse *per se* fremstår som essensielt. Og hvor lojaliteten knytter seg til prosjektmål og de organisasjonsmessige målene som er satt fremfor faget. Ved å vektlegge resultatkontroll og lederens forhold til styret, kan det se ut som om den nye lederrollen knyttes tett opp mot lojalitet til eier, i motsetning til faget i faglig ledelse, idealer i verdiledelse eller læringsprosessen i kommunikativ ledelse i deliberativ forstand.

Oppsummert kan en si at å skape lojalitet til eier og overordnede prioriteringer ikke var en eksplisitt uttrykt målsetning for å opprette et nasjonalt lederutviklingsprogram. Det kan likevel se ut som at lojalitet til eier og nasjonale prioriteringer har vært et medvirkende tema i opprettelsen av programmet ut fra ordlyden i rapporten ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv ” (2001) og hos styreleder. Styreleder knytter også de nye lederrollene opp mot et profesjonelt ledelsesideal i sitt svar på hva en deltagelse i programmet skulle resultere i.

Verdier, holdninger og ledelsesatferd

En hyppig uttrykt ambisjon var at et nasjonalt ledelsesutviklingsprogram skulle bidra til å etablere felles holdninger og verdier for lederskapet innen helsetjenesten. Helseuniversitetet

vektlegger viktigheten ved fokus på verdier og holdninger, og uttrykker det på denne måten: *Reformens skjebne ligger i hendene på de lederne som skal målbare viktige verdier og holdninger* (Helseuniversitetet.no – målsettinger). I mål og mandatbeskrivelsen, slik det fremkommer av evalueringsrapporten, heter det;

”Hensikten med det nasjonale programmet var å etablere felles holdninger til og kunnskap om hva ledelse i sykehus innebærer, for en bedre utøvelse av ledelsesfunksjonen i helseforetakene. Dette skulle bidra til en bedre gjennomføring av sykehusreformen.”
(Evalueringsrapport)

Bak innføringen av verdibasert ledelse finner en noen grunnleggende antagelser utarbeidet i forkant av programmet. Disse ble presentert ved første samling. Første antagelse lyder som følger: *”det er mulig å knytte ledelse og ledere i helseforetakene sammen gjennom noen sentralt formulerte verdier, som gjøres til felleseie gjennom et nasjonalt lederutviklingsprogram”* (Helseuniversitetet.no/1.samling).

Sitatet over samsvarer med ideer om hvordan ledere tenkes å motiveres i idealet om verdiledelse, nemlig gjennom idealer og sosialt felleskap. Innføring av holdninger og verdier kan også være forenelig med regulativ styringslogikk ved at en her åpner opp for muligheten for å styre kultur i ønsket retning. Til forskjell fra regulativ styringslogikk, forstått som instrumentelt kulturstyrende tiltak, betyr verdiledelse innenfor normativ styringslogikk at ledelsen formulerer og kommuniserer verdier, som gir organisasjonen mening *utover* bare å være et virkemiddel eller et slags instrument for eier. Begrepet verdiledelse baseres således på ledelsesatferd som ikke utelukkende begrunnes ut fra økonomiske, legale og politiske hensyn, men også på verdier; forstått som hensyn til de parter som berøres av beslutningene. Hvilke verdier som presenteres blir i denne sammenheng avgjørende for å kunne si noe om hvilket ledelsesideal verdifokuset bygger opp under.

På sitt nettsted viser Helseuniversitetet til at programmet skulle bidra til å etablere felles holdninger og verdier, men at det dog ikke er mulig, eller ønskelig, å ”vedta” holdninger og verdier, eller å formidle disse på en autoritativ måte. Oppmerksomheten må heller rettes mot å utvikle felles holdninger og verdier gjennom samarbeid, heter det (Helseuniversitetet.no/Holdninger og verdier). Dette synet harmonerer med verdiledelse og normativ styringslogikk. I forkant av programmet hadde departementet i samarbeid med RHF-ene, likevel formulert et sett kjerneverdier. Samtidig heter det på Helseuniversitetets

hjemmeside at det er naturlig at Helsedepartementet tar en ledende rolle i å sette sentrale verdier og holdninger på ledernes agenda. Formålet med dette fokuset sies å være at det på sikt kan være med på å skape et nasjonalt kollektivt lederskap (ibid).

De vedtatte verdiene bygget på formålsparagrafen i spesialisthelsetjenesteloven²⁵. Disse kjerneverdiene ble presentert ved første samling i daværende Helseminister Dagfinn Høybråten's åpningsforedrag, og skulle virke styrende for programmet. De tre kjerneverdiene lyder som følger: 1) *Kvalitet i prosess og resultat* 2) *Trygghet for tilgjengelighet og omsorg* 3) *Respekt i møte med pasienten* (Helseministerens tale 23.04.03). Ved at det presenteres et verdisett vedtatt på sentralt hold, som skal virke styrende for programmet, vil det være nærliggende å se på innføringen av et felles verdisett som et instrument for styring i samsvar med regulativ styringslogikk.

Tidligere i kapittelet ble det redegjort for de ulike former for styringslogikk som råder på de forskjellige ledernivåene i spesialisthelsetjenesten. Og i kapittel 3 ble det under det normative perspektivet poengtert at noen normer og verdier er gjengs for alle medlemmer i en gruppe, andre gjelder for et spesielt utvalg aktører innen gruppen, eller er knyttet til spesielle posisjoner. Dette kan i stor grad sies å ha preget styringen av spesialisthelsetjenesten hvor normene og verdiene på det operasjonelle nivået har differensiert fra ledelse på det institusjonelle- og det administrative nivå. På generell basis kan det sies at faglig ledelse har dominert på det operasjonelle nivået, på klinikken, og profesjonell ledelse har dominert på institusjonelt nivå.

I intervju 14.09.05 beskriver programdirektøren styringslogikken som preger klinikken som normativ, og viser til det han mener er en typisk holdning blant ledere på operasjonelt nivå: *"Vi er her for at vi skal lage et godt helsetilbud til pasientene. Ikke for å tjene penger"* (Programdirektør 14.09.05). Samtidig er styringslogikken som preger styring ovenfra mye mer regulativ ved at en forholder seg til foreskrifter, regler, lover og rammer, her under økonomiske. Og når det er diskrepans mellom oppgaver og ressurs vil aktører på klinikknivå mene at løsningen ligger i å tilføre mer ressurser, mens styringen ovenfra sier at oppgavene må endres. Programdirektøren argumenterer videre for at hele helsevesenets styringsproblem

²⁵ I formålsparagrafen i spesialisthelsetjenesteloven heter det: *"Lovens formål er å bidra til å sikre kvalitet, likeverdig tilbud, best mulig ressursutnyttelse, tilpasning til pasientens behov og tilgjengelighet"* (St.prp.nr1 2003-2004).

ligger i at de to formene for styringslogikk er så ulike at de gir helt forskjellige svar på utfordringene (ibid).

Programdirektøren sier videre i intervju 14.09.05 at; verdier og holdninger er styringsredskap, men noe av problemet med å vedta et sett av verdier og holdninger, er at man forutsetter at denne helsetjenesten i utgangspunktet er verdiløs, at den mangler verdier. Han påpeker videre at særlig den styringen som skjer på klinisk nivå, styringen nedenfra, nettopp er verdibasert; *Den er fundamentert i verdier, og ikke i regulative systemer, hvis en skal bruke et sånt skarpt begrep på det* (Programdirektøren 14.9.05). Det kan således sies at det var dristig av eier å fremsette sitt eget verdsett vedtatt på sentralt hold som nå skulle virke styrende for lederskap i sektoren. Tar en så de tre fastsatte verdiene nærmere i øyesyn, ser en at *kvalitet, trygghet og respekt* handler om å ivareta pasienten. Verdiledelse som ledelsesideal baseres som kjent på ledelsesatferd som ikke utelukkende begrunnes ut fra økonomiske, legale og politiske hensyn, men også på verdier; forstått som hensyn til de parter som berøres av beslutningene. I denne sammenheng er ”de berørte parter” pasientene, og i så måte harmonerer de tre verdiene med idealene innen verdiledelse.

De tre verdiene kan sies å være ukontroversielle i den forstand at de er uttrykk for ideal ”alle” kan slutte opp om. Med verdier nærliggende de verdier vi finner tradisjonelt på operasjonelt ledernivå, vil en ikke forvente de store negative reaksjonene blant deltagerne. Her må en kunne si at idealene i verdiledelse og fagledelse er kompatible ved de tre kjerneverdiene tilknyttet programmet. Man kan anta at det hadde skapt større reaksjoner blant deltagerne, da spesielt på operasjonelt nivå, om verdiene som ble flagget gjenspeilte mer regulative verdier som ”budsjettbalanse først” fremfor ”pasienten først”, eller ”prioriteringsregler” fremfor ”trygghet for tilgjengelighet og omsorg”.

Videre hadde departementet, igjen i dialog med RHF-ene, operasjonalisert kjerneverdiene i definert lederatferd: en leder må være *ansvarlig, handlekraftig, endringsvillig, kommuniserende, inspirerende og helhetstenkende* (Helseministerens tale 23.04.03). Her konkretiseres verdiene ved at lederatferden de impliserer uttrykkes eksplisitt. Høybråten forklarer hva som menes med uttrykte lederatferd (Helseministerens tale 23.04.03).

Med *ansvarlig* menes det at all lederatferd må ha sitt utgangspunkt i den totale virksomhetens verdier, mål og ressursgrunnlag (ibid). Det heter videre at et alternativt begrep i denne

sammenheng er *lojalitet*. Det påpekes at det ikke er snakk om blind lojalitet, men lojalitet kombinert med integritet. Med ansvarlig menes det videre at en må foreta nødvendige avveininger for å oppnå best mulig resultat for flest mulig (Helseministerens tale 23.04.03). Ansvarlighet knyttes her til lederens forhold til eiers overordnede prioriteringer i regulativ forstand, framfor til lederens forhold til den enkelte pasient som ville vært naturlig i normativ forstand.

Med *handlekraftig* menes det at en leder må ha mot og evne til å utøve lederskap bl.a. ved å prioritere og ved å gjennomføre nødvendige prosesser i samarbeid med sine medarbeidere. ”Å våge å og stå frem som leder er viktig, men man oppnår ikke mye uten å ha medarbeiderne med på laget”, heter det. Med handlekraft menes det videre ”å stake ut kurs” – ut i fra de rammebetingelsene en har fått (Slides Høybråten 23.04.03, Helseministerens tale 23.04.03). Denne atferden ser ut til å stå i sammenheng med atferden *ansvarlig* ved at en vektlegger at lederne skal ta initiativ til å utøve ledelse, men handlingene skal korrelere med eiers rammebetingelser. Underforstått skal valgene først og fremst gjenspeile eiers prioriteringer.

Lederen skal være *endringsvillig* i den forstand at en må kunne møte utfordringer og utvikling gjennom kontinuerlig endringsprosesser og kompetanseheving hos medarbeiderne. Viktigheten av å være endringsvillig forankres i sykehusene som komplekse, høykompetente og teknologiske arbeidsplasser. Tempoet beskrives som svimlende, og uten sterk endringsvilje vil en ikke kunne håndtere kompleksiteten og tempoet (Helseministerens tale 23.04.03). Egenskapen *endringsvillig* korrelerer først og fremst med idealene innenfor kommunikativ ledelse, men egenskapen endringsvillig kan også være forenelig med de andre ledelsesidealene. En kan være endringsvillig innenfor rammene til hvert enkelt ideal, dog med noe ulike begrensninger. Rammene som tegnes opp her for atferden endringsvillig, utelukker ikke noen av idealene, og en må derfor se til de andre atferdsbeskrivelsene i søken etter hvilket ledelsesideal verdiene tuftes på.

Evnen til å *kommunisere* er også en viktig del ved lederatferd: ”da 75 % all ledelse sies å dreie seg om kommunikasjon” (Helseministerens tale 23.04.03). Budskap og profil må kunne formidles med tydelighet mht verdier og mål, man må kunne opptre med legitimitet og vinne tillit både internt hos alle medarbeidere – og eksternt i forhold til pasientene, de pårørende og media (Slides Høybråten 23.04.03, Helseministerens tale 23.04.03). Hvilket ledelsesideal denne atferdsbeskrivelsen støtter beror på hvilket budskap og hvilken profil som skal

kommuniseres. Ser en til betydningen av *ansvarlig* og *handlekraftig* er det rimelig å anta at en hver kommunikasjonsatferd forventes å understøtte eiers prioriteringer.

Med å være *inspirerende* menes det at lederen må kunne opptre med ærlighet, humør og toleranse og samtidig stille krav til medarbeiderne om å oppnå resultater. Begeistring som drivkraft faller innunder denne verdien. Høybråten fremhever også et behov for at medarbeiderne stiller krav til lederne, og de må bevisstgjøres på hva de kan forvente seg av sin leder. Det må derfor etableres en kultur hvor ledere og medarbeidere stiller krav til hverandre for å lykkes, heter det (Helseministerens tale 23.04.03). Ærlighet, humør, toleranse og begeistring er også atferdsbeskrivelser som kan støtte opp under alle ledelsesidealene. Igjen må en se til de andre atferdsbeskrivelsene for informasjon om hvilke krav lederen skal inspirere medarbeiderne til å oppnå.

Den siste beskrevne kategorien av lederatferd som uttrykk for kjerneverdiene, var evnen til å tenke helhet. En leder er her *helhetstenkende* i den grad en ser sin virksomhet som en del av et større hele. Det poengteres at hele avdelingen, hele klinikken, hele sykehuset, hele foretaket, og faktisk også hele samfunnet blir mer og mer viktig for lederens arbeid. Det påpekes videre at det spesielt på avdelingsnivå vil evnen til profesjonsuavhengig lederskap være et kritisk punkt (Helseministerens tale 23.04.03). Denne atferdsbeskrivelsen ser ut til å bygge opp under et profesjonelt ledelsesideal og en regulativ styringslogikk. Videre rettes søkelyset mot ledere på det operasjonelle nivået hvor det manes til et profesjonsuavhengig lederskap. Med andre ord; bort fra fagledelsesidealet.

Oppsummert var ett av målene med programmet å innføre felles forhåndsdefinerte verdier i spesialisthelsetjenesten. Dette skulle bidra til en bedre gjennomføring av sykehusreformen. Spesialisthelsetjenesten er i utgangspunktet fulladet av verdier, verdier som sies varierer betraktelig mellom de ulike ledelsesnivåene. De ulike verdiene sies å skape betydelig ledelsesutfordringer i sektoren. Innføringen av et felles verdisett kan således betegnes som dristig i lys av de allerede rådende verdiene. De tre kjerneverdiene som ble presentert lyder som følger: *kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg, og respekt i møte med pasienten*. Videre ble verdiene operasjonalisert i seks definerte atferder; *ansvarlig, handlekraftig, endringsvillig, kommuniserende, inspirerende og helhetstenkende*.

Fokus på holdninger og verdier kan støtte opp under både normativ og regulativ styringslogikk. Når det ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene innføres et felles verdisett for spesialisthelsetjenesten i sin helhet, tolker jeg dette som et forsøk på å bruke verdier som et kulturstyrende instrument basert på regulativ styringslogikk. Påstanden begrunnes blant annet i at verdiene ble vedtatt på sentralt hold i forkant av programmet. Ordlyden i de tre kjerneverdiene kan i utgangspunktet støtte opp om normativ styringslogikk så vel som regulativ styringslogikk. Meningsinnholdet i beskrevne lederatferd tilhørende verdiene derimot, tolkes her som regulativ styringslogikk. Tolkningen baseres i atferdsbeskrivelsens fokus på lojalitet mot overordnede prioriteringer og eier, fremfor avdeling og fag. Den beskrevne atferden ser ut til å rette seg mot ledere på operasjonelt nivå med budskap om at de må fjerne seg fra et faglig ledelsesideal til fordel for et mer profesjonelt ledelsesideal.

Programmet og omgivelsene

Fokuset på verdier ble også promotert mot omgivelsene. I en presseinvitasjon foran den første samlingen i pilotprosjektet poengteres det at programmet er en viktig strategisk oppfølging av sykehusreformen, og siktemålet med samlingene blir definert som; ”*til dels å kvalifisere den enkelte leder, men enda mer å utvikle ledelse som et strategisk verktøy – bygd på et felles, nasjonalt verdigrunnlag*” (Presseinvitasjon 22.04.03). Ordlyden i denne presseinvitasjonen forsterker inntrykket av at innføringen av et felles verdisett for spesialisthelsetjenesten forankres i regulativ styringslogikk, dette ut fra fokuset på ledelse som *et strategisk verktøy bygd på et felles nasjonalt verdigrunnlag*. I samme presseinvitasjon vises det til at åpningsforedraget til Høybråten, som i hovedsak omhandlet verdiene og verdistyring, ville være åpen for pressen. Dette kan tolkes dit hen at verdisatsingen var noe en ønsket å promotere til omgivelsene.

I en senere pressemelding, etter endt pilotprosjekt, blir hovedformålet med programmet beskrevet på denne måten; ”*Hovedformålet med denne satsingen er å gjøre ledelse til et bedre verktøy for å se og møte pasientens behov, og til å sikre en felles kultur i sykehusene, der pasientens behov settes i høysetet*” (pressemelding nr 40, 04.06.04). Fokuset på ledelse som verktøy blir fortsatt vektlagt. Her spesifiseres det videre hva verktøyet skal brukes til; se og møte pasientens behov, og til å sikre en felles kultur i sykehusene. Den felles kulturen det

refereres til er sentrert rundt et samlet fokus på pasientens behov. Også denne pressemeldingen knytter programmet opp mot sykehusreformen.

Til forskjell fra presseinvitasjonen før programmet, tar pressemelding etter endt program et pasientperspektiv til inntekt for programmet. Som vi har sett ovenfor er verdiene det refereres til i presseinvitasjonen før programmet pasientrettet, og slik sett korrelerer de to pressemeldingene. Begge pressemeldingene vektlegger å styrke ledelse som et verktøy, og å bygge felles kultur og verdigrunnlag. Ved å definere "pressemelding" som "kontrollert informasjon fra organisasjon til omgivelsene", er det nærliggende å hevde at det som ønskes portrettert til omgivelsene er at det nå satses på å styrke gjennomføringen av reformen gjennom å satse på ledelse og kulturbygging som verktøy.

I st.prp.nr1 (2002-2003:17) redegjør Helsedepartementet for det som kalles "viktige moderniseringstiltak" i forbindelse med statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Her poengteres det at staten som eier har valgt å prioritere enkelte utviklingsområder, og ledelse er det første som nevnes. Her heter det: *"For å gjøre helseforetakene til moderne, effektive og slagkraftige organisasjoner, er ledelse et kritisk satsningsområde"*. Like etter følger en beskrivelse av planene om å bygge opp en felles nasjonal lederutdanning rettet mot behovene i helsesektoren. Samme beskrivelse av ledelse som kritisk satsningsområde finner en i st.prp.nr1 (2003-2004:245), her heter det: *"For å nå målet om å gjøre helseforetakene til moderne, effektive og slagkraftige organisasjoner er god ledelse i foretakene av kritisk betydning"*. Også her knyttes satsning på ledelse til utformingen av et nasjonalt program for ledelsesutvikling. Disse formuleringene hvor satsning på ledelse knyttes til ord som *moderne, effektive* og *slagkraftig*, underbygger beskrivelsen av ledelsesfokus i offentlig forvaltning i kapittel 1 og 2.

Videre i St.prp.nr1 (2003-2004:245)) understrekes det at ledelse i seg selv er et viktig satsningsfelt; *Ledelse er utpekt som et nasjonalt strategisk satsningsområde som utformes i felleskap mellom de regionale helseforetakene og departementet* (St.prp.nr1 (2003-2004:245)). Helsedepartementet tar så satsningen på et nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene til inntekt for en aktiv satsning på å fremme samarbeid på nasjonalt nivå mellom de regionale helseforetakene. Samarbeid tjener til å oppfylle hovedmålsetningen i den nasjonale helsepolitikken, heter det. Her vektlegges også ledelse som uttrykk for identitet og profil, uttrykt på denne måten:

”Hvordan organisasjoner i innhold og form utøver ledelse, er også en vesentlig del av deres identitet og profil. Helseforetakenes ledelsesutøvelse vil således også være en del av helsepolitikken innhold.” (St.prp.nr1 2003-2004, ”1.4.2 Ledelse”).

Det presiseres at programmet tar utgangspunkt i helsetjenesten kjerneverdier; kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg og respekt i møte med pasienten. Ambisjonen med programmet, som det uttrykkes her, var at deltagerne lederatferd ved avsluttet program i større grad gjenspeilte kjerneverdiene i helsetjenesten enn det som i utgangspunktet var tilfelle (St.prp.nr1 (2003-2004:245)).

Oppsummert kan en si at ledelse i spesialisthelsetjenesten promoterer som et viktig satsningsfelt i gjennomføringen av sykehusreformen, og fokuset på verdier flagges høyt i den utadrettede kommunikasjonen omhandlende programmet. Ordlyden i pressemeldingene støtter oppunder inntrykket av at innføringen av et felles verdisett for spesialisthelsetjenesten forankres i regulativ styringslogikk. De nevnte stortingsproposisjonene knytter opprettelsen av programmet til ideen om å gjøre helseforetakene til moderne, effektive og slagkraftige organisasjoner. Samtidig knyttes programmet opp mot en strategi for å fremme nasjonalt samarbeid mellom RHFene med det formål å oppfylle hovedmålsetningene i den nasjonale helsepolitikken. Og til slutt uttrykkes ambisjonen med programmet å være at deltagerne lederatferd ved avsluttet program i større grad skulle gjenspeile kjerneverdiene i helsetjenesten.

Ledelse – noe sektorspesifikt

I ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv” (2001:10) under ”Etablering av et nasjonalt utviklingsprogram for sykehusledelse”, anerkjennes det at i tillegg til å være noe generelt, så dreier ledelse seg om å lede virksomheter med et sektorspesifikt og konkret innhold. Dette gjelder etter sigende sykehusene i særlig grad, da disse er utpreget komplekse og kompetansetunge virksomheter. De sektorspesifikke forhold i sykehusene omfatter både organisasjonskultur og verdier, samt de mer faglige og tekniske forhold knyttet til sykehusenes tjenesteytende organisasjons- og produksjonssystem. Dette gjør at sykehusledere må håndtere en rekke utfordringer. Her blir det listet opp flere egenskaper lederne må besitte; de må ha generell kunnskap om sykehusenes innholdsside, da med respekt og forståelse for

faglighet. Videre må disse ha kjennskap til prioriterings- og kvalitetskriterier, og sykehusledere må også evne å foreta resultatvurderinger og avvikshåndtering. Det understrekes videre at det er av særlig betydning at lederutvikling i denne sektoren forankres i de omsorgsverdier som bør ligge til grunn for et pasientrettet helsevesen (Sykehusreformen – noen eierperspektiv 2001).

Under opplistingen av kriterier lederne må besitte slik det kommer frem av ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv”, vises det til normativ styringslogikk ved at innholdet tenkes å måtte være sektorspesifikt; ”*de må ha generell kunnskap om sykehusenes innholdsside, da med respekt og forståelse for faglighet*”. Dette kommer da i tillegg til de kravene som retter seg til direkte mot instrumentelle oppgaver, som: ”*ha kjennskap til prioriterings- og kvalitetskriterier, og må evne å foreta resultatvurderinger og avvikshåndtering*”. Som nevnt i kapittel 3 kan normative og regulative inntak virke gjensidig forsterkende, og som det fremkommer her virker ikke disse to mekanismene konkurrerende, men da heller utfyllende.

Styreleder (13.09.05) tegner et lignende bilde av forventningen til ledere i spesialisthelsetjenesten. På spørsmål om hva styringsgruppen ønsket at programmet skulle resultere i, gav styreleder et todelt svar. Først knyttet han programmet til de nye kravene reformen stiller til lederne²⁶. Disse kravene rettet seg mot regulativ og konsekvensbasert styringslogikk som samsvarer med et profesjonelt ledelsesideal. I andre del av svaret viser han til at lederne i spesialisthelsetjenesten må forholde seg til rammebetingelsene som er unike for sektoren:

[...] ”*den andre delen er å forstå rammebetingelsene for ledelse i helsesektoren, at det ikke er som å lede en sjokoladefabrikk, her skal du forholde deg til en kultur, til politikk, og ikke minst til omgivelser. Forstå hvilke følelser som knytter seg til et sykehus, du kolliderer ikke med sykehus, ikke sant. Altså, hvor mye kan du forandre før du får motkreftene. Hvor mye motkrefter tåler du før du taper. Du kan jo starte med å legge ned en fødeavdeling. Altså, viss en tror at det går an, om du så brukte dynamitt, så ville du ikke fått det til. Fordi at dette må gjøres på en helt spesiell måte, og med en helt spesiell dialog med omgivelsene. Det må de forstå.*”

[...] ”*Så det er en veldig spesiell ledelsesoppgave som folk må ha et bevisst forhold til. Og vi ser tradisjonelle byråkrater som kommer og ikke forstår dette med resultat, og så ser vi de som kommer fra handelshøyskolen og tror at de kan oppnå resultat på samme måte som ved sjokoladefabrikken, og så gjør de feil. Spesielt i forhold til det med den emosjonelle delen i relasjon mellom omgivelsene, lokalsamfunnet.*”

²⁶ Se ”Departementet og lojalitet”

Oppsummert finner en dekning for å si at ved etablering av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene ble det anerkjent et behov for å gjøre innholdet til noe sektorspesifikt. Dette er i tråd med normativ styringslogikk. Det er også vektleggingen av at lederutvikling i sektoren skal forankres i de omsorgsverdier som bør ligge til grunn for et pasientrettet helsevesen, slik det fremkommer av ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv”.

Målgruppen

I en søken etter å avdekke hvordan opprettelsen av det Nasjonale lederutviklingsprogram for helseforetakene ble begrunnet, er det også naturlig å se til hvilke ledere programmet rettet seg mot, og hvilke utvelgelseskriterier som ble lagt til grunn for deltagelse. Når valget tilslutt falt på å inkludere ”ledere fra alle nivå”, ser det ikke ut til å ha vært en klar intensjon fra starten av. I enkelte kilder refereres det til at dette skal være et topplederprogram, andre kilder peker på lederemner som skal fremdyrkes, og enda andre peker på løsningen det til slutt falt på; en blanding av ledere fra alle nivå, uten betydelige føringer på hvem det skulle være.

Målgruppen for det nasjonale lederutviklingsprogrammet slik som det fremkommer i ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv” (2001), er i hovedsak topplederne, og sjiktet som rapporterer til topplederne, enten i høyere stabsposisjoner eller i faglinjen under; avdelingsledere. At disse blir prioritert begrunnes i spenninger mellom sykehusledelse og fagmiljø. *”I lys av de omtalte spenninger mellom sykehusledelse og fagmiljø, er det avgjørende for tiltakets suksess at begge disse gruppene aktivt deltar”* (”Sykehusreformen – noen eierperspektiv”). Dette er i tråd med målsetningen om å skape overlappende soner for utvikling av felles erfaringer og virkelighetsforståelse. Opprettelsen av slike soner skulle igjen bøte på diskrepansen mellom styring ovenfra og styring nedenfra. I samme dokument vektlegges programmet som arena for toppledere hvor de gis en felles og samlende referanseramme og et felles kunnskapsgrunnlag. Videre i dokumentet vektlegges programmet som fremdyrking av fremtidige lederemner:

”Det er videre viktig at lederutviklingsopplegget også bidrar til å styrke og synliggjøre underskogen av fremtidige lederemner. Det skal i det hele tatt bidra til å bygge opp under karriereutvikling i sykehusene og dermed gjøre det mer attraktivt å påta seg

lederutfordringer i sektoren. Programmet skal på denne måten bidra til å styrke det kvantitative og kvalitative grunnlaget for fremtidig rekruttering og utvikling av sykehusledere i Norge.

(Sykehusreformen – noen eierperspektiv 2001:10).

Helseuniversitetet går bredt ut på sin hjemmeside hvor ambisjonen for opplæringen uttrykkes å være; *å bidra til at sykehusreformen lykkes gjennom å sørge for bedre ledelse i helsetjenesten ved å tilby alle etablerte og kommende ledere i RHF-ene og LHF-ene en felles utdanning i ledelse* (helseuniversitetet.no/Programmets mål).

Det ble til slutt besluttet å velge ut 160 deltagere, 32 fra hver region. I tillegg fulgte tre deltagere fra Helsedepartementets eieravdeling programmet (Evalueringsrapport 2.1). Utenom disse tre deltagerne besto de resterende av RHF-direktører, LHF- direktører og klinikk, avdelings og seksjonsledere. Antall ledere var størst på ”klinisk” nivå, det vil her si: ledere for klinikker, sentre, avdelinger og seksjoner (Helseuniversitetet.no). I tekstene som omhandler programmet refereres det til deltagergruppen som ”ledere på alle nivåer”. I kapittel 3 ble det vist til at det er vanlig å skille mellom tre ledelsesnivå; det institusjonelle nivå, det administrative nivå og det operative nivå. Alle disse nivåene var representert ved programmet. Deltagerne representert et spenn mellom administrerende direktører til avdelingssykepleiere.

Regionene fikk selv velge fritt hvem de ville sende av gårde til programmet. Regionene valgte her ulike strategier. Noen foretak, som Helse Midt- Norge, var veldig systematiske i valg av deltagere og valgte bare linjeledere. Andre foretak sendte ledere i administrative stillinger, som personalsjefer og økonomer. Den eneste føringen som ble lagt, var ønske om at de fem regionaldirektørene selv var med. Det ville gi et viktig signal nedover om at dette var et prioritert program. Samtidig ville det gi de andre deltagerne mulighet til å møte sin toppsjef i ulike fora og dermed kunne få et større innblikk i styringsproblematikken (Styreleder 13.09.05, Programdirektøren 14.09.05).

I sin åpningstale (23.04.03) sa daværende Helseminister Høybråten dette om valg av deltagere for programmet:

Det har blitt meg fortalt at det er morgendagens ledere som er plukket ut til å delta. Jeg registrerer med tilfredshet at de fleste topplederne er til stede. Samtidig er jeg svært glad

for at det er valgt en kombinasjon av ledere fra ulike nivåer som deltagere i programmet. Valget er dristig fordi ledere på ulike nivå har ulike ståsted og trenger ulik kunnskap. Valget er likevel mest av alt viktig fordi ledere på ulike nivå først og fremst trenger en felles plattform, et felles verdigrunnlag og felles kunnskap.

Han anerkjenner videre at landet er vidstrakt, med ulik kultur og behov. Regionale tilpasninger er derfor viktig. På samme tid er han her overbevist om at likhetene langt på vei overstiger ulikhetene. Spesialisthelsetjenesten har grunnleggende fellestrekk, og har utfordringer som bør møtes med den samme basisforståelse og med et felles sett av virkemiddel (Helseministerens tale 23.04.03).

På samme måte påpeker også Helseuniversitetet at de ulike lederne i helsesektoren har ulikt ståsted og til en viss grad også ulik erfaring og oppgaver i sine lederstillinger. Dette blir ikke sett på som et videre problem da det nasjonale programmet skal være et supplement til lokale og regionale program. Helseuniversitetet påpeker at programmet skal bidra til en bedre forståelse for og innsikt i hvordan ledelse på alle nivå er gjensidig avhengige. Påstanden er at; gjennom utøvelse av lederskap kan en skape en bedre kontinuitet og sammenheng i helsetjenesten, og dette vil igjen føre til et bedre tilbud til pasientene (helseuniversitetet.no).

I forbindelse med første del av problemstilling en ble det stilt følgende spørsmål: Hva er formålet med programmet? – Er programmet ment som et springbrett, eller er det meningen at innholdet skal avleiers nedover i organisasjonen? Ser en på det overstående sitatet fra ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv” hvor det vises til at programmet skal bygge opp under karriereutvikling i sykehusene, kan det se ut som det forelå en intensjon om at programmet skulle fungere som et springbrett. Ser en til utvalget av deltagere, ser en at kriteriene for utvelgelse var vage. Det var opp til hvert enkelt foretak å avgjøre hvem de ville sende av gårde, og disse valgte å legge ulike kriterier til grunn for hvem som ble utplukket. En kan dermed ikke konkludere med at programmet, slik det ble lagt opp, la opp til å fungere som et springbrett for ledere som ville satse på en lederkarriere innenfor spesialisthelsetjenesten. Så når Høybråten sier: ”*Det har blitt meg fortalt at det er morgendagens ledere som er plukket ut til å delta*”, er det ikke ensbetydende med at deltagerne var utvalgt på bakgrunn av en karrierefremmende strategi.

Problemet med diskrepans mellom styring ovenfra og styring nedenfra ser ut til å være hovedgrunnen til at en valgte å inkludere ledere på alle nivå. På direkte spørsmål om valg av deltagere, begrunner programdirektøren (14.09.05) dette nettopp i utfordringen med styring nedenfra i møte med styring ovenfra. Han beskriver ledelse på operasjonelt nivå som normativt og ledelse på institusjonelt nivå som regulativ. Videre sier han:

Hele helsevesenets styringsproblem ligger i at de to styringslogikkene er så ulike. Faktisk. Det er to ulike styringslogikker, og de gir helt ulike svar på utfordringer. [...] Det hjalp ikke å erstatte fylkeskommunene med fem helseregioner. Det løste ikke de grunnleggende styringsproblemene. Og det er derfor den ideen om å ha ledere på ulike nivå møttes.

(Programdirektøren 14.09.05)

Oppsummert ble det ut fra vage kriterier overfor de RHFene, valgt ut 32 ledere fra hvert RHF. En føring som ble lagt var at de regionale direktørene ble oppfordret til å delta. Det ville gi et viktig signal om at dette var et prioritert program. En annen føring var at deltagerne skulle representere ledere fra alle ledernivåer i spesialisthelsetjenesten. De fem RHFene valgte ulike strategier i sin utvelgelse av deltagere, noe som førte til en heterogen deltagersammensetning. Intensjonen bak denne strategien bunnet i et ønske om å adressere ledelsesutfordringene med diskrepansen mellom styring ovenfra og styring nedenfra. Denne intensjonen samsvarer med løsningsforslaget i Sykehusreformen – noen eierperspektiv på samme problem, hvor det heter: ”Konkret må relasjonene mellom sykehusledelse og fagmiljøer håndteres gjennom strategiske kultur- og samhandlingsbyggende tiltak innen sykehusene.” Dette skulle gjøres ved å skape overlappende soner for utvikling av felles erfaringer og virkelighetsforståelse, slik som ved det nasjonale lederutviklingsprogrammet.

Styringsgruppens krav til innhold

Styringsgruppen la som tidligere nevnt programmet ut på anbud med en rekke krav til hva det skulle inneholde. I kravene (Evalueringsrapport: Mål og mandat) hette det at programmet måtte være ”reformspesifikt”, sektorspesifikt og ha tema knyttet til de nye felles utfordringer man står overfor. Med nye utfordringer ble det siktete til de nye roller, ansvar, struktur og krav til omstilling sektoren sto ovenfor. Her ser en klart at programmet forventes å dra veksler på regulativ, så vel som normativ styringslogikk i programmet. Ved at programmet skulle være reformspesifikt kunne en forvente at programmet ville være av instrumentell karakter og således skaffe tilveie verktøy for gjennomføringen av reformen. Også temaene; nye roller,

ansvar, struktur og krav, må knyttes opp mot den regulative reformen. Ved at programmet skal være sektorspesifikt forventes innholdet å gjenspeile spesialisthelsetjenestens egenart, og vil dermed støtte en normativ forventning om et programmet som gjenspeiler denne egenarten. På samme tid forventes det av styret at andre relevante aktører og fagmiljø inviteres til å bidra. Dette åpner for å involvere autoritative sentra som ikke er tilknyttet sektoren som forventet fra et kognitivt perspektiv.

Oppdragsgiver forventet videre at programmet skulle utvikles i samsvar med ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv”, inkludere ledere på alle nivåer og være i tråd med de oppgaver og prosesser lederne skulle løse. Videre ble det forventet at programmet støttet opp om å utvikle et lederskap som var beslutningsdyktig, handlekraftig og som hadde stor gjennomføringsevne. Videre skulle det fokuseres på å etablere felles holdninger og verdier, og til slutt; være på et høyt nivå og tilstrebe beste praksis – nasjonalt og internasjonalt (Evalueringsrapport: ”Mål og mandat”). Oppdraget gikk som kjent til konsortiet som tok navnet ”Helseuniversitetet”.

På samme måte som i ved anbudskravene viser Helseuniversitetet på sitt nettsted til at ledelse er en forutsetning for å få til omstilling og endring i helsesektoren. Lederne må være beslutningsdyktige, handlekraftige og ha stor gjennomføringsevne. Disse egenskapene vil igjen være avhengige av den enkelte leders kunnskap, ferdigheter og rolleforståelse, heter det (helseuniversitetet.no). Ser en til de fire ulike ledelsesidealene presentert i kapittel 3, ser en ikke ut ifra disse egenskapene hvilket ideal programmet skal fremme. Lederne skal være beslutningsdyktige, men hva skal de basere beslutninger på?: Faglige hensyn? Overordnede verdier? Deliberasjon? Eller overordnede prioriteringer? Det sier dokumentet ikke noe om. En må da gå til innholdet i programmet for å finne svar på hva ”å bedre ledelse” innebærer.

Oppsummering

Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene ble opprettet i forbindelse med reformen, og var et samarbeidsprosjekt mellom helseregionene og Helsedepartementet. Styringsgruppen for programmet la gjennomføringen ut på anbud med spesifikke krav til innhold. Oppdraget gikk til et konsortium bestående av akademiske institusjoner og konsulentfirmaer. I dokumentene som omtaler opprettelsen av programmet beskrives en rekke problemstillinger som spesialisthelsetjenesten står overfor. Spesielt er det kulturforskjellen

mellom ”styring ovenfra” og ”styring nedenfra” det rettes søkelys mot. Problemene ønskes løst gjennom ”å bedre ledelse”, men noen konkret målsetning i form av hva ”å bedre ledelse” innebærer kommer ikke tydelig frem. Noen verktøy presenteres, som å innføre et felles verdisett, og å satse på strategiske kultur- og samhandlingsbyggende tiltak ved å skape overlappende soner for utvikling av felles erfaringer og virkelighetsforståelse. Det kan også se ut som at å sette fokus på lojaliteten overfor eiers prioriteringer var et eget tema tiltenkt programmet, uten at dette kommer eksplisitt frem i noen av dokumentene i omtalen av programmet.

En intensjon med programmet som ble flagget høyt, var innføringen av et felles verdisett for spesialisthelsetjenesten. Tre kjerneverdier ble presentert sammen med en fremstilling av seks lederatferdsbeskrivelser som skulle understøtte verdiene. Verdiene i seg selv kan settes i sammenheng med normativ styringslogikk, i kraft av en ordlyd som harmonerer med eksisterende verdier på operasjonelt ledelsesnivå. I denne studien settes likevel verdifokuset i sammenheng med regulativ styringslogikk i kraft av at de tilhørende atferdsbeskrivelsene kan tolkes som instrument for kulturstyring i regulativ forstand. En målsetning med programmet var at deltagerne ved avsluttet program i større grad skulle gjenspeile kjerneverdiene i helsetjenesten.

I krav til innhold i programmet vektlegges flere ulike elementer, som at; programmet skulle være reformspesifikt, sektorspesifikt, og at andre relevante aktører og fagmiljø ble invitert til å delta. Disse elementene åpnet for bruk av ulike typer styringslogikk, henholdsvis regulativ, normativ og kognitiv. Det var til sammen 163 deltagere ved programmet. Deltagerne ved programmet ble utvalgt av det enkelt foretak basert på vage kriterier. Et mål var å samle ledere fra alle ledernivå. Intensjonen bak denne strategien bunnet i et ønske om å adressere ledelsesutfordringene med diskrepansen mellom styring ovenfra og styring nedenfra.

Kapittel 6: GJENNOMFØRING AV PROGRAMMET

Jeg vil i dette kapitlet ta for meg gjennomføringen av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene for å svare på andre del av problemstillingen i studien: *I hvilken grad er det samsvar mellom begrunnelsen for opprettelsen av Nasjonalt program for ledelsesutvikling for helseforetakene, og gjennomføringen av programmet?*

Først i kapitlet redegjør jeg for strukturen i programmet. For å kunne si noe om innholdet i programmet vil jeg redegjøre for temaene hvert enkelt seminar var bygd opp rundt. Deretter vil jeg foreta en gjennomgang av plenumssesjonen og kategorisere disse innenfor hvilken styringslogikk de gir uttrykk for og hvilke type endringsredskap det tas til orde for. Etter at hver enkelt post er redegjort for, vil jeg plassere disse postene i en empirisk modell med utgangspunkt i de tre kategoriene regulativ, normativ og kognitiv. Denne gjennomgangen vil gi et bilde av hva som ble vektlagt ved programmet. På denne måten søker jeg å avdekke et mønster i programmets styringslogikk. Til slutt vil jeg se til i hvilken grad det er samsvar mellom begrunnelse og innhold.

Struktur

Programmets oppbygging redegjøres for av Helseuniversitetet på www.helseuniversitetet.no. Programmet besto av seks seminarer organisert etter fem ulike temaer, med et integrerende seminar avslutningsvis. De fire første programmene ble avholdt i 2003 og de to siste i 2004. Hvert seminar utspant seg over tre dager. Her skulle relevante temaer for lederskap og omstilling i helsetjenesten presenteres og bearbeides av deltakerne (helseuniversitetet.no, Evalueringsrapport). Hvert seminar besto av et forhåndsdefinert antall poster i form av plenumssesjoner som foredrag og innlegg, klassesesjoner, og gruppesesjoner. To av seminarene inneholdt også parallelle sesjoner hvor deltagerne kunne velge mellom flere foredrag. Ved tre av seminarene ble det også lagt opp til plenumsdebatter. På ett seminar var det i tillegg satt av en post til individuelt arbeid.

I skrivende stund ligger programplanene for alle seks seminarene på Helseuniversitetets hjemmeside. En opptelling viser at Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene besto av i alt 83 poster. Disse postene fordeler seg på følgende måte:

Programpost	Antall
Plenumssesjoner	55
Klassesesjoner	18
Tverrgående grupper	3
Parallele sesjoner	2
Regionsvise grupper	2
Debatt	3
Individuelt arbeid	1

Tabell 1: Poster ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene

En ser ut fra denne fordelingen at det var en klar overvekt av plenumsinnlegg og -foredrag, representert med 55 poster. Gruppeaktiviteten; klassesesjoner, tversgående grupper, parallelle sesjoner og regionsvise grupper, besto av i alt 25 poster. Det er her verdt å nevne at mange av gruppeaktivitetene utspant seg over et noe lengre tidsrom enn flere av plenumssesjonene, da spesielt med tanke på plenumsinnleggene. Likevel viser postfordelingen i programmet til en klar overvekt av foredrag og innlegg i plenum. Fordelen med plenumssesjonene beskrives i evalueringsrapporten å være at alle kan få med seg det samme foredraget, og foredraget kunne avholdes en gang (Evalueringsrapport:4). Programdirektøren poengterer i intervju 14.09.05 at det var styringsgruppen som i stor grad besluttet hvem som var ønsket til å bidra med plenumsforedrag og -innlegg.

I klassene skulle deltagerne jobbe med "det personlige lederskapet". Alle deltagerne ble inndelt i permanente klasser. Det var i alt 8 klasser med omlag 20 deltagere i hver klasse. En pedagogisk hovedambisjon med programmet var å skape en arena der sykehusreformens overordnede krav til ledelse ble operasjonalisert i møte med ledernes praktiske virkelighet. Klassene var tiltenkt en sentral rolle for dette. Klassene skulle blant annet være et forum for drøftning, operasjonalisering og videreutvikling av de seminarspesifikke hovedtemaene. Inndelingen i klasser ble derfor primært gjort ut fra stillingsnivå. Dette ble begrunnet i deltagerens lederutfordringer og at disse er tett knyttet opp til hvilken rolle vedkommende har i systemet (Evalueringsrapport:4).

Arbeidet med ”det personlige lederskapet” i klassene besto blant annet av at hver enkel deltager ble pålagt å lage en utviklingsplan og forankre den i egen organisasjon. Arbeidet med utviklingsplanene ble basert på en 360 graders lederevaluering. Denne lederevalueringen omtales som et verktøy for måling av lederkompetanse. Målingen besto av et lederen selv distribuerte ut et spørreskjema, avledet av departementets krav til ledere i helseforetakene, til personer de selv valgte ut i organisasjonen. Disse medarbeiderne skulle gjennom dette spørreskjemaet gi tilbakemelding på deltageren som leder. Arbeidet med 360 graders lederevaluering involverte således underordnede, medarbeidere, og andre ledere; sideordnede og overordnede. Målingene skulle finne sted ved begynnelse og slutt av programmet. Utviklingsplanene skulle presenteres i klassene, og de skulle omhandle hvordan en aktet å jobbe med eget lederskap. Og videre skulle det synliggjøres hvordan dette skulle komme til uttrykk i den enheten lederen tilhørte. Denne delen av programmet ble omtalt som ”individuell lederoppfølging” (Helseuniversitetet.no, Evalueringsrapport, Programdirektør 14.09.2005).

De tverrgående gruppene ble opprettet i forbindelse med seminar 2. Gruppene var på samme størrelse som klassene, men disse var sammensatt av ledere fra ulike leder nivå. De tverrgående gruppene jobbet i hovedsak med å løse ulike caser, og møttes til sammen tre ganger. Ved to anledninger ble deltagerne også samlet etter helseregion (Evalueringsrapport:5).

Oppsummert besto programmets struktur av seks seminar med et visst antall forhåndsdefinerte poster. Seminarene ble organisert etter fem ulike temaer, med et integrerende seminar avslutningsvis. Omlag to tredjedeler av programpostene var plenumssesjoner. Styringsgruppen hadde i stor grad lagt detaljerte føringer for utfører Helseuniversitetet i valg av tema og foredragsholdere. Nærmere en tredjedel av postene besto av klassesesjoner hvor lederne skulle jobbe med ”det personlige lederskapet”. Dette arbeidet innebar blant annet å bearbeide budskapet i plenumssesjonene, og å definere hva budskapet betydde for den enkeltes lederskap. I tillegg skulle hver enkelt deltager lage en personlig utviklingsplan i klassene.

Hovedtema ved seminarene

Seminar 1

Det første seminaret gikk under betegnelsen "Pasienten først". Hovedtema var reformens begrunnelse og helsetjenestens verdigrunnlag. Et eget undertema var det nye eierskapet og foretaksorganiseringen som virkemiddel for å oppnå de overordnede målsettingene for helsetjenesten. I temateksten for seminaret står det at reformen bygger på en erkjennelse av at det er store organisatoriske og styringsmessige problemer i helsevesenet, og ikke bare ressursproblemer. De tiltak som reformen bygger på; overordnet statlig eierskap og ansvar, samt foretaksorganisering, beskrives som mer et rammeverk for å løse disse styringsmessige og organisatoriske problemene, enn ferdige løsninger. Et selvstendig tema sies her å skulle være hvordan en kan finne fram til styrings- og organisasjonsmodeller som på en bedre måte bidrar til "Pasienten først!" (helseuniversitetet.no/1.seminar).

Ser en til hovedtemaene for seminaret knyttes programmet opp mot reformen og helsetjenestens verdigrunnlag. Dette korrelerer med begrunnelsen for oppretting av programmet slik det fremkommer av kapittel 5. Undertemaet; reformen som virkemiddel for å oppnå de overordnede målsettingene for helsetjenesten, samsvarer med regulativ styringslogikk hvor en forventer at programmet skal skaffe tilveie verktøy for å nå organisasjonenes overordnede mål. Det vises til en erkjennelse av at det er store organisatoriske og styringsmessige problemer i helsevesenet, og ikke bare ressursproblemer.

Et tema for seminaret sies da å være hvordan en kan finne fram til styrings- og organisasjonsmodeller som på en bedre måte bidrar til "Pasienten først!". Ut fra denne setningen kan det se ut som at deltagerne i felleskap skal komme frem til hensiktsmessige styrings- og organisasjonsmodeller. Dette gir assosiasjoner til kommunikativ ledelse i deliberativ forstand, hvor diskusjonen blir satt i høyetet, og kursen blir lagt med utgangspunkt i de bedre argumentene. Et program i tråd med deliberativ kommunikativ ledelse, vil først og fremst være en arena for debatt, hvor arrangørens rolle vil være å skape rammer for kommunikasjon og sørge for at dialogen ikke stopper opp. Ser en til strukturen i programmet derimot, legger denne opp til kommunikativ ledelse forstått som strategi. Dette ved at styringsgruppen forhåndsbestemte hvilke tema, foredrag og verktøy deltagerne diskusjon i klassene skulle bygge på. Det som skulle diskuteres i klassene var; hva betyr dette for mitt/vårt personlige lederskap?

Seminar 2

Hovedtemaet for andre samling var kunnskap, styring og ledelse. Helseuniversitetet har også her publisert en temaoversikt på sitt nettsted (helseuniversitetet.no/2.samling) og sier at modulen skulle ta for seg den da nyetablerte formelle sektorstrukturen og det samspill som var kommet på plass i forhold til sykehusenes forvaltning og ledelse. Helseforetakenes styrer og deres roller skulle diskuteres. Og sykehusenes forankring av helseregionens krav og forventninger ville også bli avklart under dette seminaret. Resultatrapportering skulle bli tatt opp i forhold til de nøkkeltall som ble etterspurt og de konsekvenser som avvik kunne få for sykehuset og ledelsen. Forholdet mellom de fem helseregionene ville tilslutt bli diskutert i forhold til felles mål og sykehusenes konkurransestrategier. Læringsformen skulle i stor grad være å sikre felles forståelse for de mest sentrale struktur- og styringsutfordringene (helseuniversitetet.no/2.samling).

Temaet for samlingen var således tett knyttet til innholdet i foretaksreformen og hvilke konsekvenser reformen ville få for de enkelte foretak. Temaene helseregionenes krav og forventninger til sykehusene og resultatrapportering viser til regulativ styringslogikk og fokus på virkemiddel i tråd med et profesjonelt ledelsesideal. Diskusjon rundt sykehusenes konkurransestrategier og helseregionenes felles målsetninger viser også til virkemiddel for måloppnåelse i samsvar med et profesjonelt ledelsesideal.

Seminar 3.

Seminar nummer tre fikk navnet "Pengene og livet – økonomiske styringsmodeller i helsetjenesten", og handlet om resultater og resultatmålinger. Første dag var temaet ulike praktiske og teoretiske problemstillinger knyttet til resultatstyring generelt, og økonomistyring spesielt (helseuniversitetet.no/3.samling). Økonomiske styringsmodeller og resultatmålinger er tema med en klar tilknytning til et profesjonelt ledelsesideal.

4.seminar

"Reformen og fremtiden" var navnet på det fjerde seminaret. Tittelen henviste til sykehusreformen som grunnlag for strategiske endringer i spesialisthelsetjenesten. Hovedtemaet var reformen som verktøy for strategiske endringer i sykehus. Dette seminaret skulle dekke både "styring ovenfra" og "styring nedenfra". Her skulle det redegjøres for de nye rammebetingelsene for strategiprosesser styrt "ovenfra", nemlig det sett av strukturelle virkemidler som ligger i foretaksorganisering og eierskap. Samtidig ville

organisasjonskulturelle forhold redegjøres for, og hvordan disse spiller en vesentlig rolle for hvordan strategier kan gjennomføres og hvilken forankring de får (helseuniversitetet.no/4.seminar).

Seminaret knyttes også her tett opp mot gjennomføringen av reformen. Problemstillingen; diskrepans mellom styring nedenfra og styring ovenfra, som beskrives i kapittel 5, er et overordnet tema. Hovedfokuset er på de regulative endringsredskapene til ledelse på institusjonelt nivå. På samme tid ser det ut til at den eksisterende normative styringslogikken som har vært rådende på operasjonelt nivå redegjøres for under temaet; organisasjonskulturelle forhold, da med fokus på hvordan disse virker inn på implementeringen av de regulative endringene.

5.seminar

Det femte seminaret, ”Nye perspektiver på organisering”, tok opp intern organisering i sykehus med spesiell fokus på organisering av klinisk virksomhet. Her flyttes fokuset fra reformens organisatoriske hovedgrep, etablering av egne foretak og den regionale organisasjonsmodellen, til hvordan sykehus kan organiseres internt (helseuniversitetet.no/5.seminar). Et tema nummer to for denne samlingen var; hvordan lede endringsprosesser. Det påpekes i omtalen av programmet at sykehusene har sterke institusjonelle bindinger som gjør at motstand mot endringer både kommer innenfra og utenfra. Skal en lykkes må en kunne oppnå legitimitet, tillit og forpliktende oppslutning både internt og eksternt. Det pekes på den særpregede og rådende profesjonsorienterte styringslogikk internt ved sykehusene, og hvordan avdelingene følger faglige kunnskapsskinner. Samtidig har en ved flere sykehus i Norge og internasjonalt i økende grad forsøkt andre organisasjonsprinsipper, med større vekt på prosessorientering og integrasjon av ulike fagområder og funksjoner for en bedre ressursutnyttelse og bedre kvalitet. Modulen ville ta sikte på å gi en oversikt over ulike organisatoriske løsninger og hvilke erfaringer som finnes med disse. Endringsledelse omtales som gjennomføringen av tiltak som er nødvendige for å nå målene innenfor de rammene som er bestemt, og som innebærer kursendring eller omstilling. Endringsledelse utøves så på flere nivåer i en organisasjon, fra det overordnet strategiske og nedover til det operative planet (helseuniversitetet.no/5.seminar).

Fokuset for seminar 5 flyttes fra reformens organisatoriske hovedgrep til hvordan sykehusene organiseres internt. Igjen legger strukturen opp til at styringsgruppen sammen med

Helseuniversitetet legger føringer for diskusjonene i klassene ved at de forhåndsbestemmer hvilke tema fra plenumssesjonene som skulle diskuteres og forankres i eget lederskap. Videre i seminar 5 fokuseres det på endringsledelse. De institusjonelle bindingene som gir opphav til endringsmotstand tas opp som en problemstilling. "De institusjonelle bindingene" kan oversettes til normativ styringslogikk, slik det fremkommer av kapittel 3. Skal en lykkes med endringsprosjekter må en oppnå legitimitet, tillit og forpliktende oppslutning både internt og eksternt, heter det. Med utgangspunkt i lederutviklingsprogrammets tette binding til gjennomføringen av den regulative reformen, ser det ut til at seminar fem tar høyde for den rådende normative styringslogikken på operasjonelt nivå i planlegging og gjennomføring av regulative endringsprosesser.

6.seminar

Det sjette og siste programmet fikk navnet "Pasienten først og sist" og skulle i hovedsak integrere elementer fra de andre seminarene. Grunntemaet fra første samling, helsetjenestens verdigrunnlag, ble igjen lagt til grunn.

Oppsummert kan en si at seminarene 1-4 fokuserte på reformens overordnede strukturelle endringer, og uttalte kollektive mål langt på vei i tråd med regulativ styringslogikk. Temaene var i høy grad i tråd med et profesjonelt ledelsesideal. Som argumentert for over, la strukturen i programmet opp til diskusjoner i klassene som gav assosiasjoner til kommunikativ ledelse som strategi, hvor da strategien var definert av styringsgruppen. Fokuset for seminar 5 flyttes fra reformens organisatoriske hovedgrep til hvordan sykehusene organiseres internt, da med spesiell vekt på endringsledelse.

Plenumssesjonene

Jeg vil i denne delen av kapittelet redegjøre for de plenumssesjonene som fant sted ved programmet. Disse var i stor grad utgangspunkt for aktivitetene i gruppene og klassene (Programdirektør 14.09.05). Programdirektøren (14.09.05) påpeker at styret hadde en klar formening om hvem de ønsket skulle holde innleggene ved programmet:

[...] de (styret) gikk jo inn å detaljstyrte hvem som skulle holde foredragene også. De gikk jo inn og sa; vi vil ha den og den, og ikke den og den (Programdirektøren 14.09.05).

Innholdet i de ulike plenumsforedragene var ikke detaljkontrollert av styringsgruppen, og Helseuniversitetet hadde i varierende grad forhåndsgodkjent innholdet i hvert enkelt av 55 innleggene. Både styringsgruppen og Helseuniversitetet ga uttrykk for at plenumssesjonene var av høyst variabel kvalitet. Programdirektøren poengterer at de var stor forskjell i hvor fornøyde styringsgruppen var med de ulike innleggene, noen ble beskrevet som svært gode og andre ikke så fullt så gode; *og så kom foredragsholdere som var helt feil altså, jeg satt et bare og ristet på hodet i takt med deltagerne. Er dette sant? tenkte jeg (ler) (Programdirektøren 14.09.05).*

Jeg har derfor ikke valgt å gjøre en grundig analyse av innholdet i hvert enkelt innlegg, siden disse ikke var detaljkontrollert. Jeg har i hovedsak tatt utgangspunkt i titlene på innleggene, og rollene til innleggsholder, i kategoriseringen av innleggene i programmet. Dette fordi det var disse faktorene oppdragsgiver i stor grad styrte. Jeg vil likevel presentere innhold fra noen foredrag for å understreke poeng. Innleggene på listen inkluderer alle plenums innlegg, foredrag og diskusjoner, samt parallelle sesjoner med varighet i 30 minutter eller mer. Innlegg på under 30 minutter er altså ikke tatt med i denne sammenheng. Disse plenumssesjonene teller til sammen 44 poster og vil bli fremstilt i en empirisk tabell mot slutten av kapittelet.

”Pasienten først!”

Helseministerens åpningstale ved første seminar plasseres under kategorien normativ og regulativ (Helseministerens tale 23.04.03). Jeg har plassert innlegget under den normative kategorien fordi jeg mener at ordlyden i talen tilsier at hovedbudskapet er å formidle viktigheten av normer og verdier:

”Verdiene driver oss frem mot målet, gjør oss tydelige og hjelper oss til å ta beslutninger i hverdagen. Verdiene er som en autopilot. Er kompasset riktig innstilt, vil den sørge for at du tar de riktige veivalg og dermed når målet som er satt ”
(Helseministerens tale 23.04.03).

I tillegg plasserer jeg talen under regulativ kategori i kraft av lederatferdene som presenteres i som følge av verdiene. Samt at daværende helseminister var en representant for eier.

Advokat Kate Rodins foredrag; ”Verdier, ledelse og verdibasert ledelse” plasseres både i kategoriene regulativ og kognitiv. Posten plasseres i kategorien regulativ på grunnlag av at temaet for foredraget korrelerer med intensjonene for programmet som det fremkommer av kapittel 5. Posten plasseres i tillegg i kategorien kognitiv med begrunnelse i at foredraget omhandler verdier, ledelse og verdibasert ledelse, uten noen form for tilknytning til spesialisthelsetjenesten. Foredraget omhandler verdier i organisasjoner på generell basis (Rodin: 23.04.03).

Et argument for opprettelsen av programmet presentert i kapittel 5, er at en vil bøte på diskrepansen mellom ledelse ovenfra og ledelse nedenfra. Store deler av dag to i det første programmet ble viet til denne problematikken. Ekspedisjonssjef Steines foredrag omhandler styring ovenfra versus styring nedenfra, eller ”Helseforetakene mellom politikk, butikk – fag og styring” som var tittelen på foredraget. Foredraget plasseres under kategorien regulativ i kraft av hans rolle som representant for eier og styring ovenfra, sammen med at temaet kan knyttes direkte opp mot begrunnelsen for programmet.

Odd Søreide advokerer for nasjonale standarder i sitt foredrag om ”Clinical governance”. ”Clinical governance” ble så introdusert som et mulig svar på denne konfliktlinjen mellom styring ovenfra og styring nedenfra. ”Clinical governance” ble her presentert som et rammeverk for ledelse som ville adressere ledelsesdilemmaet ”mellom politikk og butikk” (Søreide: 24.04.03). Fokuset ligger på kunnskapsbasert praksis gjennom klare nasjonale standarder. Ny teknologi, som medisiner, skal vurderes nasjonalt. Denne vurderingen vil bli basert på evidence-basert (bevisført) kostnads- nyttevurdering. (Søreide :24.04.03). Fokuset på ”Clinical governance” tas til inntekt for regulativ styringslogikk.

Et innlegget fra tre representanter fra HELTEF, Astma- og Allergiforbundet og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, plasseres under den normative kategorien i kraft av innleggets fokus på pasientens erfaringer og hvordan en kan bruke disse i ledelsen (helseuniversitetet.no/seminar 1). Dette fokuset samsvarer med en forventning om at

programmet vil formidle virkemidler som er ”passende” med de gjeldende verdiene på det operative nivået i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er innlegget av sektorspesifikk karakter.

Dr.med. Jan Vincents Johannessen holdt foredraget ”Sykehus eller helsefabrikk?”. Han kan karakteriseres som en autoritativ figur i Norsk offentlighet²⁷, samtidig som han på det tidspunktet var administrerende direktør for Det norske Radiumhospital HF. I denne sammenheng vil innlegget kategoriseres som normativt. Dette ut fra tittelen på foredraget som etter min mening spiller på kritikk vanligvis rettet fra operasjonelt nivå mot det institusjonelle ledelsesnivået. Her er det ordet ”helsefabrikk” som gir negative assosiasjoner mot regulativ styring.

Oppsummert kategoriserer jeg plenumsesjonene for 1. seminar slik: 3 av postene var av regulativ karakter, 3 av postene var av normativ karakter, og 1 post var av kognitiv karakter. Som vist til tidligere i kapittelet, under ”Hovedtema ved seminarene”, regnet jeg temaene for seminaret for å være et uttrykk for regulativ styringslogikk. Dette står ikke i direkte korrelasjon til analysen av plenumspostene.

”Kunnskap, styring og ledelse”

Hovedtemaet for andre samling var kunnskap, styring og ledelse. Den første dagen ble hovedtemaet presentert gjennom de to vinklingene kjønnsproblematikk og primadonnaproblematikk (helseuniversitetet.no/2.samling). Den andre dagen ble det fokusert på dilemma mellom ”styring ovenfra” og ”styring nedenfra”. Dette temaet ble behandlet gjennom casearbeid og plenumsforedrag. Andre plenumsforedrag på programmet var rettet mot ledelse i kunnskapsvirksomhet, med foredragsholdere fra oljebransjen og universitetsmiljø. Det ble og arbeidet mye med 360 graders lederevaluering i klassene (helseuniversitetet.no).

Det første plenumsinnlegget ble holdt av en medisinstudent, dette plasseres under kategorien normativ med begrunnelse i at innleggsholder er en representant for de som skal bli ledet av ledere på det operasjonelle nivået, og en representant for legeprofesjonen. En kan derfor anta at innlegget vil formidle virkemidler som regnes som ”passende” med de gjeldene verdiene på det operasjonelle nivået. Innlegget ble da også kalt: ”Hvordan vil en framtidig lege bli ledet”.

²⁷ <http://www.vincentsj.com/>

Professor i sosiologi ved NTNU, Elin Kvande, adresserer kjønnsproblematikken i ledelse i foredraget: *Kjønn, kunnskap og ledelse*. Fokus på kjønnsproblematikk kan ikke settes i direkte sammenheng med verken foretaksreformen eller normene og verdiene i spesialisthelsetjenesten; verken nye eller gamle. Nærliggende tolkninger av kognitiv karakter kan være at foredraget er et symbol på kjønnsproblematikk som et prioritert område, fokuset på kjønn kan tenkes å være legitimitetsgivende for programmet, eller andre autoritative sentra har brukt Professor Kvande som foredragsgiver, for å nevne noen mulige vurderinger.

Morten Mølster, er en selvstendig konsulent innen ferdighetstrening og kommunikasjon med bakgrunn som bedriftsleder innen symfoniorkester og databransje. Han holdt en presentasjon med hensikt å innføre primadonnaen som begrep. Det ble presisert at dette innlegget *ikke* var uttrykk for en ambisjon om å legge fram konkrete løsninger på spesifikke utfordringer innen helsesektoren. Presentasjonen fokuserte på generelle erfaringer fra andre typer bransjer (Mølster: 18.06.03), og kategoriseres derfor som en post av kognitiv karakter.

Professor Ole Berg holdt foredraget *Styring ovenfra eller nedenfra?* Berg er en fremtredende helseadministrasjonsforsker, og temaet for foredraget kan knyttes direkte opp mot en av problemstillingene programmet skulle adressere. Foredraget regnes dermed ikke å være av kognitiv karakter. Uten å ha tilgang til teksten som ble presentert, er det likevel rimelig å anta foredraget kan kategoriseres som regulativ, i kraft av å ta utgangspunkt i en sentral problemstilling i foretaksreformen og programmets siktemål.

Psykolog Gunnar Coll fra Computas AS holdt et innlegg om kunnskapsledelse generelt. Her presenterte han noen begreper og forståelsesmåter som illustrerte hva ”kunnskapsledelse” kan være (Coll: 19.06.03). Ut over at spesialisthelsetjenesten er en kunnskapsbedrift på linje med andre kunnskapsbedrifter, var det ikke noe i foredraget som direkte henstilte til de uttrykte ledelsesutfordringene i sektoren. Innlegget kategoriseres derfor som kognitivt i denne sammenheng. Den samme vurderingen blir gjort av foredraget til Halliburtons norske administrerende direktør med tittel: ”Oljebransjen”.

Professor dr.med. Ole Danbolt Mjøs holdt plenumsforedraget; ”Ledelse av og med kunnskap” (helseuniversitetet.no). I tillegg til sin medisinskfaglige bakgrunn har Mjøs lang ledererfaring, blant annet som rektor ved Universitetet i Tromsø og som leder av ulike offentlige utvalg.

Han er kanskje mest kjent som leder av Den Norske Nobelkomité fra 2003 og frem til skrivende stund. Mjøs må regnes for et autoritativt sentra i kraft av sine mange kjente verv. Samtidig har han en reell tilknytning til helsesektoren gjennom sitt professorat, som gjør at hans opptreden ved programmet ikke regnes som et rent kognitivt bidrag i denne sammenheng. Tittelen henspeiler ikke på reformen eller et reformspesifikt tema, det blir derfor ikke naturlig å kategorisere foredraget som regulativt. Foredraget vil heller kategoriseres som normativt i kraft av hans tilknytning til medisin, og temaets generelle karakter.

Oppsummert kategoriserer jeg plenumssesjonene for 2. seminar slik; 1 post av regulativ karakter, 2 poster av normativ karakter, og 4 poster av kognitiv karakter. Ser en til beskrivelsen av temaet for samlingen, beskrevet tidligere i kapittelet, finner vi en beskrivelse som ikke harmonerer med postene programmet. Her heter det at modulen skulle ta for seg den da nyetablerte formelle sektorstrukturen og det samspill som var kommet på plass i forhold til sykehusenes forvaltning og ledelse. Helseforetakenes styrer og deres roller skulle diskuteres. Og sykehusenes forankring av helseregionens krav og forventninger ville også bli avklart. Ser en til plenumspostene som skulle danne grunnlag for diskusjonen i klassene, finner en at i alt 7 poster, er bare 1 av disse av reformspesifikk karakter.

”Pengene og livet”

Professor i Helsetjenesteforskning og økonomistyring; Inger Johanne Pettersen holdt et foredrag om resultater og resultatstyring i helseforetak, og om økonomisk styring i helsesektoren (Pettersen: 24.09.03). Her problematiserer hun resultater og resultatstyring, og påpeker at resultatmålinger i helseforetak har sine begrensninger. Temaet er direkte knyttet opp imot foretaksreformen, og de problemstillingene som programmet er ment å ta opp, og foredrage faller således i kategorien regulativ.

De seks parallelle sesjonene som etterfulgte Pettersen ble ledet av seks ulike representanter innenfor spesialisthelsetjenesten. Titlene på sesjonene var som følger; ”Finnes det et effektivt finansieringssystem?”, ”Effektivitet og produktivitet i sykehus”, ”Prioriteringsproblematikk”, ”Kostnadsdrivere i sykehus”, ”Utfordringer i henhold til nye regnskapsprinsipper”, og ”Kvalitet versus økonomi” (helseuniversitetet.no/3program). Alle de seks titlene henspeiler på regulativ tematikk. Økten med de parallelle sesjonen regnes dermed her som ett innlegg i

kategorien regulativ. I tillegg regnes sesjonen som normativ i kraft av at de ble ledet av en representant fra spesialisthelsetjenesten, og i kraft av begrunnelsen for gjennomføre parallelle sesjoner;

Begrunnelsen for dette var tredelt; dette gav anledning til å ta opp flere tema og problemstillinger, det gav større mulighet for at deltagerne kunne delta på en sesjon som var bedre tilpasset den enkeltes behov og interesse, og til slutt; det ble færre deltagere på hver sesjon, noe som skulle gi økt mulighet for å aktivisere og utnytte den kompetansen og innsikt deltagerne selv hadde.

(helseuniversitetet.no/Program)

Økten med parallelle sesjoner ble etterfulgt av Professor David Mayston fra University of York & Director Centre of performance management and measurement, som holdt et foredrag med temaet; performance management and measurement in health care. Det ble redegjort for de økonomiske utfordringene helsesektoren sto overfor og hvordan de operative lederne ble fanget mellom økt etterspørsel og budsjett. Videre ble det pekt på muligheter for kostnadsreduksjon (Mayston: 24.09.03). Foredraget regnes som her som et regulativt innlegg.

Professor Olav Helge Førde holdt et foredrag med tittelen: ”*Er legefrakken for trang?*”. Han tok for seg refleksjoner i møte med den medisinske normative logikk og den økonomiske konsekvenslogikk. Her ble diskrepansen mellom det raskt eskalerende antall nye behandlingsmetoder på markedet og de medfølgende økte forventninger blant befolkningen, og de ikke like raskt-økende helsebudsjettene. Dette fører til prioriteringsproblemer, og for dette trengs det blant annet nasjonale føringer (Førde: 25.09.03). Foredraget regnes her å være av regulativ karakter i kraft av fokuset på nasjonale føringer som løsning på styringsproblemene i sektoren.

Siste dag av seminar 3 innledet ekspedisjonssjef Steine med; ”*De økonomiske virkemidlene – venn eller fiende av de helsepolitiske målene?*”. Oppsummert omhandlet innlegget en redegjørelse for den økonomiske logikken og hvordan gjøre relasjonen til de mange andre logikkene i sektoren mer konstruktiv. Her nevnes; organisatoriske, ansvars- og ledelsesmessige logikk, faglig logikk, politisk logikk, normativ logikk, medielogikk og logikk knyttet til pasientposisjon (Steine: 26.09.03). Igjen; på grunn av tema, samt Steines rolle som representant for eier, regnes innlegget som regulativt.

Oppsummert ser en at 5 av 5 poster regnes å være av regulativ karakter. En av postene regnes også for å ivareta normativ styringslogikk. Her korrelerer postene med temaet for samlingen som var økonomiske styringsmodeller i helsetjenesten, resultater og resultatmålinger.

”Reformen og fremtiden”

Professor Jan Grund holdt et åpne innlegg om temaet ”reformen og fremtiden” som omhandlet strategiprosesser i sykehus. Som professor i helseledelse ved Institutt for offentlige styringsformer ved BI²⁸, og med et reformspesifikt tema for innlegget, plasseres foredraget Grund holdt i kategorien regulativt.

Administrerende direktør for Helse Sør holdt innlegget: ”*Reformen som verktøy for strategisk endring*” med temaene; ”corporate governance”, konsernmodeller og prinsipper for god virksomhetsstyring. Fokuset lå her på hvilke roller aktørene eier og styrer skulle fylle, og hvilke rammebetingelser de skulle jobbe under. Innlegget plasseres under kategorien regulativt.

Innlegget ble etterfulgt av kommentarer og innspill fra fire aktører under temaet ”Ovenfra, nedenfra og utenfra”. De fire aktørene var ekspedisjonssjef Steine, Administrerende direktør for Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF Åge Danielsen, Professor i sundhedsøkonomi fra Danmark Kjeld Møller Pedersen, og professor Rune Sørensen ved Institutt for offentlige styringsformer fra Handelshøyskolen BI (Helseuniversitetet.no/4.seminar). Temaet for dagen var strategiprosesser som strukturerte endringsprosesser (ibid). Programposten regnes for regulativ i denne sammenhengen.

Kjekshus, forsker ved SINTEF Unimed holdt foredraget: *Fusjonering som strategi*, hvor sykehusstørrelse og effekt ble redegjort for, samt effekt av sammenslåinger og endringer (Kjekshus: 04.12.03). Fusjonering og strategi er verktøy som gjerne assosieres med det institusjonelle ledelsesnivået og regulativ styringslogikk, foredraget kategoriseres derfor som regulativt i denne sammenheng.

Forsker ved SINTEF Unimed, Vareide, holdt foredraget: *Hva styrer sykehus – strategiprosesser i sykehus*. Vareide påpeker at sykehusene styres vel så mye av normative og

²⁸ http://www.bi.no/Content/AcademicProfile____37600.aspx?ansattid=/fgl89015

kognitive forhold, som regulative forhold. Og at den styringslogikken som fremheves gjennom reformen; "logic of consequences", er ulik den styringslogikken som regjerer i fagmiljøene; "logic of appropriateness". Han hevder derfor at reformens strategiske utfordring krever en ledelse som forstår og kan vinne autoritet på den normative og den kognitive pilaren (Vareide: 04.12.03). Foredraget regnes i denne sammenheng både for å være av regulativt og normativt karakter. Foredraget er av regulativ karakter i det at det adresserer gjennomføring av den regulative reformen, og normativt i den forstand at han her sier at reformens strategiske utfordring krever en ledelse som forstår og kan vinne autoritet på den normative og kognitive pilaren i tillegg til den regulative.

Det resterende programmet for seminar fire ble i hovedsak viet temaet organisasjonskultur (helseuniversitetet.no/4.seminar). Professor Hennestad fra Handelshøyskolen BI; Institutt for ledelse og organisasjon, innledet med: "Kan organisasjonskultur ledes?" Her gir han først en beskrivelse av kultur er på generell basis. Ledere påvirker kultur gjennom hva en (ikke) retter oppmerksomheten mot, hva en måler, hvordan en reagerer på kritiske hendelser, hvordan en allokterer ressurser, hva belønnes/ikke, hva er lov/ikke og hvem velges (Hennestad: 04.12.03). Ett av målene med programmet var å skape en felles kultur i spesialisthelsetjenesten, foredraget regnes derfor å være av regulativ karakter i kraft av at temaet kulturledelse adresseres. Foredraget regnes også å være av kognitiv karakter i det at Hennestad ikke har noen naturlig tilknytning til helsesektoren. Han snakker her om kultur uten å berøre de eksisterende kulturene i spesialisthelsetjenesten.

Sener på dagen holdt Administrerende direktør Wærsted fra Sparebanken 1, et innlegg om ledelse, styring og kultur. Tidligere konsernsjef i Orkla åpnet dag tre med "Kulturbygging som strategi". Disse to foredragene plasser her i kategoriene regulativ og kognitiv med samme begrunnelse som ved Hennestads foredrag.

Administrerende direktør for Helse Midt-Norge, Hellandsvik fulgte opp med *Kulturbygging i helsetjenesten*. Han redegjorde her for utfordringene sektoren sto overfor med vekt på korridorpasienter, ventelister og økonomi. Han vil her bort fra "omkampskulturen" og "bortforklaringskulturen", mot en "beslutningskultur" og en "ansvarskultur" (Hellandsvik: 05.12.03). Dette foredraget retter seg, i motsetning til de tre foregående innleggene, til kulturbygging i helsetjenesten per se, og må kalles regulativt i denne sammenheng.

Oppsummert viser analysen av plenumspostene til dette bildet av gjennomføringen av seminar 4; 9 av 9 poster regnes å være av regulativ karakter, 1 disse postene regnes også som normativ av karakter, og 3 poster regnes å være av kognitiv karakter i tillegg til regulativ. Hovedtema for seminaret var reformen som verktøy for strategisk endring i sykehusene. Her korrelerer postene på programmet med temabeskrivelsen for programmet, samt intensjonen med programmet som det fremkommer av kapittel 5 ved at posten var av reformspesifikk og regulativ karakter.

”Nye perspektiv og organisering”

Seminar 5 skulle omhandle organisering av klinisk virksomhet og endringsprosesser. Administrerende direktør for Helse Nord, Vorland, åpner med ”Endringsvilje og gjennomføringskraft i omstillingsarbeid” hvor han tar utgangspunkt i egen erfaring med omstillingsprosesser (Vorland: 30.03.04). Avdelingsleder Hans Petter Fundingsrud, Universitetssykehuset i Nord-Norge, følger opp med ”Barnemedisin og barnepsykiatri i en klinikk - et stort omstillingsprosjekt på UNN”. Begge foredragene omhandler praktisk erfaring med endring av klinisk virksomhet, og kategoriseres derfor som normative foredrag.

Deretter fulgte to økter med parallelle sesjoner. Etter at de seks parallelle sesjonene i første økt var over, ble sesjonene gjennomførte en gang til, slik at alle fikk anledning til å få med seg to av sesjonene. Alle de parallelle sesjonene ble ledet av ledere på operasjonelt nivå innenfor spesialisthelsetjenesten. Titlene på sesjonene var som følger; ”Motivasjon, tillit og legitimitet internt i endringsprosesser”, ”Barrierer og handlingsrom i endringsprosesser: Krav til lederen”, ”Hvordan skape eksternt legitimitet og tillit i endringsprosesser?”, ”Hierarki, matrise, nettverk og team; samhandlingsprosesser i sykehus”, ”Best i Nord-Europa? Enhetlig ledelse i psykiatrisk institusjon er mulig!”, og ”Prosessanalyser, redesign og statistisk prosess-monitorering” (helseuniversitetet.no/5program). Temaene her var intern organisering i sykehus i lys av foretaksreformen. Ved at sesjonene ble ledet av ledere på operasjonelt nivå, og med intern organisering som separat tema mener jeg at sesjonene faller under normativ kategori.

Professor Guje Sevon fra Handelshøgskolan i Stockholm holdt foredrager ”Hva kan vi oppnå med organisasjons- og ledelseskunnskap i endringsprosesser” (helseuniversitetet.no/5.seminar). Hun har, så langt jeg kan se, ingen tilknytning til

helsesektoren. I denne sammenheng regnes hun som en autoritet innen fagfeltet endringsledelse, i kraft av å være professor ved Department of Management and Organization, Handelshøgskolan i Stockholm²⁹. Foredraget plasseres her under kategorien kognitiv med begrunnelse i Sevons rolle som autoritativt sentra for endringsledelse, uten tilknytning til helsesektoren.

Professor Jon-Arild Johannessen og professor Johan Olaisen fra Handelshøyskolen BI holdt plenumsforedraget: "Hvordan organisere endringsprosesser i sykehus?". Dette foredraget regnes som regulativt i kraft av å være sektorspesifikt, samt at innlegget harmonerer med en forventning om at programmet skaffer til veie verktøy for at ledere kan og skal styre organisasjonen.

Professor Øivind Revang, holdt innlegget; "Ledelse av endringsprosesser". Revanger er professor ved Institutt for strategi og logistikk ved Handelshøyskolen BI. Så lang jeg kan se, har han ingen naturlig tilknytning til helsesektoren³⁰. Han, som Sevon, må regnes som en autoritet innen endringsledelse generelt, og foredraget plasseres derfor under kategorien kognitiv.

Som daværende generalsekretær i Kirkens bymisjon Oslo ble Helen Bjørnøy invitert til å snakke om endring og etikk. Etikk er ikke nevnt som et selvstendig tema for programmet, og Bjørnøy har ingen naturlig tilknytning til organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Foredraget regnes derfor ikke som regulativt. Det er fullt mulig å sette etikkfokuset i forbindelse med verdiledelse. I kapittel 3 ble det presentert en forståelse av verdiledelse basert på ledelsesatferd som ikke utelukkende begrunnes ut fra økonomiske, legale og politiske hensyn, men også på verdier; forstått som hensyn til de parter som berøres av beslutningene. Fokus på etikk må derfor regnes som tema knyttet til idealene ved verdiledelse. Foredraget kan dermed kategoriseres som normativ i denne sammenheng. I tillegg regnes foredraget som et kognitivt innslag i kraft av at Bjørnøy, så langt jeg kan se, ikke er tilknyttet spesialisthelsetjenesten. Jeg antar derfor at hun er invitert i kraft av å være en offentlig kjent person i det norske samfunnsliv.

²⁹ http://www.hhs.se/Faculty/sv_showperson.htm?personid=829

³⁰ http://www.bi.no/Content/AcademicProfile____37600.aspx?ansattid=FGL87002&type=cv

Øystein Fossen, tilknyttet AFI/NTNU³¹, holdt innlegget: *Om endring, ledelse, makt og tillit*. Med samme begrunnelse som ved foredragene holdt av Revang og Sevon, plasseres foredraget i kategorien kognitiv.

Tove Karoline Knutsen, kjent som kunstner, Arbeiderpartipolitiker og tidligere Festspilldirektør i Nord-Norge, holdt så et innlegg ”Kunstens ledelse og kunsten og lede”. Dette innlegget plasseres under kognitivkategorien da Knutsen ikke har noen naturlig tilknytning til spesialisthelsetjenesten. Knutsen regnes for et autoritativ person i kraft av sine mange offentlig verv og roller.

Professor i Art and Management ved Copenhagen Business School³², Pierre B. L. Guillet De Monthoux, holdt foredraget: “ Organisasjon og ledelse – hva oppnår vi med det?”. Han har heller ingen naturlig tilknytning til spesialisthelsetjenesten, men regnes i denne sammenheng som en autoritativ person innen feltet ledelsesforskning. Foredraget kategoriseres som kognitivt.

Oppsummert finner jeg her 1 av 11 poster av regulativ karakter, 5 av postene er av normativ karakter, og 6 av postene var av kognitiv karakter. Ut fra temabeskrivelse flyttes fokuset i seminar 5 vekk fra reformens organisatoriske hovedgrep, til hvordan organisasjonene organiseres internt. En balanse mellom presentasjon av regulativ og normativ styringslogikk er en naturlig forventning å fremsette når en ser til temabeskrivelsen. At bare 1 av postene var av reformspesifikk regulativ karakter, kan virke overraskende. I lys av avsnittet ”Departementet og lojalitet” i kapittel 5, hvor fokus på det operasjonelle ledelses nivåets lojalitet til eier blir beskrevet, ville en gjerne forventet at det ble presentert en mer regulativ styringslogikk ved dette seminaret. At hele 6 av postene var av kognitiv karakter kan også virke overraskende. Fokuset ved seminaret skulle spesielt rette seg mot intern organisering av klinisk virksomhet, at så mange som 6 av 11 foredragsholdere ikke hadde tilknytning til helsesektoren må derfor sies å være overraskende.

³¹ Arbeidsforskningsinstituttet er et heleid statlig aksjeselskap (<http://www.afi.no/>).

³² <http://www.exart.dk/cal/factsPierre.htm>

”Pasienten først og sist!”

Tidligere trener for Rosenborg ballklubb Nils Arne Eggen, holdt foredraget: *Ledelse, samhandling og vinnerkultur*. Eggen må kunne regnes for en autoritativ figur i Norge i kraft av sin kjendisstatus som fotballtrener. I og med Eggen ikke har noen tilknytning til spesialisthelsetjenesten, plasseres foredraget under den kognitive kategorien.

Etter dette fulgte plenumsdebatten: *Lojalitet og ledelse*. Panelet besto av fire deltagere fra lokale- og regionale helseforetak. Debatten ble ledet av medisinsk direktør i Helsedepartementet, Bjørn Magne Eggen. Eggens spørsmålsnotater foreligger som slides på Helseuniversitetets nettsider (helseuniversitetet.no/6.seminar), hvor han tar utgangspunkt i spørsmål angående lojalitet til arbeidsgiver/eier og lojalitet overfor pasienten. Videre stilles det spørsmål om nødvendigheten av å si ifra; internt, videre oppover til eier (RHF/HD), eksternt til Helsetilsyn og via media. Og til slutt stilles det spørsmål rundt hvilken kommunikasjon en skal ha med politiske organ lokalt, regionalt og nasjonalt (Eggen, Slides 02.06.04). Tittelen på debatten ”Lojalitet og ledelse” viser til et ønske om å sette lojalitet som tema på dagsorden, selv om dette ikke ble uttrykt som noe mål i forkant av programmet.

En som var til stede ved debatten, og som fikk et inntrykk av den, var programdirektør og leder for Helseuniversitetet. Om debatten sier han;

det var jo tendenser til at; nå må vi gjennom programmet få fortalt disse sykehusene hvor skapet skal stå, nå må lederne begynne å innordne seg, være lojale. Så hele den diskusjonen om lojalitet syns jeg var en interessant diskusjon. Og diskusjonen om lojalitet kom liksom frem fordi at man følte at helseforetakene ikke leverte på budsjett nærmest. Altså at man gjennom programmet skulle demonstrere hva lojalitet er, og underforstått at det handler om å være lydige til overordnede signaler om budsjett disiplin. [...] Og de følte liksom som at problemet lå da stort sett hos de andre, hos foretakene.

(Programdirektør 14.09.05)

Det kan se ut som at styringsgruppen hadde et selvstendig ønske om sette lojalitet på dagsorden med budskap om at lederne skal være lojale mot overordnede føringer og budsjett disiplin. Ser en tilbake på de presenterte verdiene og tilhørende lederatferdsbeskrivelsene, ble den første lederatferdsbeskrivelsen betegnet som ”ansvarlig”. Med *ansvarlig* ble det ment at all lederatferd skulle ha sitt utgangspunkt i den totale virksomhetens verdier, mål og ressursgrunnlag. Det hette videre at et alternativt begrep i den sammenheng var *lojalitet*. Lojalitet til eiers overordnede prioriteringer ser da ut til å være et

selvstendig budskap programmet skulle formidle. Plenumssesjonen regnes her som et utslag av regulativ styringslogikk. Paneldebatten kan også knyttes til idealet om kommunikativ ledelse forstått som strategi.

Debatten ble etterfulgt av kontorsjefen ved Amtsrådforeningen i Danmark Eva Zeuthen Bentsen som holdt et foredrag med tittel: ”Ledelse af forandring – dansk sykehusledelse 2004”. Her redegjorde hun for en strukturreform i dansk helsevesen hvor amtsinndelingen avskaffes og fem nye regioner opprettes, og hvordan lederrollen innen dansk sykehusvesen fra 70-tallet og frem til 2004 har endret seg (Bentsen: 02.06.04). Foredraget er ikke reformspesifikt, men det er sektorspesifikt. Her plasseres foredraget i kategorien normativ i kraft av at temaet endring knyttes opp mot erfaringer fra en tilsvarende helseorganisasjon.

Thoresen, fagdirektør i Helse Midt-Norge, holder foredraget: ”Ledelse og fag – på samme lag?”. Ut fra tittelen er det her snakk om et foredrag i regulativ forstand i kraft av at det kan se ut som at problemstillingen diskrepans mellom ledelse nedenfra og ovenfra adresseres.

Neste plenumsinnlegg var: ”Clinical governance: ”Keiserens nye klær” eller en ny dimensjon til utvikling av faglig kvalitet” presentert av klinikkisjef Huseby. Han presenterte her eksempler på hvordan utvikling av faglig kvalitet kunne koples til økonomisk kvalitet (Huseby: 03.06.04). Innlegget regnes her å være av regulativ karakter.

Bogsnes, administrerende direktør for Helse Bergen, holdt så innlegget: ”Kvalitet i klinikken – ledelsens ansvar?”. Hun beskriver situasjonen for lederne som preget av rapporteringer, lover og foreskrifter som definerer plikter og rettigheter og tilsyn ”for det meste”. Hun påpeker at de mange eksternt definerte krav er en utfordring for lederne ved at de har en begrenset mengde oppmerksomhet og kapasitet. Dette kan gi en reaktiv og defensiv tilnærming. Hun oppfordrer så til å ha *tillit* til at helsepersonell selv ønsker å utvikle kvaliteten på tjenestene. Hun sier her at helsepersonell alltid har vært opptatt av å sikre kvalitet på tjenestene, og anmoder til å bygge videre på den ”egendriven” som ligger i profesjonene (Bogsnes: 03.06.04). Bogsnes holder her en appell som støtter opp om den normative pilaren.

Siste plenumssesjon ved programmet er en debatt under tittelen ” Pasienten, reformen og ledelse”. Anlaug Stavik fra brukerutvalget Helse Midt-Norge holder et åpningsinnlegg i

forkant. Fra et pasientperspektiv presenteres temaene: lovverket med fokus på pasientretter, pasientopplevd kvalitet, kvalitet og hva som er viktig for pasienten. Vedrørende reformen utdypes brukermedvirkning, brukermedvirkningsmetoder og erkjennelse fra ledelsen av brukernes rettigheter. Hun fokuserer videre på ledelse og temaer som holdninger, ledelsesfokus, resultatorienterte ledere og utfordringer til ledelse og organisering (Stavik 04.06.04). Innlegget regnes som normativt.

Oppsummert finner en ved 6. og siste seminar denne analysen av postene: 3 av 7 poster er å regne som regulative av karakter, 3 poster er å regne som av normativ karakter, og en post av kognitiv.

Analysen i dette kapitlet danner grunnlag for denne empirisk tabellen over plenumssesjonene:

	Regulativ	Normativ	Kognitiv
Seminar 1			
Helseminister Dagfinn Høybråten <i>Helsetjenestens verdigrunnlag – betydning for det utøvende lederskapet</i>	X	X	
Advokat Kate Rodin <i>Verdier, ledelse og verdibasert ledelse</i>	X		X
Ekspedisjonssjef Helsedepartementet Vidar Oma Steine <i>Helseforetakene mellom politikk, butikk – fag og styring</i>	X		
Professor Odd Søreide <i>”Clinical Governance” – et svar på ledelsesdilemmaet mellom politikk og butikk?</i>	X		
HELTEF, Astma- og allergiforbundet, Funksjonshemmedes felles org. <i>Hvordan skaffe innsikt i pasientenes erfaringer, og hvordan bruke disse i ledelsen</i>		X	
Jan Vincents Johannessen <i>Sykehus eller helsefabrikk?</i>		X	

Seminar 2			
Stud.med. Ragnhild Øydna Støen <i>Hvordan vil en framtidig lege bli ledet</i>		X	
Professor Elin Kvande <i>Kjønn, kunnskap og ledelse</i>			X
Direktør og musiker Morten Mølster <i>Primadonnaene – en ressurs og en utfordring</i>			X
Professor Ole Berg <i>Styring ovenfra eller nedenfra?</i>	X		
Psykolog Gunnar Coll <i>Kunnskapsledelse</i>			X
Adm. direktør Jorunn Sætre, Halliburton <i>Oljebransjen</i>			X
Professor Ole Danbolt Mjøs, Univ. i Tromsø <i>Ledelse av og med kunnskap</i>		X	
Seminar 3			
Professor Inger Johanne Pettersen <i>Pengene og livet</i>	X		
Parallele sesjoner	X	X	
Professor David Mayston <i>Performance management and measurement – will it solve all?</i>	X		
Professor Olav Helge Førde <i>Er legefrakken for trang?Refleksjon fra møter mellom den medisinske normative logikk og den økonomiske konsekvenslogikk"</i>	X		
Ekspedisjonssjef Helsedepartementet Vidar Oma Steine <i>De økonomiske virkemidlene - venn eller fiende av de helsepolitiske mål?</i>	X		
Seminar 4			
Professor Jan Grund <i>Reformen og framtiden – strategiprosesser i sykehus</i>	X		
Administrerende direktør Steinar Stokke, Helse Sør <i>Reformen som verktøy for strategisk endring</i>	X		
Kommentarer og innspill fra: Ekspedisjonssjef Vidar Oma Steine, Administrerende direktør Rikshospitalet Åge Danielsen, Professor Kjeld Møller Pedersen, Professor Rune Sørensen <i>"ovenfra, nedenfra og utenfra"</i>	X		
Forsker Lars Erik Kjekshus, SINTEF Unimed <i>Fusjonering som strategi</i>	X		
Programdirektør Per Kristian Vareide <i>Hva styrer sykehus - strategiprosesser i sykehus</i>	X	X	
Professor Bjørn Hennestad, Handelshøyskolen BI <i>Kan organisasjonskultur styres?</i>	X		X
Administrerende direktør Gunn Wærsted, Sparebank 1 <i>Ledelse, styring og kultur</i>	X		X
Jens P. Heyerdal d.y. <i>Kulturbygging som strategi</i>	X		X

Adm. direktør Paul Hellandsvik, Helse Midt-Norge <i>Kulturbygging i Helsetjenesten</i>	X		
Seminar 5			
Lars Vorland, Adm. direktør Helse Nord <i>Endringsvilje og gjennomføringskraft i omstillingsprosesser</i>		X	
Avd.leder Hans Petter Fundingsrud, Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) <i>Barnemedisin og barnepsykiatri i en klinikk - et stort omstillingsprosjekt på UNN</i>		X	
Parallelle sesjoner		X	
Parallelle sesjoner		X	
Professor Guje Sevon, Handelshøgskolan i Stockholm <i>Hva kan vi oppnå med organisasjons- og ledelseskunnskap i endringsprosesser</i>			X
Professor Jon-Arild Johannessen og professor Johan Olaisen Handelshøgskolen BI <i>Hvordan organisere endringsprosesser i sykehus?</i>	X		
Professor Øivind Revang, Handelshøgskolen BI <i>Ledelse av endringsprosesser</i>			X
Generalsekretær Helen Bjørnøy, Kirkens bymisjon Oslo <i>Endring og etikk</i>		X	X
Øystein Fossen <i>Om endring, ledelse, makt og tillit</i>			X
Tove Karoline Knutsen <i>Kunstens ledelse og kunsten å lede</i>			X
Professor Pierre B.L. Guillet de Montoux, Stockholm Universitet <i>Organisasjon og ledelse – hva oppnår vi med det?</i>			X
Seminar 6			
Nils Arne Eggen <i>Ledelse, samhandling og vinnerkultur</i>			X
Plenumsdebatt: <i>Lojalitet og ledelse</i> Geir Bjørsvik, UNN HF, Karin Sollid, Helse Stavanger HF, Helge Kjersem, Ullevål universitetssykehus, Herlof Nilssen, Helse Vest RHF	X		
Eva Zeuthen Bentsen, Kontorchef Amtsrådsforeningen. DK Per Kristian Vareide, SINTEF <i>Lederrollen i helsetjenesten under endring</i>		X	
Jan Eirik Thoresen, Helse Midt-Norge <i>Ledelse og fag – på samme lag?</i>	X		
Einar Husebye, Sykehuset Buskerud HF	X		
Anne Kverneland Bogsnes, Helse Bergen HF <i>Kvalitet i klinikken – ledelsens ansvar?/</i>		X	
Annlaug Stavik, brukerutvalget Helse Midt-Norge <i>Pasienten, reformen og ledelse</i>		X	

Tabell 2: Plenumsesjonene og styringslogikk

Funn

Av i alt 55 plenumssesjoner var det til sammen 45 sesjoner med varighet i 30 minutter eller mer på programmet til Nasjonalt lederutviklingsprogrammet for helseforetakene. I denne studien regnes 23 av disse plenumssesjonene som uttrykk for regulativ styringslogikk, 15 som uttrykk for normativ styringslogikk og 15 for kognitiv styringslogikk. 3 av disse plenumssesjonene regnes som uttrykk for både regulativ og normativ styringslogikk, 4 sesjoner regnes som uttrykk for både regulativ og kognitiv styringslogikk, og 1 sesjon regnes å dra veksler på både normativ og kognitiv styringslogikk.

Ut fra kravene styringsgruppen satte til programmet, kunne en forvente å finne at spekteret av plenumssesjoner ville representere regulativ, så vel som normativ og kognitiv styringslogikk. Forventningen baseres på at programmet skulle være reformspesifikt, sektorspesifikt, i tillegg til at andre relevante aktører og fagmiljø ble forventet invitert til å delta. Temabeskrivelsene for hvert program, som det fremkommer på Helseuniversitetets, bar preg av en ordlyd som i hovedsak var i tråd med regulativ styringslogikk, men ser en til hver enkelt plenumssesjon ved seminarene ser en at normativ styringslogikk preget 15 av de 45 sesjonene og kognitiv styringslogikk preget 15 av sesjonene. Konklusjonen blir da at de 45 plenumssesjonene varierte mellom de tre formene for styringslogikk presentert i kapittel 3, hvorav nesten halvparten kan tolkes som uttrykk for regulativ styringslogikk, en tredjedel kan tolkes som uttrykk for normativ styringslogikk og en tredjedel kan tolkes som uttrykk for kognitiv styringslogikk.

Oppsummering

Programmet var oppbygd av seks seminar og inneholdt til sammen 83 programposter. Programpostene besto av 55 plenumssesjoner i form av foredrag og innlegg, 18 klassesesjoner, 3 samlinger i tverrgående grupper, 3 debatter, 2 parallelle sesjoner, 2 samlinger i regionsvise grupper og 1 post avsatt til individuelt arbeid. Teller en opp gruppeaktivitetene besto disse av til sammen 25 poster. Det var likevel klart flest poster i form av plenumssesjoner. Klassene skulle i stor grad benyttes til å operasjonalisere budskapet fra plenumssesjonene, hvor målsetningen var at budskapet skulle forankres i hver enkelt leders hverdag. Som jeg ser det legger strukturen opp til diskusjon i klassene ut fra kommunikativ ledelse forstått som strategi, og ikke forstått som deliberasjon. Med det mener jeg at

strukturen la til rette for en form for enveiskommunikasjon. Budskapet ble formidlet i plenumssesjoner i form av enveiskommunikasjon, og diskusjonen videre ble tatt i mindre klasser hvor målet var å operasjonalisere budskapet hos hver enkelt leder. Det kan virke som at det ikke var særlig rom for kritisk refleksjon, da med tanke på hvor vidt arrangørene ønsket innspill og tilbakemelding på hva god ledelse skulle bety i helsesektoren.

Styringsgruppen hadde i stor grad besluttet hvem som skulle stå for de 55 plenumssesjonene, men de detaljkontrollerte i liten grad hva disse foredragene inneholdt. Det må likevel kunne sies at det var styringsgruppen som la føringene på hva som skulle formidles gjennom programmet ved at de bestemte hvem som skulle få formidle sitt budskap gjennom programmet.

Hovedtemaene for hvert av de seks seminarene, slik det fremkommer på Helseuniversitetets hjemmeside, korrelert i høy grad med begrunnelsen for opprettelsen av programmet slik det fremkommer av kapittel 5 med tanke på de regulative forventningene. Et hovedmål med opprettelsen var at programmet skulle være reformspesifikt. Temabeskrivelsene for seminar 1 til 4 var av reformspesifikk karakter. Seminar 1 tok også for seg helsetjenestens verdigrunnlag, som i seg selv var et selvstendig krav til programmet. Seminar 4 rettet seg i tillegg mot problemstillingen diskrepans mellom styring ovenfra og styring nedenfra, som var et selvstendig uttrykt mål med programmet. Også seminar 5 skulle ha fokus på denne problemstillingen. Seminar 5 tok i tillegg opp intern organisering i sykehus med spesiell fokus på hvordan lede endringsprosesser. Dette korrelerer med kravene fremsatt i forkant om at programmet skulle behandle spørsmål rundt utfordringene med nye roller, ansvarsområder, struktur og krav. Gjennom temabeskrivelsene finner jeg grunnlag for å si at styringslogikken som presenteres var av regulativ karakter og ga støtte til både et profesjonelt ledelsesideal og et kommunikativt ledelsesideal forstått som strategi.

Ser en til de 45 plenumssesjonene som ble redegjort for i dette kapittelet ser en at de tre ulike former for styringslogikk presentert i kapittel 3, er representert ved programmet på en måte som korrelerer med begrunnelsen for programmet som det fremkommer av kapittel 5. 23 av plenumssesjonene tolkes å være av regulativ karakter, med fokus på ledelse som redskap/instrument for måloppnåelse i relasjon til sykehusreformen. 15 av sesjonene tolkes å være av normativ karakter forstått som moralsk retningsgivende og/eller i tråd med en "logic of appropriateness" i tilknytning til ledelsestradisjoner ved det operative ledernivået i

spesialisthelsetjenesten. Og 15 av sesjonene tolkes å være av kognitiv karakter, hvor personer uten tilknytning til helsesektoren snakker om aktuelle problemstillinger ut fra fokus på ledelse som noe universelt.

Kapittel 7: HVA SKULLE LÆRES?

Som det kommer frem av kapittel 5 og 6 kan styringslogikken ved gjennomføringen av programmet i stor grad betegnes som regulativ. Programmet skulle støtte reformen, og som redegjort for i kapittel 6 var strukturen i programmet i tråd med regulativ styringslogikk hvor innholdet ble styrt fra sentralt hold. Samtidig er det min påstand at hensikten også var regulativ i den forstand at formålet var å få ledere på operasjonelt nivå til å innrette seg etter ledelse på administrativt og institusjonelt nivå. Det vil si at ”å bøte på problemer mellom styring ovenfra og styring nedenfra” her betyr å få ledere på operasjonelt nivå til å innrette seg etter et profesjonelt ledelsesideal, og videre; innordne seg etter en styringslogikk tradisjonelt forbundet med det institusjonelle ledernivået i spesialisthelsetjenesten.

Dette vil jeg redegjøre for i først del av dette kapittelet gjennom å vise til forholdet mellom styringsgruppen og utfører, de historiske linjene i styringen av spesialisthelsetjenesten, verdiene presentert ved programmet, og deltageres opplevelse. I andre del av kapittelet vil jeg oppsummere studien ved å ta utgangspunkt i den todelte problemstillingen presentert i kapittel 1.

Styring av programmet

Styringsgruppen la som kjent ut gjennomføringen av programmet på anbud, hvor oppdraget gikk til et konsortium bestående av forsknings og undervisningsinstitusjoner og konsulentfirmaer. Programdirektøren gjør det klart i intervju 14.09.05 at det var bestiller, det vil si departementet og helseregionene, som her bestemte hva ledelse skulle være i denne sammenhengen. Konstellasjonen Helseuniversitetet, som blant annet var en sammensetning av flere akademiske institusjoner, opplevde situasjonen slik at det var forbudt for dem å problematisere hva ledelse var.

”De ville helt sikkert protestere på det jeg sier nå, men jeg mener at de la så mange føringer, og de hadde så mange grunnleggende holdninger til hva ledelse var og ikke var. Som var av normativ karakter, og som var en sånn Kenningaktig tenkning.”
(Programdirektøren 14.09.05)

Et eksempel programdirektøren kom med her, var detaljstyringen av foredragsholdere. Her kom det klart frem hvem styringsgruppen ønsket på programmet, og hvem de ikke ønsket å ha

med. Dette gjorde det vanskelig for de akademiske institusjonene, Universitetet i Oslo, BI og SINTEF, å levere på teorisiden av programmet (Programdirektøren 14.09.05). Går en tilbake kapittel 3 og forventningene fremsatt i regulativt perspektiv, korrelerer styringsgruppens styringslogikk med disse forventningene. Innholdet var basert på sentralt styrte målsetninger, og programmet ble brukt som instrument for å formidle målsetningene og bidra med verktøy for sentralt styrte endringer.

Med den grad av opplevd detaljstyring fra styringsgruppen, sammen med fraværet av frihet til å problematisere, mener programdirektøren i etterpåklokskapens navn (programdirektørens egne ord), at programmet ikke skulle blitt lagt til disse institusjonene. Dette var ikke en leveranse tilpasset akademiske institusjoner, mente han.

”Fordi bestilleren i så stor grad detaljbestemte utføreroppdraget, at de kunne egentlig ha kuttet bestiller – utfører opplegget. [...] de kunne ha gjort dette her selv.[...]”
(Programdirektøren 14.09.05)

Det ville, etter hans mening, vært bedre å ansette en person til å bestille foredragsholdere som styret ville ha med, og leie inn konsulenter til å drive ferdighetstrening. Han viser til innomhus lederutviklingsprogram i organisasjoner som Hydro og Statoil, hvor det snakkes om ”vår lederkultur” og ”hva er ledelse hos oss”. Programdirektøren (14.09.05) påpeker at dette synet på hva ledelse er, ikke ville ha vært problematisk om styret hadde latt være å legge utførelsen av programmet ut til akademiske institusjoner.

”Og da hadde det ikke vært så problematisk at man hadde en oppskrift på hva god ledelse var. For da var det de selv som stod for det. Da slapp man på en måte å gå veien om en akademiker som er vant til ha den akademiske friheten til å problematisere. Til å plutselig opptre som man var kjøpt og betalt for å komme med et bestemt budskap.”
(Programdirektøren 14.09.05)

En kan stille spørsmål ved hvorfor styringsgruppen la programmet ut på anbud og ga tilslaget til akademiske institusjoner når de hadde så klare formeningene om hva programmet skulle inneholde i forkant. Går en her tilbake til kapittel 3, og forventningene fremsatt under det kognitive perspektiv, finner en her grunnlag for en tolkning basert på en strategi rettet mot å tilegne seg legitimitet ved å dra veksler på legitimiteten i å involvere anerkjente akademiske institusjoner. Disse institusjonene må kunne betegnes som autoritative sentra. Tolkningen av

at innvolvingene av de akademiske institusjonene var en strategien for å oppnå legitimitet, blir plausibel i lys av at de akademiske institusjonene opplevde at de ikke fikk friheten til å problematisere hva ledelse er eller skal være. Om dette har vært en bevisst strategi fra styringsgruppens side skal her være usagt, det en med høy sikkerhet kan si er at disse institusjonenes medvirkning til programmet har vært med å styrke programmets legitimitet innad og utad.

Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene: et verktøy

I kapittel 2 ble det redegjort for hvordan styring i sykehusene har gått fra en bottom-up til en mer topp-down preget styring. Bevegelsen har vært markant i hele forvaltningen siden 80-tallet. Sykehusene har gått fra fagledelse til profesjonell ledelse gjennom Andersland, ”Pasienten først”, enhetlig ledelse og reformen. Min påstand er at intensjonen med programmet var å forsterke denne prosessen, ved å lære lederne hva profesjonell ledelse innebærer, da med spesiell vekt på lederne på operasjonelt nivå. Ett av virkemidlene som ble tatt i bruk var innførsel av de felles verdiene. Som redegjort for i kapittel 5 blir verdiene her et verktøy for måloppnåelse i regulativ forstand, ved at de skulle virke støttende til gjennomføringen av den regulative reformen.

Som stadfestet under gjennomgangen av de tre verdiene, er disse ikke kontroversielle i lys av den tradisjonell faglige ledelse på operasjonelt nivå. I forventningene til programmet fremsatt på bakgrunn av normativ styringslogikk i kapittel 3, ble det forventet at innholdet skulle gjenspeile, eller være i tråd med, eksisterende normer og verdier. Verdiene kvalitet, trygghet og respekt kan, etter min mening, ha sitt direkte utspring i de faglige verdiene omtalt som rådende på operasjonelt nivå. Ser en på disse tre verdiene isolert, vil det se ut som de støtter den tradisjonelle normative ledelsen på dette ledernivået. Ser en så på de fremsatte lederatferdsbeskrivelsene, utledet fra verdiene, tegner disse et annet bilde av hvilken styringslogikk som gjør seg gjeldende. De uttrykte lederatferdsbeskrivelsen taler sitt tydelige språk om at det å være tro mot verdiene betyr å være tro mot eiers prioriteringer, som igjen knytter innholdet i programmet til regulativ styringslogikk. Det kan da se ut som at; for å bøte på den tradisjonelle konfliktlinjen mellom ledelse ovenfra og ledelse nedenfra har eier tatt tak i verdier forbundet med faglig ledelsestradisjon og omdefinert disse til å bety lojalitet til eier. Budskapet ser ut til å være at pasientens beste oppnås gjennom å være tro mot nasjonale prioriteringer.

I intervju med programdirektøren 14.09.05 problematiserer han utfordringene ved å innføre et felles sett av verdier i spesialisthelsetjenesten, da denne sektoren i stor grad er infisert med verdier i utgangspunktet. Som tidligere vist varierer verdiene betydelig mellom de ulike ledelsesnivåene, og det i seg selv skaper store utfordringer for ledelse i spesialisthelsetjenesten. Programdirektøren viser videre til det han opplevde som missnøye med reformen og programmet blant deltagerne:

[...] deltagerne følte delvis at programmet var av et sånt instrumentelt design, for å belære de, og det vil de ha seg frabedt. Så det ble jo også opprør over selve programmet. Fordi de følte det som et instrument for makta, til å belære de, når de følte at der ute sto det om liv eller død, og de der oppe i systemet overhodet ikke forsto det. [...] viss man da har et sånt instrumentallastisk syn på hvordan en skal styre gjennom verdier, så får man en rekyl altså.

(Programdirektøren 14.09.05)

Han viser til at mange av deltagerne i programmet allerede hadde begynt å tvile på reformen som riktig redskap, og flere også ga uttrykk for dette:

De tvilte på regionen sin. De tvilte på regionen som konstruksjon. Og de tvilte på om departementet og regionene hadde grep om tingene. Og det kom veldig til syne på noen av våre seminarer. På et av de så var det tendenser til opprør, altså kuppet. Det var altså deltagere som kom opp på talerstolen og kuppet talerstolen, for å holde et flammende innlegg mot regionene og departementet.

(Programdirektøren 14.09.05)

Programdirektøren poengterer at disse tendensene til opprør ikke rettet seg mot verdiene, men mot at folk opplevde at departementet gav dem for lite penger. I ettertid mener Programdirektøren at disse situasjonene kunne vært utnyttet bedre. På spørsmål om styringsgruppen tok tak i tilbakemeldingene sier han:

De sa jo at det var interessant, det var for så vidt greit at noen sa det liksom, men der og da så gikk vi glipp av en fantastisk mulighet for læring! For viss vi kunne tatt tak i det flammende motinnlegget, det opprøret, og si; ok vi avlyser programmet, sånn som det står på agendaen, nå bare endrer vi alt, nå tar vi utgangspunkt i dette, og så tar vi tak. Det hadde vært læring! For alle parter.

(Programdirektøren 14.09.05)

Programmet, som det sto på agendaen, ble ikke endret for å imøtekomme disse spontane innleggene. Hadde programmet hatt fokus på et kommunikativt ledelsesideal i deliberativ forstand, ville det vært naturlig å skape en åpen diskusjon rundt disse innleggene. Det ble ikke gjort. Programdirektøren viser til den fastlagte programplanen for seminarene som så rigid at det ikke lot seg gjøre.

Oppsummerende avslutning

Første del av problemstillingen lød som følger: Hvordan ble opprettelsen av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene begrunnet?

Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene ble opprettet i forbindelse med sykehusreformen anno 2001, og kan betegnes som et ledd i implementeringen av reformen. Sykehusreformen besto av endring i den formelle organisasjonsstrukturen gjennom lov, og kjennetegnes som regulativ endring. Et hovedpoeng med foretaksorganiseringen var å klargjøre ansvaret for spesialisthelsetjenesten, og legge forholdene bedre til rette slik at sykehusledere skal kunne utøve lederskap og ta ansvar. Det blir påpekt at reformen ikke i seg selv vil løse de betydelige lederutfordringene sektoren står overfor, og at ledelsesutfordringene må møtes med tiltak på bred front; først og fremst i regi av de enkelte foretak og sykehus. På ett område ville staten imidlertid ta et særlig ansvar i kraft av sin nye nasjonale eierrolle; gjennom utvikling av et nasjonalt opplegg for utvikling av ledere. Programmet ble opprettet som et samarbeidsprosjekt mellom helseregionene og Helsedepartementet.

Når en skal svare på hva begrunnelsen for opprettelsen var, blir svaret ut fra dataene i studien; å bistå reformen, og å imøtekomme de betydelige ledelsesutfordringene sektoren sto overfor. I kapittel 5 redegjorde jeg for problembeskrivelsene som ble lagt til grunn for opprettelsen av programmet. Spesielt er det kulturforskjellen mellom ”styring ovenfra” og ”styring nedenfra” det rettes søkelys mot. Problembeskrivelsen går i retning av at ledere på institusjonelt og administrativt nivå har et legitimitets- og autoritetsproblem i forhold til fagmiljøene og ledere på operasjonelt nivå, og fagmiljøet beskrives å vegre seg mot å ta medansvar for helheten. Programmet skal adressere denne problemstillingen ved å være et strategisk kultur- og samhandlingsbyggende tiltak, med det formål å bygge bro mellom styring ovenfra og styring nedenfra. Strategien bak utvelgelse av deltakere for programmet bunnet i denne målsetningen. Deltagerne ved programmet ble utvalgt av det enkelt foretak basert på vage kriterier, men et tydelig mål var likevel å samle ledere fra alle ledernivå. Samtidig kommer det ikke klart frem hva lederne på de ulike ledelsesnivåene skulle enes om.

Ser en til studiens definisjon av lederutviklingsprogram i kapittel 3, tilskrives hensikten med lederutviklingsprogram å være; ”å bedre ledelse”. Videre redegjøres det her for at frasen; ”å

bedre ledelse” innehar ulike meningsinnhold avhengig av hvilket ledelsesideal som legges til grunn. Ser en til dataene redegjort for i kapittel fem, kommer det ikke tydelig frem hva ”å bedre ledelse” skal bety i Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene. Noen verktøy presenteres; som å satse på strategiske kultur- og samhandlingsbyggende tiltak og å innføre et felles verdisett. Det kan også se ut som at å sette fokus på lojaliteten overfor eiers prioriteringer var et eget tema tiltenkt programmet, uten at dette kommer eksplisitt frem i noen av dokumentene. Dette begrunnes i ordlyden i rapporten ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv ” (2001) og hos styreleder. Styreleder knytter nemlig de nye lederrollene opp mot ledernes forhold til overordnede målsetninger og styret, i sitt svar på hva en deltagelse i programmet skulle resultere i;

[...] Fordi at man ikke har fått den forståelsen, for dette har vært så offentlig forankret, at helsereformen går ut på at vi skal ha ledere som både skal ha ansvar og skyld, og har et helt annet handlingsrom; du skal forholde deg til et styre, du skal ta raske beslutninger, og du skal oppnå resultat. Og viss du ikke oppnår resultat, så må du finne deg i å bli skiftet ut fordi organisasjonen ikke oppnår de resultat som kreves. Å den forståelsen, må vi få bake inn i disse som vi nå får inn, at du nå er inne i et løp, som kan medføre at du en dag står som ansvarlig for en virksomhet, og hvor vi spør hva du presterer.
(Styreleder 13.09.05).

Denne beskrivelsen av målsetning med programmet knytter de nye lederrollene tett opp mot beskrivelsen av NPM som presentert i kapittel 2, hvor nettopp lederes totalansvar for resultater og måloppnåelse vektlegges, og hvor det forfektes at manglende måloppnåelse bør få konsekvenser. Dette harmonerer også med det profesjonelle ledelsesidealet som det fremkommer av kapittel 3.

En av intensjonene med programmet som ble flagget høyt, var innføringen av et felles verdisett for spesialisthelsetjenesten. Tre kjerneverdier ble presentert sammen med en fremstilling av seks lederatferdsbeskrivelser som operasjonaliserte verdiene. Verdiene lød som følger; 1) *Kvalitet i prosess og resultat* 2) *Trygghet for tilgjengelighet og omsorg* 3) *Respekt i møte med pasienten*. Verdiene i seg selv kan settes i sammenheng med normativ styringslogikk i kraft av en ordlyd som harmonerer med eksisterende verdier på operasjonelt ledelsesnivå. I denne studien settes likevel verdifokuset i sammenheng med regulativ styringslogikk ved at de tilhørende atferdsbeskrivelsene kan tolkes som instrument for kulturstyring i regulativ forstand. De seks atferdsbeskrivelsene oppsummeres slik; en leder må være *ansvarlig, handlekraftig, endringsvillig, kommuniserende, inspirerende og*

helhetstenkende. Spesielt er det atferdsbeskrivelsene av ansvarlig, handlekraftig og helhetstenkende som støtter opp om lojalitet til eiers prioriteringer og et profesjonelt ledelsesideal.

Studien tolker begrunnelsen for opprettelsen til et ønske om at styring ovenfra og styring nedenfra skal nærme seg hverandre. Spissformulert skal dette gjøres ved at den normative styringslogikken som har vært rådende på operasjonelt ledernivå må vike for den styringslogikk som råder på institusjonelt og administrativt nivå; den regulative.

Andre del av problemstillingen lød som følger: *I hvilken grad er det samsvar mellom begrunnelsen for opprettelsen av Nasjonalt program for ledelsesutvikling for helseforetakene, og gjennomføringen av programmet?*

For å besvare dette spørsmålet må en først se til gjennomføringen av programmet. Styringsgruppen for programmet la gjennomføringen ut på anbud med spesifikke krav til innhold. Oppdraget gikk til et konsortium bestående av akademiske institusjoner og konsulentfirmaer. I krav til innhold i programmet vektlegges flere ulike elementer; programmet skulle være reformspesifikt, sektorspesifikt, og at andre relevante aktører og fagmiljø ble invitert til å delta. Disse elementene åpnet for bruk av ulike typer styringslogikk; henholdsvis regulativ, normativ og kognitiv. Et reformspesifikt program knytter programmet til bruk av regulativ styringslogikk, et sektorspesifikt program knytter programmet til bruk av normativ styringslogikk, og bruk av andre aktører og fagmiljø knytter programmet til kognitiv styringslogikk.

Programmet var oppbygd av seks seminar og inneholdt til sammen 83 programposter. En klar overvekt av disse postene besto av plenumssesjoner; til sammen 55 poster. Innholdet i disse postene var forhåndsdefinert av styringsgruppen i den forstand at styringsgruppen hadde besluttet hvem som skulle stå for plenumssesjonene. Det skal samtidig sies at de i liten grad detaljkontrollerte innholdet i disse foredragene. Det må likevel kunne sies at det var styringsgruppen som la føringene på hva som skulle formidles gjennom programmet ved at de bestemte hvem som skulle få formidle sitt budskap gjennom programmet.

Den nest største gruppen programposter var klassesesjoner; til sammen 18 poster. Klassene skulle i stor grad benyttes til å operasjonalisere budskapet fra plenumssesjonene, hvor målsetningen var at budskapet skulle forankres i hver enkelt leders hverdag. Som jeg ser det, legger strukturen opp til diskusjon i klassene ut fra kommunikativ ledelse forstått som strategi. Med det mener jeg at strukturen la til rette for en form for enveiskommunikasjon. Budskapet ble formidlet i plenumssesjoner i form av enveiskommunikasjon, og diskusjonen videre ble tatt i mindre klasser hvor målet var å operasjonalisere budskapet hos hver enkelt leder. Det kan virke som at det ikke var særlig rom for kritisk refleksjon, da med tanke på hvor vidt arrangørene oppfordret til innspill og tilbakemelding på hva god ledelse skulle bety i helsesektoren. Dette inntrykket underbygges av programdirektørens beskrivelse av gjennomføringen som det fremkommer av kapittelets første del.

Hvert av de seks seminarene ble bygd opp rundt et hovedtema. Et hovedmål med opprettelsen var at programmet skulle være reformspesifikt. Reformen tillegges særlig vekt ved temabeskrivelsene, hvor spesielt temabeskrivelsene for seminar 1 til 4 var av reformspesifikk karakter. Seminar 1 tok også for seg helsetjenestens verdigrunnlag, som i seg selv var et selvstendig krav til programmet. Seminar 4 rettet seg i tillegg mot problemstillingen diskrepans mellom styring ovenfra og styring nedenfra, som også var et selvstendig uttrykt mål med programmet. Også seminar 5 skulle ha fokus på denne problemstillingen. Seminar 5 tok i tillegg opp intern organisering i sykehus med spesiell fokus på; hvordan lede endringsprosesser. Dette korrelerer med kravene fremsatt i forkant om at programmet skulle behandle spørsmål rundt utfordringene med nye roller, ansvarsområder, struktur og krav. Seminar 6 ble beskrevet som et oppsummerende og samlende seminar. Temabeskrivelsene harmonere således med begrunnelsen for opprettelsen av programmet.

Ser en til de 45 av de 55 plenumssesjonene som ble redegjort for i kapittel 6, ser en at de tre ulike former for styringslogikk presentert i kapittel 3, er representert ved programmet på en måte som korrelerer med styringsgruppens krav til gjennomføring. 23 av plenumssesjonene tolkes å være av regulativ karakter, med fokus på ledelse som redskap/ instrument for måloppnåelse i relasjon til sykehusreformen. 15 av sesjonene tolkes å være av normativ karakter forstått som moralsk retningsgivende og/eller i tråd med en "logic of appropriateness" i tilknytning til ledelsestradisjoner ved det operative ledernivået i spesialisthelsetjenesten – med andre ord: innlegg og foredrag av sektorspesifikk karakter. Og 15 av sesjonene tolkes å være av kognitiv karakter, hvor personer uten tilknytning til

helsesektoren snakker om aktuelle problemstillinger ut fra fokus på ledelse som noe universelt.

På spørsmål om hva som skulle læres ved programmet, vil studiens svar være; lojalitet til uttalte kollektive mål. Dette ble formidlet gjennom plenumssesjoner som støttet seg til ulike former for styringslogikk; henholdsvis regulativ, normativ og kognitiv.

Litteraturliste

- Andersen, Svein S. (1997): *Case-studier og generalisering: Forskningsstrategi og design*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Askvik, Steinar. (1997): "Institusjonalisering av rådgivning i organisasjon og ledelse", i H. Byrkjeflot: *"Fra styring til ledelse"*. Fagbokforlage Vigmostad & Bjørke AS: Bergen.
- Brewerton, Paul og Millward, Lynne. (2001) *Organizational Research Methods*. London: SAGE Publications.
- Bukve, Oddbjørn. (2000): *"Kommunal forvaltning og planlegging"*. Det Norske Samlaget: Oslo.
- Byrkjeflot, H. (1997): *"Fra styring til ledelse"*. Fagbokforlage Vigmostad & Bjørke AS: Bergen.
- Byrkjeflot, H.(1999): *"Modernisering og ledelse – om samfunnsmessige betingelser for demokratisk lederskap"*. Bergen. LOS-senteret rapport nr. 5.
- Byrkjeflot, H. (2002): "Ledelse på Norsk: motstridende tradisjoner og idealer", i A. Skogstad og S. Einersen: *Ledelse på godt og vondt*. Fagbokforlaget: Bergen.
- Byrkjeflot, H. og Neby, S.(2005): "Norge i Norden: Fra etternølere til pionerer i reformendring av sykehussektoren?", i Opedal, S. og Stigen, I.M.: *Helse-Norge i støpeskjeen*. Fagbokforlaget.
- Christensen og Egeberg. (1997): *Forvaltningskunnskap*. Tano Aschehoug: Oslo.
- Christensen T., P. Læg Reid, P.G. Roness og K.A. Røvik (2004): *"Organisasjonsteori for offentlig sektor"*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gammelsæter, H. og Ohr, F.(2002): *Kampen uten ball – om penger, ledelse og identitet i norsk fotball*. Abstrakt forlag AS: Oslo.
- Grønhaug, K., Hellesøy, O.H., Kaufmann, G.(2003): *"Ledelse i teori og praksis"*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS: Slovenia.
- Grønmo, Sigmund (1982) "Forholdet mellom kvalitative og kvantitativ metoder i samfunnsforskningen." I: Holter og Kalleberg (red): *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halvorsen, Kjersti. (1997): "Budbringere av modernitet og identitet", i H. Byrkjeflot: *"Fra styring til ledelse"*. Fagbokforlage Vigmostad & Bjørke AS: Bergen.

Hellevik, Ottar. (1997): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget: Oslo.

Hirsch, Paul M. (1997): "Sociology without social structure: Neoinstitutional theory meets *Brave New World*", *American Journal of Sociology* 1997 (102), hefte 6:1702-1723.

Holter, Harriet. (1996) "Fra kvalitativ metode til kvalitativ samfunnsforskning". I: Holter og Kalleberg (red.): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobsen og Thorsvik. (2004): *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget.

Johansen, Monica Skjøld. (Kommende): "Fra fagstyre til enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen. En historisk analyse". Førstekast til en artikkel i PhD avhandling.

Johnsen, H. C. Garmann. Jamt, Rune. Normann, Roger. (2002): "Utviklingsaktiviteter i VS2010". Prosjektrapport nr. 16/2002. Agederforskning.

Jørstad, Finn R. (2002): *Femti år mellom fag og marked*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke: Bergen.

March og Simon. (1994): *Organizations*. Blackwell: Cambridge.

Nerheim, Siri. (2005): *Hvem skal lede? – Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. Hovedfagsoppgave, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap: Universitetet i Bergen.

Ragin, Charles C. & Howard S. Becker. (1992): *What is a Case?: Exploring the Foundations of Social Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Roness, Paul G. (1992) *Forvaltningspolitikk gjennom organiseringsprosesser*. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap og LOS-senteret. Dr. Polit avhandling.

Roness, Paul G.(1997):"Organisasjonsendringar". Fagbokforlaget: Bergen.

Roness, Paul G. (2000): *Historiske forklaringar i institusjonelle analysar innafor statsvitskap*. Norsk Statsvitenskaplig Tidsskrift 2000 (16), hefte 2: 181 – 195.

Røvik, Kjell Arne. (1992): "Den "syke" stat. Myter og moter i omstillingsarbeid". Universitetsforlaget: Oslo.

Røvik, Kjell Arne. (1998): *Moderne organisasjoner*. Fagbokforlaget: Bergen.

Sahlin-Andersson og Engwall. (2002).*The expansion of management knowledge*. Stanford business books.

Scott, Richard W., Martin Ruef, Peter J. Mendel and Carol A. Caronna (2000): *“Institutional change and healthcare organizations. From professional dominance to managed care.”* The university of Chicago press, Chicago and London

Scott Richard, W. (2001): *Institutions and Organizations*. Sage Publications: London.

Silverman, David. (2001) *Interpreting Qualitative Data*. London: SAGE Publications.

Stake, R.E. (1995) *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Strand, Torodd. (2001): *Ledelse, Organisasjon og Kultur*. Fagbokforlaget: Bergen.

Sæter, John-Olav. (1999): *Mellom stabilitet og endring*. Hovedfagsoppgave, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap: Universitetet i Bergen.

Torjesen, Dag O. (2007): *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Dr. polit avhandling. Universitetet i Bergen.

Undheim, Johan O. (1985): *Innføring av statistikk for samfunnsvitenskapelige fag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Yin, Robert K. (1994) *Case study research*. London: SAGE Publications.

Offentlige dokumenter

Anderslandrapporten (1990): *Ledelse i sykehus*. Sosialdepartementet. Oslo.

Evalueringsrapport. ”Nasjonalt program for ledelsesutvikling I helseforetakene. Evaluering, erfaringer og anbefalinger for videreføring av det nasjonale programmet”.

NOU (1990): *Ledelse i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Sosialdepartementet.

NOU (1997): *Pasienten først!* Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Sosial- og helsedepartementet.

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) – Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

Presseinvitasjon (22.4.2003) – Helse- og omsorgsdepartementet

Pressemelding Nr. 40 (4.6.2004) – Helse- og omsorgsdepartementet

St.prp.nr1 2002-2003

St.prp.nr1 2003-2004,

Papir

Byrkjeflot, H. Grønlie, T. (Vitenskapelig foredrag 2004). *Det regionale helseforetaket, et overgangsfenomen i en utvikling fra velferdslokalisme til sentral styring?* Konferansebidrag; Hurdal.

Lægreid, P. Opedal, S. Stigen, I.M. (Working Papir 23-2003). *The Norwegian Hospital Reform- Balancing Political Control and Enterprise Autonomy*. Stein Rokkan center for Social Studies. UNIFOB AS.

Artikkel – Magasin

”Tilbyr redskapskasse for toppledere” – Intervju med Heidi Stien, i: ”Helse” Et magasin fra Helse Midt-Norge. 03/2005 – Årgang 4

Internet

AFF: (23.05.06) <http://www.aff.no>

Helseuniversitetet: (04.04.07) www.helseuniversitetet.no

Bentsen, Eva Zeuthen. (02.06.04): *Ledelse af forandring – dansk sykehusledelse 2004*. Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Bogsnes, Anne Kvernland. (03.06.04): *Kvalitet i klinikken – ledelsens ansvar*. Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Bovim, Gunnar. (04.06.04): *Kvalitet i helsetjenesten – har det noe med utdanning og forskning å gjøre?* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Coll, Gunnar. (19.06.03): *Kunnskapsledelse.* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Eggen, Bjørn Magne. (02.06.04): *Lojalitet og ledelse: Lojalitet i praksis.* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Eggen, Bjørn Magne. (04.06.04): *Programmet er over – hva nå?* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Fossen, Øystein. (01.04.04): *Om endring, ledelse, makt og tillit.* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene

Fundingsrud, Hans Petter. (30.03.03): *Barnemedisin og barnepsykiatri i en klinikk- et stort omstillingsprosjekt på UNN.* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene

Førde, Olav Helge. (25.09.03): *Er legefrakken for trang?* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Hellandsvik, Paul. (05.12.03): *Kulturbygging i Helsetjenesten.* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Hennestad, Bjørn. (04.12.03): *Kan organisasjonskultur styres?* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Huseby, Einar. (03.06.04): *Clinical governance: "Keiserens nye klær" eller en ny dimensjon til utvikling av faglig kvalitet.* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Høybråten, Dagfinn. (23.04.03): *Ledelse i helseforetakene*. Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Kjekshus, Lars Erik. (04.12.04): *Fusjonering som strategi*. Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Mayston, David. (24.09.03): *Performance management and measurement – will it solve all?* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Morten Mølster. (18.06.03): *Primadonnaen – utfordring og ressurs*. Notat presentert i forbindelse med Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Pettersen, Inger Johanne. (24.09.03): *Pengene og livet*. Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Revang, Øivind. (31.03.04): *Ledelse av endringsprosesser*. Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Sosial- og helsedepartementet (2001): *Sykehusreformen – noen eierperspektiv*

Stavik, Anlaug. (04.06.04): *Pasienten, reformen og ledelse*. Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Steine, Vidar Oma. (26.09.03): *De økonomiske virkemidlene – venn eller fiende av de helsepolitiske mål?* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Stokke, Steinar. (03.12.03): *Reformen som verktøy for strategisk endring*”. Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Søreide, Odd. (23.04.03): *Clinical governance*. Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Thoresen, Jan Erik. (03.06.04): *Ledelse og fag – på samme lag?* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Vareide, Per Kristian. (04.12.03): *Hva styrer sykehus – strategiprosesser i sykehus.* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Vareide, Per Kristian. (02.06.04): *Hva skjer med helsetjenesten.* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

Vorland, Lars. (30.03.03): *Endringsvilje og gjennomføringskraft i omstillingsprosesser.* Slides presentert ved Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.

ATM – Skriftserie

Publikasjonsliste

- 1-2008:** Rune Hallingstad: *"Regional styring i lys av foretaksorganiseringsen. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF"*. April 2008
- 2 - 2008:** Sturla Herfindal: *"Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak"*. April 2008
- 3 - 2008:** Lars Bjarne Klungseth: *Accessibility, Transparency and Public Choice - A study of the free choice policy within the Norwegian specialized health care system*. April 2008
- 4- 2008:** Torgeir Sveri: *Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. April 2008
- 5- 2008:** Anne – Mia Myhre: *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus - Påvirkning på avdelingslederrollen*. April 2008
- 6- 2008:** Hege Johnson: *Media - vaktbikkje og pragmatisk publikumsfrier?* April 2008
- 7- 2008:** Kari Kjos Grendahl: *Ledelse i en endringsprosess. - En studie av toppledere i fire lokale helseforetak*. April 2008
- 8 - 2008:** Øyvind Jørgensen: *Etableringen av fritt sykehusvalg*. April 2008
- 9 - 2008:** Odd Rune Hegrenes: *"Fra forvaltning til ledelse. En studie av topplederrekruttering i helseforetak"* April 2008-
- 10 - 2008:** Siri Torvestad Nerheim: *Hvem skal lede? - Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. April 2008
- 11- 2008:** Therese Svendsen: *Helseforetak og kommunikasjon - En studie av en kommunikasjonsstrategis betydning i et helseforetak*. April 2008
- 12 - 2008:** Rune Nesdal Jonassen: *Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene*. April 2008
- 13 --2008:** Anbjørn Holme: *Det kommuniserende hospital. - En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*. April 2008
- 14 - 2008:** Anne- Grethe Naustdal: *Sjuepleielederen sitt arbeid med kompetanseheving i sjukehus : sett i lys av erfaringar med sjukehusreforma*. April 2008
- 15 - 2008:** Britt V. Danielsen: *Leadership and management in nursing. Nurse managers' experiences of leadership and management following the introduction of unitary management in Norwegian public hospitals*. April 2008
- 16 - 2008:** Gunn Synnøve Dahl Reisæter: *Koordinering - Et grenseflateproblem? En studie av koordinering og samarbeid i psykisk helsevern*. April 2008
- 17 - 2008:** Anita Vikingstad: *Foretaksreformen - Katalysator, destabilisator og diktator. En studie av strukturendringer i et lokalt foretak før og etter foretaksreformen*. April 2008

- 18 - 2008:** Elisabeth Frisvoll: *Avdelingsledelse i norske sykehus i en reformtid - En utvikling henimot profesjonell ledelse?* April 2008
- 19 - 2008:** Monika Alvestad Reime: *Styring og identitet. Om identitetsreguleringsprosesser i psykisk helsevern.* April 2008
- 20 - 2008:** Robert Lohne: *"Ledelse, kommunikasjon og varsling i helseforetak"* April 2008
- 21 - 2008:** Laila Nordstrand Berg: *"Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus"* April 2008
- 22 - 2008:** Kari Ilebekk: *Helsesekretærer i klinisk virksomhet. Sørlandet sykehus HF. Hvilke faktorer påvirker denne rollen? I hvilken retning endres rollen?* April 2008
- 23 - 2008:** Borgny Botnen Aakre: *Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?- En studie av Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.* April 2008
- 24 - 2008:** Margrete Langeland: *Myndighetstilsyn eller kyndighetstilsyn? En studie av endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 - 2005.* April 2008
- 25 - 2008:** Lene Susann Pilskog: *Hva skulle læres? En casestudie av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.* April 2008
- 26 -2008:** Dag Olaf Torjesen: *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten.* April 2008

POLIS

Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

**Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER