

ATM

Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Elisabeth Frisvoll

Avdelingsledelse i norske sykehus i en reformtid – En utvikling henimot profesjonell ledelse

ATM – Skriftserie
Nr. 18 - 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.

Autonomy, Transparency and management.....	5
Forord.....	6
Sammendrag.....	7
Kapittel 1: Innledning.....	8
Kapittel 2: Historikk.....	10
Kapittel 3: Tema og problemstilling	13
Tema.....	13
Problemstilling	14
Kapittel 4: Om organisasjonene	16
Case 1: Avdeling 1	16
Case 2: Avdeling 2	18
Kapittel 5: Metode.....	20
Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	20
Problemstillingen	21
Kvalitativ metode	22
Begrunnelse for valg av metode.....	23
Case-studie	23
Valg av respondenter.....	24
Intervjuguiden	25
Forskningsprosessen.....	25
Intervjuatferd og forskningseffekter.....	30
Analysefasen	32
Validitet og reliabilitet	33
Etikk	35
Kapittel 6: Kontekst for ledelse i offentlig sektor	36
Normativ kontekst og oppgavekontekst.....	36
Sykehus som ekspertorganisasjon.....	36
Ledelse av profesjonelle.....	37
Sykehusreformen og troen på ledelse.....	37
Enhetlig ledelse og profesjonsuavhengighet	38
Kapittel 7: Teoretiske tilnærminger	39
Ulike forståelser av ledelse	39
Faglig vs profesjonell ledelse.....	40
Hybridledelse	42
Konsernlogikken	43
Arketypeteori.....	46
Institusjonell teori.....	48
Forskningsspørsmål.....	50
Kapittel 8: Analyse av case 1 - Avdeling 1	52
Omorganiseringen - Avdeling Sør	52
Omorganiseringen - Avdeling Nord.....	53
Sammenslåingen av Avdeling Sør og Avdeling Nord	56
Avdelingssjefens rolle og selvforståelse - faglig leder?.....	60
Konsernlogikken og endringer	65
Enhetlig ledelse	72
Skifte av arketype?.....	78
Kapittel 9: Analyse av case 2 - Avdeling 2.....	79
Omorganiseringen	79
Avdelingssjefens rolle og selvforståelse - profesjonell leder?.....	82

Konsernlogikken og endringer	84
Enhetlig ledelse	91
Skifte av arketype?	95
Kapittel 10: Oppsummering av casene.....	97
Profesjonsuavhengigheten.....	97
Faglig leder vs generell leder	98
Konsernlogikken	100
Enhetlig ledelse	101
Skifte av arketype?	102
Avslutning	103
Litteraturliste	105

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

Forord

Når jeg nå har kommet til den koselige delen av masteroppgaven, som det å skrive et forord er, er det vanskelig ikke å bli sentimental. Jeg har lagt bak meg en tid preget av den ensomhet som følger med å skrive en så stor oppgave på egen hånd og jeg har til tider hatt "abstinenser" av ikke å få faglig påfyll i form av forelesninger. Skriveprosessen har for meg vært en formidabel læringsprosess. Jeg føler meg privilegert som har blitt invitert inn i sykehusene og fått kunnskap om avdelingsledelse, men det gjør meg også ydmyk. Jeg håper inderlig at avdelingsledelsen i de to casene vil kjenne seg igjen i min fremstilling. Hvis ikke, er denne oppgaven bortkastet. Om de i tillegg lærer noe nytt om sin egen situasjon, ville det være fantastisk. Når jeg nå har satt punktum for oppgaven er det ikke fordi jeg er hundre prosent fornøyd med resultatet, men snarere fordi punktum på et eller annet tidspunkt må settes. Jeg må si meg enig med Kvale (1990) som sier at fordi analysefasen vanligvis er meget tidkrevende, avsluttes den oftere som følge av utmattelse enn fordi materialet anses som ferdig analysert.

Takk til:

Alle respondentene som tok seg tid til å stille opp til intervju! Jeg vet at dere alle har en travel jobbhverdag, så tusen takk for at dere prioriterte å snakke med meg.

Min veileder Hallgeir Gammelsæter! Takk for din tilgjengelighet, din støtte og din tro på at jeg skulle komme i mål. Det har vært et privilegium å få jobbe med deg!

Mine medstudenter, Elisabeth og Marianne! Takk for gode samtaler. Lykke til videre med deres oppgaver! Jeg skal være der for dere!

Familien min! Dere har vært fantastiske støttespillere! Jeg vil takke min mann og mine barn som virkelig har bidratt til at jeg har kunnet kjøre denne "egotrippen" for å realisere en drøm. Nå skal jeg skjemme dere bort!

Molde, 31. oktober 2006

Elisabeth Frisvoll

Sammendrag

Denne studien omfatter casestudier av to kirurgiske avdelinger i to relativt små sykehus i Helse Midt Norge, men under to forskjellige regionale helseforetak. Sykehusreformen hadde som mål å endre lederrollen i norske sykehus, og troen på ledelse som suksessfaktor syntes enorm. På avdelingsledernivå ble det åpnet for profesjonsuavhengighet for å bryte ned den tradisjonelle legedominansen i avdelingslederstillingene. Det skulle bane vei for en mer generell ledelsestype som igjen skulle føre til bedre ledelse.

I de to casene fikk profesjonsuavhengigheten ulikt gjennomslag; ved den ene avdelingen ble avdelingssjefsstillingen besatt av en lege, som i tillegg har kliniske oppgaver. Ved den andre avdelingen ble det ansatt en sykepleier som avdelingssjef. Jeg har funnet at selv om legesjefen definerer seg innen det faglige ledelsesidealet, og sykepleiersjefen langt på vei definerer seg innen det profesjonelle ledelsesidealet, er det ikke snakk om rendyrkede ledelsesformer, men snarere at nye verdier er lagt til i ledernes kunnskapsgrunnlag.

Konsernlogikken som kan sies å ligge bak foretaksmodellen har ført til økt avstand mellom toppledelsen og det operasjonelle nivå, men en slik avstand viser seg vanskeligere for avdelingsledere, noe som fører til at de lever i et spenningsfelt mellom det å skulle være lojal oppover i systemet og samtidig ivareta de ansattes interesser. Økte krav til økonomisk effektivitet har også satt begrensninger på den friheten som totalansvaret og enhetlig ledelse i utgangspunktet forutsatte.

Innføringen av enhetlig ledelse har ikke ført til bedre og mer ledelse i den avdelingen som ledes av en lege, mens det er en merkbar endring av avdelingsledelsen der det praktiseres generell ledelse.

Elisabeth Frisvoll har en mastergrad i "Samfunnsendring, organisasjon og ledelse" fra Høgskolen i Molde. Denne rapporten er en gjengivelse av masteroppgaven hennes fra 2006.

Kapittel 1: Innledning

Vi skriver året 2006. Mangt og mye har endret seg i det norske samfunnet bare de siste årene, og dagens offentlige sektor preges av omstillinger og reformer bygd på private organisasjonsmodeller i streben etter å få større effektivitet. ”Mer helse for hver krone”, synes å ha blitt slagordet. Et dominerende trekk ved utviklingen er at markedskreftene får en stadig viktigere plass, også innen helsesektoren.

I løpet av de siste årene er det skjedd en forandring i den forstand at politikerne har vist en større evne og vilje til endring på områder som tidligere kan sies å ha vært preget av ord. Konkret har dette kommet til uttrykk gjennom en reformvillighet av offentlig sektor generelt, men kanskje helsesektoren spesielt. Det har lenge vært et særlig fokus på helsesektoren og utfordringene der, noe som de siste årene har ført til omfattende reformer med nye organisasjonsprinsipper og styringslogikker.

Helsereformen ble lansert i 2000 og i 2002 tok staten over ansvaret for sykehusene. Organisasjonsmodellen som ble valgt for sykehusene var det semiautonome foretaket regulert ved lov. Dette betydde at foretakets styre fikk et vidt mandat i forhold til det finansielle ansvar.

Styret skulle settes sammen av personer rekruttert på bakgrunn av deres leder- eller profesjonsevner, ikke av politikere.

Reformen implementerte også en ny ledelsesmodell. Gjennom 1990-tallet ble det stilt spørsmål ved effektiviteten i den tradisjonelle ledelsesmodellen i norske sykehus. I 2000 ble det bestemt – tross motstanden hos profesjonene – at hvert sykehus, avdeling og klinikk skulle ha kun én ansvarlig leder (Fostervold og Gammelsæter 2004). ”Introduksjon av ”enhetlig ledelse” og troen på et nytt ansvarliggjort og bemyndiget lederskap fremstår som et brudd med de tidligere tradisjoner for parallelle faghierarkier og kollegiale, representative ledelsesstrukturer” (Torjesen og Gammelsæter 2004: 6).

Implementeringen av den nye organisasjonsmodellen og enhetlig ledelse har fått virke i noen år nå, lenge nok til at det er interessant å se på hvordan sykehusene har organisert ledelsesstrukturen innenfor reformens rammer og om den nye modellen – foretaksorganiseringen – har fått konsekvenser for ledelsen i sykehusene. Ramsdal og Skorstad (2004) hevder at det for en stor del handlet om ”å legge en blåkopi av Henry Mintzbergs kapittel om ”the Divisionalised Form” i ”Structure in Fives” oppå

helsesektoren – med et tynt ferniss av lokal tilpasning”(Ramsdal og Skorstad 2004: 108). Omstillingsprosessene ser ut til å ha fått stor betydning for ledere i helsesektoren. Enhetlig ledelse og totalansvar er nøkkelord i denne sammenheng, noe som mange vil hevde vil føre til et større behov for generell ledelse, en ledelsesform som kanskje vil bidra til å viske ut skillet mellom offentlig og privat virksomhet.

Kapittel 2: Historikk

Helsepolitikken har alltid hatt en sentral posisjon i Norge. I lang tid bidro den store legitimiteten som sykehussektoren hadde i befolkningen til "at helsesektoren ble ansett som for viktig til å overlates til amatørerne, og at dens preg av å være en "institusjon", basert på verdier og normer som ble delt av alle, var sterk" (Ramsdal og Skorstad 2004: 91).

"Det evangske system" var gjeldende i Norge fra etterkrigstiden til slutten av 70-tallet. Dette "systemet" fikk denne benevnelsen etter helsedirektør Karl Evang i den første gjenoppbyggingsfasen etter krigen. Kjennetegn ved "systemet" er "profesjonsstaten", altså at det var "en sterk tro på profesjonsstyring og profesjonsmakt i organisering og utførelse av helsearbeid" (Ramsdal og Skorstad 2004: 94).

Et annet viktig kjennetegn var medisinenes nære kopleing til det politiske systemet. Det var også en tro på at et moderne helsevesen måtte være sterkt spesialisert, at helseinstitusjoner måtte utgjøre kjernen i tjenestetilbudet, og et hierarkisk oppbygd forvaltningssystem der legene hadde makten.

Helsesektoren opplevde en eksplosiv vekst som innebar en skjevfordeling av ressursene på to plan: Noen geografiske områder ble forfordelt med ressurser samtidig som noen fagfelt, sykdommer og diagnoser fikk en forrang i forhold til andre prioriterte områder.

Fokus ble etter hvert knyttet til de problemene veksten medførte for samfunnsøkonomien, og hvordan fordelingsproblemen kunne forklares.

Helsesektoren fremsto som preget av en fundamental beslutningskrise der kjempeveksten sprengte de offentlige budsjettene samtidig som fordelingskrisen ble stadig mer åpenbar.

Det "evangske system" var lenge ansett som selve fundamentet og garantisten for helsesektoren som "velferdsstatens dronning". På slutten av 70-tallet skiftet synet på dette systemet karakter i mange politiske kretser. I den vestlige verden dreiet det seg om et mer kritisk syn på profesjoner og eksperter, og ikke minst på institusjonaliseringen av ulike pasient- og klientgrupper. Grunnlaget for NPM-perspektivet ble lagt her. Oppfatningen var nå at det evangske system og profesjonsstaten representerte et styringsproblem.

Nedbrytningen av systemet skjedde gjennom en rekke små, bare delvis samordnede skritt. Denne endringsprosessen dreide seg kort sagt om å bryte opp det profesjonelle jerntriangel (Ramsdal og Skorstad 2004).

Den neste endringsprosessen hadde sin forankring i fylkeskommunenes utprøving av organisasjonsmodeller med nye krav til styring og ledelse.

Nye organisasjonsmodeller ble utprøvd, og flere steder ble det vedtatt å etablere en "konsernorganisasjon". Et eksempel er Østfold, som i 1987 valgte å organisere hele helsesektoren etter "konsernmodellen". Problemet i helsesektoren var "for svak sentral styring" og "for mye administrasjon og for lite ledelse", het det. Dette ble også gitt som begrunnelser senere, for helsereformen i 2000.

De tidligere sykehusdirektørene ble nå divisjonsledere med resultatansvar for hele denne virksomheten, og skulle ansettes på åremål.

De tidligere sykehusstyrene, som jo nettopp ble oppfattet som lokalpolitiske bolverk, ble tatt bort. Også innad i hvert helsedistrikt var det forutsetningen at avdelingene nå skulle styres gjennom et målstyringssystem.

"Konsernmodellen som ble vedtatt i 1987, innebar at en hadde tatt det første skritt mot det vi kan kalle en "modernisert" helsesektor" (Ramsdal og Skorstad 2004: 106). Innføringen av konsernmodellen kan sies å være uttrykk for et paradigmeskifte, ikke bare i forståelsen av helsesektorens organisering, men også med tanke på det verdifundamentet og ideologien som helsesektoren tradisjonelt har vært bygget på.

Valg av organisasjonsmodeller var ulike i de nitten fylkeskommunene, selv om konsernlogikk, målstyring og fristilling var tidens melodi. Det som også var felles, var en tiltakende opplevelse blant sentrale politiske myndigheter av at de endringene som ble gjennomført ikke var tilstrekkelige for å løse styringsproblemene i sektoren. Flere offentlige utvalg var skritt på veien mot helsereformen i 2000 (Ramsdal og Skorstad 2004). I Sørensen-utvalgets innstilling i 1999 ble valg av tilknytningsformer begrunnet med at utviklingstrekk i samfunnet innebar at den tidligere "tilbudsstyringen" (der offentlige myndigheter definerer omfang og prioriteringer) måtte erstattes med "brukerperspektiver". Utvalget kom med den konklusjonen at forvaltningsformen var best egnet for sykehus, men at det innenfor den rammen måtte gis bedre muligheter for profesjonell ledelse. Det var i følge innstillingen viktig at tilknytningsformen kun dreide seg om relasjonen mellom en (offentlig) virksomhet

og dens overordnede nivå. I praksis innebar dette en videreføring av konsernmodellen.

Til tross for sterke argumenter fra de ansattes organisasjoner, ble foretaksmodellen vedtatt. Målet med reformen var å skape enklere og klarere ansvarsforhold i spesialisthelsetjenesten, og dermed grunnlag for bedre helsetjenester. Reformen innebar kort sagt at staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene, og at virksomhetene ble organisert som relativt autonome sykehusforetak under fem regionale helseforetak. Reformen dreier seg om å etablere en konsistent styrings- og ledelsesstruktur innenfor rammen av den konsernlogikken som er vanlig i privat næringsliv. Dette skjer gjennom selve organisasjonsstrukturen, der "fristillingen" er kjernepunktet, gjennom sterkere fokus på ledelse, nye krav som stilles til lederne, og gjennom at styringssystemet er gjennomsyret av en kontraktsbasert resultatstyringsmodell (Ramsdal og Skorstad 2004).

Kapittel 3: Tema og problemstilling

Tema

Tradisjonelt har ledelse ikke vært særlig omtalt i offentlig sektor. Det har vært demokratiet som skulle være kilden til beslutningene, som igjen skal være upartiske og objektive, og der rommet for skjønn og vilkårlighet skal være lite. Ledelse i det offentlige preges innad av regler, utad av "politikk". Man kan da stille spørsmål om det i det hele tatt bør "ledes" i offentlige virksomheter. Strand (2001) påpeker at det ikke skal ledes i offentlig virksomhet i den forstand at personlig makt skal få noe spillerom. Det er for å hindre maktbruk og fremme likebehandling at byråkratiet som organisasjonsform har stått så sterkt i det offentlige.

Nå er det nettopp byråkatiets rigiditet og tungroddhet som har vært gjenstand for kritikken mot denne organisasjonsformen. Tendensen i dag er å styrke og utvide ledelsesfunksjonene. "Mindre byråkrati og mer ledelse" er nærmest blitt et folkekrav. "Måten å snakke om det offentlige på har tatt farge av begreper og forestillinger med opphav i privat virksomhet: Konsern, målstyring, kvalitetsledelse, effektiv ressursutnyttelse og liknende uttrykk fortrenger et stykke på vei "gamle" talemåter om administrasjon, forvaltning og saksbehandling" (Strand 2001: 273).

I denne oppgaven ønsker jeg å sette søkelyset på ledelse i sykehusene på bakgrunn av den nye foretaksmodellen som er implementert der. Nå er det ikke nødvendigvis slik at reformer iverksettes helt etter intensjonen. Det kan til og med være at mange endringsinitiativ ender i en skuff. Det jeg imidlertid ønsker å fokusere på er hvordan avdelingsledernivået organiseres og utvikles innenfor reformens rammer.

De omstillingene som har skjedd i helsesektoren siden 1980-tallet er etter hvert blitt betegnet som New Public Management (NPM).

NPM-reformer er kjennetegnet av seks grunnelementer (Ramsdal og Skorstad 2004):

1. Vektlegging av økt kostnadsbevissthet/effektivisering, der argumentasjonen er basert på modeller fra private bedrifter.
2. Vektlegging av et "brukerperspektiv".
3. Innføring av nye organisasjonsmodeller, kjennetegnet ved "divisjonisering" og resultatenheter.
4. Helhetsledelse/totalansvarsledelse – "managementledelse".

5. Målstyring som viktigste planleggingssystem.
6. Resultatevalueringssystemer som kopler mål og resultatvurderinger.

De to første punktene er kulturelle kjennetegn ved en organisasjon, de to neste kjennetegner den formelle organisasjonsstrukturen, mens de to siste er kjennetegn ved styringsformen.

På mange måter representerer sykehusfeltet en særlig utfordring for NPM reformene (Kragh Jespersen 2005 b). For det første fordi effektivisering av behandling og pleie av alvorlig syke mennesker reiser spørsmålet om borgerne har ubetinget rett til behandling, eller om adgangen til behandling skal underordnes NPM strategier med vekt på produktivitet og økonomisk effektivitet. For det andre er det snakk om et modent organisatorisk felt preget av mange innarbeidede institusjoner, hvor NPM styringskonsepter skal konkurrere med sterke og etablerte institusjoner og faglige tradisjoner (Kragh Jespersen 2005 b).

Problemstilling

Etter Helsereformen 2000 er det blitt innført en ny organisasjonsmodell i sykehusene - foretaksmodellen. Omstillingsprosessen ser ut til å ha fått stor betydning for lederne på alle nivå i sykehusene, særlig på bakgrunn av kravet om enhetlig ledelse.

Totalansvaret innebærer at lederen har eneansvaret for alt; personal, budsjett, drift, samt økonomi og fag. Spørsmålet er om synet på ledelse i sykehusene endrer seg i retning av en profesjonalisering av lederrollen, også på avdelingsnivå.

Konsernlogikken forutsetter geografisk og sosial avstand mellom ledelsen og de operative aktørene som et virkemiddel for mer strategiutvikling og drift (Ramsdal og Skorstad 2004). Det er et interessant og viktig spørsmål om dette lar seg gjennomføre også på lavere nivå i sykehuset der de som ansettes som ledere ofte også har kliniske oppgaver.

Målet for oppgaven er å beskrive hvordan avdelingsledelsen utvikles i sykehus etter reformen. Gjennom å tilegne meg kunnskap og forståelse av organiseringen håper jeg å være i stand til å drøfte funn og fenomener. To case (kirurgiske avdelinger) vil

bli studert for å se hvordan ledelse utvikles innenfor reformens rammer. Det faglige ledelsesidealet har vært tradisjon ved sykehusene i Norge. Et felt hvor profesjonelle verdier dominerer, hvor profesjonelles faglighet preger beslutninger, og hvor den faglige spesialisering preger strukturer, er karakterisert som et profesjonelt arketypisk felt (Kragh Jespersen 2005 b). Reformen avdekker imidlertid et ønske om et skifte i måten det ledes på. Det vil derfor være interessant å se om det kan være tendens til et skifte av den arketypiske måten å lede på i sykehus.

- **Problemstilling:**

Hvordan har avdelingsledelse utviklet seg etter sykehusreformen?

Jeg vil komme tilbake med en operasjonalisering av problemstillingen, i form av forskningsspørsmål, i siste del av teorikapitlet.

Kapittel 4: Om organisasjonene

Definisjon "enhetlig to-delt ledelse": "Den enhetlige to-delte ledelse baserer seg på avdelingsledelse gjennom to personer, avdelingsoverlegen og oversykepleier. Disse anses som enhetlig ansvarlige for avdelingens drift, dens administrasjon, budsjettoppfølging og resultater. Det medisinsk faglige ansvar ligger hos avdelingsoverlegen alene, og alle avgjørelser som har relasjon til medisinske forhold vil derfor ansvarsmessig føres tilbake til avdelingsoverlegen" (NOU 1997: 5.7.1.1).

Case 1: Avdeling 1

Det første caset - Avdeling 1 - dreier seg om to kirurgiske sykehusavdelinger som er sammenslått til én, i et helseforetak under Helse Midt-Norge. Jeg kaller dem for enkelhets skyld for Avdeling Sør og Avdeling Nord. Før Helsereformen i 2000 så ledelsesstrukturen i de to avdelingene Sør og Nord slik ut:

Avdeling Sør hadde enhetlig to-delt ledelse, det vil si at det var avdelingsoverlege og oversykepleier som i fellesskap skulle drifte avdelingen innen økonomi, personal, administrasjon og fagutvikling.

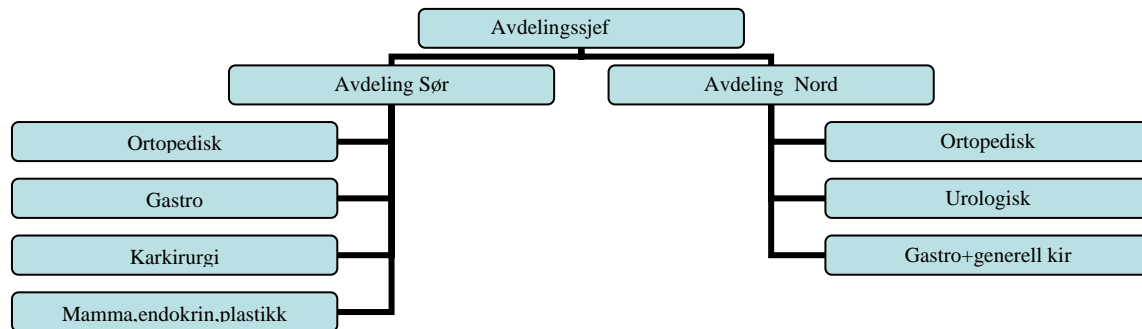
Avdeling Nord hadde også enhetlig to-delt ledelse, men her hadde overlege ansvar for legene og oversykepleier hadde ansvaret for sykepleierne.

1. januar 2001 kom kravet om enhetlig ledelse, noe som innen et halvt år ble innført ved begge avdelingene. Avdelingslederstillingene skulle i utgangspunktet være profesjonsuavhengige, noe som førte til at det ved Avdeling Sør ble ansatt en lege som avdelingssjef og ved Avdeling Nord en sykepleier. Disse to inngikk forøvrig også i ledelsen i den todelte modellen. Det at en sykepleier ble ansatt som avdelingssjef ved avdeling Nord medførte at hun måtte ha en medisinskfaglig rådgiver, jmf spes.helsetjenesteloven § 3.9.

To år senere, 1. juni 2003 ble det gjennomført en ny omorganisering der begge sykehusenes totalt 31 avdelinger ble til 13 felles linjeavdelinger på tvers av sykehusene. I dette caset ble altså kirurgisk avdeling slått sammen, med én felles

sjef. Begge de tidligere avdelingssjefene for avdeling Sør og Nord søkte stillingen, og avdelingssjef ved Avdeling Sør - legen - ble foretrukket.

Avdelingssjefen sa opp sin stilling i april 2006, to måneder etter at jeg intervjuet ham.



Organisasjonskartet for Avdeling 1 (dette er min egen skisse, opptegnet etter informasjon om avdelingene jeg fant på hjemmesidene til foretaket). Avdelingen er inndelt i seksjoner med hvert sitt ansvarsområde og seksjonsoverlege.

I tillegg består Avdeling Sør av tre sengeposter, kirurgisk poliklinikk og dagposten som inkluderer dagkirurgi og kreftpoliklinikk.

Avdeling Nord har i tillegg til seksjonene to sengeposter, kirurgisk poliklinikk, dagbehandlingsenhet og operasjonsavdeling med tilknytning til overvåkingsavdelingen på intensiv. Kirurgisk avdeling har i tillegg til felles avdelingssjef også felles kontorleder.

Tall fra kirurgisk avdeling - Avdeling 1

Kilde: Helseforetakets hjemmesider

Antall stillinger: 180

Antall innleggelser: 5887

Antall polikliniske pasienter: 3028

Selv om Avdeling 1 må anses å være én avdeling og ett case vil det være fornuftig å skille dem fra hverandre i deler av analysedelen. Caset får en komplisert ledelsesstruktur på bakgrunn av at det er en geografisk avstand på syv mil i lokaliseringen av enhetene. I praksis er det vanskelig å beskrive Avdeling 1 som én

avdeling. Istedet må Avdeling 1 ses som to enheter i ett og samme avdelingssjefområde.

Case 2: Avdeling 2

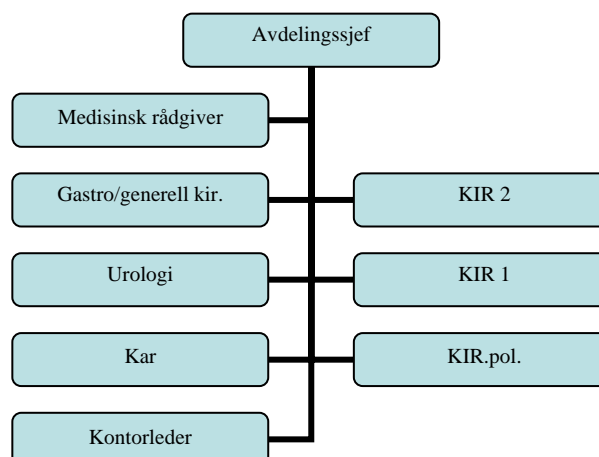
Det andre caset dreier seg om en kirurgisk avdeling ved et sykehus i et annet helseforetak, også under Helse Midt-Norge. Før Helsereformen var avdelingsledernivået organisert som enhetlig to-delt ledelse, det vil si at det var avdelingsoverlege og oversykepleier som i fellesskap skulle drifte avdelingen innen økonomi, personal, administrasjon og fagutvikling.

Kravet om enhetlig ledelse ble også her relativt raskt implementert, og siden september 2001 har avdelingen vært ledet av en sykepleier som avdelingssjef, med en medisinskfaglig rådgiver ved sin side.

Kirurgisk avdeling - Avdeling 2 - er også inndelt i seksjoner, henholdsvis:

- Generell kirurgi/gastroenterologi/mamma/endokrinologi/BDS
- Urologi
- Kar/thorax

Jeg velger likevel å skissere organisasjonskartet som vist nedenfor fordi det er slik avdelingen definerer seg på nettsidene sine.



Tall fra kirurgisk avdeling - Avdeling 2

Kilde: Helseforetakets hjemmesider

Antall ansatte: 175

Antall innleggelser: 3078

Antall dagkirurgiske pasienter: 380

Antall pol.konsultasjoner: 12697 kirurgiske + 12303 ortopediske

Antall operasjoner: 1630

Jeg ønsker å beskrive disse casene og se på likheter og forskjeller i ledelsesstrukturen. Det interessante er å se på hvilken måte avdelingene er blitt organisert på innenfor reformens rammer og videre hvordan organiseringen ser ut til å fungere og ikke minst om det fungerer etter reformens intensjoner. Avdelingene er omtrent like store når vi ser på tallene ovenfor, noe som gjør at grunnlaget for sammenligning rent størrelsesmessig vil være tilfredsstillende, men jeg vil naturlig nok ta hensyn til konteksten i drøftingen min.

Kapittel 5: Metode

Vitenskapsteoretisk perspektiv

I forskning er metode måten vi går frem på for å samle inn data om virkeligheten (Jacobsen 2000). Hvilken metode vi velger, kommer an på hvilket syn vi har på hva virkeligheten er, eller hvilken vitenskapsteoretisk retning vi bekjenner oss til. Den grunnleggende uenigheten omkring spørsmålet om hva virkelighet er (ontologi) og hvordan vi kan vite noe om denne virkeligheten (epistemologi), har vært gjenstand for debatter i flere hundre år. De grunnleggende antakelser de ulike vitenskapsteoriene bekjenner seg til, har konsekvenser for metoden de ulike retningene anser for å være best egnet for å samle inn informasjon om virkeligheten. Positivismens grunnleggende antakelse er at det finnes noen generelle lover, også i sosiale systemer, og her vil metoden være å avdekke disse lovmessighetene. Kritikken mot denne retningen kommer fra de som bekjenner seg til den hermeneutiske retningen (hermeneutikk = gresk for fortolkning eller forståelse) (Jacobsen 2000). Representanter fra denne retningen hevder på sin side at vi bare kan forstå det unike, noe som betyr at generalisering ikke er mulig. Som forsker vil derfor mitt ontologiske utgangspunkt påvirke mitt valg av metode. Disse to retningene er som nevnt uenige også når det gjelder epistemologi. Positivismens tre teser om epistemologi er; det finnes en objektiv verden utenfor oss selv; denne verdenen kan studeres objektivt; vi kan opparbeide kumulativ kunnskap om den objektive virkeligheten. Den hermeneutiske tilnærmingen avviser at virkeligheten er objektiv, og hevder at mennesker tvert i mot bare har ulik forståelse av virkeligheten, og at det derfor antas at kumulativ kunnskap om virkeligheten umulig kan oppnås. Alt må dessuten forstås i den konteksten fenomenet inngår i (Jacobsen 2000). Jeg skal ikke gå nærmere inn på innholdet i disse debattene, men ønsker bare å vise at mitt ontologiske og epistemologiske ståsted vil være utgangspunktet for valg av metode. De ulike tilnærmingene har videre ført til debatt mellom kvantitative og kvalitative tilnærminger, eller sagt med andre ord, en debatt mellom tall og ord. Jacobsens (2000) utgangspunkt er at det er liten prinsipiell forskjell mellom kvantitativ og kvalitativ tilnærming, og jeg deler i stor grad det ontologiske og epistemologiske synet han legger til grunn for det. Kort sagt er det ontologiske synet hentet fra Karl Popper som "forkastet både den positivistiske antakelsen om generelle lovmessigheter og

den forståelsesbaserte antakelsen om at alt er unikt” (Jacobsen 2000: 33). Popper innførte i stedet begrepet sannsynlighet, og avviste at vi kan si noe sikkert om virkeligheten. Det epistemologiske utgangspunktet er at det vi ser vil avhenge av flere ting, som for eksempel hva vi er opplært til å se og hva vi interesserer oss for. For å unngå en situasjon der alt er relativt, der alle har opsjon på sannheten, har Jacobsen (2000) brukt begrepet intersubjektivitet. Dette begrepet går på enighet, altså at flere oppfatter et fenomen likt, til tross for at utgangspunktet er at all kunnskap er subjektiv. Derfor kan vi si at jo flere som er enige, eller ser likt på et fenomen, jo større sannsynlighet for at dette er ”sant” (Jacobsen 2000).

Problemstillingen

Problemstillingen i denne studien har preg av et åpent spørsmål, ”*Hvordan har avdelingsledelse utviklet seg etter sykehusreformen?*”, noe som krever en eksplorerende type undersøkelse fordi jeg ikke vet helt hva jeg skal spørre om. Hensikten er å få en dypere forståelse for hvordan avdelingsledernivået i et sykehus er organisert etter reformen. Jeg har valgt en beskrivende problemstilling, men kanskje deretter forklarende, fordi ”forklaring forutsetter beskrivelse” (Jacobsen 2000: 59).

Håpet er å kunne se sammenhenger og knytte teori til disse, og slik være i stand til å drøfte mulige forklaringer. En kvalitativ tilnærming vil egne seg best på bakgrunn av min problemstilling, noe jeg vil komme tilbake til senere i dette kapitlet.

Vanligvis er tre krav knyttet til problemstillingen. Den skal være enkel, spennende og forskbar (Jacobsen 2000, Ryen 2002). Kravet om at problemstillingen skal være enkel er kanskje det viktigste, men vanskeligste kravet å innfri. Derfor må en problemstilling jobbes mye med og vi må erkjenne at det beste vi kan håpe å oppnå i et forskningsprosjekt er å si noe om en liten flik av virkeligheten (Jacobsen 2000). Ryen (2002) sier at målet er å si mye om lite og understreker at en problemstilling aldri kan bli for liten. Om en problemstilling er spennende kommer an på øyet som ser, og Jacobsen (2000) mener derfor at det rekkes at forskeren selv finner den spennende. Kravet til forskbarhet er i følge Ryen (2002) så enkelt som å stille seg selv spørsmålet ”Hva skal jeg skrive om?”, og deretter forsøke å svare på det. Kan man formulere svaret i én setning er problemstillingen sannsynligvis god nok. Jacobsen

(2000) legger til et fruktbarhetskrav, noe som innebærer at det må være mulig å gjennomføre undersøkelsen på grunnlag av problemstillingen, samt at problemstillingen skal tilføre ny kunnskap i form av ”at vi utvider eller fordyper forståelsen av et fenomen vi allerede vet en del om” (Jacobsen 2000: 66). I dette kravet ligger det at problemstillingen bør være tuftet på tidligere forskning. Hvorvidt min problemstilling til fulle innfrir alle disse kravene kan sikkert diskuteres. Jeg mener selv at den er både spennende og enkel og forhåpentligvis vil undersøkelsen være et bidrag til forskningen som allerede foreligger om sykehusreformen.

Kvalitativ metode

Med et kvalitativt forskningsintervju menes et intervju der formålet er å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på kvalitativ tolkning av meningen i de beskrevne fenomener (Kvale 1990).

Et kvalitativt opplegg egner seg ofte til å avklare et uavklart tema nærmere og til å få frem en nyansert beskrivelse av temaet. Det har som hensikt å få frem hvordan mennesker fortolker og forstår en gitt situasjon.

Fordelene knyttet til en kvalitativ tilnærming er, i følge Jacobsen (2000), for det første at det legges få begrensninger på de svarene respondentene gir fordi metoden fordrer bruk av åpent intervju med bruk av semistrukturerte intervjuguider eller temaguider der det er respondentenes virkelighetsforståelse vi er ute etter. Dette gir generelt høy intern gyldighet. Dataene vi samler inn er nyanserte og egner seg godt til å få frem det spesifikke og unike ved respondenten og hans/hennes kontekst. En kvalitativ metode gir også forskeren fleksibilitet i forhold til å kunne justere problemstilling underveis (Jacobsen 2000).

Ulemper ved kvalitativ tilnærming er for det første at det er en ressurskrevende metode. I de fleste kvalitative forskningsprosjekt vil det være slik at vi bare kan rekke over et fåtall personer. Dette gjør at vi får problem med representativiteten fordi vi ikke kan hevde at disse personene er representative for andre enn seg selv (Jacobsen 2000). Kvalitative tilnærminger vil derfor som regel ha lav ekstern gyldighet. Jacobsen (2000) peker også på en videre ulempe med kvalitativ tilnærming; komplekse data kan føre til at vi mister oversikten, noe som også kan medføre fare for ubevisst siling av informasjon.

Begrunnelse for valg av metode

I denne studien var jeg ute etter å få data omkring organiseringen av ledelsesstrukturen på avdelingsnivå i sykehus. Ettersom jeg ikke har helsefaglig bakgrunn og således lite eller ingen førstehånds kjennskap til hvordan hverdagen er for mennesker i lederstillinger ved norske sykehus, ville en kvantitativ tilnærming være lite hensiktsmessig, fordi en slik tilnærming fordrer bruk av spørreskjema med mer eller mindre faste svaralternativ. Med en kvantitativ tilnærming burde jeg derfor i utgangspunktet hatt kunnskap om hvordan ting fungerte ved avdelingene. Jeg forsto tidlig at en kvalitativ tilnærming var det riktige valget i denne studien. Jeg var interessert i å få respondentenes syn på og erfaringer med overgangen til en foretaksmodell og til enhetlig ledelse. I tillegg gav et kvalitativt opplegg meg anledning til å justere problemstillingen etterhvert i prosessen, dersom jeg så at dette var hensiktsmessig. Det er imidlertid viktig gjennom hele forskningsprosessen å være bevisst på ulempene ved den kvalitative tilnærmingen og slik være i stand til å være kritisk mot seg selv og sitt arbeid.

Case-studie

Som nevnt tidligere har jeg valgt å gjøre en sammenlignende studie av to case.

”Betegnelsen ”case” kommer av det latinske casus og understreker betydningen av det enkelte tilfelle” (Andersen 1997:8-9, i Jacobsen 2000:76). Felles for alle case-studier er at studieobjektet er avgrenset i tid og rom (Jacobsen 2000) og egner seg godt for min studie fordi jeg er interessert i å beskrive den spesifikke ledelsesstrukturen ved to kirurgiske avdelinger. ”Case-studier fokuserer videre på kontekst og samspillet mellom mennesker og kontekst” (Jacobsen 2000:81), noe som betyr at jeg har liten mulighet til å generalisere funn, men til gjengjeld vil jeg ha gode muligheter til å få relevante data, som ofte gir stor intern gyldighet. I kvalitativ forskning er heller ikke hensikten å frembringe generaliserbar kunnskap (Ryen 2002).

Valg av respondenter

På bakgrunn av problemstillingen valgte jeg å avgrense utvalget til personer med lederansvar ved avdelingene. Utvalget er som følger:

Kirurgisk avdeling - Avdeling 1

- Avdelingssjef
- 9 mellomledere + 2 personer med delegert myndighet

Kirurgisk avdeling - Avdeling 2

- Avdelingssjef
- 4 mellomledere

Dette gir et utvalg på til sammen 17 personer, noe som er et ressurskrevende stort utvalg. Jeg har ikke hatt kapasitet til å gjennomføre intervjuer med alle sammen og det har gjennom prosessen også vist seg at ikke alle potensielle respondenter har vært villige til å stille opp i undersøkelsen. Gjennom min veileder fikk jeg tidlig tilgang til organisasjonene og jeg startet opp med å avtale intervju med de to avdelingssjefene. Etter dette fikk jeg hjelp av de to til å etablere kontakt med mellomledere som sa seg interessert i å la seg intervju. Over en periode på ti uker har jeg til sammen intervjuet åtte personer, av de har seks lederansvar og to har delegert myndighet. Utvalget er i og for seg tilstrekkelig og antallet respondenter er likt fordelt mellom avdelingene ettersom Avdeling 1 består av to enheter. Likevel hadde det vært ønskelig med ytterligere en respondent fra den ene avdelingen på bakgrunn av at det profesjonsmessig eksisterer en skjevhet i utvalget av respondenter der. Problemet har vært å få representanter fra legegruppen til å delta i studien, men etter flere forsøk og mye korrespondanse med avdelingssjefen, som ser ut til å ha brukt mye tid på å få legene interessert i studien, har jeg måttet gi opp å få noen av dem i tale. Ingen av legene har lederansvar ved avdelingen, så slik sett var de ikke med i utvalget, men etter datainnsamlingen fremkom det informasjon som gjorde det interessant å også innlemme leger i undersøkelsen. Det faktum at legene har vært uvillige til å delta i studien er likevel interessante data, noe jeg vil komme tilbake til i analysekapitlet.

Intervjuguiden

Etter å ha fått på plass problemstillingen og valg av respondenter, startet arbeidet med intervjuguiden. Jeg forsøkte å operasjonalisere problemstillingen i forhold til hvilke variabler jeg ønsket å undersøke. Jeg leste reformdokumenter og en rekke andre forskningsartikler som omhandlet ledelsesstrukturen i sykehus etter reformen, og slik kunne jeg etter hvert lage en intervjuguide, eller snarere en temaguide.

Denne guiden brukte jeg i de to første intervjuene av avdelingssjefene. I de andre intervjuene brukte jeg litt mer strukturerte intervjuguiden, ettersom jeg hadde fått mye informasjon om organiseringen av avdelingsledelsen ved begge avdelingene etter reformen. Slik var jeg bedre i stand til å stille relevante spørsmål til de andre respondentene. Det finnes ikke noe fasitsvar på graden av forhåndsstrukturering (Ryen 2002). Det kan argumenteres for ulike grader. Ideelt sett er det kvalitative intervjuet kjennetegnet av lite formalisering, men i følge Ryen (2002) finnes det også argumenter som støtter mye forhåndsstruktur. "Vet man på forhånd hva man ser etter, bør ikke noe være til hinder for å planlegge hvordan man skal samle inn nettopp den informasjonen" (Ryen 2002: 97). Dette er også et argument for å unngå informasjon som er overflødig i analyseprosessen.

Forskningsprosessen

Min veileder tok den første kontakten med sykehusledelsen ved begge sykehusene og fikk klarsignal på at jeg kunne ta kontakt med avdelingssjefene for å avtale tid for intervju. Jeg skrev brev til avdelingssjefen ved Avdeling 1, der jeg presenterte meg og redegjorde for målet med oppgaven min. Jeg ba om tillatelse til å foreta studien og skrev at jeg ønsket tilbakemelding på dette. Avdelingssjefen ringte meg noen dager senere og vi avtalte tid og sted for intervju.

Kontakten med Avdeling 2 var ikke så formell i formen. Jeg fikk kopi av e-post kommunikasjonen mellom min veileder og sykehuset, der jeg fikk klarsignal om å ta kontakt med avdelingssjefen direkte på telefon. Jeg ringte så til henne og vi avtalte tid for intervju to dager senere. Jeg foretok ingen særlig presentasjon av oppgaven overfor henne siden hun var blitt orientert om dette gjennom min veileder. Hun stilte seg svært positiv til studien og ga uttrykk for at hun syntes den virket spennende.

Selve intervjuene foregikk på respondentenes kontor på sykehuset. Jeg hadde på forhånd fått respondentenes tillatelse til å bruke båndopptaker, men jeg gjentok spørsmålet om det var greit før jeg tok den frem og slo den på.

I de fleste intervjusituasjonene hadde jeg en god følelse av å bli tatt på alvor og intervjuene hadde preg av å være en samtale der respondentene fortalte og jeg smatt inn tilleggsspørsmål, og der tema og flere spørsmål jeg hadde på arket ble berørt og snakket om uten at jeg stilte dem. Ved enkelte anledninger foretok jeg tolkninger av utsagn der og da og la frem min tolkning av utsagnet. "Så du sier med andre ord at.....?" Dette kan kanskje hevdes å være en situasjon der jeg legger ordene i munnen på respondenten, men jeg følte likevel ikke at jeg gjorde det, fordi respondentene må sies å være ressurssterke og reflekterte i forhold til sin egen person som leder. Uansett, gjennom å tolke utsagn underveis fikk respondentene anledning til å enten bekrefte min tolkning eller å utdype eller presisere det de mente å si (jmf. Kvale 1990). Intervjuformen var gjennomgående løs og ledig. Alle intervjuene var avtalt å vare i ca en time og med to unntak kom vi i mål til avtalt tid. Den første av disse situasjonene løste seg fint på den måten at da vi hadde samtalt i tre kvarter, ga jeg uttrykk for at tiden begynte å bli knapp. Respondenten sa da at hun hadde god tid og uttrykte med dette at det ikke gjorde noe om vi brukte lenger tid enn en time. Etter en og en halv time hadde vi vært innom de tema jeg ønsket å vite noe om. Den andre situasjonen var imidlertid en litt negativ opplevelse, da respondenten ikke var tilstede til avtalt tid. Da han først kom, gikk det også bort tid ved at han snakket i telefonen. Vi ble tyve minutter forsinket på bakgrunn av dette, samtidig som han ga uttrykk for at han hadde en avtale en drøy time senere. Dette førte til at jeg ble litt stresset og følte at jeg tok fra ham verdifull tid som han egentlig ikke hadde. Selve intervjuet gikk likevel bra og jeg holdt meg til de tema jeg hadde satt opp. Likevel måtte jeg avslutte intervjuet før jeg hadde fått svar på alle temaene, slik at han kunne holde neste avtale. Jeg ba til slutt om å få lov til å kontakte ham senere hvis det skulle vise seg at noe var uklart, noe han sa ja til. Jeg tenkte derfor at jeg kunne få den informasjonen jeg manglet på et senere tidspunkt, noe jeg også fikk gjennom å kommunisere med respondenten via e-post.

Det jeg opplevde som det mest utfordrende i intervjusituasjonene, særlig de to første intervjuene, var min egen opptreden som forsker. Jeg har lite forskererfaring, men jeg tror jeg klarte å skjule min engstelse for de første respondentene. Etter hvert fikk jeg mange positive erfaringer og engstelsen forsvant, slik at jeg faktisk gledet meg til de

siste intervjuene. En gjesteforeleser sa en gang at det tar mindre enn ti sekunder for et menneske å gjøre seg opp en mening om en person man møter for første gang. Dette har jeg vært bevisst på i møte med respondentene. I metodelitteraturen vektlegges det at man som forsker må fremstå som "likeable" (Rapley 2004) for å vinne tillit og for å få respondentene til å åpne seg. I forkant av intervjuprosessen tenkte jeg mye på hvordan jeg skulle kle meg og te meg i møte med respondentene. Jeg valgte å kle meg slik jeg gjør i hverdagen, uformelt men stelt. Jeg finner det vanskelig å skulle fremstå som noe annet enn jeg er, så jeg satset på å være meg selv slik jeg er på en god dag. Dette viste seg å være klokt, for som en av respondentene sa til meg etter at intervjuet var ferdig:

"Det er tydelig at du vet mye om dette. For en stund siden var her to studenter og intervjuet meg. De var kledd i dress og så veldig verdensvante og viktige ut. Men det gikk snart opp for meg at de ikke visste hva de snakket om. Og så kommer du..."

- Avdelingssjef

Utsagnet kom etter mitt første intervju. Jeg reflekterte en del over dette og vurderte nøye hvorvidt jeg burde stille mer pyntet og elegant til de neste intervjuene. Jeg valgte å fortsette med min uformelle stil fordi det for meg har vært viktigst å ikke fremstille meg selv som noe annet enn jeg er, og da er det også viktig å kle seg komfortabelt. Det er min oppfatning at i intervjusituasjoner der to mennesker er så nær hverandre og har en så dyp og meningsfull samtale, da må man være ærlig. Ellers blir man snart avslørt, slik de to studentene i dress ble. Ryen (2002) vektlegger også ærlighet som en avgjørende faktor for å oppnå tillit.

For å skape et best mulig grunnlag for et godt førsteinntrykk av meg, sørget jeg alltid for å være ute i god tid. Jeg henvendte meg på avtalt sted noen minutter før avtalt tid og ga uttrykk for at jeg var tidlig ute. Slik fikk respondentene anledning til å avslutte det de holdt på med uten å måtte starte samtalen med en beklagelse, samtidig som jeg viste dem respekt ved ikke å komme for sent.

Det faktum at jeg ikke har helsefaglig bakgrunn har kanskje vært min største svakhet, men likevel en styrke i møte med avdelingsledere og deres mellomledere. Dette har vært et tema i starten på mange av intervjuene. For det første har lederne uttrykt

undring over at jeg i det hele tatt har valgt ledelse i sykehus som tema. Videre har flere sagt at de synes det er spennende at en utenforstående skriver om deres jobb-hverdag. Etter å ha forklart dem bakgrunnen for temavalget mitt, har alle vært positive til studien. Styrken ligger også i at jeg ikke identifiserer meg med den ene eller andre profesjonen. Ulempen med min manglende innsikt i sykehussektoren er at jeg ikke har egne erfaringer fra jobb-hverdagen i norske sykehus. I tillegg har vi i utgangspunktet ulikt vokabular, noe Ryen (2002) hevder er viktig å ha, siden intervju nødvendigvis krever verbal interaksjon. Jeg følte imidlertid ikke dette som noe problem. Det var kun et par ganger i løpet av de åtte intervjuene jeg ikke skjønnte innholdet i fagbegrepene som da ble brukt. Dette løste seg ved at jeg spurte hva de betydde. Jeg opplevde også en omvendt situasjon, der en respondent ikke forstod et av begrepene jeg brukte. Jeg var også bevisst på å ikke strø om meg med fremmedord og fagbegreper, selv om de fleste av respondentene sikkert ville skjønt hvert eneste ord. Det at jeg ikke opplevde slike episoder flere ganger kan kanskje skyldes at også respondentene bevisst ordla seg "folkelig" fordi de var klar over at jeg ikke hadde helsefaglig bakgrunn. Dette kan tyde på en gjensidig respekt for hverandres situasjon. I de fleste intervjusituasjonene mener jeg selv at vi fant tonen ganske fort og jeg hadde mange positive opplevelser der jeg følte at vi kommuniserte godt og at intervjuet hadde preg av å være en samtale.

Det jeg slet en del med i prosessen var å få tilgang til flere respondenter ved avdelingene. Spesielt ved den ene avdelingen støtte jeg på store vanskeligheter. Jeg henvendte meg til avdelingssjefen og ba om tips til hvem av mellomlederne jeg burde snakke med, men svaret jeg fikk var at disse var lite villige til å stille opp. De begrunnet dette med at det var så mange studenter som ønsket intervju med dem at det ble for mye i løpet av et år. Avdelingssjefen ønsket å vite om hun skulle presse dem mer og ville vite hvilke tanker jeg gjorde med rundt dette. Jeg svarte at det ikke var gunstig å intervju folk som følte seg presset til det, men ba henne samtidig om å forsøke å få dem interessert i studien min og på den bakgrunn likevel ønsket å delta. Denne situasjonen fikk meg også til å reflektere litt rundt avdelingssjefen som leder og det faktum at en studie som hun i utgangspunktet ønsket å prioritere, risikerte å strande på grunn av at ingen av hennes underordnede var villige til å stille opp. Det hele løste seg imidlertid, om ikke helt tilfredsstillende (dette kommer jeg tilbake til), ved at to mellomledere sa seg villige til å prioritere studien min.

Under selve intervjuene forsøkte jeg å holde meg til rådene Ryen (2002) gir til et godt intervju, basert på McCracken (1988). Dette er hovedelementene i det naturalistiske intervjuet som, i følge Ryen (2002), ennå er den dominerende tilnærmingen innen kvalitativ forskning. Det at jeg har forsøkt å følge disse rådene i intervjusituasjonene betyr ikke dermed at jeg bekjenner meg til positivismen som paradigme, for som Ryen argumenterer; "det er en meget sterk overforenkling å sette denne tilnærmingen i bås med den klassiske positivismen på den ene siden i motsetning til til de øvrige på den andre siden" (Ryen 2002: 96), fordi linjene mellom paradigmene ikke er så klare som de ofte fremstilles som. Rådene fungerer imidlertid som en nyttig mal for hvordan man bør gå frem for å få et godt intervju. McCracken (1988) deler opp intervjuet i tre faser; åpningen, hovedfasen og avslutningen. Det anbefales at man i åpningsfasen stiller ikke-truende spørsmål og bruker litt tid på småprat, som en slags oppvarming. I åpningsfasen i intervjuene jeg gjennomførte, opplevde jeg tvert i mot at respondentene var lite interesserte i småprat, så i mine siste intervju droppet jeg dette rådet helt. Ryen (2002) nevner at hva som er gangbare tema for småprat avhenger av konteksten. Min erfaring fra denne undersøkelsen tilsier at rådet om småprating som oppvarming antakelig fungerer bedre når intervjuet foregår på andre steder enn på et upersonlig kontor i en sykehusavdeling. Det faktum at intervjuet foregår i respondentens arbeidstid er også et moment som kan forklare hvorfor de ønsket å gå mer rett på sak. Det sentrale i hovedfasen er å la respondenten fortelle og intervjueren skal holde en lav profil. "Man skal få respondenten i tale uten å overspesifisere innholdet eller perspektivet i samtalen" (Ryen 2002: 102). Om denne fasen fungerer, lister Ryen opp flere teknikker man kan bruke for å få den til å vedvare, som for eksempel med oppfølgingsspørsmål eller kroppsspråkteknikker. Hovedfasen fungerte bra i mine intervjuer, og jeg følte jeg hadde mye igjen for å ha lest disse rådene på forhånd. I tillegg var jeg godt forberedt, slik at det var forholdsvis enkelt å komme med oppfølgingsspørsmål som jeg ikke hadde tenkt ut på forhånd. I avslutningsfasen er det viktig å skape en positiv slutt, der man takker respondenten for samarbeidet. Jeg har i etterkant av intervjuene i tillegg sendt e-poster til respondentene og takket en gang til og gitt uttrykk for at jeg hadde en positiv opplevelse og satt igjen med mye data å jobbe videre med. Jeg fulgte også Ryens råd om å ikke avslutte relasjonen helt, men ba om å få lov til å ta kontakt senere dersom det skulle vise seg nødvendig, noe jeg også har benyttet meg av. Jeg har

ved tre anledninger hatt behov for å klargjøre enkelte momenter og i de situasjonene har respondentene og jeg kommunisert via e-post.

Intervjuatferd og forskningseffekter

Det sentrale i kvalitative undersøkelser er forskeren i møte med den enkelte respondent (Ryen 2002). I denne kommunikasjonen er det flere forhold som kan påvirke interaksjonen. Kroppsspråk og atferd er viktige aspekter i møte med respondenten. Ryen (2002) peker på risikoen for at kommunikasjonen kan influeres av både konteksten, strukturen i selve intervjuet og karakteristikken ved de to partene. Jeg har tidligere i kapitlet beskrevet noen vurderinger jeg gjorde med hensyn til atferd og valg av klær i møte med respondentene, noe som også hører naturlig inn under dette avsnittet. Jeg velger imidlertid å ikke gjenta de tingene her, men bare nevne at de valgene jeg gjorde, som å være tidlig ute og fremstå naturlig som den jeg er, forhåpentligvis hadde en positiv effekt med tanke på å bygge opp tillit. En kontekst som kan være problematisk for forskeren er kjønn (Ryen 2002). Av de åtte respondentene i denne undersøkelsen er seks kvinner. Jeg har gjennom datainnsamlingen forsøkt å evaluere min egen atferd og tenkt nøye gjennom hvorvidt jeg har hatt ulik atferd i møte med kvinner og menn. I tillegg er de mannlige respondentene leger, noe som kan få en ytterligere dimensjon i denne konteksten. Jeg må innrømme at jeg var lettet over at mitt første intervjuobjekt var en kvinne. Dette henger sammen med at jeg var svært spent på hvordan jeg ville takle denne nye utfordringen, og jeg følte det som litt mindre skremmende å skulle møte en kvinne enn en mannlig lege. Likevel, siden det første intervjuet var en svært positiv opplevelse for meg, forsvant denne redselen fort, uansett kjønn på respondenten. Kjønnkonteksten handler også om identifisering. Det at jeg er kvinne kan utgjøre en fare for at jeg ubevisst forsvarer de kvinnelige respondentenes utsagn. Denne faren har jeg vært bevisst på og jeg har etter beste evne forsøkt å være kritisk til mine oppfatninger og tolkninger.

For å få et så godt intervju som mulig er det viktig å følge de rådene som metodelitteraturen gir om intervjueteknikker og intervjuatferd. For å klare det kan bruk av båndopptaker være et hjelpemiddel, slik at man kan konsentrere seg fullt og helt om kommunikasjonen med respondenten. På denne måten har man også

muligheten til å skrive ut opptakene ordrett og dermed sikre at man får med alt som blir sagt. At alt respondenten sier blir tatt opp på bånd kan imidlertid påvirke dataene på den måten at noen kanskje føler det ubekvemt, slik at informasjonen kan bli begrenset. Ryen (2002) anbefaler at det i slike situasjoner er best å la være å bruke båndopptaker av hensyn til dataene. I min undersøkelse brukte jeg opptaker, og jeg opplevde ikke en eneste gang at respondenten var ubekvem med det. Jeg ba på forhånd om jeg kunne få bruke båndopptaker og jeg presiserte hensikten med det, samtidig som jeg understreket min taushetsplikt og at båndene ville bli slettet etter at de var skrevet ut. Jeg gjentok alltid spørsmålet om det var greit før jeg slo på båndopptakeren. Flere har sagt at det er først etter at opptakeren er slått av at det interessante blir sagt. Ryen (2002) tolker disse situasjonene som et uttrykk for at respondentene føler seg friere til å åpne seg, og det er en indikasjon på at bruken av båndopptaker har påvirket dataene. Denne problematikken har jeg ikke opplevd i denne undersøkelsen. Etter at båndopptakeren ble slått av avsluttet jeg med å spørre om det var noe respondenten ønsket å tilføye, men samtlige har gitt uttrykk for at de mener det meste har kommet frem under intervjuet. Likevel er båndopptakeren en del av konteksten som man ikke kommer utenom når man velger å bruke den (Rapley 2004).

Et annet moment som i denne studien kan ha innvirkning på utfallet av undersøkelsen, er det faktum at jeg ikke har hatt muligheten til selv å velge ut, med unntak av avdelingssjefene, hvem som skulle delta i studien. Respondentene har i stor grad valgt seg selv, i den forstand at de har sagt seg villige til å delta etter gjentatte henvendelser fra avdelingssjefene. Dette kan være en svakhet ved undersøkelsen, for som Rapley (2004:17) sier: "Above all, it is vital to take notes about the recruitment process and to offer it in reports of the research as questions of access and recruitment can be central to understanding the "outcomes" of the research." Ved den ene avdelingen har respondentene i utgangspunktet litt motvillig latt seg intervjuet. I tillegg er det kun kvinnelige respondenter, der to av tre tilhører samme profesjon. Alt dette kan bidra til at dataene ikke gir et tilstrekkelig nyansert bilde av avdelingsledelsen, noe som er en svakhet. Jeg har uansett intervjuet samtlige av de som har sagt seg villige til å delta i studien og jeg har forsøkt å få flere interesserte, men uten å lykkes.

Analysefasen

I en kvalitativ analyse starter gjerne analysen allerede under datainnsamlingen (Hellevik 1999), noe jeg også gjorde ved at jeg noterte kommentarer på intervjuguiden underveis i intervjuene. Dette gjorde også at jeg fikk en slags progresjon i utarbeidelsen av intervjuguid til neste intervju. Tolkninger underveis i prosessen la dermed grunnlag for å teste tolkninger gjennom spørsmål til andre respondenter. Datamaterialet mitt er tekster i form av utskrift av intervjuene som ble tatt opp på bånd. Dette arbeidet gjorde jeg umiddelbart etter hvert intervju. Dette var et omfattende arbeid, og resultatet etter åtte intervju ble over hundre sider med tekst. Etter at hvert intervju var nedskrevet, spilte jeg av båndet samtidig som jeg leste teksten. Dette viste seg å være lurt, for ved to - tre anledninger måtte jeg rette opp ord som jeg hadde hørt feil første gang. Dette ble således en kvalitetssikring av dataene. I metodelitteraturen kommer det frem mange skrekkeksimpler på alt som kan svikte ved bruk av båndopptaker. Jeg testet derfor grundig dette utstyret i forkant av intervjuene, slik at jeg ikke risikerte å miste relevant informasjon eller måtte ta intervjuene om igjen. Derfor brukte jeg for eksempel helt nye batterier for hvert intervju. Likevel ble ikke alle intervjuene av like god kvalitet. Ett av opptakene var av så dårlig kvalitet at en del av innholdet ble amputert. Respondenten hadde en litt tynn stemme, og snakket samtidig lavt. Gjennomlyttingen av dette opptaket tok svært lang tid og jeg måtte ha opptakeren helt inn til øret, samtidig som jeg var avhengig av å unngå støy rundt meg, for å ha mulighet til å høre hva som ble sagt. Det var ikke mulig å skrive ned alt, men mye kunne likevel reddes fordi jeg startet nedskrivningen samme dag som intervjuet ble foretatt. Slik hadde jeg samtalen fersk i hodet og kunne i alle fall huske hva det var vi snakket om. Jeg merket meg også i starten på samtalen at hun snakket lavt, slik at jeg var klar over faren med kvaliteten på opptaket. Derfor skrev jeg ned flere stikkord om det hun snakket om, i marginen på guiden. Dette hjalp meg til å redde store deler av dataene. Ved et annet tilfelle, der jeg tok en liten pause i utskrivingsarbeidet, fant min yngste datter veien inn til hjemmekontoret mitt. Hun kunne tydeligvis ikke motstå å trykke på en av knappene på opptakeren, uheldigvis rec-knappen. Dette førte til at ti - tolv sekunder av opptaket ble visket bort, men det kunne fort gått verre om hun ikke hadde slått av igjen så raskt. Dette gjorde kanskje ikke den store skaden, men jeg mistet like fullt et potensielt viktig utsagn. Denne lærepengen fikk meg uansett til å bli mer påpasselig

med hvor jeg oppbevarte utstyr og bånd, og etter denne episoden holdt jeg dette på sikker avstand fra nysgjerrige barnehender.

Mange kvalitative forskere benytter seg av ulike hjelpemidler til å systematisere dataene sine, mens andre ikke gjør det. Denne fasen kaller Hellevik (1999) for forenkling eller datareduksjon, og skal hindre at forskeren drukner i detaljer. Jeg har valgt å ikke benytte meg av slike hjelpemidler, men har forsøkt å redigere intervjuene på den måten at jeg har laget et sammendrag av hvert intervju, med mine tolkninger av utsagn. Jeg mener at intervjuene ikke bør plukkes fra hverandre på en slik måte at man kategoriserer ulike utsagn og analyserer dem hver for seg, men at alle utsagn må ses i sammenheng med hele konteksten og forstås utifra helheten. Hellevik (1999) sier at uansett bruk av hjelpemidler eller ikke, skal det legges vekt på at opplysningene i oversikten skal være mest mulig rikholdige, og at den konteksten de inngår i skal komme best mulig frem, nettopp for å bevare verdien i materialet i størst mulig grad.

Hellevik (1999) peker på flere dilemmaer forskeren stilles overfor i en kvalitativ analyse. Balansegangen mellom en beskrivende og en fortolkende fremstilling er ett av dilemmaene. En rendyrket beskrivelse kan lett få et journalistisk preg, i følge Hellevik, men på den annen side er det viktig å få en virkelighetsnær fremstilling uten at man overfortolker et fenomen. Det vil derfor være viktig å finne en balansegang mellom beskrivelse og fortolkning.

En annen balansegang går mellom forskerens egen fortolkning og respondentens virkelighetsforståelse (Hellevik 1999). Med henvisning til Pål Repstad (1998), sier Hellevik at målet er å oppnå det som kalles en "overskridende gjenkjennelse", med andre ord at aktørene skal kunne kjenne seg igjen i beskrivelsen, og samtidig lære noe nytt om sin egen situasjon.

Mitt utgangspunkt er at man må beskrive for å forstå, og dette vil være min fremgangsmåte i analysedelen. På den måten vil jeg ha som mål å oppnå en "overskridende gjenkjennelse", jmf. Pål Repstad (1998).

Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet er kvalitetskriterier innen kvalitativ forskning, men dette er også svært kontroversielle fenomener (Ryen 2002). Kritikken går på at disse

kvalitetskriteriene er lite tilfredsstillende fordi de er sentrale kriterier innen positivismen, som forfekter et syn om at det finnes en objektiv virkelighet, og som derfor er en grunnleggende kvantitativ logikk som er tilpasset kvantitativ metode (Jacobsen 2000). Likevel er det uansett viktig å vurdere kvaliteten i kvalitative undersøkelser i form av gyldighet (validitet), hevder David Silverman (1993), som påpeker at "Gyldighet er viktig uansett ens teoretiske innfallsvinkel, eller bruk av kvantitative eller kvalitative data" (Silverman 1993:153, i Jacobsen 2000:205). Med begrepet intern validitet menes hvorvidt vi har fått tak i det vi ønsket å få tak i, og videre betyr ekstern validitet om vi kan generalisere funnene til andre sammenhenger. I begrepet reliabilitet ligger et kriterium om påliteligheten i dataene. Det er flere måter å gå frem på for å teste validiteten. Man kan kontrollere konklusjoner mot andre undersøkelser, eller man kan gå kritisk gjennom dem selv (Jacobsen 2000). Jeg har i denne undersøkelsen forsøkt å være kritisk til mine egne funn og konklusjoner, samtidig som jeg har lest en del andre undersøkelser rundt samme tema, som jeg også har brukt som referanser i forhold til egne funn. Kvalitativ forskning gir generelt høy intern validitet (Jacobsen 2000), mens hensikten som regel ikke er å generalisere funn til annet enn den enheten vi har undersøkt, som i min studie er kirurgisk avdeling. I denne undersøkelsen kan vanskelighetene med å få tilgang til respondenter, særlig ved den ene avdelingen, ha hatt en negativ innvirkning på den eksterne gyldigheten, altså om konklusjonene kan anses for å være gyldige for avdelingen som enhet. Dette er slik jeg vurderer det, en svakhet ved undersøkelsen. På den annen side kan dette også ses på som et funn, i forhold til hvordan avdelingen ledes. I følge Jacobsen (2000) vil det i slike tilfeller være vanskelig, men ikke umulig å påstå at resultatene vi kommer frem til vil gjelde for hele populasjonen (avdelingen), men at det da stilles høye krav til argumentasjonen. Når det gjelder å vurdere reliabiliteten (påliteligheten), må vi stille spørsmål om det kan ha vært faktorer ved selve undersøkelsen som kan ha skapt resultatene (Jacobsen 2000). Vi må også her være selvkritiske til eventuelle intervju effekter, for som Jacobsen (2000) sier, vil en samtale eller et intervju alltid formes både i stil og innhold av partene. Derfor vil det ikke være tale om å fjerne intervju effekter, utfordringen ligger snarere i å gjøre slike effekter mest mulig positive gjennom for eksempel å følge rådene om god intervjuteknikk, jmf det jeg tidligere har beskrevet om dette.

Etikk

Det eksisterer ikke noen form for internasjonal enighet eller regler for etisk standard i forskning (Ryen 2004). Det er i følge Ryen (2002 og 2004) likevel tre etiske aspekt som går igjen i den vestlige forsknings-etiske diskursen; samtykke, konfidensialitet og tillit. Det første aspektet betyr at den som forskes på skal være klar over dette og ha gitt sitt samtykke til det, samt at de har krav på informasjon om studien. De skal også vite at de når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen (Ryen 2004).

Konfidensialiteten går på at forskeren er forpliktet til å beskytte deltakernes og stedets identitet. Dette kravet kan i mange tilfeller medføre et etisk problem, da mange forskningsprosjekt foregår i forskerens lokalmiljø (Ryen 2004). Man kan klare å beholde anonymiteten i selve rapporten, men ikke i litteraturlisten, dersom man har benyttet referanser om stedet. Dette kan i neste omgang føre til negative reaksjoner når studien offentliggjøres, særlig dersom media viser sin interesse (Ryen 2002).

Dette kunne ha ført til etiske problemer i denne studien, fordi jeg har brukt organisasjonenes hjemmesider på internett som kilder. Problemet løste seg imidlertid ved at jeg valgte å bruke Helse Midt-Norges internettadresse som kildehenvisning. Fra de sidene kan man gå videre til de forskjellige sykehus og sykehusavdelinger. Slik var jeg i stand til å beskytte stedenes og deltakernes identitet. Tillitsaspektet viser til relasjonen mellom forskeren og deltakerne, samt at forskeren har et ansvar for ikke å ødelegge forskningsfeltet for andre forskere (Ryen 2004). Tilliten er viktig å opprettholde gjennom hele prosessen, ikke bare i møte med respondentene, men også i det ferdige arbeidet. Ryen (2004) hevder derfor at de tre etiske aspektene; samtykke, konfidensialitet og tillit, er knyttet tett opp mot hverandre. Et vanlig etisk dilemma er, i følge Ryen (2002), hva som skal inkluderes i selve forskningsrapporten. "Det som blir nedskrevet, kan meget vel være en lojal representasjon av utsagn, men sier svært lite om hva som er blitt utelatt i rapporten" (Ryen 2002:214). I min studie har dette ført til et dilemma på bakgrunn av et nokså høyt konfliktnivå i en av avdelingene. Dette har ført til at jeg bevisst har valgt å bruke færrest mulig sitater i beskrivelsen, og i stedet forsøkt å tolke utsagn og analysere funn ved å bruke mine egne ord. For meg har dette vært viktig for å unngå å selv komme med bidrag til konflikten.

Kapittel 6: Kontekst for ledelse i offentlig sektor

Normativ kontekst og oppgavekontekst

Sykehusreformen kan i høy grad sies å være bygget på ideer hentet fra privat næringsliv. Målet synes å være at norske sykehus skal bli like beslutnings- og kostnadseffektive som private bedrifter. Middelet er foretaksorganisering og en utvikling av lederrollen fra fagleder til generell leder. Det er imidlertid store forskjeller i konteksten for ledelse i privat og offentlig sektor, noe som gjør at en leder i det offentlige ikke kan ta de samme grepene som en leder i det private næringsliv. Den normative konteksten er en viktig, men problematisk forutsetning for ledelse i offentlig sektor på bakgrunn av at lederne er underlagt styring av folkevalgte organer, som igjen har sitt legitimitetsgrunnlag fra velgerne. Legitimitetsgrunnlaget bygger på verdier som borgerne vil skal gjelde som grunnlag for samfunnet, men som vi ikke nødvendigvis etterstreber i det daglige (Strand 2001). Ledere i offentlig sektor har som oppgave å være talsmenn for disse verdiene, som for eksempel etterrettelighet og rettferdighet.

Oppgavekonteksten skiller seg også fra privat sektor i den forstand at man i det offentlige ikke kan velge bort enkelte oppgaver. Strand bruker begrepet ”ondartede” oppgaver når han beskriver disse som komplekse og som gjenstand for kroniske konflikter (Strand 2001:279).

Sykehus som ekspertorganisasjon

Sykehus kan klassifiseres som ekspertorganisasjoner der aktørene har et noe anstrengt forhold til ledelse. Karakteristikkene av en ekspertorganisasjon er lavt hierarki, en arena for fagspesialisering og fagautonomi. Hovedrollen er produsenten som kan ha betydelig rom for innflytelse innenfor de grensene ressurser og faglige normer setter. Ekspertorganisasjoner i offentlig virksomhet må ta styringssignaler fra byråkratisk pregede organisasjoner. Byråkratilederen kan formelt ha høyere rang, men savner ofte faglig legitimitet hos ekspertene. ”Kyndighet” brytes mot ”myndighet”, noe som skaper utfordringer for ledelsen i ekspertorganisasjoner (Strand 2001).

Ledelse av profesjonelle

Hvem er det så som skal ledes? Flertallet har status og kyndighet som de ikke har oppnådd gjennom organisasjonen de arbeider i. Legeyrket har en særlig prestisje i arbeidsfeltet, de kan monopolisere visse tjenester og de kan utelukke utøvere som ikke er sertifiserte. Profesjonene er kjennetegnet av langvarig og spesifikk utdannelse og har oppgaver bare den profesjonelle yrkesutøver kan ivareta. De har lojalitet mot arbeidet og profesjonen og det eksisterer kollegiale og etiske standarder for profesjonen. Profesjonelle er selvgående med hensyn til mål og midler, de trenger generelt lite instruksjoner fra andre, deriblant ledelsen. Behovet for rettleiding og resultatbedømmelse kan bedre tilfredsstillende av kolleger enn av en hierarkisk overordnet. Ekspertorganisasjoner, som et sykehus, er i økende grad underlagt administrative styringssystemer gjennom et hierarki. Budsjetttrammer og målstyring er to forhold som fagfolk merker (Strand 2001).

Profesjonelle befinner seg også i en særegen maktposisjon. Personer som har høy fagkompetanse, men som ikke sitter i ledende stillinger, vil ikke uten videre underordne seg den formelle autoriteten som en leder er i besittelse av. Profesjonelle vil gjøre krav på stor grad av autonomi, og de vil først og fremst føle en forpliktelse overfor yrkesgruppens normer og regler (Flermoen 2001).

Totalt sett er konteksten for ledelse i offentlig sektor vesensforskjellig fra konteksten i privat sektor.

Sykehusreformen og troen på ledelse

Reformen inneholdt ingen konkrete forslag til den interne organiseringen av norske sykehus utover kravet om enhetlig ledelse på alle nivå. Helseforetakenes styrer ble også koplet fra den politiske "kontroll". Det enkelte sykehus ble utover dette gitt frihet til å organisere avdelingene slik toppledelsen fant det hensiktsmessig.

"De sentrale myndigheter og eieres styringsform må være å sette mål og etterspørre resultater innenfor de overordnede helsepolitiske målsettinger. Hvis de griper inn i virkemiddelbruken, som intern organisering er, undergraves legitimiteten og autoriteten hos toppledelsen i sykehusene" (NOU 1997: 2.3.1).

Den formelle ledelsesstrukturen skulle uansett organiseres etter visse prinsipper, med én leder og totalansvar på avdelingsledernivå. Hovedmålet for reformen "er å skape rollemessig og holdningsmessig endring i sykehusene (...) Utvalget råder derfor sykehusene til å skape organisatoriske strukturer/ledelsesstrukturer som bygger opp under holdningsendringene som utvalget ønsker å initiere" (NOU 1997: 10.1.7).

Innføringen av foretaksmodellen og enhetlig ledelse skulle dermed legge til rette for en endring i måten sykehusavdelingene ledes på. Endringene i ledelsesstrukturen skulle igjen føre til økt beslutnings- og kostnadseffektivitet. Troen på ledelse som nøkkel til suksess er eksplisitt uttalt gjennom reformen, og dette er en tankegang som kan spores tilbake til Kenningtradisjonen på 1960-tallet (Strand 2001). Kjernen i denne tankegangen er at en leder kan lede hva som helst, og generelle prinsipper om ledelse kan benyttes i hvilken som helst virksomhet. Faglig dyktighet er ingen lederkvalitet i en slik tankegang. I tillegg var det i følge Kenning viktig at lederen hadde det absolutte totalansvaret for resultatene (Strand 2001).

Enhetlig ledelse og profesjonsuavhengighet

Kravet om enhetlig ledelse i norske sykehus har skapt mye debatt og motstand.

Motstanden har primært kommet fra legene som argumenterte for at den ansvarlige på avdelingsnivå måtte ha medisinsk-faglig kompetanse, noe som i praksis innebar at avdelingslederfunksjonen i sykehus var forbeholdt legespesialister. Dette synet ble protestert mot av både Sykepleierforbundet og Jordmorforeningen, som med reformintensjonene i ryggen, hevdet at medisinskfaglig kompetanse ikke var nødvendig for å kunne lede en sykehusavdeling (Skjøld Johansen 2005).

Sykepleierne mente de var vel så kvalifiserte som legene, og de fikk støtte for sitt syn av politikerne som uttalte at det var ønskelig at sykehusledere hadde både helsefaglig bakgrunn og formell ledelseskompetanse (Skjøld Johansen 2005). Slik førte innføringen av enhetlig ledelse til nye konflikter mellom leger og sykepleiere, oppsummerer Skjøld Johansen (2005), som sier videre at kjernen i konflikten var at leger og sykepleiere fikk tilgang på samme stillinger. Sykepleiere har derfor fått tilgang på lederstillinger som tidligere var forbeholdt leger.

Kapittel 7: Teoretiske tilnærminger

Hensikten med denne oppgaven er ikke å teste en bestemt teori opp i mot virkeligheten, men snarere å beskrive avdelingsledelsenes virkelighetsoppfatninger, og få en dypere forståelse for denne virkeligheten ved å bruke flere perspektiver, logikker og teorier. Derfor velger jeg å redegjøre for de ulike perspektiver jeg mener er de viktigste for denne oppgaven.

Ulike forståelser av ledelse

Begrepet ledelse er, som Selznick har uttrykt det, "a slippery phenomenon". Det er vanskelig å definere entydig hva ledelse er, og det er vanskelig å skille fra andre organisasjonsaktiviteter. "På sett og vis utøves ledelse hele tiden av alle" (Eriksen 1997: 395).

En tradisjonell måte å forstå ledelse på er å angi hvilke oppgaver eller funksjoner en leder skal ivareta. Strand beskriver likevel ledelse som en meget sammensatt, skiftende og kompleks aktivitet som ikke lar seg klassifisere for eksempel etter de antatte ledelsesfunksjonene. Han sier videre at i sin enkleste form befatter ledelsen seg med "det som organisasjonen til enhver tid trenger" (Strand 2001: 21).

I management-konseptet forstås ledelse som evne til å få gjennomført mål effektivt, altså en strategisk ledelsesmodell. Her knyttes ledelse til forestillinger om rasjonelle, nyttemaksimerende individer med kontroll over organisasjonen (Strand 2001).

Ledelse blir her en spesialitet i seg selv, og lederen forventes å være lojal til organisasjonen heller enn til egen fagprofesjon (Byrkjeflot 1997). Ledelse knyttes altså ikke til et bestemt fag, hvilket betyr at i prinsippet kan hvem som helst, uavhengig av fagbakgrunn, kvalifisere til en lederstilling så lenge de har de riktige personlige egenskapene (Sommervold 1997).

I NOU 1997 går det frem av definisjonen at ledelsesforståelsen ligger tett opp imot management-tankegangen.

”Begrepet ledelse vil her bli brukt i vid forstand om ivaretagelse av et helhetlig ansvar for den virksomhet som ledes.

- Administrasjon handler om å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instruksjoner som er knyttet opp til en stilling.
- Ledelse handler om å sette mål for virksomheten, samt å identifisere og beslutte de viktigste strategiene for å få gjennomført målene.
- Lederskap handler om å utvikle visjoner for virksomheten som sikrer forankring av strategier og fellesskap om målene for virksomheten.

Det er forventet at en leder utøver lederskap, leder virksomheten og administrerer de rutiner som man skal følge” (NOU 1997: 10.1.1).

Ledelse må imidlertid ses i sammenheng med konteksten det ledes i. Strands kontekstmodell for ledelse bygger på et synspunkt der ”Ledelse som funksjon må forståes i sammenheng med de organisasjonsformene, sektorene og kulturene ledere er satt inn i” (Strand 2001: 11).

Vi ser av de ulike tilnærmingene dermed et tydelig skille mellom et instrumentelt syn i managerialismen og et kulturelt - institusjonelt syn på ledelse, hvor man ser på organisasjoner som subjektive sosiale konstruksjoner. Dette skillet vil jeg ta med meg videre i oppgaven.

De nye ledelsesprinsipper som nå implementeres i sykehusene kan hevdes å være første steg på veien mot profesjonell ledelse. Jeg vil derfor kort redegjøre for hva som ligger i den tradisjonelle ledelsesformen i norske sykehus - faglig ledelse, og videre den ledelsesformen som ser ut til å være nåtidens ideal - profesjonell ledelse.

Faglig vs profesjonell ledelse

Byrkjeflot (1997) skiller mellom seks idealtypiske former for ledelse, men i denne oppgaven vil det være nærliggende å diskutere to av dem - profesjonell ledelse opp imot det tradisjonelle ledelsesidealet i sykehusene – nemlig faglig ledelse.

Det faglige lederidealet består i at det er den kyndigste av de kyndige som skal utpekes. Her stilles det krav til formell utdanning eller systematisk opplæring i fagets ferdigheter. Dette betyr ikke at alle kan velges, men bare de som råder over en gitt fagkunnskap. Utvelgelsen vil som oftest skje gjennom en kollegial vurdering. Det er ikke de med lengst fartstid, men de som er dyktigst i faget som skal lede. ”Etter hvert som det er blitt stilt mer kritiske spørsmål ved vitenskapens progressive og positive betydning, rokkes det også ved fagledernes legitimitet. Kravet om bedre prioritering av ressursene og avveining mellom samfunnsmessige og vitenskapelige hensyn bidrar til å undergrave deres posisjoner” (Byrkjeflot 1997: 424).

Det nyeste ledelsesprinsippet er det profesjonelle lederskapet. Her dreier det seg ikke om å lede på grunnlag av substansiell kjennskap til faget. Det er ledelsesfunksjonen selv som er blitt faget og karriereveien. Begrunnelsen for at man blir utpekt til leder er at man kan lede hva som helst. ”Ettersom ledelse er et eget fag forutsettes det at man kun har lojalitet overfor de prosjektmål og de organisasjonsmessige mål som er satt” (Byrkjeflot 1997: 425). Det som da får størst betydning er at man er modig og flink til å utvikle strategier og at man ”mestrer” endringer i omgivelsene ved å foreta tilpasninger i organisasjonen. Det profesjonelle ledelsesidealet øker i betydning når organisasjoner blir viktigere og når det stilles større krav til handling og resultater. Slike ledere legger mer vekt på å være tilpasningsdyktige og responsive i forhold til omgivelsene enn å ivareta likebehandlingshensyn og rutiner.

Bakgrunnen for dagens tendens der man går bort fra hierarkisk styring og henimot ledelse som samordningsform, er at makten begrunnes på nye måter. ”Det er ikke lenger tilstrekkelig å vise til at man er tildelt myndighet ovenifra, at man er en god stridsmann, eller at man er den dyktigste på sitt område. Det er blitt viktigere med ledere som kan se helheten og kan bidra til samordning mellom ulike fag og interesser” (Byrkjeflot 1997: 419). Samordningen skyves nå stadig lenger ned i organisasjonene og dette gjør at profesjonell ledelse blir viktigere.

Det faglige ledelsesidealet har tradisjonelt stått sterkt i norske sykehus. Det at vi nå ser en dreining mot det profesjonelle idealet kan føre til maktkonflikter og tap av legitimitet fordi fagfolk er vant til å lede seg selv. I et institusjonelt perspektiv kan det

derfor bli vanskelig for en profesjonell leder å få innflytelse blant fagfolk han/hun er ansatt for å lede. Det kan være en viktig fordel å selv være fagperson, nettopp fordi de snakker samme språk (Fostervold og Gammelsæter 2004).

Hybridledelse

Kragh Jespersen (2005 a) peker på at avdelingsledelse i sykehus, slik verden ser ut i dag med nye rammer for ledelse, er det behov for flere elementer av strategisk ledelse i tillegg til fortsatt håndtering av faglig drift. Her må det presiseres at Kragh Jespersen peker på dette behovet ut i fra det danske sykehusfeltet, men jeg mener at dansk kontekst i dette tilfellet kan overføres til norsk sykehuskontekst, blant annet på bakgrunn av opprettelsen av Helseforetak. Økt fokus på ledelse og troen på hva ledere faktisk kan gjøre, gjør at det stilles krav om innsikt i generell ledelse. Med henvisning til Rob Flynn (1999) argumenterer Kragh Jespersen (2005 a) for at det er to vesensforskjellige ledelsesverdener som stiller forskjellige krav til ledelse. Den fagprofesjonelle ledelsesverden er preget av faglig kunnskap og ekspertise som kilde til autoritet. Kontroll baseres på tillit og selvjustis blant fagfeller og den primære orientering er å tilgodese profesjonelt definerte pasientbehov. Den generelle ledelsesverden er derimot preget av hierarki som kilde til autoritet og økonomisk effektivitet som mål. Kontroll skjer via hierarkisk fastsatte regler og standarder, og den profesjonelle forventes å utvise lojalitet i forhold til organisasjonen og dens ledelse.

Disse to ledelsesverdener ligner på det som Byrkjflot (1997) omtaler som faglig ledelse og profesjonell ledelse. Hva som er god ledelse i den ene verden er ikke nødvendigvis god i den andre, hevder Kragh Jespersen (2005 a), og hvis lederne skal kunne begi seg inn i den fagprofesjonelle verden, er billetten inn en fagprofesjonell utdanning. Hvis lederne omvendt skal kunne begi seg inn i den generelle ledelsesverden, skal de ha kvalifikasjoner innenfor generell ledelse.

Llewellyn (2001) konkluderer med at det i praksis handler om hybridledere, som opptrer i begge verdener, og at denne posisjonen er unik for fagprofesjonelle ledere. Dette begrunner hun med at den faglige verden i praksis er lukket for

generalistledere fordi billetten inn innebærer helsefaglig utdannelse, og at de derfor ikke har den samme muligheten til å opptre i begge verdener. Den generelle ledelsesverden er derfor lettere tilgjengelig for fagprofesjonelle ledere. Det er nettopp denne unike posisjon som deltakere i to verdener som gir mulighet for å utvikle nye praksisformer på tvers av de to verdener. Hybridlederens fordel er at de har lettere for å oppnå legitimitet for deres beslutninger blant profesjonelle enn generelle ledere. Dermed kommer legitimiteten til å spille en stor rolle i ledelse av profesjonelle organisasjoner (Kragh Jespersen 2005 a).

Konsernlogikken

Innføringen av nye organisasjonsmodeller er et av grunnelementene i New Public Management-reformer. Modellene er kjennetegnet ved "divisjonisering" og resultatenheter. De må også ses i sammenheng med et annet grunnelement – "managementledelse" – og de to elementene er sentrale kjennetegn ved den formelle organisasjonsstrukturen. Konsernorganisasjon dreier seg om "import av en utbredt måte å organisere større private bedrifter på" (Ramsdal og Skorstad 2004: 69). Dette er en idealtypisk modell med bestemte kjennetegn, og det handler om å endre offentlig sektor fra en byråkratisk til en divisjonalisert organisasjonsform.

Konsernlogikkens grunnleggende idè er at en skal effektivisere beslutningssystemene slik at de blir like effektive som i privat sektor. Det er som grunnleggende organisasjons- og styringslogikk at konsernorganisering er mest kraftfull, selv om det ved flere sykehus i 1980-årene ble etablert konsernmodeller. "Konsernorganisasjonen betegnes da som en "superstruktur" som samordner ulike virksomheter ("divisjoner") på nye måter" (Ramsdal og Skorstad 2004: 70). Det nye innebærer tilsynelatende en desentralisering med mer frihet til underenheter gjennom en avbyråkratisering av organisasjonen.

Konsernorganisasjon vektlegger strategisk ledelse fra et organisatorisk toppunkt, og det er modellens evne til å integrere de tidligere enhetenes aktiviteter som står sentralt.

Samtidig representerer modellen en form for desintegrasjon gjennom forutsetningen at den relative autonomi i underenhetene organiseres som "divisjoner".

Konsernlogikken er basert på å redusere belastningen på toppledelsen gjennom desentralisering av visse lederoppgaver. Slik vil de enkelte divisjoner få frihet i gjennomføringen av oppgavene sine. Den enkelte divisjon skal også være mest mulig selvforsynt med hensyn til ressurser i produksjonen. Horisontal avhengighet mellom divisjonene skal også reduseres til et minimum. Dette begrunnes med at det blir lettere å beregne kostnadseffektivitet i de enkelte ledd i organisasjonen.

Når det gjelder styringen av konsernorganisasjon er det et viktig element at den strategiske toppledelsen må markere avstand til divisjonene, både sosialt og geografisk. På denne måten blir det lettere å gjennomføre drastiske endringer i den enkelte divisjon. Slik tenkning er viktig i strategisk ledelse, noe som innebærer at ledelsen i prinsippet skal kunne vurdere om den enkelte divisjon fungerer optimalt i forhold til mål, og at en skal kunne foreta strategiske upopulære beslutninger og samtidig slippe den sosiale belastningen som negative reaksjoner kan føre til. Det blir hevdet at dette skaper grunnlag for beslutningseffektivitet.

Divisjonsleder har rollen som sentral samordningsmekanisme gjennom en koordineringsrolle. Rollen innebærer at divisjonsleder inngår i konsernrådet, samtidig som divisjonsleder må styre divisjonen i tråd med de mål og innenfor de rammer som konsernledelsen har trukket opp. Dette fører til at linjeorganisasjonen blir styrket, slik at ansvaret for virksomheten blir klart. I tillegg må en styrke den enkelte leders mandat, slik at den enkelte leder får ansvar for hele sin del av virksomheten. Fordi ansvarsprinsippet forutsetter intern kontroll i den enkelte divisjon, vil dette ansvaret ikke bare gjelde divisjonsledelsen, men også for underenhetene. Dette vil innebære at faglig, økonomisk og personalansvar ikke kan splittes opp, men må samles i et totalansvar for virksomhetene på alle nivåer i organisasjonen. "Delt ledelse, eller andre former for uklare autoritetsstrukturer, er i motstrid til konsernorganisasjonens prinsipper" (Ramsdal og Skorstad 2004: 72). Totalansvaret skal også føre til økt beslutningseffektivitet, hevdes det.

Konsernorganisasjonen representerer selve kjernen i modernisering av offentlig virksomhet, og årsaken til at den har fått så stor innflytelse i moderne samfunn kan være at den fremstår som en forenkling av struktur. Dette henger sammen med kanskje det viktigste elementet i strategisk tenkning; den geografiske og sosiale avstanden mellom toppleder og underenhetene. Dette er også noe vi kjenner igjen fra det profesjonelle ledelsesidealet. Som idealtipe er konsernorganisasjonen utviklet

og utprøvd i store private bedrifter. Modellen forutsetter at en desentraliserer ansvaret for gjennomføringen av mål til underordnede ledere. Dette innebærer utvikling av selvstendige resultatenheter, der lederne kan belønnes (eller straffes) avhengig av resultater (Ramsdal og Skorstad 2004). For ledere på lavere nivåer vil den nye rollen innebære en høyere profilering. Det er de som må ta kostnadene med å begrunne upopulære strategiske beslutninger tatt på toppledernivå, og det er de som også må velge hvilke organisatoriske tiltak som må iverksettes for å nå mål. "Lederrollen forutsetter dermed bred kompetanse som "manager" både innad og utad" (Ramsdal og Skorstad 2004: 78).

Konsernlogikkens grunnleggende idè er som vi har sett; å få beslutnings- og kostnadseffektivitet. Å implementere denne logikken i sykehusene betyr med andre ord å gjøre sykehusorganiseringen mest mulig lik organiseringen av store virksomheter i privat sektor. Det handler om divisjonalisering og managementledelse - fra byråkrati til resultat. Dette omtales som en "superstruktur" som samordner ulike divisjoner på nye måter. Og nye måter betyr desentralisering av lederoppgaver og avbyråkratisering. Om underenhetenes ledere faktisk opplever mer frihet kan diskuteres. Mintzberg (1981) hevder at for at toppledelsen skal kunne klare å opprettholde noe i nærheten av kontroll over enhetene, blir de avhengige av standardisering av produksjonen, noe som resulterer i kontroll gjennom prestasjonsmåling. Et slikt system inneholder et kvantifiserbart sett av mål som operasjonaliseres nedover til delmål, og til slutt, standard arbeidsmåter. Det oppfordres med andre ord til byråkratisering i strukturen. I tillegg har toppledelsen en tendens til å pålegge sine standarder på enhetslederne, som igjen holdes ansvarlige for enhetens prestasjoner. Dette, hevder Mintzberg (1981), resulterer i en sentralisering innen divisjonene. Og sentralisering kombinert med byråkratisering blir til maskinbyråkrati (Mintzberg 1981).

Divisjonalisert form ble oppfunnet for å løse tilpasningsproblemet i maskinbyråkratiet. I følge Mintzberg (1981) løser ikke den divisjonaliserte formen tilpasningsproblemet, den tar bare en annen retning. Alt toppledelsen kan gjøre når en divisjon går dårlig, er å skifte ut divisjonslederen. Samfunnsmessig består problemet. Vektleggingen av målstyring som kontrollmiddel fører også til en skjevhet i favør de mål som kan operasjonaliseres, mål som vanligvis handler om økonomi, ikke det sosiale. Når divisjonslederen blir tvunget til å oppnå de resultat som forventes, blir de drevet til å

ignorere de sosiale konsekvensene i sine beslutninger. Slik blir passiv atferd til uansvarlig atferd, hevder Mintzberg (1981), og sier videre at divisjonalisert struktur passer dårlig i offentlig sektor for det første fordi; suksess i divisjonalisert form er avhengig av målbare mål. Mål i offentlig sektor er ofte sosiale av natur og ikke kvantifiserbare. Resultatet av prestasjonskontroll er derfor en upassende forskyvning av sosiale mål gjennom økonomiske mål. For det andre; divisjoner trenger andre strukturer enn maskinbyråkrati. De profesjonelle vegrer seg mot teknokratisk kontroll og top - down beslutninger som tenderer å følge med ekstern kontroll av deres område. Med andre ord, divisjonalisert form blir en upassende struktur i sykehus.

Arketypeteori

Det var Greenwood og Hinings som i 1977 introduserte begrepet arketype i organisasjonsteorien. Dette er et begrep som opprinnelig er utviklet som et helhetsorientert begrep, til forståelse av radikale forandringer i enkeltorganisasjoner, og som betegner en dominerende kombinasjon av underliggende verdier (fortolknings skjemaer), bestemte praksisformer og organisatoriske strukturer (Kragh Jespersen 2005 b). Et felt hvor profesjonelle verdier dominerer, hvor profesjonelles faglighet preger beslutninger, og hvor den faglige spesialisering preger strukturer, er karakterisert som et profesjonelt arketypisk felt (Kragh Jespersen 2005 b). Siden er arketypebegrepet blitt brukt i karakteristikken av organisatoriske felter, og store endringer i feltenes karakter beskrives som skifte mellom ulike arketyper. Skifte mellom arketyper innebærer voldsomme endringer i feltets karakter, spillereglene for organisasjonene og endringer i normer og praksiser, ikke minst fordi de hittil grunnleggende verdier skiftes ut (Kragh Jespersen 2005 b). Arketyper er idealtyper og det er viktig å forstå at de har sin egen rasjonalitet. Ved å tenke arketyper og fortolknings skjema kan vi forstå aktørers rasjonelle argumenter. Arketyper representerer konfigurasjoner for analysen av den aktuelle organisasjonen.

I litteraturen om arketyper er det en viss uenighet å spore. Spørsmålet er om arketyper endrer seg for å tilpasse seg omgivelsene. Noen forfekter et syn om at, ja de endrer seg, mens andre hevder at ny arketype blir lagt opp på den gamle. Poenget er her at noen elementer av den gamle arketypen vil bestå. Case studier

viser hvordan en arketype legges opp på den andre, snarere enn å representere en tydelig forandring (Cooper, Hinings, Greenwood og Brown 1996). Disse forfatterne konkluderer med å legge vekt på den avgjørende rollen av fortolkende skjema for å oppnå samsvar (coherence) og mening til organisasjonsstruktur og design. Verken ideer eller strukturer er autonome; de konstituerer seg selv og hverandre gjennom interaksjon i en strukturingsprosess.

Arketyper i seg selv må forstås som strukturer i en prosess, som en del av en historisk prosess der organisasjonen og dens medlemmer ikke bare akkumulerer verdier, men også opprettholder sin identitet.

Kragh Jespersen (2005 b) hevder at NPM strategiene inneholder elementer som mer eller mindre direkte sikter mot å bryte et dominerende profesjonelt fortolknings-skjema. Likevel nyanserer han denne oppfatningen ved å peke på fire momenter som vanskeliggjør et slikt brudd; for det første vil NPM inspirerte reformer allerede i utgangspunktet konkurrere med veletablerte profesjonelle praksiser; for det andre vil spredning av og institusjonalisering i feltet foregå i kontekster som vil variere fra land til land og fra sted til sted; for det tredje skjer fortolkninger av reformene på flere nivåer, noe som fører til uensartet organisatorisk gjennomslag; for det fjerde er det usikkert om reformer som er hentet fra private virksomheter i det hele tatt lar seg overføre til det profesjonsdominerte sykehusfeltet i offentlig sektor (Kragh Jespersen 2005 b).

NPM strategien sikter også mot mer eller mindre å forbedre mulighetene for å styre og kontrollere de profesjonelle (Kragh Jespersen 2005 b), blant annet via en begrensning av den samfunnsmessige-politiske autonomi og de profesjonelles rolle som dominerende og legitime eksperter i sykehusfeltet. Denne delen av påvirkningen hevder Kragh Jespersen (2005 b) kan ses som et spørsmål om hvorvidt den profesjonelle arketype med tilhørende helsefaglig fortolknings-skjema blir bevart, erstattet av en ny NPM arketype, eller blandet med NPM elementer til nye hybridformer med elementer fra flere arketyper.

Institusjonell teori

Formelle organisasjoner blir generelt forstått som system av koordinerte og kontrollerte aktiviteter som oppstår når arbeidet er innvevd i komplekse nettverk av tekniske relasjoner. Men i moderne samfunn oppstår formell organisasjonsstruktur i høyst institusjonelle kontekster (Meyer og Rowan 1977).

Et av hovedspørsmålene i nyinstitusjonell teori er å forstå spredningen av organisatoriske ideer, konsepter og modeller (Borum 1999). Teorien er i følge Borum (1999) særdeles relevant å bruke som innfallsvinkel til å analysere de endringsprosesser som nå pågår i sykehusfeltet, fordi disse endringene kjennetegnes av en utbredt import av tankesett fra privat sektor.

Teorien anskuer videre modeller for organisering og ledelse som rasjonelle myter (Meyer og Rowan 1977, i Borum 1999), noe som betyr at modellene ikke er begrunnet i sikker kunnskap om årsak- og virkningssammenheng, men snarere i allment aksepterte antakelser om, og tro på hva som er effektivt (Borum 1999).

Nyinstitusjonell teori gir også mulighet for fortolkning av mikroprosessene i organisasjoner som opptar nye modeller for organisering og ledelse. Borum (1999) peker her på at aktørene ikke bare er lydige adoptører som innordner seg under direktiver, men at de kan forholde seg strategisk til ideer gjennom å forsøke å dekoppe modellene i forhold til praksis, eller de omsetter dem gjennom fortolkning og oversettelse, improvisering eller redigering. Borum (1999) sier at disse tingene radikalt kan endre en modells utgangspunkt i forhold til dens innhold og rasjonale.

I studier av sammenhengen mellom organisasjoner og omgivelser har det blitt fremhevet at organisasjoner ikke kan nøye seg med å være effektive til å produsere, men også er nødt til å imøtekomme institusjonelle forventninger for å bevare sin legitimitet (Kragh Jespersen 2005 b). De institusjonelle omgivelsenes betydning belyses i den nyinstitusjonelle organisasjonssosiologi. Institusjoner anvendes som betegnelse for de fenomener i en gitt sosial kontekst som er så stabile at de ikke endres raskt, og ofte er så innarbeidede at aktørene tar dem for gitt. Institusjoner kan derfor ha stor betydning for aktørenes atferd, nettopp fordi det ikke stilles spørsmål ved deres berettigelse (Kragh Jespersen 2005 b). Organisasjoner antas å reagere på institusjonell påvirkning. Organisasjonsmedlemmene fortolker for eksempel reformkrav og eksisterende institusjoners betydning, og legger disse fortolkningene til grunn for organisatorisk handling i form av interne endringer eller handling utad.

Kragh Jespersen (2005 b) hevder at i mange situasjoner velger organisasjoner og aktører å tilpasse seg, hvilket er hovedforklaringen på den betydelige organisatoriske ensartethet (isomorfi), med hensyn til organisasjonsstruktur og ledelse, som nyinstitusjonalister har konstatert på tvers av organisasjoner i samme felt. Isomorfisk tilpasning innebærer imidlertid risiko for å importere organisasjons- og ledelsesformer som ikke harmonerer med eksisterende måter å løse oppgavene på, hvilket igjen kan resultere i interne motsetninger og dekoplinger mellom institusjonelle krav og organisatorisk praksis (Kragh Jespersen 2005 b). Det blir på en måte forskjell mellom det organisasjoner signaliserer til omverdenen og det som faktisk skjer. Fordelen med dekopling er til gjengjeld at man kan fremstå som organisasjoner som lever opp til eksterne krav og forventninger, og på den måten oppnår høy legitimitet. Kragh Jespersen (2005 b) hevder at i et overlevelsesperspektiv kan det være en fordel å akseptere en viss grad av dekopling, særlig der hvor de institusjonelle forventninger er motstridende.

I andre tilfeller vil organisasjoner som presenteres for institusjonelle forventninger innta en mer aktiv rolle hvor lokale tolkninger legges til grunn for handling (Kragh Jespersen 2005 b). Slik vil de institusjonelle kravenes innhold og betydning bli transformert. I sterkt profesjonaliserte organisasjoner må vi forvente at de profesjonelle vil være aktive i den type transformasjonsprosesser, særlig hvis reformkrav sikter mot inngrep i, eller styring av det profesjonelle arbeid eller profesjonens posisjon i feltet og dermed mot endringer i etablerte institusjoner (Kragh Jespersen 2005 b).

I atter andre tilfeller imøtegår institusjonell påvirkning gjennom strategisk rettede handlinger fra organisasjonens side, men det forutsetter at organisasjonen har styrke og mulighet for gjennom forhandlingsstrategier å inngå avtaler eller helt ignorere institusjonelle krav (Kragh Jespersen 2005 b).

I den organisasjonssosiologiske nyinstitusjonalismen er det altså ikke argumenter for en direkte sammenheng mellom institusjoner og organisasjons- eller aktøratferd. Institusjoner vil alltid bli fortolket og tillagt mening før de omsettes til handling og atferd, og det er ingen garanti for at alle aktørene tilpasser seg de samme institusjonelle krav. De kollektive og individuelle fortolkninger som oppstår utgjør bindeleddet mellom individuelle aktører, organisasjoner og deres institusjonelle omverden. Det er gjennom fortolkninger av institusjonelle krav at for eksempel

organisasjons- og ledelsesreformer får organisatorisk liv, sier Kragh Jespersen (2005 b), og han peker på at de sosiale konstruksjoner og meningsdannelser som oppstår på de ulike nivåer kan være avgjørende for omfanget og karakteren av reformenes gjennomslag.

Forskningsspørsmål

Jeg vil i det følgende forsøke å beskrive hvordan avdelingsledelsen er organisert ved to kirurgiske avdelinger etter reformen og videre analysere ledelsesstrukturen i lys av ulike perspektiver og logikker, samt å vurdere om endringene har ført til reformatornes ønskede utvikling av lederrollen.

Det jeg ønsker å undersøke nærmere er følgende:

Spørsmål 1:

På hvilken måte har profesjonsuavhengigheten gjort seg gjeldende i kirurgiske avdelinger?

Kravet om enhetlig ledelse åpnet for profesjonsuavhengighet på avdelingsledernivå i sykehus, noe som innebar at legenes dominans i disse stillingene ble utfordret av blant annet sykepleiere. Det vil derfor være interessant å se hvorvidt profesjonsuavhengigheten har gjort seg gjeldende i studiens caseavdelinger.

Spørsmål 2:

Hvordan forstår avdelingssjefene sin egen lederrolle?

Dette spørsmålet må undersøkes i lys av det faglige og profesjonelle ledelsesidealet. Jeg ønsker å se nærmere på om avdelingssjefene definerer seg selv innen det ene eller andre ledelsesidealet og om selvforståelsen har endret seg etter innføringen av enhetlig ledelse.

Spørsmål 3:

Har konsernlogikken som underliggende logikk bak foretaksmodellen ført til endringer i avdelingsledelse?

Jeg ønsker primært å undersøke om konsernlogikken har ført til økt sosial og geografisk avstand mellom toppledelsen (direktørnivå) og det operative nivå og om dette i så fall har ført til den ønskede beslutningseffektivitet som logikken tilsier. Deretter er det min intensjon å undersøke hvorvidt en slik avstand er mulig også på avdelingsledernivå, særlig der leder har kliniske oppgaver i tillegg. Under dette spørsmålet vil det også være naturlig å drøfte lojalitetsspørsmålet, ettersom avdelingsleder forventes å være lojal til organisasjonen alene.

Spørsmål 4:

Har innføringen av enhetlig ledelse ført til en annen form for ledelse i avdelingene? Reformen uttrykker en sterk tro på ledelse og hva ledelsen kan utrette i sykehusavdelingene. Enhetlig ledelse og totalansvar har derfor vært et krav for å skape klarere ansvarslinjer og mer og bedre ledelse, som igjen skal føre til økt beslutningseffektivitet. Om enhetlig ledelse i realiteten har ført til bedre ledelse er noe jeg ønsker å undersøke nærmere.

Spørsmål 5:

Forutsatt at jeg finner at endringer har skjedd, kan de være av en slik art at det kan være snakk om et skifte av den arketyriske måten å lede en sykehusavdeling på? Enhetlig ledelse og totalansvar på alle ledernivå kan se ut til å ha ført til økt behov for generell ledelse på avdelingsnivå. Dette kan tenkes å rokke ved de tradisjonelle grunnleggende verdier i fagprofesjonelle lederes kunnskapsgrunnlag fordi dreiningen mot en mer generell ledelsestype kan komme til å endre eksisterende normer og ledernes fortolknings skjema (interpretive schemes). Om så er tilfelle, vil det være interessant å se om den fagprofesjonelle arketype med tilhørende helsefaglig fortolknings skjema blir bevart, erstattet av en ny NPM arketype, eller blandet med NPM elementer til nye hybridformer av ledelse.

Kapittel 8: Analyse av case 1 - Avdeling 1

Avdeling 1 har, som beskrevet i kapittel 5, en noe komplisert struktur på bakgrunn av at avdelingen i dag består av to enheter lokalisert på to steder. De to enhetene har en felles avdelingssjef. På det tidspunkt foretaksorganiseringen og kravet om enhetlig ledelse ble implementert, besto denne case-avdelingen altså av to separate sykehusavdelinger i to separate sykehus i samme helseforetak. Det vil derfor være mest ryddig å innledningsvis beskrive omorganiseringen i de to avdelingene etter reformen, for deretter å analysere avdelingene som ett case.

Omorganiseringen - Avdeling Sør

Overgangen til foretaksorganisering og innføringen av enhetlig ledelse foregikk uten særlig dramatik ved Avdeling Sør. Noe diskusjon var det, i følge avdelingssjefen, mellom leger og sykepleiere, men det ser ut til at spørsmålet rundt profesjonsuavhengigheten på avdelingsledernivå nokså fort ble godtatt.

Avdelingssjefen tror at et grundig arbeid på forhånd, av en gruppe som var nedsatt for å se på hvordan organiseringen skulle være, kan være årsaken til den smertefrie overgangen. Om det grundige arbeidet var eneste årsak til at overgangen til enhetlig ledelse foregikk uten vanskeligheter kan diskuteres. Ved denne avdelingen var det kun en søker til avdelingssjefstillingen - en lege - og han fikk naturlig nok jobben.

Dette kan også være en rimelig forklaring på den problemfrie overgangen, fordi ansettelsen av en lege ikke rokket ved den tradisjonelle legedominansen på dette området. Jeg har funnet at overgangen til enhetlig ledelse ved en annen kirurgisk avdeling, hvor det også var en grundig prosess i forkant, og hvor det ble ansatt en sykepleier som avdelingssjef, ikke foregikk så smertefritt som ved Avdeling Sør.

Dette styrker antakelsen om at ansettelsen av en lege som avdelingssjef kan være hovedårsaken til den problemfrie overgangen.

Avdelingsledernivået ble etter reformen organisert med en stab rundt avdelingssjefen, bestående av seksjonsoverlege, ledende sykepleier og kontorleder. Avdelingssjefen presiserer at disse personene utgjør en stab som ikke har noen myndighet annet enn "en myndighet som vedkommende har på vegne av meg"

(Avdelingssjef). Avdelingssjefen har eneansvaret og totalansvaret for hele avdelingen. Denne organiseringen ble i praksis ikke en styrking av linjeledelsen, slik reformens intensjon var, men snarere en videreføring av tidligere praksis. Som en mellomleder hevder:

”(...) og det var kanskje den største feilen han gjorde i utgangspunktet, fordi han klamret seg til dem han kjente fra før. I stedet for å la linjeledelsen vokse og gro så vernet han om staben sin. (...) Jeg ser at ofte gjør han grep der han ikke tenker helt klart hvor er det jeg skal gå med sakene mine, skal jeg gå til linjeledelsen min eller skal jeg gå til staben? Og der ser jeg han synder. Og går til sine gamle gode kjente som ikke har personalansvar, som ikke har ansvar for budsjettet. Så er det så lett å gå til de han omgås oppe i fjerde etasje og som er tilgjengelige og som selvsagt vet mange ting(...) men det har slitt litt på meg altså, det har frustrert meg.”

- Enhetsleder

Formelt er linjeledelsen styrket og gjort klarere på den måten at mellomlederne står tettere opp i mot direktøren. Tidligere var de i fjerde ledd, etter reformen var de i tredje ledd. Mellomlederne føler at det er blitt mye klarere ansvarslinjer og de vet at de skal forholde seg til avdelingssjefen. Samtidig kan sitatet ovenfor tyde på at denne kommunikasjonen i stor grad er enveis, nedenfra og opp.

I de to første årene etter reformen ble Avdeling Sør formelt ledet av en person med totalansvar, men i realiteten ble avdelingen drevet tilnærmelsesvis som før reformen, med den forskjell at avdelingssjefen hadde det formelle ansvaret.

Omorganiseringen - Avdeling Nord

Omorganiseringen og innføringen av enhetlig ledelse foregikk også ved denne avdelingen tilsynelatende nokså problemfritt, til tross for at det her ble ansatt en sykepleier som avdelingssjef. Noen runder hadde avdelingen med legeföreningen i dette spørsmålet, men det ser ut til at sykepleieren ble godtatt relativt raskt. Dette kan forklares med at hun var del av den todelte ledelsen og hadde legitimitet som

leder fra tidligere praksis. En lege hevder at årsaken til at det ikke var store motstanden mot sykepleieren som avdelingssjef var personavhengig.

”Og årsaken til at det ikke var noen problem, noen store problem i alle fall, var at vi var jo så godt kjent med henne og hva hun stod for. Og at hun er veldig bevisst på at hun trenger et godt samarbeid med legestanden for å få tingene til å fungere.”

- Avdelingsoverlege

Likevel tilføyer han at han i utgangspunktet mener det bør være en lege som er leder for store kliniske avdelinger.

At legene godtok sykepleieren som avdelingssjef betyr derfor ikke at de ville ha godtatt hvilken som helst sykepleier i den rollen. De vektlegger hennes bevissthet på et godt samarbeid med legene som avgjørende for deres aksept av henne som sjef. Likevel, her må det sies at en annen rimelig forklaring på at situasjonen den første tiden etter enhetlig ledelse ble innført huskes som problemfritt, må ses i sammenheng med sammenslåingen, og at situasjonen i dag oppleves som verre enn før sammenslåingen.

Det som denne avdelingen slet med etter innføringen av enhetlig ledelse var å få på plass en medisinsk faglig rådgiver for avdelingssjefen. Det viste seg å være vanskelig å få leger interessert i en rådgiverrolle, som i tillegg var underlagt en sykepleier. Det gikk et helt år før dette var på plass, og uenigheten gikk, i følge avdelingssjefen, på makt og på begrepet rådgiver. Hun hevder legene ville det skulle hete medisinskfaglig leder og at det på den måten ville fortsette som todelt ledelse. Dette kan tyde på at overgangen til enhetlig ledelse likevel ikke foregikk så smertefritt som det gis uttrykk for av respondentene. Legenes motvilje til å ta på seg en rådgiverrolle for en sykepleiersjef kan ses som et uttrykk for en stadig konflikt mellom leger og sykepleiere om hvilken profesjon som skulle ha tilgang til lederstillinger i norske sykehus (Skjöld Johansen 2005).

I perioden før sammenslåingen av avdelingene fungerte daværende avdelingssjef som generell leder, men hun sier at hun til en viss grad også gikk inn og var sykepleier de gangene det var mangel på sykepleiere i avdelingen.

Et interessant funn er at avdelingssjefen hevder hun var svakere i sin ledelse overfor legegruppen enn hun var i forhold til sykepleiergruppen. Hun mener dette skyldes at hun hadde for lite kjennskap til legemiljøet. Dette indikerer at enhetlig ledelse i denne avdelingen førte til ulik grad av styring av profesjonene, der sykepleierne ble strengere styrt enn legene. Dette kan også forklare legenes aksept av henne som avdelingssjef, fordi de kan ha opplevd at de fortsatt hadde makten i avdelingen. Om dette fenomenet eksisterer ved andre avdelinger har jeg ikke data på, men det vil ved en senere anledning være interessant å studere nærmere om hvorvidt graden av styring av de ulike profesjonene vil være avhengig av om det er lege eller sykepleier som er avdelingssjef. Det ville også være interessant å se om dette også kan være en omvendt problematikk, altså om leger som er ledere viser seg å være svakere i sin ledelse av sykepleiergruppen.

Dette vil også være interessant i forhold til idealet om profesjonell ledelse i sykehus, for en profesjonell leder uten helsefaglig bakgrunn vil slik ha to fagmiljøer å forholde seg til, som vedkommende ikke har kjennskap til. Dette kan igjen bety at det også i fremtiden vil være en fordel med helsefaglig bakgrunn på avdelingsledernivå i sykehus, noe som også Llewellyn (2001) konkluderer med.

Det kan se ut til at ansettelsen av en sykepleier som avdelingsleder var den eneste reelle endringen ved Avdeling Nord. Den daglige driften fortsatte som før, uten vesentlige endringer. Kravet om enhetlig ledelse ble også formelt implementert, men det kan likevel se ut til at avdelingen fortsatte tidligere praksis med todelt ledelse på bakgrunn av sykepleierlederens tette samarbeid med legegruppen, samt hennes innrømmelse om at hun var svakere i lederstilen overfor legene enn mot sykepleierne.

Jeg har ovenfor kort beskrevet omorganiseringen etter sykehusreformen ved Avdeling Sør og Avdeling Nord. Oppsummert kan det hevdes at profesjonsuavhengigheten ikke rokket ved den tradisjonelle legedominansen i Avdeling Sør, der en lege ble ansatt som avdelingssjef på deltid. Ved Avdeling Nord gjorde profesjonsuavhengigheten seg gjeldende på den måten at en sykepleier ble ansatt som avdelingssjef. To år senere ble de to avdelingene slått sammen til ett avdelingssjefområde og i den videre analysen vil avdelingene bli omtalt som én avdeling - Avdeling 1.

Sammenslåingen av Avdeling Sør og Avdeling Nord

1. juni 2003 ble de to avdelingene slått sammen til ett avdelingssjefområde. Dette var i utgangspunktet en omorganisering som skulle føre til en mer oversiktlig og ryddig struktur for direktøren å forholde seg til. Tidligere hadde direktøren i foretaket to avdelingssjef - fora å forholde seg til, og til sammen over tredve avdelingssjefer og dertil veldig mange som rapporterte direkte til ham. Den gjennomgående organiseringen av de to sykehusene ble slik til tretten avdelinger med tretten avdelingssjefer.

Synet på sammenslåingen av kirurgisk avdeling var til å begynne med tydelig delt mellom avdelingene. Ved Avdeling Sør var det en viss positivitet å spore, mens det i Avdeling Nord var stor motstand. Der var det mistanke om skjult agenda fra sykehusdirektørens side, og de oppfattet at sammenslåingen i virkeligheten var første steg på veien til nedleggelse av avdelingen. (se tekstsboks 9.1 for nærmere innblikk i konflikten.)

Både avdelingssjef ved Avdeling Nord og Avdeling Sør søkte stillingen som ny avdelingssjef etter sammenslåingen. Legen fra Avdeling Sør ble foretrukket fremfor sykepleieren fra Avdeling Nord. Dette valget fra direktørens side bryter på et vis med reformens ønske om å styrke ledelsesfunksjonen fordi legen ble ansatt som leder på deltid. I tillegg fikk han i stor grad økt sitt ansvarsområde. Dette kan bety at faglige kvalifikasjoner stadig ble ansett som viktigste kunnskaper for å lede kirurgisk avdeling.

Etter at de to avdelingene ble slått sammen har avdelingssjefen sitt kontor og sin praksis ved Avdeling Sør, og han er til stede ved Avdeling Nord kun én dag i uken. Han har ingen pasienter der, så den dagen brukes til ledelsesmøter med staben. Resten av uken drives Avdeling Nord av avdelingsoverlege og ledende sykepleier, med delegert myndighet fra avdelingssjefen. Dette er forøvrig de samme to som før reformen utgjorde avdelingsledelsen i den todelte modellen.

Tekstboks 9.1

Sammenslåingen

Foretakets to sykehus ble gjenstand for ny omorganisering i 2003. Direktøren i foretaket ønsket å slå sammen de avdelingene som hadde enheter ved begge sykehus til ett avdelingssjefområde og 1. juni 2003 var sammenslåingen et faktum. Fra å være to små, separate sykehus, ble altså de avdelingene som hadde de samme funksjonene til ett felles avdelingssjefområde, en omorganisering som førte til store konflikter mellom sykehusene og i de avdelingene som ble slått sammen. Kirurgisk avdeling var én av disse avdelingene. De to kirurgiske avdelingene hadde erfaring med tidligere forsøk på å samarbeide, men samarbeidsproblemene var tydelige. Når de to avdelingene ble gjort til én, økte konfliktnivået. Ved Avdeling Nord ble sammenslåingen oppfattet som en trussel om nedleggelse fordi de opplevde at funksjonsfordelingen gikk i Avdelings Sørs favør. Det faktum at det ble ansatt en lege fra Avdeling Sør som felles avdelingssjef, som også har sitt bosted og sitt daglige virke i Sør, bidro også til å opprettholde trusselbildet. I Nord hevder de at avdelingssjefen ønsket å flytte funksjoner fra Nord til Sør slik at Avdeling Nord i realiteten ville ende opp som en legevaktsentral. Både direktør og avdelingssjef avviste disse beskyldningene. Konflikten mellom sykehusene og i avdelingene førte til mye mediaomtale og leserinnleggene og debattene i lokalavisene var preget av harde beskyldninger mot hverandre fra de to "frontene". Legegruppen i kirurgisk avdeling i Nord har også delvis på grunn av konflikten kommet med en mistillitserklæring mot avdelingssjefen og bedt ham fratse sin stilling. Avdelingssjefen har sagt opp sin stilling, men jeg kan ikke uten videre hevde at det er som følge av mistillitserklæringen. I følge avdelingssjefen er det i dag stille på overflaten, men konflikten ligger der fremdeles. Problemstillingen er på ingen måte løst.

Til å begynne med ble Avdeling 1 organisert med én stab på hver av de to avdelingene. Etter hvert ble det én felles stab på fem personer, bestående av én lege og én sykepleier fra Avdeling Nord (de to som med delegert myndighet til daglig leder avdeling Nord), én sykepleier fra Avdeling Sør, og den felles kontorlederen i tillegg til den felles avdelingssjefen. Intensjonen med felles stab var i følge avdelingssjefen at det skulle føre til enhetlig og helhetlig tenkning, som om de to stedene ikke eksisterte. Avdelingssjefen innrømmer at det er hans visjon, men at det ikke er lett å få til.

Et noe overraskende funn jeg gjorde var at til tross for at det er gått tre år siden sammenslåingen har foretaket ennå ikke godkjent avdelingens interne organisering.

”Det er faktisk ennå ikke helt bestemt hvordan det skal være. Selv om jeg har gjort det, jeg måtte jo gjøre noe da jeg startet i 2003. Jeg måtte jo finne på noe. Og vi har utviklet det, som sagt, mer i retning av integrering, men foretaket har ennå ikke velsignet og godkjent min organisering av kirurgisk avdeling. Og det er klart det er jo litt .. det har tatt litt lang tid da, men det betyr jo også at jeg har nå fått en slags organisering til å sette seg i folk, ansatte i kirurgisk avdeling, og hvis det nå kommer opp med noe annet enn det som de er vant med, så kan jeg få et problem med det.”

- Avdelingssjef

At den interne organiseringen må godkjennes av direktør er et interessant funn fordi det viser at friheten som logisk skulle følge desentraliseringen er begrenset. Det kan i tillegg forstås som et uttrykk for at toppledelsen, som Mintzberg (1981) hevder, blir avhengig av standardisering av enhetene for å ha kontroll.

I lys av reformens intensjon om mer og bedre ledelse på avdelingsledernivå, kan sammenslåingen av avdelingene på den ene siden fremstå som gunstig i den forstand at det ble kuttet i antall avdelingsledere, og at totalansvaret på den måten ble lagt på færre hender. Det er mer behagelig for direktør å forholde seg til færre avdelingssjefer. På den annen side finner jeg at sammenslåingen av kirurgisk avdeling har ført til at presset på avdelingslederen har blitt større og tøffere og grunnlaget for konflikt har økt. Det er et paradoks at sammenslåingen, som tilsynelatende var ment å forenkle strukturen og få bukt med samarbeidsproblemene, i stedet har ført til økt konfliktnivå. Avdelingssjefen har i tillegg sagt opp sin stilling, uten at jeg har grunnlag til å hevde at oppsigelsen har kommet som følge av konflikten. Med ett unntak, hvor respondenten ikke var helt sikker på hva som ville være beste løsningen, er alle de andre respondentene helt tydelige på at de ønsker at sammenslåingen skal opphøre.

Dette paradokset kan forklares med at aktørene i en endringsprosess forsøker å ivareta egne interesser og at de gjennom å føle sine posisjoner truet, motsetter seg endringen. Sammenslåingen ble gjennomført etter ønske fra toppledelsen, og det økte konfliktnivået som følge av omorganiseringen kan derfor tyde på at toppledelsen

handlet ut i fra en forståelse av at organisasjoner kan formes og omformes på bakgrunn av å være formålstjenlige instrumenter for måloppnåelse (Flermoen 2001). Allerede innenfor Human Relation tradisjonen ble man oppmerksom på at endringer ikke ble vellykkede når de kom som befalinger fra ledelsen. Det var nødvendig med frivillig oppslutning fra organisasjonsmedlemmene for å få til vellykkede endringer (Flermoen 2001). I et prosessperspektiv vil det derfor være avgjørende å ta vare på aktørenes verdier og oppfatninger for å få til vellykkede endringer, og løsninger aksepteres lettere når de bygger opp under medlemmenes forståelse av organisasjonsidentiteten (Flermoen 2001), noe som ikke ser ut til å være tilfellet i dette caset. I tillegg må paradokset forstås i et kulturperspektiv. Kultur handler om ”grunnleggende og stabile tolkningsmønstre, antakelser og verdsettinger som deles av alle medlemmene i et samfunn eller en organisasjon” (Strand 2001: 73). Organisasjonskultur kan derfor være et nyttig begrep å bruke i denne sammenhengen for å forklare samarbeidsproblemene. Det særegne ved organisasjoner kommer til uttrykk nettopp i en slik situasjon, der organisasjoner ”fusjonerer”. I en slik situasjon er de skjulte antakelsene og fortolkningene av hva forskjellige hendelser betyr ofte et betydelig hinder for effektivt samarbeid (Strand 2001). Kulturforskjeller og det faktum at sammenslåingen ble initiert ovenfra kan altså være en forklaring på konflikten mellom de to enhetene, for selv om de per definisjon er én avdeling er det tydelig at aktørene har sin identitet i sine enheter. Flere respondenter har kommet med utsagn som støtter en slik tolkning.

”Vi har en venteliste her og en venteliste der, vi får ikke til, på grunn av datatekniske ting, så får vi ikke til å ha felles venteliste, vi får ikke til å samkjøre driften fordi vi kjører våre egne løp inne i sykehusene (...) Problemet ligger på det med identitet, miljø, vi har forskjellige måter å være på, to forskjellige kulturer som skal spleises sammen. Om ikke spleises sammen, så skal det være aksept for de to forskjellige i det. Og i og med at du strides i mellom, så er det vanskelig.”

- Ledende sykepleier

”Det var vel tenkt at det skulle være positivt at vi skulle samarbeide og få et større faglig forum for å si det sånn og at vi skulle utbytte erfaringer og... ja, men det fungerer ikke da (...) Det er preget av mistenksomhet og smusskasting og... ja, nei, det er ikke noe samarbeid. Det er konkurranse.”

- Enhetsleder

Avdelingssjefens rolle og selvforståelse - faglig leder?

Reformens eksplisitte ønske var en utvikling av avdelingslederrollen henimot generell ledelse, og prinsippene som ble lagt til grunn for avdelingsledelse var at det skulle være én leder som ledet avdelingen på en profesjonell måte og at avdelingslederen skulle ha totalansvar. Denne ønskede utviklingen skjedde ikke ved denne avdelingen i og med at det ble ansatt en praktiserende kirurg med deltidsstilling som leder.

Hvorfor Helseforetaket valgte å ansette en lege som avdelingssjef kan i lys av reformønsket om generell ledelse virke noe underlig, særlig når det var to kandidater å velge mellom. Om sykepleieren hadde blitt valgt, ville det vært større sannsynlighet for at ledelsesfunksjonen ville blitt prioritert i langt større grad enn av en legesjef.

Dette kan forklares institusjonelt på den ene siden med at fagkunnskaper har vært ansett som svært viktige å ha når man skal lede en kirurgisk avdeling og at sykehusledelsen valgte å nedprioritere ledelsesfunksjonen fordi kirurgens fagkunnskaper og praksis var helt nødvendige å beholde. På den annen side kan det også forstås som et uttrykk for at reformer ikke nødvendigvis implementeres helt som planlagt, men at de redigeres og fortolkes slik at de passer inn i eksisterende praksis (Kragh Jespersen 2005 b), som i dette caset har vært en praksis med faglig ledelse. Etter ansettelsespapirene har avdelingssjefen 60 prosent stilling som leder og 40 prosent stilling som lege, men denne prosentfordelingen viser seg vanskelig å etterleve, for som avdelingssjefen sier:

”I virkelighetens verden så sauser det seg sammen. Og det har ført til at jeg må....jeg har valgt å gjøre det på denne måten, det vil si det er ikke noe valg egentlig. Hvis jeg skal være avdelingssjef, hvis jeg skal slutte med kirurgien min, så vil jo avdelingen tape mange millioner kroner i året. Og det har vi ikke råd til. Da må vi bygge ned i hvert fall. Men det sauser seg jo sammen, for i og med at du gjør en jobb og hvis du gjør en skikkelig jobb og er sammen med de andre i å gjøre jobben, så får du en legitimitet som leder bare ved det - trodde jeg. Og delvis er det vel sant. En slags ledelse by participating. Men det fører også til, og det har jeg lært i ettertid, at du må

renonsere litt på tiden du bruker på ledelse - for mye kanskje - fordi klinikken krever så mye tid og det er bare 24 timer i døgnet.”

- Avdelingssjef

I dette utsagnet ligger mye interessant å drøfte. Det viser for det første at det er problematisk å være praktiserende kliniker og leder på samme tid. Likevel, dette kommer an på hvordan man definerer sin rolle som leder. Begrepet avdelingssjefen bruker for å definere sin egen rolle, som en leder ”by participating”, er en god illustrasjon på den tradisjonelle forståelsen av fagledelse, der legelederen først og fremst føler seg forpliktet til sitt opprinnelige fag. Dette stemmer også med funn fra studier om legers og sykepleieres oppfatninger om hva ledelse er. Mens sykepleierne ser ut til å forholde seg til ledelse som et eget fag, ser det ut til at legene opplever at ledelse ikke lar seg løsribe fra praksis (Skjold Johansen 2005). Jeg vil argumentere for at avdelingssjefens selvforståelse som leder ”by participating” har som naturlig konsekvens at han ikke kan sies å være leder for alle ansatte i avdelingen. For det første praktiserer han ikke sitt fag ved alle enhetene i avdelingen og ved å definere seg selv som leder ”by participating” blir han leder kun for noen få. Dette bryter i neste omgang med reformens krav om at avdelingssjef skal være leder for ”alle medarbeidere og faggrupper innen enheten; herunder at dette oppfattes av enhetens medarbeidere” (NOU 1997: 10.1.1). Avdelingssjefen er heller ikke synlig eller deltakende ved Avdeling Nord, hvilket betyr at han ikke leder den delen av Avdeling 1 når hans egen forståelse av lederrollen legges til grunn.

At avdelingssjefen ser det som nødvendig å bruke mindre tid på ledelse kan også forstås slik at han ser på faget som det mest vesentlige, til tross for at stillingsprosenten er 60/40 i favør ledelsesfunksjonen. Han bruker også et økonomiargument i sin begrunnelse for at han bruker lite tid på ledelse, noe som viser dilemmaet med å være både kliniker og leder. Dette er ikke bare et dilemma for avdelingssjefen, men i stor grad også for sykehuset, som er avhengig av å tjene penger på avdelingssjefens praksis. Det er også et poeng at det ikke ble ansatt ny kirurg ved avdelingen etter at legen tiltrådte stillingen som avdelingssjef. Legen er eneste ansatt innen sitt spesialfagfelt ved avdelingen, og slik blir sykehuset fullstendig avhengig av at avdelingssjefen fortsetter å praktisere sitt fag. Sykehusets avhengighet til legen, både økonomisk og faglig, gir legen betydelig grad av makt og sitter kanskje tryggere i lederstillingen på grunn av denne makten. I tillegg har

avdelingssjefen investert mange år av sitt liv i å bli lege, ikke i å bli leder. Det blir derfor viktig for legen å opprettholde praksisen for å holde seg faglig oppdatert og ikke risikere å miste fagkunnskap gjennom å prioritere administrative ledelsesoppgaver. Å holde seg faglig oppdatert gjennom å praktisere faget er også viktig for å opprettholde sin legitimitet og respekt fra sine legekolleger. Dette viser at det for små sykehus, som denne caseavdelingen er en del av, kan få problemer med å skille fag og ledelse dersom avdelingene ledes av en lege. Når det gjennom reformen uttrykkes en så stor tro på ledelse som nøkkel til suksess i sykehusene, vil det bli vanskelig å fortsette å kombinere legefunksjonen og lederfunksjonen på avdelingsnivå, og en generell ledelsesfunksjon kan komme til å tvinge seg frem. NPM oppskriften på ledelse er basert på en filosofi hvor de profesjonelle slett ikke deltar i ledelse og erstattes med generalister med ledelse som fag. Hvis det ikke er mulig, anbefales det at fagprofesjonelle ledere skal glemme sitt fag, skifte rolle til å bli generelle ledere og dermed anta en ny faglig identitet (Kragh Jespersen 2005 b). Med andre ord er hensikten med NPM-inspirerte reformer å bryte ned det dominerende profesjonelle fortolkningskjema. Så langt i analysen av dette caset ser det ikke ut til at reformen har ført til noen form for nedbrytning av avdelingssjefens fortolkningskjema. Som Kragh Jespersen (2005 b) påpeker vil NPM-reformer støte på flere hindringer i møte med sykehusverden. NPM-reformer må for det første konkurrere med veletablerte praksiser i sykehusene, noe som i et institusjonelt perspektiv er vanskelig å endre. For det andre vil spredningen av ideer og institusjonaliseringen av disse foregå i ulike kontekster, der det skjer fortolkninger på flere nivåer, som igjen fører til modifikasjoner og uensartethet.

Det faktum at avdelingssjefen har en rolle som lege og en rolle som sjef er også en utfordring for avdelingssjefen, i forhold til hvordan han oppfattes i avdelingen. Det kan se ut som at legekollegerne har vanskelig for å akseptere at han i kraft av å være sjef, med eneansvar, må gjøre valg og prioriteringer som kan oppfattes som et svik mot faget. Som avdelingssjefen sier når han snakker om dilemmaet med å være både lege og leder:

"I og med at du noen ganger blir oppfattet som "en av oss", fører til at du kan bli sett på som en Judas eller en Quisling i andre situasjoner hvor du ikke kan være "en av oss" lenger, sånn at den konflikten blir forsterket. "At du som er lege til og med kan få

deg til å si noe sånt!” Det opplever jeg ja. Så jeg blir nok oppfattet som en som er glad i effektivitet og penger og skal spare og spinke og være en sånn gjerrigknark som setter *det* foran faget.”

- Avdelingssjef

Dette utsagnet kan diskuteres opp i mot analysen av det forrige sitatet, for her kommer det frem at avdelingssjefens fortolkningskjema likevel kan ha endret seg, eller at andre verdier enn fag er lagt til. Dette må imidlertid forstås i lys av enhetlig ledelse og totalansvaret, og i tillegg forventningen om at han er forpliktet til å være lojal mot organisasjonen og de mål som toppledelsen setter. Ser vi utsagnet i lys av dette, kan det likevel argumenteres for at han ikke har endret sitt fortolkningskjema, men at han i et overlevelsesperspektiv ser seg nødt til å gjøre prioriteringer som kan oppfattes som svikefullt i forhold til faget. Dette kan også knyttes opp i mot Torjesen og Gammelsæters (2004) artikkel om norske sykehusledere, der en konklusjon er at forventningene i reformen har påvirket aktørene på den måten at de aksepterer at profesjonsverdiene må temmes, eller balanseres, av verdiene i profesjonell ledelse.

Det kan være naturlig å tenke seg at avdelingssjefen kommer i et krysspress i forhold til å balansere profesjonsverdiene og økonomiske hensyn, særlig i dette caset hvor han utfører kliniske oppgaver. Avdelingssjefen hevder imidlertid at han sjelden kommer opp i etiske dilemmaer og begrunner dette med at han i stor grad bekjenner seg til utilitarismen som etisk filosofi. Dette er interessant fordi utilitarisme (nytteetisk tenkning) ”må langt på vei sies å være det ideologiske hovedgrunnlaget for den sentrale plass økonomisk tenkning har fått i vår vestlige kulturkrets” (Nyeng 2002:56). Utilitarismens grunnleggende prinsipp er at man skal sørge for å velge den handling som, etter en kostnad/nytte analyse, bringer med seg mest godt (eller minst ondt) for alle berørte parter (Nyeng 2002).

At avdelingssjefen forfekter et slikt syn er også interessant fordi det bryter med den plikтетikken vi vanligvis knytter til den medisinske logikken, der hensynet til enkeltindividet er viktigere enn de samfunnsmessige konsekvenser de måtte få.

Selv om avdelingssjefen opplever å ha kommet i vanskeligheter overfor kolleger som mener han i større grad burde hatt konflikter mellom fag og økonomi, utdyper han sitt syn på følgende måte:

”Jeg synes legers fokusering på den type konflikter, at det er konflikter mellom fag og økonomi fort kan plukkes i stykker til å gjelde sånne ting som.... privilegier. Det er veldig fort gjort å skjule privilegier bak etisk argumentasjon. Bekvemmelighet. Prestisje. Det er veldig lett å skjule slike motiver bak en tilsynelatende rendyrket faglig-etisk begrunnelse. Men det er lett å plukke det fra hverandre igjen også, i hvert fall i et land som Norge hvor menneskene har det veldig godt. Menneskene får hjelp hver gang de feiler noe alvorlig.”

- Avdelingssjef

Denne gjennomgangen av avdelingssjefens selvforståelse viser tydelig motsetningsforholdet mellom å kombinere fag og ledelse. På den ene siden er det klart at avdelingssjefen forstår seg selv og sin rolle innenfor prinsippene i faglig ledelse. Samtidig synes det også klart at med en slik selvforståelse kan han vanskelig anses å være en leder for alle i avdelingen, jmf definisjonen ledelse ”by participating”. På den andre siden ser det ut til at avdelingssjefen har lagt til økonomiske verdier i sin måte å lede avdelingen på. Totalansvaret og økte krav til økonomisk effektivitet kan se ut til å ha vært en medvirkende årsak til at verdiene i det faglige ledelsesidealet er blitt temmet av verdiene i profesjonell ledelse (Torjesen og Gammelsæter 2004). Når avdelingssjefen nå har valgt å si opp sin stilling og velger å vie all sin tid til legegjerningen, vitner det om at han til syvende og sist definerer seg som lege, ikke som leder. Han begrunner oppsigelsen (gjennom e-post korrespondanse tre måneder etter mitt intervju med ham) med at enda flere administrative oppgaver er i ferd med å desentraliseres til avdelingsledernivå, noe som han mener vil kreve en vesentlig økt bruk av tid og oppmerksomhet på selve ledelsen.

”Begge disse vil (han nevner to spesifikke oppgaver), for å kunne utføres skikkelig med sekretariat, arkiv, saksforberedelse, referat osv kreve betydelig tid fra avdelingssjefens side. Jeg har lite andre ressurser annet enn meg selv til dette. Denne tidsbruk kan jeg ikke gi. Jeg måtte da velge bort det jeg har brukt mange ti-år av mitt liv til og som jeg synes er min bestemmelse når jeg må foreta et valg. Jeg velger derfor å gå tilbake til stilingen som overlege/kirurg.”

- Avdelingssjef (e-post)

Det viser seg altså at den administrative ledelsesfunksjonen slik vil bli en dominerende del av avdelingsledelse, noe som betyr at en rendyrket faglig ledelse i fremtiden vil bli svært vanskelig å praktisere på avdelingsledernivå.

Konsernlogikken og endringer

Konsernlogikken som ligger bak NPM-reformer innebærer desentralisering og frihet for å oppnå samme beslutningseffektivitet i offentlig sektor som i private bedrifter.

Oppgavefunksjoner som tidligere lå på toppledelsen i sykehuset ble etter foretaksorganiseringen desentralisert til avdelingsnivå og underenhetene, noe som skulle gi lederne påfølgende økt frihet til selv å utføre disse oppgavene.

Desentralisering er et viktig element i konsernlogikken og er en strategi for å redusere belastningen for toppledelsen (Ramsdal og Skorstad 2004). Viktigheten av en geografisk såvel som sosial avstand mellom toppledelsen (direktørnivå) og det operasjonelle nivå i sykehuset blir også avgjørende for at det skal bli lettere å ta tøffe beslutninger for toppledelsen. Om desentraliseringen i realiteten har ført til mer frihet i dette caset kan diskuteres, selv om avdelingssjefen tilsynelatende har fått større frihet som følge av totalansvaret og desentraliseringen av oppgaver.

”I dag er det veldig tydeliggjort at ansvaret langt på vei ligger hos avdelingssjefen alene og direktørens stab er bare kelnere som skal serve og hjelpe vedkommende til å bære det ansvaret. Så det kommer ingen økonom eller personalsjef ned til meg og sier at ”Hør nå her, du skal gjøre sånn.” Det gjør ikke det. Men jeg forventes å gå til dem og be om råd sånn at jeg kan forvalte de pengene jeg får til å skape god helse på en god måte. Og det er en veldig forandring som gjør det lettere å lede fordi det er mindre tvang.”

- Avdelingssjef

Det kan se ut til at avdelingssjefen har stor grad av frihet til å drive avdelingen slik han ønsker, uten detaljstyring ovenfra, men det er like fullt overordnet nivå som setter målene og utarbeider strategiene. Avdelingssjefens ansvar er å imøtekomme disse målene (Torjesen og Gammelsæter 2004). Avdelingssjefen har på denne måten ikke

frihet til selv å definere målene. Alt han kan gjøre er å finne tiltak innenfor den økonomiske potten han har til rådighet, for å nå målene som er satt av toppledelsen. Den økonomiske potten er likevel så liten at avdelingen er nødt til å sette inn sparetiltak. Når de økonomiske rammene er så stramme, setter det begrensninger på handlingsrommet og friheten.

I avdelingen var det store forventninger til reformen og særlig til foretaksorganiseringen. De fleste antok at dette vil medføre større frihet og autonomi. Men som en lege uttrykte seg, kommer det frem en tydelig skuffelse over at resultatet ikke svarte til forventningene til foretaksmodellen:

”Og sånn som reformen skulle være, så skulle vi ha anledning til å utforme avdelingene, vi skulle få mye mer frihet. Du kunne, om du ville headhunte en spesiell person, så kunne du velge å bruke økonomiske incitament for eksempel, for å få akkurat den personen i en nøkkelposisjon. Og du hadde mer frie, du kunne bruke altså rekrutteringstiltak som du ikke hadde noen styring med tidligere. Men det ble jo aldri sånn. Det fikk jo aldri lov å virke fullt ut som det var tenkt. Og det ble jo satt en masse begrensninger helt fra starten av.”

- Avdelingsoverlege

Begrunnelsen for at man valgte foretaksmodellen var å markere et klart organisatorisk skille mellom virksomheten og overordnet politisk organ:

”Ett av siktemålene vil være å gi sykehusene og deres ledere en klarere ansvars- og fullmaktsposisjon slik at de får et mer helhetlig ansvar for den løpende drift” (Ot.prp. nr.66 (2000-2001: 2.5.2)).

Når det likevel er lagt begrensninger på friheten og den desentraliserte beslutningsmyndigheten, er det kanskje et uttrykk for at det er umulig å implementere private organisasjonsmodeller i offentlige institusjoner, fordi grunnlaget for å lede en sykehusavdeling er grunnleggende forskjellig fra en næringslivsleder i privat sektor. I tillegg ble den nye administrasjonen satt sammen av de samme personene som tidligere var ansatt i fylkets gamle administrasjon, noe som også kan være en medvirkende årsak til begrensningene. Det var samtidig tvingende nødvendig for

sykehusene å spare penger, siden de gikk med store underskudd. Dette er også en mulig forklaring på foretakets vegring mot å gi avdelingslederne økt frihet.

I tillegg til frihetsspørsmålet kan det diskuteres om sosial og geografisk avstand er mulig på avdelingsledernivå, særlig i dette caset der avdelingssjefen definerer seg selv som leder ”by participating”. Funn fra denne studien tyder klart på at det er blitt større avstand mellom toppledelsen og underenhetene i avdelingen. Slike funn er også gjort i andre undersøkelser av norske sykehus (Myhre 2004). Det er av samtlige enhetsledere eksplisitt uttrykt en frustrasjon over den økte avstanden, og som en mellomleder sier:

”Det har vært et problem før også det da, men det har blitt større, og det er blitt større siden vi fikk helseforetak. Folk vet enda mindre om toppledelsen enn før.”

- Enhetsleder

Konsernlogikken har altså fungert med tanke på å øke den sosiale avstanden mellom toppledelsen og underenhetene, noe som antakelig gjør det lettere for administrasjonen (direktørnivå) å fatte tøffe beslutninger, men samtidig fører avstanden til økt press på arbeidstakerne på det utførende nivå, der de opplever økte effektivitetskrav, men samtidig manglende forståelse for hva de holder på med. Som en respondent uttrykte seg i denne sammenhengen:

”Det er en kompleksitet som ikke er mulig å forstå uten at du....., altså en pasient er ikke en pasient, de har all slags ting med seg i bagasjen, fra kanskje mannen nettopp er død, det kan til og med være en unge som er død, det er langvarige depresjoner, det kan være at de har gledet seg til å dra til syden om to dager og har fått akutte magesmerter og ikke kan reise. Det er alt fra de store til de helt små ting. Og så har vi alle de samtalene, alle de tingene som gjør et visst inntrykk på oss opp i vår profesjonalitet. Og så skal vi hele tiden mestre noe, prestere noe opp imot tall, og ”dere har for lite pasienter, dere må produsere mer.”

- Enhetsleder

En annen uttrykker sin misnøye slik:

”Vi irriterer oss veldig over hvordan folk i helseforetaket sitter og... hvor lite de egentlig kan om helsevesenet eller snarere om medisinske ting. Når det kommer forslag og vedtak til og med, som jo rett og slett er dumme.”

- Avdelingsoverlege

I lys av sitatene ovenfor finner jeg det noe underlig at ingen av respondentene later til å se noe problem med at direktør mangler helsefaglig bakgrunn. Dette kan kanskje forklares med den økte avstanden mellom direktørnivå og operativt nivå, at direktørnivået rett og slett har blitt så fjernt at mellomlederne ikke reflekterer over hvilke beslutninger som faktisk fattes på det nivået. Likevel tolker jeg utsagnene ovenfor som en bevissthet om at det faktisk er fra toppledelsen produksjonskravene kommer.

Å holde avstand til underenhetene synes vanskeligere for avdelingssjefen, i hvert fall ved Avdeling Sør, hvor han er til stede fire dager i uken og i tillegg utfører kliniske oppgaver. Avstanden, både geografisk og sosialt, er derimot åpenbar til Avdeling Nord. Denne avstanden kan være en forklaringsfaktor med tanke på misnøyen med avdelingsledelsen der. Ved Avdeling Nord opplever de det som problematisk at avdelingssjefen bor og har sitt arbeidssted i Sør, og det er en tydelig oppfatning at dette bidrar til at Avdeling Sør blir forfordelt og prioritert på bekostning av Avdeling Nord.

Når det gjelder lojalitet er det eksplisitt uttrykt i reformen at ledere skal være lojale til organisasjonen alene. For en avdelingssjef kan dette kravet medføre et økt press i den forstand at han kan komme i konflikt mellom det å skulle være lojal oppover, samtidig som han skal ivareta sitt personalansvar og være en god leder for sine ansatte. At dette oppleves som vanskelig er helt tydelig for avdelingssjefen i dette caset, som sier dette om temaet:

”Det er veldig vanskelig. Og det er spesielt vanskelig i hverdagen, å ha full kontroll på snakket sitt. Altså full kontroll på hva du sier til enhver tid. Og det er spesielt fordi jeg er kliniker og lever den rollen også, hvor man snakker så mye mer, og er mye mindre nøye med formuleringene. Men de som hører på deg, de vil jo i det ene øyeblikket oppleve deg som som en kollega og i det neste øyeblikket, i samme setting, som sjefen. Og dermed så er det vanskelig å være.....og det har noe med kommunikasjon

å gjøre at man.....det er vanskelig rett og slett å kommunisere riktig til hverdags. Å være så veldig nøye på formuleringene.”

- Avdelingssjef

Dette er nok et eksempel på at å være både lege og leder utgjør ytterligere en dimensjon i utfordringene for avdelingslederen. Han har flere roller som han har problemer med å skille, han vet ikke selv hvilken rolle han er i til enhver tid, samtidig som legekolleger forventer at han først og fremst ivaretar legefunksjonen. Han forventes i tillegg å være hundre prosent lojal mot organisasjonen, noe som også synes å være et dilemma for avdelingssjefen, som illustrerer dette med følgende utsagn:

”For jeg vet at hvis jeg er en god leder for direktøren, så kan jeg være en ufyselig leder for de som er under meg. Og hvis jeg er en veldig god leder for de som jeg skal lede, så kan det hende at jeg er i ferd med å bli hektet av jobben av direktøren fordi det ikke går så bra, sett fra hans side, som skal ha kontroll. Økonomikontroll.”

- Avdelingssjef

Dette viser at ledelse på avdelingsledernivå har kommet under større press etter reformen, på den måten at det forventes å lede ovenfra og ned. Avdelingssjefen blir på den måten direktørens forlengede arm. Slik blir det vanskelig for avdelingssjefen å balansere forventningen om lojalitet oppover samtidig som han forventes å være underenhetenes talsmann. I dette caset ser det ut til at avdelingssjefen er svært lojal mot direktøren, noe som også enhetslederne opplever å se, og som de hevder er en overdreven lojalitet. Denne lojaliteten oppover må imidlertid ses i sammenheng med totalansvaret og enhetlig ledelse. Overlevelsesperspektivet kan således brukes nok en gang, denne gangen for å forstå avdelingssjefens lojalitet oppover. I et overlevelsesperspektiv kan man tenke seg at den logiske konsekvens av dette vil være at mellomlederne i større grad har sin lojalitet oppover til avdelingsleder, noe jeg delvis også har funnet. Det er likevel interessant å se at hos mellomlederne er det variasjon i forhold til lojalitets spørsmålet. Der mellomlederen har få års erfaring som leder, ligger lojaliteten hos avdelingssjefen, mens der mellomlederen har lang erfaring i ledelse, ligger den nedover på det utførende nivå.

Data viser også at lojalitetskravet virker provoserende på enkelte aktører. En respondent svarer slik på spørsmål om hvor hans lojalitet ligger:

”Nei altså, det er veldig klart. Og det synes jeg er litt tragisk. At man får opplyst at du har å være lojal overfor helseforetaket. Det er din plikt. Ferdig med det. At det i det hele tatt er en agenda, at man diskuterer det, og at sånne ting blir formulert og uttalt, det er en falitterklæring på et vis. Vi har jo sagt det også at som avdelingssjef og som direktør så får du tillit om du fortjener det. Og du får også lojalitet om du fortjener det. Og i det her systemet så er jeg blitt ganske lut lei av ledelse og sånne strukturer som vi jobber under, så min lojalitet den ligger - juridisk sett i foretaket, greit nok - men den ligger hos pasienten.”

- Avdelingsoverlege

Respondenten sier at han likevel gjennomfører beslutninger som tas ovenfra. Han hevder også at ledelsen etter reformen er blitt langt mer totalitær og knytter dette til det uttalte lojalitetskravet.

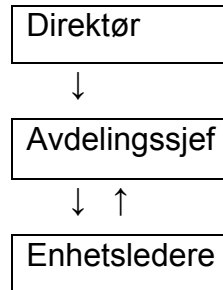
”Jeg opplever at det er mye mer detaljstyring. Man sier ikke at her har man en pasientpool som skal gjennom systemet. Løs den oppgaven. Det blir ikke gjort. Det er mye mer detaljstyrt. ”Ikke lei vikar!” eller ”Lei inn vikar!” Og da er liksom grunnlaget for egen tenkning borte. ”Ikke lei inn vikar!”, det er det som gjelder akkurat nå. Man kan ikke gå og leie inn en vikar da, når avdelingssjefen har sagt ”Ikke lei inn vikar.” Det ville jo vært ordrenekt.”

- Avdelingsoverlege

Som diskusjonen viser fungerer den geografiske og sosiale avstanden mellom administrasjon og operasjonelt nivå i tråd med konsernlogikken. Dette får konsekvenser for avdelingssjefen fordi det er han som må utarbeide og gjennomføre upopulære tiltak for å nå strategiske mål som er definert på direktørnivå. Avdelingssjef har ikke den samme mulighet til å holde en slik avstand til underenhetene og presset på hans rolle øker. Et noe interessant funn jeg gjorde i denne sammenheng dreier seg om kommunikasjonslinjene. Enhetsledere og de personene som har delegert myndighet opplever at problem som tas opp med avdelingssjef ikke kommer videre opp til direktør, noe som også kan være en

medvirkende årsak til at direktør ikke har kunnskap nok om hva som foregår i avdelingen. Figur 10.1 kan illustrere dette.

Figur 10.1: kommunikasjonslinjer



Figur 10.1 illustrerer hvordan kommunikasjonsmønsteret ser ut til å være i dette caset. Det styres ovenfra og ned ved at direktør legger strategier og setter mål, avdelingssjef utarbeider tiltak for å kunne nå disse målene, og enhetsledere skal innrette seg etter de beslutninger som tas ovenfra. Når det oppstår problem på det operasjonelle nivå, går denne informasjonen fra enhetsledere opp til avdelingssjef, men det er ingen garanti for at denne type informasjon kommer videre opp til direktør. En forklaring på denne kommunikasjonsvikten må ses i lys av forventningen om at avdelingssjef er lojal oppover. Fra avdelingssjefens ståsted vil en videreformidling av problemer på det operasjonelle nivå fremstå som en egenrapportering hvor han innrømmer dårlig ledelse. Nettopp fordi troen på ledelse er så sterkt uttrykt i reformen, vil en slik egenrapportering kunne fremstå nærmest som en fallitterklæring.

Etter reformen skulle enhetsledere stå tettere opp mot direktør ved at de rykket opp fra 4. linje til 3. linje, det vil si at det bare er avdelingssjef (2. linje) som er mellom enhetsledere og direktør. Avstanden mellom direktør og enhetsledere er likevel mye større enn disse linjene skulle tilsi. Det er uttrykt at denne avstanden er viktig for at direktør skal kunne lede strategisk og at dette skal føre til økt beslutningseffektivitet. Enhetsledere må derfor gå via avdelingssjef for å kommunisere med direktør. Når det viser seg at slik kommunikasjon stopper hos avdelingssjef, i hvert fall kommunikasjon som dreier seg om problematiske forhold i avdelingen, har 3. linje i praksis ingen kommunikasjon med direktør. Avdelingssjef fungerer på den ene siden som skjold for direktør og avdelingsledelse blir i stor grad utført ovenfra og ned. Samtidig beskytter

avdelingssjef sin egen stilling ved å ikke kommunisere problematiske forhold på det operasjonelle nivå videre opp til direktør.

Lojalitetskravet sett i sammenheng med eneansvaret har slik den konsekvens at avdelingssjefen i et overlevelsesperspektiv i større grad blir tvunget til lojalitet oppover i systemet. Det viser seg også at foretaksmodellen ikke er blitt implementert fullt ut slik den var tenkt. En rimelig forklaring på det kan være det sterke fokuset på økonomi og innsparinger som Helseforetaket står oppe i. Avdelingen har for lite økonomiske ressurser, noe som setter begrensninger på handlefriheten.

Enhetlig ledelse

Avdeling 1 er tydelig delt i synet på enhetlig ledelse. Alle respondentene ved Avdeling Sør mener at enhetlig ledelse er den riktige modellen, men funn tyder på at det er ønskelig med en justering av lederrollen. Samtidig som ingen ønsker å gi fra seg totalansvaret, uttrykker flere at de har behov for en person som kan avlaste dem fra enkelte arbeidsoppgaver. Ën enhetsleder uttrykker behov for en samtalepartner som samtidig kan ta over noen administrative oppgaver. Dette er også noe hun arbeider med å få i stand. Dette er et interessant funn som kan tyde på at totalansvaret på den ene siden oppleves som positivt, men at økte arbeidsoppgaver kan være en belastning. Det positive med totalansvaret ser ut til å henge sammen med at det fører til større oversiktighet over egen avdeling eller enhet, samt at det har ført til klarere ansvarlinjer. Lederne påpeker at alle delene i totalansvaret henger sammen og at situasjonen etter at ansvaret for egen økonomi og for budsjett er lagt på èn person, gjør det lettere å ha oversikten. Samtidig følger det med mange administrative arbeidsoppgaver som lederne opplever som bortkastet å bruke mye tid på, men som de er forpliktet til å utføre. Det er disse oppgavene de kunne tenke seg å få avlastning til. Avdelingssjefen har også hele tiden vært positiv til enhetlig ledelse og totalansvar og går så langt som å hevde at delt ansvar ikke er noe ansvar.

”Har du først delt det i to så er det som et menneske - det lever ikke lenger. Det er ikke noe ansvar lenger.”

- Avdelingssjef

Erfaringene med enhetlig ledelse og totalansvar virker noe tvetydig ved Avdeling Sør, gjennom at lederne på den ene siden ikke kan tenke seg å gi fra seg ansvaret og makten som ligger i enhetlig ledelse, mens de på den andre siden ønsker å kvitte seg med en del administrative oppgaver. Til tross for avdelingssjefens klare standpunkt om enhetlig ledelse som den riktige ledelsesmodellen, innrømmer han at eneansvaret til tider kan føles tungt:

”Men det er klart du kan jo bli livredd før du legger deg om kvelden og vite at her ligger du og sover mens to sykehusavdelinger går som det suser med alt det de kan finne på, og her ligger du hjemme og sover og er eneansvarlig for absolutt alt sammen. Så det....men jeg sover godt likevel. Av en eller annen grunn så gjør jeg det.”

- Avdelingssjef

Avdelingssjefen ønsker også avlastning fra de administrative oppgavene. Han ønsker seg en leder for legene som skal ha ansvar for alt som har med legegruppen å gjøre. Det han i praksis ønsker er å gjeninnføre todelt ledelse under seg, der legelederen har ansvar for legene og avdelingssykepleierne har ansvar for sykepleierne.

”Når det kommer til legene, så betyr det nå at jeg har ingen leder for legene. Det er meg selv. Og da har jeg vel over femti stykker som jeg har personalansvar for samtidig som jeg skal lede avdelingen. Over tid så ser jeg jo at dette går ikke. Jeg kan ikke ha medarbeidersamtaler med alle disse, for eksempel. Jeg har jo vanskeligheter nok med å styre ferie, permisjon, få gjort det koordinert, og ja...jeg må ha en legeleder-ordning. (...) Som da har ansvaret for personal, med medarbeidersamtaler og permisjoner og alt dette her, for budsjett, legenes lønnsbudsjett i hovedsak og fag, det faget som kalles for medisin.”

- Avdelingssjef

Nå har jo avdelingssjefen sagt opp sin stilling, slik at det er usikkert om behovet for en legeleder vil være til stede når ny avdelingssjef ansettes. Avdelingssjefen hevder likevel at dette ønsket også er etterspurt ved andre avdelinger ved sykehuset, og på den bakgrunn velger jeg å diskutere dette funnet videre.

Om avdelingssjefens ønske blir en realitet vil det i praksis si at man ikke bare går tilbake til den gamle modellen med todelt ledelse, men faktisk enda et steg i motsatt retning enn hva reformens intensjoner var. Legeprofesjonen og sykepleierprofesjonen vil, slik avdelingssjefen skisserer det, desintegreres, hvilket bryter totalt med reformens ambisjoner og hensikt. I tillegg vil det føre til enda flere ledernivåer og spørsmålet blir hvilken rolle avdelingssjefen til slutt vil ende i. Dersom det kommer i stand en legelederordning med ansvar for alt avdelingssjefen skisserte i sitatet ovenfor og avdelingssykepleierne har ansvar for alt som har med sykepleiergruppen å gjøre, hva blir det da igjen av avdelingssjefens lederoppgaver? Blir han da stående tilbake i en ministerrolle som har det overordnede ansvar for hele avdelingen uten å ha andre oppgaver enn totalansvaret? At avdelingssjef og enhetsleder uttrykker behov for administrativ hjelp kan derfor forstås som at det likevel ikke er utelukkende positive erfaringer med enhetlig ledelse.

Ved avdeling Nord deler de ikke de tilsynelatende positive erfaringene med enhetlig ledelse. Der sier respondentene åpent at de ønsker seg tilbake til den todelt ledelsesmodellen og at avdelingene må splittes opp igjen. De hevder at måten avdelingen ble ledet på før reformen var mer hensiktsmessig, for som en respondent svarer på spørsmålet om han ønsker seg tilbake til den todelt modellen:

”Ja, det har vi lang erfaring med og det fungerer veldig fint. Både når det gjelder produksjon og kvalitet og ikke minst trivsel. Trivselsfaktoren her har jo vært veldig høy tidligere.”

- Avdelingsoverlege

Jeg vil argumentere for at avdeling Nord stadig praktiserer todelt ledelse gjennom det delegerte ledelsesansvaret der. På spørsmål om ledelsen av Avdeling Nord i praksis fungerer som todelt ledelse etter sammenslåingen er svaret et entydig ja. En lege sier det slik:

”Ja, det er jo sånn det fungerer. Du har to profesjoner, lege og sykepleier. Jeg har ingen ønske om å ha styring og administrere alt som har med sykepleie å gjøre. Så det er helt naturlig at oversykepleier tar seg av det mens jeg tar meg av legetingene. Og så samarbeider vi om fellesoppgaver og hvordan vi løser ting.”

- Avdelingsoverlege

Avdeling Nord ledes på denne måten tilnærmedesvis på samme måte som før innføringen av enhetlig ledelse, med den viktige forskjell at beslutningsmyndigheten og makten formelt mangler. På områder der de to tidligere var friere til å ta egne beslutninger, må de i dag argumentere med avdelingssjefen for å få lov til å gjøre ting de mener er til det beste for avdelingen. Avdelingssjefen leder i svært liten grad Avdeling Nord. Han blir langt på vei en person som innehar en slags ministerpost, der han har gitt fra seg all kontroll over den daglige driften, men som likevel har ansvaret for alt som gjøres i avdelingen.

”Så jeg må slippe alt som heter kontroll. Det nytter ikke å ha kontroll. Jeg må gå opp på en stubbe og litt høyt i landskapet og se på landskapet litt stort og speide etter feilfunksjoner. Ikke kontroll, men se om noen går feil og så prøve å gjøre noe med det.”

- Avdelingssjef

Avdelingssjefen er godt likt og høyt respektert som lege, men han har ikke legitimitet som leder i særlig høy grad. Ved Avdeling Sør ligger den på middels, mens den ved Avdeling Nord må sies å ligge på null ettersom de der har fremsatt mistillitsforslag mot avdelingssjefen og bedt ham om å fratru sin stilling.

Den lave legitimiteten i Avdeling Sør kan tydelig ses i sammenheng med at han bruker relativt liten tid på ledelsesfunksjonen, og mye tyder på at mange ledelsesoppgaver gjøres om kvelden og i helgene. Dette fører til en manglende tilgjengelighet, noe mellomlederne gir uttrykk for at de savner. En mellomleder sier det slik:

”Problemet er at han har ikke så ofte tid til å høre på meg som jeg skulle ønske. Jeg skulle ønske jeg kunne kaste ball med ham av og til, jeg skulle ønske at han var her når jeg hadde et problem som jeg virkelig brente for å få løst, og så er det kanskje vekk i fra hodet mitt når jeg endelig treffer ham.”

- Enhetsleder

På spørsmål om avdelingssjefen alltid er tilgjengelig svarer en annen enhetsleder følgende:

”Nei, ikke bestandig. Og så gir han så veldig uttrykk for at han har det travelt, så man gruer seg kanskje litt mer for å ta kontakt. Det skal virkelig være en alvorlig sak om jeg tar kontakt med ham. Og jeg får ikke bestandig kontakt med ham.”

- Enhetsleder

Det faktum at avdelingslederen ikke er tilgjengelig må antakelig knyttes til tidsfaktoren siden han bruker svært mye av tiden på praksisen. Den administrative ledelsesfunksjonen ivaretas i stor grad på kveldene og i helgene. Det kan derfor se ut til at den ledelsesfunksjonen som blir lavest prioritert er personalledelse.

Den manglende tilgjengeligheten har også den konsekvens at beslutninger oftere tas på mellomledernivå uten å ha vært diskutert med avdelingssjefen. Dette funnet er tydelig i den enheten som har leder med lang fartstid som leder i sykehus. Her finner jeg også at beslutninger tatt ovenfra noen ganger redigeres.

”Av og til tar jeg en gylden middelvei. Jeg tar det viktigste i forhold til hva jeg blir satt til å gjøre og forenkler det eller forandrer det eller... ja, at jeg gjør en vri på det slik at det ikke skal bli så voldsomt dimensjonert i forhold til den som kanskje skal utføre det eller blir belastet med det eller får det tredd nedover hodet.”

- Enhetsleder

I et institusjonelt perspektiv kan dette forstås som at endringsinitiativ som bryter med lederens fortolkende skjema, redigeres slik at de stemmer overens med lederens grunnleggende verdier, jmf. funn fra danske sykehus (Kragh Jespersen 2005 b) der det ser ut til at de profesjonelle gjennomgående er gode til å bruke sin makt til å sikre at de forandringer som faktisk forekommer i deres respektive felter er i overensstemmelse med deres egne interesser og grunnleggende verdier.

At avdelingssjefen ikke har legitimitet i Avdeling Nord kan forstås i et kulturelt institusjonelt perspektiv. Det synes problematisk å ha sin forankring på det ene stedet og samtidig skal fungere som sjef for et annet sted som, til tross for at de er slått

sammen, samtidig også konkurrerer om pasienter og funksjoner. At avdelingssjefen er usynlig i den daglige driften kan også forklare mangelen på legitimitet.

Noe av vanskelighetene med å få til endring kan forklares med at avdelingssjefen ikke er prosessorientert.

”Altså, jeg er mer avhengig av å gi en kommando - ”Sånn skal det være!”, og så må jeg vente at folk gjør det sånn da. Men det gjør jo ikke folk.... uten at de har fått være med i en prosess som har tatt en viss tid og at du har fått forankret bestemmelsen der hvor dette skal utøves. Så denne forankringsbiten har nok jeg et problem med. Og det har med tid å gjøre, rett og slett”.

- Avdelingssjef

Avdelingssjefen mener likevel at han har støtte fra foretaksmodellen i sin måte å fatte beslutninger på, der økt beslutningseffektivitet er et mål. Likevel ser det ikke ut til at han lykkes fullt ut med implementeringsbiten av sine beslutninger, jmf. at disse ofte redigeres og tilpasses eksisterende praksis av enhetsledere. Det kan derfor stilles spørsmål om beslutningene er blitt mer effektive i den forstand at de nødvendige tiltak gjennomføres, eller om beslutningene kun er blitt flere i antall.

Enhetslederne ønsker helt klart generell ledelse i avdelingen. De er tydelige på at avdelingsledelse krever hundre prosent stilling. De etterlyser større grad av tilgjengelighet av avdelingssjefen, men kritikken av for lite ledelse rettes ikke primært mot avdelingssjefen, men mot direktør.

”(...) nå kritiserer jeg ikke han, jeg kritiserer at han får lov av direktøren å sitte som avdelingssjef når han ikke er der på heltid.”

- Enhetsleder

Dette kan knyttes til den makten avdelingssjefen har i forhold til sykehusets avhengighet til avdelingssjefen, både faglig og økonomisk. Dette gjør at avdelingssjefen sannsynligvis sitter tryggere i sin lederstilling enn avdelingssjefer som er sykepleiere. Når vi i tillegg vet at leger først og fremst har sin lojalitet til faget og dets normer og regler, og ikke til organisasjonen de er i (Flermoen 2001), så ville

for eksempel en oppsigelse av avdelingssjefen i verste fall kunne føre til at legen søkte seg til et annet sykehus. Sykehuset er gjennom sin avhengighet av legens praksis derfor i en svært sårbar situasjon. Legen er i tillegg eneste kirurg innen sitt fagfelt ved dette sykehuset, noe som ytterligere forsterker avdelingssjefens makt.

I dette caset ser det ikke ut til at enhetlig ledelse har ført til mer og bedre ledelse, slik reformintensjonen var. Det faktum at avdelingssjefen har deltidsstilling som leder er en delvis forklaring på dette. Den administrative ledelsesfunksjonen utføres i stor grad på kveldstid og det ser ut til at personalledelse er den funksjonen som blir lavest prioritert. Beslutninger og pålegg som kommer fra avdelingssjefen blir i relativt liten grad gjennomført av underenhetene, og det som gjennomføres blir først fortolket og redigert og aktørene legger disse fortolkningene til grunn for organisatorisk handling.

Skifte av arketype?

Et skifte av et profesjonelt arketypisk felt forutsetter radikale endringer i feltet og innebærer at grunnleggende verdier skiftes ut. I dette caset har jeg forsøkt å beskrive og forstå avdelingsledelse. Jeg mener å ha funnet at lederens selvforståelse er forankret i det faglige ledelsesidealet, men samtidig er noen verdier fra den økonomiske logikken lagt til. Dette er også konklusjonen til Torjesen og Gammelsæter (2004:19), som sier ” Det er ingen grunn til å tvile på at disse lederne var seg bevisste de profesjonelle verdier i profesjonen, likevel har de akseptert at i det nye systemet må disse verdiene temmes - eller balanseres - av verdiene i profesjonell ledelse” (min oversettelse). Jeg har argumentert for at dette må forstås i et overlevelsesperspektiv og samtidig har jeg tolket det som at enhetlig ledelse og totalansvaret må sies å være en medvirkende årsak til at økonomiverdier er lagt til. Til tross for at nye verdier er lagt til, vil jeg hevde at fagprofesjonelle verdier stadig dominerer, men at beslutninger ikke lenger utelukkende er preget av profesjonell faglighet.

Kapittel 9: Analyse av case 2 - Avdeling 2

Omorganiseringen

Før reformen var ledelsesstrukturen ved Avdeling 2 enhetlig to-delt og bestod av avdelingsoverlege og oversykepleier som i fellesskap skulle drifte avdelingen innen økonomi, personal, administrasjon og fagutvikling. Det medisinske ansvaret lå i sin helhet på avdelingsoverlegen. I praksis var oversykepleier sjef for sykepleierne og avdelingsoverlegen var sjef for legene, så i virkeligheten fungerte ikke samarbeidet etter modellen.

Da kravet om enhetlig ledelse ble innført ved lov fra 1. januar 2001 var det allerede bestemt ved dette sykehuset at det skulle være kun én leder på avdelingsnivå og at disse stillingene skulle være profesjonsuavhengige. Denne prosessen startet gjennom et prosjekt kalt POL-prosjektet (Prosjekt, Organisasjon og Ledelse) ved sykehuset allerede på slutten av 1990-tallet og omfattet hele organisasjonen. Det var en del diskusjoner rundt profesjonsuavhengigheten, men prosjektet konkluderte med at den enhetlige ledelsen skulle være profesjonsuavhengig, uansett avdeling. Etter hvert som de nye avdelingssjefstillingene ble utlyst, ble de fleste stillingene besatt av leger. Det var to søkere til avdelingssjefstillingen i dette caset, én lege og én sykepleier. Sykepleieren fikk jobben. Dette utløste sterke reaksjoner blant leger og i legeföreningen, som gjennom media og lokalpressen uttrykte stor bekymring for rekrutteringen av leger til avdelingen. Som avdelingssjefen sier:

”Så ble jeg ansatt (...) og da ble det styr. Selv om jeg hadde gjort en relativt grundig prosess i forkant, så ble det klart at noen dager etter ansettelsen var gjort, så hadde overlegene møte, overlegeforeningen her på huset møte, og lurte på hvordan i all verden de skulle takle dette her.”

- Avdelingssjef

Det ble uttrykt ønske om omkamp fra legeföreningens side, men ingen forandringer ble gjort. Legeföreningens bekymring kan forstås i et institusjonelt perspektiv, som frykt for at den nye avdelingssjefen ikke ville oppnå legitimitet blant legene og at det av den grunn ville bli vanskelig å rekruttere dyktige leger til avdelingen.

”Det som jeg tror ble litt sånn vanskelig også, det er jo at kirurgi det er liksom sånn selve grunnlaget, på en måte sånn mannsbastion (...)altså medisin er på en måte to påler, det er kirurgi og indremedisin. Tradisjonelt. Så kom det et kvinnfolk og en sykepleier og så var det liksom ikke helt greit.”

- Avdelingssjef

Dette utsagnet fra avdelingssjefen er en god illustrasjon på det tradisjonelle hegemoniet leger har hatt på tungt faglige områder som en kirurgisk avdeling er. Det faktum at en sykepleier ble ansatt som sjef for et sånt område kan hevdes å være en radikal endring av strukturen, og en kraftig inngripen i legenes hegemoni.

Sognstrup (2003) sier at legenes (og sykepleiernes) jurisdiksjon er en integrert del av selve profesjonens eksistens og identitet fordi kjernen i det å være profesjonell er så tett knyttet til det faglige selvstyre. Derfor er det avgjørende for enhver profesjon å ha sosial kontroll med den kunnskap som profesjonene baserer seg på, og denne sosiale kontrollen innebærer å kunne lede egen faggruppe og om å forsvare ledelsesområdet i forhold til andre. Legenes sterke reaksjoner og protester mot en sykepleier som avdelingssjef kan derfor tolkes som et nederlag og et tilbakeskritt for legeprofesjonen når den mistet denne posisjonen (Sognstrup 2003; Sommervold 1997; Skjöld Johansen 2003).

I legenes selvforståelse er det utenkelig at andre enn leger kan lede legers arbeid. Kun leger har tilstrekkelig innsikt i behandlingsarbeidet til å kunne treffe ledelsesbeslutninger, og legene bør ha det siste ordet i forhold til ledelse av de øvrige profesjoner fordi legers beslutninger bestemmer de andre gruppers arbeide og utløser ressursforbruket (Kragh Jespersen 2005 a).

Sykepleien bør på samme måte i sykepleiernes selvforståelse ledes av sykepleiere, men de ønsker dessuten å ta del i generelle ledelsesoppgaver med følgende utvidelse av deres tradisjonelle ledelsesområde. Her kommer de i konflikt med legene som ikke vil oppgi sin posisjon som ledende profesjon, og sykepleierne har ikke oppnådd legenes anerkjennelse av deres deltakelse i løsningen av generelle ledelsesoppgaver (Kragh Jespersen 2005 a).

I forskriftene i forbindelse med reformen het det at avdelinger som ble ledet av ikke-leger burde ha en medisinskfaglig rådgiver, men avdelingssjefen i dette caset hadde problemer med å få til dette.

”Det var liksom ingen som ville være min medisinskfaglige rådgiver og bli tatt som gissel og ikke få hete avdelingsoverlege og ikke ha en tittel som i det hele tatt var tradisjonelt godt kjent. Men så var det jo den stakkaren som syntes at det var for galt å være så uloyal mot et lovlig fattet vedtak, så han tok det på seg han og det har jo fungert, og han har også fått litt pepper fra sine kolleger for det.”

- Avdelingssjef

Legenes vegring mot å underordne seg en sykepleier kan også forstås som et tilbakeskritt og tap av posisjon, (jmf Sognstrup 2003; Skjøld Johansen 2003). I tillegg befinner leger seg i en særegen maktposisjon. Som Flermoen (2001) påpeker vil ikke personer med høy fagkompetanse, som ikke sitter i ledende stillinger, uten videre underordne seg den formelle autoriteten som lederen er i besittelse av. De vil gjøre krav på stor grad av autonomi, og de vil først og fremst føle en forpliktelse overfor yrkesgruppens normer og regler. For å få legitimitet blant legene må avdelingssjefen imøtekomme legenes krav om autonomi. I motsatt fall vil avdelingen risikere at dyktige leger søker seg til andre sykehus, jmf at lojaliteten først og fremst er knyttet til egen faggruppe og ikke til organisasjonen de er i.

Noe av bråket i denne omstillingsprosessen kan kanskje hevdes å ha vært på bakgrunn av at det ved dette sykehuset ble implementert enhetlig ledelse forholdsvis raskt og at det på det tidspunkt avdelingssjefen ble ansatt, ikke var så mange andre sykepleiere i ledende stillinger rundt om i sykehusavdelingene. Avdelingssjefen tror ikke denne problemstillingen vil vedvare og ser på seg selv som en døråpner for andre, for som hun sier:

”For å si det sånn så tror jeg at hvis det ble lyst ut stillinger nå, hvis jeg sluttet for eksempel eller andre sluttet, så tror jeg det vil bli et større innslag av ikke-leger som søker. Fordi vi er noen som har gått veien og vist at det kanskje går an. At når det gikk an på kirurgen, så må det jo gå an her. Det har vært litt sånn. For, kirurgen er kirurgen.”

- Avdelingssjef

Det ser ut til at det avdelingssjefen ble spådd mest ulykke omkring, nemlig rekruttering av leger, er det hun har fått best til. Hun har også bevisst satset på rekruttering og kan vise til gode resultater i dette arbeidet. Gjennom en slik strategi har avdelingssjefen motbevist legenes dystre spådom. Dette kan tolkes som en nødvendig strategi nettopp for å oppnå legitimitet og respekt hos legegruppen, hvilket viser at det stilles strengere krav til en leder med tradisjonelt lavere rang enn leger, til å prestere og vise til konkrete resultat. Avdelingssjefen innrømmer at hun brukte mye tid på å kommunisere med legegruppen i starten og at hun var i konstant dialog med dem. Hun hevder at det tok et par år før hun hadde vunnet tillit i legegruppen.

Avdelingssjefens rolle og selvforståelse - profesjonell leder?

Ved Avdeling 2 innehar avdelingsleder en rent administrativ lederrolle. Selv om hun er sykepleier ser det ut til at rollene sykepleier og leder ikke blandes. Ved første øyekast ser dette ut til å være helt etter NPM oppskriften på ledelse, som er basert på en filosofi hvor de profesjonelle slett ikke deltar i ledelse og der disse erstattes med generalister med ledelse som fag. Hvis det ikke er mulig, anbefales det at fagprofesjonelle ledere skal glemme sitt fag, skifte rolle til å bli generelle ledere og dermed anta en ny faglig identitet (Kragh Jespersen 2005 b). Etter å ha fungert som generell leder siden 2001 mener avdelingssjefen at hun ville være ubrukelig ute i avdelingen. Det kan bety at hun faktisk har glemt sitt fag og at hun reelt sett har skiftet rolle, men har hun dermed antatt en ny faglig identitet som generell leder? Det kan stilles spørsmål om det overhode er mulig å forlate en profesjon og det kunnskapsgrunnlaget hun har tilegnet seg og kulturen hun er sosialisert inn i (Kragh Jespersen 2005 b). Skjønt, hun var også lederutdannet på det tidspunkt hun fikk stillingen som avdelingssjef og hadde i tillegg erfaring som leder, ikke bare ved sykehuset men også fra andre organisasjoner. Dette betyr at hun har tilegnet seg kunnskaper om ledelse som er blitt en del av hennes kunnskapsgrunnlag og det er derfor ikke umulig at hun kan ha antatt en ny faglig identitet.

Avdelingssjefen forstår sin lederrolle langt på vei slik ledelse forstås i managementkonseptet, hvor lojalitet til organisasjonen er viktigere enn lojalitet til eget fagfelt. Avdelingssjefen er endringsorientert, men innrømmer at det er krevende.

Hun vektlegger konsensus når beslutninger tas, men hun er ikke lenger så opptatt av at alle skal være fornøyde. Hun hevder at hun er blitt modigere som leder og at hun gjør det som er til det beste for avdelingen. Dette viser at hun har endret sin forståelse av avdelingsledelse henimot det profesjonelle ledelsesidealet, noe som antakelig kan koples opp imot enhetlig ledelse og totalansvaret. Det synes som om hun i dag har sin identitet i avdelingen snarere enn i sin profesjon. Størst betydning i det profesjonelle ledelsesidealet er at man er modig og at man mestrer endringer i omgivelsene ved å foreta tilpasninger i organisasjonen (Byrkjeflot 1997), hvilket avdelingssjefen i dette caset også ser på som viktig.

Så langt i analysen er det mye som tilsier at avdelingssjefen har inntatt en rolle som profesjonell leder og at hun forstår ledelse som et eget fag, jmf prinsippene om profesjonell ledelse. Likevel vil jeg argumentere for at hun ikke praktiserer en rendyrket profesjonell ledelse. Selv om hun definerer seg selv som generell leder, så finner jeg at flere verdier som tradisjonelt hører inn under sykepleierprofesjonen stadig er sentrale verdier i avdelingssjefens kunnskapsgrunnlag, eller "interpretive schemes", og vi kan derfor ikke tale om profesjonell ledelse i rendyrket form. Hun sier selv at helsefaglig bakgrunn er viktig for en avdelingsleder i forhold til å forstå avdelingen. Slik vil jeg argumentere for at avdelingslederen i dette caset heller praktiserer en form for hybridledelse, der kunnskapsgrunnlaget er basert på verdier fra to verdener, den faglige og den generelle ledelsesverden (jmf Kragh Jespersen 2005 a).

Alle respondentene i dette caset vektlegger først og fremst generelle lederegenskaper og kunnskap om ledelse som det viktigste kriterie for å lede kirurgisk avdeling, men med ett unntak tror ingen at avdelingen kan ledes av en person uten helsefaglig bakgrunn. Dette viser at kunnskap om helsefag oppfattes som et nødvendig verdigrunnlag i avdelingsledelse. Jeg må understreke at ingen leger inngår i studien, så jeg har ikke grunnlag for å si hva legegruppen mener om dette, annet enn å reflektere litt rundt temaet. På bakgrunn av legenes motstand til en sykepleier som avdelingssjef, i alle fall den første tiden etter ansettelsen, vil en naturlig antakelse være at legene mener avdelingen bør ledes av en lege. På den andre siden kan det hende at legene i dag, etter fem år med en sykepleier som avdelingssjef, sitter igjen med positive erfaringer i forhold til sin egen ledelse og at de

slik kan ha endret sitt syn om at leger er de eneste som kan lede en sykehusavdeling. Legenes manglende deltakelse i denne studien kan likevel indikere det motsatte, altså at legene ikke har endret sitt syn på hvem som er mest kompetent til å lede avdelingen.

Konsernlogikken og endringer

Avdelingssjefen er helt klart en tydelig og tilgjengelig leder, men hun er også bevisst på at for nære relasjoner til sine medarbeidere vanskeliggjør jobben hennes. Hun er også tydelig på at en jobb som avdelingssjef ikke er en jobb hun kan ha til hun blir pensjonist. Til det er de sosiale kostnadene for høye. Konsernlogikken vektlegger sosial og geografisk avstand mellom toppledelsen og det operasjonelle nivå. Dette skal gi toppledelsen større mulighet til å fatte tøffe beslutninger, og avstand til menneskene i organisasjonen blir derfor nødvendig. En slik avstand viser seg imidlertid vanskeligere på avdelingsledernivå. Dette medfører et stort sosialt press på avdelingssjefen, som sier:

”Jeg har vært her så lenge at jeg begynner å kjenne folk. Jeg begynner å vite en del om sine svigermødre og vanskelige tenåringer og syke foreldre og forstår hvorfor ting av og til blir som de blir, enten det være seg en konflikt eller nedsatt arbeidsevne eller..., altså jeg kjenner at jeg sliter litt akkurat med det der at jeg begynner å kjenne dem veldig godt.”

- Avdelingssjef

Konsernlogikken handler om å redusere belastningen på toppledelsen gjennom å skille det strategiske- og operasjonelle nivå. Dette skal som nevnt føre til at tøffe beslutninger lettere skal kunne fattes på toppledernivå. Konsekvensen av dette viser seg å være at det sosiale presset på avdelingssjefen øker fordi det er hun, og gjennom eneansvaret, bare hun som er ansvarlig for å finne tiltak for å gjennomføre upopulære beslutninger tatt av toppledelsen. Avdelingssjefen er i langt mindre grad enn toppledelsen i stand til å holde den samme avstanden til sine underenheter. Hun blir på den ene siden direktørens forlengede arm og på den andre siden underenhetenes talsmann. Når det i tillegg er krav til lojalitet til organisasjonen alene,

blir avdelingssjef sittende i en svært presset situasjon, der hun må takle presset både ovenfra og nedenfra. Desentraliseringen av lederoppgaver skulle også føre til at avdelingen skulle få økt frihet i gjennomføringen av oppgavene, men i dette caset er det tydelig at denne friheten er betydelig innskrenket. På denne måten har ikke avdelingssjefen fått økt frihet som følge av økt ansvar.

Særlig problematisk ser dette ut til å være når økonomifokuset er svært stort og tøffe sparetiltak som av toppledelsen forventes gjennomført, skal iverksettes av avdelingssjefen.

”Det er klart at det er ikke noe særlig å si, for eksempel i en nedskjæringsprosess, at ”Vet du hva, deg har jeg ikke bruk for.” Jeg sier det ikke slik da men. Og så vet jeg kanskje at dette her er en person som snart er seksti år og som kanskje ikke får seg jobb, ikke har god nok kompetanse, eller har en mann som drikker, eller...., altså jeg begynner å vite så mye sånne ting. Og det er på en måte en styrke at jeg ser personene, at jeg gjør en god totalvurdering. Men samtidig så tenker jeg at... ååh, tenk om jeg kunne få sitte oppe i administrasjonen og bare si ”Sånn skal det være!”...Ååh! (...) Å slippe å se disse ansiktene, å slippe å forholde meg til disse tårene.”

- Avdelingssjef

Dette utsagnet er et godt eksempel på at avdelingssjefen kommer i en vanskelig krysspresssituasjon mellom forventningen om å skulle være lojal til organisasjonen alene og det lederansvaret hun har overfor sine ansatte i avdelingen. Til tross for de sosiale kostnadene er avdelingssjefen lojal oppover i systemet. Hun er bevisst på at lojaliteten følger med stillingen og sier at den dagen hun ikke klarer å være lojal, så slutter hun. Dette er nok et eksempel på at avdelingssjefen forstår seg selv som profesjonell leder, men jeg vil i det videre problematisere dette funnet litt. Jeg vil argumentere for at eneansvaret på den ene siden kan være en forklaringsfaktor på avdelingssjefens tydelige lojalitet oppover i systemet. Det ser ut til at enhetlig ledelse og totalansvaret, kombinert med konsernlogikken der straff og belønning er sentrale virkemidler, får den konsekvens at avdelingsleder i et overlevelsesperspektiv tvinges til lojalitet oppover i systemet snarere enn at hun er lojal på bakgrunn av at toppledelsen ”vet best”. På den andre siden kan lojaliteten være et uttrykk for at avdelingssjefen definerer ledelse som et eget fag, som profesjonell ledelse, og at hun

derfor kun har lojalitet overfor de strategiske mål som toppledelsen setter (Byrkjeflot 1997).

Et entydig funn er at mellomlederne er svært lojale mot avdelingssjefen, til tross for at de uttrykker frustrasjon over økte sparekrav og mindre handlingsrom. Det interessante er at mellomlederne samtidig med all tydelighet viser at de ikke har mye til overs for direktør og staben der. Jeg finner at det er en slags delt "lojalitetsstige" i dette caset, der mellomlederne er lojale opp til avdelingssjef og hun er i sin tur lojal opp til direktør. Dette kan kanskje forklares med at enhetlig ledelse på alle nivå får den konsekvens at lederne, i et overlevelsesperspektiv, "tvinges" til lojalitet oppover. Diskusjonen i forrige avsnitt viser likevel at det også kan være slik at lederne forstår ledelse som et eget fag. Det profesjonelle ledelsesidealet forutsetter at lederen kun har sin lojalitet til organisasjonsmessige mål. Mellomledernes lojalitet til avdelingssjefen må i dette caset uansett også forstås både i en kjønns- og profesjonskontekst. Det er tydelig at i konfliktsituasjonen som oppstod i forbindelse med ansettelsen av avdelingssjefen i 2001, stilte mellomlederne seg bak avdelingssjefen og tok hennes "parti" i konflikten med legene. Det kan derfor ikke utelukkes at denne koalisjonsdannelsen i 2001 har ført til en lojalitetsforpliktelse til avdelingssjefen. Funn tyder på at en slik tolkning bare delvis er riktig, for respondentene er tydelige på at de er fornøyde med avdelingssjefen. På spørsmål om hvor lojaliteten deres ligger, svarte en slik:

"Det er ikke vanskelig nå lenger, for jeg har nok blitt mer lojal oppover med årene, og kanskje er det aller mest fordi det er henne, for hun er en såpass god leder som hun er. Jeg har litt problemer med å være lojal til vår administrasjon der oppe. Fordi det er noe som irriterer meg noe utrolig, og det er det at: kan ikke de komme hit ned og gå litt her i gangen en dag eller i mellom, fire - fem ganger i året minst og si: "God dag, hvordan har du det i dag? Hva er det du gjør på egentlig?" Så kanskje det datt inn et og annet som de hadde bruk for, men de viser seg aldri her (...) Så jeg mangler lojalitet, jeg mangler respekt for den ledelsen der oppe, til tross for at jeg har respekt for avdelingssjefen. Men jeg må si at for fem - seks år siden så hadde jeg nok mer lojalitet her, for mine damer. (...) Men før så var det sånn at kom det noe ovenfra så var det mine rundt meg, og så var det dem jeg krampet og holdt på, så de skulle ha det best mulig. Men jeg synes det er mye bedre å ha det slik jeg har det nå."

- Enhetsleder

Som dette sitatet viser fungerer avstanden, som i konsernlogikken hevdes å være avgjørende for å få økt beslutnings- og kostnadseffektivitet, imidlertid etter ”oppskriften” i dette caset når det gjelder avstanden mellom administrasjon og underenhetene. En konsekvens av den økte avstanden er at underenhetene er satt under betydelig økt press. Jeg finner at situasjonen for enhetene før reformen var preget av en større fellesskapsfølelse enn i dag. Det kan se ut til at dette henger nøye sammen med den økte avstanden til direktørnivå. Der enhetene tidligere stod sammen og kjempet for sykehuset, råder det nå til dels en frustrasjon og en oppgitthet. Det er tydelig at administrasjonens manglende forståelse for hva som foregår i avdelingen og økte sparekrav parallellt med for lite ressurser fra før, har ført til at enhetsledere mister motivasjonen i arbeidet sitt. Respondentene var som tidligere nevnt positive til foretaksmodellen, en modell som de trodde skulle gi avdelingen større handlingsrom og der økt kostnadseffektivitet skulle belønnes. I stedet opplever de at effektivitet straffes i form av ytterligere sparekrav, og når avdelingen har maktet å drive med overskudd, går overskuddet til foretaket og ikke til avdelingen. Følgende utsagn kan stå som eksempel på frustrasjonen:

”Altså, du kan si og du kan mene alt du vil, men ting er bestemt. Du skal bare jobbe så godt du kan og spare så mye penger du kan og behandle så mange pasienter du kan og du skal ikke ha noe igjen for det. Og det... da mister du motivasjonen.

(...) Vi kunne godt blitt premiert. Det har vært snakk om at legene skal premieres, men.... jeg synes godt det kunne vært litt insentiver her, de som har insentiver er jo de på toppen. Ingen andre. Og de har fått insentiver for å stramme inn. Og det går på lojaliteten løs.”

- Enhetsleder

Konsernlogikken i foretaksmodellen skulle gi lederne nye og økte krav til måloppnåelse. Dette innebærer at ledere skal kunne gis straff eller belønning, alt etter resultatoppnåelse. Dette ser likevel ikke ut til å bli gjennomført ved avdelingen. Det synes også at det er utydelige signal fra toppledelsen omkring dette. Det er ikke eksplisitt uttrykt hvorvidt manglende måloppnåelse kan føre til oppsigelse.

”Hvorvidt jeg nå, når det balansekravet er forsterket (...) om det får konsekvenser for å beholde stillingen min, det er jeg ikke helt sikker på. Så det er en usikker del av

livet for tiden. Det er da jeg skulle ønske jeg var lege. For da kunne jeg bare si at -ok, da kan jeg gå tilbake til min kliniske praksis og så kan jeg fortsette å behandle pasienter. For hvis jeg slutter som leder i kirurgisk avdeling, så er det ingen som har bruk for meg her.”

- Avdelingssjef

Balansekravet har i ettertid blitt utsatt i ett år. Dette vitner om en erkjennelse om at det i utgangspunktet er for lite penger. Det er umulig å drive i balanse, hvilket impliserer at det også vil være umulig og ikke minst urimelig å straffe avdelingsledere som ikke klarer å drive i balanse ved å si dem opp. Utsagnet viser noe annet interessant, nemlig at generell ledelse medfører en større utrygghet for lederen enn hva tilfellet er for en avdelingssjef som i tillegg er kliniker. Når avdelingssjefen i dette caset har lagt sykepleierfaget på hylla for å praktisere generell ledelse, betyr det altså at hun har ofret en fremtid som sykepleier til fordel for sin nåværende lederkarriere i sykehuset. Avdelingssjefen erkjenner helt tydelig at hun ikke vil være i stand til å arbeide som sykepleier dersom hun sluttet som avdelingssjef.

”(...) uansett så tenker jeg at jeg ikke skal ha denne jobben til jeg blir pensjonist. Og akkurat nå, i disse dager, så tenker jeg mye på hvor lenge jeg vil ha den. På hva jeg skal gjøre før jeg slutter. Og så tenker jeg... kan jeg like godt gjøre det nå? Vil jeg nå slutte som leder? Skal jeg begynne å selge sko eller..?”

- Avdelingssjef

Disse to sitatene er ytterligere eksempler på at avdelingssjefen i sin selvforståelse har fjernet seg fra sykepleierfaget og beveget seg i retning av det profesjonelle ledelsesidealet.

Hensynet til økonomi og innsparinger gjør at avdelingen blir strengere styrt enn tidligere. Selv om avdelingssjefen formelt har frihet til å drive avdelingen slik hun mener er best, gjør den strenge økonomistyringen at handlingsfriheten hennes er betydelig innskrenket. Økonomihensynet er også overordnet hensynet til de ansattes arbeidsvilkår.

”Altså, jeg har inntrykk av at klarer vi det økonomiske kravet og gjør en god jobb selv om vi har et dårlig arbeidsmiljø, så er ikke det nøye med bare vi klarer de økonomiske kravene. Nå spisser jeg det, slik at du skal forstå det økonomiske fokuset.”

- Avdelingssjef

Dette viser, som Ramsdal og Skorstad (2004: 17) sier, at jakten på effektivitet har ”en lei tendens til å ramme grupper av ansatte, enten ved at de må jobbe hardere og mer intenst, renonsere på krav om høyere lønn, eller rett og slett ved at arbeidsforholdet tar slutt.” Dette gjenspeiler skjevheten i målstyring som kontrollmiddel, der operasjonaliserbare mål, som vanligvis handler om økonomi, favoriseres. Konsekvensen av at lederen tvinges til å oppnå forventede resultat, blir derfor at lederen drives til å ignorere de sosiale konsekvensene i sine beslutninger (Mintzberg 2001).

Det tunge økonomifokuset og stadige innstramminger ser også ut til å kunne gå utover kvaliteten på fagutviklingen. Det er ikke nok ressurser til å heve kompetansen til medarbeidere som både ønsker og trenger det, noe som igjen kan føre til dårligere tjenestetilbud i konkurransen om pasientene. Nedjusteringer av DRG-satsene gir også lavere inntekter for avdelingen enn tidligere, noe som er til bekymring og fortvilelse for avdelingsledelsen. På spørsmål om endringene i DRG-satsene kan komme til å påvirke hvilke pasienter som prioriteres svarer en respondent slik:

”Vi skal ikke gjøre det. For all del. Sånn skal det bare ikke være. Det er ikke lov. Men det er nesten sånn at det er på kanten til det. Men jeg kan ikke si at det er sånn vi skal gjøre det, for vi skal behandle enhver pasient som kommer inn i sykehuset. Det er helt klart, da skal en ikke tenke økonomi. Men vi som går her og leder avdelingen, vi er blitt pålagt å tenke økonomi av ledelsen vår. Og vi sitter her og teller poeng for hvert sykehusopphold, og vi må ha poeng som tilfredsstillende vår ledelse, og vår ledelse skrur mer og mer til. (...) Og dette har blitt... det har aldri vært så ille som det er nå. (...) Så fokuset er nå hele tiden på økonomi, og det synes jeg er et paradoks i forhold til at vi skal behandle mennesker.”

- Enhetsleder

En annen uttrykker sin frustrasjon slik:

”Det er bare press press press på hva vi skal ta unna. Og så kommer det at nøklene for DRG-refusjon er endret og så plutselig får de en masse for hofteoperasjoner og så får de nesten ingenting for andre ting. Og så er jeg pålagt å ta inn masse av disse og så tjener vi ikke noe. Det er så vilkårlig. (...) Vi har jo prioritet og ventelistegarantier, så vi må jo bare ta det. Og i mellomtiden har de skrudd ned verdiene. Så hva skal jeg gjøre da? Og hvem har gjort det? Jeg tror ikke de visste det i administrasjonen engang. Det går langt utenfor det forsvarlige. Og da mister jeg respekten. Og det er litt farlig.”

- Enhetsleder

Endringene i DRG-satsene har på denne måten ført til store vanskeligheter med å planlegge driften av avdelingen og beregne inntektene, fordi satsene reduseres uten at sykehuset blir gjort kjent med endringene i forkant. Når dette virkelighetsbildet legges til grunn sammen med toppledelsens krav til kostnadseffektivitet, vil en naturlig konsekvens være at avdelingen i neste omgang tvinges til å prioritere de mest ”lønnsomme” pasientene, det vil si pasienter med diagnoser som gir høyest inntjening.

Kravene til inntjening og økte sparekrav ser imidlertid ikke ut til å påvirke den medisinske arbeidsorganiseringen, noe som også er en av Sveris (2004) konklusjoner, som sier: ”Det medisinske beslutningssystem synes å være skånet for krav om innsparing” (Sveri 2004). Jeg vil antyde at dette ser ut til å være tilfellet også i denne avdelingen, men funnet har en svakhet fordi det ikke er legene selv som hevder dette, men enhetsledere. Likevel, følgende utsagn kan stå som illustrasjon på min antydning.

”Økonomistyringen går ikke helt inn i kjernen i avdelingen og på sykehuset. Her er nok en del ting vi kunne rettet opp økonomien på i den innerste kjernen. Men det er klart at når de opererer pasienter og når de bruker det og det preparatet, så bruker de uhemmet. (...) Så her er for lite slik kontroll, synes jeg. Sløsing.”

- Enhetsleder

Av gjennomgangen ovenfor ser vi at den geografiske og sosiale avstanden som er sentralt i konsernlogikken fungerer i den forstand at administrasjonen er blitt betydelig mindre synlig. For avdelingssjefen er en slik avstand vanskeligere, noe som medfører store sosiale kostnader for henne og som betyr at tidsperspektivet på å sitte i stillingen virker begrenset. Det enorme økonomifokuset der økte sparekrav kombinert med null belønning for effektivitet virker demotiverende på aktørene på mellomledernivå. Toppledelsens prestasjonskontroll fører på denne måten til at sosiale konsekvenser i beslutninger som tas på avdelingsledernivå ignoreres til fordel for økonomisk måloppnåelse. I tillegg fører stadige endringer i DRG - satsene til vanskeligheter med å beregne inntekter.

Enhetlig ledelse

Respondentene ved denne avdelingen stiller seg utelukkende positive til enhetlig ledelse og totalansvaret som følger med. Det ser ut til at kombinasjonen enhetlig- og generell ledelse i dette caset har ført til klarere ansvarlinjer og en forenkling av struktur, slik reformens intensjoner var. Det ser også ut til at eneansvaret har ført til at ledelse tas mer alvorlig enn i den todelte modellen, der det i følge avdelingssjefen kunne være fare for ansvarsfraskrivelse.

”I den gamle modellen, hvis det ble litt ubehagelig, så skal jeg være så ærlig å si at jeg nok ikke var helt fri for å spille litt dummere enn det jeg var.”

- Avdelingssjef

Det ser ut til at enhetlig ledelse og totalansvar på denne måten har ført til en større bevissthet hos avdelingssjefen til sin egen lederrolle og det ansvaret som følger med.

Et hovedpoeng med innføringen av enhetlig ledelse var at det skulle bidra til økt beslutningseffektivitet. I dette caset finner jeg at beslutningene som tas langt på vei er preget av konsensus og at avdelingssjefen er prosessorientert. Hun bruker mye tid på å få oppslutning omkring endringer og motivere ansatte når tiltak skal iverksettes.

”Jeg bruker alltid tid på slike prosesser. Og jeg prøver å si det oppover i systemet at jeg skal gjøre det, men jeg må selv få bestemme når jeg skal gjøre det. Og det handler om å motivere og motivere og snakke og rusle bort på sengepostene og prate med dem... og i det hele tatt.”

- Avdelingssjef

Dette samsvarer ikke med prinsippene i det profesjonelle ledelsesidealet, der de klare ansvarlinjer skal føre til økt beslutningseffektivitet og de underordnede har ansvar for å følge ordre. Likevel ser det ut til at beslutningene på denne måten lykkes bedre i implementeringsfasen enn tilfellet var før reformen.

”Så sånn sett kan du si at beslutningene tar lenger tid, men de er i hvert fall implementert og kjent i organisasjonen nå da. Før så var det bare sånn ”vedtatt”, ”vedtatt”. Og så hang en lapp på gangen. Så beslutningsprosessene var mye kjappere før da, men jeg tror de er bedre nå.”

- Avdelingssjef

Dette kan forstås som at avdelingssjefen i dette caset på den ene siden definerer seg selv innen det profesjonelle ledelsesidealet, jmf tidligere drøfting av lederens selvforståelse, men på den andre siden praktiserer hun ikke en rendyrket form for profesjonell ledelse når hun bruker så mye tid på beslutningsprosesser. Dette kan ses som et eksempel på at NPM styringskonsepter har vanskelig for å slå gjennom i fagprofesjonelle organisasjoner (jmf Kragh Jespersen 2005 b), fordi slike styringskonsepter må konkurrere med sterke og etablerte institusjoner og faglige tradisjoner. Dette gjør det vanskelig for avdelingssjefen å praktisere profesjonell ledelse, til tross for at hun definerer seg innen dette idealet. Hennes form for ledelse kan derfor forstås som en blandingsform, eller en hybridform, hvor hun forener prinsipper fra den generelle ledelsesverden med prinsipper fra den faglige verden (jmf Kragh Jespersen 2005 a; Llewellyn 2001).

Til tross for manglende tillit og legitimitet fra legene de første par årene, mener avdelingssjefen selv at hun i dag har oppnådd dette. Den oppfatningen deler også de andre respondentene, men det interessante er at det kan se ut til at hun ikke har legitimitet i hele sykehusorganisasjonen, men at den er begrenset til kirurgisk

avdeling. For som de andre respondentene svarer på spørsmålet om de opplever at avdelingssjefen har legitimitet:

”Jada, av de som jobber her i avdelingen ja. Men det henger en del igjen ute, det gjør det. Hun sliter nok ennå med å få respekt. Jeg ser når vi har avdelingsmøter i dag, så møter avdelingslederne og seksjonslegene, og det gjorde de ikke til å begynne med.”

- Enhetsleder

”Ja. Men hun har ikke hatt det hele tiden nei. Og enkelte har vært rett og slett stygge. Men nå mener jeg at hun har det.”

- Enhetsleder

Om det medfører riktighet at avdelingssjefen har legitimitet i hele avdelingen kan jeg ikke uten videre konkludere med, siden jeg ikke har fått noen av legene ved avdelingen i tale. At konflikten i hvert fall på overflaten har stilnet, kan også være uttrykk for at legegruppen mer har resignert, snarere enn at avdelingssjefen har fått økt legitimitet. Det har gått fem år siden innføringen av enhetlig ledelse, og konflikten kan også ha tatt en annen retning, snarere enn å ha blitt løst. Legene kan også ha dannet koalisjoner som avdelingssjefen i tilfelle ikke ser, nettopp fordi hun ikke arbeider sammen med legene i hverdagen.

Følgende utsagn fra en mellomleder kan tyde på en slik dreining:

”(...) jeg har jo seksjonsleger på hver seksjon som jeg har veldig mye med å gjøre også, og det er ikke alltid de kommuniserer like godt med henne” (avdelingssjefen).

- Enhetsleder

Dette kan tolkes som at legene fremdeles har kontroll over eget fagfelt, eller egen jurisdiksjon, og at avdelingssjef ikke blander seg nevneverdig inn i legenes arbeid. Ved å gi legene stor grad av autonomi, unngår hun at konflikten blusser opp igjen.

Legenes ønske om ikke å delta i denne studien kan forstås som et datafunn i seg selv, et funn som kan problematiseres i forhold til avdelingsledelsen. For det første finner jeg det noe underlig at til tross for at avdelingssjefen stilte seg positiv til undersøkelsen og ga så klart uttrykk for at denne studien ønsket avdelingen å

prioritere, så var det en stund fare for at hele undersøkelsen skulle strande på grunn av legenes vegring mot å delta. I følge avdelingssjefen var legenes argument mot deltakelse at de fikk så mange slike henvendelser i løpet av et år og at de av den grunn ikke ønsket å stille seg til disposisjon. Dette viser at avdelingssjefen kan ha vanskeligheter med å instruere legene til å handle på tvers av egne ønsker. Det kan også være en indikasjon på at avdelingssjefen likevel ikke har autoritet blant legene når de etter gjentatte oppfordringer fra avdelingssjefen likevel ikke imøtekommer hennes ønske. Jeg skal være ytterst forsiktig med å spekulere i slike forklaringer siden jeg faktisk ikke har snakket med noen av legene, men funnet er likevel så interessant sett i forhold til konflikten mellom legegruppen og sykepleieren som avdelingssjef at det ikke kan overses totalt. Jeg velger å se dette funnet som et uttrykk for at legene ved avdelingen har stor grad av autonomi, ikke bare over eget fagfelt og utøvelsen av faget, men også i forhold til å ta egne beslutninger om andre forhold som angår dem selv og sin arbeidshverdag. På denne måten viser det seg at å lede leger er like vanskelig som det tradisjonelt har vært, og særlig vanskelig viser det seg når lederen er "underordnet" legene i rang (Flermoen 2001).

Den tilsynelatende velfungerende måten avdelingen drives og ledes på kan slik forstås som at legene aksepterer at avdelingen ledes av en sykepleier så lenge hun ikke blander seg nevneverdig inn i legenes praksis.

Avdelingssjefen har høy legitimitet blant sykepleierne og har hatt det hele tiden. Dette må ses i lys av profesjonskampen mellom leger og sykepleiere i forbindelse med profesjonsuavhengigheten på avdelingsledernivå. Sykepleierne jublet da en sykepleier ble ansatt som avdelingssjef, og derfor trengte hun ikke overbevise dem på noen måte. Hun hadde legitimitet i kraft av å være sykepleier. Dette kan også knyttes til at de identifiserer seg med avdelingssjefen både i forhold til kjønn og profesjon. Hun måtte imidlertid overbevise legegruppen, noe hun mener selv å langt på vei ha lykket med, men som jeg ikke kan konkludere med det siden jeg ikke har snakket med noen av legene.

Det ser ut til at det er skjedd en reell endring i ledelsesstrukturen ved avdelingen. Det er ingen tvil hos de ansatte, i hvert fall ikke hos mellomlederne, hvem som er sjefen og jeg har heller ikke funnet noe tegn til at den gamle modellen med flerdelt ledelse stadig dominerer. Dette kan skyldes at avdelingssjefen praktiserer generell ledelse,

men det er ikke sikkert at generell ledelse utelukkende er årsaken til dette. For det første har den tidligere avdelingsoverlegen, som var ortoped, sluttet ved sykehuset. For det andre ble ortopedisk avdeling skilt ut fra kirurgisk avdeling i forbindelse med reformen. Avdelingssjefen har også reflektert rundt dette spørsmålet og innrømmer at situasjonen nok kunne vært annerledes om avdelingsoverlegen fortsatt arbeidet på avdelingen.

”Jeg har av og til tenkt på at hvis han var her fortsatt, hvordan hadde det vært da? Men det ble jo av seg selv ryddet unna, fordi han sluttet her på sykehuset.”

- Avdelingssjef

Av analysen går det frem at avdelingsledelsen praktiserer generell ledelse i og med at lederen vier all sin tid til ledelsesfunksjonen. Likevel er det et stykke igjen før vi kan snakke om profesjonell avdelingsledelse, om vi noensinne kan det når; 1) lederen har helsefaglig bakgrunn og; 2) NPM ledelseskonsepter må konkurrere med en sterk og etablert sykehusinstitusjon der faglige tradisjoner dominerer.

Skifte av arketype?

Endringene i ledelsesstrukturen kan hevdes å være av radikal art, i den forstand at det ble ansatt en sykepleier som avdelingssjef. Overgangen til generell ledelse er også en endring som kan sies å være radikal. Til tross for at avdelingssjef er sykepleier og er sosialisert inn i den profesjonen, med dens verdigrunnlag, vil jeg hevde at hun et stykke på vei har fjernet seg fra sitt fag og inntatt en rolle som profesjonell leder. Jeg vil likevel ikke gå så langt som til å si at det er skjedd et skifte av arketype, men snarere at nye verdier er lagt til, med den begrunnelse at verdier i sykepleierprofesjonen ser ut til å være fundamentet i avdelingssjefens ”interpretive schemes”, noe de sosiale kostnadene hun opplever også er et eksempel på. Dette kan igjen bety at hun ikke har glemt omsorgsverdien som er en sentral verdi i sykepleierprofesjonen.

I dette caset vil jeg argumentere for at avdelingssjefen praktiserer en form for hybridledelse, jmf Kragh Jespersen (2005 a). Dette begrunner jeg med at hun i kraft

av å være sykepleierutdannet har sitt faglige fundament i den fagprofesjonelle verden, men at hun samtidig, gjennom sin tilleggsutdanning innen ledelse også har et faglig fundament i den generelle ledelsesverden. Jeg mener derfor at avdelingsleder i dette caset bevisst har bundet sammen de to verdenene og utviklet en ny ledelsestype som er preget av begge verdener på en slik måte at det her er snakk om hybridledelse, slik Kragh Jespersen (2005 a) og Llewellyn (2001) definerer den ledelsestypen.

Det sentrale i hybridledelse, hevder Kragh Jespersen (2005 a), er at hybridledere representerer noe mer konstruktivt og effektivt i forhold til utfordringene til ledelse i nåtidens profesjonelle organisasjoner.

Om utviklingen av avdelingsledelse i dette caset kan forstås som et skifte av arketype kan diskuteres. Argumentet for at dette ikke er uttrykk for et skifte av arketype er at det ikke er snakk om at grunnleggende verdier i lederens interpretive scheme er skiftet ut med nye verdier. Nye verdier er heller lagt til og balanserer på den måten de eksisterende fagprofesjonelle verdier. Så kan det stilles spørsmål om alt må være nytt for å kunne hevde at en arketype er erstattet av en ny. Som Cooper, Hinings, Greenwood og Brown (1996) poengterer, vil noen elementer av den gamle arketypen bestå og slik kan det argumenteres for at det har skjedd en endring snarere enn et skifte av arketype, ved at gammelt og nytt kombineres. Videre kan det kanskje argumenteres for at dersom denne formen for hybridledelse vil komme til å bli den dominerende ledelsesformen i fremtiden, vil det likevel kunne være snakk om et skifte av arketype. På denne bakgrunn er det i dette caset for tidlig å konkludere med at et skifte av arketype har funnet sted, men at det snarere kan forstås som en utvikling henimot hybridledelse.

Kapittel 10: Oppsummering av casene

Profesjonsuavhengigheten

Profesjonsuavhengigheten fikk ulikt utfall i disse to casene gjennom at det ved Avdeling 1 ble ansatt en lege, som på grunn av sin legepraksis ble ansatt som leder på deltid. Ved Avdeling 2 ble det ansatt en sykepleier som bruker all sin tid på ledelsesfunksjonen, med andre ord generell ledelse. Som jeg har forsøkt å vise i denne studien, har blant annet dette ført til store forskjeller i måten avdelingene drives og ledes på. Vi kan si at ledelsen ved Avdeling 1 har fortsatt i et tradisjonelt spor til tross for at reformens eksplisitte ønske og målsetting var å endre lederrollen henimot generell- og kanskje på sikt profesjonell ledelse. Når toppledelsen i case 1 valgte å ansette en lege som leder, og attpåtil i deltidstilling, fremstår altså faglig dyktighet som viktigste kriterie for å lede kirurgisk avdeling. Ved Avdeling 2 ble reformens ambisjoner i langt større grad imøtekommet gjennom å ansette en sykepleier med relativt høy lederkompetanse, og vi ser derfor at sykehusets toppledelse har lagt større vekt på generell ledelseskompetanse enn faglig dyktighet som viktigste kriterie for å lede kirurgisk avdeling.

Profesjonell ledelse ser ut til å være nåtidens ledelsesideal. Likevel vil jeg på bakgrunn av data fra denne studien argumentere for at det ennå er et langt stykke å gå før vi kommer dit hen at avdelingsledelse i norske sykehus ledes av rendyrkede profesjonelle ledere. Funn fra en annen norsk studie (Sveri 2004) støtter en slik konklusjon. Med ett unntak er det ingen av respondentene i denne undersøkelsen som tror at kirurgiske avdelinger i nær fremtid kan ledes av personer uten helsefaglig bakgrunn. Avdelingsledelse av en så faglig tung avdeling som en kirurgisk avdeling er, krever kjennskap til helsefag hevdes det, og jeg vil legge til at helsefaglig kunnskap også er en svært viktig legitimitetsfaktor i slike avdelinger. Derfor tror jeg at helsefaglig bakgrunn også i fremtiden vil være et viktig kriterie for å kunne lede kirurgiske avdelinger (jmf Llewellyn 2001; Kragh Jespersen 2005 a).

Det må nevnes at legene som har deltatt i studien i tillegg mener at kirurgisk avdeling bør ledes av en lege. Dette kan tolkes som at konflikten rundt profesjonsuavhengigheten på avdelingsledernivå ennå ikke er løst og at legeprofesjonen ikke har godtatt andre helseprofesjoner enn leger som avdelingsledere i norske sykehus.

Konklusjon:

Kravet til profesjonsuavhengighet i avdelingsledelse rokket ikke ved den tradisjonelle legedominansen i Avdeling 1, og en lege ble ansatt i deltidsstilling som leder. Dette må forstås slik at fagkunnskaper ble ansett som viktigste kriterie for å lede kirurgisk avdeling, til tross for reformatornes eksplisitte ønske om en utvikling av avdelingslederrollen henimot generell ledelse.

Gjennom ansettelsen av en sykepleier med tilleggsutdannelse innen ledelse, samt bred erfaring i ledelse, som avdelingssjef i Avdeling 2, må det forstås slik at ledelseskunnskaper ble ansett som viktigste kriterie for å lede kirurgisk avdeling. Dette samsvarer i høy grad med reformatornes ønske.

Faglig leder vs generell leder

Legelederen i case 1 definerer seg langt på vei som faglig leder gjennom sin definisjon som leder "by participating". Gjennom en slik definisjon er det vanskelig å se at han er leder for alle i avdelingen fordi han ikke utfører kliniske oppgaver i alle enheter i avdelingen. Han er også avdelingssjef for Avdeling Nord hvor han ikke har kliniske oppgaver i det hele tatt, og igjen, med hans definisjon av sin lederrolle lagt til grunn, kan jeg vanskelig se at han leder den delen av avdelingen i det hele tatt. Avdelingsledelsen er totalt sett usynlig, eller fraværende ved Avdeling 1, noe som blant annet gir seg utslag i at ledere av underenhetene tar beslutninger som ideelt sett burde vært diskutert med avdelingssjefen. Jeg finner også at disse lederne redigerer og fortolker beslutninger tatt ovenfra i en slik grad at resultatene blir ganske forskjellige fra det de var ment i utgangspunktet. Ved Avdeling 2 forstår avdelingssjefen seg som generell leder, og det kan se ut som at hun langt på vei har inntatt en ny lederrolle. Likevel finner jeg at hun i sitt kunnskapsgrunnlag har beholdt noen sentrale verdier fra sykepleierprofesjonen og det at hun ser det som viktig å ha helsefaglig bakgrunn for å være i stand til å forstå avdelingen, tyder på at hun ikke har glemt den kulturen hun gjennom sin sykepleierutdannelse er sosialisert inn i.

NPM-oppskriften på god ledelse innebærer en profesjonell holdning til ledelse. Det vil si at fagprofesjoner skal glemme sitt fag og innta rollen som profesjonelle ledere. I

denne studien kan det se ut til at det er langt vanskeligere for en lege å forlate sitt fag enn det er for en sykepleier. Dette kan forklares ved at leger som er ledere i stor grad også fortsetter å praktisere faget ved å ha kliniske oppgaver i tillegg til lederoppgaver. Investeringene i utdannelsesløp er i tillegg ulik for de to profesjonene. Legelederen har investert mange år av sitt liv på spesialistutdannelsen, noe som også kan hevdes å ha betydning for hvorvidt han kan tillate seg å innta rollen som profesjonell leder. I tillegg er også makten ulik mellom de to profesjonene, i den forstand at sykehuset i stor grad er avhengig av legens fagkunnskaper og at han utfører kliniske oppgaver. At legens praksis er viktig som inntektsgrunnlag for sykehuset, gir ham stor grad av makt. Sykepleierlederen i denne studien har lagt faget på hyllen til fordel for lederoppgaven. Slik blir det lettere å fjerne seg fra sitt fag og innta en ny lederrolle. Jeg har likevel argumentert for at sykepleierlederen ikke har inntatt en helt ny rolle, men heller en hybridrolle, på bakgrunn av at hun stadig har bevart sentrale verdier i sykepleierprofesjonen i sitt kunnskapsgrunnlag. En legeleder kan vanskelig glemme sitt fag fordi en opprettholdelse av fagkunnskap også er en viktig legitimitetsfaktor. I kjølvannet av dette knyttes det en større usikkerhet til sykepleierens situasjon. Hva skal hun gjøre dersom hun blir sagt opp eller sier opp selv? Legen kan gå tilbake til legegjerningen, noe legen i denne studien også har valgt å gjøre. Spørsmålet er om sykepleieren kan gjøre det samme når hun ikke har praktisert sykepleieryrket på mange år, men har vært leder på heltid.

Konklusjon:

I Avdeling 1 definerer avdelingssjefen seg innen det faglige ledelsesidealet, men noen økonomiske verdier er lagt til i hans kunnskapsgrunnlag.

I Avdeling 2 forstår avdelingssjefen seg langt på vei innen det profesjonelle ledelsesidealet, men hun har også beholdt sitt identitet som sykepleier. Jeg har derfor argumentert at hun i realiteten praktiserer hybridledelse, hvor den helsefaglige ledelsesverden kombineres med den generelle ledelsesverden.

Konsernlogikken

Det sentrale i konsernlogikken er skillet mellom det strategiske- og det operasjonelle nivå. Dette skal, i tillegg til enhetlig ledelse og totalansvar, gi økt beslutningseffektivitet. I begge case ser denne "oppskriften" ut til å fungere slik den var ment. Administrasjon og direktør er usynlige ute i avdelingene, noe som gjør direktør i stand til å fatte tøffe beslutninger og samtidig slippe å se de ansatte i øynene. Avstanden er også en viktig forutsetning for å vurdere om avdelingene og enhetene fungerer optimalt i forhold til mål. Konsernlogikken, som er basert på å redusere belastningen på toppledelsen, skal gi frihet til underenhetene til å finne og gjennomføre tiltak for å nå målene som settes av toppledelsen. Jeg har funnet at ingen av avdelingslederne i caseavdelingene har en slik frihet og det ser ut til at det i hovedsak er de stramme budsjetttrammene som legger begrensninger på avdelingssjefenes handlingsrom. For avdelingsledelse er en slik avstand som toppledelsen har til underenhetene langt vanskeligere å få til. Avdelingssjefene i disse to casene opplever et større press etter foretaksorganiseringen på bakgrunn av at deres roller kommer i et spenningsfelt mellom direktør og underenheter. Når beslutningene blir tøffere, kravene til effektivitet og sparing blir større og avdelingssjefene blir de som skal være direktørens forlengede arm og finne tiltak for å gjennomføre stadig tøffere beslutninger, øker presset på avdelingsledernivå. Det er de som må ta de sosiale kostnadene med dette. De sosiale kostnadene ser ut til å være større for sykepleieren enn for legen. Dette kan knyttes til omsorgsverdien i sykepleieprofesjonen, men det kan nok også knyttes til kjønn. I tillegg kan det koples til at legesjefen heller ikke er så synlig i avdelingen som sykepleiersjefen er. Det er tydelig i begge case at avdelingssjefene er svært lojale oppover i systemet. Jeg har argumentert med at dette må ses i sammenheng med eneansvaret og at det i et overlevelsesperspektiv er nødvendig å være lojale oppover for å beholde stillingene sine, selv om avdelingssjefen som er lege, på bakgrunn av sykehusets faglige og økonomiske avhengighet til ham, sannsynligvis sitter tryggere i sin stilling enn sykepleieren. I tillegg har jeg funnet at i Avdeling 1 har informasjon nedenfra en tendens til å stoppe opp hos avdelingssjefen og jeg har argumentert for at han slik fungerer som et slags skjold for direktør, samtidig som han beskytter sin egen lederstilling.

Konklusjon:

Reformen har ført til større avstand mellom toppledelsen og det operative nivå i avdelingen. Dette samsvarer med konserlogikken som underliggende logikk i foretaksmodellen. Grunnlaget for å ta tøffe beslutninger på toppledernivå blir bedre gjennom en slik geografisk og sosial avstand. En slik avstand er vanskeligere å få til for avdelingslederne, som blir sittende i et spenningsfelt mellom kravet til lojalitet oppover i systemet og forventningen om å være sine ansattes talsmann. I vanskelige økonomiske tider, med fokus på økonomisk effektivitet og krav om innsparinger for å holde budsjett er store, øker presset på avdelingslederne. Dette medfører også sosiale kostnader for dem, fordi det er avdelingssjef som må gjennomføre tøffe tiltak i avdelingen for å imøtekomme toppledernes mål. De sosiale kostnadene er imidlertid større for avdelingssjefen i Avdeling 2.

Enhetlig ledelse

Når det gjelder enhetlig ledelse er det ulike holdninger til dette. Ved Avdeling 1 er holdningene delt mellom Avdeling Sør og Avdeling Nord. I Sør er de positive, mens de i Nord ønsker seg tilbake til todelt ledelse. Nords ønske kan ses i sammenheng med at de i dag deler avdelingssjef med Sør, noe de også ønsker skal opphøre. Avdeling Nord har likevel todelt ledelse som følge av avdelingssjefens delegering av ledelsesoppgaver til en sykepleier og en overlege, med den forskjell at de mangler makt og beslutningsmyndighet. Ved Avdeling Sør er det interessant at selv om respondentene uttrykker positivitet til enhetlig ledelse og totalansvaret, er det ønskelig med avlastning av flere administrative oppgaver. Dette kan tyde på at enhetlig ledelse har ført til at aktørene opplever at de er i besittelse av mer makt når de er alene om ansvaret. Ved Avdeling 2 er de seg totalansvaret bevisst, og her har jeg ikke funnet at det er ønskelig med avlastning. Alt i alt ser det ut til at enhetlig ledelse ikke har ført til hverken mer eller annerledes ledelse i Avdeling 1, mens det i Avdeling 2 er en merkbar endring i måten det ledes på. Avdelingen ledes både mer og bedre i følge respondentene, noe som kan forklares med at det praktiseres generell ledelse. Jeg må igjen presisere at i utvalget av respondenter i Avdeling 2, inngår det ingen leger, og derfor kan jeg ikke entydig konkludere med at det er blitt bedre ledelse i denne avdelingen. Den lave graden av ledelse i Avdeling 1 må i stor

grad tilskrives det faktum at avdelingssjefen kombinerer kliniske oppgaver med lederoppgaver.

Konklusjon:

Enhetlig ledelse har ikke ført til vesentlige endringer i måten Avdeling 1 ledes på, annet enn at avdelingssjefen har totalansvaret.

I Avdeling 2 har enhetlig ledelse ført til klarere ansvarslinjer og tilsynelatende også bedre ledelse. Uansett har enhetlig ledelse i denne avdelingen ført til en praksis med generell ledelse, noe som ser ut til å ha en positiv effekt i avdelingen.

Skifte av arketype?

Et skifte av et profesjonelt arketypisk felt forutsetter radikale endringer i feltet og innebærer blant annet at grunnleggende verdier i den profesjonelle arketypens helsefaglige fortolkningskjema skiftes ut. I denne studien har jeg forsøkt å beskrive og forstå avdelingsledelse i norske sykehus. Jeg mener å ha funnet at lederens selvforståelse i Avdeling 1 er forankret i det faglige ledelsesidealet, men samtidig er noen verdier fra den økonomiske logikken lagt til. Jeg har argumentert for at dette må forstås i et overlevelsesperspektiv og samtidig har jeg tolket det som at enhetlig ledelse og totalansvaret må sies å være en medvirkende årsak til at økonomiverdier er lagt til. På bakgrunn av dette kan jeg ikke si at et skifte av ledelsesarketype har funnet sted, men at det snarere er snakk om at nye verdier er kommet til.

I Avdeling 2 kan endringene i ledelsesstrukturen hevdes å være av radikal art. Jeg vil likevel ikke gå så langt som til å si at det er skjedd et skifte av ledelsesarketype, men snarere at ny arketype er lagt opp på den gamle.

I dette caset vil jeg argumentere for at avdelingssjefen ikke har antatt en ny faglig identitet, men at hun i realiteten praktiserer hybridledelse. Dette begrunner jeg med at hun i kraft av å være sykepleierutdannet har sitt faglige fundament i den profesjonelle verden, men at hun samtidig, gjennom sin tilleggsutdanning innen ledelse, samt at hun har lang ledererfaring, også har et fundament i den generelle ledelsesverden. Jeg mener derfor at avdelingsleder i dette caset har bundet sammen

de to verdenene og utviklet en ny ledelsestype som er preget av begge verdener på en slik måte at det her er snakk om hybridledelse, slik Kragh Jespersen (2005) og Llewellyn (2001) definerer den ledelsestypen.

Konklusjon:

Det har ikke skjedd et skifte av arketype i Avdeling 1. Avdelingssjefen praktiserer faglig ledelse, men noen økonomiverdier er kommet til og temmer de eksisterende verdiene i det faglige ledelsesidealet.

I Avdeling 2 er det for tidlig å si om det har skjedd et skifte av arketype.

Avdelingslederrollen har utviklet seg, men ikke slik at hun har inntatt en ny faglig identitet. Hun praktiserer generell ledelse, men har samtidig sitt identitetsgrunnlag i sin fagprofesjon. På denne måten praktiseres det hybridledelse i Avdeling 2.

Avslutning

NPM-inspirerte ideer har vanskelig for å slå igjennom og oppnå legitimitet i forhold til profesjonelle i sykehus. Samtidig er det klart at den klassiske fagprofesjonelle leder som konsentrerte seg om faglig ledelse av drift, ikke lengre er tilstrekkelig i forhold til de kvalifikasjoner som kreves av ledere i fagprofesjonelle organisasjoner (Kragh Jespersen 2005 a). Økte ledelsesoppgaver parallellt med enhetlig ledelse og totalansvar på avdelingsledernivå har slik ført til økt behov for kunnskap om generell ledelse. I denne studien av to kirurgiske avdelinger, som er ledet av henholdvis en lege og en sykepleier, viser det seg at avdelingsledelse i norske sykehus i dag krever ledelse i fulltidsstilling. Dette betyr at det vil bli stadig vanskeligere å kombinere legefaget med ledelse i fremtiden. Det viser seg at det er lettere for en sykepleier å forlate sin profesjon og innta rollen som generell leder enn det er for en lege å gjøre det samme, skjønt det kan diskuteres hvorvidt det i det hele tatt er mulig å forlate en profesjon man er sosialisert inn i. Dette kan igjen bety at leger vil få mindre tilgang til lederstillinger i norske sykehus enn andre helsefagprofesjoner. Dette kan bety slutten på legenes dominans i dette feltet. Likevel ser det ikke ut til at det vil bli en rendyrket profesjonell ledelse fordi helsefaglig bakgrunn anses som svært viktig for å lede en

sykehusavdeling. Helsefag er ikke minst en særdeles viktig legitimitetsfaktor. Derfor tror jeg at avdelingsledelse i fremtiden vil bestå av ledere med bakgrunn i helsefag, men med tilleggsutdannelse innen ledelse, fordi det slik Llewellyn (2001) hevder, er lettere for en helsefagutdannet å tillegne seg kunnskap om ledelse enn en generell leder å tilegne seg kunnskap om helsefag.

Det kan, som Kragh Jespersen (2005 a) sier, være behov for å utvikle en tredje vei, hvor lederen har sitt faglige fundament både i den profesjonelle verden og i den generelle ledelsesverden, og hvor ledelsesoppgaven vil være å binde sammen de to verdenene og utvikle nye praksisformer preget av begge verdener (Kragh Jespersen 2005 a). Det er nettopp den unike posisjon som deltakere i to verdener som gir mulighet for å utvikle nye praksisformer på tvers av de to verdener, sier Kragh Jespersen (2005). Hybridlederens fordel er at de har lettere for å oppnå legitimitet for deres beslutninger blant profesjonelle enn det generelle ledere har. Dermed kommer legitimiteten til å spille en særlig rolle i ledelse av profesjonelle organisasjoner (Kragh Jespersen 2005 a).

Litteraturliste

Borum, Finn (1999): *Perspektiver på forandringsprosesser i sundhets- og sygehusfeltet*. I Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Gudbjørg Erlingsdóttir og Kerstin Sahlin-Andersson (1999) (red): *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Byrkjeflot, Haldor (1997): *Fra ledelse til management?* I Haldor Byrkjeflot (1997) (red): *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Cooper, D. J., Hinings, C. R., Greenwood, R. & Brown, J. L. (1996): *Sedimentation and Transformation In Professional Service Firms*. Organization Studies.

Erichsen, Vibeke (1996): *Profesjonenes forhold til hverandre*. I Vibeke Erichsen (1996) (red): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Tano Aschehoug.

Eriksen, Erik O. (1997): *Kommunikativ ledelse*. I Haldor Byrkjeflot (1997) (red): *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Flermoen, Solveig (2001): *Søkelys på organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Fostervold, Knut A. og Gammelsæter, Hallgeir (2004): *Departement Management in a Reformed Hospital*; Paper til FLOS konferens Reform-, Ledelses- og Organiseringsprosesser i Sundhedsvæsenet, 2.12.2004. Ikke publisert.

Greenwood, Royston and Hinings, C. R. (1993): *Understanding Strategic Change: The Contribution of Archetypes*. Academy of Management Journal; Oct 1993; 36,5; ABI/INFORM Global pg. 1052.

Hellevik, Ottar (1999): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobsen, Dag Ingvar (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Kragh Jespersen, Peter (2005 a): *Den tredje vej? Generalister, fagprofessionelle eller hybridledere som fremtidens ledere i sygehuse?* The 18th Scandinavian Academy of Management (NFF) meeting at Aarhus School of Business in Denmark on 18th-20th August 2005.

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

Kvale, Steinar (1990): *Det kvalitative interview*. I Andersen, Ib. (1990) (red): *Valg af organisationssociologiske metoder*. Samfundslitteratur.

Llewellyn, Sue (2001): *Two-Way Windows: Clinicians as Medical Managers*. *Organization Studies*, 2001, 22/4.

Meyer, John W. and Rowan, Brian (1977): *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*. Stanford University

Mintzberg, Henry (1981): *Organization design: Fashion or Fit?* *Harvard Business Review*, Jan/Feb. 81.

Myhre, Anne Mia (2004): *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus - Påvirkning på avdelingslederrollen*. Masteroppgave. Høgskolen i Agder.

Nyeng, Frode (2002): *Etikk og økonomi*. Oslo: Abstrakt forlag.

Ramsdal, Helge og Skorstad, Egil J. (2004): *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Rapley, Tim (2004): *Interviews*. I Seale, Gobo, Gubrium & Silverman (2004) (eds): *Qualitative Research Practice*. Sage Publications London, Thousand Oaks, New Delhi.

Ryen, Anne (2002): *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Ryen, Anne (2004): *Ethical Issues*. I Seale, Gobo, Gubrium & Silverman (2004) (eds.): *Qualitative Research Practice*. Sage Publications London, Thousand Oaks, New Dehli.

Skjöld Johansen, Monica (2005): *Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet*. Notat 16 - 2005, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetsforskning Bergen.

Sognstrup, Hanne (2003): *Professionelle i afdelingsledelse*. P.h.d.afhandling. Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet.

Sommervold, Wenche (1997): *Ledelse i sykepleien - en strategi for profesjonalisering*. I Haldor Byrkjeflot (1997) (red): *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Strand, Torodd (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Sveri, Torgeir (2004): *Strukturer og reformer - en kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. Hovedoppgave. Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen. Rokkansenteret, notat 25 - 2004.

Torjesen, Dag Olav og Gammelsæter, Hallgeir (2004): *Management Between Autonomy and Transparency in the Enterprise Hospital*. Working Paper 1 - 2004, Stein Rokkan Centre for Social Studies, Unifob AS.

NOU 1997: *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Ot.prp. nr 66 (2000-2001): *Om lov om helseforetak m.m.* Oslo. Det Kongelige Sosial og helsedepartementet.

www.helse-midt.no

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 sykehus : sett i lys av erfaringar med sykehusreforma*. 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