

ATM

Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Anne Mia Myhre

Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus - Påvirkning på avdelingslederrollen

ATM – Skriftserie
Nr. 5 - 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.

Innhold

FORORD.....	2
SAMMENDRAG.....	3
1. EMNEVALG OG TEMATISK FOKUS	8
1. 1. Tema. Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus	8
1. 2. Problemstilling	8
1. 3. Teoretisk perspektiv	9
1. 3. 1. Kontekstmodell for ledelse.....	9
1. 3. 2. Institusjonelle betingelser for ledelse.....	9
1. 3. 3. Ledelse som et sett av roller.....	10
1. 4. Historikk om gjennomføring av enhetlig ledelse i Sykehuset.....	10
1.5 Oppgavens sekvenser og innhold.....	12
2. METODISK TILNÆRMING	12
2. 1. Problemstillingen	12
2. 2. Forskningsdesign.....	13
2. 3. Begrunnelse for valg av metode.....	13
2. 4. Forskningsprosessen.....	14
2. 5. Undersøkelsesopplegget.....	14
2. 5. 1. Åpne dybdeintervju	14
2. 5. 2. Det naturalistiske intervjuet	14
2. 5. 3. Respondent- og informantintervju	15
2. 6. Valg av respondenter.....	15
2. 7. Intervjuguide	16
2. 8. Gjennomføring av undersøkelsen.....	17
2. 8. 1. Forarbeid	17
2. 8. 2. Åpning.....	17
2. 8. 3. Hovedfasen.....	17
2. 8. 4. Avslutningsfasen	18
2. 9. Intervjuadferd og forskereffekter	19
2. 9. 1. Relasjonen mellom forskeren og respondentene.....	19
2. 9. 2. Intervjuatferd og forskereffekter	20
2. 9. 3. Valg av forskerrolle.....	21
2. 10. Analyse av data	22
2. 10. 1. Analyse prosessen	22
2. 10. 2. Gjennomføring av analysen	22
2. 10. 3. Kvalitetssikring av data.....	23
2. 11. Etikk og forskning.....	24
3. BETINGELSER OG HANDLINGSROM FOR LEDELSE.....	25
3. 1. Hva er ledelse?	25
3. 2. Særtrekk ved lederrollen	25
3. 3. Kontekstmodell for ledelse.....	27
3. 4. Den nasjonale norske kulturen	27
3. 5. Offentlig sektor	28

3. 6. Ledelsestradisjoner ved norske sykehus	29
3. 6. 1. Legeledelse.....	29
3. 6. 2. Todelt ledelse	30
6	
3. 6. 3. Enhetlig ledelse	30
3. 6. 4. Oppsummering	30
3. 7. Sykehus som fagbyråkrati	31
3. 8. Endring av ledelse i sykehus - Fra ledelse til management?.....	32
3. 8. 1. Bruker/borger fokusering	33
3. 8. 2. En profesjonalisering av lederrollen	33
3. 8. 3. Autonomi og desentralisering av ansvar	34
3. 8. 4. Indirekte kontroll.....	35
3. 8. 5. Inkonsekvente og motstridende reformer.....	36
3. 9. Handlingsrom for ledelse	37
3. 9. 1. Muligheter og grenser	37
3. 9. 2. Begrensninger i handlingsrommet.	38
3. 10. Betydningen av alder og kjønn.....	39
3. 10. 1. Betydningen av alder.....	39
3. 10. 2. Betydningen av kjønn.....	40
3. 11. Stillingsnivå.....	42
3. 12. Vektlegging av personlige egenskaper og egnethet	43
3. 13. Endring av avdelingsledernes handlingsbetingelser	45
4. INSTITUSJONELT FORMIDLEDE REFORMER.....	45
4. 1. Institusjonelt formidlede reformkrav.	45
4. 2. Den institusjonelle reformprosessen.	45
4. 2. 1. Innføring av reformen.	46
4. 2. 2. Fra fagleder til profesjonell leder.	47
4. 2. 3. Vil reformen føre til endring av avdelingslederrollen?	48
4. 3. Strategiske responser på institusjonalisering.....	49
4. 4. Dekobling	49
4. 5. Styring ovenfra mot styring nedenfra.....	51
4. 6. Endring av ledelses betingelser.	52
4. 7. Sykepleiernes omsorgslogikk.....	54
4. 8. Motstand mot profesjonsfri avdelingsledelse.....	55
4. 9. Innovasjon og inkrementalisme.	57
4. 10. Fører reformen til endring av atferd?	58
5. LEDELSE SOM ET SETT AV ROLLER	60
5. 1. Endring av avdelingslederrollen.....	60
5. 2. Ledelse som et sett av roller.....	61
5. 3. Produsentrollen.....	63
5. 3. 1. Fokus i produsentrollen.....	63
5. 3. 2. Rollemotsetninger	64
5. 3. 3. Styring nedenfra mot styring ovenfra.....	65
5. 3. 4. En integrering av normer?.....	66
5. 3. 5. Egen faglig aktivitet	69
5. 3. 6. Profesjonsfri avdelingsledelse.....	70
5. 3. 7. Oppsummering	71

5. 4. Integratorrollen.....	71
5. 4. 1. Fokus i rollen.....	71
5. 4. 2. Dilemmaer og motsetninger	73
5. 4.3. Oppsummering	74
5. 5. Entreprenørrollen	75
5. 5. 1. Fokus i entreprenørrollen	75
5. 5. 2. Entreprenørrollens funksjon.....	77
5. 5. 3. Oppsummering	77
5. 6. Administratorrollen	77
5. 6. 1. Fokus i administrasjonsrollen.....	77
5. 6. 2. Motsetninger og dilemmaer	78
5. 6. 3. Innsyn	79
5. 6. 4. Oppsummering	81
5. 7. Rollemotsetninger og ulike hatter	81
5. 8. Frustrasjoner og motstand	83
5. 8. 1. De frustrerte.....	83
5. 8. 2. De endringsorienterte	85
5. 8. 3. Å finne en balanse	85
6. OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER.....	86
6. 1. Fagbyråkratiet.....	86
6. 2. Utforming av avdelingslederrollen.....	87
6. 3. Avdelingsledelse mellom styring ovenfra og styring nedenfra.....	88
6. 4. Konklusjoner	89
LITTERATURLISTE	92
INTERVJUGUIDE	94
INTERVJUGUIDE NR. 1.....	94
INTERVJUGUIDE NR. 2.....	94
INTERVJUGUIDE NR. 3.....	95

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

Denne oppgaven danner avslutningen på masterstudiet i offentlig administrasjon ved Høgskolen i Agder våren. Fra oppstart i 2002 og videre gjennom hele masterstudiet har jeg fokusert på emnet ”omstillingen til enhetlig ledelse i sykehus”. Dette er et tema som har interessert meg lenge. Arbeidet med oppgaven har vært et vært både krevende og spennende. Jeg håper derfor at dette arbeidet også kan være til nytte for andre.

Jeg vil benytte anledningen til å takke ledelsen ved Sykehuset som stilte seg positive til prosjektet og dermed gjorde det mulig for meg å gjennomføre det. Videre vil jeg takke alle avdelingsledere og de ulike informanter som villig har delt sin erfaring og gitt meg mye interessant empiri å jobbe videre med.

Til slutt vil jeg takke min veileder Dag Olav Torjesen som har vært til stor hjelp og faglig støtte underveis.

Kristiansand juni 2004

Anne Mia Myhre

SAMMENDRAG

Tema i denne studien er omstilling til enhetlig ledelse i sykehus. Problemstillingen fokuserer på reformen om enhetlig ledelse og den påvirkningen den har hatt på avdelingslederrollen. Målsettingen med undersøkelsen er å avdekke om reformen har ført til en endring av denne rollen med hensyn til innhold, normer og atferd.

De forskjellige avdelingslederne tilpasser seg i ulik grad til reformene. I sin tilpasning til rollen synes de å ligge på en glidende skala, fra de som fortsatt gjør det mye som før, til de som har endret rollen betydelig. Forenklet kan denne tilpasning til reformen sies å være todelt. Hos noen er det en tydelig frustrasjon over og en delvis motstand mot reformene, samtidig som det synes å foreligge en dekobling. Dette kan tolkes som et uttrykk for at reformen ikke har ført til endring av atferd og at noen avdelingsledere derfor har beholdt normene til den tradisjonelle faglederen uendret. For denne gruppen synes også konflikten mellom styring ovenfra og styring nedenfra å ha blitt forsterket. Dette kan ha gjort det vanskelig for dem å balansere de motstridene normene fra den økonomiske og den medisinske logikken.

Flertallet av avdelingslederne gir imidlertid uttrykk for at de på mange måter støtter endringene, uten at de nødvendigvis er enig i alt. Denne gruppen synes å ha en rolleutforming som i større grad harmonerer med intensjonen i reformen, slik den er beskrevet i NOU 1997:2 "Pasienten først!". Det kan derfor tyde på at reformen også har ført til endring av atferd.

De synes også i større grad å ha integrert den økonomiske og den medisinske logikken i sin lederrolle. Dette kan ha gitt dem et enklere utgangspunkt for å balansere de ulike forventningene i konflikten mellom styring ovenfra og styring nedenfra. De fremstår derfor som mer tilfredse og mer endringsorienterte, enn den andre gruppen.

Samlet sett kan man si at reformen om enhetlig ledelse har ført til endring av atferd hos noen avdelingsledere, mens den hos andre har ført til motstand og dekobling.

Anne Mia Myhre har mastergrad fra 2004 med masteroppgave fra Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag ved Høgskolen i Agder. Denne rapporten er en nytgivelse av Myhres masteroppgave som ble skrevet i tilknytning til ATM – prosjektet.

1. EMNEVALG OG TEMATISK FOKUS

1. 1. Tema. Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus

Tema i denne undersøkelsen er omstilling til enhetlig ledelse i sykehus. Valg av tema har sitt utgangspunkt i reformen om enhetlig ledelse, slik den er beskrevet i NOU 1997:2 "Pasienten først! – Ledelse og organisering i sykehus" og fokuserer på den omstillingsprosessen som denne har ført til i sykehus. Teori knyttet til omstilling og endring i offentlig sektor har vært en viktig del av masterstudiet i offentlig administrasjon. Temaet harmonerer derfor godt med det teoretiske fundamentet i studiet.

Reformen om enhetlig ledelse er en formell, strukturell reform som har til hensikt å endre etablerte lederroller i sykehus. Gjennom begreper som totalansvar og resultatansvar er det lagt til rette for en vesentlig endring av lederrollen på alle nivå i sykehus. Det er imidlertid ingen automatisk sammenheng mellom det å innføre en reform og endring av atferd. Det er derfor interessant å se om det har skjedd eller skjer en endring av lederrollen i tråd med intensjonen i reformen.

1. 2. Problemstilling

Etter valg av tema avgrenset jeg dette til å gjelde avdelingsledelse i sykehus. Dette ble så videre avgrenset til et bestemt sykehus.

Det foreligger begrenset med forskning og litteratur på det avgrensede området. Ut fra et ønske om større forståelse for emnet og med basis i ulike teorier om omstilling og endring i offentlig virksomhet fra masterstudiet, kom jeg frem til følgende problemstilling:

På hvilken måte har reformen om enhetlig ledelse endret avdelingslederrollen?

I sin grunnleggende form er undersøkelsen eksplorativ og induktiv. Det innebærer at hypoteser også kan utvikles underveis. Gjennom analyse av data håpet jeg å finne ut om reformen om enhetlig ledelse har påvirket og endret avdelingslederrollen.

Når man skal gå i gang med en forskningsoppgave, har man en lang og krevende prosess foran seg. For ikke å bli motløs er det derfor viktig at man har en egen motivasjon i denne prosessen. Min motivasjon og drivkraft er at dette gjør meg nysgjerrig.

1. 3. Teoretisk perspektiv

Det er vanskelig å endre etablerte lederroller i offentlig virksomhet, fordi disse utformes, endres og utøves i et komplisert samspill mellom individuelle faktorer, organisasjonsforhold, kulturelle faktorer og beviste reformtiltak (Christensen og Læg Reid 2002). Jeg har derfor i denne undersøkelsen valgt å ta utgangspunkt i et kulturelt - institusjonelt perspektiv på ledelse, hvor ledelse utøves gjennom et sett av roller med gitte forutsetninger, begrensninger og muligheter. Dette perspektivet faller innenfor begrepet normative teorier om ledelse. Hvor man ser på organisasjoner som subjektive sosiale konstruksjoner, organismer som tilpasser seg et miljø, hvor overlevelse, tilpasning og normer er viktige faktorer (Strand 2001).

1. 3. 1. Kontekstmodell for ledelse

Det ikke gir mening å diskutere ledelse på et generelt grunnlag, uten å ta hensyn til hva som skal ledes og under hvilke betingelser dette skal skje (Strand 2001). Jeg velger derfor å ta utgangspunkt i Strand (2001) sin kontekstmodell for ledelse i denne undersøkelsen. Denne modellen bygger på følgende definisjon av ledelse (Strand 2001:11):

” Ledelse som funksjon må forståes i sammenheng med de organisasjonsformene, sektorene og kulturene ledere er satt inn i”

Dette er en forståelse for ledelse som innebærer at lederroller ikke bare endres av reformer, men også av den enkelte lederens bakgrunnsegenskaper og den konteksten vedkommende befinner seg innenfor (Christensen og Læg Reid 2002).

1. 3. 2. Institusjonelle betingelser for ledelse

Nyinstitutionell teori kan i denne sammenheng være en god forståelsesramme fordi den fokuserer på institusjonelt formidlede reformkrav, hvordan reformer oppstår i organisasjonenes omgivelser, samt hvordan de så taes opp og bearbeides/ tilpasses i den enkelte institusjon (Kragh Jespersen 2001). Gjennom sine medlemmer er institusjoner bærere av meninger, normer og forestilninger. Dette er en langvarig prosess hvor institusjoner former sin egen identitet med sine egne tradisjoner, normer og verdier ikke bare ut fra hva den gjør, men også ut fra hva den er for sine medlemmer og omgivelsene.

I et institusjonelt perspektiv kan man se forsøk på å gjennomføre reformer som en kulturell strid om normer, ulike oppfatninger av hva som er virkeligheten, symboler og legitimitet

(Brunsson og Olsen 1990). Denne teorien er derfor særlig egnet til å analysere gjennomføringen av NPM elementer i sykehus. Jeg vil i midlertidig ikke gå inn på alle aspektene ved NPM bølgen, men avgrense meg til å fokusere på enhetligledelse som reform.

1. 3. 3. Ledelse som et sett av roller

Et kulturelt – institusjonelt perspektiv på roller handler om hvordan tradisjoner, uformelle strukturer, normer og verdier virker inn på utforming av lederroller og utøvelse av disse for offentlige ledere (Christensen og Læg Reid 2002). I tråd med dette har jeg valgt følgende definisjon av roller (Strand 2001:338):

”En rolle utgjøres av summen av de normene som knytter seg til en posisjon”.

Begrepet rolle synliggjør den sammenhengen som eksisterer mellom person, posisjon og organisasjon. Det er derfor et nyttig instrument med hensyn til å analysere lederskap.

Ut i fra følgende typiske lederroller vil jeg forsøke å danne meg et bilde av hvordan den enkelte avdelingsleder beskriver og forstår sin rolle: Administrator, produsent, entreprenør og integrator (Strand 2001).

1. 4. Historikk om gjennomføring av enhetlig ledelse i Sykehuset.

På bakgrunn av føringen om enhetlig ledelse, slik den fremkommer i NOU1997:2 ”Pasienten først”, vedtok Sykehuset¹ tidlig å innføre reformen om enhetlig ledelse. Dette førte til mye uro, konflikter og motstand mot samarbeid på flere avdelinger. Det samme skjedde på også på andre sykehus de første årene etter at reformen var blitt innført. Det var derfor også en del avisoppslag i tilknytning til innføringen av den reformen både i lokalt og nasjonal presse.

Prosessen med å innføre enhetlig ledelse ved Sykehuset startet sommeren 1997 etter at Fylkestinget vedtok å innføre denne ledelsesformen. Som forberedelse startet man høsten 1998 et omfattende lederutviklingsprogram, mens selve iverksettelsen var satt til januar 2000. Dette viser at Sykehusets ledelse var aktivt med som pådrivere i denne reform prosessen. De var i forkant av utviklingen og innførte formen lenge før det ytre presset tilsa at dette var unngåelig.

¹ I denne masteroppgaven vil dette sykehuset bli skrevet med stor bokstav som Sykehuset

I et internt notat fra en person i Sykehusets ledergruppe beskrives gjennomføringen av enhetlig ledelse på Sykehuset som:

” å gå gjennom et variert landskap uten kart og kompass. Vi visste hvor vi skulle, men ikke hvilke hindringer som skulle møte oss, og om vi klarte å komme i mål til avtalt tid. Samtidig hadde vi en følelse av at fjellvettreglen om å snu i tide, ikke hadde noen gyldighet.”

Dette utsagnet viser at man innførte reformen om enhetlig ledelse avdelingsledelse på Sykehuset uten at man på forhånd viste hvordan man skulle komme dit på best mulig måte. I intervjuene kommer det fram at det var særlig uheldig for den videre prosessen at stillingene ikke ble utlyst bredt, slik at man fikk en intern kamp mellom oversykepleier og avdelingsoverlege om stillingen. Dette førte til mye uro, konflikter og protester, særlig på enkelte avdelinger.

Videre var det uheldig at de nye stillingsinstruksene som regulerte innholdet i de ulike stillingene først ble utformet etter at stillingene var besatt. I tillegg mente flere at det i prosessen hadde vært flere agendaer og andre underliggende motiver enn innføringen av enhetlig ledelse. Det ble her vist til et ønske fra toppledelsen om å være de første som fikk avdelingsledere som var sykepleiere og da helst også kvinner.

Innholdet i stillingsbeskrivelsen ble imidlertid utformet i tråd med presiseringen av enhetlig ledelse² og lister opp avdelingslederens hovedoppgaver, samt deres ansvar for ledelse, policy/strategi, personalledelse, primæraktivitet og resultat. Dette var en endring av stillingen med hensyn til innhold, fokus og legitimitet som innebar en stor utfordring for den enkelte avdelingslederen til å bestemme hvordan vil de selv ville utvikle denne nye rollen.

Selv om intensjonene i avdelingsledernes stillingsinstrukser er helt klare, er de i seg selv ingen garanti for at endringen, slik den fremkommer på papiret, er reell og synlig i dagens praksis. Spørsmålet blir da om det har skjedd en endring av avdelingslederrollen på sykehuset og i så fall hvilken endring. Dette var det spørsmålet som intervjuene forhåpentligvis ville gi svar på.

² Lov om spesialisthelsetjenesten (1999), lov om helsepersonell (1999) og lov om helseforetak (2001)

1.5 Oppgavens sekvenser og innhold

Kapittel 1 inneholder en kort presentasjon av oppgavens tema, problemstilling, teoretiske perspektiv og det aktuelle sykehuset i undersøkelsen. Kapittel 2 redegjør for valg av metode og ulike aspekter ved gjennomføring av undersøkelsen, samt mulige forskningseffekter og etikk. Kapittel 3 tar teoretisk utgangspunkt i en konteksttilnærming til ledelse og analyserer empiriskdata i relasjon til denne teorien. Kapittel 4 har et institusjonelt teoretisk perspektiv på ledelse og analyserer empiriskdata i relasjon til denne teorien. Kapittel 5 kombinerer teori og dataanalyse fra kapittel 3 og kapittel 4 med et teoretisk perspektiv på lederroller og analyserer så empiri med bakgrunn i disse perspektivene. Kapittel 6 inneholder en oppsummering av funn og konklusjonene i oppgaven.

2. METODISK TILNÆRMING

2. 1. Problemstillingen

I de fleste prosjekter har man både begrenset med tid og ressurser. Det er derfor viktig at problemstillingen er forskbar. I utformingen av problemstillingen bør det være et mål å avgrense den, slik at man sier mye om lite. I følge Ryen (2002) kan problemstillingen aldri bli for liten. Målet med problemstillingen er at den skal hjelpe forskeren underveis i prosessen og bidra til et vellykket gjennomført prosjekt. En vid problemstilling er svært krevende og kan være vanskelig å få i havn. Det kan derfor være et godt råd å formulere den i en setning. Dette har jeg forsøkt å ta hensyn til i utforming av denne problemstillingen:

På hvilken måte har reformen om enhetlig ledelse endret avdelingslederrollen?

Underveis brukte jeg denne problemstillingen som en veiviser til å korrigere kursen. Det arbeidet jeg hadde gjort med hensyn til problemstillingen viste seg å være nyttig.

Ryen (2002:27) sier at *"et vellykket prosjekt starter med en god problemstilling"*. Med dette viser hun at valg av forskningsmetode alltid må ta utgangspunkt i problemstillingen, ikke i hvilken metode man har lyst til å prøve ut. Vi kan si det slik at temaet er det området som skal belyses, problemstillingen viser oss retningen vi skal lyse i innenfor området, mens metoden eller forskningsdesignet er selve lyskasteren. Spørsmålet er derfor ikke hvilke metode som er

den beste metoden, men hvilke metode som er best egnet til den konkrete oppgaven vi står overfor.

2. 2. Forskningsdesign

All samfunnsvitenskapelig forskning har som mål å bidra til en bedre forståelse av det samfunn vi lever i ved at man ser på hvordan enkelte mennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler innen for sine rammer (Holme og Solvang 1998).

Innen metode eller forskningsdesign skiller teorien mellom to hovedformer for metodisk tilnærming, de kvalitative og de kvantitative metodene. Noe forenklet kan man si at kvalitativ metode fokuserer mot få enheter, gir en bred beskrivelse og sier ”mye om lite”, mens man i kvantitativ metode fokuserer mot mange enheter, utbredelse, antall og mengde av et fenomen. Kvalitative metoder er fleksible og kan gi forståelse av sosiale prosesser og sammenhenger ved at den får frem totalsituasjonen. Dette gjør imidlertid sammenligning av data fra de ulike enhetene vanskelig. Kvantitative metoder er strukturerte og kan anvendes til statistisk generalisering, mens det kan være vanskelig å sikre at man samler inn relevante data.

Ringdal (2001) beskriver forskningsdesignet som forskerens plan for en undersøkelse. Han sier videre at når man velger design, så velger man også på mange måter en ”pakkeløsning” som inneholder både teknikk for datainnsamling og for analyse.

2. 3. Begrunnelse for valg av metode

”Qualitative inquiry cultivates the most usefull of all human capacities: The capacity to learn” (Patton 2002:1)

Med utgangspunkt i at problemstillingen er spesifikk, deskriptiv, eksplorerende og forutsetter en induktiv utforming av hypoteser har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ metode som forskningsdesign. Styrken i denne metoden ligger i at den er fleksibel, søker det unike og samtidig er åpen for ny informasjon. Den fokuserer mot få enheter, gir en bred og detaljert beskrivelse, slik at den sier ”mye om lite” og på den måten kan gi meg en større og bredere forståelse for fenomenet enhetlig ledelse (Holme og Solvang 1998). I tillegg er kvalitativ forskning induktiv ved at den genererer hypoteser på grunnlag av empiriske funn. Den er derfor også velegnet til å utvikle ny teori.

2. 4. Forskningsprosessen

Kvalitative metoder er fleksible og vi får en runddans mellom teori, metode og data ettersom man oppdager ting underveis (Ryen 2002). Denne prosessen fører til at forskeren stadig står overfor valg, både praktiske og teoretiske.

Jeg har underveis stilt meg mange spørsmål, spørsmål som for eksempel: Er problemstillingen min dekkende eller vil det være bedre å endre den? Har jeg intervjuet de rette personene? Har jeg intervjuet nok personer? Fokuserer jeg riktig i dataanalysen? Var det noe annet jeg heller burde fordype meg i? Er det noe jeg overser? Er det jeg gjør i det hele tatt nyttig for noen?

Disse spørsmålene er en del av selve forskningsprosessen.

I denne prosessen har jeg i blandt kjent både på tretthet og motløshet. Jeg har allikevel ikke gitt opp, men har isteden gått tilbake til problemstillingen og justert kursen igjen. Dette illustrerer hvor viktig det er at man har valgt et emne og en problemstilling som er motiverende nok til å drive prosessen fremover, også når man går i motbakke.

2. 5. Undersøkelsesopplegget

2. 5. 1. Åpne dybdeintervju

Det finnes i følge Patton (2002) tre typer kvalitative metoder, åpne dybdeintervju, deltakende observasjon og dokumentanalyse. I denne undersøkelsen velger jeg med bakgrunn i problemstillingen et åpent dybdeintervju med åpne spørsmål som utdyper folks erfaringer, forventninger, meninger, følelser og kunnskap (Patton 2002).

En av fordelene med et ansikt til ansikt intervju er den nonverbale informasjon den gir. Dette gjør det lettere å se om respondenten føler seg utilpass, ikke forstår, kjeder seg eller lyver. Dermed kan forskeren fleksibelt gjøre nødvendige korrigeringer, tilpasse situasjonen og skape et fortrolig klima som gjør det mulig å føre en åpen og god samtale. Åpne dybdeintervju styrker forskerens kontroll over intervjusituasjonen og svarprosenten. I tillegg åpner den for spontanitet ved at respondenten selv styrer samtalen. Ulempene ved metoden er at den er ressurskrevende, at dataanalysen er krevende, samt faren for at forskeren kan påvirke data ved sin tilstedeværelse.

2. 5. 2. Det naturalistiske intervjuet

Åpne dybdeintervju kan så igjen deles inn i andre undergrupper. I denne undersøkelsen velger jeg å anvende det naturalistiske intervjuet. I det naturalistiske intervjuet antar man at det finnes en sosial virkelighet som er objektiv, som kan beskrives og som respondenten gjennom

intervjuet kan gjøre tilgjengelig for forskeren (Ryen 2002). Forskeren er derfor opptatt av å ikke påvirke det som blir sagt. I tillegg til den direkte informasjonen som respondenten kan gi oss, kan forskeren i løpet av intervjuet hente ut informasjon om sosiale, kulturelle og mellommenneskelige forhold innenfor en bredere kontekst (Ryen 2002, Patton 2002). Det er dette som gjør denne type intervju så interessant for meg. I tillegg har jeg tatt hensyn til at ansatte i sykehus er bærere av en naturalistisk vitenskaplig tradisjon. Jeg tror derfor det vil være lettere for dem både å delta i og ha tillit til en undersøkelse som har en naturalistisk tilnærming.

2. 5. 3. Respondent- og informantintervju

I denne undersøkelsen vil jeg først bruke informantintervju, så respondentintervju. Gjennom informantintervjuet kan man få informantens mening, synspunkter og inntrykk om et emne eller innhente faktisk informasjon ut fra informantens lokalkunnskap. På den måten blir svarpersonen i et informantintervju en erstatningsobservatør (Repstad 1998).

I respondentintervju innhenter man direkte informasjon om svarpersonens egne erfaringer med emnet, samt de følelser, hensikter og meninger vedkommende har i tilknytning til dette.

2. 6. Valg av respondenter

I følge Ryen (2002) står man over for mange valgmuligheter med hensyn til settinger, aktører, hendelser og prosesser når man skal foreta et utvalg av respondenter, samtidig som man heller ikke må undervurdere pragmatiske hensyn når man skal velge ut et miljø. I det åpne dybdeintervjuet er tilgangen til relevant informasjon det viktigste. Ryen (2002) anbefaler derfor at man forsøker å finne et variert utvalg av informasjonsrike respondenter.

Undersøkelsen startet med at jeg først muntlig, så skriftlig tok kontakt med Sykehuset, informerte om undersøkelsen og bad om tillatelse til å gjennomføre den. Prosjektet ble godkjent og arbeidet med å finne frem til respondenter begynte. Jeg ble ikke pålagt noen begrensninger fra sykehusets ledelse i denne undersøkelsen, men i utvelgelsen av respondenter ble jeg anbefalt å be klinikklederne om forslag. Her gjorde jeg to ting. For det første snakket jeg med klinikklederne og bad dem komme med anbefalinger om varierte informasjonsrike respondenter. For det andre valgte jeg tidlig i undersøkelsen å intervju to tillitsvalgte, en for sykepleierne og en for legene. Mot slutten av intervjuene ble informantene

anmodet om å komme med forslag på informasjonsrike og varierte respondenter. Dette brakte også et element av snøballmetoden inn i utvelgelsen (Patton 2002).

Ut fra formålet med undersøkelsen prioriterte jeg en variasjon i utvalget med hensyn til:

- Ulike avdelingskategorier og -størrelser.
- Det skulle både være avdelinger med planlagte og ikke planlagte aktiviteter (akutt).
- Begge kjønn og ulike aldre skulle være representert.
- Det skulle være både sykepleiere og leger.

De navnene jeg fikk var i mange tilfeller overlappende. Med utgangspunkt i den ønskede variasjonen ble 8 avdelingsledere valgt ut. Utvalget besto dermed av 8 respondenter og 2 informanter, totalt 10 personer. Variasjonen i utvalget var ivarettatt ved at de åtte avdelingslederne representerte tre kvinner og fem menn med ulik alder, en sykepleier og syv leger fra avdelinger som var ulike med hensyn til type, funksjon og størrelse.

2. 7. Intervjuguide

En intervjuguide kan utformes på mange måter og med ulik grad av formalisering. I kvalitative intervju benyttes som oftest en semistrukturert intervjuguide, der man setter opp noen hovedspørsmål, saker eller temaer uten at disse er fastlagte og detaljerte på forhånd.

Det arbeidet man gjør med spørsmålene i intervjuguiden på forhånd har stor verdi for utbyttet av intervjuet (Ryen 2002). Har man gjort denne "hjemmeleksen" godt vil man lettere både få med seg alle de viktigste momentene, kunne være fleksibel underveis og la respondenten få snakket uforstyrret uten for mye innblanding.

Jeg lagde først to intervjuguides til samtaler med informantene. Disse ble så tilpasset respondentene. Jeg gjorde også noen mindre endringer underveis, sløyfet eller la til punkter. Imidlertid valgte jeg å lage en mer formalisert intervjuguide enn det som er vanlig i kvalitative intervjuer. Intensjonen var at denne skulle være min "hjemmelekse" som var så godt gjennomtenkt og bearbeidet at jeg primært skulle bruke den som en semistrukturert intervjuguide, samtidig som den kunne være et redskap i situasjoner hvor det synes hensiktsmessig å skape avstand. I intervjuene hadde intervjuguiden en lite fremtredende rolle og fungerte etter intensjonen. Det var respondentene som var i fokus. Samtidig var det godt å ha denne sjekklisten i informasjonsflommen under intervjuene. På den måten ble strukturen i

samtalene ulik, uten at det gikk for mye ut over innholdet ved at respondentene likevel var innenom de fleste viktige tematiske aspektene.

2. 8. Gjennomføring av undersøkelsen

2. 8. 1. Forarbeid

Respondentene ble kontaktet på telefon, informert om undersøkelsen, hensikten med intervjuene, hvordan data skulle oppbevares og gitt informasjon om anonymitet. Deretter ble de spurt om å delta i undersøkelsen. Alle var positive til det og tidspunkt for intervjuet ble avtalt. Hvert intervju varte fra 60-90 minutter og ble gjennomført over en periode på seks uker. Det ble gitt samtykke til bruk av båndopptaker ved alle intervjuene. En avdelingsleder var litt skeptisk i starten, men utover det synes ikke opptakeren å sjenere informantene. På grunn av teknisk svikt ved opptaket, valgte jeg å ta et av intervjuene om igjen.

2. 8. 2. Åpning

Kvale (2001) kaller innledningen av intervjuet for "Briefing". Jeg begynte derfor med å presentere meg selv, småprate litt, gjenta informasjon om undersøkelsen, hensikten med den, anonymitet, oppbevaring osv. Deretter gikk jeg over til ufarlige, ukontroversielle spørsmål om avdelingen og dem selv. Hensikten med denne fasen er å skape trygghet og tillit. Jeg fortalte derfor også litt om meg selv. Åpningen av intervjuene var kortvarige, ca 5 minutter. I denne fasen var jeg mer formell og brukte spørsmålene fra innledningen i intervjuguiden. Dette for å vise min nøytralitet og gi en passe grad av avstand, slik at det tidlig ble skapt en trygg og åpen atmosfære. Det var derfor lett å komme i gang. Mens vi småpratet litt ble båndet satt på i det jeg sa at vi begynte.

2. 8. 3. Hovedfasen

Når informantene syntes modne for det, gikk jeg videre til hovedspørsmålene og styrte samtalen inn på bestemte tema/vinklinger jeg særlig ønsket å få belyst. Det vil si spørsmål knyttet til produsent-, integrator-, entreprenør- og administratorrollen som beskrev og belyste innholdet i og betydningen av disse rollene. Ryen (2002) kaller temaspørsmålene i hovedfasen for "Rundtur spørsmål". Dette er åpne spørsmål i den hensikt å få informanten til å snakke naturlig og fritt.

Når hovedfasen fungerer bør man i følge Ryen (2002) bruke ulike oppfølgingsteknikker for å få denne til å vare. Jeg forsøkte derfor å drive samtalen fremover ved bruk av spørsmål, stikkord, gjentakelse av setninger eller innhold, samt ved å komme med oppmuntrende lyder som mhm, og ja visst, ikke sant, nikking og litt latter.

Samtalene kom lett i gang. Jeg hadde intervjuguiden liggende foran meg, men så stort sett ikke på den. Isteden lot jeg informantene snakke så uforstyrret som mulig, slik at spørsmålene ble tatt opp når det var naturlig i samtalen og med formuleringer som passet der og da. Derfor kom mange spørsmål som en respons på det informanten nettopp hadde sagt, både ”rundtur spørsmål” og oppfølgene/ utdypende spørsmål i tilknytting til disse. Dette er i tråd med Ryen (2002) sin anbefaling om å lete etter hovedord og følge dem opp.

Av og til måtte jeg i tillegg dreie samtalen inn på et nytt spor for å få belyst denne vinklingen også. Dette var nødvendig for at intervjuene skulle gi tilstrekkelig relevant informasjon. Jeg hadde også tenkt igjennom en del spørsmål som belyste emnet fra flere vinkler, slik at jeg enten kunne fange opp ambivalens eller få bekreftet et inntrykk. Samtidig spurte jeg etter dilemmaer og motsetninger de opplevde i rollen. Tema eller spørsmål som synes å bli unngått og/eller som muligens kunne være ubehagelig eller tabubelagt forsøkte jeg å gjøre mindre truende ved å bruke generaliserende termer.

Den informasjonen som kom frem underveis, brakte også frem nye uforberedte spørsmål. Ny informasjon som jeg fant særlig interessant tok jeg med meg til neste intervju. Da kunne jeg for eksempel henviser til at ”noen forteller...” og så spørre om deres erfaring.

I tråd med Repstad (1998) sine anbefalinger forsøkte jeg å anvende ”traktmetoden” når jeg stilte spørsmål. Denne måten å stille spørsmål på, ved at man først stiller åpne generelle spørsmål, så mer konkrete eller avgrensede spørsmål, synes å fungere godt og intervjuene bar preg av lange svar som var rike på informasjon.

2. 8. 4. Avslutningsfasen

På samme måte som begynnelsen av intervjuet er en opptrapping av samtalen, bør avslutningen av den være en nedtrapping. Store, vanskelige eller ubehagelige emner skal derfor bare taes opp i hovedfasen (Repstad 1998). Kvale (2001) sier det bør foregå en ”debriefing” avslutningsvis. Dette kan gjøres ved en man oppsummerer de viktigste punktene som kom frem i samtalen, slik at informanten kan kommentere dette, samt at man sjekker om det er noe informanten har tenkt på men ikke tatt opp under intervjuet. I tillegg viser Ryen

(2002) til at det kan være fornuftig å holde opp muligheten for å ta kontakt senere, hvis dette skulle bli et behov.

Da jeg kom til det stadiet i intervjuet hvor informasjonen synes å avta ved at informantene enten begynte å gjenta mye eller synes å miste interesse for emnet, gikk jeg over til avslutningsfasen. I denne fasen av intervjuene fulgte jeg igjen intervjuguiden og brukte de planlagte avslutnings- og nedtrappingsspørsmålene. Jeg tok en rask kikk på intervjuguiden, samtidig som jeg informerte om at jeg måtte sjekke om det var noe viktig jeg hadde glemt. Deretter spurte jeg om det var noe annet som de mente at det var viktig at jeg visste eller forsto, noen ganger gav dette ny og til dels overraskende informasjon. Jeg spurte også om jeg kunne komme tilbake hvis det var behov for det. Dette var alle positive til, noe jeg benyttet meg av ved at jeg ringte tilbake for å få utdypende svar og kontrollerte min forståelse av enkelte utsagn. Til slutt takket jeg for en interessant samtale og mye nyttig informasjon, små pratet litt og gikk.

2. 9. Intervjuadferd og forskereffekter

2. 9. 1. Relasjonen mellom forskeren og respondentene

Relasjonen mellom intervjuer og informant er ikke et likeverdig styrkeforhold. Det er intervjuer som er den dominerende i relasjonen (Ryen 2002). Dette kan utilsiktet påvirke data, for eksempel ved at forskerens ubevisst kommuniserer sine forventninger eller at respondentene, bevisst eller ubevisst, svarer ut fra det de tror forskeren ønsker. Denne mulige ubalansen ble det tatt hensyn til i valg av sted og tid for intervju.

I eliteintervju, hvor man intervjuer ledere kan dette styrkeforholdet bli omvendt, noe som kan gi andre problemer. For det første er ledere vant til å ta styringen selv og kan derfor mistrives i en situasjon der andre styrer (Repstad 1998). For å ivareta deres behov for oversikt over situasjonen orienterte jeg om min kjennskap til og erfaring med organisasjonen og emnet. Der jeg kjente til særlige forhold på avdelingen fortalte jeg om det. Dermed kunne de plassere meg i forhold til hva jeg visste og hvordan jeg hadde fått vite det. I den grad noen tok styringen underveis eller synes å ha sin egen agenda, opplevde jeg det heller som en interessant observasjon, enn som et problem i intervjusituasjonen. For det andre kan eliteintervju hemmes av at ledere ofte er rasjonalistiske, effektive, faktaorientert og lite fokuset på følelser (Repstad 1998). Dette var imidlertid lite fremtredene i intervjuene.

Alle respondentene viste seg å være svært informasjonsrike. De var engasjerte, snakket mye og trengte egentlig lite oppmuntring for å komme med informasjon. Flere gav i etterkant av intervjuet uttrykk for at de hadde behov for å snakke om emnet, slik en uttrykte det:

”Du merker jo også det at jeg kanskje har behov for å snakke om disse tingene, for det er ingen som gjør det. Det er ingen som spør meg sånn som du spør. Det er jo et budskap du kan ta med deg.”

Det var nesten ingen pauser under intervjuene, uten at jeg forsto dette som uttryggghet. Det var heller et uttrykk for engasjement. Dette gjorde intervjuene spennende og inspirerende.

2. 9. 2. Intervjuatferd og forskereffekter

I det naturalistiske intervjuet er det særlig viktig at forskeren både i forarbeidet og gjennom intervjuet, så langt det er mulig, unngår å påvirke respondentene, slik at denne verken gir en feilaktig, ufullstendig eller skjev versjon av virkeligheten. Gjennom hele samtalen må man derfor være oppmerksom på risikoen for å påvirke respondenten. Slike forskereffekter kan både være nonverbale så som gester, kroppsspråk, blick, dufter og klær eller de kan være verbale så som strukturen i samtalen og måten man stiller spørsmålene på. Det er viktig å unngå multiple spørsmål, ledende spørsmål og ja/nei spørsmål (Ryen 2002). Spørsmål som inneholder flere innebygde spørsmål gjør det vanskelig for respondenten å svare. Ledende spørsmål kan påvirke svaret og ivaretar ikke fundamentet i det naturalistiske intervjuet. Spørsmål som kan besvares med ja eller nei lukker mer enn de åpner for kommunikasjon og gir derfor ofte lite informasjon. Man skal derfor være forsiktig med å gjøre seg opp meninger om klassifisering, sammenhenger og mønstre tidlig i undersøkelsen. Dette kan føre til at man blir mindre åpen og mottakelig og dermed mister/selekerer bort viktig informasjon (Patton 2002).

I intervjuene var det respondentenes erfaringer, opplevelser og refleksjon som jeg ønsket å få frem. Det var derfor viktig at jeg hadde en atferd og forholdt meg slik at respondentene ikke ble påvirket av mine synspunkter, tolkninger eller oppfatning (Ryen (2002), Patton (2002)). Intervjuteknikk og intervjuatferd er viktige redskaper her.

God intervjuatferd vil i følge Ryen (2002) si at man opptrer ærlig, naturlig, rolig, støttende, er oppmerksom og interessert, samt at man unngår å imponere med egne kunnskaper, være

truende eller diskutere med informanten. Dette innebærer en empatisk og sensitiv innstilling som også er nøytral, respektfull og mottakelig (Patton 2002).

Hensikten med en god intervjuadferd er å bygge opp et nært forhold som bygger på tillit. Dette er viktig fordi målet med intervjuet er å forstå og tilliten skal gi intervjuer tilgang til informantens forståelse. Ryen (2002) viser til at det tar tid å bygge opp tillit, samtidig som at den lett kan rives ned igjen. Denne nærheten skal imidlertid heller ikke være for tett. Det må også være en viss avstand for at intervjuer skal kunne opprettholde den analytiske avstanden som man trenger i forskerrollen (Ryen 2002). Denne spenningen mellom behovet for nærhet og behovet for distanse må hele tiden følges med og vurderes.

2. 9. 3. Valg av forskerrolle

I intervjuene valgte jeg å anvende rolleperspektivet "Being-in" (Patton 2002). Dette perspektivet er i samsvar med intensjonen i det naturalistiske intervjuet og innebærer å fordype seg i en annens verden, lytte nøye og åpent og glemme sine egne synspunkter og reaksjoner. Gjennom intervjuene forsøkte jeg derfor å formidle en positiv velvilje uten å gi uttrykk for hva jeg selv mente om spørsmålene. Patton (2002) vektlegger i den sammenheng at fullstendig objektivitet ikke er mulig og at det viktigste derfor er at intervjuerens perspektiv og stemme er åpent til stede. Det er ikke i samsvar med intensjonen i det naturalistiske intervju å tilstrebe en samtale som bærer preg av overfladisk og lite relevant informasjon. Det er jo muligheten til å gå i dybden som er styrken i det kvalitative intervjuet. Målet blir da å ha en balanse i fremstillingen ved at man er åpen og reflekterer over sin egen rolle.

Under intervjuene var respondentene noe, men ikke mye, forskjellige med hensyn hvor utdypende de var, hvor mye oppfølgings spørsmål de hadde behov for, eller hvor mye det var nødvendig å styre samtalen. Av den grunn gav jeg både stikkord og stilte spørsmål for å sette i gang samtalen, følge opp og utdype informasjonen, styre retningen på den, få med områder som var utelatt, kontrollere for mulige motsetninger og misforståelser osv. I hvert enkelte intervju forsøkte jeg å finne en god balanse i dette slik at jeg fikk tilstrekkelig med relevant informasjon, samtidig som informantene fikk uttrykke seg så fritt som mulig.

Når jeg følte behov for det begrunnet jeg enkelte spørsmål. Dette var ikke planlagt, men ble vurdert underveis og utgikk fra en "magefølelse" på når det var fornuftig. Hvilke spørsmål og hvor mange spørsmål som ble begrunnet var derfor forskjellig fra intervju til intervju. I følge Ryen (2002) er det å intervjuer mer enn en teknikk som kan læres, fordi forskerens intuisjon

og hvordan han bruker seg selv som et instrument i samtalen også har stor betydning for resultatet.

2. 10. Analyse av data

2. 10. 1. Analyse prosessen

I det naturalistiske intervjuet er data nedtegnelsen av det som blir sagt og observert (Ryen 2002). For å ivareta intensjonen i denne typen intervju må data, så langt det er mulig, gjengis nøyaktig uten påvirkning fra forskeren.

Styrken i det åpne dybdeintervjuet er fleksibiliteten, noe som gir rik tilgang på data. Dette gjør imidlertid også den påfølgende analysen av data krevende, både på grunn av mengde data og fordi disse data fremstår som både ustrukturerte og uoversiktlige. Analyse av kvalitative data er derfor en omfattende og tidkrevende prosess. Ryen (2002) anbefaler at man begynner på denne prosessen allerede etter første intervju, slik at datainnsamling og analyse går parallelt.

Ryen (2002) deler analyseprosessen i følgende tre faser: For å gjøre analysen gjennomførbar må forskeren redusere data gjennom å dele den inn i håndterlige og formålstjenelige kategorier. Deretter undersøker man avgrensede deler av data for eksempel gjennom diagrammer, matriser eller sammendrag. Til slutt søker man å trekke konklusjoner for eksempel på bakgrunn av sammenligning, kontrastering, leting etter avvikende tilfeller eller overraskelser.

2. 10. 2. Gjennomføring av analysen

Etter at alle var intervjuet, hadde jeg ikke behov for å innhente flere intervjuer. De var opptatt av emnet og snakket både ivrig og lenge. Gjennom respondentene håpet jeg å finne frem til det som var "vanlig" og det som var mindre vanlig, for på den måten å kunne si noe om mulige heterogene mønstre og problemer innenfor temaet (Patton 2002).

For å ivareta at respondentens uttalelser ble gjengitt både riktig og nøyaktig ble alle intervjuene tatt opp på bånd og skrevet ut ordrett. Umiddelbart etter hvert intervju noterte jeg også refleksjoner over intervjusituasjonen. Intervjuene gav mye informasjon, transkripsjonen var tidkrevende og utskriftene ble lange.

Utskriftene ble klippet opp i små enheter, kategorisert og lagt i merkede plastlommer. De ulike kategoriene ble deretter gjennomgått, vurdert, slått sammen, sammenlignet, gransket,

satt inn i matriser og diagrammer mens det ble lett etter mønstre og tendenser som kunne gi grunnlag for konklusjoner.

2. 10. 3. Kvalitetssikring av data

For å oppnå tillit til den endelige forskningsrapporten er begrepene validitet og reliabilitet viktige med hensyn til å kvalitetssikre data gjennom hele forskningsprosessen. Disse begrepene og anvendelsen av dem er imidlertid omdiskutert innen kvalitativ forskning.

Jeg velger å anvende dem i samsvar med en naturalistisk tilpasning gjennom begrepene kredibilitet/troverdighet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftelse (Ryen 2002).

Grovt sett kan vi si at reliabiliteten i undersøkelsen går på om det foreligger tilfeldige målefeil, mens systematiske målefeil går utover dataenes validitet. Med andre ord er denne forskningen troverdig og kan det bekreftes? Dette viser sammenhengen mellom dem ved at høy validitet er avhengig av at man også har høy reliabilitet.

Validitet eller gyldighet handler om man faktisk måler det man vil måle. Intern validitet i kvalitative metoder viser til kredibilitet eller troverdigheten i data og sier noe om i hvilken grad forslag til årsakssammenhenger støttes i en bestemt retning. Ekstern validitet viser til overførbarheten i data og sier noe om årsakssammenhengene også er holdbare i andre settinger (Ryen 2002).

I denne undersøkelsen er validiteten i data avhengig av at jeg stiller relevante spørsmål med hensyn til temaet og problemstillingen. Gjennom et grundig forarbeid med intervjuguiden, samt en god planlegging av intervjusituasjonen har jeg forsøkt å styrke datas validitet. I møte med den enkelte kunne jeg kontrollere validiteten i spørsmålene og gjøre endringer underveis i prosessen. Den interne validiteten har jeg forsøkt å ivareta gjennom å lete etter avvikende eller negative tilfeller for på den måten å få en dypere forståelse for emnet. I følge Ryen (2002) vil denne fremgangsmåten styrke troverdigheten av analyseresultatene. For å styrke den eksterne validiteten har jeg lagt vekt på mye informasjon fra få enheter, såkalte ”tykke beskrivelser”, for på den måten å styrke tilliten til overførbarheten av funnene.

Den indre reliabilitet eller påliteligheten i en undersøkelse går på om gjentatte målinger med samme måleinstrument vil gi samme resultat. For å styrke reliabiliteten i undersøkelsen, forsøkte jeg å redusere antallet tilfeldige målefeil, gjennom en bevisstgjøring av disse i

tilknytning til planlegging og gjennomføring av intervju, transkripsjon og analyse (Ryen 2002). Denne prosessen må imidlertid synliggjøres i rapporten, hvis den skal styrke tilliten til at undersøkelsen er pålitelig, slik jeg har beskrevet dette i avsnittet om forsker atferd og forskereffekter. I tillegg har jeg forsøkt å styrke tilliten til undersøkelsen ved å vise at de funn, mønster og sammenhenger som har kommet frem, kan bekreftes av tendenser i andre studier.

2. 11. Etikk og forskning

Etikk er viktig i all forskning og må ivaretas gjennom hele forskningsprosessen ved at man har et bevist forhold til de valg man tar og mulige konsekvenser av dem. Generelt er det enighet om at samtykke, konfidensialitet og tillit er viktige etiske aspekter (Ryen 2002). I tillegg har de forskjellige forskningstradisjonene sine egne spesifikke etiske retningslinjer.

Forskningsetikk handler for det første om relasjonen mellom forsker og respondent (Ryen 2002). Den nærheten som oppstår i intervjusituasjonen gjør det viktig å ha et reflektert forhold til etiske aspekter som tillit, samtykke og konfidensialitet gjennom hele forskningsprosessen. Tillit vil her si at forskeren ikke gjør noe som kan skade respondenten, verken på kort eller lang sikt. Dette innebærer at forskeren kontinuerlig reflekterer over hvilke konsekvenser de valg han gjør kan ha for den som blir intervjuet.

Deltakelse i forskningsprosjekter er i utgangspunktet frivillig. Samtykke innebærer derfor at respondenten har rett til å vite at han deltar, samt at han på forhånd har tilstrekkelig informasjon om prosjektet til å vite hva han samtykker til. Denne informasjonen ble derfor gitt deltakerne før de ble spurt om å delta.

Konfidensialitet handler om at forskeren anonymiserer deltakeren, slik at respondentens privatliv og identitet blir beskyttet. For å ivareta dette har jeg anvendt intervjunummer istedenfor navn på opptak og ved transkripsjon. I tillegg har jeg i rapporten fjernet navn på enkeltpersoner, avdelinger og avdelingsaktiviteter i sitater hvor dette kan synliggjøre hvem som sier hva.

Forskningsetikk handler for det andre om en representativ fremstilling av respondenten i rapporten (Ryen 2002). Dette viser igjen til tillit og innebærer at forskeren er lojal mot respondenten ved å gjengi uttalelsene, ikke nødvendigvis ordrett, men slik at de blir representative for det vedkommende har sagt. Jeg har derfor sjekket og dobbeltsjekket utskriftene av intervjuene. I noen tilfeller har jeg også tatt kontakt på telefonen for å være sikker på at jeg ikke har misforstått utsagn.

I det naturlistiske intervjuet presiseres i tillegg forskerens nøytralitet³ ved at forskeren går nær, men ikke for nær, samt viktigheten av rett transkripsjon.

3. BETINGELSER OG HANDLINGSROM FOR LEDELSE

3. 1. Hva er ledelse?

Ledelse er ikke et entydig begrep og de ulike ledelsesteoriene forklarer ledelse på ulike måter. Strand (2001) tar i sin kontekstmodell for ledelse utgangspunkt i at ledelse best kan forstås i sin sammenheng. Dette er et syn på ledelse som samsvarer med et kulturelt-institusjonelt perspektiv på ledelse. Jeg velger derfor i min forståelse av ledelse å ta utgangspunkt i denne tilnærmingen:

” Ledelse som funksjon må forståes i sammenheng med de organisasjonsformene, sektorene og kulturene ledere er satt inn i.” (Strand 2001:11)

Dette er en forståelse for ledelse som innebærer at ledelse får mening og virkning innen for sin kontekst eller meningssammenheng. Strand (2001) sier at lederen derfor både har en atferdsrolle som sier noe om hva lederen gjør for organisasjonen og en symbolsk rolle som sier noe om hva lederen er for organisasjonen.

3. 2. Særtrekk ved lederrollen

Det å være leder er en rolle som ikke er helt som andre roller. Mer en andre roller i organisasjonen er lederroller utsatt for og må kunne håndtere motsetninger og usikkerhet, konflikter, tvetydigheter og dilemmaer (Strand 2001). Dette ser vi tydelig i dagens situasjon i Helseforetaket. De ytre endringene som påføres via endret lovverk, strukturendringer, økonomiske innstramminger og krav om nedbemanning, er faktorer som i stor grad påvirker avdelingsledernes arbeidsvilkår. Endringene fører til usikkerhet hos de ansatte. Krav om effektivitet, nedbemanning og innstramminger vekker motstand og fører til konflikter. En leders verden er derfor ikke fullt ut kontrollerbar, slik denne avdelingslederen beskriver sin arbeidssituasjon:

³ Dette er beskrevet flere steder bant annet i 2. 10 om intervjuatferd og forskereffekter

” Ellers så syntes jeg at det er litt vel mange ulike oppgaver, fra å være stedfortreder for klinikksjefen et eller annet sted på systemnivå, til å ordne opp i en personalkonflikt bort i korridoren her, til å få ansatt en ny psykolog, til å utvikle en ny prosedyre, til å være på hjemmebesøk hos en pasient, til å behandle en klagesak. Altså, det er veldig mye. Veldig mye forskjellige papirer på pulten min.”

Dette utsagnet beskriver den utfordringen det er for avdelingslederne å fungere i dette skjæringspunktet mellom de mange kryssende krav og hensyn (Vareide 2002).

Iblant kan disse mange krav og forventninger som stilles til ledere oppleves som svært urimelige, slik denne avdelingslederen beskriver det:

”Det er ingen som har noe personlig vinning av å trikse med koder. Vi har heller ikke trikset, men vi er utrolig presset av sykehuseiere og sykehusledelse på å øke inntjeningen og bli bedre og bedre. Vi må gå på kurs, og får all verdens råd, og da grenser det opp til hva som er det etisk riktige. Det er jeg i tvil om. Det er feil at den enkelte avdelingsleder blir hengt ut. Det er systemet. Hvor det nærmer seg triksing. Det er ikke gøy. Det er et press om økonomistyring og inntjening som noen ganger er veldig vanskelig.”

Han viser her til det som lokalt kalles ”kodesaken”, hvor lederen av et sykehus måtte gå som en følge av at legene ved en avdeling hadde kodet feil og urettmessig hadde tilegnet avdelingen offentlig midler. Utsagnet illustrerer det ansvaret som ledere har ved at de både er ansvarlig for sitt eget og sine ansattes arbeid. Dette innebærer å ha ansvar for at de ansatte får tilrettelagt sin arbeidssituasjon, slik at de kan være effektive, dyktige og trygge. Men det innebærer også at ledere er ansvarlig for hvordan andre ivaretar sitt arbeid. Ledere må derfor kunne redegjøre for sine handlinger og stå til ansvar når det går galt.

Ledere er videre både avhengig av det formelle mandatet og den myndighet de er gitt for å utøve oppgaven (Strand 2001). Hvis ikke mandat og myndighet følges ad så vil det bli svært vanskelig å utøve rollen. Ledere har videre en viktig funksjon i organisasjonen ved at de ivaretar og overvåker institusjonens langsiktige overlevelse. En av avdelingslederne hadde hatt konflikter på sin avdeling på grunn av dette:

”Det er et problem for meg, for jeg er veldig systemtenkende på et sykehus. Selvefølgelig er jeg opptatt av at avdelingen skal få sin del av kaken. Men jeg er villig til å ofre noe på helhetens alter av og til og det er vanskelig i forhold til leger. Det har jeg fått svi for. Har hatt en sånn ubehagelig periode for noen år siden og det gikk på det.”

Dette utsagnet synliggjør hvordan det gjennom målsettinger, strategier og styring forventes at lederen har en oversikt som skal sikre at organisasjonen utvikler seg på en slik måte at det fremmer overlevelse (Strand 2001). På lang sikt kan avdelingslederne derfor komme i en konflikt mellom det som tjener sykehuset som organisasjon og det som tjener deres egen avdeling.

3. 3. Kontekstmodell for ledelse

For å forstå en organisasjon fullt ut må vi se på dens historie, hvordan den har utviklet seg over tid. Dette kalles ”stiavhengighet” (Christensen og Lægneid 2002). Det skal mye til for en organisasjon å endre innhold og retning, som oftest blir det slik at man fortsetter å gjøre det man er vant til og kan godt. I denne sammenheng er begrepet kontekst viktig. Christensen og Lægneid (2002) fremhever viktigheten av at lederroller ikke bare endres gjennom reformer, men også av den enkelte lederens bakgrunnsegenskaper og den konteksten vedkommende befinner seg innenfor. Det vil si mer på mikronivå. I sin kontekstmodell for ledelse tar Strand (2001) hensyn til både mikro og makronivåene. I forhold til sykehus kan man si at nasjonalkultur, sektor og til dels også bransje og organisasjonstype er faktorer som er på makro nivå, mens faktorene stillingsnivå, rom for handling, utdanning, personlige egenskaper, kjønn og alder mer er på mikronivå.

3. 4. Den nasjonale norske kulturen

Nasjonal kultur sier noe om hva som er legitimt lederskap, samt hva som generelt i samfunnet er forventet av ledere med hensyn til hva de skal gjøre og hva de skal være. Den nasjonale norske kulturen for ledelse er i dag preget av en allmenn aksept for mange av ideene fra New Public Management⁴. Dette innebærer at man er inne i et paradigmeskifte med hensyn til hva som tradisjonelt har vært akseptert som god ledelse. Man ser her en generell trend i retning av at allmenn lederkompetanse og profesjonell ledelse har blitt viktigere (Byrkjeflot 1997).

⁴ New Public Management vil senere i teksten stå som NPM

Den nasjonale kulturen setter også noen betingelser med hensyn til gjennomføring av endringer eller reformer. En avdelingsleder beskrev sin opplevelse av den aktuelle reformprosessen på følgende måte:

”Det blir mye rart, mye rart som går ovenfra og som gjør at hvis de ikke får med seg oss da, sånn at vi kan gjøre. Vi må eie. Det går så fort, ikke sant. Og så fort går det ikke med endringer.”

Denne beskrivelsen synliggjør for det første den medbestemmelse som vi har tradisjon for i norsk arbeidsliv. I følge Wiese (2002) er faktorer som likhet, humanisering av arbeidslivet, deltakelse, medbestemmelse og demokratiske prinsipper viktige norske føringer som det forventes at man ivaretar. Avdelingslederne forventer å bli tatt med i prosessen. Når de ikke gjør det, blir de frustrerte. For det andre viser den at endringer i norsk kultur primært foregår inkrementelt. Det vil si at man er tilbøyelig til å være tilbakeholden med endringer og ta små skritt av gangen (Christensen og Læg Reid 2002). Når endringen foregår inkrementelt har man i norsk kultur derfor vanligvis et bedre utgangspunkt for endring ved at dette ofte er endringer som er drevet frem etter behov hos, og etter forslag fra, grunnplanet, altså Bottom → up.

3. 5. Offentlig sektor

Ved innføring av Lov om helseforetak i 2001 ble sykehus omstrukturert til helseforetak, som fristilte autonome enheter med staten som eier⁵. Det vil si at avdelingsledere i sykehus er underlagt de samme forventningene man som oftest ellers finner i det offentlige. Ledere i offentlig sektor har tidligere gjennomgående vært noe mindre synlige, enn det ledere i private virksomheter har vært. Tradisjonelt har de derfor også vært relativt trygge i sin stilling. Men påvirkningen fra NPM har gjennom økte krav til innsyn og ansvarlighet endret betingelsene for ledelse i offentlig virksomhet. En konsekvens av dette kan være at avdelingslederne i sykehus, i likhet med andre ledere i det offentlige, nå må ta mer hensyn til ”det offentlige etos” med verdinormer som etterrettelighet, rettferdighet og sparsomlighet. En annen konsekvens kan være en forventning om at de skal stå for de ”rette verdiene”, enten det er i forhold til pasientene, til de ansatte, til ledelsen eller til samarbeid med eksterne parter. Dette

⁵ Lov om helseforetak (2001)

innebærer blant annet at avdelingslederne må kunne synliggjøre at midler og behandling på en rettferdig måte kommer flest mulig pasienter til gode.

3. 6. Ledelsestradisjoner ved norske sykehus

Fremveksten av norske sykehus som behandlingsinstitusjoner begynte først tidlig på 1900-tallet. I perioden fra 1950-1980 gav de vitenskaplige fremskritt økt spesialisering, flere yrkesgrupper kom med og sykehusene var preget av vekst og optimisme. Etter 1980 fikk sykehusene rammefinansiering, rasjonering og prioritering. På begynnelsen av dette århundret ble sykehusene omorganisert fra fylkeskommunale institusjoner til statlige helseforetak. Man kan derfor si at utviklingen av det moderne sykehuset har skjedd i et samspill med, og som et resultat av, den generelle utviklingen i det norske samfunnet.

Ledelsestradisjonene i norske sykehus har endret seg i tråd med sykehusenes utvikling. De gjenspeiler derfor både det generelle synet på ledelse ellers i samfunnet og samfunnets syn på profesjonene i sykehuset.

3. 6. 1. Legeledelse

I perioden fra 1945 til 1965 hadde man et klassisk perspektiv på leger og sykepleiere. Dette synet innebar at man så på disse yrkesgruppene som høyverdige profesjoner med en tjenlig struktur (Hernes 2002). I denne strukturen var det selvsagt at sykepleierne var underordnet legene (Erichsen 1996). Sykepleierne skulle være legens dyktige, pålitelige og lojale assistent (Sommervold 1997). I følge Hernes (2002) var disse holdningene sammenfallende med de generelle oppfatningene i samfunnet om at strukturer og ordninger i samfunnet har utviklet seg slik at de er "tjenlige". Det var derfor en selvfølge at organisasjonen var hierarkisk, samt at ledelse på alle nivå ble utøvd av leger. Dette positive synet på profesjonene medførte at det verken var kamp om ledelse eller sterk styring fra staten ut i fra hvordan ledelsen skulle forvaltes.

I løpet av 1960 og 1970 årene ble dette noe naive synet endret i tråd med den generelle fokuseringen på interessekonflikter i samfunnet (Hernes 2002). Maktperspektivet vokste frem og gradvis begynte man å se på de profesjonelle som en autonom gruppe som ikke nødvendigvis handlet til beste for pasientene og samfunnet.

3. 6. 2. Todelt ledelse

I løpet av 1980 tallet beveget sykepleierne seg fra en underordnet posisjon til en mer likeverdig posisjon, hvor begge faggruppene hadde egne fagledere. Sykepleierne så nå på sykepleie som et selvstendig fag, frikoblet fra det medisinske hierarkiet (Sommervold 1997). I forlengelsen av dette ville ikke sykepleierne lenger styres av legene og vi fikk en todelt ledelse. Legene ville som tidligere bare styres av legene og sykepleierne ville nå bare styres av sykepleiere. Profesjonskampen mellom leder og sykepleiere var dermed godt i gang.

Samtidig med at man fikk et mer nyansert bilde av profesjonene i samfunnet, vokste det frem et behov for å styre både helsesektoren og profesjonene. Hensikten med dette var i følge Hernes (2002) å begrense profesjonenes makt og samtidig få kontroll på sektorens kostnader.

3. 6. 3. Enhetlig ledelse

På bakgrunn av profesjonskamp på Rikshospitalet engasjerte stortinget seg i november 1995 og fattet følgende vedtak: *”Stortinget ber regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer.”*

Prosessen med å innføre enhetlig ledelse ble først fulgt opp gjennom NOU 1997:2 *”Pasienten først! – Ledelse og organisering i sykehus”* og senere stadfestet ved innføringen av Lov om spesialisthelsetjeneste i 1999, der det i § 3-9 ble det slått fast at:

”Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåene”.

Dette ble videre bekreftet gjennom Ot.prp. nr.66, 2000-2001: *”Om lov om helseforetak”* og den påfølgende lovendringen i Lov om helseforetak som kom i 2001. Selv om Ot.prp. nr. 66 er en eierskapsreform, er den i følge Vareide (2002) uten tvil også en ansvars- og lederskapsreform. I lovens begrunnelse uttrykkes det slik: *” I så måte kan dette sies å være vel så meget en ansvars og lederskapsreform”* (Ot.prp. nr 66, 2000-2001:28).

3. 6. 4. Oppsummering

Som en oppsummering kan vi si at ledelse i sykehus opp gjennom historien har utviklet seg på følgende måte: Fra legeledelse → todelt ledelse → enhetlig ledelse.

Innen disse ledelsesparadigmene har ledelse i sykehus stått overfor ulike krav, forventninger og premisser for ledelse. I tråd med dette har det utviklet seg til dels svært ulike lederroller.

Ved innføring av enhetlig ledelse har det vært viktig å oppnå et ansvarlig lederskap gjennom entydig plassering av ansvar.

3. 7. Sykehus som fagbyråkrati

Alle organisasjoner har sine særtrekk, sine kjennetegn, sin kultur, sin kontekst, samt sine sterke og svake sider. Mintzberg (1979) kaller organisasjoner som sykehus for fagbyråkratier. Som fagbyråkratier kjennetegnes sykehus ved at de er komplekse organisasjoner både med hensyn til mål og oppgaveutførelse, at arbeidet koordineres i produksjonskjernen av autonome profesjonelle gjennom standardisering av ferdigheter, samt at de er orientert mot løsninger for eksterne parter (Mintzberg 1979). Dette innebærer at sykehus bygger på omgivelser som er komplekse med hensyn til arbeidsprosedyrene og samtidig stabile slik at disse kan standardiseres.

Sykehusledelse har aldri vært lett. Den har alltid vært kontroversiell og gjenstand for strid. Bakgrunnen for dette er at fagbyråkratiet har to ulike kulturer/tradisjoner for styring, fagstyring og administrativ linjeledelse (Mintzberg 1979). Den administrative delen av ledelsen i fagbyråkratiet er hierarkisk oppbygd⁶ og ledelsen legitimeres gjennom sin posisjon.

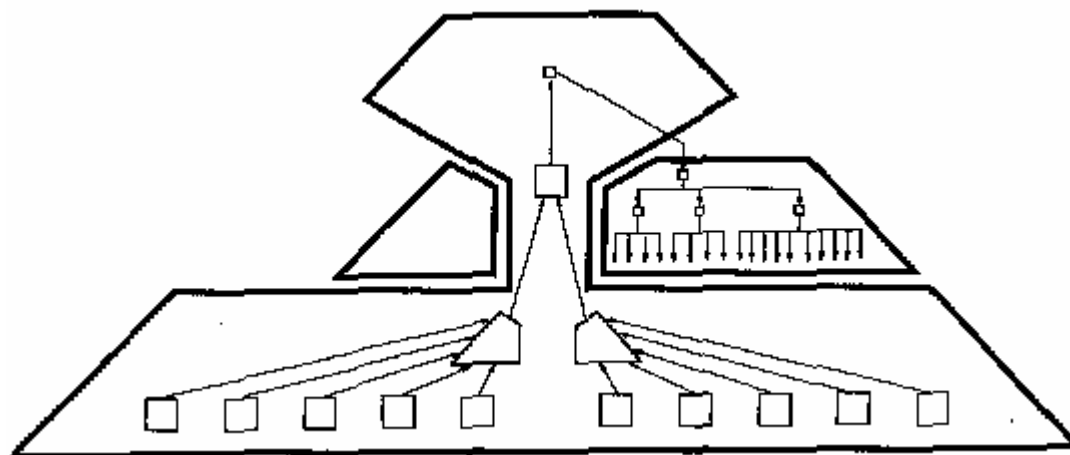


Fig. 1 Mintzberg(1979) Fagbyråkrati

I sykehus har imidlertid ledelse utover det som bygger på faglig ekspertise tradisjonelt hatt liten innflytelse i produksjonskjernen. Her er det den faglige kompetansen, erfaringen og respekten for faglig dyktighet som har gitt ledelsen autoritet og legitimitet (Strand 2001).

⁶ Som maskinbyråkratiet

Fagbyråkratiet fremstår som demokratisk ved at det avgir makt nedover i systemet til de profesjonelle, noe som gir dem stor grad av autonomi og innebærer at kvaliteten på tjenestene bestemmes på det laveste nivået i systemet i den daglige pasientbehandlingen. Dette er en styrke ved fagbyråkratiet, samtidig som det også medfører flere problemer. For det første kan det oppstå konflikter i koordineringen av arbeidet mellom de profesjonelle. For det andre påvirker dette koordineringen mellom de profesjonelle og støttestaben/ administrasjonen, samt at det blir vanskelig for den administrative ledelsen å få innsyn i de profesjonelles arbeid. For det tredje fører dette til problemer med å håndtere profesjonelle som er uansvarlige eller lite kompetente. For det fjerde gjør det fagbyråkratiet lite fleksibelt, slik at det blir vanskelig å gjennomføre endringer, innovasjon.

I tråd med den betydning konteksten har for ledelse kan vi si at ledelsesreformer aldri innføres i et vakuum. Ved innføring av enhetlig ledelse har for det første fagbyråkratiets særpreg og kjennetegn betydning for konsekvensene og effekt av reformen. For det andre gir fagbyråkratiet føringer for hvordan endringer i sykehus best kan gjennomføres. I følge Mintzberg (1979) innebærer det at endringer i fagbyråkratiet bare kan gjennomføres inkrementelt ved en endring av profesjonsnormer eller ”Bottom-up” ved at de er kommet fra, og er motivert ut i fra, behov hos de profesjonelle selv.

3. 8. Endring av ledelse i sykehus - Fra ledelse til management?

Som tidligere nevnt har innføring av enhetlig ledelse sammenheng med den påvirkningen som NPM har hatt på norsk helsevesen (Vareide 2002). I tråd med NPM er derfor reformer i offentlig sektor motivert ut i fra et formål om innsparing, effektivitet og produktivitet (Politt og Bouckaert 2000). I denne sammenheng vil effektivitet si å gjøre de riktige tingene, mens produktivitet vil si å gjøre tingene riktig (loc.cit). Sentralt i disse organisasjons- og styringsformene er i tillegg til driftsøkonomisk produktivitet og effektivitet en bruker/ borger fokusering, økt konkurranse gjennom selvstendige kvasimarkeder, desentralisering og rammebudsjettering, samt kontroll gjennom resultatvurderinger og kvalitetsmålinger (Krag Jespersen 2001). Dette kommer også til uttrykk ved reformer som helseforetaksreformen og klinikkstrukturen, som også har medvirket til å endre styringsbetingelsene i sykehus.

3. 8. 1. Bruker/borger fokusering

I tråd med brukerfokuseringen er sykehuset som organisasjon i økende grad rettet mot krav fra brukerne. En avdelingsleder beskriver på denne måten hvordan atferden til en gruppe kronisk syke har endret seg:

”Og så er det en gruppe som har vært litt forsagte gjennom tidene, ikke har mast for mye på oss, og godtatt alt vi har sagt. De har blitt mer bevisste heldigvis. En del av dem er godt orientert på pc-skjermen, de vet litt om internett og de vet om nye behandlingsmetoder og det står også i deres fagblader.”

Dette viser at pasienter som gruppe, i tråd med de generelle samfunnsendringene, også endrer seg ved at de både har mer kunnskap om behandling, samt at de stiller krav ut i fra dette. I tillegg har brukernes påvirkningsmuligheter gjennom brukerundersøkelser og reformer, som ISF⁷, Fritt sykehusvalg og Lov om pasientrettigheter, styrket deres rettigheter og samtidig ført til et bedre innsyn i prioriteringer og ressursbruk i sykehus.

3. 8. 2. En profesjonalisering av lederrollen

Avdelingsledelse i sykehus har tidligere verken vært særlig høyt profilert eller vært særlig ettertraktet av faggruppene, spesielt ikke for legene. En av intensjonene med å innføre enhetlig ledelse var derfor å endre og oppjustere synet på ledelse i sykehus. Ved at samordningen internt i organisasjonen har blitt delegert nedover, har dette åpnet opp for en mer profesjonell ledelse (Byrkjeflot 1997). Ved profesjonell ledelse ser man ledelse som et fag, hvor det å utvikle strategier, mestre endringer og kunne foreta tilpasninger i organisasjonen er viktigere enn en faglig kompetanse mht produksjonen.

Enhetlig ledelse er ment å skulle bryte med den tradisjonelle fagledelsen og få frem en mer profesjonell/administrativ ledelse i sykehusene, også på avdelingsnivå. Dette innebærer en endring av legitimiteten i stillingen ved at legitimiteten for fagledelse bygger på ekspertise og kunnskap, mens legitimiteten i profesjonell ledelse ligger i den formelle posisjonen. I NOU 1997:2 ”Pasienten først!” viser ulike endringene dette medfører seg for det første ved en presisering av kravet om at lederen må ha tilstrekkelig ledelseskompetanse. For det andre vises det gjennom presiseringen av at lederaktiviteter må være lederens hovedoppgave og skal prioriteres foran andre oppgaver lederne ønsker å gjøre. For det tredje viser dette seg ved at avdelingslederstillingen ikke er forbeholdt leger, men at den også er åpen for andre med

⁷ Innsats Styrkt Finansiering

helsefaglig kompetanse. For det fjerde presiseres betydningen av at avdelingslederen skal være lik leder for alle, uansett yrkesbakgrunn. I tillegg er avdelingsledernes ansettelsesforhold basert på en tidsbegrenset kontrakt. Dette gjør det lettere å avslutte ansettelsesforholdet, noe som tidligere har vært vanskelig i fagbyråkratiet (Mintzberg 1979).

I NOU 1997:2 "Pasienten først!" vektlegges det at enhetlig ledelse er en lederrolle som innbefatter at lederen utøver lederskap, leder virksomheten og administrerer de rutineene man skal følge. Denne beskrivelsen av lederrollen er i tråd med det Strand (2001) kaller administrasjon/management og ledelse/leadership, identifiserer som transaksjonslederen og transformasjonslederen.

3. 8. 3. Autonomi og desentralisering av ansvar

Avdelingsledere i sykehus fatter beslutninger i forhold til svært komplekse problemstillinger. For å ivareta den nødvendige fleksibiliteten dette krever, har man ved innføring av enhetlig ledelse for det første forsøkt å styrke avdelingsledernes autonomi med begreper som helhetlig og totalansvar, samt en presisering av at dette ansvaret inkluderer alle sidene ved driften. For det andre har man delegert ansvaret nedover i organisasjonen, slik det kommer frem i en presisering av hovedoppgaver, ansvar og myndighet til avdelingslederne ved Sykehuset:

"Avdelingslederen har det helhetlige ansvar for avdelingens drift og alle ansatte delegert fra direktørens totalansvar."

Gjennom desentralisering får avdelingslederne en større frihet med hensyn til strategiske og driftsmessige beslutninger⁸. I NOU 1997:2 "Pasienten først!" beskrives denne ledelsen som utviklings- og endringsledelse: *Avdelingsledelsen vil også ivareta de strategiske funksjoner som følge av de økende krav og utfordringer som hver enkelt avdeling ved sykehusene vil bli stilt over for*(NOU 1997:2 s 102). Dette øker ansvarligheten og motivasjonen med hensyn til gjennomføring av beslutningene, ved at de som står nærmest problemene og derfor har best innsyn i dem fatter beslutningene, (Strand 2001). En annen konsekvens av det helhetlige ansvaret er imidlertid at avdelingslederne må tilpasse avdelingens virksomhet til det budsjettet de er tildelt⁹. I stillingsinstruksen på Sykehuset kommer dette blant annet til uttrykk slik:

⁸ Transformasjonsledelse

⁹ Transaksjonsledelse

”Avdelingslederen har ansvar for at avdelings budsjett og drift er i overensstemmelse med virksomhetsplanen, og i henhold til budsjett og ytelsesavtalen som inngås mellom direktør og avdelingsleder”.

Det helhetlige ansvaret er derfor en endring av avdelingslederrollen som innebærer at avdelingslederne kan komme opp i flere lojalitetskonflikter i skjæringspunktet mellom drift og økonomi. Erfaringer fra Danmark viser at denne dreiningen mot økonomisk effektivisering har ført til en faglig konflikt mellom de faglige profesjonene og den nye administrative profesjonen (Kragh Jespersen 2001).

3. 8. 4. Indirekte kontroll

På den ene siden ser man ved enhetlig ledelse en presisering av helhetsansvaret, økt autonomi og desentralisering av ansvar for avdelingslederne. På den andre siden ser man også en økning i den indirekte kontrollen ved bruk av ulike kvalitets- og resultatvurderinger¹⁰, samt en innføring av styringsregulerende insitamentter som ISF¹¹ og DRG¹². I det daglige vil dette kunne føre til mer administrativt arbeid med dokumentasjon av utført arbeid og resultatene av dem.

For den enkelte avdelingslederen betyr enhetlig ledelse en større frihet til å utføre oppgavene slik man ønsker, men det innebærer også en større kontroll med at man oppnår de resultatene som forventes. En avdelingsleder beskriver det slik:

”Det er min jobb å sørge for å holde meg innenfor den rammen jeg får og om jeg skulle gå i underskudd, så blir jeg vel ikke sagt opp første året, men jeg vil få klar beskjed om at jeg vil få mye mindre neste år. Så tøft er det.”

Dette utsagnet viser at toppledelsen gjennom indirekte kontroll oppnår et innsyn som gir dem ”et ris bak speilet” i forhold til avdelingslederne, ved at ledere som ikke tilfredsstillt kravene kan sies opp eller i det minste ikke får fornyet kontrakt.

Samlet sett kan vi si innføring av enhetlig ledelse har endret konteksten for ledelse i sykehus som innebærer en endring fra styring via planer og regler til styring via resultatvurderinger. Det vil si fra Ex ante → Ex post (Lane 2000). Denne utviklingen er i tråd med teori om

¹⁰ Inkludert Benchmarking

¹¹ Innsats Styrte Finansiering

¹² Diagnose Related Groups

performance management, hvor ledelsen fremstår som bemyndiget og ansvarliggjort med stor grad av autonomi med hensyn til måloppnåelse for sin avdeling, samt personlig ansvar for resultatet (Torjesen og Gammelsæter 2004).

3. 8. 5. Inkonsekvente og motstridende reformer

På den måten fremstår reformene verken som innholdsmessig sammenhengende eller koordinerte endringer. Dette kan forstås på flere måter. For det første kan dette tolkes som i lys av "Muddling through" metoden (Lane 2000), ved at reformene er innført uten tilstrekkelig analyse og planlegging med tanke på koordinering og konsekvenser av de enkelte tiltakene. Denne forståelsen er i samsvar med et syn på reformer som en tilpasning til moter (Rørvik 1992).

For det andre kan dette tolkes slik at den økte autonomien og desentralisering av ansvaret bare tilsynelatende skal gi avdelingslederne handlefrihet. Mens den egentlige intensjonen er å styrke den ytre styringen. Hensikten med den indirekte kontrollen er da å gi toppledelsen bedre innsyn i produksjonen på avdelingsnivå med hensyn til kvalitet og effektivitet, mens insitamentene er et uttrykk for et ønske om å påvirke innholdet i den. Her uttrykker man på den ene siden tiltro til ledelsen gjennom delegasjon og autonomi, mens man samtidig gjennom indirekte styring og kontroller uttrykker mistillit. Denne forståelsen er i tråd med grunnleggende tankegang i NPM.

En tredje forståelse er at motsetningene og inkonsekvensen er et resultat av sykehusets kompleksitet, hvor de ulike reformene kan sees på som sammenhengende spor eller kretsløp som ivaretar ulike krav og oppgaver (Vrangbæk og Torjesen¹³ 2004). Vrangbæk og Torjesen (2004) viser til fire kretsløp. Det er for det første et kretsløp for ledelse hvor man for å ivareta utgiftskontroll og effektivisering anvender økonomiske styringsparametere. For det andre er det et kretsløp for bruker/borgerkontakt som skal ivareta servicetilbud og samarbeid med andre deler av behandlingssystemet. For det tredje er det et kretsløp for fagledelse som skal ivareta organisering av praksis og faglig utvikling med hensyn til behandling. For det fjerde er det et kretsløp som skal ivareta demokratiske prinsipper gjennom ansvarliggjøring av ledere, samt offentlig innsikt og kontroll. Denne forståelsesrammen tar hensyn til fagbyråkratiets kompleksitet i forhold til det mangfold av oppgaver, funksjoner, mål og nivå som skal ivaretas i sykehus (Mintzberg 1979).

¹³ Upublisert artikkel

Uavhengig av de ulike tolkningene er konsekvensen for avdelingslederne, at de i møtepunktet mellom de ulike prinsippene stilles overfor vanskelige valg og dilemmaer som de må forholde seg til.

3. 9. Handlingsrom for ledelse

3. 9. 1. Muligheter og grenser

Konteksten, forventningene og premissene for avdelingslederstillingen er endret. Dette gir rom for å prøve ut grenser og muligheter. Avdelingslederne beskriver hvilke handlingsrom de har med begreper som "noe" til "ganske stor". Dette utsagnet er i samsvar med funn i en annen norsk undersøkelse¹⁴ hvor avdelingslederne sa at deres "påvirkning alt i alt" var for 40 % liten, for 36 % middels og for 24 % stor. I denne undersøkelsen beskrev en avdelingsleder sitt handlingsrom slik:

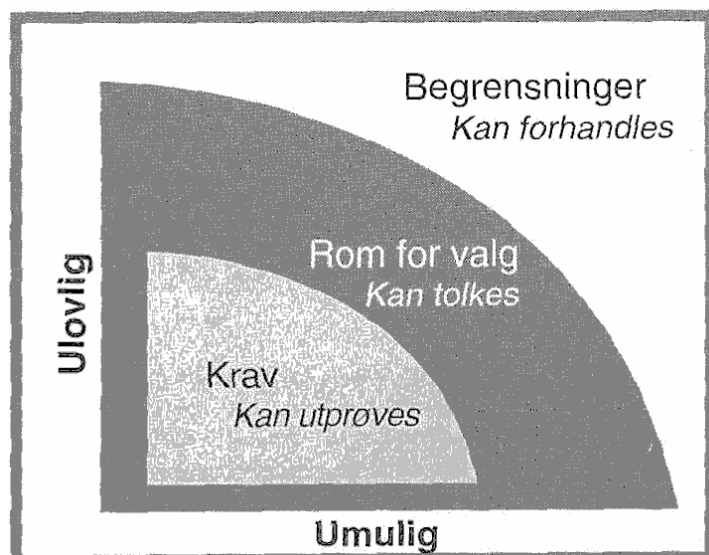
"Jeg er veldig glad i å være i en posisjon hvor jeg har mulighet til å bli hørt. Jeg kan si det jeg mener. Det er ikke alt man får igjennom, men jeg har i alle fall påvirkningsmuligheter. Jeg er ganske sikker på at man har ganske stor frihet til å forme denne rollen her."

Dette utsagnet illustrerer at det innenfor samme formelle rolle er store variasjoner i lederes handlingsrom (Strand 2001). En avdelingsleder knyttet begrepet makt opp mot faglig frihet og handlingsrom på denne måten:

"Fremdeles vil jeg si at det er relativt stor makt til den som har det kliniske ansvaret på avdelingsnivå, det synes jeg faktisk."

Dette utsagnet illustrerer det styringsproblemet Kragh Jespersen (2001) sier at de nye reformene gir i forhold til legene, fordi disse endrer historisk etablerte maktposisjoner (Jfr. Hernes 2002). Strand (2001) sier at dette handlingsrommet blir påvirket av ledernes egne Oppfatninger av hvor grensene går, av hvilken kunnskap de har om muligheter, samt hvilke

¹⁴ Upublisert artikkel av Vrangbæk og Torjesen (2004)



Figur 2. Strand (2001:360) Handlingsrom og område for tolkning, utprøving og forhandling.

erfaringer de har med risiko og utprøving av grenser. Naturligvis må ledere som andre ta hensyn til reglement, instruksjer og pålegg, men de gjør også valg ut fra egne analyser og vaner. Det vil alltid være krav som kan utprøves, rom for valg som kan tolkes og begrensninger som kan forhandles, slik figur 2 viser.

3. 9. 2. Begrensninger i handlingsrommet.

Mange avdelingslederne viser imidlertid også til de begrensninger økonomien, ventelistene og det økende hierarki legger på handlingsrommet¹⁵. En av dem beskrev de økonomiske begrensningene det på denne måten:

”Ikke så veldig stort. Økonomisk, budsjettmessig så ligger jo ting veldig låst.”

Dette utsagnet beskriver noen av de begrensninger ledere i sykehus opplever med bakgrunn i de nye reformene. I budsjettet er ca 75 %, er bundet opp av lønninger. Dette begrenser de økonomiske virkemidler og disposisjonsmuligheter avdelingslederne har. I tillegg beskriver avdelingslederne at de ved ansettelser ikke hadde noe frihet med hensyn til lønnsbetingelser. Selv om de holdt seg innenfor sine budsjetttrammer måtte de her alltid be om tillatelse fra

¹⁵ Dette utdypes mer i kapittel 5

administrasjonen. Dette mener de er en unødvendig begrensning som ikke er i samsvar med det ansvaret de er delegert.

En avdelingsleder viser til at det både er stor og liten frihet innen for stillingen:

”For sånn sett så har jo jeg jo inntrykk av at lederne har stor frihet. Altså de jobber på mange måter som de vil. Men der er så mye avtaler og sånn, som egentlig de må forholde seg til likevel. Stor og liten frihet. På en måte stor innen for rammene.”

Samlet sett kan vi derfor si, slik dette utsagnet viser, at avdelingslederrollen både gir avdelingslederne muligheter for et større handlingsrom, samtidig som den også setter større begrensninger for dem.

3. 10. Betydningen av alder og kjønn

3. 10. 1. Betydningen av alder

En av informantene viser til ulikheten mellom leger og sykepleiere med hensyn til utdanningstid og svarer slik på spørsmålet om det var stor forskjell i alder på avdelingslederne:

”Altså alderen på de som er der ligger vel fra 45 og opp til 60. Men snittet vil vel ligge litt lavere på kvinnene. Og det har nok noe med veien opp til, jeg holdt på å si karriere veien da. Men en lege, en overlege har kanskje over 12 år utdanning etter videregående, så har altså en sykepleier 3 ½ pluss kanskje et hovedfag”.

Dette utsagnet viser at alderen på avdelingslederne kan forklares ut i fra deres utdanning og karriereforløp, ved at det er flere sykepleiere som relativt tidlig har mulighet til å rette seg inn mot ledelse som en karrierevei. I denne undersøkelsen er det imidlertid ikke noen forskjell i alder på leger og sykepleiere som er avdelingsledere. De to yngste avdelingslederne var leger. Den ene av dem så på sin alder primært som en fordel. Den andre viste til viktigheten av å ha faglig og ledelsesmessig erfaring og uttrykte det slik:

” Det jeg tenkte på da jeg kom hit, da var jeg ikke godkjent spesialist engang, var akkurat ferdig utdannet, hadde ingen ledererfaring, hadde ikke vært overlege en gang og jeg grudde

meg noe forferdelig, men om det hadde noe med alder å gjøre eller at jeg var ganske uerfaren. Jeg har aldri tenkt på at alder betydde så mye, men det er klart at det er skummelt å komme som leder uten noe erfaring som leder. Det er ikke tilrådelig, ikke ønskelig. Jeg har hatt det ganske strevsomt.”

I tråd med dette gir de fleste avdelingslederne uttrykk for at det er både fordeler og ulemper med hensyn til alder. De gir derfor på den ene siden uttrykk for at det er en styrke ved seniorlegene at de har mye erfaring med seg, både i forhold til medisinsk kompetanse og livserfaring. På den andre siden viser de til at alder også kan være en ulempe, fordi man trenger både stor arbeidskapasitet og fleksibilitet i stillingen. En avdelingsleder sier det slik:

” Hvis du har greid å følge med på den normale demokratiske utviklingen i samfunnet, så tror jeg det å være en del opp i årene er en fordel. Men jeg har sett eksempler på at de blir stivbente og litt firkantede med årene, så jeg har også sett eksempler på en sånn diskvalifikasjon. Så en sånn middelaldrende mann eller kvinne rundt 50 år tror jeg kanskje hadde vært det ideelle. Vi har begynt å få noen sånne på huset her. Det har kanskje har noe for seg, for da er du fremdeles våken på alle nye ting som skjer og du har ikke stivnet til. Jeg tror egentlig det er en prestasjon å være noen og seksti og sitte som leder, da bør du snu deg rundt og se din verden omkring deg.”

Samlet kan man si at i følge avdelingslederne er det en fordel å ha den kunnskapen og kompetansen som man får gjennom erfaring, men at man ikke må være for gammel slik at man ikke lenger er våken, fleksibel og nytenkende. Noen mener derfor at ca 50 år er en passende alder, andre mener at dette kan man oppnå betydelig tidligere.

Dette bekreftes av Strand (2001) som en vanlig holdning i organisasjoner; at økende alder forbindes med tap av energi, tiltaksevne og mental klarhet. Imidlertid mener han at dette ikke er dokumentert, og derfor mer er et uttrykk for en antagelse om at det er en sammenheng mellom alder og funksjonsevne.

3. 10. 2. Betydningen av kjønn

Sykehus er en kvinnedominert arbeidsplass med en lang tradisjon for at mannlige leger leder kvinnelige sykepleiere. Dette er fortsatt tilfelle på Sykehuset ved at det her er flere menn enn

kvinner, og ikke minst er det langt flere leger enn sykepleiere, som er avdelingsledere. Dette forklarer en informant slik:

”Nei, det er jo primært menn. Det har jo noe med at i den aldersgruppen som man rekrutterer lederne fra, så er det en overvekt av menn som er leger. Om 15 år så er det annerledes.”

I denne undersøkelsen var det ingen som mente at kjønn hadde stor betydning for utformingen av rollen, slik denne typiske uttalelsen beskriver:

”Skal ikke si at det ikke det kan ha betydning, men jeg tror personlige egenskaper hos mann og kvinne nødvendigvis ikke er så forskjellige. Har de en faglig bakgrunn, har de en viss bakgrunn i ledelse og erfaring, kanskje også utdannelse i ledelse så tror jeg ikke kjønn spiller så stor rolle. Noen av de som har vært gode på ledelse som ikke har vært leger, har vært kvinner. Jeg tror det er relativt kjønnsuavhengig.”

Denne beskrivelsen stemmer med det Strand (2001) sier om at man ikke finner noen klare indikatorer på at kjønn påvirker lederens rolleprofil. De tre kvinnelige avdelingslederne pekte imidlertid på erfaringsforskjeller mellom dem og deres mannlige kollegaer. En pekte på at hun på grunn av kjønn ble spurt om å sitte i svært mange fora og utvalg, samt at hun stadig ble bedt om å være sekretær. En annen følte seg tidligere utnyttet som kvinnelig alibi for toppledelsen. Den tredje beskriver at hun står over for andre forventninger og krav enn sine mannlige kollegaer:

”Jeg har kommet til at sånn generelt, så forventer folk litt mer omsorg fra en kvinnelig leder, omsorg for medarbeiderne. Men jeg tror ikke at de er mer overbærende med en kvinne, kanskje tvert i mot. For trør du feil, så. Det mener jeg at jeg har opplevd. Spesielt for kvinner blir det liksom mindre tilgitt./.../ Jeg har opplevd at jeg blir utsatt for ting, som jeg aldri har opplevd at menn som gjør upopulære ting blir utsatt for.”

Disse tre beskrivelsene er alle eksempler på det Strand (2001) kaller diskriminering gjennom stereotypier. Gjennom sine beskrivelser illustrerer de tre avdelingslederne at de som kvinner som er i mindretall i sitt ledermiljø, ofte må ta en del kostnader med å være i denne posisjonen (Strand 2001).

3. 11. Stillingsnivå

Ved innføring av enhetlig ledelse med presisering av totalansvaret, indirekte kontroll og økt innsyn er premissene for avdelingsledelse endret. En avdelingsleder beskriver sin nåværende posisjon på denne måten:

”De er jo på en uriaspost, altså.”

Dette utsagnet synliggjør at de ulike målestokkene avdelingslederne måles etter gjør dem sårbare for bedømmelse og kritikk fra andre. Reformene i helsesektoren gir nok på den ene siden lederne nye redskaper til ledelse, men på den andre siden gjør de også lederne mer synlige, mer utsatte, samtidig som det også stilles større krav og forventninger til dem. Dette er i tråd med det Torjesen og Gammelsæter (2004:6) i en norsk lederundersøkelse beskriver om hvordan klinikkssjefer¹⁶ i sin streben etter resultat og autonomi også blir mer *”synlige, transparente og sårbare”*.

I beskrivelsen av hva denne posisjonen innebærer henviser mange avdelingsledere til fagbyråkratiets to lederstrukturer som ”de over meg” og ”de under meg”. Med dette illustrerer de at de to ledelsesstrukturene representerer henholdsvis toppen og bunnen i organisasjonen, samtidig som det plasserer avdelingslederne i en posisjon mellom dem. En avdelingsleder beskriver sin posisjon slik:

” Og så står jeg jo i noen lojalitetsdilemmaer mellom over og under.”

Dette utsagnet viser det dilemmaet avdelingslederne kommer i på grunn av sitt stillingsnivå, fordi forventningene til hva som er god ledelse varierer med hvor man er plassert vertikalt i organisasjonen (Strand 2001). På den ene siden skal de være talsmann for de ansatte i forhold til toppledelsen. På den andre siden skal de være toppledelsens representant i forhold til de samme ansatte. Mange avdelingsledere viser til at de må være lojale begge veier, noe de synes er vanskelig, slik denne avdelingslederen beskriver det:

”Ja, det er på en måte lederrollens dobbelthet, skifter jo mellom de to. Nei, det er vanskelig. Det er mye av lederkunsten. Det å vite når man skal være den ene eller den andre. Du har

¹⁶Avdelingsledernes ansvar for strategi og endring gjør at disse stillingene ikke er så ulike som tidligere

ikke lov til å bare være den ene. Du er begge deler. Man kan lett gjøre et populistisk scoop og bare være utsending. Nok av de som har gjort det. Talsmann for de misfornøyde, og henter seg mye ære selv. Man må tørre å ta rollen som direktørens utsendte også. Skal være lojal begge veier.”

Dette viser at avdelingslederne er i en ”mellom barken og veden” posisjon i forhold til krav ovenfra og krav nedenfra, mellom kollegial popularitet og organisatorisk oppgaveløsning (Strand 2001). Flere avdelingsledere viser til at man derfor må være trygg, uredd og tydelig i denne posisjonen. Dette er en beskrivelse av lederrollen som er i samsvar med performance management.

Selv om avdelingslederne sier at de skal være lojal begge veier, så er det hos ”de under” at de selv finner støtte. Det er særlig lederteamene som trekkes frem som viktige støttespillere, men også kollegaer og andre avdelingsledere nevnes. I forhold til toppledelsen viser flere til at den nye klinikkstrukturen har ført til mer byråkrati, slik at avstanden mellom dem og toppledelsen er økt, noe de synes er problematisk og unødvendig. Som en følge av dette beklager flere at de ennå ikke har sett direktøren på sin avdeling, slik de sier det var vanlig tidligere. Dette kan ha flere årsaker. I tråd med institusjonell teori og synet på reformer som moter, kan en mulig forklaring være en blandet holdning fra toppledelse til mellomledelsen. Mellomlederne ses på som unyttige fordi de verken direkte produserer eller tar større avgjørelser (Rørvik 1992). Det kan også ses som et uttrykk for at toppledelsen ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til de faktorene som er viktige ved endringer i fagbyråkratiet.

I tillegg til vanskene knyttet til fagbyråkratiets to styresett med hensyn til oppbygging, struktur og kultur, kan denne opplevelsen av avstand ha blitt forsterket av at disse i dette tilfellet også er lokalisert i to forskjellige bygg ved Sykehuset. Tidligere var i tillegg fylkesadministrasjon lokalisert flere kilometer fra sykehuset.

3. 12. Vektlegging av personlige egenskaper og egnethet

I NOU 1997:2 ”Pasienten først!” ble det stilt to hovedkrav til avdelingslederne, reell ledelseskompetanse og kompetanse innefor avdelingens virksomhet. Reell ledelseskompetanse ble her beskrevet som personlige egenskaper og egnethet, relevant ledererfaring og formell ledelseskompetanse. I en avveining mellom disse ble personlige egenskaper og egnethet satt som et absolutt krav. I tråd med dette sto det i utlysningsteksten for avdelingsledere ved Sykehuset i 2000 følgende:

”Det legges vekt på personlig egenhet, lyst til å lede og til å påta seg administrativt arbeid. Videre legges det vekt på at avdelingslederen har evne og vilje til å:

- *Være en samlende leder for hele enheten, bidra til gjensidig respekt og styrke samarbeidet*
- *Ta beslutninger*
- *Samarbeide og kommunisere*
- *Håndtere uenighet og konflikter*
- *Utløse engasjement, kreativitet og nytenkning”*

På spørsmål om hva de synes var viktigst i stillingen la alle avdelingslederne størst vekt på betydningen av personlige egenskaper i rollen. En avdelingsleder sa det slik:

”Jeg syns jo at lederegenskapene er det aller viktigste, evnen til å kommunisere med folk og alt rundt det. Jeg har vært leder i 20 år, men jeg kunne jo veldig godt vært en kjempedårlig leder for det. Det er ikke noen garanti med den erfaringen.”

Det var stor grad av samsvar mellom de personlige egenskapene som ble ønsket fra Sykehuset og de egenskaper avdelingslederne mente var viktige. På spørsmål om hvor det var verst at det sviktet, svarte de fleste at det var hvis håndteringen av personalet sviktet og førte til mistriivsel, eller hvis man ikke var tydelig og visjonær. I tillegg ble det hyppig nevnt egenskaper som like å lede, være til å stole på, være demokratisk, vennlig og kunne lytte, se helheten, være lik leder for alle, kunne koordinere, være synlig, være tilgjengelig og ha vilje til endring.

Mange beskriver både sine sterke og svake sider og sier samtidig at de gjennom tilbakemelding på egen lederstil har utviklet seg som leder, slik denne avdelingsleder beskriver:

” Fordi jeg vet om en del svakheter jeg har. Faktisk det siste kurset jeg var på der lærte jeg en del om meg selv som leder. Jeg tror jeg har bedret meg, blitt bedre til å informere, holde folk oppdatert, mer demokratisk enn jeg var før. Jeg har en tendens til å gjøre alt selv, dårlig til å delegerer. Der har jeg blitt bedre.”

Samsvaret mellom Sykehuset og avdelingslederne med hensyn til de personlige egenskapene kan for det første forstås som en endring i avdelingsledernes forståelse av hva som er god

ledelse. Fordi vi ikke har noen data som kan si oss om hvordan det som avdelingslederne beskriver som endringer i lederstil oppleves som endring av andre, kan dette samsvaret også tolkes som en ytre og tilsynelatende tilpasning til aksepterte normer. Begge disse måtene å tolke dette på harmonerer med et institusjonelt syn på ledelse (Strand 2001).

3. 13. Endring av avdelingsledernes handlingsbetingelser

Tradisjonelt har fagbyråkratiet to grunnleggende betingelser for ledelse (Strand 2001). Den ene er at mange "vanlige" ledelsesoppgaver er overflødige. Ved innføringen av enhetlig ledelse er dette endret. Den andre grunnbetingelsen for ledelse i fagbyråkratiet er at administrativ ledelse er vanskelig, samtidig som den for de profesjonelle er både fremmed og lite ønskelig. Ledelse i sykehus er nok fortsatt besværlig, men den er ikke helt uønsket. Bakgrunnen for disse endringene er at innføring av reformer som enhetlig ledelse, klinikkstrukturen og helseforetaksreformen har endret konteksten for ledelse i sykehus. Denne utviklingen er i tråd med teori om performance management, hvor ledelsen fremstår som bemyndiget og ansvarliggjort med stor grad av autonomi med hensyn til måloppnåelse for sin avdeling, samt personlig ansvar for resultatet (Torjesen og Gammelsæter 2004).

4. INSTITUSJONELT FORMIDLEDE REFORMER

4. 1. Institusjonelt formidlede reformkrav.

I nyinstitusjonell teori er man opptatt av institusjonelt formidlede reformkrav, hvordan reformer oppstår i organisasjonenes omgivelser, samt hvordan de så taes opp og bearbeides/tilpasses i den enkelte institusjon (Kragh Jespersen 2001). Gjennom sine medlemmer er institusjoner bærere av meninger, normer og forestillinger. Dette er tanker og holdninger som har blitt en integrert del av organisasjonen gjennom en felles historisk defineringsprosess over lang tid, som det kan være vanskelig å endre. I et institusjonelt perspektiv kan man derfor se forsøk på å gjennomføre reformer som en kulturell strid om normer, ulike oppfatninger av hva som er virkeligheten, symboler og legitimitet (Brunsson og Olsen 1990).

4. 2. Den institusjonelle reformprosessen.

For å bøte på vanskene med styring i sykehus sier utvalget i NOU 1997:2 "Pasienten først", at man må utvikle en organisasjonskultur der ledere på alle nivåer tar helhetlig ansvar for alle

resultater og aktiviteter. Det må også utøves ledelsesengasjement som klart har som mål å nå dette ambisjonsnivået. Utvalget sier at ledelse ikke bare er et spørsmål om struktur, men at det også er et spørsmål om de ansattes holdninger, både blant lederne og de som skal ledes. De peker derfor på at utfordringene til ledelse i sykehus i stor grad er knyttet til det holdningsmessige, og derfor også til organisasjonskulturen ved det enkelte sykehuset. Scott (2001) peker på tre viktige grunnleggende pilarer i institusjonalisering:

- **Den regulative pilar:** Ved tvang, autoritet eller bytte/intensiver pålegger en aktør utenfor organisasjonen at man skal gjennomføre ordningen, for eksempel lovgiver.
- **Den normative pilar:** Verdier og normer som er felleseie i profesjonen, organisasjonen eller samfunnet har betydning for de valgene vi gjør.
- **Den kulturelle/ kognitive pilar:** Gjennom den tilknytningen vi har til profesjonen, organisasjonen eller samfunnet har vi en mengde ”tatt-for-gitt” forestillinger som preger hva vi mener er rett, står for og de valgene vi gjør.

Den regulative pilaren handler både om de påtrykk samfunnet utenfor organisasjonen kan utøve på den, og om det påtrykket toppledelsen kan legge innad i organisasjonen gjennom sin formelle myndighet. Påtrykk som skjer på denne måten kalles ofte for Top-Down og man får en Top-Down ledelse, noe som kan gjøre implementeringen vanskelig og føre til ulike typer motstand. Den normative pilar handler om de verdier og normer som styrer de valg man tar, bevisste og ubevisste. Disse normene og verdiene er med på å bestemme synet på ledelse, både hva ledelsen skal gjøre, kan tillate seg å gjøre, samt hva ledelsen skal være for organisasjonen.

4. 2. 1. Innføring av reformen.

Den tradisjonelle administrative overordnede ledelse i sykehus er i hovedsak forankret i den regulative pilaren. Endringen i ledelsesstrukturen er også forankret i den regulative pilaren, fordi den er pålagt fra lovgiver, altså ved tvang.

På Sykehuset ble enhetlig ledelse vedtatt i 1997 som en proaktiv¹⁷, strukturell reform (Jacobsen og Thorsvik 2002). Det kom ikke frem motstand fra den administrative ledelsen mot endringen. Tvert imot uttrykker den daværende direktøren i et intervju¹⁸ dette:

¹⁷ I motsetning til en reaktiv og/ eller kulturell reform

¹⁸ Intervju foretatt av Dag Torjesen våren 2003

”Slik jeg opplever det kom loven (enhetlig ledelse) inn som en understøttelse som vi så var nødvendig”.

Ledelsens respons på endringspålegget kan forstås som tilpasning og kan tolkes som et uttrykk for at det har vært sammenfall mellom normativ og kulturell/kognitiv pilar for ledelsen og lovgiver. Flere utsagn viste at ledelsen synes å ha flere motiver i denne prosessen. En avdelingsleder uttrykte det slik:

”Han (direktøren) var veldig klar på at han skulle være den første i Norge som turte noe annet enn å ansette bare leger. Det var jo sprekt av han, men det er jo vi som har betalt den prisen. Og det har vi kjent på, så til de grader. Og jeg var ikke interessert i å fortsette å være et alibi for at på /.../ har vi noe annet enn leger.”

Denne uttalelsen er i tråd med et institusjonelt perspektiv på reformer som et uttrykk for institusjoners tilpasning til de krav som omgivelsene setter, både i forhold til hva de gjør og hva de er. Dette innebærer at omfanget av en reform gjenspeiler avstanden mellom hva institusjonen gjør og er, i forhold til hva omgivelsene mener at den bør gjøre og bør være. Omfattende reformer som bryter med institusjonens identitet kan være et uttrykk for en betydelig krise eller forventning det (Brunsson og Olsen 1990).

Rørvik (1992) ser i denne sammenheng på reformer, eller endring i institusjoner, som en adopsjon av moter, motivert ut i fra et ønske om å symbolisere visse verdier utad. For å få støtte utenfra må ledelsen sørge for at de strukturene, prosesser og ideologier som institusjonen står for oppfattes som rasjonelle, effektive, rimelige, naturlige og moderne (Brunsson og Olsen 1990). Ledelsen kan derfor ikke velge hvilken som helst visjon, visjonen må også være ”spiselig” for omgivelsene.

4. 2. 2. Fra fagleder til profesjonell leder.

I et institusjonelt perspektiv innebærer reformen om enhetlig ledelse en endring av de normer, verdier og holdninger som er knyttet til den tradisjonelle faglederen i fagbyråkratiet over til en mer profesjonell lederrolle¹⁹. Den tradisjonelle faglederen har sine normer, verdier og holdninger fundamentert i den normative pilaren og har sine ”tatt-for-gitt” forestillinger fra den kulturelle/kognitive pilaren. Her er det er den faglige kompetansen, erfaringen og

¹⁹ Rollene er beskrevet mer utfyllende i kapittel 3.7 og 3.8

respekten for faglig dyktighet som har gitt ledelsen autoritet og legitimitet (Strand 2001). Dette er standarder for akseptabel atferd som de profesjonelle har tilegnet seg gjennom sin utdanning og senere vedlikeholdt gjennom tilhørighet til profesjonen ved etterutdanning og deltakelse på kurs og konferanser i tilknytning til profesjonen. Profesjonenes normer etableres derfor på arenaer utenfor sykehuset og er av den grunn vanskelige for andre å kontrollere eller påvirke.

Ved profesjonell ledelse ser man ledelse som et fag, hvor det å utvikle strategier, mestre endringer og kunne foreta tilpasninger i organisasjonen er viktigere enn en faglig kompetanse mht produksjonen. Dette er en endring av avdelingslederrollen utfra hva avdelingsledere gjør og er, i forhold til innhold i rollen og den funksjonen den har. De to rollene kan skjematisk settes opp på denne måten (Vareide 2002):

	Fag ledelse	Enhetlig ledelse
Legitimitet for rollen:	Faglig kunnskap	Posisjon
Ansvars omfang:	Avgrenset	Overgripende
Fokus på:	Praksis	System
Ledelse ved:	Instruksjon	Inspirasjon

Figur 3 Avdelingslederrollen

I følge Strand (2001) tildeles ledere i dag en helterolle hvor organisasjonskulturen ses på som et redskap for lederen. Ledelsens oppgave blir blant annet å gi virksomheten mening og selv fremstå som et levende bilde på dette. Dette kalles karismatisk ledelse eller transformasjonsledelse og kjennetegnes ved at ledere ses på som personer som utgjør den store forskjellen og som representanter for en forandring til det bedre (Strand 2001). Tradisjonelt har denne type ledere primært vært knyttet til toppledelsen i fagbyråkratiet (Jacobsen og Thorsvik 2002).

4. 2. 3. Vil reformen føre til endring av avdelingslederrollen?

Det er ingen automatisk sammenheng mellom endring og reform. Man kan ha endring uten reformer og reformer uten endring. Hvilke erfaringer har man med lignende reformer andre steder? Vareide (2002) mener at man i liten grad kan se at den medisinske profesjon underordner seg de nye reformene og viser til undersøkelser fra New Zealand og England,

samt erfaringer fra USA og Danmark. Kragh Jespersen (2001) viser til at i Danmark har NPM i realiteten hatt lite gjennomslag med hensyn til styring av kjerneaktivitetene i sykehus. Dermed har også reformene hatt liten påvirkning på de ressursutløsende beslutningene. Dette resultatet forklarer han med at reformene ikke har hatt gjennomslag i legegruppen, samt at ledende politikkene og embetsmenn ikke har akseptert konsekvensene for pasientene.

Torjesen og Vrangbæk (2004)²⁰ sier likevel at i en nordisk NPM kontekst kan det hende at ledelse fremstår som viktig og betydningsfullt for noen, mens andre mer kjenner på begrensningene. Denne variasjonen kan som tidligere nevnt ha sammenheng med hvilke stillingsnivå man er på organisasjonen og/eller være et uttrykk for den enkelte leders opplevelse av sitt handlingsrom.

4. 3. Strategiske responser på institusjonalisering.

I et institusjonelt perspektiv er endringspotensialet til en reform avhengig av om den er i samsvar med eksisterende normer og verdier i institusjonen, samt at reformer som ikke er i samsvar med institusjonens tradisjoner, normer og holdninger vil møte motstand (Brunsson og Olsen 1990). Dette henger sammen med at institusjonaliseringsprosessen gjør institusjoner stabile og forutsigbare. Samtidig gjør den også implementering av reformer vanskelig. I et institusjonelt perspektiv er derfor reformer letter å foreslå og å beslutte, enn å gjennomføre (Brunsson og Olsen 1990).

Motstand mot eller strategiske responser på institusjonalisering kan komme til uttrykk som unngåelse, tilpasning, kompromiss, utfordring eller manipulering (Oliver 1991). Unngåelse som uttrykk for en strategisk respons på institusjonalisering kan føre til dekobling og er et uttrykk for at reformen har lav legitimitet i institusjonen. Dekobling vil si at struktur og metode tilpasser seg de institusjonelle omgivelsene, slik at det utad ser ut som en tilpasning, mens produksjonssystemet i organisasjonen samtidig gjør det som skaper den beste produksjonen og lar så struktur og metoder leve sitt eget liv.

4. 4. Dekobling

Ut fra et institusjonelt perspektiv ser Brunsson (1985/1989) på organisasjoner som politisk handlende organisasjoner som hele tiden ivaretar sin legitimitet ved å tilpasse seg de ofte motstridende kravene som omgivelsene stiller. Samtidig ser han på organisasjoner som

²⁰ Upublisert artikkel

handlingssystem som er avhengig av til en hver tid å kunne gjennomføre konsistente og sammenhengende handlinger. En organisatorisk sammensatt og kompleks organisasjon som sykehus, kan ikke håndtere mange eller motstridende konsepter i den daglige driften. De ansatte i sykehus har i løpet av dagen mange situasjoner for eksempel med øyeblikkelig hjelp, situasjoner hvor man er lovpålagt å gi hjelp, uavhengig av hvilke reformer man ellers er pålagt å ta hensyn til. En avdelingsleder som leder en avdeling hvor 94 % av arbeidet er øyeblikkelig hjelp beskrev dette:

”Så signalene fra regjeringen nå er at vi ikke skal behandle flere pasienter. Det er en håpløs situasjon for oss det. Kan ikke avvise pasienter. Vi er dømt til å behandle flere.”

Denne uttalelsen viser at når avdelingslederen kommer i beknip mellom to pålagte normer, velger han å støtte seg til sin profesjonsnorm som sier at øyeblikkelig hjelp er viktigere enn å overholde budsjettet. Det vil si at han bygger på verdier og normer som er felleseie i profesjonen. For denne og flere av de andre avdelingslederne er dette selvsagt, altså også en ”tatt for gitt” forestilling om hva som er rett og som preger valgene de gjør. Når det gjelder øyeblikkelig hjelp ser det ikke ut til at avdelingslederne underkaster seg pålegg om budsjettkontroll. Det vil si at den regulative pilar settes til side.

Flere avdelingsledere mente at avstanden mellom dem og toppledelsen hadde økt. En avdelingsleder beskrev først denne avstanden slik:

”Det er ikke alle fremskritt som viser seg å være fremskritt. Jeg synes nok kanskje, sånn som i klinikken her nå, så må du ha ditt eget sjikt av folk som er langt unna pasientene. Det blir mye rart, mye rart som går ovenfra.” Respondenten beskrev så sin reaksjon på denne måten:

”Gjør kanskje at man blir litt avventende, tenker jeg. Og så tenker jeg at, ja, da gjør vi det vi skal her nede. Det er litt på godt og vondt. Det gjør at en føler seg litt mer fri kanskje.”

Dette utsagnet viser at motstand mot eller strategiske responser på institusjonalisering kan komme til uttrykk som unngåelse ved at man blir avventende (Oliver (1991). Brunsson (1985/1989) hevder at organisasjoner som utsettes for sterke motstridende institusjonelle krav, ofte vil ta opp disse motstridende kravene primært i toppledelsen. På avdelingsnivå beskytter de ansatte behandlingen av pasientene, slik at disse nivåene kan ivareta eksisterende rutiner. Dette gjøres ved at de ansatte utsetter reformene i tid eller kobler dem opp mot andre

reformer slik at de i det minste nøytraliserer effekten av reformene (Brunsson 1985/1989). Dette innebærer en dekobling i organisasjonen som både kan være mellom topp og bunn, i tid eller i forhold til emner (Brunsson 1985/1989). Dette er ikke nødvendigvis alltid negativt. Det kan være et nødvendig tiltak for at organisasjonen skal overleve i skjæringspunktet mellom omgivelsenes krav og den indre kjerneoppgaven: ”Pasientenes behov og beste”.

4. 5. Styring ovenfra mot styring nedenfra

Gjennom fagbyråkratiets to styringssystemer kan man si at sykehus som organisasjon både styres nedenfra og ovenfra. Vareide (2002) viser hvordan sykehus styres ovenfra gjennom lover, regler, budsjetter og andre vedtak som sykehusets ledelse eller andre myndigheter utenfor avdelingen har vedtatt. Styring ovenfra er basert på økonomisk rasjonalitet og krav om resultatoppnåelse, hvor handlinger og valg i stor grad begrunnes ut fra antatte konsekvenser, ”logic of consequences” (March og Olsen 1989). Denne logikken er fundamentert både i den normative og den kulturelle/ kognitive pilaren med dens ”tatt-for-gitt” forestillinger og bygger på ”cost-benefit” vurderinger. Styring ovenfra i sykehus har som utgangspunkt at ressursene er begrenset. Det er derfor en viktig målsetting å kontrollere veksten og fordele ressursene.

Vareide (2002) sier videre at styring nedenfra i sykehus skjer gjennom utøvelse/forvaltning av faglig kunnskap og bygger på fagets egen logikk. Denne logikken er fundamentert både i den normative og den kognitive/kulturelle pilaren. Det gjør at handlinger og valg i stor grad begrunnes ut fra hva som er ansett som passende – ”logic of appropriateness” (March og Olsen 1989). Den medisinske logikken bygger på en naturvitenskaplig forståelse av medisinen, hvor de vitenskaplige fremskritt og legenes pliktetikk styrer utviklingen (Kragh Jespersen 2001). Dette ser vi ved at medisinsk vitenskap er en meget sterk drivkraft i dagens helsevesen. En avdelingsleder uttrykte det slik:

” Min generasjon med leger har jo ikke sett noe annet enn vekst. Vi tror på en måte at det er det naturligste som fins i verden, omtrent som tyngdekraft, en naturlov.”

Denne måten å tenke på har gitt legene stor frihet til å utvikle fag og spesialiteter, noe som samtidig har ført til at sykehussektoren er blitt svært ressurskrevende. Dette fører til konflikter mellom den medisinske og den økonomiske logikken, ved at den økonomiske logikkens tiltak for å kontrollere veksten og ressursene jevnlig kommer i konflikt med legenes pliktetikk og ønske om faglig autonomi. En avdelingsleder sier det slik:

”Leger aksepterer egentlig ikke noen autoritet i sykehuset over seg selv. På en måte så har ikke direktøren noen legitimitet. Det er lege – pasientforholdet som er hellig. Det er deres kunnskap i lege – pasientrollen som er overordnet. Og det gjør dem håpløst arrogante på en måte, samtidig som vi må hegne om den verdien.”

Ved innføring av prinsippene i reformen om enhetlig ledelse er denne konflikten forsterket og synliggjort ved at avdelingslederne er blitt pålagt å prioritere og å rette seg etter den økonomiske logikken i situasjoner der den medisinske og den økonomiske logikken står mot hverandre. På denne måten brukes den regulative pilaren til å overstyre den normative pilaren, slik at avdelingslederne noen ganger må rette seg etter normer de er etisk uenige i.

I følge Kragh Jespersen (2001) har man i Danmark ikke lykket med en holdningsendring på avdelingsnivå. Han mener derfor at man både må lete etter mer konstruktive ledelsesformer, og at man samtidig må stille krav til både representantene for den medisinske- og representantene for den økonomiske logikken om å omdefinere og utvide sin faglige rasjonalitet (Kragh Jespersen 2001).

4. 6. Endring av ledelses betingelser.

Alle avdelingslederne i denne undersøkelsen gir uttrykk for at det er viktig å holde budsjettet.

En avdelingsleder sier det slik:

”Ja, det er blitt helt essensielt. Vi har veldig strenge krav, vi inngår en avtale med vår direktør. Primært inngår jeg en avtale med min klinikkjef og han igjen har en klar avtale med direktøren. Så det tåles ikke sprekk lenger i dette systemet.”

Med denne uttalelsen viser han at innføring av enhetlig ledelse har endret betingelsene for ledelse, slik at avdelingslederne på en helt annen måte enn tidligere, forventes å la budsjett hensyn påvirke faglige beslutninger (Kragh Jespersen 2001). Men dette beskrives som et dilemma og er problematisk for dem, slik denne avdelingslederen sier:

”Hvis jeg skulle behandle de som fortjener det, ut fra internasjonale standarder, ville jeg trenge mellom 5 og 10 millioner. Det er et etisk problem, et kjempeproblem. Men vi har ikke noen løsning på det, for vi får ikke de pengene.”

Konflikten mellom styring nedenfra og styring ovenfra forsterkes av at den administrative ledelsen i sykehus i økende grad er styrt av profesjonelle ledere med en annen utdanningsbakgrunn enn legene. Dette har nok vært en medvirkende faktor til skepsis blant legene. Denne avdelingslederen forklarer hvorfor det er viktig å gå vakter på avdelingen:

”Dermed er jeg en del av virksomheten. Det lager nærhet til medarbeiderne og gir meg innsikt i hva de driver med. Ser hele tiden pasienter. Så det er ingen som tviler på at jeg har innsikt. Jeg er ikke en direktør. Det er sykehusdirektørens problem. Tror han har greie på det, men han har ikke greie på det. Alle tror at jeg har innsikt.”

Denne uttalelsen er i samsvar med det Llewellyn (2001) viser i undersøkelsen ”Two-way Windows”, om klinikere som ledere, der legene hevdet at profesjonelle ledere var uegnet som ledere i sykehus både på grunn av sin økonomiske logikk, og fordi man ikke kunne stole på at de hadde tilstrekkelig innsikt med hensyn til hva som er ”Pasientens beste”. Dette var samtidig også en nedvurdering av generell lederutdanning.

På Sykehuset var alle avdelingslederne som var leger opptatt at de må ha pasientkontakt for å opprettholde kontakten med faget og for å beholde respekt og tillit på avdelingen, ikke minst fra legegruppen. Hvor mye klinisk arbeid som var tilstrekkelig for å opprettholde denne innsikten varierte. En sa det slik:

”Leger som forlater sitt fag, mister autoritet i den gruppen. Det som gir tyngde i legegruppen er ikke det administrative, men å være en god fagmann og vitenskapsmann.”

Dette synet bekreftes av Llewellyn som sier at leger også er skeptiske til sine egne i lederstillinger, og at leger som blir ledere mister respekt og status. For å beholde kollegenes respekt må de først og fremst fremstå som leger med mye pasientbehandling, og de må derfor bruke mindre tid på ledelsesarbeid. Hvis de ikke gjør dette vil de kunne bli mistenkt for å ha ”upassende” tanker om ledelse (Llewellyn 2001).

De fleste avdelingslederne i denne undersøkelsen gir imidlertid også uttrykk for at det er behov for å bruke mer tid til ledelse og at de derfor ønsker å prioritere den administrative delen av stillingen høyere. De gir også uttrykk for at det forventes av dem fra de ansatte at de skal bruke tid på å profilere avdelingen og tilføre ressurser. Sett sammen med avdelingsledernes presisering av betydningen av å overholde budsjettet, kan dette muligens

tolkes som en endring av rollen for noen av avdelingslederne. Deres beskrivelse av sin rolle er en forståelse av rollen som bekreftes av Llewellyn (2001), som sier at leger må bedre sin økonomiske kompetanse og så bruke denne til å styrke sin avdeling med hensyn til ressurser, for å lykkes i sin rolle som leder. Llewellyn konkluderer i sin undersøkelse med at de lederne som klarte dette best er de som både har innsyn i den økonomiske virkeligheten (logic of consequences) og den medisinske virkeligheten (logic of appropriateness).

4. 7. Sykepleiernes omsorgslogikk.

Sykepleierne har en todelt eller dobbel strategi for ledelse i sykehus (Sommervold 1997). Den ene strategien handler om ledelse av sykepleiefaget og forutsetter at sykepleien også har sin egen pleie og omsorgslogikk (Blomgren 2001). En avdelingsleder som er sykepleier sa dette:

” Men jeg er også veldig opptatt av at folk skal føle seg både sett og respektert som hele mennesker, ikke bare som en diagnose. Jeg tror at mange opplever det.”

Denne uttalelsen viser noe av forskjellen mellom sykepleiens omsorgslogikk og legens medisinsk logikk. Sykepleiens omsorgslogikk er individuell, konkret og situasjonsavhengig. Den er rettet mot helse, helhet, langvarig hjelp til selvhjelp og bygger i stor grad på ”taus kunnskap” og en holistisk, det vil si helhetlig, tilnærming (Blomgren 2001). I motsetning til den medisinske logikken som mer retter seg mot sykdom, funksjons- eller organsvikt, med påfølgende mer kortvarig hjelpebehov.

Sykepleierprofesjonen har lenge vært opptatt av å kvalifisere sykepleiere til ledelse og fremhever deres administrative ledelseskvalifikasjoner. Dette er sykepleiernes andre strategi for ledelse. Den bygger på management forestillingen om at ledelse ikke kan knyttes til et bestemt fag, men at det er de personlige egenskapene og evnen til å lede som er avgjørende (Sommervold 1997). Hva betyr sykepleiens omsorgslogikk for avdelingsledernes prioriteringer og lojalitet, når den presses mellom den medisinske og den økonomiske logikken? En avdelingsleder som er sykepleier avveier disse mot hverandre ved å si at det å holde budsjettet er overordnet og tas ytterst seriøst, men fortsetter så med å si:

”Men samtidig er det klart at i hverdagen er det vel så viktig for meg at de pasientene som kommer her blir møtt ut i fra sine behov. Det viktigste er behandlingen, at det går uten komplikasjoner, så langt det er innenfor vår evne å gjøre det. Og for de som legges inn på avdelingen, at de får en riktig diagnose og en riktig behandling. Det er det viktigste.”

Denne uttalelsen bekreftes av en dansk undersøkelse som viser at det er den medisinske logikken som blir normen når sykepleierne presses mellom omsorgslogikken, den medisinske- og den økonomiske logikken (Blomgren 2001). Det kan også synes som om det er den økonomiske logikken som har andreprioritet, mens omsorgslogikken kommer på tredjeplass, men dette er et usikkert funn.

4. 8. Motstand mot profesjonsfri avdelingsledelse.

De ulike profesjonsgruppene i Sykehuset er knyttet opp mot ulike yrkesorganisasjoner/fagforbund. Disse utkjemper en kamp for sine medlemmer med hensyn til oppgaver og rettigheter. I denne reformprosessen på Sykehuset var derfor de ulike profesjonene representert ved sine fagforbund.

Da enhetlig ledelse ble vedtatt på Sykehuset, var alle partene enige i det. Det vakte imidlertid motstand fra Dnlf²¹ da det ble klart at også oversykepleierne kunne søke på stillingen. Det ble åpnet for dette i NOU 1997:2 "Pasienten først" og senere vedtatt i Lov om spesialisttjenester, hvor det står i § 3-9:

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskriftsform kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.

Ut fra dette bestemte sykehusets ledelse at administrativ overlege og oversykepleier, på lik linje, kunne søke på avdelingslederstillingen på sin avdeling. På de avdelingene hvor oversykepleier ble ansatt som avdelingsleder, ble det oppnevnt medisinskfaglig rådgiver.

Dnlf var enig i prinsippet enhetlig ledelse, men de var og er uenige i at det er tilstrekkelig med en medisinskfaglig rådgiver og sier det slik:

Den norske legeförening forutsetter at det er samsvar mellom det ansvaret legene er pålagt, og myndigheten til å påvirke forhold som er avgjørende viktig for ivaretagelsen av ansvar. For spesialisthelsetjenesten vil det være ensbetydende med at ledere av medisinske spesialavdelinger skal være leger (www.legeföreningen.no).

²¹ Den norske legeföreningen

Dette vil for det første si at de har en "tatt-for-gitt" forestilling om at leger ut fra sin utdanning er de eneste som er faglig kvalifiserte til å ha denne typen lederstillinger. For det andre vil det si at de har en "tatt-for-gitt" forestilling om at det er legene som er best egnet til å vurdere hva som er til pasientenes beste. Dette kan også forstås som en kamp om rettighet og dermed også en kamp om makt.

I følge NSF22 ønsket de at den best kvalifiserte skulle bli leder, uavhengig av profesjon. I dette ligger det to "tatt-for-gitt" forestillinger. Den ene er at enhetlig ledelse er et gode for organisasjonen. Den andre er at sykepleiere vil være kvalifiserte til å ha denne stillingen. Begge disse vurderingene hører hjemme både i den kulturelle og kognitive pilarens "tatt-for-gitt" forestillinger og i den normative pilarens normer og verdier fra sykepleierprofesjonen.

En avdelingsleder som tidligere var oversykepleier forteller at det var mye motstand fra Dnlf ved ansettelsen, og at det har vært mye motstand fra legegruppen på avdelingen også i ettertid. I et institusjonelt perspektiv kan denne motstanden tolkes som manglende samsvar mellom eksisterende normer innad i Sykehuset, både mellom legegruppen og toppledelsen, og mellom legegruppen og sykepleierne. Denne motstanden fremstår da som en strategisk respons på institusjonalisering, uttrykt gjennom utfordring ved angrep (Oliver 1991).

Flertallet av avdelingslederne, seks av åtte, var imidlertid åpne for en profesjonsfri avdelingsledelse. Sett i forhold til motstanden fra legegruppen da reformen ble innført, fremstår dette som en holdningsendring. Denne endringen kan for det første tolkes som manipuleringsstrategien "co-opt" (Oliver 1991). Det vil si en tilsynelatende endring, fordi det synes nytteløst å kjempe imot. For det andre kan den forstås som et uttrykk for at avdelingsledernes normer og "tatt-for-gitt" forestillinger ikke er representative for legegruppens normer og "tatt-for-gitt" forestillinger. For det tredje kan den tolkes som et uttrykk for at legeföreningens uttalelser ikke har vært helt representativt for alle legene, slik denne uttalelsen fra en avdelingsleder muligens kan tolkes:

"Det er ikke tvil om at det kan være motsetninger internt mellom profesjoner. Vi må ikke se bort fra at kampen er der, selv om den nok er større blant de tillitsvalgte inne i Oslo enn her.

²² Norsk Sykepleier Forbund

Denne ordningen har nå fungert i flere år. I denne perioden kan avdelingslederne ha sett at avdelinger som ledes av sykepleier også kan være veldrevne, slik denne avdelingslederen uttrykker det:

”Jeg har sett eksempler på at det er fullt mulig internt i huset at man kan ha folk som ikke er leger som leder, og gjøre en god jobb.”

Denne erfaringen kan ha endret både avdelingsledernes og legegruppens syn på profesjonsfri avdelingsledelse. Denne tolkningen bekreftes i følgende beskrivelse fra en avdelingsleder, som er sykepleier, og som hadde informert legene på avdelingen om at det ikke var mulig å fortsette i stillingen uten støtte fra dem:

”Og da hadde de en runde, og de snakket nye og tenkte mye. Og de kom tilbake veldig unisont og sa at de ønsket at jeg skulle gå inn og ta det og at de ville samarbeide. Det er klart at fortsatt kjenner jeg på at det blir spennende å se hva mener de nå konkret med det, men jeg merker en holdningsendring. De snakker med meg på en annen måte. Ikke så anspent.”

I tillegg uttalte også en avdelingsleder som er lege, at avdelingsledere som var sykepleiere hadde et fortrinn i forhold til legene, fordi de ikke måtte ha pasientbehandling og derfor hadde mer tid til å være ledere.

Samlet sett kan derfor si at avdelingsledernes holdning til profesjonsfri avdelingsledelse også kan tolkes som en reell endring av normer og ”tatt-for-gitt” forestillinger i den normative og den kulturelle/kognitive pilaren.

4. 9. Innovasjon og inkrementalisme.

Flere av avdelingslederne tar i denne undersøkelsen opp hvordan reformene blir gjennomført fra ledelsen. De etterlyser både motiverende faktorer, å bli tatt med på råd, samt oppfølging fra sine ledere. En avdelingsleder beskriver hvordan han forsøker å motivere sine medarbeidere til endringsvilje og fortsetter slik:

”Der merker jeg jo igjen at mine ledere har vært dårlige. Og det er jo noe som har sviktet i alle fall i det systemet vi er i nå - at mine ledere har ikke motivert oss som jobber som avdelingsledere i denne prosessen vi er inne i. Og det er en svikt vi har.”

Denne uttalelsen bekreftes av Kragh Jespersen (2001) som sier at det er en forutsetning for vellykket implemtering av reformer i sykehus at man lykkes i å få leger og andre profesjonelle aktivt med i realiseringen av reformene.

En avdelingsleder sier dette og synliggjør med det at han i liten grad blir motivert til innsats av økonomiske motiver, økonomisk logikk, men mer blir motivert ut i fra medisinsk logikk om hva som er passende:

”Er det noe annet enn et forsøk på økonomisk gevinst? Eller skal vi bli store, gode slagkraftige avdelinger med faglig styrke? Det kan ikke noen fortelle oss. Hvordan det er? Er det en gulrot i dette? Det er ikke det, sånn som jeg ser det. Derfor så har ingen av oss klart å motivere oss i denne prosessen.”

Denne uttalelsen bekreftes av Mintzberg (1979) som hevder at endringer i fagbyråkratiet bare kan gjennomføres inkrementelt ved en endring av profesjonsnormer eller ”Bottom-up” ved at de er kommet fra og er motivert ut i fra behov hos de profesjonelle selv. Hvis ikke reformene får et vesentlig element av styring nedenfra i seg, vil de lett bli skinnreformer eller bare symbolske reformer som gir et ytre skinn av tilpasning, men som i realiteten ikke er implementert (Mintzberg 1979).

Alle avdelingslederne understreker likevel at de er lojale, til tross for at de synes de i for liten grad har vært med i prosessen og utformingen av tiltakene. Denne samme avdelingslederen beskriver sin lojalitet på denne måten:

”Lojal skal jeg alltid være. Men hvis de etterlyser entusiasme og sånn hos oss, da må de skjønne at det er deres egen skyld altså.”

Det vil si at de profesjonelle må være aktivt og reelt med i forkant. De må bearbeide reformen og tilpasse den etter de behovene som de selv ser at de har. På den måten vil reformer som i utgangspunktet kommer ovenfra bli tilpasset, slik at de profesjonelle også får et eierforhold til dem.

4. 10. Fører reformen til endring av atferd?

I følge Christensen og Læg Reid (2002) vil implementeringsprosessen, organisasjonens ”stivhengighet”, graden av institusjonalisering, samt om det er samsvar mellom normene i organisasjonen og reformene, ha betydning for endringspotensialet til en reform.

På Sykehuset viste motstanden mot reformen at det ikke var sammenfall mellom reformen og eksisterende normer og verdier i institusjonen. Dette kom først til uttrykk som motstand mot profesjonsfri avdelingsledelse på medisinske avdelinger, deretter som en konflikt mellom styring ovenfra og styring nedenfra, med bakgrunn i motsetninger mellom legenes medisinske rasjonale og sykehusledelsens økonomiske rasjonale.

I denne reformen kan det synes som om det ikke har vært tilstrekkelig kommunikasjon mellom de ulike ledelsesnivåene i sykehuset. Dette, sammen med det som avdelingslederne beskriver som økt hierarki, kan ha medvirket til en dekobling mellom de to styringsformene. Noen avdelingsledere synes derfor verken å ha godtatt profesjonsfri avdelingsledelse eller å ha integrert den økonomiske logikken. I et institusjonelt perspektiv kan denne motstanden tolkes som en strategisk respons på institusjonalisering uttrykt som tilpasning gjennom dekobling. Denne responsen på reformen synliggjør avstanden mellom de normene reformen representerer og de normene som avdelingslederne mener er akseptable. Responsen kan også være et uttrykk for at konflikten mellom styring ovenfra og styring nedenfra er blitt større.

For flertallet av avdelingslederne synes det imidlertid ikke å være betydelig motstand verken mot profesjonsfri avdelingsledelse eller mot en integrering av den økonomiske logikken. Flere av dem uttrykte også at de så det som sitt ansvar å motivere de ansatte, for på denne måten å minske avstanden til toppen av organisasjonen. I et institusjonelt perspektiv på reformer kan denne responsen på institusjonalisering forstås som en tilpasning til reformen og dermed tolkes som et uttrykk for at de normene som reformen representerer ikke kommer i vesentlig konflikt med de normene som disse avdelingslederne mener er akseptable. Denne responsen kan være et uttrykk for at konflikten mellom styring ovenfra og styring nedenfra har avtatt.

I følge Brunsson og Olsen (1990) ses ofte motstand mot endring som et resultat av vanetenkning eller som et resultat av særinteresser. De påpeker at motsand også kan være et uttrykk for at de ansatte ut i fra praktisk erfaring vet at en reform bygger på gale premisser, er selvmotsigende eller kanskje også direkte destruktiv for institusjonen. En løsning på dette dilemmaet kan da være at man gir et tilpasset bilde utad, mens man egentlig beholder gamle ordninger og normer innad. Et institusjonelt perspektiv på reformer sier derfor ikke noe om hva som er riktig eller galt, hvilken tilpasning som er den beste. Den sier bare noe om hvor vidt en reform har ført til endring av atferd eller om den ikke har gjort det.

I dette tilfellet synes reformen om enhetlig ledelse å ha ført til endring av atferd hos noen, mens den ikke har gjort det hos andre.

5. LEDELSE SOM ET SETT AV ROLLER

5. 1. Endring av avdelingslederrollen

Ut i fra et kontekstuellet syn på ledelse så vi i kapittel 3 hvordan konteksten eller den meningssammenheng som lederen befinner seg innenfor, både gir føringer for innholdet i og setter betingelser for utformingen av lederrollen. I tråd med dette definerer Strand (2001:338) lederrollen på denne måten:

”en rolle utgjøres av summen av de normene som knytter seg til en posisjon.”

Denne definisjonen tar også hensyn til de begrensningene man ser med hensyn til omstilling og reformer i et institusjonelt perspektiv, hvor reformer og omstilling kan sees på som en kamp om normer, virkelighetsoppfattninger, symboler og legitimitet (Brunsson og Olsen 1990), slik det ble beskrevet i kapittel 4. Ut i fra disse to perspektivene kan vi si at ledere pålegges, inntar og skaper roller i organisasjoner. Lederrollen innebærer derfor en balanse mellom organisasjonens formelle krav og andres forventninger på den ene siden, og lederens egne krav til og egen tolkning av rollen på den andre siden (Strand 2001).

Gjennom innføring av enhetlig ledelse med begreper som helhetlig, totalansvar og resultatansvar har man endret de forventningene og kravene som stilles til avdelingsledelse i sykehus. Omstillingen til enhetlig ledelse innebærer med dette at man ønsker å skape en ny og annerledes lederrolle som skiller seg fra den innarbeidede og tradisjonelle faglederrollen.

I NOU 1997:2 ”Pasienten først!” fremheves følgende rollefunksjoner som viktige ved enhetlig ledelse:

- *Ivareta et helhetlig ansvar for driften knyttet til diagnostisering, behandling, pleie og omsorg for en definert pasientpopulasjon.*
- *Identifisere og iverksette tiltak som sikrer nødvendig omstilling i forhold til de krav som stilles til virksomheten på sikt.*
- *Sørge for at avdelingen oppfyller de fastsatte normer og standarder for faglig (forsvarlig) virksomhet.*
- *Ivareta personalansvaret.*
- *Tilrettelegge utdanningen på en tilfredsstillende måte.*
- *Sørge for at forskning og utvikling skjer med den kraft som gjør at sykehuset holder en god faglig standard.*

- *Ha ansvaret for økonomistyringen i avdelingen.*

Dette er de normene som pålegges avdelingslederne ovenfra. Det vil si at de er normer som er akseptert både utenfor sykehuset og i sykehusets øverste ledelse. Ut i fra Strand (2001) sin definisjon av roller, kan vi kanskje anta at når normene endrer seg, er det også sannsynlig at rollen endrer seg i tråd med dette. Det er imidlertid ingen selvfølge at disse påtvungne normene verken deles av eller tas opp av avdelingslederne. Som vi tidligere har vært inne på, avhenger dette av om disse normene er i samsvar med ledernes egne profesjonsnormer i den normative pilaren og om de i tillegg er i samsvar med den medisinske logikken anser som passende (Scott 2000, Krag Jespersen 2001).

5. 2. Ledelse som et sett av roller

Ledelse som et sett av roller viser i følge Strand (2001) hvordan de enkelte ledere selv bestemmer på hvilken måte de skal forstå sin rolle og utføre sine oppgaver. Denne forståelsen for ledelse kommer også frem i NOU 1997:2 "Pasienten først!". Her ble det presisert at enhetlig ledelse innebar en endring av lederrollen ved at avdelingslederne forventes å utøve lederskap, lede avdelingen og administrere de nødvendige rutinene. Samtidig som det også ble presisert at dette innebar en utfordring for den enkelte til å finne frem til sin personlige lederrolle i samsvar med denne endringen og de funksjonene som man nå skulle ivareta.

Selv om man i NOU 1997:2 "Pasienten først!" gav uttrykk for at den enkelte lederen selv måtte utforme sin personlige rolle, var man samtidig svært tydelig på de premissene, forutsetningene og kravene som var tillagt denne rollen, slik det er beskrevet i kapittel 3.

Strand (2001) kaller denne type ledere transaksjonsledere og transformasjonsledere. Han presiserer, slik det også gjøres i NOU 1997:2 "Pasienten først!", at velfungerende ledere har behov for å anvende elementer fra begge disse rollene.

Strand (2001) viser videre til følgende fire typiske lederroller:

- Den erfarne, regelkjente og stødige **administratoren**. Administratorens viktigste oppgave er å sørge for at regler og systemer fungerer og etterleves.
- Den erfarne fagpersonen **produsenten**. Produsentens viktigste oppgave er å være pådriver for å nå resultater og oppsatte mål.

- Den iderike og energiske **entreprenøren**. Entreprenørens viktigste oppgave er å utvikle nye produkter og tjenester.
- **Integratoren** ivaretar og holder gruppen sammen. Integratoren har som hovedoppgave å støtte, motivere og utvikle medarbeiderne.

Når det gjelder innholdet i lederrollene, gir ulike organisasjoner forskjellige rammer for ledelse. Det vil derfor ofte være en type ledelse som er typisk. Den primære ledelsesformen i fagbyråkratier som sykehuset, har tradisjonelt vært produsenten. Men i tillegg vil avdelingslederne sannsynligvis også ha behov for å ta i bruk et mer variert ledelsesmønster ved å bruke elementer fra de andre ledelsesformene, fra administratoren, fra integratoren og entreprenøren.

I forhold til vanlige organisasjons- og ledelsesfunksjoner viser Strand (2001:241) til følgende sentrale oppgaver for de ulike rollene:

Integratoren

- Skape og vedlikeholde relasjoner
- Samstemmighet
- Identitet og motiver

→ “Hvem er vi, hvordan, hvorfor”

Entreprenøren

- Vurdere trusler og muligheter
- Velge arbeidsfelt
- Resultatskaping
- Rettferdiggjøring

→ ”Hvordan overlever vi, hva oppnår vi”

Administratoren

- Kjenne og håndheve regler
- Tilpasse regler og systemer
- Unngå feil og forstyrrelser

→ “Arbeider vi systematisk og riktig?”

Produsenten

- Etablere mål for prestasjoner og standarder for atferd
- Sørge for problemløsning og resultater for pasientene

→ Greier vi å levere løsningene?”

I stillingsinstruksen til avdelingslederne presiseres stillingens totalansvar, samt deres ansvar for policy/strategi, personalledelse, primæraktivitet og resultater (inkludert økonomi). Selv

om oppgavene er definert og delt opp i flere underpunkter, så sier ikke stillingsinstruksen noe om hvordan disse oppgavene skal utføres eller hvilken prioritering de skal ha. Hvordan avdelingslederne utfører oppgaven, hvilken vekt de legger på de enkelte oppgavene, samt om de har egne faglige oppgaver i tillegg, vil derfor bli opp til den enkelte avdelingsleder.

5. 3. Produsentrollen

Produsentrollen bygger på kompetansen til den erfarne fagpersonen. Denne rollen er innarbeidet i profesjonene og har gjennom lang tid hatt høy legitimitet. Det er derfor et spørsmål om innholdet i avdelingslederrollen fortsatt er preget av at den primære ledelsesformen er produsenten. Eller er rollen endret i tråd med de intensjonene om endring som ligger bak innføringen av enhetlig ledelse? Hvis den er endret, er det da en reell endring av normer eller er det en skinnreform, hvor endringene bare er tilsynelatende, mens det egentlig foreligger en dekobling på grunn av motstridende normer?

5. 3. 1. Fokus i produsentrollen

I den daglige avveiningen mellom ulike krav og behov presiser alle avdelingslederne at de er der for pasientene og at det er pasientene og deres behandlingsbehov som er det viktigste for dem. Produsentrollen synes derfor fortsatt å være svært sentral for avdelingslederne. De beskriver da også at de møter klare forventninger om å være pådrivere for å nå resultater og oppsatte mål, særlig fra andre ansatte. To avdelingsledere sier det slik:

”Men først og fremst har vi vel vært rettet mer mot behandlingsmål som virkelig gjør pasientene en tjeneste.”

”Det viktigste er at behandlingen gjennomføres uten komplikasjoner, så langt det er innenfor vår evne å gjøre det. Og for de som legges inn at de får en riktig diagnose og riktig behandling. Det er det viktigste.”

På denne måten beskriver avdelingslederne sin rolle som veldig resultat- og målorienterte, rettet mot behandlingsmål for avdelingens pasienter. Denne holdningen samsvarer med det Strand (2002) sier om produsentrollen, at man i skal sørge for problemløsning og resultater for pasientene. Dette er også i tråd med intensjonene i NOU 1997:2 ”Pasienten først!” om at

avdelingslederne i forhold til avdelingens pasienter skal ivareta et helhetlig ansvar for driften knyttet til diagnostisering, behandling, pleie og omsorg.

Som produsenter var mange av avdelingslederne opptatt av å etablere standarder for atferd, ikke minst på det etiske området og de tok et særlig ansvar for å fremme dette på avdelingen:

”Det nytter ikke å lure seg unna informasjon og god kommunikasjon lenger nå. Men det er også min filosofi at det skal være viktig. Hvis jeg oppdager arroganse internt i huset enten det er leger eller sykepleiere, så er det min jobb å påvirke det og forbedre den situasjonen.

Dette viser at avdelingslederne tar innholdet i den normative pilaren på alvor, ved at de griper inn og korrigerer når de oppdager at noen av deres underordnede har en atferd som bryter med de etablerte profesjonsnormene. Den første setningen i dette utsagnet kan også tolkes som en bevisstgjøring med hensyn til brukerrettigheter og et større innsyn, samt at dette er en endring i forhold til tidligere.

Av de ulike rollene sier avdelingslederne at produsentrollen er den viktigste drivkraft og motivasjonsfaktor for dem. De snakker med begeistring både om pasientene, de ansatte og den behandlingen avdelingen er i stand til å gi, slik dette typiske utsagnet viser:

”Det er forferdelig moro hvis jeg kan få til en avdeling på /.../ som gjør en god jobb for pasientene, først og fremst. Jeg vil også gjerne at vi skal markere oss faglig sett, at det vi holder på med blir lagt merke til, at vi driver forskning som fører til publikasjoner i internasjonale tidsskrifter. Jeg har ganske høye ambisjoner på vegne av denne avdelingen.”

5. 3. 2. Rollemotsetninger

I intervjuene kom det frem at det både er motsetninger innad i produsentrollen og mellom de ulike rollene. Et eksempel på motsetninger innad i produsentrollen er at det kan være konflikter mellom antall behandlede pasienter og kvaliteten på behandlingen. Disse motsetningene har sitt utgangspunkt i en konflikt mellom ulike normer i den normative pilaren som både sier at man skal behandle og gi hjelp til så mange pasienter som mulig, samtidig som behandlingen skal ha en best mulig kvalitet for den enkelte. Dette er mest

aktuelt for de avdelingene som har mye øyeblikkelig hjelp. I øyeblikkelig hjelp situasjoner har sykehuset en pålagt plikt til å behandle.

5. 3. 3. Styring nedenfra mot styring ovenfra

Selv om avdelingslederne i avveininger mellom ulike krav og behov presiser at det er pasientene og deres behandlingsbehov som er det viktigste for dem, så beskriver likevel mange at de daglig står over for dilemmaet med at de ikke har økonomi til å realisere denne prioriteringen. En av avdelingslederne beskriver dette som et ”etisk kjempeproblem”.

Denne betegnelsen illustrerer konflikten mellom de ulike normene i den økonomiske og den medisinske logikken som ligger i styringskonflikten mellom styring ovenfra og styring nedenfra. Det etiske dilemmaet som denne avdelingslederen beskriver oppstår fordi normene i den økonomiske logikken er påtvunget gjennom den regulative pilaren, slik at han ikke kan foreta etiske valg som er i samsvar med hans egne normer fra den normative pilaren.

Nedenfra presses avdelingslederne av de ansatte. En avdelingsleder beskriver det slik:

”De vil selvfølgelig legge press på meg, de er klinikere med sitt etiske standpunkt. De presser meg, men de vet utmerket godt at jeg ikke har mer penger. Så det betyr at vi hver eneste gang vi har denne problemstillingen, og det har vi nesten hver eneste dag, så må vi ha en samtale på morgenmøtet.”

Ovenfra presses avdelingslederne av ledelsen med krav om å overholde budsjettet. Ved innføring av enhetlig ledelse har man overstyrt avdelingslederne og ved pålegg sørget for at den medisinske logikken, når den kommer i konflikt med den økonomiske logikken, må underordnes denne. Dette viser at de krav og de forventninger som stilles til produsentrollen ovenfra fra sykehusets ledelse ytre sett har tvunget frem en endring av rollen, uten at dette tilsynelatende har ført til en endring i normene til avdelingslederne. Det synes derfor som at de retter seg etter pålegget fordi de ikke har noe valg, ikke fordi de synes det er rett.

Noen av avdelingslederne sier imidlertid at de til nå, ved å gjøre aktivt bruk av innsatsstyrt finansiering, har lyktes med å øke budsjettene på en slik måte at de har kunne opprettholde et tilfredsstillende faglig nivå på avdelingen. På den måten har de til nå klart å unngå denne normkonflikten. Dette har de vært svært fornøyd med og de gir uttrykk for at både de selv og deres ansatte er villige til å strekke seg svært langt hvis det de gjør medfører en bedring av

pasientbehandlingen. De gir samtidig klart uttrykk for at både de og deres ansatte allerede har en veldig stor arbeidsbelastning.

Etter det jeg har kunne erfare og observere i feltet så har avdelingslederne med hensyn til normene i profesjonsrollen opprettholdt de normene som er felleseie i profesjonen og dermed beholdt sitt opprinnelige innhold i den normative pilaren med hensyn til normene i produsentrollen om at "pasientens beste" skal prioriteres. Det er også fortsatt "pasientens beste" som er hovedinnholdet i deres "tatt-for-gitt" forestilling i den kulturelle/kognitive pilaren, på samme måte som at deres fundament fortsatt er i den medisinske logikken, logic of appropriateness. En grunn til at avdelingslederne har kunne motstå det ytre presset om en normendring i tråd med det som er aksepterte normer i sykehusledelsen, kan være at dette er en norm som bare delvis er akseptert i samfunnet ved at den kommer i konflikt med andre aksepterte normer. På den ene siden er det allment akseptert i samfunnet at økonomien i helsevesenet må styres. På den andre siden så ønsker den enkelte borger at han, når han har behov for det, både skal få en rask og samtidig best mulig behandling uten at dette skal hindres av økonomiske begrensninger. I tillegg har man gjennom brukerorienteringen i NPM og derav følgende lovendringer gitt brukerne en større påvirkningsmulighet enn tidligere. Dette viser seg ved at antallet klagesaker øker og ved at befolkningens reaksjoner mot innstramninger stadig viser seg å ha effekt. Det samme ser man også andre steder for eksempel i Danmark (Kragh Jespersen 2001). Totalt sett gjør dette det mer akseptabelt for avdelingslederne å opprettholde sine opprinnelige normer, fordi dette er normer som generelt sett også er akseptert i samfunnet.

Av den grunn synes det derfor som om denne rolletilpasningen bare er en tilsynelatende ytre tilpasning uten at den har endret noe, verken med hensyn til å kombinere de ulike logikkene eller til å redusere vanskene med å forene styring ovenfra mot styring nedenfra. Av den grunn foreligger det fortsatt en dekopling ved at de to styringssystemene fremstår som "løst koblete system".

5. 3. 4. En integrering av normer?

Dette fører imidlertid i liten grad til en åpen konflikt med ledelsen. Selv om avdelingslederne protesterer og uttrykker sitt dilemma, så underordner de seg allikevel de ytre kravene. I tillegg gir mange uttrykk for at det er viktig både å overholde budsjettet og å være lojale mot

ledelsen. Flere understreker at de er enige i prinsippet om nødvendigheten av økonomiske rammer på avdelingsnivå. Slik denne avdelingslederen illustrer det ved at han på den ene siden sier:

”Og jeg vil holde faget øverst og økonomien som nummer to” (samtidig som han også sier):

” Vi har vært opptatt av å holde budsjettet. Det skal man selvfølgelig forsøke å gjøre. Det er klart det er viktig. Men derfor tror jeg det er ganske lurt at noe av det ansvaret legges desentralt, fordi at det er jo vi som utløser -, det er jo lenger ned i systemet pengene blir utløst. Så hvis en ikke har noe ansvar for det så tenker man vel ikke noe særlig på hvilke midler man utløser heller.”

Utsagn som dette åpner også for tolkningen om at avdelingslederne i og for seg ikke er uenig i prinsippet om at man må ta hensyn til de økonomiske konsekvensene, men at de totale, økonomiske rammene de styrer innenfor er for trange. En annen tolkning kan være at alle avdelingslederne ennå ikke fullt ut er blitt presset til å velge mellom disse to logikkene, fordi de som tidligere nevnt har kunnet kompensere med økte inntekter på grunn av satsene på ISF. Disse er nå betydelig redusert, noe som kan tilspisse lojalitetskonflikten for flere, slik denne avdelingslederen uttrykker det:

”Nei, en må nesten oppfatte dette som et signal om at nå skrur de av innsatsstyrt finansiering, fordi de vil ha kontroll på utgiftene. Så signalene fra regjeringen nå er at vi ikke skal behandle flere pasienter. Det er en håpløs situasjon for oss det. Kan ikke avvise pasienter. Vi er dømt til å behandle flere.”

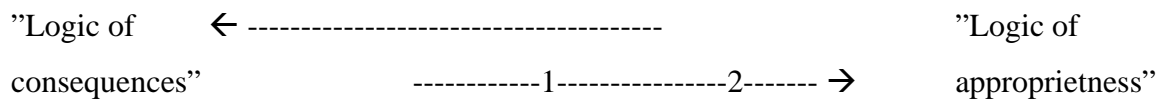
”Da blir spørsmålet veldig interessant å vite om budsjettene, da tilspisses disse konfliktene: om du er utsending fra den ene eller andre siden.”

En avdelingsleder visert til at det heller ikke alltid er så lett å være helt sikker på hvor grensene går med hensyn til hva de kan akseptere i skjæringspunktet mellom den økonomiske og den medisinske logikk. Han uttrykker det slik:

”Det er jo et dilemma at vi skal fylle faglige kriterier og ha best mulig produkter. Og samtidig begrenser økonomien. Så vet jeg at det er min oppgave å si fra når det ikke lenger er faglig

forsvarlig, men det er ikke alltid så veldig lett å si hvor den grensen går hen. For det er ganske alvorlig å skulle si at det ikke er forsvarlig.”

Det er også en viss forskjell hos avdelingslederne med hensyn til hvor sterkt de fremhever viktigheten av å overholde budsjettet opp mot viktigheten av å ta hensyn til pasienten eller de ansatte. Det kan derfor synes som om avdelingslederne mer befinner seg på en linje et sted mellom ytterpunktene i de to ulike logikkene, heller enn i selve ytterpunktene.



Figur nr. 4 Ulik tilpasning til den medisinske og den økonomiske logikken

I denne undersøkelsen illustreres dette i følgende to uttalelser hvor begge avdelingsledere mener at pasientene er det primære, men som er uenige i viktigheten av å holde budsjettet:

1. " Du kan ikke bare tenke at pytt, det er ikke mine penger så jeg kjøper det jeg trenger. Det har det vært mye av i helsetjenesten. Så lenge vi har gode faglige argumenter så har vi kjøpt det. For meg blir det galt."

2. "Jo, det er jo viktig. Altså, jeg vil ikke bli – jeg har bestemt meg for at vi ikke skal gå med overskudd. Jeg synes våre pasienter fortjener at vi bruker hver krone vi har fått. Om vi skulle gå litte granne underskudd, så er jeg villig til å ta en smekk for det. Men altså, jeg synes det er viktig å styre."

De andre avdelingslederne befinner seg et sted på linjen mellom disse to. En mulig forklaring på dette kan være at avdelingslederne, selv om de holder fast ved normen om "pasientens beste", så kan de også i tillegg delvis ha tatt inn normer fra den økonomiske konsekvenslogikken. Det kan ha vært vanskelig for avdelingslederne å stå imot presset, fordi dette er en norm som har aksept både i samfunnet generelt og i sykehusledelsen spesielt. I tillegg til dette er det en uttalelse fra en avdelingsleder som også kan tolkes i denne retningen. Denne avdelingslederen sier det slik:

”Alt for mange klager og sutrer og ynker seg, og gjerne skjuler seg bak de ansattes krav og hvor vanskelig alt er. I stedet for å prøve å si at dette går. Dette er vanskelig, men vi skal prøve å få det til og jeg skal gjøre det jeg kan. Optimisme er viktig. Og da er det mye lettere å ta en del ting som eventuelt måtte skje, store klagesaker eller at det er økonomisk nedgang, at en ikke klarer å realisere det en måtte ønske. Hvis en har en del suksesser fra før så tåler folk at en må fronte negative ting også.”

På den måten kan fundamentet i rollen være inne i en endringsprosess, hvor de ulike og motstridene normene tilpasses, samtidig som om de fremdeles også innebærer en betydelig konflikt. Dette er et funn som bør følges opp i en bredere undersøkelse for å se om man finner de samme tendensene.

5. 3. 5. Egen faglig aktivitet

Ønsket om å kunne gå tilbake til en stilling som fagperson på et senere tidspunkt ble fremhøvet som et viktig argument for å opprettholde mye egen faglig aktivitet. Fire av avdelingslederne presiserte at hvis de ble presset til å oppgi egen faglig aktivitet, da ville de gå tilbake til en ren fagstilling. Disse fire hadde alle mye pasientarbeid, mens størrelsen på avdelingene varierte. En av avdelingslederne i denne gruppen sa imidlertid at han hadde redusert sin egen pasientbehandling fra 100 % til 50 %, samt at han nå nok måtte redusere den mer. En avdelingsleder hadde ingen planlagt pasientbehandling, mens noen bruker 10 %, andre 20 % og andre igjen brukte 50 % av sin tid til dette. Ingen rapporterte at de brukte mer enn 50 % av sin tid på pasientbehandling.

Tre av avdelingslederne mente at de hadde behov for å redusere sin egen faglige aktivitet for å få mer tid til ledelse. To hadde allerede gjort det. Flere av avdelingslederne gir også uttrykk for at de skulle ønske at det var mulig for dem å ha mer tid til administrasjon og bruke mindre tid på pasientbehandling, men at det på grunn av stor pasienttilgang, for få leger og lange ventelister ikke er mulig. En av dem sier det slik:

*” Vi mangler allmennleger slik at jeg er nødt til å gå og ta en del kliniske oppgaver og det tar mye tid.” Vedkommende anslår at dette tar ca. 30 % av tiden og sier litt lengre ut i intervjuet:
*”Men jeg skulle ønske, jeg skulle ønske at jeg ikke måtte ha så mye kliniske oppgaver, ikke så mye.”**

Dette utsagnet synliggjør at man i noen tilfeller har fått en utilsiktet virkning av reformen. På den ene siden krever reformen mer ledelse. På den andre siden fører innstramningene i økonomien med nedbemanning, færre ansatte og høyere aktivitet til at flere ledere ser seg tvunget til å ta mer enn de ønsker av vakter og pasientbehandling, noe som igjen fører til at de får mindre tid til ledelsesoppgaver. En annen avdelingsleder svarer dette på spørsmålet om hvor fri han var til å gjøre det han synes var viktig i stillingen:

”I fleksibiliteten for å klare ventelistene våre er det ofte jeg som stiller opp, i for stor grad. Det er meg som ser på den pasienten, for de andre har jo sitt. Så jeg tar litt ekstra. Det å være doktor i en aktiv hverdag og leder i en aktiv hverdag, det er ikke så lett, altså. Det er meg som må ri av stormen mange ganger og gi av meg selv for å få det hele til å gå.”

I tillegg så presiseres det klart fra informantene at avdelingsleder sin oppgave primært er å lede. Det antydes at 10 % med pasientarbeid burde være tilstrekkelig for å opprettholde den faglige autoriteten i stillingen. Dette sannsynliggjør en viss endring i den normative pilaren med hensyn til hva som har vært normen for egen faglig aktivitet i avdelingslederrollen.

Samlet sett synes det derfor å foreligge en endring i produsentrollen ved at avdelingsledernes egen faglig aktivitet er noe redusert, samtidig som lederrollen prioriteres høyere.

5. 3. 6. Profesjonsfri avdelingsledelse

Med hensyn til rollemotiver i produsentrollen, så som status i laug og forpliktelse på profesjonsverdier (Strand 2001), er det som tidligere nevnt bare to av avdelingslederne som sier at man må være lege for kunne ivareta denne type stilling. Dette er tilsynelatende en endring i legenes ”tatt-for-gitt” forestillinger i den kulturelle/kognitive pilaren. Denne holdningsendringen kan for det første sees som en tilpasning til normer som er aksepterte både i samfunnet generelt og av toppledelsen²³ i sykehusene spesielt. For det andre kan dette sees som en reell endring i den kulturelle/kognitive pilarens ”tatt-for-gitt” forestilling om forutsetninger for ledelse i sykehus. Men for det tredje så kan man heller ikke helt se bort fra at avdelingsledere som gruppe ikke er helt representative med hensyn til eksisterende normer for sin profesjonsgruppe. Som ledere er de en selvselektert gruppe og kan derfor ha andre motiv og målsetninger for sitt arbeid, noe som kan forklare at de som gruppe kanskje er mer åpen for profesjonell ledelse enn det legegruppen for øvrig er.

²³ Inkludert helsepolitisk ledelse

Mange avdelingsledere presiserte at den som leder avdelingen må få til et samarbeid med begge profesjonsgruppene på avdelingen. Flere leger sa også at de synes at det å være lege gjorde ledelsen enklere for dem, uten at de mente at dette var en forutsetning.

5. 3. 7. Oppsummering

Samlet sett kan man si at produsentrollen fortsatt er den viktigste rollen for avdelingslederne og at de to styringssystemene fortsatt fremstår som "løst koplede system". Selve rollen er imidlertid noe endret. For det første har omfanget av egen faglig aktivitet blitt redusert ved at avdelingslederne ser behovet for å bruke mer tid på ledelse. For det andre er flertallet av avdelingslederne åpne for at man kan ha en profesjonsfri avdelingsledelse. For det tredje kan det, til tross for at avdelingslederne fastholder "pasienten beste" som norm og den medisinske logikken som sitt fundament, likevel synes som om det i tillegg er en viss åpenhet for den økonomiske logikken. Dette er en utvikling av rollen i samsvar med intensjonene i enhetlig ledelse.

5. 4. Integratorrollen

Integratorrollen fremstår i disse intervjuene som den nest viktigste rollen for de fleste av avdelingslederne. Dette er i tråd med det Strand (2002) sier om at integratorrollen og produsentrollen synes å være de mest fremtredende rollene i offentlig sektor. Mange avdelingsledere snakket mye og med stor begeistring om denne rollen. En av dem sa det slik:

"Medarbeiderne skal trives. Det er det som gjør at jeg har ønsket å være leder på dette nivået."

Avdelingslederne opplevde at det ble forventet fra de ansatte at de skulle ivareta denne integratorrollen. De beskriver samtidig også integratorrollen som en viktig drivkraft og motivasjonskilde for dem i arbeidet.

5. 4. 1. Fokus i rollen

Strand (2002) beskriver integratoren som den som holder gruppen sammen, som skaper og vedlikeholder relasjoner, ivaretar samstemmighet, identitet og motiver. I tråd med dette la

mange avdelingsledere vekt på å støtte, binde sammen, motivere, være tilgjengelig og bygge opp en positiv kultur. En avdelingsleder sier det på denne måten:

”Jeg er også en leder som bryr meg om dem, snakker med dem. Føler at vi er veldig nært på hverandre. Alle som jobber her er en stor familie på sett og vis, dels fordi vi er litt flinke med sosiale sammenhenger, omgås med sommerfester og julearrangementer.”

I beskrivelsen av integratørrollen var det to ord som gikk igjen. Det var begrepene viktig og vanskelig. En avdelingsleder beskriver dette slik:

”Akkurat det å lede og være en god personalleder er kanskje på en måte det vanskeligste synes jeg. Der har en stadig noe å lære og skjerpe seg på. Det å gi gode tilbakemeldinger. Det er alltid ønske om mer av det. Og det å være tilstedeværende kunne en alltid bli flinkere til.”

Begrepet vanskelig ble også av noen knyttet opp mot konflikter på avdelingen. Noen beskrev dette som noe de vegret seg for å håndtere, andre derimot sa at dette var noe som de prioriterte å gripe inn raskt i forhold til, mens flere fortalte at de hadde fått svært god hjelp utenfra til å løse interne konflikter. Alle var imidlertid enige om at dette var noe de måtte håndtere, at det var en del av deres ansvar som avdelingsledere. Det vil si at dette er en norm ut i fra den normative pilaren med hensyn til deres rolle (Scott 2000).

Flere avdelingsledere tok også opp det at det kunne være vanskelig å få til en god dialog med legene. Dette begrunnet de med at man blant legene ikke hadde en kultur for å snakke sammen og derfor kunne være vanskelige å snakke med, slik denne avdelingslederen sier det:

”Leger er ganske besværlige mange ganger. Veldig dårlig til å se seg i speilet. Jeg syns ofte det er lettere menneskelig sett å jobbe med sykepleiere, sånn kollegialt. Jeg vet ikke hvorfor. Leger er veldig firkantet. Alle varianter av dem også, men antall firkanter i legegruppen er større enn i de andre, det vil jeg påstå.”

Sykepleierne derimot mente de fleste hadde en bedre kultur for å snakke sammen. Dette bilde av to ulike kulturer for samtale er i samsvar med forskjellen mellom legenes medisinske logikk og sykepleiernes omsorgslogikk. Det kan derfor være et uttrykk for ulikt innhold i den

normative pilaren med hensyn til verdier og normer som er felleseie i profesjonen. Men det kan også for legenes del være en del av deres ”tatt-for-gitt” forestilling om hva man gjør og ikke gjør og dermed være fundamentert i den kognitive/kulturelle pilaren.

Imidlertid viser legeavdelingslederne sitt engasjement som integratorer og deres beskrivelse av rollen, for eksempel med bruk av ord som ”en overordnet viktig rolle”, for det første at de nå legger mer vekt på rollen enn tidligere. En avdelingsleder som er lege sier dette om å støtte og motivere personalet:

”Det er klart at det er noe av den viktigste jobben jeg har, og jeg tror de forventer at jeg skal inspirere og motivere både på vanlig klinisk virksomhet og forskning.”

Dette er en beskrivelse av rollen er i samsvar med den endring som beskrives i NOU 1997:2 ”Pasienten først!” hvor lederen endrer atferd fra å instruere til å inspirere. Det vil i følge Strand (2001) si karismatisk- eller transformasjonsledelse. Flere forteller også at dette er noe som de har blitt bedre til å prioritere, noe de har lært etter hvert. En avdelingsleder kaller sin lederstil for demokratisk og beskriver videre:

”En blir mer leder og ikke lege, mer personlige egenskaper, ikke den autoritære. Den er vel en mer mild, myk lederstil overfor legegruppa. Det blir nok litt sånn. De ønsker egentlig en sterk leder.”

For det andre viser deres beskrivelse med hensyn til innhold i rollen, slik dette utsagnet også viser, at de nærmer seg eller har tatt inn elementer fra sykepleiernes omsorgslogikk i sin integratorrolle. På bakgrunn av dette kan man kanskje på sikt forvente en holdningsendring på dette området også i legegruppen. Det var her ingen forskjell mellom kjønnene.

5. 4. 2. Dilemmaer og motsetninger

En annen vanskelighet var problemet med å tilpasse produsentrollen og integratorrollen, slik denne avdelingslederen beskriver det:

” Når jeg skal styre min gruppe, så er det for at de skal jobbe raskere og mer effektivt i tillegg til at jeg vil at de skal trives. Det er en vanskelig balansegang.”

Dette dilemmaet gav avdelingslederne uttrykk for at de synes var vanskelig, men de var samtidig klare på også her at det var pasientenes behov som var det viktigste, slik denne avdelingslederen presiser det:

”Jeg er veldig opptatt av at denne bedriften ikke er for de ansatte. Den er det og. Jobben vår er kjempeviktig og folk skal ha det greit på jobb. Men vi er der for en hardt prøvet pasientgruppe, altså, som skal ha oppegående kontakter når de kommer hit og de skal få moderne behandling.”

Dette dilemmaet fremstår som en konflikt mellom produsentrollen og integratrorrollen. Men den er samtidig også en konflikt mellom integratrorrollen og administrasjonsrollen ved at de stadige innstramningene har ført til et økende krav om å effektivisere arbeidet og behandle flere pasienter med enten like mange eller helst færre ansatte. Dette fører til at presset på de ansatte øker.

Mange vektla betydningen av at en godt ivaretatt integratrorfunksjon er en forutsetning for at personalet skal gjøre en god jobb. Dette knytter integratrorrollen nært opp til produsentrollen, noe som også illustreres ved at de fleste hadde integratrorrollen nest høyest på lista over viktige funksjoner. En av dem sa det slik:

” Det viktigste er jo medarbeiderne. De man har personalansvar for, fordi at håndtere man dem godt, så får man mye mer igjen av innsats og jobb. Det blir mer effektivt, man får mer innsats og man får fornøyde medarbeidere. Det tror jeg er viktigst. Det er den viktigste ressursen man har som leder å spille på.”

Dette er i samsvar med det Strand (2001) sier om at for ledere i det offentlige viser både produsentrollen og integratrorrollen seg å være svært viktige.

5. 4.3. Oppsummering

Samlet sett kan man si at avdelingsledernes syn på betydningen av integratrorrollen har økt og de har gradvis tatt inn elementer fra sykepleiernes omsorgslogikk i rollen. Hensikten med integratrorrollen er å sikre at de ansatte ivaretas på en slik måte at de kan yte en god og effektiv pasientbehandling. På den måten fremstår integratrorrollen som en forutsetning for, og derfor også en svært viktig rolle med hensyn til, å ivareta behandlingen av pasientene på

avdelingen. Med bakgrunn i avdelingsledernes vektlegging av ledelse ved inspirasjon, synes det også å være en viss endring i rollen.

5. 5. Entreprenørrollen

5. 5. 1. Fokus i entreprenørrollen

Entreprenørrollen innebærer en forventning om å utvikle nye produkter og tjenester. Avdelingslederne beskriver at de legger to hovedføringer i entreprenørrollen. Den første handler om å ha visjoner og vyer for fremtiden. En av avdelingslederne beskriver dette slik:

”Du kan si at å utvikle nye produkter er vel kanskje litt rart, men tjenester i den forstand at vi skal være åpne for det som skjer i tiden, nye behandlingsmetoder, nye samarbeidsprosjekt. Det at jeg både bejaer at sånne ting skjer og at jeg til dels er med å fronte det og initierer det og er med på faglige sammenhenger hvor nye ting tas opp og drøftes og kanskje bringe det inn. Der tror jeg nok at jeg på det administrative plan forventes at jeg er i frontlinjen når det gjelder det.”

Dette utsagnet viser at avdelingslederne fremstår som idérike utviklere av nye produkter og tjenester og som videre velger arbeidsfelt, er opptatt av resultatskaping og som motiveres ut i fra prestasjoner, resultater og målsettinger slik Strand (2001) også beskriver rollen.

Den andre delen av rollen beskriver en av avdelingslederne slik:

”Vi har vært flinke til å være på hugget, og være der tildelingene skjer, være litt i forkant, drive litt positiv og aktiv lobbyisme.”

Denne utsagnet beskriver en svært aktiv og energisk rolle, slik Strand (2001) også omtaler den energiske entreprenøren. Avdelingslederne omtaler entreprenørrollen som en pågående rolle, med ord som å initiere, være på hugget, krige osv. Med dette synliggjør de entreprenørrollens fokus på strategi, tilpasning og endring, noe som det er særlig behov for i dagens til tider turbulente situasjon på sykehuset. I denne ”kampen” om å skaffe midler til sin avdeling ser avdelingslederne seg som mellommenn mellom avdelingen sin og hierarkiet over dem. Et utsagn om ”hvor det er verst at det svikter” fra en av dem som sterkest har vært opptatt av entreprenørrollen viser dette:

” Men jeg tror at det som er verst er utydelighet utad, og for så vidt også innad. At det ikke er en som fronter veldig tydelig faget og sier at vi har tro på det, vi er gode, vi markerer oss. Symbolfunksjonen både eksternt og internt, med å være tydelig i frontlinja, det tror jeg ville være den verste svikten. Hvis man var grå eminens eller veldig, veldig lite synlig og lot seg drukne av de andre grensefagene. Det ville vært det største sviket.”

På den måten blir rollen også brukt av avdelingslederne for å beskytte avdelingen og pasientbehandlingen mot uønskede endringer, så langt det er mulig. På sammen måte kalte en annen avdelingsleder sin beskytterrolle med hensyn på å ivareta pasientbehandlingen for en ”politiroлле”. Disse uttalelsene er i tråd med det Strand (2001) sier om at entreprenøren vurderer risiko, trusler og muligheter. Det fremgår derfor av uttalelsene fra avdelingslederne at også entreprenørrollen, i likhet med integratorrollen, er nært knyttet opp mot produsentrollen ved at entreprenørrollen brukes til å beskytte og ivareta pasientbehandlingen.

I følge Strand (2001) har ledere i offentlig sektor i mindre grad følt seg presset til å ivareta entreprenørfunksjonen. Dette synes ikke å være tilfelle på Sykehuset, fordi alle avdelingslederne gir uttrykk for at dette er en viktig rolle. Tre av avdelingslederne nevner faktisk entreprenørrollen som sin viktigste rolle som avdelingsleder. Det kan derfor se ut som om innstramningene i økonomien, den økte konkurransen mellom avdelingene og mellom sykehusene om pasientgrupper, antall ansatte, tildelinger og budsjettmidler, har ført til en endring i rollebehov som er presset frem nedenfra som en motvekt mot presset ovenfra. Dette illustreres av det denne avdelingslederen sier, i det han bruker begrepet ”forkjemper” om entreprenørrollen og samtidig uttrykker at det er på dette området han som avdelingsleder først og fremst blir målt av sine underordnede:

”Jeg skal vel være et effektivt redskap for avdelingens interesser vis a vis sykehusledelsen. Det er selvfølgelig avdelingen helt klar for. Skal skaffe budsjett, stillinger, utstyr. Ja, jeg er talsmann, utsending, forkjemper for avdelingens interesser. Det er klart at mye fra de ansatte på avdelingen blir suksessmålt i hvilken grad man er dyktig i den rollen.”

Denne forståelse av rollen bekreftes av Llewellyn (2001) som sier at leger må bedre sin økonomiske kompetanse og så bruke denne til å styrke sin avdeling med hensyn til ressurser, for å lykkes i sin rolle som leder.

5. 5. 2. Entreprenørrollens funksjon

Det er ikke lenger mulig for avdelingslederne å ignorere de økonomiske insitamentene eller den økonomiske kontrollen. Presset ovenfra fra den økonomiske logikken har derfor ført til et motpress nedenfra. Siktemålet med dette presset er å begrense påvirkningen fra den økonomiske logikken på prioriteringene i avdelingene, slik at den medisinske logikken fortsatt kan være førende med hensyn til pasientbehandlingen. En avdelingsleder sier det slik:

”Jeg har tenkt å legge det frem for klinikkjefen i et møte denne uka. Jeg får nok ikke mye penger, men jeg må argumentere for å få noe mer. Jeg vet at jeg kommer til å gå underskudd, helt sikkert. Så sånn er det. Å være leder i nåværende system”

Gjennom dette utsagnet illustrerer denne avdelingslederen hvordan han bruker entreprenørrollen som en buffer og et motpress mot presset ovenfra. På den måten søker han å ivareta behandlingen av pasientene ved at han gjennom å tilføre flere ressurser likevel kan anvende den medisinske logikken og på den måten opprettholde sine profesjonsnormer i den normative pilaren.

5. 5. 3. Oppsummering

Samlet sett kan man derfor si at innholdet i entreprenørrollen ikke synes endret. Det som synes å være endret er betydningen av den ved at entreprenørrollen nå har blitt en svært viktig rolle med hensyn til å sikre, beskytte og fremme produsentfunksjonen i sykehuset. Dette indikerer en endring i den normative pilaren med hensyn til hva avdelingslederne forventes å bruke tid på, og lykkes med, i sin rolle som avdelingsledere.

Ved innføring av enhetlig ledelse ønsket man å styrke ledelsesfunksjonen i sykehus til et mer ansvarlig lederskap ut fra et formål om innsparing, effektivitet og produktivitet (Politt og Bouckaert 2000) og på den måten styrke styring ovenfra i sykehus. Denne styrkingen av ledelsesfunksjonen synes samtidig å ha ført til en utilsiktet styrking av ledelse nedenfra.

5. 6. Administratorrollen

5. 6. 1. Fokus i administrasjonsrollen

Administrasjonsrollen innebærer å sørge for at regler og systemer fungerer og etterleves (Strand 2001). Denne oppgaven beskrives av avdelingslederne som tidkrevende. På spørsmål

om hva som tar mest tid svarte flere avdelingsledere at det var det administrative, at det er mye møter og mye papirarbeid, slik denne avdelingslederen uttrykker det:

”Det er en kombinasjon av møtevirksomhet, for å gjøre alle de tingene som jeg har nevnt nå og en del skriftlig redegjørelse. Det er masse som skal svares på, masse som skal rapporteres og administreringen rundt det tar en del tid.”

Dette er i tråd med det Strand (2001) sier at ledere i offentlige virksomheter bruker mye tid på administratorfunksjonen. Flere av avdelingslederne beskriver i denne sammenhengen at det økte hierarkiet, inkludert den nye klinikkstrukturen, har medført at de nå må bruke langt mer tid enn tidligere til administrasjon. Dette gjelder både møter med overordnede og samarbeid med kollegaer på samme nivå.

Forventningene til avdelingslederne om at de skal ha fokus på regler og systemer, at disse skal fungere og legges til rette for, beskriver avdelingslederne at de først og fremst møter fra hierarkiet over dem eller fra instanser utenfor. En av avdelingslederne sier det slik:

”Det ligger veldig forventninger, først og fremst fra mine overordnede. Det kommer stadig vekk skriv om å følge lover og regler. Vi har også tilsynsmyndigheter²⁴ over oss.”

Ingen av avdelingslederne viser begeistring av denne delen av arbeidet. Den beskrives primært som nødvendig og tidkrevende, slik denne avdelingslederen beskrev det:

”Men det er jo også viktig å få ting unna og gjøre de riktige tingene. Det skaper jo veldig frustrasjon det også, hvis ikke sakene går videre den ene eller den andre veien og liksom ikke blir gjort ryddig og ordentlig det heller. Så det er viktig.”

5. 6. 2. Motsetninger og dilemmaer

Ingen av avdelingslederne viser til press fra underordnede, når det gjelder indre struktur og orden. Det de beskriver å bli presset på av sine underordnede i administrasjonsrollen, er knyttet til vanskene med å overholde et stramt budsjett og samtidig ivareta den stadig mer kostbare pasientbehandlingen. Av den grunn beskriver avdelingslederne det å skulle

²⁴ Statens helsetilsyn, sosial- og helsedirektoratet og fylkeslege.

overholde budsjettet som det største dilemmaet for dem. De forteller at budsjettet verken strekker til nødvendig utstyr eller tilstrekkelig bemanning.

Begrensninger i budsjettet, den stramme økonomien og de stadige pålegg om sparing fører for det første til en konflikt for avdelingslederne mellom administrasjonsrollen og produsentrollen, både ved at man får lange ventelister og ved at man heller ikke har økonomi til å gi alle som trenger det behandling. En avdelingsleder beskriver det slik:

”Det gjør det vanskeligere for oss klinikere å holde budsjettene. Hvis vi ønsker å holde høy aktivitet, så er det rett og slett for kostbart nå. Det lønner seg ikke å operere pasienter rett og slett for at vi får for lite igjen for det. Og det lønner seg heller ikke så mye å drive stor poliklinikk lenger.”

Det er i disse konfliktene at forskjellen mellom den økonomiske og den medisinske logikken tydeligst kommer frem, som nevnt under avsnittet om produsentrollen.

For det andre setter begrensningene i økonomien administratorrollen i konflikt med integratrollen ved at dette legger et større press om effektivitet på de ansatte, slik at de til tider blir overbelastet. For det tredje påvirker de økonomiske begrensningene entreprenørrollen, ved at avdelingslederne må bruke mye tid på å kjempe om ressurser, samtidig som de er svært presset med hensyn til tid fra før.

5. 6. 3. Innsyn

Ved innføring av enhetlig ledelse blir avdelingslederne gjennom sitt totalansvar på en annen måte enn tidligere holdt ansvarlig for sine prioriteringer og kontrollert med hensyn til resultat. Det kan derfor se ut som om sykehusledelsen nå har et langt større innsyn i avdelingsdriften, enn det som var tilfellet tidligere. Likevel beskriver mange avdelingsledere avstanden til ledelsen som langt større nå enn tidligere. Flere hevder at den ledelsen de har nå i langt mindre grad enn tidligere kjenner til driften på avdelingen, slik denne avdelingslederen beskriver det:

”Så føler jeg at min sjef, klinikkens sjef er litt fjern og ikke tilstede. Slik at som i det gamle systemet, hvis du husker hvordan det var med /.../ på toppen. Vi hadde direkte kontakt med

han, også i ledergruppen hans. Han visste nøyaktig hva vi drev med og visste budsjettet mitt og visste hva jeg slet med og hva vi leger drev med og hvor mye forskning vi drev med, og kjente til nokså utrolig i detalj det vi drev med. Der er det skjedd en veldig stor endring, slik at jeg pr i dag ikke føler at det er noen som kikker meg i kortene på noen felt”.

Selv om det i dag er bedre rutiner for rapportering og kontroller, er det likevel et spørsmål om den nye strukturen har bedret innsynet fra toppledelsen til mellomledelsen. Det kan synes som om de økonomiske rammene nå er langt mer fastlåste og kontrolleres bedre enn tidligere, mens friheten innenfor rammene er uendret og i liten grad kontrolleres. Det vil si at toppledelsen primært kontrollerer at den økonomiske logikken ivaretas.

Flere avdelingsledere viser til at i tillegg til å bli presset ovenfra på regler og rutiner, utsettes de også for press av pasientene gjennom deres pasientrettigheter. Dette innebærer mer journalføring, og for noen også et økt behov for kontorpersoneell, samt at avdelingslederne må bruke mer av sin tid på klagesaker. Denne utviklingen er i samsvar med brukerfokuseringen og gjeldene lovendring²⁵ i tråd med disse idealene.

På den ene siden øker innsynet med hensyn til pasientbehandlingen gjennom pasientrettigheter og brukerundersøkelser, noe som er en kontroll med den medisinske logikken, slik denne informantene sier om konsekvensen av nedbemanning:

”Den brukerundersøkelsen. Det er jo ikke for ingen ting at dette sykehuset har vært det mest kostnadseffektive da. Nå får du svaret på hva man har saldert vekk. De får et mål på hva konsekvensene ved å være kostnadseffektive er. Så det er klart et eller annet sted må du hente ut effektiviseringsgevinsten din. Den må du hente ut et eller annet sted ifra.”

På den andre siden øker totalansvaret innsynet fra toppledelsen på hvordan avdelingslederen prioriterer med hensyn til økonomien. Det er imidlertid et spørsmål om kontrollen primært har ført til bedre kontroll uten at det reelt har bedret innsynet. Hvis det er tilfelle, kan man tolke dette slik at det foreligger en dekobling og at de to styringssystemene fremdeles fremstår som ”løst koplede system”. Som nevnt under avsnittet om produsenten så kan man tolke data dit hen at det både foreligger en dekobling, samtidig som det muligens også foreligger en tilpasning mellom den medisinske og den økonomiske logikken.

²⁵ Lov om pasientrettigheter.

5. 6. 4. Oppsummering

Samlet sett kan man for det første si at administrasjonsrollen er blitt mer omfattende og tidkrevende enn den var tidligere. For det andre er administrasjonsrollen den delen av avdelingslederrollen som i størst grad kommer i konflikt med de andre rollene. Det vil si produsent-, integrator- og entreprenørrollen. For det tredje kan man si at innsynet fra brukerne er økt, mens det er mer usikkert om innsynet fra toppledelsen er økt.

5. 7. Rollemotsetninger og ulike hatter

De fleste avdelingslederne pekte på kompleksiteten i de oppgavene de sto overfor. En av de tillitsvalgte uttrykte dette slik:

”En som fungerer godt som avdelingsleder? Jeg tror kjennetegnene på en sann person vil være evnen til å se helheten på hele avdelingen. Se at det er nødvendig med et samspill. En som er flink til å lytte på de to gruppene som jobber under en.”

Dette utsagnet viser til at arbeidet i fagbyråkratiet er så spesialisert og komplekst at det ikke kan fungere uten et godt samarbeid mellom de mange aktørene (Mintzberg 1979). Denne kompleksiteten medfører også at det er mange aktører som har ulike forventninger om hva avdelingslederen skal være for dem og hvordan de skal prioritere og utføre sine oppgaver. Legene vil kanskje ha en likemann, en de kan forhandle med på like fot. Dette har vi sett kan gjøre dem vanskelig å lede, lite styrbare, noe som kan gi avdelingslederne et dilemma når de skal ta avgjørelser som får konsekvenser for kollegaer, slik en beskriver det:

”De populære er for så vidt ikke vanskelig å ta. Upopulære for eksempel om man skal skjære ned, redusere tjenesteplaner, så er det klar at å ta sånne avgjørelser og så i neste øyeblikk å være en del av gruppen. Det tror jeg er vanskelig. Men noen klarer det. Går jo på de andre og om de klarer å skille mellom rollene. På en måte å skifte hatter og si det at: ok nå er vi ferdig med den diskusjonen.”

Sykepleierne på sin side vil kanskje ha en talsmann for sykepleiegruppen, mens administrasjonen vil ha en lojal bemyndiget arbeidsgiverrepresentant. På denne måten får avdelingslederne sine oppdrag fra mange personer og flere nivåer. At forventningene er ulike

er ikke nødvendigvis et problem. Det blir først et problem når forventningene enten er for mange eller for motstridende.

Den økonomiske begrensningen helsevesenet, med trussel om pasientreduksjoner, nedbemanning, sammenslåing av avdelinger og flytting av stillinger, gjør imidlertid at avdelingslederne i dagens situasjon står overfor forventninger som både er sterke, mange og motstridende. Dette innebærer at det blir umulig for dem å tilfredsstille alle forventninger, krav og behov. En avdelingsleder beskrev den belastningen dette var for ham på følgende måte:

”Kan bli sliten, kan bli søvnløs. Kan våkne kl 04. om morgenen og tenke på masse ting som ikke går på pasienter. Men jeg kan tenke på hvordan skal vi få til den vrien der? Hvordan skal vi få det til å fungere? Jeg kan våkne med ledelsesproblemer. Ikke at det er noe stort problem, jeg er ikke søvnløs over lange tider, men jeg grubler nok mye mer på ledelse enn på fag. Faget er jeg blitt mye sikrere på med årene. Mens ledelse er det alltid litt mer usikkerhet med. Gjør man de riktige tingene?”

De mange og til dels motstridende forventningene beskriver avdelingslederne som dilemmaer knyttet til rollen. En konsekvens av at det var så mange forventninger, var at alle avdelingslederne følte seg svært presset på tid. De hadde langt flere oppgaver enn de kunne overkomme på vanlig arbeidstid. De arbeider derfor svært mye. Flere forsøkte å styre dette ved at de noen dager i uken arbeidet lenge, mens de andre dager gikk hjem til vanlig tid. Andre igjen jobbet mye i helgene.

Avdelingslederne beskriver at de særlig kommer i en vanskelig situasjon på grunn av de ulike normene og ”tatt-for-gitt” oppfatningene som kommer frem i styringskonflikten mellom krav ovenfra og krav nedenfra. De presses fra begge sider med utgangspunkt i normer som er vanskelig å forene, samtidig som det forventes at de skal være lojale begge veier. Dette gav dem et dilemma i forhold til når det var rett å være mest lojal den ene eller andre veien. Dette beskrev flere med metaforen ”ulike hatter”. En sier det slik:

”Det kan være konfliktfylt. Nå har vi vært gjennom noen prosesser på det der. De vet at jeg sitter på den andre siden av bordet noen ganger og har en annen hatt. Det gjelder lønnsforhandlinger eller tjenesteplan, en masse forhold hvor jeg har en annen hatt. Og det

har de selvfølgelig lært seg etter hvert, og de respekterer at jeg er direktørens forlengede arm. Men jeg må også hele tiden vite når jeg har den ene hatten eller den andre. Det må innrømmes at det å vite det, til enhver tid, det er ikke lett.”

Til tross for det store arbeidspresset og de lange arbeidsdagene, de interne rollekonfliktene og det ytre presset som avdelingslederrollen innebærer, gir likevel alle avdelingslederne uttrykk for at de både trives i rollen og at de også ønsker å fortsette i den.

5. 8. Frustrasjoner og motstand

De forskjellige avdelingslederne tilpasser seg i ulik grad til reformene. I sin tilpasning av rollen synes de å ligge på en glidende skala, fra de som fortsatt gjør det mye som før, til de som har endret rollen betydelig. Hos noen er det en tydelig frustrasjon over og en delvis motstand mot reformene, samtidig som det synes å foreligge en dekobling. Andre igjen gir uttrykk for at de på mange måter støtter endringene, uten at de nødvendigvis er enig i alt.

Denne variasjonen i tilpasning til reformen er i tråd med det Christensen og Lægreid (2002) sier, om at motsetningene og inkonsekvensen i de ulike NPM reformene åpner for betydelige variasjoner i rolleutforming. Det er imidlertid ingen forskjell på gruppene med hensyn til alder, kjønn eller profesjon.

Avdelingsledernes tilpasning til reformen kan illustreres ved å dele dem inn i følgende to grupper, ”de frustrerte” og ”de endringsorienterte”. Denne inndelingen er imidlertid en overforenkling og derfor ikke helt rettferdig overfor den enkelte avdelingsleder. Benevnelsen brukes kun for å illustrere de to trendene i tilpasningen til reformen som fremkommer i det empiriske materialet.

5. 8. 1. De frustrerte

Den gruppen som er mest frustrert består av tre avdelingsledere og har flere fellestrekk enn den andre gruppen på fem avdelingsledere. Gruppen kjennetegnes for det første ved at alle er avdelingsledere på mindre avdelinger²⁶. For det andre har de alle gitt uttrykk for at de har produsentrollen med tilretteleggelse av behandling som sin viktigste rolle. En av disse avdelingslederne presiserer at hans lojalitet ligger hos pasienten, ikke hos ledelsen og ikke hos de ansatte. En annen sier at han velger å prioritere faget fremfor økonomien. Den tredje presiserer at han er der for å ivareta diagnostiseringen og behandlingen av sykdommer, ikke

²⁶ Mindre enn 65 ansatte

for å konkurrere eller tjene penger. Det er derfor sannsynlig at denne gruppen har opprettholdt den medisinske logikken som sitt fundament selv om de, som den andre gruppen, også sier at det er viktig å holde budsjettet.

For det tredje beskriver de at det er stor avstand mellom dem og toppledelsen. De beskriver det som to atskilte verdener som holder på med hvert sitt. De tar seg av pasientene og behandlingen, mens toppledelsen driver med reformer. Denne gruppen fremstår også som mer dekoplet, enn det den andre gruppen gjør.

For det fjerde gir de uttrykk for en stor frustrasjon over hvordan endringene er blitt gjennomført både med hensyn til håndtering, implementering, dialog, oppfølging og støtte.

For det femte skiller gruppen seg fra den andre gruppen ved at de i mindre grad vektlegger entreprenørrollen som en løsningsmetode. De synes ikke å ha noen tro på sine påvirkningsmuligheter oppover i systemet og fremstår derfor som mer avventende enn aktive.

To av avdelingslederne gav imidlertid uttrykk for å ha brukt rollen med hell tidligere, mens de ikke opplevde å nå frem i dagens situasjon, noe som var svært frustrerende. En mulig forklaring på at de nå ikke blir hørt, kan være at de er representanter for mindre avdelinger og derfor blir ansett som mindre viktige. En annen forklaring kan også være at de ikke har innsett nødvendigheten av eller ikke har hatt kapasitet til å endre innhold og fokus i sin stilling på en hensiktsmessig og tilfredsstillende måte. To av disse avdelingslederne gav uttrykk for at de, på grunn av innstramningene, måtte ta på seg alt for mye klientarbeid, mer enn de egentlig ønsket. Dette kan ha medført at de har kommet for mye på etterskudd til å ta opp kampen som avdelingens forkjempere.

Gruppens frustrasjon er ikke rettet mot det å være avdelingsleder. De gir alle uttrykk for å trives i rollen på avdelingen og ønsker å være ledere. Gruppen skiller seg heller ikke ut fra den andre gruppen med hensyn til det handlingsrommet de beskriver at de har i stillingen.

Frustrasjonen synes først og fremst å være rettet mot ledelsen for manglende dialog, samarbeid og påvirkningsmuligheter i prosessen.

Det er denne gruppens frustrasjon over styring ovenfra og deres manglende tillit til toppledelsen innsikt som skiller denne gruppen fra de andre. Denne frustrasjonen kan tolkes som et uttrykk for de vanskene som ofte oppstår i skjæringspunktet mellom styring ovenfra og styring nedenfra, på bakgrunn av deres ulike logikk og normer (Vareide 2002). Frustrasjonen synliggjør også vanskene med endring, når reformer ikke tar hensyn til de betingelsene for endring som fagbyråkratiet og den nasjonale kulturen setter (Mintzberg 1997, Wiese 2002, Christensen og Lægreid 2002).

I et institusjonelt perspektiv kan denne frustrasjonen tolkes som en motstand mot reformen uttrykt som tilpasning gjennom dekobling. Den kan da være et uttrykk for at denne gruppen fortsatt har sin basis i den tradisjonelle faglederen og at de derfor verken har endret normer, ”tatt-for-gitt” forestilninger eller integrert den økonomiske logikken i sin lederrolle.

5. 8. 2. De endringsorienterte

Den andre gruppen var mer ulike enn den første gruppen var. De hadde allikevel noen vesentlige fellestrekk. For det første var de alle avdelingsledere på store avdelinger, selv om størrelsen kunne variere mye. For det andre var de alle positive til profesjonsfri ledelse. For det tredje så vektlegger de i langt større grad entreprenørrollen, enn det den andre gruppen gjør. Det er denne gruppen som bruker de mest pågående benevnelsene om sin rolle. Deres beskrivelse av rollen samsvarer med det som Llewellyn (2001) sier er nødvendig for å lykkes i lederrollen. For det fjerde har de et mer positivt forhold til toppledelsen og forventer i større grad å bli hørt. For det femte gav de i større grad uttrykk for at de forsøkte å være lojale begge veier. De fremstår også som mindre tyngt av ventelister og som mer positive til endring. Disse avdelingslederne synes i større grad å ha endret sin tradisjonelle rasjonalitet og supplere den med økonomisk logikk (Kragh Jespersen 2001). I følge Llewellyn (2001) er det de lederne som både har innsyn i den økonomiske og den medisinske virkeligheten som lykkes best i sin lederrolle.

De to gruppenes tilpasning til reformen kan skjematisk beskrives ut fra deres forhold/ tillit til toppledelsen og størrelsen på avdelingen, slik figur 5 viser.

	Tillit / forhold til toppledelsen	Størrelsen på avdelingen
De frustrerte:	Dårlig	Liten
De endringsorienterte:	God	Stor

Figur 5 Avdelingsledernes tilpasning til reformen sett i forhold til tillit til toppledelsen og avdelingsstørrelse

3. 8. 3. Å finne en balanse

Begge gruppene forsøker å balansere de motstridende kravene fra den økonomiske og den medisinske logikken. Kanskje kan forskjellen mellom dem forstås ut fra hvordan de forsøker å balansere de to rasjonale. Den balansen de frustrerte tilstreber kan illustreres ved en vekt basert på to vektarmene, hvor de to rasjonale plasseres i hvert sitt ytterpunkt av vektarmene.

Dette er en krevende balanse og det skal lite til før vekten kommer ut av balanse. Den balansen de endringsorienterte tilstreber kan illustreres ved en fjærvekt, som bare har en felles skål. De to rasjonale plasseres da i den samme skålen. I dette tilfelle integreres de to rasjonale og det blir derfor enklere både å komme i balanse og ha et fleksibelt forhold til dem.

6. OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER

6. 1. Fagbyråkratiet

Sykehusledelse har aldri vært lett. Den har vært kontroversiell og gjenstand for strid. Mye av denne striden har sin bakgrunn i at sykehus er fagbyråkratier. Dette innebærer at de har to kulturer for ledelse, samt at ledelse utover det som bygger på faglig ekspertise tradisjonelt har hatt liten legitimitet. I fagbyråkratiet er det videre to grunnvilkår for ledelse. Den ene er at mange ”vanlige” ledelsesoppgaver er overflødige. Dette henger sammen med autonomien hos de profesjonelle og det faktum at deres ekspertise har vært det som har utløst og bestemt pasientbehandlingen. Den andre grunnbetingelsen for ledelse i fagbyråkrat er at administrativ ledelse er besværlig og for de profesjonelle både fremmed og lite ønskelig. Disse to grunnbetingelsene for ledelse har i seg den grunnleggende konflikten mellom ledelse ovenfra og nedenfra.

Ved innføringen av enhetlig ledelse har man endret lederbetingelse og på den måten også påvirket grunnbetingelsene for ledelse på avdelingsnivå i sykehus. I dette ligger det for det første en oppvurdering av ledelse som fag, en avklaring av at leder primært skal lede, samtidig som man åpnet opp for profesjonsfri ledelse. For det andre innebærer denne endringen at lederen i saker hvor de faglige aktivitetene kommer i konflikt med de gitte rammene, må den faglige aktiviteten tilpasses rammene. For det tredje innebærer det en endring ved at legitimiteten i denne type ledelse ligger i den formelle posisjonen, mens den i faglig ledelse var knyttet til personlig ekspertise og kunnskap.

Når det gjelder de ulike reformene som er innført i sykehuset de siste årene, så ser avdelingslederne både styrker og svakheter ved dem. Mange påpeker at disse reformene både har medført mer byråkrati og samtidig ført til en større avstand mellom avdelingslederne og toppledelsen. Dette beskrives både som et problem og en ulempe.

De fleste avdelingslederne er åpne for en profesjonsfri ledelse. Mange viser i den sammenheng til at den som er avdelingsleder, uansett profesjon, må kunne samarbeide med

alle profesjonene på avdelingen, samtidig som de viser til at legegruppen kan være særlig vanskelig å styre. Det er ingen som sier seg uenig i at det er viktig å styre eller at man ikke skal overholde budsjettet. Flere presiserer at prinsippet om avdelingsvise budsjett og gitte rammer både er et viktig og et nødvendig prinsipp. Imidlertid er størrelsen på den økonomiske rammen et svært stort dilemma for flere.

Gjennom påvirkning fra NPM reformer har innsynet og påvirkningen fra brukerne økt gjennom brukerundersøkelser og pasientrettigheter. I tillegg har kontrollen med avdelingslederne gjennom budsjettkontroller og andre styringsredskaper økt, mens det er mer usikkert om innsynet fra toppledelsen har økt.

6. 2. Utforming av avdelingslederrollen

Til tross for føringene fra NPM om totalansvar, budsjettkontroll og et økt press med hensyn til både innsparinger og effektivitet har avdelingslederne opprettholdt produsentrollen som den viktigste og derfor også førende rollen i sin funksjon som avdelingsledere. Avdelingslederne i denne undersøkelsen gir likevel et langt mer nyansert bilde på lederrollen enn det som ligger i den tradisjonelle produsentrollen i fagbyråkratiet. De vektlegger fortsatt produsentrollen som den viktigste rollen, men de har i tillegg økt både betydningen av og omfanget til integrator-, entreprenør- og administrasjonsrollen. Som en konsekvens av dette har flere redusert omfanget av egen faglig aktivitet, samt at synet på hvor mye pasientarbeid man må ha for å opprettholde respekt også synes noe endret. Dette indikerer at det har skjedd en endring i den normative pilaren med hensyn til hvilke oppgaver avdelingslederne mener at de selv bør ivareta og prioritere.

Avdelingslederne opplever flere rollemotsetninger. Den største og mest gjennomgripende motsetningen synes å være konflikten mellom produsentrollen og administratorrollen. Konflikten her går primært på at avdelingslederne ikke har tilstrekkelig økonomi til å gi alle pasientene den beste behandlingen, samt at ventelistene blir lange. En annen viktig motsetning er problemet med å tilpasse integratorrollen og omsorgen for de ansatte til produsent- og administrasjonsrollen ved at de gjennom effektiviseringstiltak stadig øker belastningen på de ansatte. Disse motsetningene synliggjør de rollekonfliktene som er innebygd i rollen og som gjennom reformene er blitt tydeligere.

Bakgrunnen for de ulike dilemmaene og de interne rollekonfliktene finner vi i fagbyråkratiets vansker med å kombinere styring ovenfra med styring nedenfra ut fra styringskonflikten mellom den medisinske og den økonomiske logikken. Denne konflikten aktualiseres og synliggjøres ved at avdelingslederne i situasjoner der disse logikkene står mot hverandre, er pålagt å prioritere og å rette seg etter den økonomiske logikken. På denne måten brukes den regulative pilaren til å overstyre den normative pilaren, slik at avdelingslederne noen ganger må rette seg etter normer de er etisk uenige i.

På den ene siden tyder data på at alle avdelingslederne har opprettholdt normene i sin profesjon. På den andre siden er det også data som kan tyde på at flere forsøker å kombinere både den økonomiske og den medisinske logikken i sin rolle. De er arbeidsgivers representant og derfor står for de normene denne representerer, samtidig som de er de ansattes talsmann og dermed står for de normene disse vektlegger. Dette kan tolkes som at de har endre innholdet i den normative pilaren, ikke ved å ta noe bort, men ved å legge til en ny norm. Dette er et funn som bør følges opp i en bredere undersøkelse for å se om man finner de samme tendensene.

6. 3. Avdelingsledelse mellom styring ovenfra og styring nedenfra

Tradisjonelt har de ulike logikkene i sykehus vært vanskelige å forene ved at styring ovenfra og styring nedenfra har fremstått som "løst koblete system" (Vareide 2002). Ved reformen om enhetlig ledelse, har man forsøkt å flytte noe av den administrative tankegangen nedover i systemet. På samme måte som i Danmark har man, ved å samle disposisjonsrett og økonomisk ansvar, forsøkt å legge til rette for at avdelingslederne endrer sin tradisjonelle rasjonalitet og supplere den med økonomisk logikk (Kragh Jespersen 2001). På denne måten har ledelsen satt disse to tankesettene opp mot hverandre i sterkere grad enn det har vært gjort tidligere. Det dilemmaet dette innebærer kommer tydelig frem i uttalelsene fra avdelingslederne. De beskriver det som en "skvis" mellom ulike lojaliteter, som en uriaspost og som et vanskelig skifte mellom bruk av ulike hatter.

Vareide (2002) mener at det nettopp er i dette skjæringspunktet mellom styring ovenfra og styring nedenfra at styringsproblematikken finnes. Dette støttes av Kragh Jespersen (2001) som mener at NPM sin påvirkning på ledelse i sykehus har forsterket de allerede eksisterende styringskonfliktene i sykehus, samt at disse har ført til motstand mot endring og dekobling. De ulike uttalelsene fra avdelingslederne kan tyde på at dette også i noen grad har skjedd på Sykehuset. Men det er også flere uttalelser som kan tyde på at avdelingslederne i tillegg har

endret sitt rasjonale og på den måten bidratt til å føre de to logikkene noe nærmere hverandre. En av avdelingslederne beskriver denne prosessen slik:

”Behandlingsoppgaver? Der har vi jo en lang tradisjon, og det er mye som liksom har gått seg til i en kontinuerlig endringsprosess i fagmiljøet i samspill med omgivelsene. Samtidig som det er en del direktiver fra oven som er styrende og så smelter vel dette litt sånn sammen. Slik at det blir et lokomotiv som ruller og går.”

Tilpasningen til reformen synes derfor å være todelt. Den ene tilpasningen kan symboliseres ved gruppen ”de frustrerte”. Denne gruppen avdelingsledere har fortsatt sin basis i den tradisjonelle faglederen og synes heller ikke å ha integrert den økonomiske logikken i sitt rasjonale. I et institusjonelt perspektiv kan gruppens motstand mot endring tolkes som en strategisk respons på institusjonalisering uttrykt som tilpasning gjennom dekobling. Denne responsen på reformen synliggjør at det ikke er sammenfall mellom de normene reformen representerer og de normene som avdelingslederne står for. Denne gruppen gir også uttrykk for stor avstand mellom dem og toppledelsen. For de ”frustrerte” kan det se ut som innføring av enhetlig ledelse ha ført til at konflikten mellom styring ovenfra og styring nedenfra er blitt større.

Den andre tilpasningen kan symboliseres ved gruppen ” de endringsorienterte”. Denne gruppen avdelingsledere synes i større grad å ha integrert den økonomiske logikken i sitt rasjonale og på den måten tilpasset sin rolle i samsvar med forventningene i reformen. I et institusjonelt perspektiv på reformer kan denne responsen på institusjonalisering forstås som en tilpasning til reformen og dermed tolkes som et uttrykk for at de normene som reformen representerer er sammenfallende med de normene som avdelingslederne står for. Denne responsen kan også være et uttrykk for at konflikten mellom styring ovenfra og styring nedenfra har avtatt for denne gruppen.

6. 4. Konklusjoner

- Synet på avdelingsledelse i sykehus synes endret. Dette er en endring i retning av en profesjonalisering av lederrollen og er i samsvar med intensjonene for enhetlig ledelse slik denne er beskrevet i NOU 1997:2 ”Pasienten først”.

- Reformen om enhetlig ledelse i sykehus synes imidlertid å ha endret innhold, fokus og atferd med hensyn til avdelingslederrollen for noen, men ikke for alle.
- Alle avdelingslederne fastholder ”pasienten beste” som norm og den medisinske logikken som sitt fundament.
- En gruppe avdelingsledere synes å tilpasse seg til reformen ved dekobling, slik at de to styringssystemene fortsatt fremstår som ”løst koplede system”.
- En annen gruppe avdelingsledere synes å ha tilpasset seg reformen ved å integrere både den økonomiske og den medisinske logikken i rollen.
- Ledelse er blitt viktigere og prioriteres høyere av avdelingslederne. Dette viser seg blant annet ved at egen faglig aktivitet har blitt noe redusert, samt at avdelingslederne ser behovet for å bruke mer tid på ledelse.
- Det er større åpenhet for en profesjonsfri avdelingsledelse ved at de fleste avdelingslederne mener at deres stilling kan ivaretas tilfredsstillende av en annen profesjon. Det viktigste er at den som har stillingen ivaretar alle profesjonene på avdelingen.
- Innsynet og påvirkningen fra brukerne er økt gjennom brukerundersøkelser og pasientrettigheter. Kontrollen er økt, men det er mer usikkert om innsynet fra toppledelsen er økt.
- Innholdet i og prioriteringen i rollen synes endret på følgende området:
 1. Produsentrollen er fortsatt den viktigste rollen for avdelingslederne, men den er ikke så enerådende som den var.
 2. Integratorrollen sin betydning har økt. Hensikten med integratorrollen er for avdelingslederne å sikre at de ansatte ivaretas på en slik måte at de kan yte en god og effektiv pasientbehandling. Integratorrollen fremstår dermed som en

forutsetning for, og derfor en svært viktig rolle, med hensyn til å ivareta behandlingen av pasientene på avdelingen. Legelederne synes i tillegg å ha tatt inn elementer fra sykepleiernes omsorgslogikk i rollen.

3. Entreprenørrollen sin betydning har økt. Den har blitt svært viktig med hensyn til å sikre, beskytte og fremme produsentfunksjonen i sykehuset.
4. Administrasjonsrollen er blitt mer omfattende og tidkrevende enn den var tidligere. Dette har ført til økt byråkratisering. Administrasjonsrollen er den delen av avdelingslederrollen som i størst grad kommer i konflikt med de andre rollene. Det vil si produsent-, integrator- og entreprenørrollen.

LITTERATURLISTE

- Brunsson, Niels (1985): *The Irrational Organization. Irrationality as a Basis for Organizational Action and Change* og (1989): *The Organization of Hypocrisy*. I Kragh Jespersen, Peter (2001): *New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sykehus-organisationen*. I Berntsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Gudbjørg Erlingsdottir og Kerstin Sahlin-Andersson: *Når styringsambitioner møder praksis*. Denmark: Handelshøjskolens Forlag.
- Brunsson, Niels og Johan P. Olsen (1990): *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons.
- Blomgren, Maria (2001): *Resultatansvarets betydning for sjukskøterskornas professionalisering*. I Berntsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Gudbjørg Erlingsdottir og Kerstin Sahlin-Andersson: *Når styringsambitioner møder praksis*. Denmark: Handelshøjskolens Forlag.
- Byrkjeflot, Haldor (1997): *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Christensen, Tom og Lægred, Per 2002: *Reformer og lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Erichsen, Vibeke (1996): *"Profesjonsmakt – På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon"*. Oslo: Tano Aschehoug
- Hernes, Helge (2002): *Perspektiver på profesjoner*. I Nylehn, Børre og Anne Marie Støkken(red.). *De profesjonelle. Relasjoner, identitet og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holme, Idar Magne og Solvang, Bernt Krohn (1998): *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano.
- Jacobsen, Dag I. og Jan Thorsvik (2002): *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kragh Jespersen, Peter (2001): *New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sykehusorganisationen*. I Berntsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Gudbjørg Erlingsdottir og Kerstin Sahlin-Andersson: *Når styringsambitioner møder praksis*. Denmark: Handelshøjskolens Forlag.
- Kvale, Stein (1998): *"Det kvalitative forskningsintervjuet"*. Oslo: Gyldendal.
- Lane, Jan-Erik (2000): *The public sector: Concepts, models and approaches. Third editon*. London: Sage.
- Llewellyn, Sue (2001): *"Two-way Windows": Clinicians as Medical Managers*. *Organization Studies*, vol. 22/4.

- March, J.G. og J.P. Olsen (1989): *Rediscovering Institutions – The Organizational Basis of Politics*. I Vareide, Per Kristian (2002): *Reformering av sykehus gjennom nye lederroller*, - notat pr. 15.10.02.
- Mintzberg, Henry (1979): *The structuring of organizations*. Eglewood Cliffs: Prentice-Hall.
- NOU 1997:2: *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Oliver, Christine (1991): *Strategic responses to institutional process*. *Academy of Management review*. Vol. 16.
- Ot.prp.nr 66 (2000-2001) 2001: *Om lov om helseforetak m.m.* Oslo: Det Kongelige Sosial og helsedepartementet.
- Patton, Michael Quinn (2002): *Qualitative Research & Evaluation Methods*". Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pollitt, Christopher og Geert Bouckaert (2000): *Public Management Reform*. New York: Oxford University Press
- Repstad, Pål (1998): *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ringdal, Kristen 2001: *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ryen, Anne (2002): *Det kvalitative intervjuet fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rørvik, Kjell Arne (1992): *Vitenskap eller moter? – En kunnskapssosiologisk analyse av konsulenters organisasjonskompetanse*. Universitet i Tromsø. Nordisk Administrativt Tidsskrift 2/1992, 73. Årgang.
- Scott, W. Richard (2001): *Institutions and Organizations. Second edition*. Thousand Oaks: Sage 2001.
- Sommervold, Wenche (1997): *Ledelse i sykepleien – en strategi for profesjonalisering*. I Byrkjeflot, Haldor (1997): *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Strand, Torodd 2001: *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torjesen, Dag Olaf og Hallgeir Gammelsæter (2004): *Management Between Autonomy and Transparency in the Enterprise Hospital*. Bergen: Rokkansenteret – Working Paper 1-2004
- Vareid, Per Kristian 2002: *Reformering av sykehus gjennom nye lederroller*, - notat pr. 15.10.02.
- Wise, Lois Recascino (2002). *Public management reform: Competing drivers of change*. *Public Administration review*. Vol. 62, 555-567.

INTERVJUGUIDE

INTERVJUGUIDE NR. 1

På hvilke nivå har man nå enhetlig ledelse?

Nou –1997 viser til en ny type ledelse: Hva består denne endringen reelt av i dag?

Er det noe som er endret?

Hva er de viktigste kompetanseområdene som en leder i denne type stilling må ha?

Sammenlignet med andre legestillinger på sykehuset, er det mange som søker denne typen stillinger?

Hva er de viktigste funksjonene i disse stillingene?

Er det rom for at man kan fortsette å være lege i disse stillingene? Kan man beholde sin lege identitet?

Utøves dette lederskapet på samme måte i alle sammenlignbare stillinger? Hvilke variasjoner finnes?

Er det noen dilemmaer og motsetninger i denne typen stillinger?

Er det lagt til rette for at det er mulig å utøve dette lederskapet på en tilfredsstillende måte for den enkelte?

Har man reelle styringsmuligheter, albuerom, eller er man svært presset både ovenfra og nedenfra? Hva er verst?

På hvilken måte har holdningene til denne typen stillinger, over tid, endret seg noe hos legene i forholdt til innholdet i dem og hvem som kan inneha dem?

Hvis en leder ikke fungerer så godt som ønsket i en slik stilling, hvor er det verst at det svikter?

Hva gjør man i legeforeningen i forhold til administrativ utdanning av leger?

INTERVJUGUIDE NR. 2

Hvor lenge har du hatt denne stillingen?

På hvilken måte har du erfaring med enhetlig ledelse?

Hvilke egenskaper og ferdigheter mener du er viktig mht enhetlig ledelse?

Hvis en leder ikke fungerer så godt som ønsket i en slik stilling, hvor er det verst at det svikter?

I hvilken grad kan lederen selv utforme denne stillingen? Hva er det de selv kan påvirke?

Hvordan balanserer de fag og ledelse i din stilling og hva er det som gjør at de tar dette valget?

På hvilken måte griper de inn i arbeidet til sykepleierne/ legene? (daglig)

Hvilke dilemmaer og motsetninger ser du i disse stillingene?

Hvor viktig er det å overholde budsjettet?

Hva må avdelingslederne gjøre for å få respekt hos gruppene leger, sykepleiere og administrasjonen?

Hva er de viktigste drivkreftene i denne jobben for dem?

Hvis noen andre skulle søke en tilsvarende stilling hva synes du det ville være viktig at de viste i forkant?

Er denne stillingen det du trodde den var?

INTERVJUGUIDE NR. 3

Innledning:

Hvor lange har du vært i denne stillingen?

Hvor mange ansatte er det på avdelingen din, leger, sykepleiere?

Hvor stort er budsjettet?

Hvilke karakter har oppgavene på avdelingen, er de stort sett planlagte eller adhoc?

Hva betyr oppgavens karakter for ledelsen av avdelingen?

Hovedspørsmål:

Hva er de viktigste forventningene til deg som leder:

Utvikle nye produkter og tjenester? Hvordan gjør du det? Hva gjør du?

Være pådriver for å nå resultater og oppsatte mål? "

Støtte, motivere og utvikle medarbeidere? "

Sørge for at regler og systemer fungerer og etterleves? "

Er alle forventningene like tydelige og synlige?

Hva tar mest tid?

Hvem gjør det, hvis du ikke gjør det?

Er det noen (i tilsvarende stilling som deg) som bryter med disse forventningene?

Hva betyr dine personlige egenskaper for forventningene til deg?

Hvordan er dette for andre?

Hva betyr stillingsnivå, profesjon, kjønn og alder for de forventningene andre har til deg?

Hvem er dine beste støttespillere?

- Hvor mange har du medarbeider samtale med?
- Hvem har du medarbeider samtale med?
- Hvordan ser dagen din ut?
- På hvilken måte griper du inn i det daglige arbeidet til legene/ sykepleierne?
- Hvilke beslutninger er du involvert i forhold til leger/ sykepleiere/ administrasjon?
- Hva er med på å bestemme ditt handlingsrom i stillingen?
- I hvilken grad kan du selv utforme denne stillingen? Hva er det du selv kan påvirke?
- Hvordan vil du beskrive lederstilen din?
- Hva er det som gir deg respekt og autoritet hos legene/ sykepleierne?
- Hvis en leder ikke fungerer så godt som ønsket i en slik stilling, hvor er det verst at det svikter?
- Hvordan balanserer du fag og ledelse i din stilling og hva er det som gjør at du tar dette valget?
- Hvilke dilemmaer og motsetninger ser du i din stilling?
- Hvor viktig er det å overholde budsjettet?
- Hva må du gjøre for å få respekt hos gruppene leger, sykepleiere og administrasjonen?
- Hva er de viktigste drivkreftene i denne jobben for deg?
- Hvis noen andre skulle søke en tilsvarende stilling hva synes du det ville være viktig at de viste i forkant?
- Er denne stillingen det du trodde den var?

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