

# ATM

## Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

**Kari Kjos Grendahl**

### **Ledelse i en endringsprosess**

**-En studie av toppledere i fire lokale helseforetak**

**ATM – Skriftserie  
Nr. 7 - 2008**

 **Rokkansenteret**  
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSTUDIER

**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

<b>INNHold</b> .....	<b>3</b>
<b>KAPITTEL 1: INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
UTGANGSPUNKT FOR STUDIEN .....	1
PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING AV DET EMPIRISKE STUDIEFELTET .....	4
BEGRUNNELSE FOR PROBLEMSTILLINGEN .....	6
STUDIENS OPPBYGNING.....	7
<b>KAPITTEL 2: EN TEORETISK TILNÆRMING TIL LEDELSESBEGREPET</b> .....	<b>9</b>
OFFENTLIGE ORGANISASJONER – HVA KJENNETEGNER DEM?.....	10
FAGBYRÅKRATIET ELLER EKSPERTORGANISASJONEN – HVA SLAGS LEDELSESFORDRING? .....	11
MINTZBERG – ”THE PROFESSIONAL BUREAUCRACY” .....	12
STRANDS BYRÅKRATI OG EKSPERTORGANISASJON .....	12
ORGANISASJONER I ENDRINGSPROSESSER .....	13
ET RASJONALISTISK PERSPEKTIV PÅ LEDELSE .....	15
ET KONSTRUKTIVISTISK PERSPEKTIV PÅ LEDELSE .....	17
EN BEHAVIORISTISK TILNÆRMING .....	19
ULIKE IDEALTYPISKE FORMER FOR LEDELSE.....	21
HVORFOR OG HVORDAN VIL JEG BRUKE PERSPEKTIVENE I MIN STUDIE? .....	23
<b>KAPITTEL 3: DEN METODOLOGISKE TILNÆRMINGEN TIL STUDIEN</b> .....	<b>25</b>
CASE STUDIE SOM METODE .....	25
VALG AV CASE FOR STUDIEN.....	26
EN KVALITATIV ELLER KVANTITATIV TILNÆRMING? .....	28
STUDIENS KILDEGRUNNLAG OG DATAINNSAMLING.....	30
<b>KAPITTEL 4: FØR OG ETTER – EN STOR REFORM</b> .....	<b>37</b>
HVORDAN VAR DET FØR - SYKEHUSDIREKTØREN .....	37
ETTER SYKEHUSREFORMEN – EN NY VERDEN FOR DIREKTØREN? .....	42
OPPSUMMERING OG FORVENTNINGER I FORHOLD TIL STUDIENS PROBLEMSTILLING .....	45
<b>KAPITTEL 5: STRUKTURELLE BETINGELSER I DE FIRE FORETAKENE</b> .....	<b>47</b>
FORETAK A.....	47
FORETAK B .....	48
FORETAK C .....	49
FORETAK D.....	50
FORSKJELLER OG LIKHETER MELLOM DE STRUKTURELLE BETINGELSENE I DE ULIKE FORETAKENE .....	51
<b>KAPITTEL 6: HVORDAN OPPFATTER TOPPLEDERNE I DE LOKALE HELSEFORETAKENE UTFORDRINGENE SOM MØTER DEM?</b> .....	<b>53</b>
FORETAK A .....	53
FORETAK B .....	65
FORETAK C .....	73
FORETAK D.....	81
FORSKJELLER OG LIKHETER MELLOM DE ULIKE FORETAKENE.....	90
<b>KAPITTEL 7: HVA GJØR LEDERNE?</b> .....	<b>98</b>
TIDSSTUDIET AV ARNE I FORETAK A. ....	99
TIDSSTUDIET AV FRANK I FORETAK C. ....	103
FORSKJELLER OG LIKHETER MELLOM DE TO DIREKTØRENE.....	107
<b>KAPITTEL 8: AVSLUTNING</b> .....	<b>110</b>
STUDIENS PROBLEMSTILLING – OG FUNN .....	110
FRA TEORI TIL EMPIRI OG TILBAKE TIL TEORI .....	115
STUDIEN I EN FORSKNINGSMESSIG SAMMENHENG .....	116
BEHOV FOR VIDERE FORSKNING .....	117

<b>KILDELISTE</b> .....	<b>119</b>
LITTERATURLISTE .....	119
OFFENTLIGE DOKUMENTER .....	123
INTERVJUER .....	123
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>124</b>
INTERVJUGUIDE .....	124
AKTIVITETSREGISTRERING FOR HELSEFORETAKSLEDERE .....	127

## 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

Det er med stor glede og litt tungt hjerte jeg endelig setter punktum for denne oppgaven. Gleden er stor fordi jeg endelig er ferdig og jeg med god samvittighet kan få bruke tiden min til noe annet og nyte sommeren. Men det er også med tungt hjerte jeg setter sluttsteken for studien min av toppledere, dels fordi det har vært et spennende fenomen og ta nærmere i øyesyn og dels fordi det betyr slutten på studenttilværelsen. Før jeg setter det siste punktet og trykker på printknappen er det mangen som skal ha en stor takk!

Først og fremst en stor takk til lederne som sa seg villige til å være med på denne studien, for tiden deres og interessante svar. Uten dere kunne jeg aldri ha gjennomført denne studien!

Den største takken rettes til deg Haldor Byrkjeflot, fordi du er en fantastisk veileder. Du har alltid tid, er alltid interessert og kommer alltid med gode råd – selv om jeg ikke alltid har forstått det før etter en stund! Også en stor takk til Ivar Bleiklie som kom inn på slutten i veiledningsprosessen, med gode råd og interesse.

En stor takk til Rokkansenteret og ATM prosjektet for stipend, kontorplass, seminar og et fantastisk miljø. Utrolig takknemlig for hyggelig samvær med alle i 5. etasje og alle gode råd på veien fra de som er mer erfarne, en spesiell tanke sendes til Eirin fordi du var akkurat så streng med meg som jeg trengte og til Simon fordi du alltid har en ro som jeg trenger!

Takk Torodd Strand, for alt jeg har lært om ledelse og samarbeid når jeg har jobbet med og for deg.

Takk Steffan Tengblad, for en god diskusjon om hvordan jeg skulle gjennomføre tidsstudien.

Takk for gode tilbakemeldinger på seminarer fra medstudenter på faget og prosjektet. Den fellese forståelsen for hva som er spennende, og gledene og frustrasjonene i prosessen med oppgaven har vært uvurderlig. En spesiell takk til Kirsti og Hege, fordi dere er spesielle damer! Ikke bare har dere vært gode å ha på veien i arbeidet med oppgaven, dere er også de beste venner noen kan be om!

Takk også til alle gode venner som ikke kan noe om admorg eller sykehusreform, for at dere har tatt vare på de andre sidene av meg og tålmodig har lyttet til alle mine frustrasjoner! En spesiell takk til Nicolai for datahjelp!

Takk til mamma, Øystein og Eirik! Mest fordi det er godt å ha en god familie, og fordi mamma alltid leser korrektur med entusiasme, Øystein fordi du er den eneste lillebroren i hele verden som orker transkribere og Eirik fordi du har en herlig tro på det jeg driver med.

Sist, men ikke minst må jeg takk deg Tron, for ubegrensede mengder med kjærlighet og tålmodighet.

Bergen august 2005.

## **SAMMENDRAG**

Sykehusreformen av 2001 medførte endringer for organiseringen av spesialisthelsetjenestetilbudet i Norge. I reformen var det stor tro på ledelse som virkemiddel for å tydeliggjøre ansvar og dermed øke kvaliteten av sykehustjenester. I denne studien blir topplederrollen undersøkt i lys av innføringen av sykehusreformen i fire lokale helseforetak. Sentralt i studien er ledernes egen rolleoppfatning og hvorvidt reformen har endret topplederrollen. Det blir også kartlagt om oppfattelsen av dette varierer mellom de ulike foretakene. Studien viser blant annet at i de mindre helseforetakene medførte innføringen av sykehusreformen større strukturelle endringer, noe som medførte mer konflikt som igjen påvirket topplederrollen. I de mindre foretakene var det større grad av geografisk spredning mellom de ulike institusjonene i foretaket. Dette gjorde at topplederrollen fortonet seg annerledes her enn i de større mer sentraliserte foretakene. Det viste seg også at de fire topplederne oppfattet og ønsket ulike ting for topplederrollen sin. Dette kan kanskje forklares med at de hadde svært ulik utdannelse og arbeidserfaring før de tok fatt på lederjobben. Det er interessant å merke seg at legeprofesjonen ble oppfattet om større, viktigere og mer styrende i de større helseforetakene enn de små. I tillegg til størrelse ser det ut til at historikken til sykehusene før sykehusreformen påvirker hvordan reformen ble tatt i mot og slik sett endringsrommet for toppleder.

**Kari Kjos Grendahl** er cand.polit fra 2005 med hovedfag fra Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen. Denne rapporten er en gjengivelse av hennes hovedfagsoppgave fra 2005 (Kjos 2005) som ble skrevet i tilknytning til ATM-prosjektet og POLIS- seminaret. Grendahl arbeider nå som Ph.D- stipendiat ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

# KAPITTEL 1: INNLEDNING

## Utgangspunkt for studien.

Sykehusinstitusjonene er noe de fleste av oss må forholde seg til flere ganger i løpet av livet. I et samfunn som det norske, har alle rett til et godt og trygt helsetilbud i statlig regi. Endringer i hvordan helsetilbudet blir organisert er derfor kilde til diskusjon ikke bare i den politiske sfære, men også blant folk generelt. Sykehusreformen som trådte i kraft den 1. januar 2002, har av mange blitt omtalt som den største reformen i norsk forvaltningshistorie. Reformen var et resultat av en relativt kort beslutningsprosess og har fått store konsekvenser for hvordan det enkelte sykehus fungerer og ikke minst for fylkeskommunen som før reformen hadde ansvar for sykehusdriften.

Reformen dreier seg i hovedsak om organisatoriske endringer, ikke endringer i helsepolitikken mål (Ot.prp. nr. 66 2000-2001: kap. 1). Sykehusreformen består av to hovedelementer, for det første en eierskapsreform som medfører at staten overtar eieransvaret for virksomhetene innenfor spesialisthelsetjenesten og overføring av hele ansvaret for spesialisthelsetjenesten til statlig sektor. Dette ønsket man gjennomført ved endringer i spesialisthelsetjenesteloven, en rekke andre lover og ved overgangsbestemmelser. Sykehusreformen var for det andre en ansvarsreform som medførte at virksomheten organiseres som helseforetak. Dette ble gjennomført ved å vedta en ny lov om helseforetak. Helseforetaksmodellen forutsetter at foretakene er fullt og helt statlig eid og at staten har det fulle økonomiske ansvaret for virksomhetene. Modellen skal hindre muligheten for at det selges eierandeler i foretakene og sikre mot at virksomhetene kan gå konkurs (Ot.prp. nr. 66 2000-2001).

I tillegg til dette har det i forbindelse med reformen også blitt gjort klare endringer i organiseringen av ledelsesfunksjonen i form av enhetlig ledelse. Dette fremkommer tydelig i i spesialisthelsetjenesteloven (§3-9) hvor det står klart at det på hvert organisatorisk nivå på sykehuset skal være en leder som har det overordnede ansvaret. Denne lederen vil ha et helhetlig ansvar, et totalansvar. Lederen kan delegere oppgaver og myndighet til å ta beslutninger, men har like fullt ansvar for det aktuelle området.

Ledelsesbegrepet er fengende og forførerisk (Strand 2001:11). I sykehusreformen legges det stor vekt på ledelse og endring av hvordan ledelsen skal fungere. I *Pasienten først!* (NOU



1997:2, kap 1) legger utvalget med mandat til å foreslå tiltak innenfor områdene ledelse og organisering som kan bedre driften i norske sykehus, stor vekt på ledelse. Ledelse ble ansett som viktig ut fra et pasientperspektiv. Ordningene som ble foreslått i forbindelse med reformen, vil kreve en ny lederrolle i sykehusene, da ledelse i sykehus i alt for liten grad har båret preg av holdninger og atferd som reflekterer kjernen i det som lederskap dreier seg om. Utvalget mente at det lederskap dreier seg om, er ”å ta ansvar for at enhetens mål og rammer er klarlagte, at det utvikles en felles erkjennelse for målene blant medarbeidere og for de resultatene som da bør skapes, at resultatene følges opp slik at man på en best mulig måte sikrer måloppnåelse og at man initierer og gjennomfører nødvendige endringsprosesser slik at man på en bedre måte kan møte pasientenes behov” (NOU 1997:2, kap 2.2.1). Utvalget bak utredningen mente at dette krever en lederatferd som klart får frem at lederen er likeverdig leder for alle medarbeiderne som inngår i den aktuelle enheten uavhengig av ulike yrkesbakgrunner (NOU 1997:2, kap. 2). I denne utredningen vektla man i hovedsak ledelse på avdelingsnivå, men nye holdninger til ledelse fra toppledelsen står også sentralt.

I kjølvannet av innføringen av sykehusreformen har det blitt iverksatt en rekke forskningsprosjekter for å evaluere og fokusere på ulike sider ved reformen og de nye foretakene. Et av prosjektene er ATM-prosjektet<sup>1</sup> ved Røkkansenteret, Universitet i Bergen. Formålet med ATM-prosjektet er å studere aktuelle reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren og gjøre komperasjoner med andre land, da spesielt de skandinaviske. Denne studien inngår i prosjektet hvor det gjøres mange ulike studier. Det gjøres flere studier av ledere på klinikknivå både ved prosjektet og ellers i kjølvannet av innføringen av enhetlig ledelse, men det er ingen som har satt fokus på topplederrollen ved de lokale helseforetakene. Jeg finner det derfor viktig og interessant å studere denne rollen som blant annet sykehusreformen setter fokus på. Med sykehusreformen har man også vist en enorm tro på ledelse og dens virkning.

---

<sup>1</sup> I studien av de aktuelle reformene brukes det ved ATM prosjektet tre begreper som utgangspunkt: Autonomi, Transparens og Management. Med autonomi siktes det til ambisjoner 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 pasienters frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjon 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 til dels motstridene og uoversiktelige” (Polis-hjemmeside).

Med innføringen av sykehusreformen ønsket man at styrings og ledelsesprinsipper fra privat sektor i større grad skulle påvirke ledelsen av de nye helseforetakene (Stigen m.fl. 2005). Topplederen må også forholde seg til en ny struktur, samtidig som det er topplederen sin oppgave å innføre den nye reformen i organisasjonen. Når jeg skal diskutere lederrollen i helseforetak, vil det være interessant å se på de spesielle forholdene ledere opplever innenfor denne typen organisasjoner som er preget av sterke profesjoner, eksperter, og som også er offentlige. Er det i det hele tatt mulig å lede denne typen organisasjon slik det forutsettes i reformen? Jeg vil se på dette elementet med utgangspunkt i diskusjonene Mintzberg gjør i *Structures in Five – designing effective organizations* (1993), hvor han skisserer forskjellene på hvilke krav og muligheter som stilles til ledere i ulike organisasjonstyper. Jeg vil også benytte meg av beskrivelsene av ekspertorganisasjoner som Strand legger fram i boken *Ledelse, organisasjon og kultur* (2001). Når jeg diskuterer hva som er det særegne med å lede innenfor det offentlige, vil dette bli diskutert blant annet med utgangspunkt i Klausens *Skulle det være noget særlig* (2001). En utdyping av dette vil komme i oppgavens teorikapittel.

Denne studien er lagt opp til å være en case-studie, hvor jeg tar for meg et utvalg av lokale helseforetak og analyserer topplerrollen ved disse foretakene. En begrensning av denne studien er at jeg tar utgangspunkt i hvordan topplederen selv oppfatter rollen sin og den strukturen vedkommende fungerer i. Jeg vil i liten grad studere hvordan andre oppfatter topplederen. Dette kan være en svakhet med opplegget, siden toppledere i stor grad er vant til å til å legge premisser og ta initiativ (Fivesdal 1990, Repstad 1993). Det kan være noen av grunnene til at det kan være problematisk å få et godt bilde av situasjonen når man intervjuer dem. Denne problematikken vil jeg diskutere ytterligere i oppgavens metodekapittel.

Med topplederen mener jeg den formelle lederen på øverste nivå i organisasjonen. Med det mener jeg administrerende direktør ved de lokale helseforetakene, ikke styrelederen. Jeg velger å se på administrerende direktør, da jeg mener det er den rollen som er mest interessant for min studie. Hvis jeg skal kunne se på om topplerrollen har forandret seg, er det også rimelig å velge å se på administrerende direktør, da det er denne rollen som best lar seg sammenligne med sykehusdirektørrollen.

## **Problemstilling og avgrensning av det empiriske studiefeltet.**

I denne studien rettes hovedfokus mot topplederen i et utvalg av lokale helseforetak. Problemstillingen for denne studien vil være todelt, for det første ønsker jeg å finne ut om:

- **Medfører innføringen av sykehusreform at topplederrollen i de lokale helseforetakene forandret seg?**

Og

- **Er en slik forandring i så fall forskjellig i de ulike foretakene?**

Med utgangspunkt i denne todelte problemstillingen ønsker jeg å undersøke om innføringen av sykehusreformen har medført en ny type av ledelse innenfor sekundærhelsetjenesten. Denne lederrollen og lederjobben har vært ansett som svært problematisk tidligere, og utskiftningen av personer i topplederstillingen har vært stor. Mintzberg mener at det knapt finnes vanskeligere lederoppgave enn det å lede helseprofesjoner, "I have long suspected that running even the most complicated corporation must be child's play compared to trying to manage almost any hospital" (Mintzberg og Glouberman 2001:82). Digmann (2003) oppfatter også ledelse av sykehuset som "det umuliges kunst". I tillegg til å undersøke om sykehusreformen har medført at lederrollen har endret seg, er det slik det kommer frem i del to av problemstillingen, interessant å se på om denne endringen har vært forskjellig i de ulike foretakene.

Selv om det er stor enighet om at topplederjobben fortøner seg problematisk, har man med sykehusreformen fremlagt en stor tro på ledelse i sykehuset. Med bakgrunn i dette synes jeg det er interessant å se på om det å være toppleder har endret seg etter reformen. Hvis så er tilfellet, er det interessant å se på eventuelle likheter og forskjeller mellom topplederrollen i ulike foretak. Dette er interessant fordi det vil få frem ulike betingelser for ledelse og topplederrollen.

Når jeg ser på topplederrollen ved helseforetakene, velger jeg å ta utgangspunkt i de rammene topplederen handler innenfor. Det vil blant annet si de politiske, økonomiske og organisatoriske rammene. Jeg vil se på hvordan topplederen forholder seg til og oppfatter disse rammene, hvilke endringer de forsøker å skape innenfor de gitte rammene og ikke minst hvilke rammer sykehusreformen har vært med på å skape for topplederrollen og organisasjonen de leder.

I undersøkelsen tar jeg sikte på å kartlegge hvilke type lederatferd toppleder utviser og hvilke forhold som bestemmer denne atferden. Jeg tar utgangspunkt i ordet ”utfordringer”. Ved å snakke med lederne om de utfordringene de møter i rollen som toppleder, vil jeg komme inn på de relasjonene de har med eksterne aktører som det regionale helseforetaket, departementet og media. Jeg vil også snakke om relasjonen med interne aktører, slik som foretakets styre og profesjonene innad ved sykehusene. Ved å benytte begrepet ”utfordringer” vil jeg kartlegge om det har kommet nye utfordringer etter innføringen av sykehusreformen og om innholdet i utfordringene som topplederrollen innenfor helsetjenestene møter, har endret seg.

Jeg har valgt å se på lokale helseforetak i den samme helseregionen, da det blant annet åpner for muligheten til å se på relasjonen mellom det regionale foretaket og det lokale. Er denne lik for foretak i samme region? Det er mulig at studien vil vise at topplederne oppfatter de samme utfordringene og møter like krav internt og eksternt, men det er ikke sikkert. Det er også mulig at topplederne velger å håndtere utfordringene på forskjellig vis. Det er mulig at jeg finner at lederrollen i de ulike lokale foretakene har forskjellig grad av autonomi, de ulike lokale helseforetakene kan også være preget av ulik grad av transparens, noe som er med på å gjøre bildet av utfordringer som møter topplederen, forskjellig. Det er også rimelig med bakgrunn i antagelser bygget på ideer om at individets subjektive fortolkninger og kognitive prosesser kan virke inn på organisasjonsatferd (Gloppen 1995:5) å anta at de ulike topplederne, er forskjellige mennesker med ulik bakgrunn og ulike evner, og at dette vil være med på å påvirke hvordan de utøver sin ledelse. Jeg finner også at det er en rimelig antagelse å regne med at topplederne står ovenfor mange krav og at de eksterne og interne kravene til dem tidvis står i konflikt med hverandre. I løpet av studieprosessen har dette blitt ytterligere aktualisert ved at to av de topplederne jeg har undersøkt, har valgt å gå fra stillingen blant annet fordi betingelsene for å utøve lederrollen har vært for problematiske med for mange krav.

I min studie ønsker jeg i første rekke å gjøre en synkron sammenligning, det vil si en sammenligning av topplederen i flere lokale helseforetak. Men for å studere de strukturelle hensynene som møter topplederne, ønsker jeg også å gjøre en diakron sammenligning hvor jeg ser på ledelsen ved helseinstitusjonene over tid. Hvordan var det før helsereformene ble innført? Møter topplederne andre utfordringer i dag? Det å gjennomføre både en diakron og en synkron sammenligning vil gjøre det mulig å si om topplederrollen har forandret seg etter

innføringen av sykehusreformen og om en slik forandring har vært forskjellig i de ulike helseforetakene.

### **Begrunnelse for problemstillingen**

Jeg vil med utgangspunkt i Furuseth og Everetts (1997:107) vitenskapelige og samfunnsmessige begrunnelse av en problemstilling, argumentere for at min studies problemstilling både er vitenskapelig og samfunnsmessig interessant.

Jeg mener det vil være vitenskapelig interessant å belyse om topplederrollen i de lokale helseforetak har forandret seg etter innføringen av sykehusreformen og om denne forandringen er forskjellig i de ulike foretakene ut fra en organisasjonsteoretisk tankegang. Dette er interessant fordi man med innføringen av sykehusreformen ønsker å skape en ny rolle for topplederne innenfor helsevesenet. Denne formen for ledelse kjenner man mer fra det private næringsliv i bedrifter som skal jobbe etter andre betingelser enn det offentlige. Men selv om topplederrollen ved de lokale helseforetakene, minner mye om topplederne i det private næringsliv, må sykehuslederne også ta hensyn til politiske føringer og styring. Politikere har gått inn og krevd endringer på enkeltsaker, noe som kan være med å gjøre topplederne i helseforetakenes hverdag vanskelig, og mulighet for langsiktig tankegang problematisk. I tillegg til aspektene med politisk makt og politiske føringer og næringslivstankegangen som har kommet inn med reformen, må ledere i helsevesenet ta hensyn til sterke profesjoner som sitter på ekspertkompetanse. Det kan derfor være problematisk å fatte beslutninger og oppnå legitimitet og makt som toppleder. Man kan slik sett se på toppledernes rolle som ledelse eller en prosess i spenningen mellom politikk, næringsliv og profesjon. Denne rollen ønsker jeg å studere ut fra ulike ledelsesperspektiver som er fundert i organisasjonsteorien, da slike perspektiver vil kunne fange opp mange av de interessante fenomenene ved denne rollen. Jeg håper også at studien kan være med på å belyse og nyansere selve ledelsesbegrepet. Jeg håper at jeg ved å studere toppledere som befinner seg i en endringsprosess som skjer i spenningen mellom politikk, næringsliv og profesjon, kan få belyst kravene som stilles fra politisk og økonomisk hold og fra profesjonene og diskutere hvordan dette fungerer i samspill.

En studie av topplederne ved de lokale helseforetakene, og eventuelle endringer i denne rollen vil også ha en praktisk nytteverdi. Studien vil være med å belyse en stor reform som i mange sammenhenger har blitt omtalt som en big-bang reform (Byrkjeflot og Neby 2004). Den kan få frem ulike konflikter som de nye strukturene har vært med på å skape. En slik studie vil

være med på å avdekke hvordan organiseringen og reformer har betydning for ledelsen. Studien vil også være med på å avdekke topplederrollen i en type organisasjon som er viktig for de fleste i samfunnet. Det er derfor viktig ut fra et demokratisk perspektiv å belyse hvordan disse institusjonene fungerer. Det er også viktig fordi denne typen institusjoner koster mye for samfunnet, og feilbehandlinger og dårlig organisering kan ha store konsekvenser for både enkeltindivider og samfunnsøkonomien. Jeg håper min studie vil kunne være med på å belyse noen av utfordringene som stilles til organiseringen og ledelsen av helseforetakene i Norge i dag etter sykehusreformen.

### **Studiens oppbygning**

Den videre fremstilling av studien er ordnet slik at jeg i kapittel to presenterer mitt teoretiske utgangspunkt. Jeg vil her diskutere hvilke særegenheter sykehuset som organisasjon har og hva det vil kunne medføre for lederrollen. Videre vil jeg presentere de teoretiske utgangspunktene jeg vil benytte meg av i min diskusjon av lederrollen. Innenfor det første perspektivet, et rasjonalistisk perspektiv, ser man ledelse sett som funksjon, hvilke ledelsesfunksjoner er essensielle i forhold til teknisk og økonomisk utvikling? Hovedfokus ligger på strukturelle aspekter. I det andre perspektivet, et konstruktivistisk perspektiv, ser man på ledelse som symbol, fokus rettes mot relasjoner og prosesser. Det viktige er hvordan dette oppfattes av de ulike personene. Til slutt vil jeg se dette i forhold til en behavioristisk tilnærming hvor jeg spør om hva det er ledere faktisk gjør? Med dette vil jeg kunne komme frem til om det er en sammenheng mellom det lederne oppfatter og sier, og det de faktisk gjør. Jeg får dermed en sjekk av materialet mitt gjennom å se på faktiske handlinger. Jeg vil i gjennomgangen av teorien vise hvordan disse tre ulike utgangspunktene viser ulike aspekter ved lederrollen. Jeg vil også fremlegge fire ulike idealtypiske former for ledelse som man kan tenke seg at topplederne kan innta.

I det tredje kapitlet vil jeg ta for meg de metodologiske valgene som ligger til grunn for denne studien. Jeg vil gi en begrunnelse for de valgene som ble foretatt, vise sammenhengen mellom mine teoretiske og metodiske valg og redegjøre for utfordringene jeg møtte underveis i dette undersøkelsesopplegget. Det fjerde kapitlet er en kort gjennomgang av hvordan sykehusene fungerte før reformen og hvordan sykehusdirektørrollen var opplagt, samt en gjennomgang av hvilke nye elementer sykehusreformen brakte på banen for toppledere i helse Norge. I det femte kapitlet vil jeg ta for meg de strukturelle betingelsene man finner innenfor de fire foretakene og diskutere hva som er viktig for lederrollen i forhold til de ulike

strukturene. I det sjette kapitlet vil jeg legge frem og reflektere rundt det empiriske materialet samlet gjennom intervju med topplederne i de ulike lokale helseforetakene. Her vil jeg diskutere funnene i lys av de to første perspektivene på ledelse. Til slutt i dette kapitlet vil jeg diskutere likheter og forskjeller mellom de ulike lederne og deres kontekst. I oppgavens syvende kapittel vil jeg legge frem dataene fra tidsstudiene av lederne, og diskutere dem i forhold til om det er sammenheng mellom det lederne sier og det de gjør og om det er forskjeller mellom lederne i hva det er de gjør som leder. I oppgavens åttende og siste kapittel vil jeg diskutere og konkludere rundt topplederrollen. Med dette ønsker jeg å kunne si noe mer generelt om topplederrollen i helse Norge etter innføringen av sykehusreformen.

## KAPITTEL 2: EN TEORETISK TILNÆRMING TIL LEDELSESBEGREPET

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for mine teoretiske valg og begrensninger dette medfører, og vise til hvordan jeg tenker å benytte teorien i analysen. Man går sjelden inn i et studiefelt uten et teoretisk rammeverk, man vil i større eller mindre grad alltid forsøke å knytte studiefenomenet opp til et perspektiv eller et begrepsapparat som gir en viss forståelse av hva man forventer å finne. Når jeg nå går gjennom mine teoretiske valg, gir jeg også den teoretiske tolkningsrammen denne studien må forstås i lys av. I tillegg til å gi en ramme for hvordan jeg velger å se empirien, vil de teoretiske perspektivene hjelpe meg å finne sammenhenger i datamaterialet og gi en orden og systematikk i data og analysefremstillingen.

Når man benytter ulike teorier, kan man gå frem på forskjellig vis. Jeg ønsker å benytte meg av en utfyllende strategi når jeg håndterer teorimangfoldet. Denne strategien er valgt, da jeg vil benytte meg av mer enn en teori. Jeg ønsker å holde teoriene fra hverandre, men jeg vil i liten grad vurdere teoriene i forhold til hverandre (Roness 1997:90) En utfyllende strategi vil hjelpe meg til å forstå og forklare mest mulig av de utfordringene topplederne møter og hvordan de forholder seg til disse. Jeg ønsker mest mulig innsikt og kan oppnå dette ved å bruke flere teorier under ett. Det trenger ikke være et problem at de ulike teoriene er motstridende, da ønsket er en bredest mulig innsikt. Denne formen for strategi er svært vanlig innenfor organisasjonslitteraturen (Roness 1997: 100-101).

Organisasjonsteorien søker å forstå og belyse hva som skjer i organisasjoner og i relasjonen mellom organisasjon og dens omgivelser. Organisasjonsteorien er utviklet med basis innenfor sosiologi og statsvitenskap, men har i økende grad blitt en disiplin som er påvirket av økonomisk tankegang og er en disiplin som i stor grad har vært bedrevet ved handelshøyskoler og lignende (Augier, March og Sullivan 2003). Når jeg nå med utgangspunkt i en organisasjonsteoretisk tilnærming ønsker å belyse en offentlig organisasjon som sykehuset, finner jeg det viktig å se på hva det er som er spesielt med nettopp denne typen av organisasjoner. Den offentlige sektor skiller seg fra den private på flere sentrale områder. Innenfor det offentlige må man ta hensyn til et bredere sett av mål og verdier. Ulike hensyn må avveies mot hverandre som demokratiske hensyn og rettsstatlige verdier. Hensynet til fellesskapet tillegges også en helt annen vekt i offentlige enn i private organisasjoner.



Ledere i offentlige organisasjoner står ansvarlig overfor borgere og velgere mer enn overfor spesielle grupper, og dette medfører en større vekt på åpenhet, innsyn, likebehandling og forutsigbarhet fra offentlige organisasjoner (Christensen, Lægreid, Roness og Røvik 2004:14). Det er med bakgrunn i dette jeg velger raskt å gjøre rede for hva som er spesielt med det offentlige før jeg videre tar for meg andre spesielle aspekter ved sykehuset som organisasjon. Jeg finner det viktig å forstå organisasjonen topplederne fungerer innenfor. Jeg ønsker å få frem hva det spesielle med ledelse i denne typen organisasjoner er, i tillegg vil jeg ved å ta opp dette også åpne for muligheten til å kunne si noe om ledelse generelt. At ledelse er forskjellig i ulike typer av organisasjoner, kommer blant annet frem i Byrkjeflot (1999). Her setter Byrkjeflot opp syv idealtypiske former for ledelse, tradisjonell ledelse, byråkratisk ledelse, legmannsledelse, faglig ledelse, forhandlingsledelse, profesjonell ledelse og kommunikativ ledelse (1999:106). Grunnlaget for hvilken ledelse som blir valgt, forutsetningene for at lederskapet aksepteres og de viktige kvalifikasjonene og verdiene som ligger bak ledelsen og leder, er ulik for de syv idealtypene. Ved å sette opp flere slike former for ledelse viser man at ledelse er forskjellig i ulike organisasjoner, men også at ledere innenfor samme typen av organisasjoner kan utforme lederrollen sin ulikt. Ved store endringsprosesser slik som en reform, kan tankene rundt hva som er viktig i forhold til lederen i en organisasjon, forandres. Ulike idealtyper for ledelse kan blant annet derfor være interessant å diskutere i den sammenhengen. Siden jeg nettopp ser på leder i organisasjoner som gjennomgår store endringsprosesser vil jeg videre i kapitlet raskt gjennomgå noen tanker rundt endring. Til slutt i kapitlet vil jeg ta for meg ledelsesbegrepet som jeg vil tilnærme meg fra tre ulike posisjoner.

### **Offentlige organisasjoner – hva kjennetegner dem?**

Den offentlige sektor tar seg av en rekke oppgaver og områder, som for eksempel helsetjenester. Det spesielle for oppgavene som det offentlige tar seg av, er at de ofte er kjennetegnet av at de er tilbud som staten ikke tjener penger på, men som er goder, som er en del av det å ha en velfungerende stat. Mange mennesker har et "hat-elsk" forhold til offentlige organisasjoner, vi er på mange måter avhengig av de tilbudene staten gir oss som borgere, samtidig føler mange at offentlige tilbud er preget av såkalte byråkratiske og tungvinte arbeidsmetoder. Men selv om forholdet til den offentlige sektor kan være blandet, kan det hevdes at alle samfunn til nå, som har hatt en viss form for varighet og intern sammenhengende kraft, har hatt en fungerende offentlig forvaltning i større eller mindre grad (Klausen 2001:20). Den offentlige sektor kjennetegnes av å ligge under en politisk styring,

noe som kanskje utgjør den største forskjellen på offentlige og private organisasjoner. Det vil blant annet si at organisasjonenes rammebetingelser endrer seg etter hvert som det politiske landskapet endres. De økonomiske betingelser er dessuten avhengig av årets statsbudsjett, og hvilke oppgaver de ulike organisasjonene skal forholde seg til og løse, er bestemt av politikerne. Det offentlige kjennetegnes også av en byråkratisk styring og regulering innenfor rettslige rammer og sist, men ikke minst, er oppgavene det offentlige tar seg av, oftest særlig komplekse og kompliserte og såkalte ”wicked problems”. Oppgavene er ofte av en slik art at de ikke kan løses, eller det er et uuttømmelig behov for penger (Klausen 2001: 104). De spesielle omstendighetene innen den offentlige sektor gjør at det kan være problematisk å utøve ledelse slik man tradisjonelt sett har tenkt ledelse, og det kan være vanskelig å utføre ledelse som noe annet enn administrasjon (Klausen 2001: 239). I analysen av lederne innenfor de ulike helseforetakene vil disse problemene bli tatt opp og diskutert. I tillegg til å se på hva som er spesielt med helseforetakene fordi de er offentlig organisasjoner, vil jeg nå diskutere hvilken organisasjonstype de kan ansees å være. Jeg har valgt å gjøre dette fordi jeg finner det viktig å forstå konteksten lederne befinner seg i.

### **Fagbyråkratiet eller ekspertorganisasjonen – hva slags ledelsesutfordring?**

At organisasjoner er forskjellig er enkelt å forstå intuitivt. Organisasjoner forholder seg til ulike omgivelser, de har forskjellige mål, ulik grad av målkonflikt, forholder seg til ulike fysiske strukturer, har forskjellig størrelse, tar i ulik grad hensyn til politiske aspekter og er bygget opp med forskjellige sosiale strukturer (Hatch 1999). I forståelsen av en organisasjon og hvordan ledelse fungerer i organisasjonen, er det viktig å forstå hvilke konsekvenser disse forskjellene medfører. Forfattere som Mintzberg (1993) og Strand (2001) har satt opp noen inndelinger av ulike organisasjonstyper for bedre å forstå hva det er som kjennetegner ulike organisasjoner og se hvilke betingelser disse kjennetegnene gir både i form av fordeler og utfordringer. Helseforetakene bærer sterkt preg av å være ekspertorganisasjoner eller fagbyråkratier. De er organisasjoner som er befolket av sterke profesjoner, noe som får betydning for forståelsen av hvordan de fungerer (Erichsen 1996). Dette vil komme tydelig frem når jeg diskuterer og analyserer dem seinere i oppgaven. Det er viktig å huske på at en faktisk organisasjon som helseforetakene, vil ha sterke trekk av en organisasjonstype, men også ha trekk med seg fra andre organisasjonstyper.

## Mintzberg – ”the professional bureaucracy”

I sin fremstilling av fagbyråkratiet tar Mintzberg for seg hva som kjennetegner denne typen organisasjon og blant annet hvilke implikasjoner dette medfører for ledelsen av organisasjonen. Fagbyråkratiet kjennetegnes av en svært desentralisert struktur både vertikalt og horisontalt. Mye av makten i organisasjonen befinner seg lavt nede i hierarkiet, og organisasjonen kjennetegnes av en mangel på demokrati, makten ligger hos ekspertene. De ulike ekspertene opererer forholdsvis autonomt, og beslutningene kan ikke etterprøves av andre som ikke er eksperter på det området. Men ekspertene som er representanter for ulike profesjoner, er styrt i forhold til hva de skal gjøre og hvilke klienter de skal ta seg av fra kodeksen som finnes innenfor ekspertgruppen eller profesjonen (Erichsen 1996). Mintzberg spør med bakgrunn i ekspertenes autonomi og makt om lederne av denne typen organisasjoner er uten makt og beslutningsmuligheter. Er det mulig å utføre ledelse i denne typen organisasjoner? Lederne av denne typen organisasjoner mangler muligheten til å kontrollere ekspertene direkte, men kan i følge Mintzberg utøve makt på ulike indirekte måter. Lederne tar seg av hvordan de formelle strukturene skal organiseres, de tar seg av mye av kontakten mellom organisasjon og omgivelser. I denne forbindelse tar de seg blant annet av å forsvare og opprettholde ekspertenes områder og maktgrunnlag. Lederne har også en viss form for makt, da ekspertene for å kunne utføre de oppgavene de ønsker som eksperter, er avhengig av administrativ hjelp i form av for eksempel samordning mellom ulike enheter eller eksperter. Mintzberg uttaler seg også om endringsprosesser i denne typen organisasjoner, og hevder at man må endre tankene og holdningene til ekspertene hvis man skal ha noen sjanse til å endre denne typen organisasjon (Mintzberg 1993). Helseforetakene bærer sterkt preg av å være et fagbyråkrati. Dette er viktig for å forstå topplederrollen og dens rammer.

### **Strands byråkrati og ekspertorganisasjon.**

Strand hevder at Mintzbergs ulike organisasjonstyper langt på vei er forenlige med den klassifikasjonen han gjør (2001:233). En byråkratisk organisasjon kjennetegnes av at det er fokus på regelhåndtering, medlemmene må kjenne disse og håndheve dem. Hvis man skal skape endringer, skjer dette ved å tilpasse regler og system, dette for å unngå feil og forstyrrelser og for å skape en likebehandling både av organisasjonens medlemmer og de som må forholde seg til organisasjonen. Store organisasjoner og offentlige organisasjoner bærer ofte preg av byråkratiske strukturer siden arbeids- og funksjonsfordelingen som er et kjennetegn på denne typen organisasjoner, er fordelaktig i store organisasjoner, og regelstyringen fremmer demokratiske og likebehandlingsverdier som står sentralt innen det

offentlige (Strand 2001). I en ekspertorganisasjon er man særlig opptatt av å levere de løsningene som omgivelsene krever eller ønsker. Man etablerer mål for prestasjoner og standarder for atferd. Organisasjonsmedlemmene kjennetegnes i stor grad av at de sitter på ekspertkompetanse innenfor ulike felter (Strand 2001). Organisasjoner som leverer spesialkompetanse innenfor et felt som for eksempel et advokatfirma eller et firma som produserer høyteknologi, vil ha sterke trekk av denne organisasjonstypen, men også offentlige organisasjoner med sterke byråkratiske trekk som universitet eller sykehus vil bære preg av denne organisasjonstypen. Strand mener i likhet med Mintzberg at ledelse innen denne typen organisasjoner kan fortone seg problematisk, da lederen grunnet fageekspertisen som er organisasjonens store ressurs, ikke kan ha oversikt over alle aspekter i organisasjonen og dens daglige drift. Det blir dermed vanskelig å gjennomføre en ”ovenfra og ned” ledelse, og ønsker man at rutiner og systemer skal endres, må dette gjennomføres ved at de ansatte deltar aktivt i prosessen. Ledere for denne typen organisasjoner peker ut retning, men kommer ingen vei uten hjelp fra dem de leder. Helseforetakene er offentlige organisasjoner som også bærer sterkt preg av det å være ekspertorganisasjoner, i forbindelse med reformen er det også organisasjoner som gjennomgår store endringsprosesser. For ytterligere å forstå konteksten som lederne arbeider innenfor, og for å utdype en av mulige utfordringer som møter dem, vil jeg nå ta for meg endring og endringsprosesser.

### **Organisasjoner i endringsprosesser**

Endringer av organisasjoner er vanskelig selv om det i arbeidslivet, organisasjoner og samfunnet generelt er en stadig økende endringstakt, og det å lede forskjellige typer av endringsarbeid blir en stadig viktigere og større utfordring for ledere på alle nivåer og i alle typer virksomhet. Reformen kan ansees som utgangspunkt for endring (Bleiklie 1996), en slik endringsprosess kan fortone seg ganske kaotisk, da det er snakk om krefter som trekker i retning av endring, og det er krefter som trekker i motsatt retning. Når man snakker om endringer i organisasjoner, dreier det seg både om strategiske endringer og endringer i organisasjonens indre struktur, kultur og arbeids – og samhandlingsprosesser. Lederes utfordring ligger på den ene siden i det faktisk å gjennomføre endringsarbeidet slik at medarbeiderne mestrer de nye kravene og relasjonene og at nye utfordringer innenfor kompetanse og mestringsevne blir oppfylt uten at dette har gått utover trivsel, helse, velvære og verdighet for de ansatte. På den andre siden er det en stor utfordring for leder å skape endringsvilje og evne hos de ansatte og klare å utvikle motiverende og realistiske fremtidsbilder. Ledere må også stimulere til kreativitet og engasjement og medansvar og

kunne bygge endringer inn i en mer stabil struktur og et mer stabilt handlingsmønster. Endringsbegrepet og begreper om endringsledelse har blitt særlig aktualisert og populært den seinere tid, men tanker rundt dette er ingen nyhet innen organisasjonsteorien. En av de tidligste prosessteoriene om endring ble utformet av Lewin (1951) med hans ”kraftfeltmodell”. Her ser man på forandring som et resultat av dynamikken mellom motsatte krefter, de som driver forandring, og de som motsetter seg forandring. Forandringsarbeid består da i enten å forsterke forandringskreftene eller svekke motstandskreftene eller begge deler. Lewin delte forandringsprosessen inn i tre deler: *Unfreezing*, *changing* og *refreezing*. I den første fasen stiller organisasjonsmedlemmene spørsmål ved det vante og erkjenner forbedringsbehov. I den andre fasen defineres, velges og prøves nye løsninger ved å gjøre nye ting eller gjøre tingene på nye måter. Når de nye løsningene gir ønskede resultater, går en over i en tredje fase hvor det som er nytt, blir bygd inn i relativt stabile strukturer, prosedyrer og samhandlingsmønstre. Et viktig poeng hos Lewin er at reell forandring forutsetter at man gjennomgår alle tre fasene i riktig rekkefølge.

I virkeligheten skjer nok ikke mange forandringsprosesser i organisasjoner så skjematisk og oversiktlig som modellen beskriver. Men modellen påpeker det sentrale i forhold til min studie, at ledere må være i stand til enten å redusere motkrefter eller forsterke drivkreftene for endring. Lewins modell kan også utvides og raffineres ved å påpeke at forholdene mellom drivkrefter og motkrefter kan sees som et kontinuum, en skala med flere punkter og ikke bare som motpoler. For å skape en situasjon hvor man kan gjennomføre endring, må ledelsen klare å bevege organisasjonen over i en ”nøytral sone” eller i en situasjon hvor man ønsker endring. Lederen må være med å endre oppfattelsen til organisasjonsmedlemmene hvis endring skal være mulig. Undersøkelser viser nemlig klart at en viss grad av aksept og engasjement må til for å få til endring og at sannsynligheten for å få til endring er størst om man evner å skape begeistring for endringsideen (Iversen 1996). Spørsmålet for lederen blir da hvordan og om man i det hele tatt klarer å skape oppslutning for endringsplanen. Man kan ha ulike syn på lederens rolle i endringsprosessen slik teori E og teori O om endring viser. I teori E om endring anser man hensikten med endring å maksimere den økonomiske verdien i og for organisasjonen, man mener at man må fokusere på strukturer og systemer i organisasjonen for å skape endring, og planene for hvordan endringene skal gjennomføres bærer preg av å følge et allerede forutbestemt program. Lederen er sentral innen denne tankegangen omkring organisasjonsendring, da endringen styres ovenfra og ned etter en “top down” tankegang (Beer og Nohria 2000). Til forskjell fra teori E er tankegangen bak teori O om

organisasjonsendring at hensikten med endring ligger i å utvikle organisasjonen. For å skape denne endringen må man legge fokus på kulturen i organisasjonen, og endringene skjer etter hvert som man utvikler seg og følger dermed ikke et fastlagt program. I teori O er lederen viktig, men endringene skjer ikke ovenfra og ned. Organisasjonen endres ved at organisasjonsmedlemmene er med på prosessen og skaper endring. Leder viser slik sett ikke veien på samme måten som man tenker seg i teori E (Beer og Nohria 2000). Tanker rundt hvordan endringsprosesser finner sted og hva som motiverer dem, kan være forskjellig. Det er også rimelig å anta at endringsprosesser varierer etter hva slags endring det er snakk om, hvilket omfang av endring man ønsker og i hvilken kontekst endringen utspiller seg. Å endre en mindre frivillig organisasjon uten en fastlåst kultur eller sosial struktur vil være svært forskjellig fra det å skulle endre en stor, eldre byråkratisk organisasjon med stor grad av arbeids- og funksjonsfordeling og en lang organisasjonskultur som blant annet har satt spor i både fysisk så vel som sosial struktur. Det kan være interessant å se på om topplederne i de ulike lokale helseforetakene tilnærmer seg endringsspørsmålene på forskjellige måter og om de to ulike endringstankene for en leder som teori E og O viser kan ha en forklaringskraft i forhold til dette.

Jeg har nå gått gjennom noen aspekter av hva det vil si at jeg tar for meg en offentlig ekspertorganisasjon i en endringsprosess. Jeg finner denne gjennomgangen viktig å gjøre da det er i lys av denne tankegangen jeg tolker de empiriske resultatene av undersøkelsen. Etter å ha sett på konteksten som lederne fungerer innenfor, vil jeg nå ta for meg de to perspektivene på ledelse som jeg ønsker å benytte meg av.

### **Et rasjonalistisk perspektiv på ledelse**

Innenfor det rasjonalistiske perspektivet på ledelse er hovedspørsmålene man stiller: Hva er ledelse, og hvilke ledelsesfunksjoner er essensielle i forhold til økonomisk utvikling? I dette perspektivet blir mikronivåatferden til ledere relatert til de strukturelle og funksjonelle forutsetningene for styring (Byrkjeflot 2002). Organisasjonens struktur og betingelsene denne setter, blir dermed viktig for hvordan lederen kan utføre ledelse og hvilke krav som stilles til lederen. Skal man forstå lederrollen ut fra dette perspektivet, må man forstå den strukturen lederen fungerer innenfor. Det er strukturen som styrer hvordan man kan lede. Forskjellige strukturer vil derfor medføre ulike former for ledelse. Ledelse sees på mange måter som March sin beskrivelse av leder som lyspære (1995:40), personen som fyller lederrollen er ikke interessant. Det er viktig å ha en leder, på samme måte som man trenger en lyspære for å få

lys, men om man skifter ut lederen eller lyspæren spiller dette ingen rolle. Det er strukturen som er det interessante.

Når jeg ser på flere lokale helseforetak i denne studien ut fra dette perspektivet, vil foretakenes forskjellige strukturer og funksjonelle forutsetninger medføre at lederne opptrer ulikt. Forklaringen bak lederatferd er dermed de strukturelle aspektene ved en organisasjon. Et viktig moment her blir slik det kom frem i Mintzbergs profesjonelle byråkrati og Strands ekspertorganisasjon de sterke profesjonene vi finner innenfor helsevesenet. Profesjonene stiller krav og kommer med forventninger til toppledelsen og ut fra tankegangen til Mintzberg og Strand bør organisasjonen struktureres og ledes med tanke på dette. Selv om hovedfokus i dette perspektivet ligger på strukturen, er man opptatt av lederens atferd. Man vil se på om lederens atferd er rasjonell i forhold til de strukturelle betingelsene lederen operer innenfor. Ulike strukturer bør med andre ord medføre ulike former for lederatferd.

Denne tankegangen kjenner vi fra blant annet Taylor som etter det nittende århundreskiftet begynte å systematisere læren om vitenskapelig ledelse, såkalt scientific management, etter å ha slått fast at det var store gevinster å hente på å få ned arbeidsstyrken og systematisere arbeidsprosessen. Grunnlaget for denne kunnskapen var nøyaktige studier av tid og energiforbruk av forskjellige elementer i manuelle arbeidsprosesser. Taylors prinsipper for ledelse var at denne skulle være aktiv i forhold til å forsikre at oppgavene ble utført i samsvar med prinsippene om effektivitet. Ledelsen skulle gjøre det den var mest skikket for, og arbeidere skulle ikke legge seg opp i eller ha ansvar for å analysere og planlegge arbeidet (Strand 2001:46). Innenfor en organisasjon som sykehusene vil dette medføre at de ulike profesjonene skal utføre sin ekspertkunnskap, mens ledelsen skal tilrettelegge for at dette kan skje så effektivt som mulig.

Fayols teori som er et annet typisk eksempel på dette perspektivet på ledelse, er en del av den såkalte administrasjonsskolen. Denne retningen fikk sitt uttrykk ved at praktikere samlet sine erfaringer og generaliserte dem til ulike prinsipper. Disse prinsippene omhandlet hvordan man burde organisere virksomheter og hvilke aktiviteter ledelsen skulle utøve. Fayols utsagn om hva ledelsesoppgaver består i, ble i 1937 oppsummert i forkortelsen POSDCORB som står for planlegging, organisering, bemanning, dirigering, koordinering, rekruttering og budsjettering. Oppsummeringen ble gjort av Urwick som var leder for International Management Institute i Geneve og hans kollega Gulick, etter at Fayols verker ble utgitt på engelsk. I sitt syn på

ledelse la Fayol vekt på enhetlig organisering, klar autoritet, struktur og fysisk orden (Strand 2001, Tengblad 2000). Ledelse innenfor et sykehus blir dermed å skape en enhetlig organisering for de ansatte, selv ha en klar autoritet og forme en struktur og en fysisk orden som fungerer i forhold til organisasjonens oppgaver.

Fremstillingene av tankene til Taylor og Fayol viser at det innen dette perspektivet er hovedfokus på effektivisering i økonomiske termer og hva som er teknisk effektivt, og hvordan dette skal oppnås, er universelle spørsmål. Innen dette perspektivet er det fokusert på en "top-down" tilnærming til relasjonen mellom leder og følger. Lederen skal styre, og et viktig redskap i denne forbindelse er utforming av organisasjonsstruktur. Et illustrerende eksempel på en tankegang hvor struktur er meget sentralt, er Max Webers fremstilling av idealbyråkratiet (Weber 1990). Weber legger stor vekt på å forklare hvordan den formelle strukturen styrer organisasjonsatferden i en bestemt retning. Rollene og rollerelasjonene i organisasjonen er nøyaktig beskrevet og spesifisert, uavhengig av trekkene ved individene som er ansatt i organisasjonen. Dette gir en forutsigbarhet og trygghet både for ansatte og ledere, men et slikt system vil være svært begrenset av den formelle strukturen med få muligheter til å foreta subjektive fortolkninger og handlinger utover det som er beskrevet og definert av strukturen (Gammelsæter og Strand 1989). En tankegang hvor strukturen er så sentral som innenfor det rasjonalistiske perspektivet, medfører at lederrollen må forstås ut fra dette. Mulighetene man har innenfor lederrollen, er et resultat av strukturen rundt lederen. Ut fra denne tankegangen kan man stille opp to hypoteser hva gjelder topplederrollen i de ulike lokale helseforetakene. For det første må topplederrollen være endret etter reformen hvis det har blitt en ny struktur. For det andre vil topplederrollen være forskjellig i de ulike foretakene siden foretakene har ulike strukturelle betingelser.

### **Et konstruktivistisk perspektiv på ledelse**

Innenfor det rasjonelle perspektivet er det lederen som står i hovedfokus, mens innenfor det konstruktivistiske perspektivet blir spørsmål om hva ledelse er, spørsmål om prosesser og relasjoner. Skal man forstå leder og lederatferd ut fra dette perspektivet, må man forstå relasjonen leder har med sine følgere og andre i omgivelsene. Man anser ikke at det finnes en beste måte å lede på, og forståelsen av logikken for det passende fra nyinstitusjonalismen er sentral (March og Olsen 1995:7). Dette perspektivet er fenomenologisk og tar for seg ledelse som idé, man har ikke en gitt forståelse av hvem det er som er leder. Teoretikere som Meyer og Rowan argumenterer for at omgivelsesskapte myter blir brukt til å konstruere ledelse i



organisasjonen, mens Weick er opptatt av hvordan organisasjoner skaper seg selv gjennom å skape sine omgivelser (Byrkjeflot 2002). Man kan som Pfeffer (1977), argumentere for at ledere først og fremst har en symbolsk betydning, og at ledelse slik sett er en meningsskapende funksjon. Dette perspektivet kan sees som en kritikk mot rasjonell teori, siden man i dette perspektivet benytter andre tolkninger av organisasjoner og ledelse og andre årsaksmodeller enn de rasjonelle årsak –virkning modellene.

Innenfor dette perspektivet er ikke det viktigste med en hendelse hva som skjedde, men hva denne hendelsen betyr. En hendelse blir ikke en hendelse før de som berøres av den legger et slikt meningsinnhold i det gitte hendelsesforløpet. Beslutningen blir da en beslutning når de involverte tilslutter seg til beslutningen. Slik sett kan man spørre seg om det har vært en sykehusreform før de som berøres av reformen har oppfattet at det har skjedd en endring. Og det mest interessante med sykehusreformen vil i så fall være hvordan de berørte oppfatter og tolker denne endringen.

I og med at man innenfor dette perspektivet fokuserer på hva hendelser og prosesser betyr, medfører det at man er opptatt av å finne ut hva ledelse er for noe, ikke bare hva ledere gjør. Den samme hendelsen kan bli fortolket ulikt i ulike sammenhenger. Og den samme hendelsen eller tegnet kan ha ulik mening for ulike mennesker, fordi vi har ulike referanserammer som vi tolker etter. Ulike profesjonsgrupper kan dermed oppfatte ledere på ulike vis og relasjonene mellom profesjonsgrupper og mellom toppleder og profesjonen kan oppfattes forskjellig. Ledere i to ulike helseforetak kan med andre ord utføre den samme handlingen, men den kan bli oppfattet svært ulikt, fordi det er forskjellige referanserammer innenfor de ulike organisasjonene. Når man ser på en lederrolle ut fra dette perspektivet, vil man fokusere på hva atferden til lederen betyr og symboliserer, mer enn hva det er han/hun faktisk gjør. Og i motsetning til det rasjonelle perspektivet hvor lederen er mer som en "lyspære", er det her interessant å se på hvem lederen er, siden dette er med på å påvirke hvordan lederen oppfatter rollen sin og blir oppfattet av andre. Innen dette perspektivet ser man organisasjoner som noenlunde stabile, men tolkningskonteksten til organisasjonen kan være tvetydig. Man er opptatt av hvilke forventinger omgivelsene stiller til organisasjonen og ledelsen. De fleste hendelser og prosesser i organisasjoner er flertydige og usikre, og det er ofte vanskelig å vite hva som skjedde, hvorfor eller hva det vil medføre i fremtiden. Det kan være viktigere å se på hva hendelsene og prosessene i organisasjoner uttrykker, enn det er å se på hvilke resultater

de gir. Det blir derfor viktig å spørre topplederne om hvordan de oppfatter topplederrollen, ikke bare gjøre slutninger omkring dette ut fra skriftlige planer.

Ledere er i seg selv sterke symboler i organisasjoner og organisasjonsmedlemmene bruker lederne og deres egenskaper og gjerninger som tegn. De har også i større grad enn andre i organisasjonen tilgang og kontroll med ulike symboler. Ledere utøver sin gjerning med kjente symboler som tall og mål (Strand 2001:170).

Skal man sette opp noen hypoteser ut fra dette perspektivet, kan man anta at ledernes ulike identiteter og rolleforståelser vil være med å påvirke deres oppfattelse av lederrollen og andres oppfattelse av dem som leder. Man kan også tenke seg at måten lederrollen blir forstått av organisasjonen og dens omgivelser vil være et resultat blant annet av historikk.

### **En behavioristisk tilnærming**

I tillegg til å belyse topplederrollen gjennom et rasjonalistisk og et konstruktivistisk perspektiv er det interessant å se på hva det er topplederne faktisk gjør. Ved å se på hva det er lederne benytter tiden sin til, vil man kunne se om det er en sammenheng mellom det jeg finner ved hjelp av å benytte de to teoretiske perspektivene og de metodene dette krever, og det som lederne faktisk gjør. Med denne tilnærmingen vil jeg kunne kontrollere materiale og konklusjonene jeg kommer frem til ved hjelp av det rasjonelle og det konstruktivistiske perspektivet. Dette er en anerkjent metode innenfor ledelsesforskningen og var et gjennombrudd i forhold til bedre å forstå hva ledelse er. Innenfor denne tradisjonen ønsker man å finne ut hva ledere gjør for å forstå hva ledelse er og hva dette går ut på. Man har ikke en tanke om å effektivisere slik man har innen det rasjonalistiske perspektivet, siden dette er en kritikk mot at det finnes en beste form for ledelse. Man spør kun om hva lederen faktisk gjør, man spør ikke hvorfor de gjør det de gjør, eller hva atferden kan forstås som, slik man gjør innenfor det konstruktivistiske perspektivet. Fokus innenfor denne tilnærmingen er personen som fyller lederrollen, man fokuserer på lederposisjonen og selve ledelsesarbeidet. Ledelse blir tatt for gitt fordi man vet hvem det er som er leder. Når man studerer topplederrollen i lokale helseforetak ut fra denne tilnærmingen, ser man altså på hva det er lederne faktisk gjør med tiden sin, ikke hvorfor han/hun handler slik de gjør (Byrkjeflot 2002).

En av de første til å benytte denne tilnærmingen til ledelsesforskning var Sune Carlson (1951). Han benyttet seg av standardiserte former for å måle arbeidsatferd og foretok en viss grad av strukturert observasjon av ledere, selv om det for det meste var lederne selv som noterte i dagbokformat hva de tok seg til. I hans originale arbeid fra 1951 medførte de fire ukene med observasjon av åtte ledere, 555 former for dagboknotater, en type for hver aktivitet (Carlson 1951). Disse ulike aktivitetene som dagboknotatene ga uttrykk for, lar seg oversette til Mintzbergs klassifikasjoner som kom i 1973, selv om Carlson benyttet en annen form for terminologi (Tengblad 2004:7-8).

Mintzberg gjennomførte grundige og systematiske observasjoner av lederens typiske gjøremål og laget et skille mellom tre hovedkategorier av ledelsesarbeid. Mintzberg gjennomførte disse observasjonene i likhet med Carlson, for å finne ut hva er det ledere gjør. Han søkte å finne ut hva ledelse innebærer ved å spørre ledere om hva det er de gjør. Den første kategorien av lederarbeid Mintzberg kom frem til, er leders informasjonsfunksjon, som består i blant annet å overvåke, det vil si erverve og formidle informasjon som er viktig for gruppen og virksomhetens arbeid. For denne funksjonen er lederens nettverk og hans evne til å betjene dette nettverket særlig viktig. Informasjonsfunksjonen dreier seg også om å formidle nøkkelinformasjon til nøkkelpersoner, dette blir omtalt som utbredelse. I tillegg til utbredelsesrollen består denne funksjonen i å være talsmann, det vil si gi informasjon om gruppen og gruppens arbeid til andre arbeidsenheter og orientere om aktuelle personer utenfor organisasjonen. Den andre kategorien som gjelder beslutninger, dreier seg om det å ta initiativ til forandring og forbedringer av gruppens arbeid, være en god problemløser og ha evnen til å løse konflikter og tvister. Det er også viktig at man har evne til å forutse truende situasjoner i organisasjonen eller omgivelsene som kan bli til alvorlige problemer. Den tredje og siste kategorien av typiske gjøremål for en leder, er knyttet til såkalte samhandlingsoppgaver slik som det å være gruppens gallionsfigur utad, å være et bindeledd i forhold til gruppen eller organisasjonen han er leder for og omgivelsene og sist, men ikke minst, utføre et lederskap (Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann 2001:34-36). De ulike kategoriene til Mintzberg og alle aktivitetene Carlsons studieobjekt kunne rapportere om, viser mangfoldet og kompleksiteten i lederrollen. Det viser også at denne formen for datainnsamling er tidkrevende og medfører at lederne selv må være svært innstilte på å la en forsker komme tett innpå dem.

Steffan Tengblad ønsket å se på om samfunnsutviklingen og teknologiske fremskritt har ført til at lederatferden har endret seg. Han gjorde dette ved å replikere Carlsons arbeid femti år

seinere og sammenligner også sine studier med det Mintzberg gjorde i 1973 (Tengblad 2002, 2004). I sin studie finner Tengblad at ledere i dag har større fokus på sine medarbeidere og det å delegere oppgaver til ulike grupper. Dagens ledere benytter seg i større grad av kommunikasjon via telefon og e-post enn hva som var vanlig tidligere. Lederne er også i større grad på reisefot enn hva de var før, og når de reiser, fortsetter de arbeidet ved hjelp av bærbar pc og mobiltelefon. Tengblad finner altså at lederes atferd har endret seg med bakgrunn i teknologiske fremskritt, men lederes atferd har også endret seg som en følge av samfunnsutviklingen som kan være en av forklaringene på at ledere i dag, i større grad delegerer oppgaver til sine underordnede (Tengblad 2002, 2004). Vil tidsstudier av topplederne i de lokale helseforetakene vise den samme tendensen som Tengblad fikk frem?

Det er problematisk å sette opp noen klare hypoteser ut fra denne tilnærmingen. Jeg velger å benytte denne tilnærmingen for å få et bilde av om funnene som kommer frem ved hjelp av de to ledelsesperspektivene stemmer overens med det som topplederne faktisk gjør. Det er også interessant å se på om det at helseforetakene er en del av det offentlige vil være med på å gjøre slik at lederne bruker noe tid på politiske aspekter, noe som var minimalt for lederne som ble observert av Mintzberg og Tengblad, innenfor private organisasjoner.

### **Ulike idealtypiske former for ledelse**

Som fremleggingen av perspektivene viser, kan man ha ulikt fokus på hva som er viktig når man studerer ledelse. Med bakgrunn i dette og tankegangen bak Byrkjeflot sine syv idealtypiske former for ledelse, har jeg utarbeidet fire ulike idealtypiske former for ledelse som jeg vil diskutere topplederne opp i mot. Det at det er idealtypiske former for ledelse gjør at man ikke vil finne ledere som faktisk innehar en av rollene. En leder vil ha trekk fra flere av rollene. Hensikten med de ulike formene for ledelse er ikke å plassere de ulike lederne i studien i bås, men bedre å forstå forskjellene dem i mellom. En idealtypisk form for ledelse kan være administratoren. Administratoren strukturerer organisasjonen og relasjonene i organisasjonen, i henhold til en byråkratisk tankegang. Han vil søke å systematisere og delegere ansvar og baserer sin legitimitet som leder på denne skikkeligheten, og en rasjonallegal tankegang som man kjenner fra byråkratiteorien. Denne lederrollen stemmer godt overens med tankegangen fra det rasjonalistiske perspektivet som setter hovedfokus på struktur og effektivitet, ikke på person og forståelse. Denne rollen er svært lik Byrkjeflot sin lederform "byråkratisk ledelse"(1999:106). En annen idealtypisk form for ledelse topplederen kan ha, er politikeren. Politikeren har likhetstrekk med administratoren, men er i større grad

fokusert på legitimitet også fra brukerne av foretaket og styringsleddet over. Han vil bruke karismatiske egenskaper i sin utøvelse av ledelse, og vil være med på å forme endringsprosessene foretaket går igjennom. Denne formen for ledelse vil søke legitimitet gjennom støtte og oppslutning for det han tar seg til, både internt i organisasjonen og eksternt. Denne formen for ledelse har likhetstrekk med forhandlingslederen hos Byrkjeflot (1999:106). Forhandlingslederen sin viktigste kvalifikasjon er strategiske evner. Videre kan topplederrollen gi seg uttrykk i en idealtypisk form for ledelse i form av næringslivsledelse. Denne formen for ledelse vil i likhet med politikerrollen benytte seg av karismatiske elementer og er opptatt av oppslutning og engasjement. Men næringslivslederen har også sterk fokus på økonomi og økonomisk effektivitet og baserer sin legitimitet på dette. Denne lederformen har likhetstrekk med Byrkjeflot sin profesjonelle ledelse (1999:106), siden hovedfokus her er å ivareta organisasjonen på en profesjonell måte og videreutvikle den. Til slutt kan man i en organisasjon som et helseforetak, se for seg en idealtypisk form for ledelse basert på "overlegen". Denne formen for ledelse er basert på fagkunnskapene til legen, og det er fagkunnskapen og tilknytningen til dette som er viktig for beslutningene som tas. Det er også denne kunnskapen som er kilden til legitimitet for denne lederrollen. "Overlegen" er som faglederen hos Byrkjeflot (1999:106). Han er valgt fordi han er faglig kyndig og vil være lojal mot faget sitt og det faglige kollegium. Ser man de ulike idealtypiske formene for ledelse i forhold til Mintzberg sine ulike kategorier av hva det er ledere gjør, kan man tenke seg at de ulike lederne vektlegger og forstår disse kategoriene forskjellig. Jeg kan tenke meg at administratoren i stor grad er fokusert på informasjonsfunksjonen innenfor de nettverkene han ser som sentrale og i mindre grad fokuserer på å ta initiativ til forandring, løse konflikter og sist, men ikke minst, er ikke denne formen for leder så fokusert på samhandling og det å være en gallionsfigur. Politikerens er derimot i større grad opptatt av å ta initiativ til forandring, og rollen som gallionsfigur for organisasjonen er sentral. Han vil også være opptatt av informasjonsfunksjonen, men på en mer strategisk måte enn administratoren. Næringslivslederen vil ha likhetstrekk med politikerens i forhold til Mintzbergs ulike kategorier, men vil i mindre grad være fokusert på ulike verdier i forhold til lederskap og i større grad være opptatt av økonomiske spørsmål. Man kan også tenke seg at næringslivslederen har andre nettverk han ønsker å benytte i sitt informasjonsarbeid enn det politikerens gjør. "Overlegen" skiller seg ut med at han er gallionsfigur for en faggruppe mer enn for en organisasjon. Når han vil fremme endring, er det på premissene til faggruppen, det er også her han henter sin informasjon. Ser man de ulike idealtypiske formene for ledelse ut fra de to perspektivene på ledelse, kan man tenke seg at man innenfor en rasjonalistisk

tankegang vil tenke at det er strukturene som bestemmer hvilken type leder man bør velge, og hvilke type leder man kan være. Innenfor den konstruktivistiske tankegangen kan man tenke at lederen selv, blant annet med årsak i hans bakgrunn, og hans omgivelser er med i et samspill og skaper den rollen han innehar. I en behavioristisk tilnærming hvor man ser på hva det er lederne faktisk gjør, vil man kunne avdekke i hvilken grad det er samsvar mellom lederform og handling, og hvordan lederen faktisk utfører jobben sin.

### **Hvorfor og hvordan vil jeg bruke perspektivene i min studie?**

Jeg har valgt en utfyllende strategi når jeg benytter teori, det betyr at jeg ikke skal sette de tre tilnærmingene til ledelse opp mot hverandre, men benytte alle i felleskap, siden jeg mener at de alle får frem viktige sider ved ledelse og endringene som eventuelt har funnet sted for topplederen. Perspektivene vil i tillegg til å kunne forklare og belyse ulike aspekter av ledernes handlinger og tanker rundt de utfordringene som møter dem, og vise til ulike utfordringer siden teoretiske perspektiver er en særskilt måte å se på et fenomen eller forklaring (Roness 1997:14).

Selv om teoriene innenfor det rasjonalistiske perspektivet har fått hard kritikk fra akademisk hold, har denne tenkningen hatt større livskraft og mer gjennomslag enn kanskje noen annen sammenhengende måte å tenke ledelse og organisasjon på (Strand 2001:47). Noen hevder at mye av kritikken ligger i misforståelser av tankene bak Taylor og Fayols arbeider (Tengblad 2000), mens blant annet Simon har kritisert denne tankegangen for å være uvitenskapelig og selvmotsigende (Simon 1947). Webers fremstilling av byråkratiet er også svært sentral innen organisasjonsteorien, og den strukturelle utformingen av store offentlige organisasjoner som helseforetakene er eksempler på, har i stor grad blitt til i lys av denne tankegangen. Jeg synes det med bakgrunn i dette vil være interessant å se på topplederne ved de lokale helseforetakene i lys av disse teoriene. Jeg vil bruke dette perspektivet til å se på hva topplederne tenker er ledelse, og hvilke funksjoner ved lederjobben deres som er viktig for at helseforetaket skal fungere i forhold til de økonomiske forventningene som ligger til grunn etter sykehusreformen. Dette perspektivet vil hjelpe meg til å sette fokus på hvordan lederne forholder seg til strukturen i sin oppfattelse av utfordringene som møter dem, men også vise hvordan denne strukturen er med på å forme problemer.

I tillegg til å se på strukturelle hensyn slik man gjør innenfor et rasjonalistisk perspektiv synes jeg det er nyttig å se på symbolikken som ligger bak handlingene, slik man gjør innenfor et

konstruktivistisk perspektiv. Dette medfører at to toppledere i to ulike lokale helseforetak kan gjøre det samme, men det de gjør, kan oppfattes på ulikt vis, fordi de opererer i ulike kontekster. Det er interessant å benytte dette perspektivet, fordi jeg søker å belyse hvordan topplederne oppfatter de utfordringene som skapes av interne og eksterne krav. Når jeg ser på hvordan noen oppfatter noe, ser jeg på hvordan dette forstås eller oppleves av den det gjelder og de rundt ham eller henne. Når jeg søker å belyse dette, blir det sentralt å se på symboler i organisasjonen og hos lederen, og tolkningskonteksten lederen befinner seg i. Men selv om jeg benytter dette perspektivet, vil jeg kun se det ut fra leders oppfattelse av hvordan handlingene forstås av omgivelsene. Da denne studien vil begrense seg til intervjuer av lederne og ikke av andre ansatte i organisasjonen, noe som vil bli ytterligere diskutert i oppgavens metodedel, vil jeg miste noen av dimensjonene dette perspektivet kunne ha gitt meg. Jeg har likevel valgt å benytte dette perspektivet når jeg skal analysere datamaterialet, da jeg mener at symbolske aspekter er viktig i en forståelse av ledelse og interaksjon mellom organisasjonsmedlemmer. Det er også interessant å se på hvordan lederens identitet og rolleforståelse er med på å skape lederrollen. Ved å benytte dette perspektivet er det mulig å se på om ledernes ulike identiteter er en del av forklaringen til hvorfor de eventuelt oppfatter utfordringene forskjellig.

Ved å benytte det rasjonelle og det konstruktivistiske perspektivet får jeg belyst både strukturelle og individuelle aspekter som kan belyse om toppledernes oppfattelse er forandret etter endringene med sykehusreformen og om det er forskjell mellom de ulike topplederne. Den behavioristiske tilnærmingen vil ikke gi meg noen mulighet til å se på om det er forskjell i hva topplederne gjør nå og hva de gjorde før, siden jeg ikke har data fra tidligere. Men denne tilnærmingen vil være nyttig for å se på om topplederne i de ulike foretakene benytter tiden sin forskjellig og om det er sammenheng mellom det de sier at de legger vekt på og det de faktisk gjør. Jeg mener det er viktig å benytte alle tilnærmingene i forståelsen av om og eventuelt hvordan, topplederrollen har endret seg. Når jeg ser på de ulike idealtypiske formene for ledelse som jeg har stilt opp, er det mulig at lederformene vil oppfattes ulikt alt etter som hvilket perspektiv jeg benytter meg av. Fokuset innenfor de tre tilnærmingene er forskjellig, og de krever derfor ulike metodologiske tilnærmelser. Jeg vil i det neste kapitlet redegjøre for de metodiske valgene jeg har gjort i studien og vise sammenhengen mellom den teoretiske og metodologiske tilnærmingen.

## KAPITTEL 3: DEN METODOLOGISKE TILNÆRMINGEN TIL STUDIEN

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for mine metodologiske valg og de metodiske problemene som er knyttet til arbeidet med denne studien. Da studien min er en casestudie vil jeg først gjøre rede for hva som kjennetegner en casestudie som en metodisk undersøkelsesstrategi. Jeg vil diskutere valg av case for denne studien og diskutere hvorfor jeg har valgt å anonymisere kildene mine. Videre vil jeg gjøre rede for hvorfor jeg i all hovedsak har valgt en kvalitativ strategi og vise til hvilke ulike metodiske tilnæringer jeg har benyttet meg av i studien. Jeg vil i denne forbindelse gjøre rede for hvordan jeg praktisk gikk frem og hvilke problemer jeg støtte på.

### Case studie som metode

Casestudien er en meget utbredt undersøkelsesstrategi innenfor organisasjonsforskningen. Mange av organisasjonsstudiene som har gått inn i historien som klassikere har vært utformet som casestudier (Mayo 1945, Chandler 1962). Selv om casestudien er en vanlig anvendt metode innenfor en rekke akademiske disipliner, er det få som har gjort forsøk på å avgrense metoden i forhold til andre metodestrategier. Ragin og Becker (1992) diskuterer casebegrepet og kommer frem til ulike forståelser og tilnæringer til begrepet. I følge Yin (1981:58) har det oppstått en del misforståelser når det gjelder oppfattelsen av hva som spesielt kjennetegner casestudier. Casestudien er blitt sett på som utelukkende å benytte kvalitative data som kildemateriale. Casestudie kan gjøre bruk av kvalitative så vel som kvantitative data i dokumentasjonsmaterialet. Disse to datatypene kan også kombineres innenfor ett og samme analyseopplegg. Mange har også den oppfattelse at casestudien bruker en bestemt type innsamlingsmetode, en oppfattelse om at enhver casestudie er et resultat av etnografiske tilnæringer eller deltakende observasjon. Yin påpeker at dette er en utbredt, men feilaktig oppfattelse (Yin 1981:59). En rekke casestudier er blitt utført uten å benytte denne typen innsamlingsmetoder.

Yin (1989:13) har forsøkt å trekke en avgrensning til begrepet casestudie og hevder at casestudien representerer en spesiell form for undersøkelsesstrategi som skiller seg vesentlig fra andre typer av metoder. For å skille ut casestudien gir han følgende definisjon:



”A case study is an empirical inquiry that: Investigates a contemporary phenomenon within its real-life context; when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident; and in which multiple sources of evidence are used.” (Yin 1989:23).

Her understreker Yin casestudien som en analyse av et samtidig fenomen innenfor det virkelige livs rammer, der grensene mellom fenomenet og sammenhengen det inngår i er uklare, og det benyttes flere informasjonskilder for å belyse fenomenet. Ut fra denne definisjonen mener jeg det er klart at casestudien har trekk som er vesentlig forskjellig fra andre metoder som det er vanlig å benytte innenfor samfunnsforskningen. I en eksperimentundersøkelse er det for eksempel vanlig å atskille studiefenomenet fra sin virkelige kontekst. I en historisk analyse benytter man seg av fenomener fra fortiden og ikke nåtidige eller eksisterende fenomener. En surveyundersøkelse vil kunne se på forholdet mellom et fenomen og dens kontekst, men en slik metode vil ha begrensede muligheter til å få data om konteksten på grunn av metodens formaliserte og strukturerte utgangspunkt (Yin 1989).

Min studie av toppledere i lokale helseforetak er utformet som en casestudie i Yins forstand. Caset jeg skal studere, er topplederrollen innenfor helseforetakene etter innføringen av sykehusreformen med fokus på om og hvordan denne rollen har endret seg. Jeg har tatt for meg topplederne som innehadde rollen i det jeg startet arbeidet med studien, noe som gir casestudien et preg av samtidighet.

### **Valg av case for studien**

Jeg ønsker som tidligere nevnt, å belyse hvordan topplederne oppfatter utfordringene knyttet til lederrollen innenfor fire lokale helseforetak. Da jeg ønsker at topplederne innenfor disse helseforetakene skal kunne gi meg et så ærlig og klart bilde av lederrollen sin, de utfordringene som møter dem og hvordan de oppfatter disse utfordringene har jeg valgt å anonymisere kildene mine<sup>2</sup>. I studien vil disse fire foretakene bli omtalt som henholdsvis foretak A,B,C og D. I hvert av områdene har jeg intervjuet en tidligere sykehusdirektør som jeg har valgt å gi navnene ”Erik” (foretak A sitt område), ”Per” (foretak B sitt område), ”Atle” (foretak C sitt område) og ”Kåre” (foretak D sitt område). De administrerende direktørene innenfor de fire foretakene har jeg valgt å kalle ”Arne” (administrerende direktør i foretak A), ”Ståle” (administrerende direktør i foretak B), ”Frank” (administrerende direktør i

---

<sup>2</sup> Det finnes en klausulert appendix til denne oppgaven, hvor kilder som holdes hemmelig er listet. Når det i oppgaven refereres til appendix 1, 2 osv, er det den klausulerte appendix det henvises til.

foretak C) i foretak D er det sykehusdirektør "Kåre" som har blitt administrerende direktør. Det vil bli gitt en rask innføring i hva som kjennetegner de fire foretakene slik at man kan se forskjellen i både sosial og fysisk struktur i de forskjellige organisasjonene så vel som kulturelle og historiske ulikheter. Dette er viktig siden det er vanskelig å forstå hvilke utfordringer som møter topplederen og hvilke handlingsmuligheter topplederen har, uten å ha en forståelse for disse aspektene. Dette er også sentralt når jeg skal se topplederrollen ut fra et rasjonalistisk perspektiv på ledelse, siden struktur står sentralt innenfor dette perspektivet.

Fordelen med å anonymisere er at det gir topplederne muligheten for en mer åpen og ærlig dialog. Jeg har også som forsker et ansvar i forhold til mine studieobjekter og til å i vare ta deres interesser og tillit (NESH 2001) Det er også ulemper med et opplegg som medfører anonymisering. Det er i mindre grad mulig å etterprøve mine konklusjoner, reliabiliteten er slik sett et problem. Spørsmål om reliabilitet handler om hvorvidt en annen forsker ville ha kommet frem til de samme konklusjonene som jeg har gjort ved å gjøre den samme studien. Anonymiseringen blir således problematisk, siden en annen forsker ikke vil ha kjennskap til hvilke aktører som har blitt studert. For å tilstrebe en høy grad av reliabilitet er det viktig å behandle data etter korrekte mønster og dokumentere dette (Hellevik 1997: 183-186). Dette har jeg søkt å gjøre etter beste evne. Mangelen på etterprøvbarhet, reliabilitet, har gått på bekostning av studiens validitet. Validitet viser til om de dataene som er samlet inn er gyldige og relevante for studiens problemstilling. Validitet tilstrebes ved å utforme så gode operasjonelle definisjoner av de teoretiske definisjonene som mulig (Hellevik 1997:183). Høy validitet hevder Hellevik (1997) at man oppnår ved å benytte riktig empirisk fokus, riktig teoretisk forankring og riktig metodologisk strategi. Det siste henviser til hvorvidt data er relevante for studien. Man vil generelt oppnå høyere grad av validitet ved å benytte seg av flere datainnsamlingsmetoder, da dette gir muligheten for å kontrollere data opp mot hverandre, noe som har blitt gjort i denne studien. Det er viktig at man samlet inn den relevante dataen. Den kan til tider være av sensitiv art, slik som har vært tilfelle i min studie, da kan det være nødvendig å anonymisere kildene slik at man får den informasjonen som er viktig for å belyse studiens problemstilling. Med bakgrunn i studiens problemstilling som søker å belyse om sykehusreformen har medført en ny topplederrolle i de lokale helseforetakene og om denne rollen er ulik i forskjellige foretak, er det ikke påkrevd å gjøre rede for hvilke foretak jeg tar for meg. Jeg har valgt å se på flere foretak siden jeg ønsker å kunne si noe mer generelt om hvilke utfordringer topplederne møter og hvordan de oppfatter

disse. Jeg vil nå gå nærmere inn på hvorfor jeg i hovedsak har valgt en kvalitativ tilnærming og hva dette medfører.

### **En kvalitativ eller kvantitativ tilnærming?**

Valg av metode kan sies å være et strategisk valg. Det gjelder å finne frem til den metoden som er best egnet til å kaste lys over det problemet som er satt opp i analysen (Grønmo 1982). Slik vil utformingen av problemstillingen være et avgjørende kriterium for valg av metode. I tillegg til at problemstillingen er med å styre valg av metodologisk opplegg, vil det være en sammenheng mellom den metodologiske og den teoretiske tilnærmingen. Dette vil jeg tydelig vise når jeg tar for meg de ulike metodiske valgene jeg har gjort.

I den samfunnsvitenskapelige metodelæren operer man med to hovedtyper av metoder, kvantitative og kvalitative. Hellevik karakteriserer kvantitative metoder som ”metoder der forskeren først systematisk skaffer seg sammenlignbare opplysninger om flere undersøkelsesobjekter av et visst slag, så uttrykker disse opplysningene i form av tall, og til slutt foretar en analyse av mønsteret i dette tallmaterialet” (Hellevik 1997:14). En kvantitativ tilnærming innebærer vanligvis også et ekstensivt undersøkelsesopplegg, noe som betyr at man samler inn og analyserer informasjon om et høyt antall undersøkelsesenheter, men undersøker kun ett eller få aspekter ved enhetene. Hellevik hevder at den kvalitative metoden er mindre systematisk og mer impresjonistisk i sin databruk. Denne metoden baserer seg i hovedsak på forskerens ”evne til å leve seg inn i og oppfatte et mønster i det mangfoldet av sanseinntrykk han mottar i stedet for å trekke ut et begrenset antall aspekter ved helheten, og så måle og analysere dem ved hjelp av tall” (Hellevik 1997:14). Den kvalitative tilnærmingen innebærer gjerne et intensivt undersøkelsesopplegg hvor man kun studerer en enhet eller noen få enheter, men da ser på flere aspekter ved enheten.

Både kvantitative og kvalitative metoder benyttes når man studerer problemstillinger innenfor organisasjon og ledelsesfeltet. Problemstillingen for mitt undersøkelsesopplegg tilsier at jeg i all hovedsak bør benytte en kvalitativ tilnærming for å belyse undersøkelsesfenomenet. For det første studerer jeg kun et lite antall av enheter, det vil si fire toppledere. Jeg har dessuten ikke som ambisjon å gjennomføre et stramt hypotesetestende studium, men å komme frem til hvordan topplederne selv oppfatter sin rolle som toppleder og de utfordringene som møter dem i denne rollen. Dette vil være problematisk innenfor et kvantitativt opplegg, da det er mer

begrenset både hva gjelder antall variabler og hvilke type variabler som kan fanges opp. Som nevnt ovenfor, vil gjerne den kvantitative studien konsentrere seg om et mindre antall variabler som undersøkes hos relativt mange enheter. En kvantitativ studie vil antakeligvis derfor utelukke en rekke relevante variabler. Man kan hevde at en kvantitativ fremgangsmåte vil resultere i tverrsnittsstudier hvor man kun studerer organisasjonsvariabler og ikke hele organisasjoner (Gammelsæter 1991:58). Ved å benytte et kvalitativt undersøkelsesopplegg vil jeg dermed kunne ha problemer med å fange opp helheter ved det sosiale systemet som er rammen for topplederrollen jeg undersøker. Kvalitative casestudier har den fordel at de er bedre egnet til å fange opp totalsituasjoner og stabile sammenhenger i den aktuelle organisasjon (Repstad 1993:93). Dette vil hjelpe meg til å fange opp en større forståelse av de sosiale prosesser og sammenhenger. I et kvantitativt analyseopplegg er det vanskelig å fange opp et like rikt bilde av de kontekstuelle aspektene ved et sosialt system (Hellevik 1997:81). Selv om jeg i hovedsak har valgt å benytte meg av en kvalitativ tilnærming, vil jeg også benytte meg av kvantitative data i analyse av problemstillingen min. Hvorfor jeg har valgt dette, vil jeg komme tilbake til når jeg gjør rede for de ulike formene for datakilder jeg har benyttet meg av i studien.

Ved kun å benytte den kvantitative metoden er det problematisk å studere et høyt antall variabler ved studiefenomenet, metoden har også problemer med å fange opp en bestemt type av variabler, variabler som ikke kan kvantifiseres eller tallfestes. Man har en tendens til å bryte ned elementene i et sosialt system til et logisk sett av abstraksjoner for å oppnå lineære, statistiske og testbare sammenhenger ved bruk av kvantitative undersøkelser (Quinn 1988). Dette kan medføre at sosiale systemer kan bli fremstilt på en statisk og oppstykket måte. Fenomener som individuell handling, motiver, intensjoner mening og forståelse og ulike forhold mellom organisasjonsmedlemmene kan være vanskelig å beskrive eller forstå ved hjelp av matematisk statistikk. Dette er fenomener som krever en kvalitativ innlevelse og fortolkning. En kvalitativ casestudie har det fortrinn at den er velegnet til å fange opp ulike paradokser og dynamiske prosesser ved det sosiale systemet som undersøkes. En annen fordel med det kvalitative opplegget er at den har en god forutsetning til å beskrive utviklingsforløp, til å beskrive bestemte hendelsesforløp i en kronologisk rekkefølge. Kvantitative studier, i form av ekstensive opplegg, vil ofte mangle tidsdimensjonen eller bare gi et grovt inntrykk av tidsforholdet (Hellevik 1997:81).

Kvantitative metoder vektlegger at data skal gi en representativ oversikt over generelle forhold, den kvalitative metoden er mer innrettet mot at data skal avspeile en dyptgående og helhetlig forståelse av spesifikke fenomener (Grønmo 1982). Kvalitative undersøkelsesopplegg er ikke så opptatt av å nå frem til generaliserbar kunnskap og mangelen på representativitet er utgangspunktet for mye av den kritikken som har blitt reist mot kvalitative studier (Yin 1989). Kvalitative casestudier har ofte en narrativ og ideografisk karakter (Grønmo 1982). Men de kvalitative casestudiene gir større mulighet til å fange opp sammenhenger i det sosiale systemet som ikke er blitt avdekket tidligere. Slik kan studien bringe på overflaten nye og interessante trekk ved det sosiale systemet som tidligere var ukjent. Man kan dermed si at kvalitativt orienterte casestudier er hypotesegenererende, at studien kan frembringe nye hypoteser og teorier som seinere kan gjøres til gjenstand for undersøkelser.

### **Studiens kildegrunnlag og datainnsamling**

Denne studien støtter seg til flere datakilder. Som jeg viste i teorikapittelet i denne oppgaven, vil de ulike teoretiske innfallsvinkler til ledelsesbegrepet medføre at jeg må ta i bruk flere former for data. For å kunne benytte meg av det rasjonalistiske perspektivet, som i stor grad er normativt, trenger jeg data som forteller meg noe om hvordan lederne forventes å oppføre seg, hvilke utfordringer som kan ventes å møte dem og også noe om hvordan de oppfatter ledelsesbegrepet og hva dette innebærer. Men viktigst er det å kartlegge og forstå den strukturen de skal utføre ledelse innenfor. Når jeg benytter meg av det konstruktivistiske perspektivet, trenger jeg data som forteller meg noe om hvordan lederne oppfatter sin situasjon. Hvordan oppfatter de jobben som toppleder, og hvordan oppfatter de at de håndterer denne rollen? Når jeg benytter den behavioristiske tilnærmingen trenger jeg data som forteller meg noe om hva lederne faktisk gjør, ikke hva de mener de gjør eller bør gjøre. Mine teoretiske valg får følger for mine metodiske valg. Jeg har derfor valgt å bruke en metodetriangulering hvor jeg benytter meg av dokumentanalyse, kvalitative intervjuer og tidsstudier mye i formen til Tengblad (se kap 2). Jeg vil nå gjøre rede for de tre formene for data, vise til styrker og svakheter ved de tre metodene og forklare hvordan jeg praktisk gikk frem for å skaffe meg dataene.

#### **Dokumentanalyse.**

Dokumentanalysen har i hovedsak tatt utgangspunkt i offentlige dokumenter og har i stor grad hatt til hensikt å danne utgangspunkt for intervjuguide, danne bakgrunnsmateriale for studien

og bidra til å belyse hvilke utfordringer helseforetakene oppfatter for seg selv og sin toppleder. Dokumentene har slik sett vært sentrale for å få oversikt og forståelse for reformen, helseforetakene og den rollen administrerende direktør har. Når jeg skal benytte det rasjonelle perspektivet på ledelse, er det viktig for meg at jeg har et klart bilde av hva som er offisielle satsningsområder og utfordringer og ikke minst få et klart bilde av strukturen i foretaket. Dette gir en kvalitativ studie av ulike dokumenter et relativt godt bilde av.

Omfanget av offentlige kilder og tilgangen til disse har vært god. Helseforetakene sine styreprotokoller, saksdokumenter og ulike rapporter og utredninger er tilgjengelig via internett. Stortingsmeldninger, NOU'er og styredokumenter til de ulike foretaksnivåene er også tilgjengelig via internett. Dette har bidratt til at det ikke har vært særlig tidkrevende å innhente denne informasjonen. Et viktig trekk ved offentlige dokumenter er at de oftest er utformet med ett viss type formål og at det derfor ikke er mulig å betrakte dem som objektive og verdinøytrale (Yin 1989). Mengden av dokumenter som omtaler driften av sykehus og reformen, samt dokumentene som produseres i det enkelte foretak, er såpass omfattende at det ikke er mulig innenfor studiens rammer å gjennomgå alt like nøyaktig. Utvalget av dokumenter som har blitt benyttet er derfor skjønnsmessig valgt ut og gir et relativt godt inntrykk av lederrollen, foretakene og reformen selv om ulike nyanser og synspunkter kan ha forsvunnet på grunn av denne utvalgsmetoden. Dokumentene gir et godt innblikk i mange av de viktige aspektene for studien min. Men i tillegg til at jeg trenger andre typer av data for å benytte meg av mine teoretiske innfallsvinkler, vil det at jeg benytter meg av flere datakilder styrke studiens validitet (Yin 1989).

## **Intervjuer**

Den viktigste informasjonskilden for denne studien er utvilsomt de syv intervjuene av toppledere og tidligere toppledere som ble gjennomført i perioden juli 2003 til februar 2004. Jeg valgte å intervju dem som satt med topplederrollen både før og etter sykehusreformen ble innført. To av respondentene valgte i løpet av studieperioden å gå fra stillingen som toppleder, hvorpå en av respondentene ble intervjuet også i etterkant av avgangen. Samtlige av dem jeg ønsket å intervju har stilt opp og vært positive, både i forhold til gjennomføringen av intervjuet og ved informasjonsutvekslingen under selve intervjuet. Utfordringen har ligget i å passe intervju inn i ledernes travle hverdag. Denne utfordringen medførte at intervjuene fant sted over en lengre tidsperiode. Dette har vært en utviklende prosess for meg som forsker, men også bydd på utfordringer siden ny informasjon og strukturelle endringer fant sted

mellom intervjuene av de ulike topplederne. De ulike intervjuene har likevel vært basert på den samme intervjuguiden, bare små endringer har blitt gjort i forhold til hvilket foretak lederen leder og eventuelle andre forandringer.

Intervjuene er sentrale for at jeg skal kunne benytte meg av det konstruktivistiske perspektivet i studien. Sett ut fra dette perspektivet hadde det vært en fordel om jeg hadde hatt kapasitet til å intervju dem som står rundt lederne og blir påvirket av deres utfordringer. Men jeg har ikke hatt anledning til å intervju denne typen aktører, siden det ville vært altfor tidkrevende. Intervjuene gir meg like fullt anledning til å benytte dette perspektivet, slik jeg har diskutert i teorikapittelet.

Hvert intervju varte i ca en og en halv time, og ble tatt opp på bånd ved hjelp av en minidiskspiller. Bruken av minidiskspiller sikret at all tale ble fanget opp, og ga meg dessuten bedre mulighet til å konsentrere meg under selve intervjusituasjonen. Ingen av respondentene viste synlig misnøye med båndopptakeren eller lot til å bli hemmet av dette. Opptakene ble i ettertid transkribert ordrett, noe som resulterte i 150 sider med intervjuavskrift. Transkriberingsarbeidet var en meget tidkrevende prosess, men ga en nyttig nærhet til datamaterialet. Intervjuavskriftene utgjør viktig materiale for den kvalitative fortolkning i denne casestudien.

I denne studien har jeg benyttet meg av en kvalitativ intervju type som kan karakteriseres som halvstrukturerte intervju med åpne spørsmål (Hammer og Wildasky 1989:57, Kvale 1990:219). Det at intervjuene er halvstrukturerte, betyr at jeg under intervjuet fokuserer på bestemte temaområder, men ikke følger et detaljert skjema med eksakte spørsmålsformuleringer.<sup>3</sup> Hensikten er at intervjuet skal bli såpass fleksibelt at respondentenes svar kan følges opp med tilleggsspørsmål om nødvendig. Ofte kan det være ønskelig å oppmuntre respondentene til å utdype og begrunne svarene sine. Det at spørsmålene er åpne, betyr at respondentene selv formulerer svaret på spørsmålene i stedet for å benytte seg av forhåndsoppsatte svarkategorier (Hellevik 1997). Denne formen for intervju har en rekke egenskaper som gjør den godt egnet for den kvalitative casestudien. Et intervju med åpne spørsmål gir muligheten for helhetlig og utfyllende svar fra respondentene, samtidig som jeg kan få frem meningsdybden hos respondentene (Repstad 1993). Dette øker også

---

<sup>3</sup> Intervjuguide for intervjuene finner man i vedlegg til denne oppgaven.

sjansen for å fange opp en større nyanserikdom i svarene, noe som kan gi økt innsikt og dybdeforståelse av det fenomenet som studeres.

Til forskjell fra kvantitative opplegg som for eksempel strukturerte intervjuer med faste svaralternativer, er skillet mellom datainnsamling og analyse mindre markert under kvalitative opplegg, siden analysen og tolkning av data skjer mer parallelt med datainnsamlingen (Enderud 1984). Tolkningen som foregår under intervjusituasjonen handler ikke bare om å styre datainnsamlingen i den riktige retningen, men den er også innrettet mot en mer generell innsikt og innlevelse i studiefenomenet (Grønmo 1982:112). Til forskjell fra intervjueren under et kvantitativt intervju som søker distanse i forhold til sine kilder, står nærhet og delaktighet sentralt for den som utfører kvalitative intervju. Denne nærheten til intervjurespondenten medfører både fordeler og ulemper. Fordelene ligger i at det er store muligheter for å oppnå en helhetsforståelse og relevante tolkninger (Grønmo 1982:101). Ulempen ligger i at forskeren kan bli så engasjert at den kritiske holdningen tapes (Hammer og Wildavsky 1989:94). Man står også ovenfor faren for å bli kooptert av organisasjonen eller personen man studerer og dermed ende med det Hammer og Wildavsky kaller ”self-induced cooptation” (1989:94), noe som betyr at man som forsker pålegger seg en moralsk forpliktelse til å være talsmann for den gruppen man studerer. Dette har jeg i arbeidet med studien og i intervjusituasjonen forsøkt å være observant på, og strebet etter å være nøytral til ulike saker og konflikter som har blitt belyst gjennom studien.

Til en viss grad har jeg i intervjusituasjon opplevd et problem som blant annet Fivelsdal (1990) og Repstad (1993) advarer mot, nemlig at det kan oppstå vanskeligheter i forbindelse med intervju av personer i ledende stillinger. Selv om intervjuene formelt sett bestod av en samhandling mellom forsker og informant, ble de også influert av min status som student og informantens posisjon som toppleder. Informantene var kjent med situasjonen og konteksten og bidro sikkert og aktivt til å strukturere intervjuet. Utfordringer kan oppstå siden ledere ofte er vant til å legge premisser og ta initiativ, dermed kan de oppleves som uvillige til å la intervjuer styre samtalen. Det er også en fare for at de leverer fra seg innstuderte, forberedte foredrag som bærer preg av å være organisasjonens offisielle synspunkter. De kan også underrapportere eller markedsføre for å fremstille seg selv eller organisasjonen i et mest mulig gunstig lys.



Utskriftene av intervjuene viser at informantenes bidrag til samtalen i de fleste tilfelle utgjorde over nitti prosent av selve samtalen. Dette ser Kvale (1996:145) som et kriterium for kvalitet. Ved at informantene bidro til å strukturere situasjonen og samtalen kom vi også inn på tema jeg ikke hadde forutsetning for å stille spørsmål om. På dette vis kommer lederens perspektiv og vurderinger tydelig til uttrykk. Jeg la også til rette, ved å bruke åpne og generelle spørsmål, for at lederne selv i størst mulig grad skulle få utforme svarene sine.

Informantenes aktive deltagelse i intervjusituasjonen bør sees i lys av de sosiale karakteristika ved de personene jeg har valgt å intervju. De representerer en elite både i form av sin stilling og sin kunnskap om tema de ble intervjuet om. Fitz og Halpin (1994) understreker at det er viktig å være oppmerksom på at informanter som introduserer tema og perspektiver bevisst og ubevisst, er med på å bidra til å strukturere datamaterialet. Dette er en aktuell problemstilling i forhold til studiens validitet. Gir intervjuene et godt bilde av det som jeg i utgangspunktet ønsket å problematisere? Jeg har søkt å løse dette problemet ved å benytte meg av flere ulike datakilder og ved å drøfte innholdet i intervjuene i lys av teoretiske perspektiver.

Det er ikke bare respondenten som kan påvirke data i en slik subjektiv og styrende retning. Metoddebatten innenfor samfunnsvitenskapene har også sett på subjektiviteten ved det kvalitative intervjuet i form av at det er fare for at man stiller ledende spørsmål som har bakgrunn i intervjuerens ulike personlige egenskaper eller oppfatninger (Kvale 1990:225). Denne typen forhold kan påvirke de svarene som blir gitt av respondenten, og de kan være med på å influere fortolkningen av svarene fra respondenten (Smith 1988:18).

Jeg har forsøkt så langt det lar seg gjøre ikke å påvirke mine respondenter ved å tilstrebe en saklig og nøytral opptreden i intervjusituasjonen. Det er også vanskelig for meg å vurdere min egen innflytelse på fortolkningen av respondentenes svar, siden mine fortolkninger av svarene de har gitt meg ikke er fortolkninger av faktiske hendelser, men fortolkninger av deres egen tolkning. Med andre ord en fortolkning av noe som allerede har blitt fortolket, noe Gilje og Grimen (1993:145) omtaler som dobbel hermeneutikk. Slik blir alle fortolkninger og forståelser av intervjurespondentenes svar til en viss forstand subjektive, men jeg har forsøkt å unngå å lese mine egne meninger og synspunkt inn i data ved å innta en kritisk og nøktern holdning til datamaterialet.

## Tidsstudier

I tillegg til å studere ulike dokumenter som blant annet gir meg et bilde av hva og hvordan helseforetakene ser selv og gjennomføre intervjuer som får frem hvordan alt dette oppfattes har jeg med bakgrunn i tankesettet for den behavioristiske tilnærmingen, valgt å benytte meg av tidsstudier av topplederne. Formen på tidsstudiene har jeg utarbeidet etter arbeidene til Carlson og Tengblad. Jeg har også vært så heldig å kunne diskutere opplegget med Tengblad selv. Når jeg benytter det empiriske perspektivet, fokuser jeg på hva det er lederne faktisk tar seg til. I denne sammenhengen kunne det vært gunstig å få fotfulgt lederne over en periode. En metode som den med direkte observasjon, påpeker Czarniawska (1998) som overlegen i studier av ledere fremfor både dokumentanalyse og intervjuer. Når Tengblad har utført sine studier av åtte svenske toppledere, har han benyttet seg av både direkte observasjon og nedtegninger av egne aktiviteter fra lederne selv (Tengblad 2002). Da jeg ikke hadde anledning til å fotfølge lederne i min studie, er mine tidsstudier basert på egne nedtegninger av aktivitet fra lederne selv. Slik sett er ikke min tidsstudie like grundig og reliabel som den Tengblad har utført. Det var også bare to av de fire administrerende direktørene som er med i studien som gjennomførte opplegget, noe som gjør at data fra tidsstudiene ikke kan medføre noen klare konklusjoner. Derimot kan de være med på å gi en pekepinn i forhold til hva lederne faktisk gjør.

Opplegget fungerte slik at lederne fikk utlevert et skjema<sup>4</sup> hvor de fylte ut dato, tid sted, kommunikasjonsform, aktivitetstype og aktivitetens formål i ulike fastsatte svarkategorier. For hver kategori fyller man ut et eget skjema. Det ble gitt en grundig forklaring til hvordan skjemaet skulle benyttes, slik at lederne så langt det lot seg gjøre, ville forstå det på samme vis. Det er likevel et forbehold med denne fremgangsmåten at de to lederne som fylte ut skjemaene, kan ha oppfattet de ulike svaralternativene på forskjellig måte.

Lederne fylte ut skjemaer i totalt fem dager fordelt med to dager i en uke og tre i en annen uke. Jeg valgte etter samtaler med sentrale aktører i foretakene tidspunkt som så langt som mulig, ikke skulle bære preg av noe ekstraordinært.

Denne formen for data lar seg kvantifisere og kan behandles som tallmateriale, men bærer like fullt preg av å være en kvalitativ studie, siden materialet er gjenstand for tolkning, og en svarkategori som for eksempel aktivitetens formål, er en kategori som er gjenstand for tolkning hos lederen som fyller ut skjemaet. Noen aktiviteter vil også være vanskelig for

---

<sup>4</sup> For skjema, se vedlegg til oppgaven.

lederen å kategorisere (Tengblad 2002). Selv om en tidsstudie gir et bilde av topplederne og hvilke aktiviteter de utfører, så jeg det som svært viktig også å intervju lederne. De ulike metodologiske tilnærmingene viser forskjellige sider av lederrollen og endringene i forbindelse med innføringen av sykehusreformen. For å forstå topplederrollen etter innføringen av sykehusreformen er det viktig å vite hvordan det var tidligere. I det neste kapitlet vil jeg derfor redegjøre for hvordan sykehusdirektørrollen var før sykehusreformen samt å ta for meg sentrale aspekter ved selve reformen.

## KAPITTEL 4: FØR OG ETTER – EN STOR REFORM

I dette kapitlet vil jeg vise til noe av historikken bak topplederstillingen innenfor helsevesenet og hvordan det opplevdes å være toppleder ved et sykehus før reformen trådte i kraft. Jeg vil videre gjøre rede for hvilke endringer som har skjedd for topplederrollen og organiseringen av sykehusene med bakgrunn i innføringen av sykehusreformen. Jeg har valgt denne gjennomgangen, da jeg finner det viktig å belyse hvordan topplederrollen var tidligere for å forstå topplederrollen i foretakene per i dag, og hvordan lederne oppfatter og forholder seg til de utfordringene som møter dem. Denne gjennomgangen muliggjør også en diakron sammenligning i analysen seinere i oppgaven.

### Hvordan var det før - sykehusdirektøren

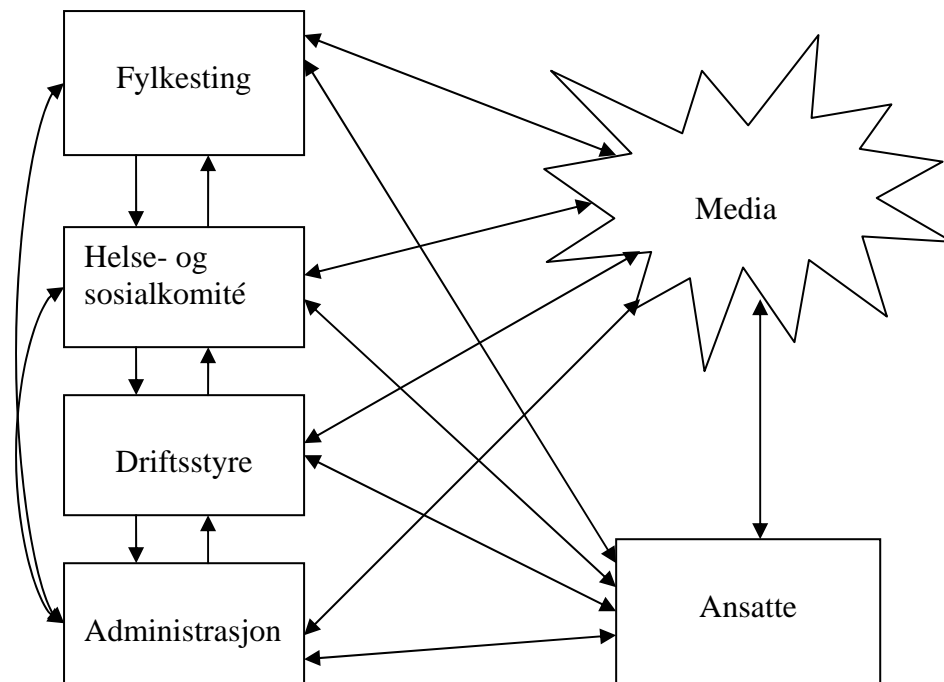
Den nye reformen setter ledelse i fokus, men det var også ledelse av sykehusene før reformen trådte i kraft. Topplederne for sykehusene var da sykehusdirektøren. Sykehusdirektøren hadde ansvaret for det sykehuset hvor han/hun var ansatt, og måtte foreta prioriteringer av de ressursene man hadde fått tildelt fra fylkeskommunen. Han stod personlig ansvarlig for driften ved sykehuset og var ansvarliggjort via straffeloven (Sjøborg 1998: 58-59). Sykehusdirektøren rapporterte til driftsstyret og helse-og-sosial komiteen ved fylkestinget (ibid: 32). Denne rollen ga mindre mulighet til direkte styring over organisasjonen i forhold til hvordan det har blitt etter sykehusreformen, da man ikke hadde lederkontrakter og det var mindre økonomisk frihet enn det er nå. Sykehusdirektøren var toppleder for et større eller mindre sykehus, mens topplederne for de lokale helseforetakene er ledere for mye større enheter. Men sykehusdirektørrollen var ingen enkel rolle, og har blitt omtalt som en ”politisk svarteper”, og det var svært stor gjennomtrekk i denne typen stilling (ibid. 52-53,58).

Fra 1980 skjedde det en vesentlig endring i finansieringen av sykehusene noe som krevde en omstilling av fylkeskommunen. Inntil 1980 var finansieringen av sykehusdriften kurlpenger fra staten som fra 1970 var ment å utgjøre vel 2/3 av finansieringsgrunnlaget. Kurlpengene ble fastsatt per pasient/liggedøgn. Jo flere sykehus man bygget, jo flere statlige ressurser trakk man til fylkeskommunen, ikke minst i form av arbeidsplasser. Fra 1980 har overføringene fra staten til fylkeskommunene for sykehusdriften skjedd i form av rammeoverføringer etter mer objektive kriterier, der folketall er hovedelementet. Det er ikke lenger et poeng å ha mange og vel utbygde sykehus, men tvert i mot ble det klart at det var fordelaktig å redusere antall

sengeplasser og om mulig antall sykehus. Sykehuskapasiteten var utvilsomt blitt for stor i det gamle systemet før 1980. Omstillingen viste seg imidlertid å være vanskelig, siden befolkningen i alle sykehusområdene så på selve sykehuset som et stort gode verdt å kjempe for. Handlefriheten til fylkeskommunen i omstruktureringen av sykehusvesenet var dessuten svært liten. Det var problematisk å få til politiske vedtak om større nedskjæringer eller nedleggelse av sykehus (Anderslandrapporten 1990).

Fylkeskommunen søkte å forvalte sykehusene gjennom et styre. Dette styret hadde i prinsippet ansvar for å forvalte institusjonen innenfor gitte rammer. Styrene hadde relativt begrensede økonomiske fullmakter, noe som medførte at styret for sykehusene nærmest fremstod som rådgivende for høyere politiske fylkeskommunale organer. Styrene kunne fungere og være sammensatt på ulike måter, men for de fylkekommunene som fulgte den såkalte normalinstruksen for styrever, ble medlemmer av fylkestinget oppnevnt etter forholdstallsprinsippet. I tillegg var det 2-3 arbeidstakerrepresentanter i styret. Sykehusdirektøren hadde tale-, men ikke stemmerett (Anderslandrapporten 1990).

I samtale med noen av dem som var sykehusdirektører ved noen av de større sykehusene i det geografiske området som jeg har undersøkt, fremgikk det at det var store forskjeller i sykehusdirektørens hverdag. Forskjellen kan i stor grad forklares av at de ulike fylkene valgte forskjellige måter å organisere helsevesenet innenfor sin region. Sett ut fra et rasjonalistisk perspektiv kan man dermed forstå det slik at strukturen som ble valgt for organiseringen av sykehusene og relasjonen mellom sykehuset og fylkeskommunen, former hverdagen til sykehusdirektøren og sykehusdirektørrollen. Hovedproblematikken for sykehusdirektørene kan fremstilles slik Eddie Sjøborg gjør i en illustrerende figur:



Figur 4.1 Omarbeidet figur fra Sjøborg (1998:32)

Som figuren viser, befant sykehusdirektøren seg før sykehusreformen i en situasjon hvor det kommer meldinger fra ulike hold. Det var ingen klare kommando- eller beslutningslinjer. Dette medførte store utfordringer for sykehusdirektøren blant annet evnen til å ta beslutninger og skaffe seg informasjon. Sjøborg (1998) viser til noe av denne problematikken. Media fikk med bakgrunn i offentlighetsloven innsyn i brev mellom de ulike beslutningsnivåene og satt dermed med saksopplysninger før den rettmessige mottaker av brevet i det hele tatt hadde sett det. Dette medførte ofte at politikere kunne lese om den aktuelle saken i media før de hadde mottatt saken selv. Det ble dermed en diskusjon av saken via media i stedet for en organisasjonskommunikasjon. Media ble også brukt som en aktør i ulike konflikter og ulike organisasjonsmedlemmer henvendte seg gjerne til media for å ”luften” ulike betente tema eller i et forsøk på å få politisk gjennomslag for, for eksempel økonomiske overføringer. Sett ut fra et konstruktivistisk perspektiv er det viktigste med dette hvordan det oppfattes av blant annet sykehusdirektøren. En av de tidligere sykehusdirektørene som ble intervjuet, fortalte hvordan dette medførte en uforutsigbarhet i arbeidsdagen:

”Arbeidsdagen var uforutsigbar de fleste dager fordi det kunne skje ting uten forvarsel, gjerne oppstått gjennom media, aviser og NRK. De fikk fatt i en sak som du måtte forholde deg til der og da.” (Erik, intervju 1).

Sjøborg viser også til eksempler hvor ansatte via fagforening tar opp aktuelle saker direkte med det politiske nivået i stedet for å ta det opp internt i selve organisasjonen. Han kommenterer også en ”ukultur” hvor politikere har tatt direkte kontakt med og avholdt møter med ansatte på avdelingsnivå uten at det har vært klarert med direktør, klinikk eller avdelingsledelse. (Sjøborg 1998: 32-33).

Organiseringen som var med og skapte uklarhetene hva gjelder hvem som beslutter hva, var en av utfordringene som møtte sykehusdirektøren før reformen. Sykehusdirektørene tar også opp at det var uklart hvem de skulle rapportere til og om hva:

”Det var ting som var litt uklart og det var hvor rapporterte sykehusdirektøren? Hvilke saker skulle han rapportere til hvem? Det er egentlig ganske fantastisk innenfor det offentlige..... Noe skulle rapporteres til fylkeshelsesjefen som var min sjef, men dette ble aldri helt klart for meg så jeg hadde mye kontakt med fylkesordføreren og rådmannen”. (Erik, intervju 1).

Et annet aspekt som flere av sykehusdirektørene tok opp i intervjusituasjon, var muligheten i enkeltsaker å fatte beslutninger. Eksempler på situasjoner hvor man ønsket å omgjøre en stilling eller gi noen en lønnsøkning og at dette måtte tas opp med det politisk valgte styret, er mange. Det at man måtte ta opp enkeltsakene, medførte at sykehusdirektøren i mange henseender ikke hadde mulighet til å gjennomføre disse endringene, fordi de ble bortprioritert i politiske hestehandler eller at det tok uforholdsmessig lang tid å gjennomføre små endringer.

Driften av sykehuset, og da spesielt økonomien var avhengig av eier, fylkeskommunen, og hvilke prioriteringer styret gjorde. Slik sett var driften av sykehusene i stor grad politiserte, noe som kunne være med å skape hestehandelsituasjoner slik som tidligere nevnt, men også et problem for mulighetene til å tenke og handle langsiktig. Sykehusdirektørene følte seg gjerne skviset mellom behovene som ble fremmet ved sykehuset og fra befolkningen og de kravene som kom fra fylkeskommunen slik som sitatet nedenfor viser:

”Et av kravene var fra eier, fylkeskommunen, om at man skulle holde seg innenfor de økonomiske rammene man hadde fått. Men jeg følte et annet krav fra befolkningen her og institusjonen, og det var å utvikle sykehuset til å være et godt sykehus for området her i møte med fremtiden, det at man på en måte skulle være såmannen, det å investere litt i personalutvikling, i nye tilbud, ja endringsprosesser. En del ting skal man jo slutte, men en del ting skal man begynne med. Og en del ting skal man gjøre på andre måter i morgen i forhold til det man gjorde i går. Og det koster penger.” (Atle, intervju 3).

Det politiske elementet gjorde også at det ble vanskelig å tenke og handle langsiktig. Sykehusdirektøren endte ofte opp som en politisk svarteper, og var den som stod igjen med forklaringsansvaret i forhold til sykehuset internt og media og befolkning eksternt.

I tillegg til de organisatoriske aspektene med fylkeskommunen som eier tok sykehusdirektørene opp utfordringene med å lede en kompleks organisasjon med mange ulike faggrupper og fagpersonligheter.

”... du skulle lede en institusjon med høyt utdannet personell, og det stiller store krav, og jeg har ingen medisinsk utdanning, og du skulle stadig forholde deg til leder på ulike nivå som hadde en faglig kompetanse som du selv ikke hadde, og den virksomheten du driver blir drevet av denne kompetansen som du selv ikke har..... jeg mener at for en leder i sykehusverden, så kreves det tillitt til de medarbeiderne som har denne spisskompetansen og det krever gjensidig tillit og dialog og kanskje også i noen utstrekning det å finne kompromissløsninger og forhandle seg frem til kompromissløsninger på økonomiske spørsmål og andre rammevilkår” (Atle, intervju 3).

Hvordan sykehusene var organisert varierte fra sykehus til sykehus, men flertallet av institusjonene hadde i større eller mindre grad fulgt Øie-utvalgets<sup>5</sup> tilrådning om en ledergruppe bestående av direktør som øverste leder, med sjefssykepleier, sjefslege og økonomisjef i stab. Poenget med ledergruppe var at gruppens medlemmer kunne tildeles oppgaver og fullmakter på direktørens vegne. Direktør, økonomisjef og sjefssykepleier var tilsatt på vanlige vilkår uten tidsbegrensning eller oppsigbarhet. Sjefslegen var derimot ofte en åremålsstilling blant sykehusets overordnede leger. Nivået under ledergruppen, avdelingsledelsen, var en reint faglig ledelse (Anderslandrapporten 1990)

Endringene som ble skissert fra departementet sin side i forbindelse med arbeidet frem mot reformen, ble positivt mottatt hos sykehusdirektørene:

”Jeg jobbet hardt med å ha klare linjer..... men likevel var det nok litt stipla linjer i organisasjonen. Det var nok derfor jeg og en del andre likte godt Tore Tønne, for hans tanke var at stipla linjer og organisasjoner som så ut som juletre, det skulle ut. Det skulle man ikke ha. Og det var tale vi sykehusdirektørene likte å høre” (Atle, intervju 3).

---

<sup>5</sup> Øie-utvalget ble nedsatt i 1980 etter initiativ fra Norske Kommuners Sentralforbund. Utvalget leverte en rapport i 1981 hvor de konkluderte med at alle somatiske sykehus burde ledes av en direktør. I tillegg foreslo de at alle kliniske avdelinger burde ledes av en overlege som var overordnet de øvrige yrkesgruppene ved avdelingen (Anderslandrapporten 1990:27).



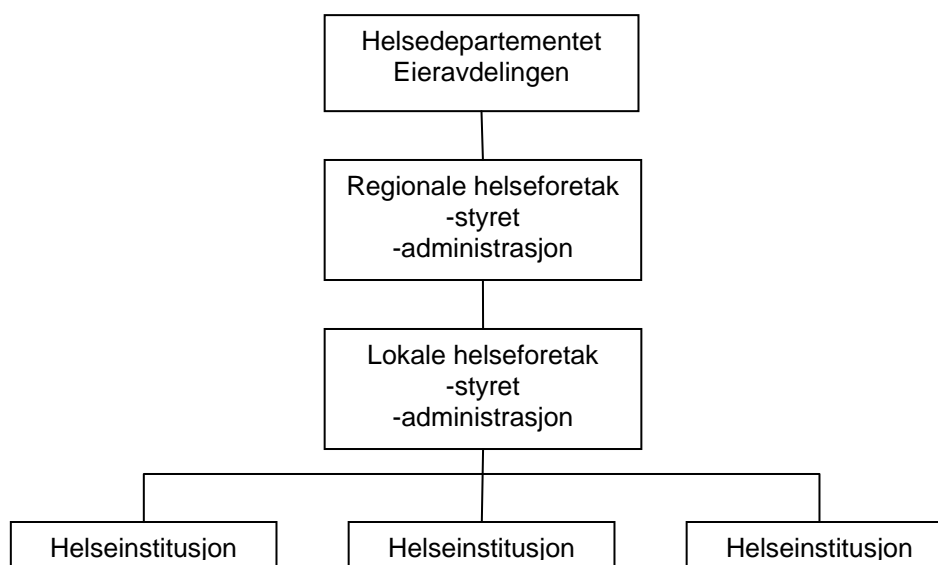
## Etter sykehusreformen – en ny verden for direktøren?

Sykehusreformen ble iverksatt 1. januar 2002 og var et resultat av et ønske om å effektivisere spesialisthelsetjenesten i Norge. Reformen dreier seg i hovedsak om organisatoriske endringer, ikke endringer i helsepolitikken mål (Ot. Prp. Nr 66 2000-2001:kap 1). Sykehusreformen består av to hovedelementer, for det første en eierskapsreform som medfører at staten overtok eieransvaret for spesialisthelsetjenesten og overføring av hele ansvaret for spesialisthelsetjenesten til statlig sektor. Dette ville man gjennomføre ved endringer i spesialisthelsetjenesteloven, en rekke andre lover og overgangsbestemmelser. For det andre en ansvarsreform som medførte at virksomheten ikke organiseres som forvaltningsorgan, men som helseforetak, vedtatt gjennom en ny lov. Helseforetaksmodellen forutsetter at foretakene er fullt og helt statlig eid, og at staten har det fulle økonomiske ansvaret for virksomhetene. Modellen skal hindre muligheten for at det selges eierandeler i foretakene og sikre mot at virksomhetene kan gå konkurs (Ot. Prp. Nr 66 2000-2001). Dette medførte at fylkeskommunens rolle som eier av sykehusene ble flyttet opp til det statlige nivå. Nærmeste politiske myndighet ble dermed sentrale politikere, ikke de fylkeskommunale representantene. Tanken bak dette var blant annet å oppfordre til samarbeid innad i regionene og på tvers av fylkeskommunale grenser. Man ønsket å fjerne fylkeskommunen som eier for å unngå interessehevding innenfor geografiske grenser, for å fremme arbeids- og funksjonsfordelingen innad i de ulike regionene og for å gi autonomi til det enkelte foretak. Foretakene ville innenfor statlige helsepolitiske rammer få ansvar for egen drift og egne driftsmessige prioriteringer. På dette vis ble det åpnet for at man innenfor det enkelte foretak selv kan bestemme hvordan man vil organisere seg og hvordan en eventuell effektiviseringsgevinst vil bli benyttet. De økonomiske virkemidlene som ble benyttet, var stykkprisfinansiering og ”sørge for ansvar” modellen som skulle være med på å fremme effektiviseringspotensialet og motivere det enkelte foretak til effektiv og rasjonell drift, basert på deres komparative fortrinn.

I reformen tok man utgangspunkt i de fem helseregionene og opprettet regionale helseforetak innenfor hver region. De regionale helseforetakene fikk det totale ansvar for helsetjenestene som utøves innenfor den respektive regionen. Helseforetakene fremstår som selvstendige rettssubjekter med en tilknytningsform utenfor den offentlige forvaltningen. Eieren av foretakene, det vil si helsedepartementet, får større innflytelse ved denne formen for organisering enn tidligere, og formelt er det ingen begrensninger i eiers styringsmuligheter. Organiseringsformen stiller likevel klare krav til hvordan eieren kan utøve styring over

foretakene. Dette må skje via vedtekter, budsjettprioriteringer eller som vedtak i foretaksmøtet (Ot.prp. nr. 66 2000-2001). Direkte inngripen i den daglige driften slik fylkeskommunen tidligere gjorde, vil undergrave leders og styrers ansvar og er derfor ikke ønskelig. Ønsket er at eier ikke skal drive detaljstyring, men gi foretakene det reelle ansvaret for egen drift. Under de regionale helseforetakene deler man igjen helseregionen opp i ulike lokale helseforetak. De lokale helseforetakene har som ansvar å utøve tjenesteproduksjon innenfor rammer gitt av det regionale helseforetaket, men står relativt fritt til selv å organisere sin virksomhet innenfor disse rammene (Ot.prp. nr. 66 2000-2001).

Organiseringen av spesialisthelsetjenesten vil dermed se ut som følger:



Figur 4.2 Foretaksstrukturen

Ved å organisere helsetjenestene på denne måten skaper man et klarere skille mellom de ulike rollene enn hva som var tilfellet tidligere. Reformene avklarte med andre ord departementets roller som eier, det regionale helseforetakets rolle som oppdragsgiver og de lokale helseforetakene sin rolle som tjenesteprodusenter. Ønsket med dette var å fremme styring og effektivisering ut fra gitte juridiske og økonomiske virkemidler

Reformen vil fremme styring gjennom økonomiske og juridiske virkemidler. I reformen så man styring ut fra tre ulike forhold, sentrale politikeres påvirkning ovenfor spesialisthelsetjenesten, departementets styringsmuligheter ovenfor de regionale helseforetakene og de regionale helseforetakenes styringsmulighet ovenfor de lokale helseforetakene. Gjennom budsjettprioriteringer i Stortinget og Stortingsvedtak skal sentrale

politikere som tidligere ha mulighet til å utforme politikk som legger føring for den generelle helsepolitikken. Den politiske myndighet skal også fremmes ved hjelp av krav om forsvarlighet og regulering av egenbetaling. Sentrale politikere skal ha anledning til å gjennomføre den politiske styringen ved hjelp av rapporter og styringsdialog fra departementet til Stortinget. Men det blir i reformene presisert at det ikke skal være en politisk styring av selve utførelsesprosessen av helsetjenester. Styringen av foretakene skal skje gjennom foretaksmøtene (Ot. Prp nr 66, 2000-2001: pkt 2.9.4).

De regionale helseforetakene er departementets instrument for å oppnå de nasjonale helsepolitiske målsetningene. Dette gjennomføres ved at departementet i vedtektene til de regionale foretakene fastsetter overordnede rammer for foretakets virksomhet, samt overordnede politiske mål og oppgaver for virksomheten (Ot. Prp nr 66, 2000-2001: pkt 2.8). Departementet kan i foretaksmøter sette generelle og spesielle instruksjoner for de regionale helseforetakene. De regionale foretakene pålegges å utarbeide en årlig rapport, årsmelding, for å vise til at oppgavene utføres som ønsket. I tillegg skal det utformes et årsoppgjør og en årsberetning.

Det regionale helseforetaket styrer de lokale helseforetakene i form av en ”sørge for ansvar” modell. Dette betyr at de lokale helseforetakene gis en autonomi til å produsere helsetjenester ut fra egne fortrinn innenfor de til enhver tid gjeldende helsepolitiske rammer. De regionale helseforetakene vil i tillegg til å bestille tjenester, utøve styring over de lokale foretakene, hevde sin eierstyring ved hjelp av foretaksmøter og representasjon i underliggende styrer og ha en kontroll i form av rapportering og årsmeldinger.

Hallingstad påpeker i sin studie (2004) at sykehusreformen i liten grad legger føringer for hvordan de regionale helseforetakene skal organisere sin virksomhet og at de også har gjort dette på forskjellige måter. Selv om de ulike regionene har valgt forskjellige organiseringsformer etter reformen, gir de nye organiseringsformene andre og nye rammer for topplederen på det lokale nivået.

Figur 4.2 som viser foretaksstrukturen, viser at det innenfor de to foretaksnivåene eksisterer et styre. Administrerende direktør i de lokale helseforetakene må som leder for administrasjonen forholde seg til et profesjonelt styre som er sammensatt av representanter fra det regionale helseforetaket, representanter fra personalet i det lokale foretaket og andre mennesker som har

kompetanse som skal sikre en god styring av foretaket. Det er de regionale foretakene som velger og ansetter styremedlemmene i de lokale foretakene. Man kan spørre seg om endringene som finner sted i styrings- og beslutningsleddene over direktøren har hatt konsekvenser for selve sykehusene og sykehusdriften?

Den tydeligste forskjellen for direktørrollen før og etter reformen er at man ikke lenger er direktør for en enhet. De lokale helseforetakene består av flere tidligere autonome enheter som ofte er geografisk spredt. I tillegg til å lede en større mer sammensatt organisasjon har det i forbindelse med reformen også blitt gjennomført endringer innenfor hvordan man organiserer sykehuset. Dette har vært opp til det enkelte foretak og dens ledelse. Når flere enheter blir ført sammen i et foretak, blir oppgaver fordelt på nye måter, noen enheter blir oppgradert, andre nedlagt. I forbindelse med reformen og innføringen av enhetlig ledelse<sup>6</sup> har det også vært et ønske om å endre synet på ledelse innenfor sykehusverden. Blant annet ønsket man å endre den formelle ledelsesstrukturen for å skape rollemessige og holdningsmessige endringer i sykehusene (NOU 1997). Man ville skape grobunn for en ny lederrolle som ikke skulle være fundert i de tradisjonelle helsefagene, men mer være basert på økonomisk og administrative prinsipper. I sykehusreformen er det et fokus på at organisasjonskulturen skal endres i sykehusene, men det formidles ikke hvordan dette skal gjøres. Med bakgrunn i dette skal topplederen for foretaket forholde seg til en ny type ledere og kultur.

### **Oppsummering og forventninger i forhold til studiens problemstilling**

Gjennomgangen av hvordan eierstrukturen for sykehusene så ut før reformen og hvordan det ser ut etter reformen, viser at intensjonen er klare endringer for topplederrollen ved de nyetablerte foretakene. Topplederne skal ikke lenger forholde seg direkte til et politisk nivå, men til sine respektive styrer og det regionale helseforetaket. De har også en større grad av autonomi i forhold til hvordan man ønsker å utforme selve helsetjenestene. Med innføringen av stykkprisfinansiering og større enheter blir det andre krav til økonomisk effektivitet og styring.

---

<sup>6</sup> Bakgrunnen for reformen enhetlig ledelse var et Stortingsvedtak av 21. november 1995 som førte frem til en endring i spesialisthelsetjenesteloven (§3-9) som trådte i kraft 1. januar 2001: ”Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig skal det pekes ut medisinskfaglig rådgivere.” Man ønsket en resultatansvarlig leder for hvert nivå, og det er ikke gitt at denne lederstillingen skal besettes av en lege.

Med bakgrunn i gjennomgangen av hvordan sykehusdirektøren oppfattet sin rolle og sin autonomi og hvilke utfordringer som møtte ham og de endringene som ligger til grunn i reformen, vil det i forhold til studiens problemstilling som tar opp om topplederrollen er endret etter innføringen av reformen, være interessant å se på hvilke utfordringer som møter topplederen og hvordan han forholder seg til disse. Gir reformen andre utfordringer både internt og eksternt, og blir det andre handlingsrom for hvordan man kan forholde seg til utfordringene? Medfører alt dette en ny topplederrolle i helse Norge?

## **KAPITTEL 5: STRUKTURELLE BETINGELSER I DE FIRE FORETAKENE.**

I dette kapitlet vil jeg ta for meg strukturen i de fire foretakene som jeg ser på i denne studien. Jeg vil gjøre rede for strukturen og eventuelle strukturelle konflikter som har vært aktuelle i de ulike foretakene, og diskutere dette i forhold til hva som er viktig for topplederrollen i foretaket, sett ut fra et rasjonalistisk perspektiv. Slik jeg forklarte i metodekapitlet har jeg valgt å kalle de fire foretakene for Foretak A, B, C og D.

### **Foretak A**

Foretak A er det største foretaket jeg ser på i denne studien. Foretaket består av det som tidligere var 11 separate institusjoner, hvor den ene institusjonen er et universitetssykehus som er et klart senter for foretakets administrasjon og virksomhet. Foretaket har ca 8500 ansatte og har et budsjett på rundt 4,5 milliarder. Pasientgrunnetallet for foretaket er på ca 370 000 mennesker hvor en stor andel av disse bor sentralisert i et mindre geografisk område (Appendix 1).

Det har vært liten grad av konflikt rundt funksjonsfordelingen mellom de ulike institusjonene i dette foretaket, både før og etter innføringen av sykehusreformen. Før reformen ble innført, opplevde toppledelsen ved universitetssykehuset å være i konflikt med legene ved sykehuset om blant annet ressursfordeling (Appendix 2). Endringene etter innføringen av sykehusreformen har ikke betydd at noen av institusjonene har blitt nedlagt eller fått betraktelig færre funksjoner. Foretaket har ansvar for enkelte av de nasjonale oppgavene innenfor helse, noe som styrker foretakets posisjon som viktig, og er med på å styrke forskningen innenfor foretaket. Foretaket har også en del funksjoner som skal dekke hele helseregionen, noe som medfører at de andre foretakene er avhengige av helsetilbudene dette foretaket yter (Appendix 3).

Sett ut fra et rasjonalistisk perspektiv på ledelse er det viktig for lederen av dette foretaket å i vare ta de sentrale funksjonene til foretaket slik at det kan forbli stort og sentralt og slik sett fortsette å få gode økonomiske overføringer fra det regionale foretaket. De strukturelle betingelsene for ledelse i dette foretaket er ikke kompliserte i den form at lederen må gjøre viktige og konfliktfylte valg hva gjelder arbeids- og funksjonsfordeling. Siden foretaket er stort og har mange spesialiserte tjenester og dermed mange spesialister, er det viktig for

topplederen å finne en måte å styre og forholde seg til disse. Topplederen må også forholde seg utad mot de andre foretakene i regionen og det regionale foretaket, siden Foretak A i vare tar helsetjenestefunksjoner som de andre i regionen og foretak nasjonalt er avhengig av.

Ut fra de strukturelle betingelsene for ledelse i Foretak A kan man tenke seg at topplederrollen etter innføringen av sykehusreformen har endret seg hvis man sammenligner med topplederrollen ved Universitetssykehuset, da man i tillegg til å lede et stort universitetssykehus nå også er leder for et foretak med andre institusjoner som ikke må druknes av den ene store enheten. Tidligere forholdt topplederen av Universitetssykehus seg til fylkeskommunen og var den helt klart største helseaktøren i det forat. Nå må topplederen forholde seg til et regionalt helseforetak og må kanskje i større grad konkurrere om oppmerksomhet og midler i forhold til de andre lokale foretakene. Det som er viktig for topplederen for Foretak A, hvis man skal se på de strukturelle aspektene, er blant annet å komme overens med og finne en måte å forholde seg til alle spesialistene innenfor foretaket og skape en enhetlig organisasjon av det som tidligere var flere institusjoner.

## **Foretak B**

Foretak B har flere likhetstrekk med Foretak A. Dette er også et større foretak med 5000 ansatte og et budsjett på ca 2,5 milliarder kroner. Pasientgrunnlaget for dette foretaket er på ca 300 000 mennesker, og de fleste av disse er bosatt i sentrale strøk nært det som tidligere var den største institusjonen i området. Foretaket består av det som tidligere var 10 institusjoner, hvor en av disse institusjonene er et klart sentrum for foretaket slik det fremstår i dag. Dette foretaket er lokalisert i samme by som det regionale helseforetaket (Appendix 4 og 5). I likhet med Foretak A har ikke innføringen av sykehusreformen medført store endringer for funksjonsfordelingen mellom foretakets ulike institusjoner, noe som har medført at det ikke har vært noen tydelige konflikter som har kommet til overflaten.

Sett ut fra et rasjonalistisk perspektiv på ledelse er det i likhet med topplederen for Foretak A viktig for topplederen for Foretak B å i vare ta foretakets sentrale posisjon. Foretak B er i likhet med Foretak A et stort foretak, men har ikke like mange spesialiteter som Foretak A. Det er like fullt også viktig for denne lederen å skape gode relasjoner til og mellom de ulike ekspertene. Topplederen for Foretak B har en annen nærhet til det regionale foretaket enn de fire andre foretakslederne. Det at administrasjonen til det regionale foretaket har en annen nærhet til Foretak B enn de andre lokale foretakene sin administrasjon, kan bety at relasjonen

mellom lokalt og regionalt foretak blir spesielt. På den ene siden kan dette medføre at de får et nærere og bedre forhold og at det blir enklere å kommunisere med hverandre. Det regionale foretaket kan få større forståelse for driften av Foretak B enn de andre foretakene. Samtidig kan denne nærheten medføre at det regionale foretaket i for stor grad kan og vil legge seg opp i driften av Foretak B, og foretaket og topplederen kan slik sett miste noe av sin autonomi. Det er derfor viktig for topplederen i dette foretaket å være oppmerksom på dette forholdet.

### **Foretak C**

Foretak C er et betydelig mindre foretak enn Foretak A og B. Foretaket består av det som tidligere var 10 separate institusjoner hvor ett er større enn de andre, men ikke et like klart senter som for eksempel universitetssykehuset i Foretak A er. Kampen om hvor sentrumet i denne geografiske regionen skal ligge og hvordan dette skal fungere, er ikke noe nytt etter reformen, men har vært et vedvarende problem i mange tiår. Foretaket har totalt ca 1800 ansatte og et budsjett på drøyt 1 milliard. Pasientgrunnlaget til foretaket er på ca 107 000 innbyggere som er spredt over et komplisert geografisk område hvor kommunikasjon ikke alltid er like lett (Appendix 6 og 7). Det er ingen større by som skaper et naturlig senter, men mange mellomstore bygder og byer. I dette foretaket valgte man å beholde en struktur hvor de ulike institusjonene er mer fritt koblet. Hver institusjon har sin egen direktør, man har ikke organisert i blokker etter de ulike medisinske retningene. Noe av bakgrunnen til dette ligger i at det i Foretak C sitt område har vært store konflikter om arbeids- og funksjonsfordelingen i området.

Historisk sett har fremveksten av sykehusene kommet etter private og veldedige organisasjoners engasjement, noe som har medført at befolkningen i området har følt en sterk tilhørighet og eierskapsfølelse i forhold til sykehusene. I perioden før innføringen av sykehusreformen var det relativt rause overføringer av midler til sykehusene i området, noe som har ført til at det har vært et høyt antall av sengeplasser som har vært relativt spredt i dette område. Med innføringen av sykehusreformen er det dermed klart at det må skje endringer i ressursbruk og funksjonsfordeling i Foretak C. Foretaket har de seinere årene stadig møtt krav til store budsjettkutt (Appendix 8). I motsetning til Foretak A og B som er store foretak med et bredt spekter av helsetilbud, har ikke Foretak C mulighet til å tilby alle former for spesialiserte tilbud og er dermed avhengig av de andre foretakene i helseregionen. Foretak C er også avhengig av et samarbeid i forbindelse med opplæring av spesialister og



utlån av spesialister fra andre og større foretak. De strukturelle betingelsene er med andre ord svært forskjellig for Foretak C enn hva de er for Foretak A og B.

I og med at de strukturelle betingelsene i Foretak C er annerledes enn de er i Foretak A og B, vil også lederen måtte utføre ledelse på en annen måte hvis man ser lederrollen ut fra et rasjonalistisk perspektiv. Topplederen for dette foretaket må i større grad fokusere på arbeids- og funksjonsfordelingen og de økonomiske besparelsene som er ventet etter innføringen av reformen. Han må også finne måter å håndtere dette på i forhold til konflikter både innad i foretaket og i forhold til befolkningen. Det er også viktig for denne lederen å ha et godt samarbeid med de andre foretakene i forbindelse helsetjenesteoppgaver og videreutdanning av spesialister som foretaket trenger. Slik sett vil lederrollen fremtone seg som annerledes.

Ser man på strukturen i Foretak C, kan jeg anta at topplerollen har endret seg etter innføringen av reformen fordi topplereren nå er konsernleder og ikke lenger leder kun for en institusjonen. Selv om dette også er tilfelle i Foretak A og B, er dette skillet kanskje større for Foretak C, siden det er tydeligere skille mellom institusjonene, og de på mange måter står i konflikt med hverandre. Dette blir også understreket av valget om å beholde egne direktører ved hver institusjon og bruke den strukturen som allerede var i området før reformen ble innført.

## **Foretak D**

Foretak D er i likhet med Foretak C, et mindre foretak. Foretaket består av det som tidligere var 11 institusjoner hvor det i likhet med Foretak C er en av institusjonene som er større enn de andre, men likevel blir ikke denne institusjonen oppfattet som et helt klart senter av de andre institusjonene. Flere av institusjonene i denne regionen hadde allerede startet et samarbeid før innføringen av sykehusreformen med bakgrunn i at ingen av institusjonene var veldig store. Etter at institusjonene ble et foretak, valgte de å organisere driften i ulike blokker som tar seg av de forskjellige medisinske områdene. Foretaket er ikke organisert i forhold til de ulike geografisk spredte institusjonene slik som i Foretak C. Dette foretaket skiller seg ut, da det består av institusjoner som befinner seg i to fylker, noe som betyr at de ulike institusjonene har forholdt seg til ulike strukturer og kulturer for eksempel når det gjelder lønssystemene. Foretak D har totalt ca 2400 ansatte og et budsjett på ca 1,5 milliarder. Pasientgrunnlaget på ca 160 000 mennesker er spredt slik det også er i Foretak C, men geografien er ikke en like stor utfordring for dette foretaket (Appendix 9 og 10).

Selv om Foretak D på mange måter ligner Foretak C i den forstand at det er et lite foretak som er desentralisert i formen, er forskjellene mellom de to foretakene store. Historisk sett har det ikke vært den samme typen av fremvekst av sykehus i dette området og samarbeidsinitiativet som kom før reformen viser at man her forstod og var interessert i å gjøre noe nytt og noe sammen for å sikre eksistensgrunnlaget. Kravene om besparelser fra det regionale helseforetaket har like fullt medført en viss form for konflikt, siden man ved de ulike institusjonene er bekymret for nedleggelse eller store endringer som medfører et mindre tilbud og tapte arbeidsplasser. I likhet med Foretak C kan ikke Foretak D tilby alle former for spesialiserte helsetjenester og er derfor avhengig av et samarbeid med de to større foretakene, A og B, i helseregionen.

Sett ut fra et rasjonalistisk perspektiv medfører strukturen i Foretak D at mange av de aspektene som er viktige for lederrollen i foretaket ligner på de i Foretak C. Lederen i Foretak D må også fokusere på samarbeid med de andre foretakene i forbindelse med helsetjenester som foretaket ikke kan tilby. Det er også viktig for denne lederen å arbeide med å skape en lik kultur mellom de ulike institusjonene som har vært vant med å forholde seg til to ulike fylkeskommunale administrasjoner og styrer. Slik sett er Foretak D forskjellig fra Foretak C. I Foretak C har det vært store konflikter i forbindelse med arbeids- og funksjonsforedeling og eventuelle omorganiseringer og nedleggelse. Dette er også til en viss grad tilfelle i Foretak D og blir slik sett en viktig oppgave for topplederen spesielt i forbindelse med innføringen av reformen. Samhandlingen mellom endringene som reformen og det regionale foretaket ønsker og samarbeidsplanene for området som allerede var initiert før reformen, er også viktig å få til å fungere for topplederen i Foretak D.

### **Forskjeller og likheter mellom de strukturelle betingelsene i de ulike foretakene**

Gjennomgangen av de strukturelle betingelsene i de ulike foretakene viser at betingelsene for å utøve ledelse er forskjellige i de ulike foretakene. Forskjellene handler om at det i utgangspunktet før innføringen av reformen er ulik struktur i foretakenes områder, men også at reformen har medført større endring i de mer desentraliserte og mindre foretakene enn i de større foretakene som har en mer sentralisert struktur. Likheten mellom de strukturelle betingelsene er blant annet at alle foretakene har gjennomgått endringer i forbindelse med

reformen og at samtlige toppledere må jobbe med å skape en enhetlig kultur og styringssystem som gjelder for hele foretaket. En annen likhet er at samtlige toppledere må forholde seg til en struktur som det regionale foretaket og sentrale politikere fremmer, slik jeg forklarete i forrige kapittel. De er også alle toppledere for organisasjoner som er befolket av eksperter, og de må slik sett finne måter å lede ekspertene på.

## **KAPITTEL 6: HVORDAN OPPFATTER TOPPLEDERNE I DE LOKALE HELSEFORETAKENE UTFORDRINGENE SOM MØTER DEM?**

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for de funnene som kom frem gjennom intervjuene av fire administrerende direktører i fire forskjellige lokale helseforetak. Jeg har valgt å dele kapitlet opp slik at jeg tar for meg ett foretak om gangen, kapitlet er delt inn i fem deler. De fire første delene tar for seg hvert av de foretakene som jeg tar for meg i denne studien. Jeg vil kort si noe om bakgrunnen til administrerende direktør, men legger ikke stor vekt på dette, da jeg har anonymisert kildene mine slik jeg har diskutert tidligere i oppgaven. Videre vil jeg gå inn i intervjumaterialet. Her vil jeg legge fokus på hvilke krav, eksterne og interne, som lederne legger frem, og hvordan de oppfatter disse kravene. Jeg vil diskutere dette i lys av det konstruktivistiske perspektivet på ledelse i kontrast til det rasjonalistiske perspektivet på ledelse. I den siste og femte delen av dette kapitlet vil jeg diskutere hvordan de fire administrerende direktørene oppfatter utfordringene som møter dem og se på likheter og forskjeller dem i mellom. Gjennom denne diskusjonen vil jeg belyse studiens problemstilling som tar opp om topplederrollen har forandret seg og i så fall om den har forandret seg forskjellig i de ulike foretakene.

### **Foretak A**

Jeg har valgt å kalle direktøren i Foretak A "Arne". Arne er utdannet innenfor økonomiske fag og har yrkesbakgrunn fra det private næringslivet. Det første Arne begynner å snakke om er utfordringen som ligger i det å skulle lede en organisasjon som består av det som tidligere var flere enkeltinstitusjoner. Han uttrykker seg slik:

"Det har vært svært utfordrende å komme inn og være med på å strukturere om hele Foretak A. Å få de elleve tidligere institusjonene til å bli en enhet har vært en kjempeoppgave" (Arne intervju 5).

Arne viser her at han er fokusert på de strukturelle endringene som må finne sted etter reformen. Sett ut fra et rasjonalistisk perspektiv på ledelse er det nettopp strukturen som står i sentrum for lederrollen, slik jeg viste i forrige kapittel. Det er strukturen som styrer hvordan man kan lede. Sett ut fra dette perspektivet vil omorganiseringsprosessen hvor man skaper en enhetlig organisasjon være preget av at man skal skape en organisasjon som er oversiktlig og hvor de ulike strukturelle linjene er klare, dette skal også gjøres mest mulig økonomisk effektivt. Ser man det derimot fra et konstruktivistisk perspektiv, vil det ikke være så interessant hvordan man omstrukturerer, men hvordan dette oppfattes av blant annet de

ansatte. Her vil ikke de ulike institusjonene være et hele for det er oppfattet slik, det er ikke tilstrekkelig å bestemme at det er sånn. Når man som toppleder sier at dette har vært en vanskelig prosess, kan det være fordi det på den ene siden er problematisk å finne en måte å gjøre dette på som blir mest mulig økonomisk effektiv, mens man på den andre siden også skal i vare ta ulike hensyn hva gjelder identitet og forståelse av hvem er vi, blant de ansatte og ute hos brukerne som ikke lengre skal til en navngitt institusjon som de kjenner fra før, men til Foretak A, som er noe nytt og ukjent. Slik sett blir dette en lederoppgave som er en utfordring ikke bare internt i forhold til omstrukturering og i forhold til ansatte, men også en ekstern utfordring blant annet i forhold til brukerne av foretaket.

Arne har bakgrunn fra det private næringslivet, ut fra et konstruktivistisk perspektiv kan man vente at han ser verden i forhold til den identiteten og rolleforståelsen han sitter inne med. Han sier selv at han ser forskjeller nå som han er leder innenfor det offentlige. En for ham, ny utfordring er problematikken som ligger i det at de lokale helseforetakene tar seg av utformingen av helsetjenestene, men at dette skjer ut fra rammene som blir gitt fra det regionale foretaket og departementet som styres av Stortinget:

”Det å være administrerende direktør det er også frustrerende...latter... for det altså er betingelser som endrer seg hele tiden, fra statsbudsjett til statsbudsjett. Og i det ene øyeblikket skal vi øke aktiviteten, og i det neste øyeblikket skal vi redusere aktiviteten. Når vi får beskjed om å holde oss innenfor et budsjett og foreslår å endre på aktivitet, så får vi beskjed om at det får vi ikke lov til. Sånn at det som er vanskelig er, ja, for jeg har aldri levd i en sånn verden hvor det har vært så mye ting som påvirker og endrer hverdagen din hele tiden da”(Arne, intervju 5).

I denne uttalelsen viser han til at det som leder, kan være problematisk å lede en organisasjon hvor kursen for hva man skal gjøre og under hvilke betingelser, er under stadig endring. Det at de lokale foretakenes økonomiske rammer stadig er under forandring, skaper problemer for en langsiktig tankegang og investering. Stadige endringer vil heller ikke gi foretakene og dens ledelse den arbeidsro som kanskje hadde vært ønskelig. Hva medfører dette for hvordan man kan utøve ledelse? Sett ut fra et rasjonalistisk perspektiv vil man her se at strukturen til en viss grad er ustabil og ukontrollerbar, noe som medfører at man må legge andre typer av strategier for hvordan man skal forholde seg enn hvis det hadde vært mer forutsigbart. Denne type struktur medfører dermed en viss type av lederatferd og lederoppgaver. Sett ut fra et konstruktivistisk perspektiv vil man ikke være så opptatt av hvilke oppgaver denne typen av struktur vil medføre, man vil heller spørre om hvordan lederen og de ansatte oppfatter dette og hvilken rolleforståelse dette medfører for lederen.

Reformen skulle være med å ta vekk den politiske innblanding på detaljnivå slik det ofte var før, men skaper fortsatt det politiske elementet problemer for langsiktig tankegang og endringsmuligheter innenfor sykehusverden? Det at Arne ikke har erfaring fra sykehusverden, har også vært en utfordring for ham. Han har brukt mye tid på å sette seg inn i den komplekse organisasjonen et sykehus er, for å forstå denne bedre. Han tar også opp all kompetansen som finnes innenfor sykehuset og at denne ikke alltid har blitt brukt på en like hensiktsmessig måte, da det slik han ser det, har vært mangel på ledelse i sykehuset. Har dette noe med hans syn på hva ledelse er for noe? Videre ser han på at det tilsynelatende er stor mangel på respekt mellom de ulike yrkesgruppene ved sykehuset.

”Jeg må innrømme at da jeg kom inn her, var jeg overrasket over hvor, kanskje stygt å si det, jeg følte at det var lite respekt for andre mennesker her på huset, og det synes jeg var en merkelig tanke. I det hele tatt at man ikke skal respektere hverandre på like fot og at alle er med på å gjøre en jobb for å få dette her til altså. Sånn at det at jeg kom inn og sa at dette her kan ikke jeg få til aleine her må vi stå sammen, og gjør vi ikke det, så kommer vi til å bli god. Og at de, ja, det tror jeg altså var en litt sånn ny tankegang for dem. At her var vi faktisk ikke to fløyer som var mot hverandre, men vi stod sammen. Og jeg opplevde det kanskje litt enkelt på en måte, for jeg følte vel at den gamle ledelsen var i konflikt med en av de viktigste gruppene våre, legene, og det er klart at når de er det, så er det lett for meg å komme inn med min måte å kommunisere på og få til et godt forhold da for å få de med i stedet for imot meg”(Arne, intervju 5).

Her tar han opp utfordringene om at en kompleks organisasjon som et helseforetak, som består av mange ulike yrkesgrupper, må jobbe sammen for å oppnå målene. Han tar også opp hvordan han finner det viktig at han har respekt hos de ulike gruppene ved sykehuset, og da kanskje spesielt legene, siden det har vært et problem tidligere. Det å skape respekt mellom de ulike yrkesgruppene og i forhold til ledelsen, anser Arne som en viktig utfordring det må gjøres noe med. Når jeg spør om mangelen på respekt oppleves som en profesjonskamp, oppfatter jeg at han ser på det som en kamp mellom de ulike profesjonene, hvor alle parter er like ”flinke”. Han ser på det å gjøre noe med denne kampen som en viktig utfordring i forhold til å gjøre noe med de interne forholdene i foretaket. Sett ut fra et rasjonalistisk perspektiv kan man anse dette som viktig, da det vil være med på å gjøre at strukturen fungerer bedre. Man trenger ikke respekt for at de ulike ansatte som individer skal ha det bedre, men for at systemet skal fungere bedre. Ser man det derimot ut fra et konstruktivistisk perspektiv er det viktig å ha respekt mellom de ulike ansatte og respekt hos de ansatte for ledelsen, siden dette er et uttrykk for relasjonene dem imellom. Det viktige er ikke hva de ulike ansatte faktisk

gjør, men hvordan dette oppfattes. Når handlingene oppfattes som å være respektløse, er de respektløse sett ut fra dette perspektivet. Da trenger man å gjøre noe med handlingen slik at den oppfattes annerledes. Arne mener at det er viktig å få de ulike profesjonene til å jobbe sammen hvis foretaket skal fungere. Han uttaler seg slik om forholdene:

”Jeg syntes det var mangel på respekt for alt egentlig, fordi de er ja, det er nok litt profesjonskamp inne i bildet. Og der er de jo alle sammen like gode, synes jeg, fordi da, ja, alle sammen planlegger sine ting. Sykepleierne sitter på den siden og så legene der borte, men å se på dette samlet, er jo altså, ja, det kan de ikke skjønne hvorfor vi skal gjøre. Og jeg blir jo bare fortvilet og forbannet for å si det sånn, men folk skal slippe, ja, du har en jobb du skal gjøre på en avdeling. Klarer du ikke å planlegge ressursene sammen, da må det jo gå galt da. Plutselig står man fullt med bemanning bortsett fra at legene har reist på tur eller sykepleierne eller noe. Det blir jo helt galt altså. Så, nei, det er klart at dette her med respekt, der følte jeg det var manglende respekt fra ledelsen til legene, fra legene til ledelsen, sykepleierne til legene, ja, altså på alle mulige kanter og veier her altså...”(Arne, intervju 5).

Arne tar i forbindelse med at det er en kompleks organisasjon han leder, opp hvordan delegering har fungert og fungerer og hvilke utfordringer og forventinger som møter ham i denne forbindelse. Da han var ny i jobben, fikk han en telefon fra en av mellomlederne som ledet en avdeling med over 500 ansatte. Ved avdelingen var det en kontoransatt som sluttet, og mellomlederen lurte på om han kunne få ansette en sykepleier i stedet. Arne ble overrasket over hvordan en som skulle lede 500 ansatte, ikke hadde frihet til å disponere ressursene sine. Dette så han som en utfordring hvor endringer måtte gjennomføres. Sett ut fra et rasjonalistisk perspektiv er det viktig å ha et system som i vare tar effektivitet og gir klare rammer for hvem som tar seg av hva. Slik systemet var før reformen, hvor enhetene var mindre enn de er i dag og det i større grad var mulig å drive en mer direkte form for ledelse, var denne formen for ledelse med stor grad av kontroll hva gjelder enkeltsaker mulig. Etter reformen er dette mer problematisk siden topplederen er leder for en mer kompleks og en større organisasjon. Administrerende direktør må heller ikke etter reformen i samme grad som tidligere, svare for enkeltsaker til styret. Noe som gjør at det blir enklere å delegere dette bort. Sett ut fra et konstruktivistisk perspektiv kan det at man gir dette ansvaret til underliggende ledere være et symbol på tillitt og forståelse som kan være viktig i relasjonen mellom toppledelsen og lederne i nivåene under. Handlingen kan med andre ord både sees som et effektiviseringstiltak og et tiltak for å fremme bedre relasjoner mellom topplederen og resten av organisasjonen. Ønsket om å delegere og dermed i større grad gi frihet til de underliggende lederne kan også sees som et forsøk på å skape begeistring for endringsprosessene foretaket går gjennom. Arne

må i følge Lewins teori evne enten å redusere motkreftene for endring eller forsterke drivkreftene for endring, hvis endring skal finne sted.

Arne er også fokusert på hvordan administrasjonen skal forholde seg til det lokale helseforetakets styre. I denne forbindelse kommer han inn på at han synes han får for lite oppbakking fra styret i sin rolle som toppleder. Han synes også styret i altfor stor grad fokuserer på detaljer og ikke på de overordnede linjene, og at administrasjonen må rapportere på uvesentlige saker og bruke for mye tid på disse. Arne mener at noe av forklaringen til disse problemene, kan ligge i at styret ikke har den kompetansen som er påkrevd for et styre for et helseforetak og at det ville vært enklere og bedre hvis kompetansen i styret hadde vært annerledes. Han mener at en annen kompetanse ville skapt en bedre forståelse for hva som er viktig innenfor driften av et helseforetak og kompleksiteten som ligger i denne driften:

”Og det følte jeg at var litt frustrerende til og begynne med. Jeg oppdaget jo at de forstår ikke kompleksiteten og bredden i det de har blitt satt til å styre, så i styremøtene så hengte de seg opp i detaljer i stedet for å se på de store overordnede linjene, følte jeg. Og det følte jeg ganske frustrerende, for jeg gikk inn i styremøtene for å få en god, overordnet diskusjon og støtten og bakkingen som jeg trengte å ta det tilbake til organisasjonen. Den var det jeg ikke fikk, fordi at de hengte seg opp i detaljer” (Arne, intervju 5).

Da det var utskiftninger innefor styret en tid tilbake, håpet direktøren at man ville få inn en annen kompetanse i styret, gjerne noen med internasjonal erfaring fra sykehusdrift. Men dette ble ikke tilfelle. Man rekrutterte en kommunelege og en lokalpolitiker. Dette medfører i Arne sine øyne at styremedlemmene fortsatt bare ser de områder og problemer som er aktuelle for dem selv eller den gruppen de representerer, i stedet for å fokusere på de mer overordnede aspektene ved driften av foretaket og å hjelpe ham i rollen som toppleder:

”Det betyr jo at de fortsatt kun ser sine områder og har problemer med å se den kompleksiteten vi har sånn. Så jeg føler nok at det har vært en kjempevanskelig oppgave og den, den er en stor utfordring for meg fortsatt. Det å få styret til å skjønne hva jeg trenger av bakking og hjelp for å kunne gjøre en best mulig jobb i den posisjonen jeg sitter” (Arne, intervju 5).

Arne er opptatt av at styret helst kun skal legge premissene for strukturer og strategier, og ikke legge seg opp i detaljer på hvordan disse utformes. Ut fra et rasjonalistisk perspektiv kan dette forstås i lys av at han som leder da ikke har like god kontroll over strukturen og hvordan organisasjonen skal utformes som ønsket, og at dette tar bort noe av det som han synes er viktig i forhold til lederrollen hans. Mens et konstruktivistisk perspektiv vil være med



å belyse at det er identiteten til de som er i styret, som skaper problemer. Har de en rolle i styret som i all hovedsak i vare tar foretakets interesser, eller har de en rolleforståelse hvor profesjon og andre tilknytninger kommer i fremste rekke? Arne etterlyser også en større grad av oppbakking for rollen sin som administrerende. Denne handlingen er kanskje ikke så viktig i forhold til hva den gjør, kanskje mer hva den symboliserer, og hvordan den oppfattes. Det kan være ensomt å være toppleder og da kan det være viktig å få en form for støtte fra styret. Dette er lett å forstå hvis man ser på relasjonen mellom toppleder og styret ut fra et konstruktivistisk perspektiv, siden dette perspektivet legger vekt på prosesser og relasjoner.

Arne legger i tillegg til de mer interne utfordringene og utfordringene i møte med styret, vekt på utfordringer som han møter fra eksterne forventinger eller krav. Et av problemene som ble aktualisert av sykehusdirektørene før reformen, var detaljstyringen fra politisk hold. Dette ønsket man å fjerne ved innføringen av reformen. Men har man klart det? Arne tar opp nettopp at det er forstyrrende med innblanding fra politisk hold:

”Daglig får du jo tilbakemeldinger om ting som du må gjøre annerledes, de detaljstyrer. De kommer inn i det som egentlig er vårt ansvar i forhold til hva som vi skulle gjøre. Det gjør at jeg føler at det kan være litt vanskelig, og som jeg tror kan være en kjempeutfordring i forhold til om vi lykkes med reformen eller ikke. For når politikere ønsker å gripe inn i den daglige driften og ikke gjør jobben sin med å tenke langsiktig, men heller tenker mer kortsiktig på egen gevinst, for det er det de gjør når de begynner å gripe inn i hverdagen, så føler jeg at dette her blir vanskelig å få ut de effektene som var hensikten med hele reformen da”(Arne, intervju 5).

Her viser Arne til noe av det som har vist seg problematisk etter reformen, nemlig at det fortsatt er en politisk inngripen, at det bare har flyttet seg fra fylkeskommunalt nivå til Stortinget. Hvorfor opplever Arne dette som problematisk? Kan det forklares med at strukturen i organisasjonen blir uforutsigbar og vanskelig å kontrollere og dermed ikke like enkel å lede, eller kan forklaringen ligge i at identiteten til organisasjonen ikke blir slik som det var forventet? Kanskje Arne ikke opplever at foretaket blir et foretak slik han ønsker når den politiske inngripen er for stor. Med en sterk grad av politisk inngripen blir det i større grad snakk om en organisasjon som er en del av den politiske hverdag, enn et foretak i næringslivsmessig tankegang og forståelse.

Det kan også være at dette er vanskelig siden det er en enveis kommunikasjon mellom det politiske hold og foretakene. Før reformen var det ikke bare politikerne som blandet seg opp i hvordan man organiserte og ledet sykehusene. Ledelsen ved sykehusene kunne også blande

politikerne inn i driften når de ønsket å fremme synspunkter og få politisk støtte for disse. I dag skal man ikke gjøre dette, noe Arne opplever problematisk. På den ene siden mener politikerne noe om hvordan sykehusene blir drevet, på den andre siden skal man ikke informere eller invitere dem til sykehuset for at de skal se hva man gjør, fortelle noe om hvorfor, og hva man ønsker å gjøre på sikt.

De lokale helseforetakene har ansvar for sekundærhelsetjenestetilbudet, mens det er kommunene som har ansvar for primærhelsetjenestetilbudet. Skillet mellom disse helsetjenestetilbudene kan noen ganger oppfattes som kunstige, og det er i Arnes øyne viktig å få i stand et fruktbart samarbeid mellom de to partene. Dette har vist seg ikke alltid å være like enkelt. Hvorfor anser Arne det som viktig å ha et slikt samarbeid, og hva kan være problematisk med dette samarbeidet? Samarbeidet er viktig hvis man ønsker å skape velfungerende strukturer som er økonomisk effektive. Pasienter trenger ofte hjelp fra både sekundærhelsetjenesten og primærhelsetjenesten, som for eksempel en eldre dame, som ender på sykehus med brukket lårhals og etter operasjon skal videre til et aldershjem. Hvordan fungerer denne overgangen, hva skal behandles hvor og hvem skal betale for hva? Har man innarbeidede systemer og rutiner for alle slike forhold vil dette fungere bedre, mener Arne. Det er også områder hvor helsetjenestene ikke bare kan avklare hvor skillelinjene går for hvem som skal gjøre hva, men også samarbeide om tjenester, personell og lokaler hvor dette finner sted. Det kan like fullt være problematisk å bli enige om hvordan man skal organisere slike forhold. Siden man med reformen ikke har kommet med noen klare retningslinjer på at man skal gjøre noe med dette, kan det være at dette blir nedprioritert i en ellers travel hverdag. Hvorfor dette samarbeidet er problematisk kan også forklares ved at det er gitte rolleforståelser for hvordan noe skal være både ved sykehusene og de kommunale helsetjenestene. Sett ut fra logikken om det passende, kan man anse at det er visse oppgaver man opplever at er en del av jobben ens og andre oppgaver som ikke er det. Det er også mulig at man opplever at det ikke er en del av ens profesjonelle identitet å samarbeide med alle parter. Er det motvilje til et slikt samarbeid innad i organisasjon, kan det være vanskelig å finne ut hvordan man skal skape en slik endring.

Arne synes ikke at det bare er kommunikasjonen med politikerne som er problematisk. Han påpeker også at selv om kommunikasjonen med det regionale foretaket på mange måter er bra, så kunne det vært bedre:

”Jeg føler at vi har en veldig god dialog mot RHF<sup>7</sup> og at vi har fått et veldig godt samarbeid, selv om jeg godt kunne tenke meg å få det til enda bedre, enda tettere, og at vi kanskje var med på å sette dagsorden for RHF enn det jeg føler vi er i dag. Fordi at det er jo vi i HFene<sup>8</sup> som er de utøvende, og vi som vet hvor skoen trykker, og det er vi som har den beste kompetansen på veldig mange områder, og der føler jeg vel at RHF er i ferd med å bruke oss mye mer og ser at det nettopp er vi som har kompetanse”(Arne, intervju 5).

Det at det er de lokale helseforetakene som utformer helsetjenestene, men at det er de regionale helseforetakene som utformer strategiene. Det blir derfor viktig at det er samsvar mellom forståelsen av hvordan situasjonen er, og hva man ønsker for fremtiden. Det må være et samsvar mellom strukturelle ønsker og behov og den identiteten som de ulike delene av helsetjenesten skal ha og faktisk har. Samarbeidet med det nivået det regionale helseforetaket representerer, er en av de nye utfordringene som har blitt aktuelle etter innføringen av sykehusreformen.

I tillegg til det politiske elementet og det at man er en del av en ny struktur, tar Arne opp utfordringene han møter i forhold til media. Han vektlegger hvordan det er å lede en organisasjon som har så stor samfunnsmessig interesse, og dermed er i søkelyset til journalister. Han føler at den tidligere ledelsen før reformen var altfor tilbaketrukne i forhold til media. Nå har de en mer proaktiv holdning til media, ”nå går vi mer ut enn det vi har gjort tidligere og sitter ikke her og liksom bare teller opp hvor mange oppslag det har vært i avisen om oss” (Arne, intervju 5). Sett ut fra et konstruktivistisk perspektiv og tankegangen til Weick er det interessant å se på hvordan foretaket ønsker å skape seg selv gjennom å skape sine omgivelser. Ved å være aktiv via media er man med og skaper det inntrykket som befolkningen sitter inne med av sykehuset og driften der. Hvis man ikke selv er aktiv, har man liten eller ingen kontroll med det inntrykket omgivelsene sitter igjen med. Men selv om man har et mer aktivt forhold til informasjonsarbeid, ser Arne fokus på enkeltsaker, som er typisk innenfor deknningen av sykehusstoff, som en stadig utfordring for foretaket:

”Fordi det som ofte når det kommer frem enkeltepisoder i media, så kommer det ting som ikke vi kan svare på. Vi vet at historien er en annen, men vi kan ikke gå ut med det. Sånn at det jeg synes er synd, er at det er ekkelt og synd er at sånne enkeltepisoder blir fremstilt i media på en måte som blir helt feil, veldig ofte faktisk” (Arne, intervju 5).

---

<sup>7</sup> RHF er en forkortelse for Regionale Helseforetak

<sup>8</sup> HFene er her en forkortelse for de lokale helseforetakene.

Her tar Arne opp en av utfordringene med informasjonsarbeidet i en organisasjon som et sykehus, hvor det er mulig for den enkelte pasient å gå ut med sine synspunkter, men hvor sykehuset er begrenset av taushetsplikt.

Slik det går frem av kapittel fire i denne oppgaven, var det før reformen ikke bare et problem med at pasienter gikk ut i media, men også at ansatte ved sykehusene gikk ut og uttalte seg om sykehuset og driften til media. Hvordan oppfatter direktøren dette i dag, etter reformen hvor man ønsker å skape klarere linjer og bedre kommunikasjon?

”Hvis det skjer, så går jeg på personen og sier at dette her aksepterer jeg ikke en gang til. Nei, for her skal vi gå linjen, og her skal vi ta tingene internt. Og jeg aksepterer ikke at man tar opp ting som går på arbeidsforholdet, at de ikke får det utstyret de vil ha og sånne ting. Nei, det aksepterer jeg bare ikke. Og jeg har sagt når jeg har hatt sånne episoder at var dette i min forrige jobb, så hadde dette vært oppsigelsesgrunn, dette med illojalitet i forhold til ledelsen. Men det altså, det føler jeg at det er ikke ofte at jeg opplever det nå, altså. Men når det går på fag og det medisinske og slik, så må de jo gå ut, for det er jo jobben deres, det kan ikke vi gjøre. Men måten vi jobber på og måten vi prioriterer på, det skal være internt. Jeg skal ikke ha en sånn diskusjon i media, det aksepterer jeg ikke” (Arne, intervju 5).

Her tar Arne opp forskjellene i hvordan man har forholdt seg til informasjonsarbeid og ressursdebatter i sykehusene og i det private næringsliv slik han har erfaring med fra før av. Er Arne sitt syn på informasjonshåndteringen en konsekvens av hans tidligere yrkeserfaring? Man kan se det slik at den nye informasjonsstrategien er mer i tråd med den man kjenner fra det private næringsliv og at det her har skjedd en endring etter reformen. Denne endringen har vært mulig siden de administrerende direktørene i de lokale helseforetakene i større grad enn tidligere har frihet til å utforme lederkontrakter mellom dem og de under dem, og fordi de har mulighet til å styre ressursene slik de selv ønsker. Vil de utvide en informasjonsavdeling, er dette mulig uten at det må gjennom en politisk prosess. Det er også tenkelig at de profesjonelle styrene ser annerledes på informasjonsformidling enn hva de politiske styrene før reformen gjorde. Dette kan komme av at de har en annen forståelse av hvilken struktur man ønsker, men kan også være begrunnet i identitetsforståelse.

Foretak A er som tidligere nevnt det største av de fire foretakene jeg ser på. De fire foretakene ligger i den samme helseregionen, og det blir dermed ut fra reformen forventet at det er en viss form for samarbeid og funksjonsfordeling dem imellom. Arne føler at det er et godt samarbeid, og han anser ikke de andre som konkurrenter, men føler at de kanskje ser på Foretak A som en konkurrent:

”Jeg føler ikke det som noe problem, men jeg tror nok kanskje de andre føler det som et litt større problem. Og jeg må nok innrømme at jeg føler det i noen diskusjoner når vi har dette her direktørmøtet. Ja, at de er redd for at her vil Universitetssykehuset komme inn og ta de. Men så sier jeg at det er jo ikke det jeg ønsker, jeg kan også gi fra meg ting hvis vi kan klare å få dette her bedre til. Men de tror ikke det. For ja, vi har jo det sterkeste miljøet på veldig mange områder. Så sånn sett skjønner jeg at de er redde. Og jeg føler det av og til, men jeg føler det jo ikke som noe problem”(Arne, intervju 5).

Ut fra de uttalelsene Arne kommer med hva gjelder samarbeid og konkurranse mellom de lokale helseforetakene, oppfatter jeg det ikke dit hen at han opplever dette som en utpreget utfordring i sin lederrolle, slik jeg kanskje hadde forventet ut fra sykehusreformen. Dette kan komme av at han som leder av det største foretaket, med tilknytning til universitetet, har en annen identitetsforståelse enn lederne av de mindre foretakene. Det kan også være at strukturen rundt dette foretaket er mer stabil enn det er for de andre. Hvis de sitter inne med ekspertkompetanse på gitte områder, vet de at de andre foretakene ikke kan ta fra dem slike funksjoner.

Etter å ha hørt på hvilke utfordringer Arne ser for rollen sin og driften av foretaket, spør jeg om han opplever at utfordringen han ser fra interne forhold og de som kommer mer fra de eksterne kanaler, oppleves å stå i konflikt med hverandre. Arne mener at det helt klart ligger en stor utfordring nettopp i at de ulike forventningene fra organisasjonen internt ikke alltid er like lett å forene med de forventningene som kommer fra eksterne aktører.

Arne har lagt stor vekt på å omstrukturere organisasjonen og ledelsen ved denne for å møte de utfordringene organisasjonen møter etter reformen og de utfordringene som ligger til rollen som toppleder. Han søker å skape en organisasjon som kan fungere i forhold til de forventningene og kravene som reformen gir, og som kan fungere for ham som leder. Ser man på organisasjonen og endringsprosessen ut fra et rasjonalistisk perspektiv, er det forståelig at Arne har valgt å fokusere på strukturen og at det er denne som skal være med på å skape endringer for organisasjonen. Det er også via strukturen han kan styre organisasjonen hvis man skal forstå ledelse og organisasjonsprosesser ut fra dette perspektivet. De strukturelle endringene kan også sees som symbolske endringer. Det er ikke sikkert at de strukturelle endringene medfører faktiske endringer for hvordan sykehuset fungerer, men såkalte nye strukturer og nye navn gir et inntrykk av at her er det en ny reform og en ny leder. Det kan være like viktig at de ansatte og brukerne tror at det er en endring, som at det faktisk er en

endring. Ser man det fra et konstruktivistisk perspektiv, vil det nemlig ikke være skjedd en endring før det er oppfattet at nettopp dette har skjedd.

For å forstå hvordan lederen oppfatter utfordringene i foretaket, er det sentralt å forstå hva lederen oppfatter som ledelse. Hvordan man oppfatter ledelse, kan være med å forklare hvordan man oppfatter sine oppgaver i en situasjon. Arne definerer ledelse som:

”Ledelse altså, det er jo mye, men det er jo det å lede andre mennesker til å være med på å forstå og jobbe mot det samme målet. Og det er jo da hvordan og hva vi legger i det, er jo ansvarliggjøringen blant annet for hvilket ansvar de har og hva jeg forventer og hvordan de skal jobbe både med personal og pasienter, så det er jo et personalansvar å jobbe med strategier, og med det har det kommet et annet ansvar enn det de måtte ta tidligere” (Arne, intervju 5).

Arne legger sterk vekt på delegering av oppgaver og ansvar og ser på topplederrollen som en strategisk rolle, hvor man skal være med på å skape en velfungerende struktur hvor de ulike aktørene blir ansvarliggjort.

”...ansvarliggjøre lederne mine, skrevet skriftlige avtaler med dem. Nå har det begynt å gå opp for dem at det er noe annet å være leder i dag enn det var for et år siden.... Men så har de blitt litt redde også sant, for nå har de fått lov til dette her, (styre egen ressursbruk) men da forventer også jeg med de rammene du har, at du oppnår det resultatet som du har lovd, og det liker de ikke helt, for tidligere har de bare kunne skyve hele greien fra seg. Nå er det snakk om at vi ønsker å bruke, eller vi vil beholde overskuddet vårt, og da sier jeg, det er vel og bra, men jeg tror ikke fordelingene mellom enhetene er korrekt i dag, det er historiske fremskrivninger akkurat slike det er på nasjonalt nivå, så da sier jeg, jeg tror du har for godt budsjett! Og du tror jeg at har for dårlig budsjett” (Arne, intervju 5).

Arne søker å løse de interne utfordringene ved å delegerere. Med delegering mener han at det er sentralt å ansvarliggjøre. Dette gjør han blant annet med hjelp av lederkontrakter med nivået under toppledelsen og ved at dette nivået får økonomiske friheter, men også ansvar for å imøtekomme de kravene som ligger til den gitte avdelingen. Ser man delegeringen av ansvar ut fra et rasjonalistisk perspektiv, ser man at ved å skape klare strukturer og inngå avtaler om hvilke oppgaver og betingelser som ligger til de ulike rollene, skaper man en organisasjon hvor det er de ulike rollene som er sentrale, organisasjonen blir slik sett ikke personavhengig. Ved å gi de ulike rollene under topplederen klare rammer skaper man også tydeligere identitet og rolleforståelse. Dette kan være fornuftig sett ut fra et konstruktivistisk perspektiv, siden man ved dette skaper en tydelig relasjon mellom toppleder og de underliggende lederne.

Arne sier at han ser på topplederrollen sin internt som en delegeringsrolle. Han skal delegere ansvar og penger og se helheten organisasjonen er. Men han ønsker i liten grad å legge seg opp i den daglige driften av de underliggende avdelingene eller de faglige prioriteringene og valgene. Det kan være at han har dette synet på lederrollen sin, da han er toppleder for en stor organisasjon som bærer sterkt preg av å være befolket av eksperter og avhengig av disse. Det er umulig for ham som økonom og skulle ta de faglige valgene. Dette er det ekspertene innenfor de ulike feltene som må gjøre. Arne er derimot opptatt av at han som toppleder har en sentral rolle i å profilere foretaket utad.

Han fokuserer på hvordan han kan presentere foretaket i forhold til media og befolkning og være aktiv på dette området. Han ønsker at det skal være tydeligere hva de driver med og hva man kan forvente seg som pasient.

”Vi skal ha et eget bilag til avisen neste fredag, ja, for å fortelle om oss selv. Dette fordi jeg fikk jo veldig mye tilbakemeldinger fra dette her tv-programmet vi hadde, det var folk som så at jøss, er det sånn det er. Og jeg følte jo selv også før jeg begynte her altså, det var skremmende hva foregår innenfor disse fire veggene inne på sykehuset. Men når du viser det frem og er litt åpen, så skjønner man jo mer hva det er for noe og hvilke utfordringer vi har også. Og man blir tryggere til hva man går til hvis man kommer hit som pasient, for det er jo veldig mange som kommer innom da faktisk” (Arne, intervju 5).

Arne ser det også som viktig å skape gode fora for informasjonsutveksling og debatt med det politiske nivået og det regionale foretaket. Han ser på dette som viktig, da det er med på å skape muligheter for endringer og gjør prosessene mer åpne. Sett ut fra et konstruktivistisk perspektiv er det sentralt for leder å være med på å skape et bilde av organisasjonene ute i omgivelsene. Sett ut fra dette perspektivet er man også opptatt av hvilke forventninger omgivelsene stiller til organisasjonen og ledelsen. Ut fra dette perspektivet er man også mer opptatt av hva slike tiltak i media uttrykker, enn hvilke resultater de faktisk gir. Det å ta del i en tv satsning og gi ut bilag med avisen er uttrykk for at man ønsker å profilere seg og gi ut kunnskap til omgivelsene om hva det er foretaket driver med, og hva man kan forvente seg som pasient. Det at foretaket velger å gjennomføre disse tiltakene, kan man også anta at vil være med på å forme omgivelsene sin oppfatning av dem. Det er også mulig for Arne å benytte denne strategien, fordi det etter reformen er mulig for ham som sykehusleder å benytte midler til dette uten å spørre politikere om tillatelse. Fordi sykehusene er søkt avpolitisererte, vil heller ikke slike fremstøt nødvendigvis oppleves som politikk av befolkningen, men heller som informasjon. I området til Foretak A er det ikke er snakk om store nedleggelsler og omorganiseringer som oppleves som konfliktfylte av omgivelsene, slik

det er i noen av de andre foretakene i denne studien. Hadde det vært slik, hadde det sikkert vært mer problematisk å komme ut med informasjon, da folk muligens hadde vært mer skeptisk til endringer i forbindelse med reformen og informasjon.

Slik jeg forstår Arne, ser han seg selv som i hovedsak å være en kommunikator mellom ulike nivåer og interesser og en som skal være med på å delegere oppgaver via strukturer som han skaper under de premissene denne type organisasjon setter. Arne er opptatt av at han som toppleder, og foretaket er brikker i spillet forhold til hva det politiske nivået ønsker for helsetjenesten. I forhold til endringsprosesser oppfatter jeg Arne slik at han søker å forsterke drivkreftene for endring ved å gi underliggende ledere større frihet, men også et klarere ansvar. Oppfatter man hans lederstil ut fra tankegangen til teori E om endring kan man se det slik at Arne driver frem endringene via forutbestemte planer og strategier for å maksimere den økonomiske verdien til foretaket. Man kan også forstå Arnes måte å lede på i en endringsprosess ut fra teori O hvor målet med endringen er å utvikle organisasjonen. Arne fokuserer på kulturelle aspekter slik som respekt, og mener at disse elementene er sentrale for at det skal skje en endring.

Ser man Arnes topplederrolle i forhold til de idealtypiske formene for ledelse jeg presenterte i kapittel to, leder som ”administrator”, ”politiker”, ”næringslivsleder” eller ”overlege,” har Arne mye av næringslivsrollen med seg som toppleder. Han er fokusert på økonomisk effektivitet og bruker økonomiske midler når han utøver styring og gir fra seg ansvar og delegerer. På denne måten bygger han sin legitimitet på økonomisk effektivitet. Arne bruker også sine karismatiske egenskaper og er opptatt av et godt arbeidsmiljø. I tillegg til dette er Arne opptatt av sin rolle som kommunikator i organisasjonen og på det å bygge respekt og forståelse mellom ulike grupper.

## **Foretak B**

Jeg har valgt å kalle direktøren i Foretak B ”Ståle”. Ståle er utdannet innenfor statsvitenskapelige fag ved universitetet og har tidligere erfaring fra den politiske sfære. Ståle velger å beskrive rollen sin som toppleder som tredelt. Han har et bevisst forhold til at lederrollen medfører ulike aspekter:

”Jeg deler det gjerne inn i tre deler. Jeg har en viktig kontaktflate opp i mot styret, jeg skal jo betjene styret i forhold til saksbehandling og styrets kontroll med administrasjonen og styrets strategibehandling og styrets økonomioppfølging. Så dette er et ganske viktig aspekt ved jobben min, og jeg legger betydelig vekt på å ha et godt



samspill mellom styret og administrasjon. Det er det ene, det andre, som er ganske viktig, er å pleie og utvikle et regionalt nettverk. Det gjelder både i forhold til høyskolen, regionens næringsliv, i forhold til offentlige myndigheter i området, og det gjelder også utenfor regionen. Og det tredje punktet er jo daglig ledelse av virksomheten, og det er det mest tidskrevende og det mest omfattende, spesielt fordi jeg er jo i en omstillingsfase fortsatt og vil nok være det noen år frem i tid" (Ståle, intervju 6).

Ståle viser til at han legger fokus på å ha en god kontakt med styret og at hans rolle som administrerende direktør er å administrere og videreføre styrets vedtak og ønsker. Han ser seg også som gallionsfigur og nettverksbygger utad, men mest tidskrevende er likevel den daglige driften: "Den løpende daglige ledelse, altså den ledelsen som finner sted i en omstillingssituasjon, er jo den mest krevende" (Ståle, intervju 6). Han synes denne delen av jobben er mest krevende med bakgrunn i omstillingssituasjonen foretaket er oppe i relativt kort tid etter innføringen av reformen. Han fokuserer i denne sammenheng både på økonomiske utfordringer og de mer kulturelle utfordringene som handler om at man skal tenke på en ny måte i forhold til hvordan det var før:

"Det er en betydelig økonomiutfordring ved at man skal ta en virksomhet og tilpasse denne til de løpende utgiftende og inntektene som en har, og der er det lagt inn forutsetninger om betydelige resultatforbedringer, betydelig effektivitetsgevinst, og det må jo bli tatt inn her. Det er også en organisatorisk omstilling i den forstand at det er tidligere selvstendige virksomheter som skal smelte sammen en virksomhet innenfor en organisatorisk ramme, og man skal ta ut synergivirkningene av dette. Og så er det og krevende fordi det nok er flere klinikker og flere klinikkdirektører som opplever at de kommer fra en kultur og en organisasjon til en annen kultur og en annen type organisasjon, der det stilles andre krav enn det ble gjort tidligere" (Ståle, intervju 6).

Her fokuser Ståle både på strukturelle og økonomiske aspekter slik man kan vente ut fra et rasjonalistisk perspektiv. Ut fra dette perspektivet er det slike forhold som er sentrale for lederrollen. Men han fokuserer også på kulturelle aspekter og at organisasjonen gjennomgår kulturelle endringer i forbindelse med reformen. Med dette viser han at han er opptatt av relasjonelle aspekter slik man kan forvente ut fra et konstruktivistisk perspektiv. Han viser også at det å endre organisasjonskultur kan være problematisk og tidkrevende.

Ståle legger også vekt på at det er en utfordring å skape en helhetlig organisasjon av det som tidligere var flere enkeltstående institusjoner. Han er bevisst denne utfordringen for foretaket og han som leder, men synes at utfordringene som går på en ny kultur hva gjelder økonomisk tankegang, er en større og vanskeligere utfordring. Her skiller han seg fra Arne i Foretak A som ikke så dette som et problem. Kan dette kanskje forklares med at Arne som økonom med

arbeidserfaring fra det private næringsliv, er bedre kjent med denne tankegangen? Ståle ser det slik at man går fra et regime til et annet regime, fra en tankegang og styringsform til en ny tankegang og en ny styringsform. Han opplever at det er nye strukturer og en annen form for ledelse som er påkrevd. Dette kan forklares ut fra et rasjonalistisk perspektiv med at den nye strukturen etter reformen krever en annen form for strategi og ledelse enn tidligere. Men det kan også forklares ut fra et konstruktivistisk perspektiv ved at relasjonene er annerledes og språket er nytt. Kanskje er ikke endringene så store som man tror, men de oppleves store fordi man uttrykker seg på nye måter. Etter reformen stiller også eiersiden nye forventinger, og det økonomiske aspektet står hele veien sentralt for hvordan man skal gjennomføre driften av sykehuset:

”Det er et omstillingskrav i forbindelse med helsereformen hvor man skal gå fra et regime til et annet regime som setter andre krav og andre metoder til å jobbe etter. Ja, andre spilleregler å jobbe etter, andre forventinger fra eier.... Det er en betydelig økonomisk utfordring her ..... Jeg regner med at bare fra i år til neste år skal resultatet være i størrelsesorden 100 millioner kroner eller 5 prosent av budsjettet. Den er ganske betydelig!” (Ståle, intervju 6).

Det er ikke bare de økonomiske endringene som skaper endringer for kulturen og tankemåten i sykehuset. Det skal også skje endringer på pasientbehandlingssiden og ventelister skal ned:

”Og så er det en utfordring i forhold til pasientbehandling, og det er kanskje den viktigste i den forstand at man skal effektivisere og få mer igjen av pasientbehandlingen, ja, og kvaliteten er jo stort sett rimelig bra, men kan jo sikkert forbedres, men i forholdet til å få opp antallet eller volumet og få ned ventelistene og få mer flyt i pasientbehandlingen og få en større kundetilfredshet på ulike områder også” (Ståle intervju 6).

Ståle mener at det definitivt skjer endringer og ”at det er en konflikt mellom deler av det gamle og det nye” (Ståle intervju 6), men at man etter reformen har fått en økning i pasientbehandlingen med bruk av de samme ressursene:

”Hvis man ser på pasientbehandlingen, så er det en betydelig økt pasientbehandling, med bruk av de samme ressurser, vi har faktisk behandlet pasienter i fjor og i år målt etter de så kalte DRG<sup>9</sup> poengene, så ligger vi på en økning på mellom 10 og 12 prosent for siste halvår, og vi hadde en tilsvarende økning i 2002” (Ståle intervju 6).

---

<sup>9</sup> DRG står for diagnose relaterte grupper. DRG systemet kommer opprinnelig fra USA, men er modifisert til å passe til det norske diagnose og behandlingssystemet. DRG systemet er en klassifisering av sykehusopphold i det man antar er medisinsk og ressurs tilnærmet homogene grupper. Det finnes for tiden rundt fem hundre diagnoserelevante grupper. Hver gruppe har sin pris, utarbeidet på basis av ulike kostnadsberegninger (Lian 2003:76). Deler av overføringene de ulike foretakene får fra det regionale foretaket, avhenger av hvor mange poeng de oppnår på dette systemet. Hvor stor del av overføringen som er avhengig av dette, har vært ulik fra år til år.

Ståle mener at dette viser at man har fått kontroll over økonomien i en organisasjon hvor dette ikke har vært tilfelle tidligere. Han tror at økonomikontroll er viktig for å skape en større legitimitet og troverdighet i regionen. Dette fokus er forståelig hvis man ser prosessen ut fra et rasjonalistisk perspektiv, ut fra dette perspektivet ligger legitimiteten i at man er økonomisk effektiv. Sett ut fra et konstruktivistisk perspektiv kan man forstå fokus på økonomi og effektivitet ut fra at man ønsker å skape et bilde av foretaket som velfungerende og i endring. Fokus på økonomi og et økonomisk språk kan slik sett også være en del av endringsprosessen bort fra en politisert organisasjon til mer av et foretak i næringslivsmessig forstand.

Relasjonen til omgivelsene ser Ståle som en utfordring han mestrer på en god måte, ved blant annet å ha årlige møter med kommunene i foretakets nedslagsfelt. Han har også jevn og god kontakt med fylkeskommunalt nivå og vertskommunen til foretakets største institusjon. Dette ser han mange fordeler med:

”Vi har mye god kontakt med vertskommunen vår, og har uformell kontakt med både det administrative og politiske, ja på styreledernivå og andre nivå. Og god kontakt med fylkeskommunen, med fylkesordfører og fylkesmann, og jeg har vært i fylkesutvalget og orientert om virksomheten og hva som har skjedd, og sagt og gitt uttrykk for at vi gjerne kan ha halvårlige eller årlige møter. I tillegg er jo dette miljøet en del av mitt gamle kontaktnett, så jeg kjenner det jo veldig godt. Jeg kjenner jo alle stortingsrepresentanter, så jeg altså, ja kontaktflaten er jo variert og brei nok. Men man må jo være varsom, man skal jo ikke misbruke dette. Det bedrives jo ikke lobbyvirksomhet i den forstand, men det er jo klart at det å ha god kontakt med vertskommunen, gjør at hvis vi har bruk for en ny tomt i tillegg til de vi har, så har vi en god dialog på forhånd om dette som vil tjene på, ja, vi er jo en virksomhet som de vil at skal utvikle seg og skal ligge her i kommunen” (Ståle intervju 6).

Det virker som om Foretak B i mye større grad enn Foretak A har kontakt med det lokale og fylkespolitiske nivået. Arne i Foretak A ønsket at dette skulle bli bedre, men hadde ingen klar strategi for hvordan han skulle få det til. Kan kontakten Foretak B har med politikere forklares ved at Ståle har en fortid fra disse fora? Det kan være at Ståle opplever å kunne snakke et språk som politikere forstår og dermed blir kontakten enklere. Det er også slik at dette er gamle venner og bekjente av ham. Det er mulig at Ståle har valgt å bruke mer tid på relasjonen med politikere enn hans kollegaer i andre foretak, fordi Ståle oppfatter dette som viktig ut i fra den bakgrunnen han har. Hva gjør denne kontakten med det politiske nivået for driften av foretaket? Er denne kontakten en form for politisering? Var dette det man ønsket med reformen, eller har man her lagt opp til å blande inn fylkeskommunalt nivå i sterkere grad enn det som var intensjonen med reformen?

I forbindelse med kontakten med den politiske sfære og eksterne aktører, finner Ståle relasjonen til media sentral. Han tror at denne har endret seg etter reformen og synes at dette skaper nye utfordringer for administrasjonen, men at endringene i informasjonsarbeidet etter reformen har vært med å gjøre det slik at interne lekkasjer ikke skjer så ofte som før. Man har med andre ord endret strukturen med ønske om å gi et annet bilde av sykehuset utad til omgivelsene via media. Dette letter muligens topplederrollen, da man i større grad har kontroll på hva som kommer ut til media og dermed ikke like lett ender opp i situasjoner hvor man må sitte og forklare seg eller ta ansvar for saker man ønsket å holde internt. Ståle uttrykker seg slik om mediedekningen etter reformen:

”Det har vært en betydelig endring i medias dekning. Jeg tror at media på et vis kanskje opplever det slik at de har mindre tilgang til sykehuset enn tidligere. Jeg tror at det er mindre lekkasjer internt enn det var tidligere. Samtidig som det at den politiske dimensjonen, gjennom saker som ble behandlet i fylkesutvalget eller fylketinget, er helt fraværende. Så det er mindre konfliktorientert reportasjer enn det var før knyttet opp til saksbehandlingen av sakene. Samtidig så er det en åpenhet til å la media få tilgangen til sykehuset i ulike sammenhenger. Vi har hatt atskillige reportasjer hvor en har valgt å sette lys på ulike forhold” (Ståle, intervju 6).

Her viser Ståle til at foretaket ikke bare har blitt mer lukket, men at man også i større grad går ut og informerer via media, noe som medfører at det ikke bare blir en ensidig negativ fokus på det som skjer i helsevesenet. I forbindelse med informasjonsarbeidet setter han fokus på at man har en oppgave i forhold til å gjøre det klarere for befolkningen hvordan strukturen er etter reformen, det rotes med lokale versus regionale foretak, og han føler at det ikke er klart for folk flest hva som er hva, og hva de ulike delene gjør og har ansvar for. Ståle har tro på at det regionale foretaket kan være med på å standardisere og effektivisere innenfor regionen, noe som vil være heldig for økonomien i det enkelte lokale foretak. Han viser at han har stor tiltro til de strukturene som det regionale foretaket legger opp til. Ståle opplever at han har et godt og greit forhold til det regionale nivå og opplever ikke denne kontakten som en utfordring. Her skiller han seg noe fra Arne i Foretak A som synes at denne kontakten kunne vært bedre og at de regionale nivå i større grad trenger tilbakemeldinger fra det lokale nivået om hvordan den helsetjenestemessige hverdag ser ut.

Ståle mener at foretaksstyret er med på å skape nye utfordringer for lederrollen hans sammenlignet med hvordan det var før. Han mener at styret i liten grad blander seg inn i den

daglige driften av foretaket, det er all hovedsak fokusert på at man når de fastsatte målene med sterkest fokus på de økonomiske målene for driften.

”Vi har et styre som ikke er opptatt av å blande seg inn i daglig drift og daglige gjøremål, men et styre som da stiller resultatkrav og forventer at de resultatkravene som da er forespeilet faktisk da blir oppnådd. Og vi blir målt på om dette faktisk blir oppnådd eller ikke. Samtidig så er styret veldig opptatt av om vi får på plass økonomien og måler ganske sterkt på den delen av virksomheten”

(Ståle, intervju 6).

Denne tankegangen gir Ståle en stor grad av autonomi i rollen som administrerende direktør, men medfører også at han står ansvarlig i forhold til styret og må ta innover seg de nye, slik han selv formulerer det, ”næringslivstankene” fra det holdet. Ståles relasjon til styret er svært ulik den Arne i Foretak A beskriver. Arne opplever at styret er opptatt av enkeltsaker og at han som administrerende i alt for liten grad får oppbakking i den rollen som toppleder. Kan denne forskjellen forklares med at styret faktisk fungerer ulikt i de to foretakene, eller kan forklaringen ligge i at de to direktørene opplever relasjonen med styret svært ulikt? Ståle har bakgrunn fra politikken hvor man i større grad er middel fokusert enn man kanskje er i det private næringsliv hvor hovedfokus er målrelatert, og da gjerne økonomisk gevinst. Arne har bakgrunn fra det private og har dermed kanskje andre forventinger til hva styrets jobb er, og opplever derfor kanskje denne relasjonen annerledes. Innenfor det private er det kanskje i større grad enn i det offentlige fokus på økonomiske resultater og i mindre grad innblanding på detaljnivå slik det ofte kan bli innenfor det offentlige.

Tankene rundt at man i mye større grad blir ansvarliggjort for resultater i form av for eksempel økonomi og ventelister, fremstår i Ståle sine øyne som den største endringen for topplederrollen etter reformen:

”En stilles i mye større grad til ansvar for de resultatene som en har. En skal forholde seg mye mer aktivt til den inntjeningen og inntekspotensialet som en faktisk har. Og må tilpasse virksomheten i forhold til den, og samtidig så har en spenningen og spennvidden i forhold til selve pasientbehandlingen og utviklingen og teknologisk virksomhet som er kostnadsdrivende, som også innebærer en del vanskelige dilemma for enkeltpersoner” (Ståle, intervju 6).

Ståle legger stor vekt på økonomisk ansvarlighet når han snakker om lederrollen sin og de utfordringene som møter ham i denne rollen. Ståles fokus på økonomi og hans ønsker om å tilpasse organisasjonen til de nye strukturene som ventes etter reformen, kan forståes i lys av teori E om endring. Denne tankegangen rundt endring fokuserer på at endringen kommer

ovenfra og ned og at endring skjer for å maksimere den økonomiske gevinsten. Ståle er i mindre grad opptatt av at endring skjer som i teori O, hvor endringen skjer nedenfra og opp fordi kulturen i organisasjonen endrer seg.

Ståle er opptatt av at det er strukturer og endringer av disse som fremmer økonomisk effektivitet, noe som er ventet hvis man benytter det rasjonalistiske perspektivet. Men når han beskriver hva han tenker rundt ledelsesbegrepet, viser han at han er svært fokusert på relasjonelle aspekter av det å være leder. Ledelse innebærer for ham:

”Nei, altså ledelse, man kan jo ta den som jeg synes er den gode definisjonen, det å oppnå resultater gjennom andre..... Jeg synes det er dekkende for min forståelse her, for det går jo veldig mye på å jobbe gjennom andre for å nå de resultatene som er fastsatt eller forventet, ja, som vi må forholde oss til. Og det er å sørge for at organisasjonen trekker i samme retning. At ledelsen trekker i samme retning. At vi har samme situasjonsforståelse. Det er ingen liten utfordring!” (Ståle, intervju 6).

I sin forståelse av det å være leder for et helseforetak setter han hovedfokus på det at hans rolle er å få alle til å trekke i samme retning, at han har en samlende rolle, i det at alle skal forstå situasjonen likest mulig og dermed trekke i den samme retningen. Denne forståelsen av ledelse kan tolkes ut fra et konstruktivistisk perspektiv siden Ståle her viser at han er fokusert på relasjonelle spørsmål og prosesser når han snakker om hva ledelse er for noe. Ståle mener at det ikke er sentralt å ha profesjonsbakgrunn for den jobben han skal gjøre, men at det er sentralt å ha gode rådgivere på det medisinskfaglige planet. Han anser jobben sin som ”det er det ledelsesmessige som er det viktige for mine oppgave” (Ståle, intervju 6). Men han savner bransjeerfaring og føler at det har blitt en bratt læringskurve for ham etter at han tiltrådte stillingen:

”Jeg har ikke bransjeerfaring, jeg har ikke erfaring fra sykehusvirksomhet fra tidligere. Det er jo klart at man får en ganske bratt læringskurve, man skal lære en helt ny organisasjon å lære, med en helt annerledes kultur og kompetanse. Medarbeidere som er vant med å jobbe veldig selvstendig på de fleste områder og så videre og så videre” (Ståle, intervju 6).

Når han mener at det ikke er sentralt med profesjonskunnskap og at jobben hans er det ledelsesmessige, mener han her da at han er opptatt av å skape velfungerende strukturer innad, stå frem som et symbol eller skape gode kontakter og relasjoner med omgivelsene? Den tankegangen som går på at profesjonskunnskap ikke er nødvendig for toppledelsen, støttes av tankegangen bak det profesjonelle byråkratiet til Mintzberg. Ledelsens oppgave blir å tilrettelegge og strukturere for ekspertene. Man må like fullt forstå hvordan dette skal gjøres

best mulig, og da kan det slik som Ståle mener, være noe problematisk når man har liten kjennskap til denne typen organisasjon.

Ståle har søkt å gjøre noe med ledelseskunnskapen innad i foretaket ved hjelp av ulike ledelsesprogrammer, da han synes at kompetansen på dette området var varierende. Han har med dette søkt å skape noen gitte rammer som lederne skal forstå og tenke gjennom, slik at man får en mer helhetlig tankegang innenfor foretaket:

”Det vil bli jobbet veldig mye med ledelse og ledelsesutvikling, for det er jo klart at det er en varierende grad av ledelsesforståelse og organisasjonsforståelse i sykehuset. Naturlig nok. Det er en viktig strategi som går på at vi må redusere kostnaden og bruken, og der er det også lagt frem planer og konkrete tiltak, og så må vi intensivere bruken av medisinsk teknologi og medisinskfaglig teknologi” (Ståle, intervju 6).

Her har Ståle valgt en annen strategi enn Arne i Foretak A. Arne velger å skrive kontrakter med sine underordnede for å skape klare rammer både i forhold til økonomiske så vel som andre forventninger. Ståles strategi kan nok oppleves som mer inkluderende, men er kanskje ikke like tydelig.

Ser man på lederrollene til Ståle ser man at han har en annen type rolle enn Arne i Foretak A. Selv om Ståle er fokusert på økonomi og budsjetter nærmer han seg administrator formen for ledelse. Han er opptatt av å delegerer og systematisere og kan nok fremstå som noe byråkratisk i sin lederstil. Det er også denne byråkratiske tankegangen som ligger til grunn for hva som er legitimt. Ståle er også opptatt av å i vare ta kontakten med politiske fora, men ikke som politikeren, siden hovedfokus ikke ligger på å være med å være utadrettet og skape oppslutning for endringsprosessene, men å ha en god kontakt med politikere for å lette driften av foretaket. Ståle føler at det er ”et privilegium å få jobbe med utrolig dyktige folk” (Ståle, intervju 6), er det ikke alltid like lett å lede en organisasjon med så mange faglige interesser og mye kompetanse som i tillegg går gjennom en endringsprosess. Et år etter at jeg gjorde intervjuet med Ståle, valgte han med bakgrunn i konflikter som hadde oppstått i forholdet til legene ved foretaket, å fratru stillingen som administrerende direktør. Med bakgrunn i dette kan man spørre seg om det er mulig å lede et helseforetak uten at man har tillitt hos legene, samtidig som man skal klare å gjennomføre de endringene som reformen medfører. Dette kan være en vanskelig balansegang å få til.

## Foretak C

Jeg har valgt å kalle direktøren i Foretak C "Frank". Frank er lege og har erfaring som praktiserende lege og interne opprykk innenfor administrasjonen. Han valgte etter knappe to år som administrerende direktør å gå av på dagen.

Frank legger sterk vekt på at tidsdimensjonen for endringer etter reformen er en stor utfordring for foretaket og ham som administrerende direktør. Han synes den ønskede endringstakten er for høy og at dette skaper situasjoner som gjør jobben som toppleder svært problematisk:

"Det er dette med tempo satt til gjennomføring av endringer. Det tror jeg både jeg og mange andre har sagt er urealistisk å få gjort i helsesektoren. Vi får stort sett beskjed om å gjøre endringer i løpet av ett, maks to år, og du vet at det kanskje går både fire og fem og seks år før det skjer større endringer i helsesektoren, så det er klart frustrerende for de som skal administrere det og ikke minst de som jobber innenfor helsesektoren" (Frank, intervju 7).

Frank mener at det er problematisk å endre helsesektoren så raskt som reformen legger opp til, fordi han mener at endringer i foretakene må komme som et ønske hos den utøvede part. Det tar lengre tid å skape en endring i kultur i stedet for å diktere endringer ovenfra toppledelsen og ned i systemet. Frank oppfatter kulturen som styrt av de ulike profesjonene:

"Den kulturen som er, som råder i helsesektoren, hvem som styrer helsesektoren, er det de administratorene som sitter på toppen og det systemet de representerer, eller er det de tilsatte i selve organisasjonene, den store kjernen? Jeg tror den største, de som styrer mest, er den store massen, og så spesialistene og de som er i nærkontakt med pasientene. De styrer veldig mye av det som skjer, mens de andre som står på toppen tror de styrer mye, men jeg tror de bare putler på med et eller annet. Og der har du en gammel kultur, holdning, etikk ikke minst, og når man står og behandler en pasient, når man legger opp et behandlingstilbud på en avdeling og så videre, går man ikke opp til administrasjonen eller direktøren og spør; skal vi gjøre det slik eller slik, ikke sant. Det spør man seg ikke om. Det har i hvert fall aldri vært kultur for det i helsesektoren. Da spør man, hva er best for pasienten, og så lager de system til det, og så får administrasjonen bare tilpasse seg systemet som er kommet på plass. Og det er ingen i administrasjonen som ville tørre å gå ut å si, dette får dere ikke lov å gjøre. Det vil jeg tro er ingen som tør å gjøre. Gjør de det, får de en smell på fingrene, og da mister du tilliten, og da blir du avsatt om ikke så lang tid heller" (Frank, intervju 7).

Jeg oppfatter Frank dit hen at han mener at det i all hovedsak er profesjonene som styrer, og at administrasjonen er fullstendig avhengig av deres tillit for å kunne fungere. Dette kan man forstå hvis man ser på Ståle i Foretak B som fratradte stillingen etter at han ikke lengre hadde



støtte hos den største og kanskje mektigste profesjonen, legene. Hva forteller Frank sin holdning om hans syn på endringsledelse? Frank fremstår som å ville utføre endring i forhold til teori O, hvor endring er å utvikle organisasjonen gjennom kulturen og hvor endring skjer fra bunnen av organisasjonen og oppover. Endring er ikke styrt av ledelsen gjennom forutbestemte programmer som skal maksimere den økonomiske verdien for organisasjonen. Frank mener at skal man skape endring, så nytter det ikke bare å komme med direktiver, det er holdningen til de ansatte må forandres:

”Så hvis du skal gjøre noe akkurat med den biten, så må du heller inn og jobbe aktivt overfor holdningen og innstillingen til de som jobber ut i administrasjonen og helt ned på pasientnivå. Og hvis du kan greie å skape holdningsendringer hos dem, kan du også greie å skape endringer i dette forvaltningssystemet, men dette krever tid. Det er ikke sånn som du kan gjøre et vedtak, si at om et halvt år skal det være slik og slik. Da blir det en sånn krasj at da kommer du aldri i mål. Da må du bruke tid, kanskje opp til flere år for å skape de holdningsendringene som må til for å få endring i den totale helsesektoren. Og det tror jeg er en av feilene med reformen, at man trodde dette skulle skje i løpet av ett år. Og det viser seg at det går jo bare ikke. Det blir en fullstendig krasj, og kollisjon, med tilsatte og ikke minst med de som, som har ansvaret for å utforme behandlingstilbudet til pasientene” (Frank, intervju 7).

Frank er opptatt av at de som utformer helsetjenestene har pasienten og behandling i hovedfokus, ikke det som måtte være ønsket fra en administrativ part. Han er svært fokusert på at tillitt er sentralt når man leder et helseforetak:

”Hvis du skal greie å sitte i en sånn jobb (topplederstillingen), så må du i alle fall ha tillitt i organisasjonen. Har du ikke det, så er det helt håpløst å sitte i jobben der. Så det la nå jeg veldig stor vekt på, og jeg kjente jo organisasjonen veldig godt og personene kjente jeg veldig godt der og, så for meg var det ikke, jeg visste i hvert fall hvordan jeg skulle gjøre det, for å beholde tilliten” (Frank, intervju 7).

Viser denne holdningen til endring og ledelse fra Frank sin side at han har mindre tro på ledelse i den typen organisasjon som foretakene er, enn det Arne og Ståle har? Frank er tydelig på at man må forstå de ulike relasjonene i organisasjonen og at det ikke kan skje noen endring før de ansatte er innstilt på dette. Denne form for fokus på hvordan endring bør skje i foretaket kan forklares med at Frank selv er lege og har jobbet innenfor foretakets største sykehus i ulike stillinger i mange år. Kanskje tilknytningen til profesjonen og organisasjonen kan medføre at Frank har problemer med å innta en rolle som leder, ikke lege? Den kan også bety at han har større forståelse for den strukturen han skal fungere innenfor og at dette gjør at han har mer forståelse for hvordan endringer må gjennomføres for at de skal fungere. Frank

passer på mange måter inn i overlege- formen for ledelse. Han er fagmannen som har kjennskap til organisasjonen og profesjonene og det er dette han bygger sin legitimitet som leder på.

I tillegg til utfordringene som skapes av at man ønsker raske endringer i forbindelse med reformen og at dette kan være problematisk i sykehusene, vektlegger Frank utfordringene som ligger i at han mener at åpenheten innenfor organisasjonene er endret. Han mener at det nå er slik at man skal kommunisere internt i organisasjonen, mens det før var slik at man gjerne kunne gå ut for eksempel til media og vise at man ikke var enig i hvordan sykehuset var drevet:

”Her var det, alt var jo åpent før og om tilsatte, om du var, uansett hvilken posisjon du hadde, så var det nesten akseptert at du sa det du mente selv om det var imot din arbeidsgiver. Det var jo, det var jo til og med en av mine underdirektører som sa at det var jo forventet at man skulle være illojal mot eier”  
(Frank, intervju 7).

Frank mener det er en utfordring å skape en ny type organisasjon hvor man skal lage nye kommunikasjonsformer innenfor det som han opplever som en annerledes og ”lukket” organisasjon. Sett ut fra et rasjonalistisk perspektiv hvor struktur medfører at man må skape nye strategier, kan man se det slik at den nye formen for organisasjon som foretakene er, skaper nye strategier for kommunikasjon. Den nye strukturen medfører altså endringer for hvordan man skal og kan kommunisere. Den nye kommunikasjonsformen med mindre åpenhet kan også være et uttrykk for at man har fått en annen kultur i organisasjonen og at man med dette ønsker å vise til nye former for relasjoner mellom de ansatte eller mellom ansatte og ledelsen. Frank opplever at det etter reformen ikke bare er snakk om at det blir lukket internt i de ulike lokale helseforetakene, men at det også er mangel på åpenhet mellom de ulike nivåene etter foretaksorganiseringen. Mellom det lokale foretaket og det regionale foretaket og i forhold til departementet. Dette mener han skaper problemer for rollen som toppler:

”Den minste problemstilling blir nå løftet helt opp til departement- og stortingsnivå, og du aner ikke hva som skjer, og det foregår et spill som også administrerende ikke har en anelse om hva som foregår.”  
(Frank, intervju 7).

Her viser Frank at han føler at detaljspørsmål blir behandlet på statelig nivå og at han har for lite informasjon om hva det er som foregår på dette nivået. Dette forteller at Frank opplever at strukturen ikke fungerer slik som han forventet i forhold til sykehusreformen. Dette gjør at det

blir andre strukturelle betingelser for foretakene og topplederne enn det som var tanken. Det kan være vanskelig å utøve styring av foretaket når man føler at man ikke har oversiktig eller informasjon om hva det er som skjer. Frank sin opplevelse av dette forholdet er ganske forskjellig fra hva Arne og Ståle beskrev for Foretak A og B. De sier ikke noe om at de opplever dette ”spillet”. Det kan bety at det Frank opplever som et spill, handler om at han for eksempel mangler oversikt, men det kan også være at det er flere saker som er aktuelle for Foretak C som blir tatt opp på høyere nivå, enn det er for de to andre foretakene, siden strukturen i Foretak C er annerledes og kravene til strukturelle endringer er større her enn i Foretak A og B.

Foretak C er som tidligere beskrevet mer geografisk spredt enn både Foretak A og B, og har valgt en organiseringsform som gjør at de ulike enhetene jobber sammen, men også uavhengig av hverandre. Den strukturen kan være valgt for å skape minst mulig konflikt i foretaket. En struktur hvor de ulike enhetene er mer løst koblet og mindre avhengige av hverandre, kan gjøre at det blir mindre konflikt, fordi dette blant annet ikke krever en like enhetlig kultur. Men denne typen struktur kan også være vanskeligere å styre og lede for topplederen, siden de ulike enhetene til en viss grad kan leve sine egne liv distansert fra det administrative senteret. Frank opplever ikke det strukturelle valget som en utfordring. Han har skapt en ledergruppe som inkluderer alle lederne ved de ulike institusjonene under foretaket. De samles hver tredje uke for å snakke, legge planer og skape en strategi for foretaket. Dette tiltaket opplever Frank som svært positivt, da de mindre sykehusene nå har en større forståelse for helhetstankegangen i foretaket:

”Det førte til at de som satt på disse mindre sykehusene fikk innsikt i, å se hva problem hadde de andre sykehusene, og hva problem har sentralsykehuset og var medansvarlig i også å løse det. De så ikke bare på sitt lille problem ute i utkanten. Grafse til seg mest mulig selv, og skitt i hvordan det går med alle andre, men nå måtte de ha ansvarsgjorte helhetstenkninger til å se hele Foretak C under ett” (Frank, intervju 7).

Foretak C har etter reformen ble innført, opplevd at det har blitt kuttet kraftig i de økonomiske bevilgningene til sykehusdrift i det gjeldende området. Frank ser det som fornuftig å effektivisere og gjøre helsesektoren mer økonomisk effektiv, men mener at den økonomiske nedskjæringen som har funnet sted, medfører store problemer for mulighetene de har til å skape endringer:

”Du hadde vel et håp om at nå skulle du greie å få gjennomført en endring du lenge hadde sett var nødvendig for å skape en god helsetjeneste og økonomisk, fornuftig drift av helsetjeneste. Men når du

ser hva slags regnskap du får til å gjennomføre, kan man alltid stille seg et spørsmålstegn om det er tilfelle” (Frank, intervju 7).

De økonomiske rammebetingelsene er en utfordring mener Frank. Han fokuserer også på at forholdet til foretakets styre viste seg å bli en utfordring for ham i lederrollen. Han opplever rollen sin som direktør som relativt autonom i forhold til styret, men savner at styret er mer ”profesjonelt” slik han hadde sett det for seg. Styremedlemmene blir representanter for lokalpolitiske og mindre saker i stedet for å tenke helhet og langsiktighet:

”Nå skal man tenke rasjonelt, nå skal man tenke helhet og man skal vekk i fra disse her region politiske tankegodset som man hadde i fylkeskommunen..... men når man skulle begynne å gjøre konkrete vedtak og konkrete endringer, så ble de minst like patriotiske som de har vært tidligere” (Frank, intervju 7).

I tillegg til å være partiske med det stedet styremedlemmet har sin opprinnelse fra, opplever Frank at foretakets styre i for stor grad lar seg overkjøre av det regionale foretaket når man gjør beslutninger på hvordan helsetjenestene skal utformes. Frank mener at foretakets styre i større grad burde være lojale mot foretakets ønsker og behov og ikke i så stor grad være ”løpe-gutter” for det regionale styret. Arne i Foretak A synes også at forholdet til styret kunne vært bedre, men opplevelsen av hva som er problematisk er forskjellig fra de problemene Frank beskriver.

Frank føler at relasjonen Foretak C har til det regionale foretaket, er problematisk. Han ønsker at de skal trekke opp de generelle linjene, men føler at de i altfor stor grad går inn og detaljstyrer driften av det lokale foretaket:

”Jeg var interessert i at de dro opp de generelle linjene. Det er det, det regionale foretaket skal være til, og der har de en jobb å gjøre. Men når de begynner å gå inn og detaljstyre, det er ikke deres oppgave. Da bør de holde fingrene langt vekk i fra fatet. De lager så mye irritasjon og mistillit og dårlig forhold til det regionale foretaket, det bør de holde seg for god til å gjøre. Det er en dårlig styreform etter mitt skjønn. De burde se på den overordnede samordningsproblematikken i helseregionen. Og der er det masse ting å ta fatt i og veldig mye som skulle vært gjort, og jeg synes de har gjort for lite for det” (Frank, intervju 7).

Her tar Frank opp at han synes at samarbeidet mellom de ulike lokale foretakene kunne vært bedre. Et godt samarbeid er viktig for et mindre foretak som Foretak C, da det ikke er mulig eller kanskje ønskelig, for dem at de har alle helsetjenestene som befolkningen i området trenger. Han syntes det til tider var problematisk å samarbeide med de andre lokale foretakene

på grunn av problematikken med det regionale foretaket. Han synes også ofte at når man skulle forsøke å samarbeide foretakene på tvers, så ble det slik at ”kommer man ned på konkrete saker, så begynner man å bli seg selv nærmest” (Frank, intervju 7). Frank mener at denne problematikken er det, det regionale helseforetaket som må ta seg av å løse. Noe han opplever at de ikke gjør. Dette er et problem for topplederstillingen siden det ikke er noe han konkret kan gjøre med saken bortsett fra å kommunisere at han ønsker endring. Gjennomgang av styreprotokoller viser at Frank sitt synspunkt stemmer i forhold til at det regionale foretaket blander seg inn i detaljsaker og har andre synspunkt og endrer vedtak som Foretak C har ønsket gjennomført (Appendix 11).

I forbindelse med problematikken Frank opplever med Foretak C sitt styre, aktualiserer han et av hovedproblemene for dette foretaket og for topplederrollen, nemlig alle de lokale interessene som har vist at det er vanskelig å skape endringer i dette foretaket. Bygder som har hatt sitt eget lille sykehus, går i fakkeltog og protesterer når foretaket foreslår endringer og nye arbeids- og funksjonsfordelinger. Man ønsker at alt var som det var før. Frank mener at det blant annet med bakgrunn i dette, hadde vært fornuftig med en samfunnsdebatt før man innførte sykehusreformen:

”Reformen burde også blitt startet med en mer sånn omfattende samfunnsdebatt for å få aksept for endringer som må til i helsesektoren. Slik at folk var forberedt på det, og innstilt på at noe slikt skulle skje og ikke at man kommer da. At se her, nå skal det skje noen endringer, og det må dere bare akseptere, det” (Frank, intervju 7).

Sett ut fra et konstruktivistisk perspektiv vil organisasjoner og ledere vært opptatt av forventningene omgivelsene stiller til dem. Det viser Frank at han er opptatt av i sin fokus på befolkningen og dens ønsker og behov. Frank er mer opptatt av dette enn det Arne og Ståle er. Dette kan forklares med at han har en annen innstilling til hva foretakene er og relasjonen foretaket skal ha til brukerne. Men det kan også være at forklaringen ligger i at Foretak C i mye større grad enn Foretak A og B, har opplevd store konflikter i forhold til de endringene som har kommet i kjølvannet av reformen. Frank sin fokus på at endringene må ha legitimitet i befolkningen, kan tyde på at han mener at topplederrollen bør inneha mange av egenskapene som lederformen politiker har. Selv om Frank er fokusert på dette, er ikke hans lederstil i tråd med denne lederformen.

Den store lokalinteressen for hva det er som skjer med sykehusene i regionen til Foretak C, gir seg også uttrykk i medias fremstilling av foretaket. Mediebildet i det geografiske området som foretaket skal dekke, bærer preg av at det er svært mange mindre aviser som opptrer som debattaktører i forbindelse med foretakets drift og eventuelle endringer som finner sted. Dette opplever direktøren som konfliktskapende og problematisk, selv om han mener at han har et godt forhold til media. Han opplever at media er mest fokusert på ”skandale”- oppslagene og at det er vanskelig å få gjennomslag for at avisene formidler informasjon om foretakets drift og fremtidsplaner. Arne og Ståle i Foretak A og B forholder seg til et ganske annet mediebilde enn det Frank gjør. I områdene til Foretak A og B er det færre aviser og de største avisene har et mer regionalt preg. Dette medfører at de ulike avisene i mindre grad blir kanaler for ulike lokale interesser.

Frank legger vekt på både eksterne og interne utfordringer for foretaket og ham som toppleder. Når jeg spør om han opplever at krav fra interne og eksterne aktører står i konflikt med hverandre, svarer han at det er en av de største utfordringene for topplederjobben. Han undrer over hvordan man skal gjennomføre de endringene som forventes av det regionale foretaket samtidig som man skal ta vare på sine ansatte? Frank mener det er problematisk å gjennomføre nedskjæringer og organisasjonsendringer uten at man utelukkende møter motstand fra lokalbefolkningen.

Når Frank beskriver utfordringene, viser dette til noe om hvordan han tenker rundt ledelse. Når jeg spør ham hva han tenker rundt begrepet ledelse, ser han dette som det å skape noe gjennom andre. Denne oppfattelsen av ledelse synes jeg er tydelig i hans fremstilling av utfordringene, da han legger meget sterk fokus på at han må ha tillitt og forståelse hos sine ansatte for de avgjørelsene han fatter. Han mener at avgjørelsene han fatter som leder, bør være basert på hvordan de ansatte opplever driften og hvordan de ønsker at denne driften skal være.

Frank er også opptatt av at han er leder for en organisasjon som er en del av velferdsstaten og at han derfor må ha tillit også ute i befolkningen for det han driver med. Han ønsker å møte utfordringen dette medfører ved å skape åpenhet og dialog med politikere og media. Han mener at ”når folk viser et sånt engasjement for sykehusene, så går det ikke an å overkjøre folk sånn uten videre” (Frank, intervju 7). Dette er en av grunnene til at Frank har valgt å beholde en desentralisert struktur hvor det er nærhet mellom brukerne og helsetjenestene.

Frank er opptatt av at det er klare linjer i forhold til de ulike institusjonene under foretaket:

”Men vi prøvde å holde linjen. Administrerende direktør skulle ikke gå ut og ned i organisasjonene, sant. Man skulle forholde seg til linjene i systemet, for det er eneste måten å holde dette her, holde fast i trådene, for ellers kommer du ofte i et rimelig håpløst lederproblem hvis du ikke greier og holde linjen og styre etter den. For underleiderne må vite hvor de har administrerende hen, administrerende, han må ikke få den følelsen av at han, plutselig går han til noen andre nede i systemet bak ryggen din, ikke sant” (Frank, intervju 7).

Frank ønsker å kommunisere via de underliggende institusjonene sine ledere, ikke direkte selv, og tilbringer mesteparten av tiden sin i foretakets administrative sentra. Men han følte likefullt at han hadde oversikt over organisasjonen og visste hva som skjedde ved de ulike institusjonene:

”Jeg visste hele tiden hva som skjedde, og hvis de skulle foreta seg noe, så ringte vi, snakket om det. Vi var alltid enige om hva vi skulle gjøre, og hvis de ville gjøre noe, så ringte de og sa, slik ble vi enige om å gjøre det her, ikke sant. Det at vi hele tiden informerte om ting som skjedde. Og det var også en, oppstod det uheldige ting og media og sånn, var de på pletten og ringte til meg slik at vi i forkant visste hva var det nå som er i emning. Slik at man ikke blir tatt på sengen. Jeg syntes det fungerte utrolig bra. Jeg hadde et veldig godt tillitsforhold til alle disse lederne rundt i systemet” (Frank, intervju 7).

Frank hadde ingen uttalte klare strategier for hvordan han skulle skape den gode kommunikasjon i organisasjonen eller tilliten nedover i organisasjonen, selv om det er dette han fremlegger som det viktigste både for foretaket, endringer i foretaket og for rollen som toppleder. Gjør dette ham til en mindre tydelig leder hvis man ser lederrollen hans ut fra et rasjonalistisk perspektiv? I dette perspektivet skal lederen utforme strategier i forhold til den strukturen og de arbeidsoppgavene man finner i organisasjonen. Man kan forstå Frank slik at han mener at det er vanskelig og svært problematisk å gjennomføre noen enhetlige planer for organisasjonen med bakgrunn i at dette er et helseforetak med en komplisert historie som av geografiske og befolkningsmessige hensyn er svært spredt. Frank kan se lederrollen som en rolle som skal skape tillit i organisasjonen og være hovedkommunikator i tråd med tankene innenfor et konstruktivistisk perspektiv. Kan Franks lederstil og syn på utfordringer og hva som kan gjøres i forhold til disse forklares med hvordan Foretak C er oppbygd, eller har det noe med hans identitet og rolleforståelse å gjøre? Er Frank for mye lege i sin rolle som toppleder? Da Frank valgte å gå av, ansatte Foretak C en administrerende direktør som var utdannet sykepleier i bunnen, men som i tillegg hadde administrativ og økonomisk utdanning. Den nye direktøren hadde også ledererfaring fra den kommunale sektor og har

vært med på store omveltninger for denne kommunen med et svært stramt budsjett. Den nye direktøren valgte å omstrukturere hele Foretak C mye over samme lesten som det som har blitt gjort i Foretak D.

## Foretak D

Administrerende direktør i Foretak D er i likhet med Frank i Foretak C, utdannet lege. Jeg har slik jeg viste i forrige kapittel valgt å kalle denne direktøren for "Kåre". Kåre har erfaring med administrasjon fra ulike nivåer i sykehuset og var sykehusdirektør ved den største institusjonen innenfor foretakets område før reformen. På grunn av denne bakgrunnen har Kåre i størst grad av de fire direktørene mulighet til å belyse den første delen av studiens problemstilling, som tar opp om topplederrollen har endret seg etter innføringen av sykehusreformen.

Kåre begynner med å beskrive direktørrollen sin som han oppfatter som "relativt kaotisk". Han synes rollen er kaotisk, fordi man i Foretak D gikk inn i reformen som var en strukturell endring, samtidig som flere av institusjonene innenfor foretaket allerede før reformen hadde startet å gjennomføre samarbeidsplaner og omstruktureringer for å bli mer konkurransedyktige. Dette medførte at man fikk to forskjellige strukturelle endringer som man prøvde å gjennomføre samtidig. Kåre føler at det har vært vanskelig å holde de enkelte strategiske valgene fra hverandre, noe som har vært en stor utfordring for ham som toppleder. Samtidig som det kan være vanskelig å gjennomføre endringene som blir forventet i forbindelse med reformen, når man allerede har initiert endringer, vil dette også kunne medføre at det er en større grad av endringsvillighet i organisasjonen. En slik vilje til endring vil gjøre det enklere å lede denne prosessen. Tankegangen bak å endre og se "storbruks"-fordelene slik man har gjort i Foretak D skiller seg klart ut fra tankegangen man finner i de ulike institusjonene i Foretak C. Dette kan forklares med historiske og geografiske forskjeller som medfører at man på de ulike mindre stedene i området til Foretak C, i større grad enn i Foretak D prøver å holde på de tilbudene som allerede er der. Redselen for endring og tanker rundt nedskjæringer og omorganiseringer kan også fremstå som en trussel mot sårt trengte arbeidsplasser på mindre steder. Denne problematikken har Kåre tatt opp når han er ute i felten og snakker om hvilke endringer som må gjennomføres.

Kåre har etablert en toppledergruppe for foretaket, men er usikker på hvordan dette vil fungere. Det vil i Kåres øyne være en utfordring for ham at foretaket er lokalisert på ulike



geografiske steder siden dette vil medføre at det er oppgaver og situasjoner han ikke kan styre. Brenner det et av stedene han ikke er, nytter det ikke å ringe ham for å spørre om hva man skal gjøre, da må man ordne det der. Dette er en utfordring for foretaket og for ham som leder. Som ventet sett ut fra et rasjonalistisk perspektiv, medfører den desentraliserte strukturen at Kåre må tilrettelegge en hvis type av strategi i forhold til håndtering av visse forhold som for eksempel akutte saker. Et konstruktivistisk perspektiv kan være med å belyse hvilke konsekvenser oppfattelsen av relasjonene innenfor den desentraliserte strukturen har. Den desentrale strukturen kan medføre at de ansatte og befolkningen på de ulike stedene i mindre grad oppfatter topplederen i foretaket som leder for de ulike enhetene som er geografisk spredt. Dette kan igjen medføre at toppledere for mindre mer geografisk spredte foretak som Foretak C og D, i større grad møter utfordringer i forbindelse med det å skape autoritet og det å styre foretaket, enn man gjør i større foretak som har et klarere geografisk senter slik, som Foretak A og B. I utgangspunktet ville man kanskje tro at det ville være mer krevende å lede et større foretak, men kanskje det er riktigere å si at utfordringene bli forskjellige.

I forbindelse med de strukturelle endringene har noe av problematikken med det regionale foretaket blitt aktualisert ifølge Kåre. Han føler at det regionale foretaket har en annen fokus på hvordan strukturene skulle bli etter reformen, enn hva han selv hadde sett for seg. Kåre mener at det regionale foretaket i for stor grad har en sentralistisk tankegang, noe som medfører at det blir problematisk for Foretak D å utnytte sin desentrale struktur til en fordel, slik Kåre hadde ønsket at det skulle bli:

”De ønsket å styre som eier i forhold til en viss sånn sentralistisk tanke og rasjonaliserings tanke og i vår strategiplan så hadde vi, ja, et av postulatene der er kan vi bruke vår desentrale struktur til å være et konkurransedyktig foretak. De to tingene der er ikke slik at de legger seg oppå hverandre uten videre, og det er vel litt av de problemene vi sliter med nå. Også må jo jeg være den som formidler eiers krav inn i egen organisasjon, samtidig som jeg har stått som eksponent for dette med den desentrale strukturen. Og dermed satt jeg i saksen og måtte finne et eller annet kompromiss. Og det er det noen som ikke syntes det var godt nok, og det påvirket min troverdighet hos noen. Og så blir det en sånn periferi sentrum konflikt med en gang” (Kåre, intervju 4).

Her tar Kåre opp problematikken med at han på den ene siden sitter som toppleder for Foretak D, samtidig som han er den som skal formidle eiers ønsker nedover i foretaket. Dette skaper utfordringer i forhold til tillit og troverdighet. Hvor skal hans lojalitet som leder ligge? Kåre opplever også at det regionale foretaket og departementet i for stor grad ønsker å legge seg

opp i hvordan man ønsker å utforme helsetjenestene i de ulike lokale foretakene og at dette tar noe av tankegangen bak reformen bort, slik han ser det. Kåre er opptatt av aspekter som går på det å skape en mest mulig gunstig struktur og arbeids- og oppgavefordeling for foretaket, noe som står sentralt innenfor et rasjonalistisk perspektiv. Dette blir vanskelig når de samme direktivene blir gitt fra det regionale foretaket til alle de underliggende lokale foretakene, siden de ulike lokale foretakene har forskjellige strukturelle forutsetninger. Kåre er også opptatt av at hans tankegang står i konflikt med den tankegangen han skal formidle inn til foretaket fra leddet over ham, det regionale foretaket, noe som kan medføre at hans troverdighet i foretaket svekkes. Dette kan igjen medføre problemer for topplederrollen i forhold til de ansatte, da Kåre kan oppleves som lite tydelig, og endringsforslagene og direktivene til det regionale foretaket kan oppfattes som lite gunstige av andre i foretaket, når selv direktøren ikke egentlig kan stå inne for dem.

Kåre mener at styringen ovenfra ikke gir ham fred til å skape en organisasjon:

”Jeg får ikke fred til å bygge en organisasjon, og dette har litt med hvordan jeg oppfatter reformen kontra andre, og det viser seg at det er en innfløkt affære, fordi at reformen sånn som jeg oppfatter den, den var ment veldig mye sånn som helse regionen designa opplegget, altså det er selvstendige rettssubjekter, og regionalforetaket har en bestillerfunksjon i forhold til utøverne, de er selvstendige, de har egne styrer, der for så vidt det regionale foretaket er representert, men ikke sitter i førerposisjon. Så jeg trodde at alle var for denne her og ulikheten i de tilbudene som vi da klarte å bygge opp var det som skulle gi ”driven” i det der markedsrelaterte utviklende som det skulle bli, og så kommer de gamle konserverende, uniformerende kreftene inn og sier at ”nei, her må det bli et konsern, og konsernet må bli så stort at det er staten og departementet på toppen som konsernledelse, så kommer de andre konsernene under med helse vest, helse sør og så videre, og så sitter vi der nede som utøvere i en veldig stram konsern ramme, det blir likt over det hele, og da tenker jeg at etter mitt vett så er hele dynamikken tatt ut av reformen, med det altså” (Kåre, intervju 4).

Kåre viser her at forståelsen av reformen er forskjellig, og han mener at det ikke har blitt en ”bestiller -utfører” modell slik han oppfattet var intensjonen i reformen. Medfører dette at topplederrollen blir annerledes enn hva tanken i utgangspunktet med reformen var? Og medfører styringen fra departementet og de regionale foretakene at rollen som administrerende direktør for de lokale foretakene ikke får den ønskede autonomien hva gjelder utformingen av helsetjenestene? Ser man styringen fra det regionale foretaket ut fra et rasjonalistisk perspektiv, kan det være vanskelig å gjennomføre en økonomisk effektiv ledelse i det lokale foretaket. Oppfattelsen av en eventuelt mindre grad av autonomi for

topplederrollen, kan like mye handle om hvordan man har sett for seg reformen, som at det har blitt annerledes enn det som var tenkt med reformen.

I forbindelse med sykehusreformen har det skjedd andre endringer for helsevesenet, det har blant annet blitt innført fritt sykehusvalg for pasientene. Dette opplever Kåre som en utfordring for foretaket. Dels gjør det de andre helseforetakene i regionen til konkurrenter, men mest av alt opplever han private aktører som konkurrenter:

”Det som vi primært oppfatter som konkurrenter må jo bli de private uansett, for det er den konkurransen som slår mest ut altså, i den grad at finansieringen av private går via det systemet, så kan de tappe oss for de lønnsomme DRG ene, og la oss sitte igjen med de ulønnsomme og la oss slite med det, på en måte” (Kåre, intervju 4).

Her viser Kåre til en utfordring for foretakene som går på at etter det nye DRG systemet er det slik at man bør passe på å få aktiviteter som ”betaler seg” godt etter systemet i tillegg til de ”dyrere” aktivitetene og fremtidsrettet forskning. Det offentlige står ansvarlig for å gi alle tilbud til pasienter, mens det private kan velge de aktivitetene som gir høy ”fortjeneste” etter DRG systemet, og tappe det offentlige for denne typen av pasienter. Dette systemet kan medføre at det hvis man skal tenke slik man gjør innenfor et rasjonalistisk perspektiv hvor økonomisk vinning for egen organisasjon står sentralt, blir det viktig å forme organisasjonen i forhold til DRG poengsatsene. Selv om man innenfor det offentlige må gi et tilbud til alle typer av pasienter, blir det kanskje ekstra viktig å i vare ta på en konkurransedyktig måte, de funksjonene som gir høy uttelling etter systemet, slik at denne typen av pasienter ikke forsvinner til det private eller til andre foretak. I samtalene med de andre direktørene i de andre foretakene virker det som om de ikke er like fokusert på konkurranse aspektet som Kåre er. Kan dette være fordi de kom inn i topplerstillingen etter innføringen av reformen og slik sett ikke er like fokusert på at dette er et nytt aspekt, eller kan fokuset ligge på at foretak D er lite og at det derfor blir ekstra viktig å i vare ta flest mulig av de ”gunstige” tilbudene for å kunne opprettholde dyrere og mindre brukte tilbud? Foretak D har lagt vekt på å pasientgoder slik som fine lokale og god mat i sin satsning for å beholde pasienter. Dette kan være fordi det ikke er mulig for dem å konkurrere på faglig ekspertise mot større universitetssykehus som man finner i Foretak A. Hvis det er viktig for Foretak D å i vare ta flest mulige gunstige behandlingsjobber i forhold til DRG systemet fordi de er et lite foretak, skulle man tro at dette også gjaldt Foretak C. Men Frank i dette foretaket er ikke fokusert på

dette aspektet. Direktøren som overtok jobben til Frank da han gikk av, har der i mot lagt fokus på at mindre institusjoner kan spesialisere seg på visse operasjoner som er spesielt lønnsomme, for å i vare ta sin eksistens.

Kåre ser økonomien og delegering av ansvar mellom de underliggende lederne i foretaket som en viktig utfordring for topplederrollen. Han føler at de underliggende lederne i for liten grad klarer å tenke helhet, og at hvis de vil ha mer, er det noen andre som må få mindre. Denne tankegangen medfører at han får for mange økonomiske detaljsaker opp til sitt nivå. Dette er typisk detaljsaker som er økonomisk og tidsmessig prekære, og som må løses raskt:

”Jeg får veldig mye ad hoc problemstillinger opp til meg, og det er veldig forstyrrende i hverdagen, for det er alltid veldig påtrengende. De venter jo alltid til det er påtrengende tidsmessig også”

(Kåre, intervju 4).

Detaljsakene er en utfordring for Kåre fordi han opplever at han blir dratt med i enkeltsaker hvor han ikke skulle ha tatt del. Medfører forventningene internt fra organisasjonen at det blir problematisk å utøve toppledelse, tenke langsiktig og skue utover organisasjonen? Ut fra et konstruktivistisk perspektiv kan mengden av detaljsaker som kommer opp til direktøren, forklares med at forståelsen av topplederrollen er en annen enn det topplederen selv ønsker. I så fall bør lederen søke å kommunisere at rollen er en annen og legge til rette strategier i forhold til at de underliggende lederne i større grad er forpliktet til å ta ansvar for disse sakene. En slik strategi kan være lederkontraktene som Arne har innført i Foretak A hvor det er klargjort hvilke ansvarsområder de ulike stillingene har.

Forholdene internt mellom direktør og leddende under er interessant, det er også forholdet til foretakets styre. Denne relasjonen opplever Kåre som fungerende, men han påpeker at styret ikke har all den kompetansen som er påkrevd for sykehusbransjen:

”Nå tar det en stund før de kommer inn i denne bransjen og denne bransjens logikk og tenkning, og når modellene er så uensartede og intensjonene/målsettingene veldig kompleks og synes å være veldig ulike, da så kan jo det ta litt lenger tid enn det burde, men innenfor de rammene som de har, så synes jeg at det har fungert bra” (Kåre, intervju 4).

Ut fra denne uttalelsen tolker jeg Kåre dit hen at relasjonen til styret ikke oppfattes som et problem for lederrollen hans, men at det er klart at helsevesenet er en komplisert sektor hvor kompetanse er sentralt for å forstå og i vare ta de ulike interessene og spenningene.

Relasjonen til lokalpolitikere i foretakets område har Kåre derimot opplevd som krevende. Han har løst denne utfordringen ved ha faste møter med dem hvor han kan informere om foretakets drift og kan få tilbakemeldinger på dette, uten at han ser på dette som en politisering av driften. Det er viktig i et mindre foretak som Foretak D, at de ulike kommunene som opplever endring i form av omstruktureringer og mulige nedleggelse, tar del i og blir informert gjennom prosessene slik at man minsker konflikttendenser. Ser man dette ut fra et konstruktivistisk perspektiv, kan møtene med lokalpolitikere være viktige fordi det da blir oppfattet slik at de lokale politikere har en innflytelse og er del av prosessene, om dette er realiteten er ikke så viktig hvis man ser relasjonen ut fra dette perspektivet. Sett ut fra et rasjonalistisk perspektiv kan tanken bak møtene med lokalepolitikere være å unngå konflikter og få mest mulig informasjon for foretaket, for dermed å skape økonomisk effektivitet.

Kåre oppfatter informasjonsarbeidet i foretaket som en stor utfordring. Han synes det er vanskelig å få ut informasjon internt i organisasjonen og vet ikke helt hvordan man skal klare å distribuere informasjon til de ansatte om organisasjonen, strukturer og eventuelle endringer. Han har forsøkt å gjøre dette via tillitsvalgte, men opplever at de ansatte ikke lenger i noe utstrakt grad går på fagforeningsmøter. Han tror heller ikke at det bare er enkelt å sende ut informasjon via e-post eller intranett, da det er store deler av de ansatte som ikke benytter disse kommunikasjonsformene. Det er ikke bare internt informasjonsarbeid som er en utfordring i følge Kåre. Han opplever også at informasjonen som går ut til media ikke alltid er kontrollert, eller det man ønsker at skal ut:

”Når det var kontroverser som gjaldt legene her i fjor sommer spesielt, hadde vi allmøte, og det møtet vedtok at dette ikke skulle i pressen, så var det jo i pressen før jeg hadde fått brevet som de var enige om å skrive.....og så var det jo en journalist som var gift med en som jobba i akuttmottaket, uten at det beviser noe som helst, men det er jo rart at de visste alt som skjedde, dette er en liten by altså, og de sosiale relasjonene her og de personlige agendaene til de ulike aktørene kommer frem, det er klart” (Kåre, intervju 4).

Her viser Kåre at det er mange utfordringer hva gjelder informasjonsarbeid. Han ønsker å gjøre noe med dette, men har ingen klar strategi enda.

Det er utfordrende å lede et foretak som er geografisk spredt, synes Kåre. Foretak D består av flere institusjoner hvor noen av dem ligger i et fylke, andre i et annet fylke. Dette betyr at de ulike institusjonene som til sammen utgjør Foretak D har vært vant til å forholde seg til ulike

strukturer og styringssystemer, noe som har medført at kulturelle forskjeller mellom de ulike institusjonene har blitt svært tydelig:

”I Foretak D er de betydelige kulturforskjellene mellom de ulike institusjonene da i hovedsak relatert til fylke 1 og fylke 2 problematikken. De gikk inn i dette konsernet med svære lønnsforskjeller, store forskjeller i insentiv struktur, store forskjeller i kommando struktur og infrastruktur. Det er for eksempel helt sentralisert i fylke 1, med egne systemer, men desentralt i fylke 2. Alt dette avspeiler seg jo i kultur og holdninger og forestillingsverden. Det å få dette til å bli ett, er en enorm utfordring, altså det å bygge en ny bedriftskultur og hva den skal bestå i er jo i seg selv en utfordring, så jeg tror kanskje at det er foretakets største utfordring ”(Kåre, intervju 4).

Her tar Kåre opp forskjellen som har oppstått fordi man gjorde ting på forskjellige måter i de ulike fylkene. Han mener at det er han som toppleder, som har hovedansvar for å skape en helhetlig tankegang og en ny bedriftskultur, noe som er en viktig oppgave for topplederen hvis man ser det fra et konstruktivistisk perspektiv. Men Kåre føler ikke at det er dette som er den største utfordringen for ham som leder, han synes at ”personlig er den største utfordringen det å lede gjennom andre” (Kåre, intervju 4). Han mener at han nå som administrerende direktør i et lokalt helseforetak må tenke som konsernleder, noe han ikke trengte tidligere, og at dette medfører at han må utføre ledelse på en ny måte:

”Jeg merker at jeg leder jo på en måte et konsern, og det er jo mer komplisert altså. Det stiller andre krav til meg. Når jeg var sykehusdirektør, selv om dette er et sånt middels stort sykehus, så kunne jeg lede nokså direkte, og derfor var nok den der å vise vei mer sentral da. Og da fungerte det også faktisk. Når jeg nå er på konsernnivå i en eller annen form, så er jeg nødt til å fungere gjennom andre, og det er en helt annen utfordring altså. Det er udelt mye vanskeligere. Man må ha mye klarere strategi, formulere og den slags, for man kan ikke gå rundt og gjenta seg selv hele tiden. Og det må være likt altså. Da kommer jo kommunikasjon og systemene inn. Har vi de samme oppfattelsene om målsetninger, og det tror jeg ikke vi har. Det er skrekkelig vanskelig å lede gjennom andre. Det har jeg nok funnet ut” (Kåre, intervju 4).

Her viser Kåre til at han synes det er vanskelig å lede gjennom andre. Han mener også at det har skjedd endringer etter reformen som krever en annen type ledelse siden det etter reformen er vanskelig å lede direkte, slik Kåre kunne gjøre som sykehusdirektør før reformen. Kanskje det er større endring i å gå fra å være sykehusdirektør for et mindre sykehus til et helseforetak som spenner om mange geografisk spredte institusjoner slik Kåre har gjort, enn forskjellen mellom det å være sykehusdirektør for universitetssykehuset i Foretak A og det å bli administrerende direktør i Foretak A etter reformen. Universitetssykehuset var så stort og komplekst før reformen at det ikke var mulig for direktøren å drive direkte ledelse og ha full

oversikt, selv om han ledet kun en institusjon. Slik sett kan man si at oppfattelsen av utfordringer for toppleder, og topplederrollen har endret seg mer i de mindre foretakene enn de i de store foretakene.

Kåre mener det er vanskelig å lede gjennom andre og at dette er en utfordring for ham. Hva tenker han ledelse er for noe? Står tanke om det å få til noe ved hjelp av andre mest sentralt i hans forståelse av lederbegrepet, eller er det andre elementer som også er viktige?

Det er tydelig at han har tenkt gjennom hva lederbegrepet innebærer og betyr:

”Det har jeg tenkt litt på. Jeg hadde vel lenge dette her om å gå foran og vise vei og analysere signaler fra både samfunn, miljø og lovgivning og slikt og si at dette er det vi må forholde oss til. Og det var det behov for, en slik veiviserfunksjon. Men etter hvert så har jeg kommet til at hvis man bare har det aspektet, så blir man lett dissosiert med dem man skal lede og slik mister man taket, og da er vi tilbake til det som mange andre bruker det å oppnå noe gjennom andre, ja, resultat gjennom andre på en måte. Men jeg kan nok ikke uten videre si at det er nok. Jeg tror nok at man må ha begge de to komponentene. Fordi at det å bare sitte og oppnå resultater gjennom andre, blir jo å bare være en stor manipulator som sitter på toppen. Uten at du egentlig har som oppgave å sette retning. Det blir feil. Jeg er ganske bestemt på at du må sette retning i tillegg. Så begge de tingene, tror jeg!” (Kåre, intervju 4).

Her viser Kåre at han er opptatt av at man skal få til noe sammen med andre og med hjelp fra andre, men at en toppleder også har en annen rolle i form av at han skal peke ut retning og se de store linjene. Han viser med dette at han ser to ulike sider ved det å være leder, både de mellommenneskelige aspektene og delegeringssiden, men også det som går på å være fremsynt og se store linjer. Slik sett kan Kåres syn på ledelse oppfattes som både å være rasjonalistisk og konstruktivistisk. Han er opptatt av relasjonelle aspekter som står sentralt innenfor et konstruktivistisk perspektiv, innenfor dette perspektivet er det også sentralt å forme omgivelsenes oppfattelse av organisasjonen utad, noe Kåre er opptatt av. Han er også opptatt av at han som leder har et ansvar i forhold til helhetstankegang og å sette retning for organisasjonen. Kåres syn på ledelse skiller seg fra de tre andre direktørene. Alle er opptatt av at ledelse er å skape noe gjennom andre og at dette er sentralt for lederrollen, men de tre andre har ikke en uttalt tanke om at det også er en lederoppgave å peke retning og gå foran slik Kåre er opptatt av.

Kåre er i likhet med administrerende direktør i Foretak C, Frank, utdannet lege. Franks tilknytning til legeprofesjonen ga seg uttrykk i hans lederidentitet og kan være noe av forklaringen til at han er så opptatt av at organisasjonsendringer må komme fra at kulturen i

organisasjonen endrer seg. Er det slik at Kåres utdanning påvirker ham i hans identitet som toppleder og hans oppfattelse av hvordan endringer skal og bør finne sted? Kåre tror ikke at det i utgangspunktet er viktig å være lege for rollen som toppleder i et helseforetak. På det utøvende nivået er helsevesenet spesielt, men på øvre nivå tror han ikke at helsevesenet er så spesielt. Med andre ord er det ikke profesjonskunnskaper som er sentrale for å utøve god ledelse, mener han. Han tror likevel at det at han er lege, gjør en viss forskjell i synet på ham som leder og at han slipper unna enkelte problemer:

”Jeg kan jo ha fordeler av det. Man må jo vite og trekke fordeler av det som er mine styrker, og det sparer meg for en del banaliteter av sånn maktstyr som legene bruker når de kommer med det reineste svada for folk som ikke er en del av profesjonen. Det er jeg nok spart for til en viss grad”

(Kåre, intervju 4).

Kåre har i tydelig mindre grad legeidentitet med seg i rollen som toppleder enn det Frank har. Dette kommer blant annet til uttrykk i deres ulike syn på tillitsbygging innad i organisasjonen og i deres syn på hvordan man kan skape endringer for foretaket. Hvis man skal diskutere hans syn på endring sett ut fra teori E og O, vil man kunne se at Kåre er opptatt av at man skal videreutvikle kulturen i organisasjonen for å skape endring, siden han er opptatt av å få en samlet kultur i foretaket slik man vil vente ut fra teori O om endring. Men hans syn på endring kan også sees ut fra tankegangen til teori E, hvor endringene kommer ovenfra og ned i organisasjonen med et ønske om å maksimere den økonomiske verdien for organisasjonen, siden Kåre er opptatt av at man må benytte organisasjonens desentrale fordeler for å være konkurransedyktige, og fordi han fokuserer på konkurranseelementer som styres fra toppledelsens side. Man kan se disse endringselementene som en reaksjon etter reformen, men samtidig var dette tanker som allerede var gjeldende før reformen med bakgrunn i samarbeidsprosjektene som de ulike institusjonene i Foretak D sin region hadde planlagt å gjennomføre.

Det er noe problematisk å plassere Kåre i forhold til de ulike idealtypiske formene for ledelse som jeg presenterte i kapittel to. Selv om Kåre er utdannet lege passer han ikke inn i formen som overlegen, legitimiteten hans som leder er ikke basert på fag. Likefullt kjenner Kåre godt til organisasjonen og profesjonene, og hvordan de fungerer, og har utbytte av det i rollen som leder. Kåre har noen få av elementene fra næringslivslederen i sin lederrolle, han er opptatt av økonomiske aspekter og karismatiske egenskaper. Kåre er i mindre grad administrator, selv om han systematiserer og delegerer i jobben. Derimot har han mye av lederformen politiker.



Kåre er utadrettet, han ønsker å være med og forme endringsprosessene og sette dagsorden og han er opptatt av støtte eksternt og internt i forhold til legitimitet.

### **Forskjeller og likheter mellom de ulike foretakene.**

Gjennomgangen av opplevelsen av utfordringer som de ulike topplederne oppfatter, viser at det er store forskjeller dem i mellom på hvordan de oppfatter utfordringer, likheten ligger i hvilke forhold de tar opp og relasjoner de tar opp. Jeg har derfor valgt å sortere denne diskusjonen etter forhold og relasjoner som lederne har tatt for seg, for å få frem likheter og forskjeller både mellom hvordan det var før og etter sykehusreformen og mellom de ulike foretakene.

Når jeg ser på hvordan de fire lederne oppfatter situasjonen med å skape et foretak, en organisasjon, av det som tidligere var flere frittstående institusjoner, ser jeg at de oppfatter dette på ulike vis. Arne er opptatt av at det er en stor utfordring fordi han ser at han må få samlet kulturen og skape en enhetlig organisasjonskultur. Ståle er derimot fokusert på at reformen medfører en ny kultur for helsevesenet, men er ikke opptatt av at det kan ligge kulturelle forskjeller mellom de ulike institusjonene som til sammen utgjøre Foretak B. Ståle og Kåre i Foretak C og D som er mindre foretak, har et annerledes fokus. Frank er ikke så opptatt av at det er kulturelle forskjeller mellom de ulike institusjonene, han er mer opptatt av de strukturelle utfordringene fordi reformen medfører at det må skje omstruktureringer og fordi budsjettene som Foretak C må forholde seg til, er nødt til å bety at tilbud ved enkelte av institusjonene må legges ned eller endres. Frank er opptatt av at dette skaper konflikt innad i organisasjonen om ressurser og at befolkningen oppfatter foretaket som et problem fordi nærheten til helsetilbud blir endret, og arbeidsplasser på mindre steder forsvinner. Også Kåre i Foretak D er opptatt av at reformen og foretaksstrukturen skaper problemer. Dels fordi det allerede var initiert samarbeid i regionen før reformen trådte i kraft, men også fordi det har blitt stilt krav til sentralisering og økonomiske besparinger, noe som har medført at mindre institusjoner står i fare for å tape helsetilbud og ansvarsområder. Kåre er også opptatt av at det ligger en stor utfordring i det å skape en enhetlig kultur. Forskjellen i kultur mellom de ulike institusjonene har blitt særlig merkbart i dette foretaket, fordi institusjonene er spredt mellom to fylker. Sykehusreformen og innføringen av foretak medfører endringer som gjør at det blir en viktig oppgave for topplederen å skape en organisasjon. Dette kan virke mer problematisk i de mindre foretakene enn i de større foretakene, siden faren for nedleggelse ikke oppleves som like stor i de større foretakene. Slik sett blir det dermed heller ikke en konkurranse

mellom de ulike institusjonene på samme måten som det kan bli hvis man kjemper om helsetilbud.

Om man ser på interne forhold som hvordan topplederne oppfatter synet på ledelse i sykehusene, er ikke forskjellen mellom de store og små foretakene like påfallende. Arne er opptatt av at han synes det er mangel på ledelse i sykehuset, han søker å delegere mer ansvar og gjøre det klarere hva en lederstilling medfører ved hjelp av lederkontrakter. Arne bruker kontrakter som økonomiske virkemidler i sin styring. Han søker å gi de faglige ekspertene frihet til å utføre sin ekspertkunnskap, men gir dem økonomiske rammer å utføre denne ut fra. Ståle i Foretak B er også opptatt av at økonomi, økonomisk effektivitet og et økonomisk språk er blitt en del av sykehuset. Han oppfatter det som at man går fra et regime til et annet, fra politikk til økonomi. I likhet med Arne mener han at det er mangel på ledelse og ledelsesforståelse i sykehuset, noe han søker å bøte på ved hjelp av ledelsesprogrammer. Frank i Foretak C har en noe annerledes innstilling til endring og ledelse i foretaket. Han er veldig opptatt av at endringen må skje som et ønske fra de ansatte etter at en kulturell endring har funnet sted. Frank fokuserer på at helsearbeidere jobber etter et spesielt rasjonale som setter pasienten i hovedfokus, og at direktiver fra toppledelsen ikke kan overstyre dette. Frank er også opptatt av at lederne for de underliggende institusjonene i foretaket må se helheten og jobbe for hva som er best for foretaket som helhet. Uten om dette er ikke Frank så fokusert på ledelse i organisasjonen. Kåre som også er lege, er i motsetning til Frank ikke spesielt opptatt av at endringsprosesser blir spesielle fordi man driver helsetjeneste. Kåre er i likhet med Arne og Ståle opptatt av at det er mangel på ledelseskompetanse i helsevesenet og at det er viktig å få gjort noe med dette. Han er også klar på at han mener at topplederstillingen har endret seg etter at reformen ble innført. Man er ikke lenger leder for en enkelt enhet, men et konsern, noe som medfører at man i mye større grad må lede gjennom og med hjelp fra andre.

De fire topplederne har forskjellige forhold til sine styrever og oppfatter dette forholdet på ulike måter. Arne synes at styret i alt for stor grad er opptatt av detaljsaker noe som medfører at administrasjonen bruker for mye tid på å rapportere detaljer til styret. Han føler også at han gjerne skulle hatt mer oppbakking i rollen som toppleder fra styret. Arne mener at en av grunnene til at styret er for fokusert på detaljsaker, er at styret ikke har den riktige kompetansen, han skulle for eksempel ønske at det satt noen i styret med internasjonal erfaring fra helsevesenet. I motsetning til Arne, er Ståle veldig godt fornøyd med samarbeidet med Foretak B sitt styre. Ståle mener at styret i liten grad fokuserer på detaljer, men at de gir

økonomiske rammer som de forventer at foretaket holder. Han jobber tett med styret og har i tillegg til møtene jevnlig kontakt med styreleder per telefon. Frank hadde et problematisk forhold til styret, noe som kan tenkes å ha vært en av grunnene til at han valgte å gå fra stillingen som administrerende direktør i Foretak C. Frank opplevde at styret i alt for stor grad lot seg styre av det regionale foretaket, samtidig som mange av styremedlemmene var for partiske med det stedet de hadde sin opprinnelse fra. Frank følte ikke at han fikk støtte i sin rolle som toppleder eller i den endringsprosessen foretaket gikk igjennom. Kåre i Foretak D har ikke et problematisk forhold til styret, men mener at han merker at styret fortsatt trenger tid til å sette seg inn i hvordan helsetjenestene og foretaket fungerer. De fire direktørene har forskjellige forhold til sine styrer. Sett ut fra det Arne, Frank og Kåre sier, kan det virke som om kompetansen og erfaringen til de som sitter i styrene kunne vært annerledes. Før reformen hadde man politisk oppnevnte styrer i de ulike fylkene som forvaltet sykehusene. Etter reformen er det meningen at styrene skal være profesjonelle, og man har i relativt høy grad rekruttert fra det private næringsliv (Hegrenes 2005). Denne rekrutteringen kan man anta at vil gjøre noe med hva styret er opptatt av, men lederne tar opp at det ikke er sikkert at dette medfører at man får inn en kompetanse som er best egnet i forhold til å forvalte foretakene, i den endringsprosessen de går igjennom.

Relasjonen topplederne har til det regionale helseforetaket, viser at det er klare forskjeller mellom hvordan topplederne i de mindre foretakene oppfatter dette, i forhold til topplederne i de større foretakene. Arne i Foretak A er stort sett fornøyd med forholdet han og Foretak A har til det regionale foretaket, men skulle ønske at det regionale foretaket kunne være litt mer lydhør for hvordan situasjonen i Foretak A faktisk er. Ståle i Foretak B som også er et stort foretak, finner relasjonen til det regionale foretaket uproblematisk og synes at det fungerer bra. Frank og Kåre som leder de to foretakene som er mindre, har en annen oppfattelse av relasjonen til det regionale foretaket. Frank mener at det regionale foretaket i alt for liten grad trekker opp generelle linjer og at det ikke arbeider for å bedre og utvikle et samarbeid mellom de ulike lokale foretakene. Frank mener at det er dette som er den viktige jobben for det regionale foretaket. Han synes at de i stedet bruker tid på og legger seg opp i detaljsaker og overkjører det lokale styret og ham som toppleder. Når jeg ser på styringsrapporter og styrereferat, viser det seg at Frank sin oppfattelse stemmer. Det regionale foretaket har gått inn og forlangt endringsprosesser og skissert hvordan disse ønskes gjennomført, noen ganger også imot det som Foretak C sitt styre, selv har foreslått som løsning på hvordan helsetjenesten skal være utformet i området. Kåre i Foretak D er heller ikke fornøyd med

relasjonen til det regionale foretaket. Han synes at det er alt for sterke krav til at man skal ha en sentralisert struktur og mener at han ikke får benyttet seg av de fordelene Foretak D har, i forhold til å ha en desentral struktur. Kåre mener at noe av det som var hensikten bak reformen, forvinner når det regionale foretaket i sterk grad legger seg opp i hvordan de lokale foretakene utformer helsetjenestetilbudene. Forklaringen på hvorfor de mindre foretakene oppfatter relasjonen med det regionale foretaket som mer problematisk, kan være at det for de mindre foretakene har vært mye større krav til endring etter sykehusreformen enn det er i de større foretakene, som i utgangspunktet hadde en mer sentralisert struktur. Det regionale foretaket står bak og krever relativt raske endringer i organisasjonen noe som medfører konflikter og vanskelige avgjørelser. Det regionale foretaket legitimer sin rolle med å være aktive i blant annet konfliktfylte funksjonsfordelingssaker (Appendix 11) og setter blant annet fokus på stordriftsfordelene man oppnår gjennom sentralisering. De lokale foretakene oppfattes som legitime i befolkningen ved å i vare ta den desentrale strukturen for dermed å la dem beholde helsetjenester nært der de bor og arbeidsplasser i de aktuelle kommunene. Slik sett står legitimitetsinteressene til det regionale og det lokale foretaket i konflikt med hverandre. Dette kommer tydeligst frem der sentralisering er størst kilde til konflikt, nemlig i de mindre helseforetakene slik som i Foretak C og D.

Hvis det er slik at det er de mindre foretakene som har endret seg mest med innføringen av sykehusreformen, vil det også være større endring i topplederstillingen mellom det som før var et mellomstort sykehus og det som i dag er et mindre lokalt helseforetak enn det som tidligere var et universitetssykehus og et større lokalt helseforetak. Topplederstillingen kan anees å ha endret seg mest fordi man blant annet slik Kåre tok opp, ikke lenger kan drive direkte ledelse. Men den kanskje største endringen er at man er leder for en stor endringsprosess. Denne endringsprosessen vil være størst i de mindre foretakene, fordi det er de som må endre seg mest for å tilpasse seg de nye kravene og forventningene etter reformen.

De fire direktørene har valgt ulike strategier og fremgangsmåter i sin relasjon med politikere. Arne synes det er vanskelig at politikere på nasjonalt nivå kan komme med direktiver på endringer som Foretak A må ta hensyn til, samtidig som foretaket etter reformen ikke skal ta kontakt med politikerne for å informere om hvordan tilstanden er i foretaket. Dette skal gå gjennom styringskjeden, det vil si det regionale foretaket. Arne ønsker også at foretaket kan skape en bedre relasjon med kommunene som har ansvar for primærhelsetjenestene slik at overgangen mellom sekundær og primærhelsetjenesten fungerer bedre og er mer avklart. Ståle

i foretak B føler at han har et godt forhold til både kommunale og fylkekommunale politikere, og mener at foretaket tjener på dette i saker hvor det for eksempel er snakk om at man trenger nye lokaler og lignende. Forskjellen mellom Foretak A og B kan forklares med at Ståle som tidligere var ansatt i den fylkekommunale administrasjonen, kjenner det politiske systemet og ser viktigheten av dette i driften av foretaket. Mangelen på konflikt med lokalpolitikere i disse to foretakene kan ha en sammenheng med at det har vært lite snakk om store endringer som medfører nedleggelse slik det har vært for Foretak C og D. I Foretak C sitt område har det vært sterke reaksjoner fra lokalpolitikere når det er snakk om endringer som får konsekvenser for de enkelte kommunene. Likevel valgte ikke Frank å ha noen strategi hvor han hadde møter eller lignende med de lokale politikerne. Slike møter har Kåre hatt med ordførerne i området til Foretak D. Kåre mener at disse møtene er gode fora for å informere og øke forståelsen for de endringsprosessene helsevesenet i regionen går igjennom. Det er viktig for alle direktørene å ha et godt forhold til politikere i området. Hvorfor dette forholdet er viktig, er forskjellig i de ulike foretakene, fordi foretakene står overfor forskjellige utfordringer i forbindelse med endringene som har kommet i forbindelse med sykehusreformen. Det er bare Arne som tar opp en av de klare endringene som har kommet inn etter reformen, det at man ikke lenger skal ta kontakt med nasjonale politikere. Det er mulig Arne opplever dette som et større problem enn de andre, fordi universitetssykehuset under Foretak A muligens får større oppmerksomhet hos nasjonale politikere enn andre mindre institusjoner. Det kan også være at Arne har en mer proaktiv lederstil enn de andre direktørene.

Arnes progressive lederstil kommer tydelig frem når man ser på relasjonen Foretak A har hatt til media etter reformen. Arne sier selv at de ønsker å være mer proaktive og informere om hva det er som skjer i foretaket. Arne er også tydelig på at han forventer lojalitet fra de ansatte i form av at de tar opp eventuelle problem og konflikter innad i organisasjonen i stedet for å gå ut i media. Det at Arne ønsker å være mer proaktiv, har gitt seg uttrykk i at informasjonsavdelingen har blitt bygget opp. Foretaket har vært ute med billag i avisen og det har vært laget tv-program om hverdagen ved universitetssykehuset. Arne har bevisst ønsket å skape en endring i mediedekningen av foretaket og har hatt mulighet til å gå inn for dette, fordi han har større frihet i direktørrollen etter reformen i forhold til fordeling av økonomiske midler, enn hva som var tilfellet før reformen. Ståle mener at mediedekningen har endret seg etter sykehusreformen ble innført. Han mener at media i mindre grad har tilgang til sykehuset og det som foregår der, fordi diskusjonen i de politiske fora er borte. Ståle har i likhet med Arne rustet opp informasjonsavdelingen, og denne har gått ut aktivt i forhold til media for å

informere om konkrete saker. Frank i Foretak C er opptatt av at mediedekningen har endret seg etter reformen i form av at organisasjonen har blitt mer lukket. Før reformen var det ansett som mer eller mindre "normalt" for ansatte ved sykehuset å gå ut i media å klage hvis det var noe de ikke var fornøyd med. Dette er ikke ansett som akseptabel atferd lenger. Frank er noe skeptisk til disse endringene, da han mener at det medfører et mer lukket helsevesen. Kanskje denne skepsisen kan forklares med hans tilknytning til legeyrket. Kåre mener at mye av problemet med mediedekning som man opplever i Foretak D, stammer fra at man opererer innenfor små forhold, noen kjenner noen, som kjenner noen. Dette gjør at det er vanskelig å holde informasjon og vedtak innenfor organisasjonen. Dette viser til at det er forskjell i utfordringene som ligger i hvordan man skal forholde seg til media og mediedekning, på små steder i forhold til større steder. Johnsons studie av mediedekning før og etter sykehusreformen (2005) viser at det er innholdet og typen av mediedekning som har endret seg. For noen foretak kan man se endringer i hvem det er som går ut i media i form av at tillitsvalgte i mindre grad uttaler seg i media etter reformen og at administrasjonen i større grad er aktiv i media. Ståle og Franks opplevelse av at sykehusene nå er mer lukkede, stemmer overens med journalistenes oppfattelse i Johnsons studie.

Når jeg ser på de ulike forholdene som de fire direktørene tar opp, ser jeg at noen av aspektene som vektlegges er nye relasjoner som har kommet etter innføringen av sykehusreformen. Dette i seg selv gjør at topplederne oppfatter utfordringer på en annen måte etter reformen enn før reformen, noe som kan tyde på at topplederrollen har endret seg. Når jeg har diskutert de ulike relasjonene som topplederne tar opp, viser det seg at det er forskjeller mellom de store og de mindre foretakene i hvordan de oppfatter konflikter og om de oppfatter at det er konflikter. Dette kan i stor grad forklares ut fra et rasjonalistisk perspektiv, hvor strukturen setter betingelser for hvordan ledelse kan utføres. De mindre foretakene har etter reformen i større grad enn de store foretakene måttet gjennomgå strukturelle endringsprosesser fordi det regionale foretaket har ønsket å sentralisere virksomheten. De økonomiske overføringene har også blitt strammet til etter reformen. Dette har virket inn på alle foretakene, men har i kanskje størst grad medført åpenlyse konflikter i de mindre foretakene, fordi nedskjæringer her betyr nedleggelse. De fire direktørene beskriver utfordringer av økonomisk art, utfordringer som kommer av at de er leder for organisasjoner som er befolket av sterke profesjoner med mye makt og utfordringer, fordi det er organisasjoner som gjennomgår endringsprosesser mot å bli mer foretak, med større grad av næringslivslogikk. Økonomi er en utfordring fordi man i sykehusene etter reformen

snakker et nytt språk, DRG poeng har blitt sentralt, og det er stadig krav om å spare midler. Topplederne kan også bruke økonomiske midler i styringen sin av foretakene i større grad enn det som var tilfelle før reformen. Før reformen måtte vedtak om for eksempel å omfordele midler eller endre stillinger, tas opp i det politiske fora og stemmes over. Dette er avgjørelser topplerne i dag selv kan gjøre. De kan også, slik Arne gjør, videreformidle økonomisk ansvar og frihet nedover i organisasjonen ved hjelp av for eksempel lederkontrakter. Økonomi kan med andre ord brukes som et styringsredskap av de sterke profesjonene i organisasjonen. Dette er med på å vise at topplerne kan innta ulike lederroller, velge å fokusere på forskjellige aspekter, og benytte seg av ulike verktøy som leder. Gjennomgangen av de fire administrerende direktørene viser at de har valgt relativt ulike roller som leder, noe som kan være med å forklare både at det er forskjeller i deres hverdag som leder, og at denne hverdagen oppfattes forskjellig.

Profesjonene står på mange måter like sterkt etter reformen som før. Helsetjenesten er avhengig av ekspertene, og ekspertene har makt i form av at de sitter på ekspertkunnskap som andre kan ha vanskelig for å overprøve. Men DRG systemet er blant annet med på å skape en større grad av oversikt over hva det er som foregår og hvilke utgifter som blir generert. Med innføringen av sykehusreformen kan man se det som en avpolitisering av sykehusene, siden sykehuset og topplerne ikke lenger forholder seg til fylkeskommunen og et politisk oppnevnt styre. Nærmeste styringsorgan er nå foretakets eget styre og det regionale helseforetaket. Selv om det på mange måter er mindre grad av politisk detaljstyring i foretakene etter reformen i og med at topplerne mener at de i større grad har mulighet til å fatte beslutninger hva gjelder enkeltsaker og dermed har fått en større grad av autonomi i rollen, har ikke det politiske elementet forsvunnet. Bestemmelsene som formidles fra det regionale foretaket er politisk funderte, og økonomien i de ulike foretakene er avhengig og endres etter statsbudsjettet. Befolkningen i foretakenes områder oppfatter nok også mange av vedtakene om omstrukturering av helsetjenestetilbudene som politiske avgjørelser. Det finnes også flere eksempler på at ministeren overprøver lokale beslutninger, og paradoksalt nok kan det se ut som man på mange måter går inn i en epoke med økt statlig styring i helsesektoren (Byrkjeflot og Grønlie 2005). Topplerne i de lokale helseforetakene skal slik sett balansere politikk, økonomi og profesjoner i sin rolle som leder. Ståle valgte å fratre stillingen når konfliktene med legeprofesjonen i Foretak B ble for store. Frank valgte å gå av siden han følte at midlene han fikk til å gjennomføre endringene, var for små, og relasjonen til styret og det regionale foretaket var for problematisk. Dette er med på å vise at både politiske, økonomiske

og profesjonsaktuelle aspekter er viktige for å fungere i rollen som administrerende direktør i et lokalt helseforetak.



## KAPITTEL 7: HVA GJØR LEDERNE?

Jeg har så langt diskutert og belyst topplederrollen ut fra et rasjonalistisk og et konstruktivistisk perspektiv. Gjennom denne diskusjonen har jeg kommet frem til strukturelle endringer som har funnet sted for foretakene og topplederrollen etter innføringen av sykehusreformen, og hvordan dette blir oppfattet av de ulike lederne. Dette ønsker jeg nå å diskutere i forhold til hva det er lederne faktisk gjør, slik man kan innenfor en behavioristisk tilnærming. I dette kapitlet vil jeg derfor gjennomgå dataene som har kommet frem fra tidsstudiene av to av lederne i denne studien. Disse funnene vil jeg diskutere opp mot diskusjonen som har kommet frem i de to foregående kapitlene for nettopp å kunne se om det er en sammenheng mellom hvordan de sier at de oppfatter situasjonen, og det de faktisk gjør. En behavioristisk tilnærming søker ikke å forklare, men kun belyse hva det er lederne gjør. Denne gjennomgangen er dermed ikke i seg selv forklarende, den er med for å kunne gi et bilde av om fremstillingen som er kommet frem etter diskusjonen ut fra de to teoretiske perspektivene, stemmer overens med ledernes atferd. Det er Arne, i Foretak A og Frank, i Foretak C som har deltatt i denne delen av studien. De har fylt ut tidsskjemaer de samme dagene, to dager i en uke og tre dager i en annen uke. Totalt fem dager.

Når Tengblad presenterer dataene fra sine studier er det et gjennomsnitt av hva alle lederne har tatt seg til. Det er gjort på den måten, da målet med studien er å komme frem til om lederatferd er endret siden Mintzberg gjorde en lignende studie 30 år tidligere. Jeg har valgt å benytte meg av tidsstudier som supplement til intervjuene, for til en viss grad å se om det er sammenheng mellom det lederne sier at de gjør, og det de faktisk gjør. Tidsstudiene er mest av alt viktige, fordi de gir meg muligheten til å benytte det empiriske perspektiv når jeg diskuterer. Siden målet mitt er å se på om topplederrollen har endret seg og om dette er forskjellig i de ulike foretakene, ser jeg det som rimelig å presentere dataene fra hver av lederne separat. Dette gir meg muligheten til å komparere de to tidsstudiene og muligheten til å se sammenhengen med intervjuene av Arne og Frank. Jeg benytter meg av flere teoretiske og metodiske innfallsvinkler, ikke for å sette dem opp i konkurranse mot hverandre, men for at de skal utfylle hverandre, slik at jeg får et best mulig bilde av topplederrollen i de lokale helseforetakene.

## Tidsstudiet av Arne i Foretak A.

Arne arbeidet totalt 4035 minutter eller 67,25 timer, de fem dagene studien fant sted. Det blir et gjennomsnitt på 13,45 timer om dagen. Arbeidstiden ble fordelt på ulike steder som tabell 6.1 nedenfor viser.

Tabell 6.1

Sted	Hvor lang tid	Prosentfordeling
Eget kontor	2160 minutter	53%
Hjemme	90 minutter	2%
I foretak, utenfor eget kontor	1005 minutter	25%
På reise	390 minutter	10%
Utenfor foretaket	390 minutter	10%

Tabell 6.1 viser at Arne bruker over halvparten av tiden sin til arbeidsoppgaver på eget kontor og han nesten ikke jobber hjemmefra. Ca en fjerdedel av tiden bruker han på arbeidsoppgaver som finner sted andre steder i foretaket, enn eget kontor. I løpet av de fem dagene som tidsstudien tar for seg, er han ute på en reise og har i denne forbindelse arbeidsoppgaver utenfor organisasjonen. Måten Arne velger å fordele tiden sin stemmer overens med bildet han gir gjennom intervjuet, som en leder, som er fokusert på å være synlig og forstå organisasjonen han leder. Behovet for å tilbringe tid utenfor eget kontor kan komme av at han ikke har erfaring fra sykehusbransjen og slik sett trenger å lære organisasjonen å kjenne. Det at Arne har arbeidserfaring fra det private næringsliv, kan være med å forklare hvorfor han synes det er viktig å tilbringe tid utenfor egen organisasjon, da dette kanskje er mer vanlig og ansett som viktigere i det private enn i det offentlige. Denne prioriteringen av tid kan også komme av at Arne er leder for det største helseforetaket i helseregionene og har ansvar for nasjonale helsetjenester. Han trenger derfor kanskje i større grad enn ledere for mindre foretak å ha god og jevn kontakt med omverdenen. Arnes måte å bruke tid på kan med andre ord både forklares ved strukturelle hensyn og av hans oppfattelse av hvordan en leder skal bruke tiden sin. Hans valg av hvordan han bruker tiden, stemmer overens med inntrykket etter intervjuet.

Arne benytter seg av flere ulike kommunikasjonsformer i sitt arbeid. Tidsskjemaets ulike svaralternativ for kategorien kommunikasjon er: telefon, e-post, brev/fax, internet, rapporter/skriv/aviser, møte med en person, møte med flere personer og inspeksjonsrunde. I studien ble det benyttet det samme skjema for en sekvens av aktiviteter der det var naturlig. Dette har gjort at jeg har valgt å slå sammen noen av svaralternativene, slik som telefon,

internettbruk og e-post. Dette er aktiviteter leder utfører i en naturlig sammenheng. Det kommer ikke tydelig frem hvor mange som er til stede under møtesituasjon, jeg har derfor valgt å slå sammen svaralternativene møte med en og møte med flere til et alternativ, som jeg kaller møte. Arne har valgt å skrive møte eller foredragsforberedelse som egen kommunikasjonsform. Dette svaralternativet har derfor blitt med i tabell 6.2 nedenfor som viser hvor mye tid Arne benytter til de ulike kommunikasjonsformene. I tabell 6.2 har tiden som har blitt benyttet på reise, blitt trukket fra totalen, siden han ikke opplyser å benytte noen form for kommunikasjon under reisen.

Tabell 6.2

<b>Kommunikasjonsform</b>	<b>Hvor lang tid</b>	<b>Prosentfordeling</b>
Telefon, e-post, internet	630 minutter	17%
Møte	2115 minutter	58%
Skriv, aviser	330 minutter	9,%
Forberede møter/foredrag	450 minutter	13%
Inspeksjonsrunde	120 minutter	3%

Tabell 6.2 viser at Arne i godt over halvparten av tiden kommuniserer via møtevirkosomhet, og han bruker 13% av tiden sin på å forberede seg til denne typen av aktivitet. To timer eller 3 % av tiden, blir benyttet til å gjøre besøk i ulike avdelinger av foretaket, noe som vises igjen i svaralternativet inspeksjonsrunde. Arne bruker ca 17% av tiden sin til å lese og svare på e-post, sjekke nettet og telefonere. Han bruker også 9% av tiden sin til skriv av ulik karakter og aviser. Kategorien brev/fax på skjemaet er ikke benyttet i det hele tatt, og tabell 6.2 viser at Arne i all hovedsak benytter seg av verbale kommunikasjonsformer. Det at Arne i stor grad benytter seg av verbale kommunikasjonsformer, understreker at han har en travel arbeidsdag med mange gjøremål. Dette passer også sammen med rollen som ”næringslivsleder” fremfor ”administrator”, siden ”næringslivslederen” i større grad er synlig, og i mindre grad benytter byråkratiske arbeidsmetoder.

Det er interessant å se på hvordan Arne kommuniserer, men for å få et klarere bilde av hvordan han benytter seg av tiden, vil jeg nå gå gjennom kategorien aktivitetstype på tidsskjemaet. Det er totalt 11 ulike svaralternativer leder kunne krysse av for under denne kategorien. Alternativene er økonomi/finans/juridisk, gjøre rede for noe/kalkulerer, innkjøp, produksjon, produktutvikling, markedsføring, personalspørsmål, relasjon til det offentlige/investorer, organisere/planlegge, lunch, privat og annet. De ulike svaralternativene er ikke gjensidig utelukkende kategorier. Det betyr at Arne kan ta seg til flere aktivitetstyper

samtidig. Tenker man seg en møtesituasjon eller en sekvens med ulike telefonsamtaler, er det ikke vanskelig å forestille seg at leder både kan organisere/planlegge noe og for eksempel ta for seg økonomiske spørsmål. Arne bruker 27% av tiden sin på kun en aktivitetstype, 31% av tiden sin på to aktivitetstyper samtidig og 42% av tiden sin på tre eller flere aktivitetstyper. Arne sine sekvenser med aktivitet er med andre ord oftest komplekse, og aktivitetstyper blir unnagjort i en sammenheng. Tabell 6.3 nedenfor viser hvilke aktivitetstyper han bruker tiden sin på. Når man ser på prosentfordelingen, må denne sees i forhold til total tid, siden svaralternativene ikke er gjensidig utelukkende.

Tabell 6.3

<b>Aktivitetstype</b>	<b>Hvor lang tid</b>	<b>Prosentfordeling</b>
Organisere/planlegge	3045 minutter	83%
Økonomi/finans/juridisk	1395 minutter	38%
Relasjoner til det offentlige/investorer	1155 minutter	32%
Markedsføring	300 minutter	8%
Personalspørsmål	720 minutter	20%
Produktutvikling	660 minutter	18%
Produksjon	120 minutter	3,%

Tabell 6.3 viser at Arne benytter mesteparten av tiden sin, 83%, på aktiviteter som blant annet er av typen organisere/planlegge. Arne bruker 38% av tiden sin på aktivitetstypen økonomi/finans/juridisk. Denne aktivitetstypen utføres alltid i kombinasjon med aktivitetstypen organisere/planlegge, bortsett fra 30 minutter av totalt 1395 min, hvor aktivitetstypen blir gjort samtidig som aktivitetstypen relasjon til det offentlige/investorer. Når Arne utfører aktivitetstypen relasjon til det offentlige/investorer, noe han gjør i 31% av tiden, skjer dette bare når minimum tre aktivitetstyper skjer samtidig. 20% av tiden bruker Arne på aktivitetstypen personalspørsmål. Denne aktivitetstypen blir gjort samtidig som andre aktivitetstyper, men det er også egne møter hvor det kun er personalspørsmål som blir tatt opp. Når han bruker tid på aktivitetstypen produktutvikling, noe han gjør 18% av tiden, er dette alltid i kombinasjon med aktivitetstypene økonomi/finans/juridisk og organisering/planlegging. 3% av tiden brukes til aktivitetstypen produksjon i form av at Arne er på besøk ute i organisasjonens avdelinger. Det er sammenheng mellom det Arne mener er viktige gjøremål i intervjuene, og det han faktisk bruker tiden sin på. Arne bruker mye tid på å organisere og planlegge, noe han synes er viktig, siden foretaket går gjennom en endringsprosess. Han bruker også mye tid på økonomiske aktiviteter, noe som var ventet i forhold til at han har gitt inntrykk av at økonomi, i form av budsjetter og som styringsverktøy, er sentralt. Det at Arne bruker tid på relasjoner med eksterne aktører, understreker at han

synes dette er viktig, noe han også ga uttrykk for i intervjuet. At Arne også bruker tid på å gjøre seg synlig ute i organisasjonen, kan ha sammenheng med hans ønske om at alle skal jobbe bedre sammen og vise hverandre en større grad av respekt, men kan også forklares med at Arne ønsker å gjøre seg synlig som leder i forhold til ekspertene i organisasjonen og bedre forstå dem.

Jeg har nå lagt frem hvor Arne er, hvordan han kommuniserer og hvilke typer av aktivitet han utfører. Det er også interessant å vite noe om hvilke formål aktivitetene har. Det er en interessant kategori, fordi den kan belyse om formålene med aktiviteter gjenspeiler endringene som er ønsket med reformen. En aktivitetstype kan ha flere formål. Man kan for eksempel ta en telefon både for å skaffe informasjon og gi informasjon. Svaralternativene til kategorien aktivitetens formål er derfor ikke gjensidig utelukkende. Det er kun ved to tilfeller og totalt 90 minutter eller 2,5% av tiden, aktiviteten kun har ett formål. Dette skjer når direktøren er på et kurs og når han informerer om noe. 1735 minutter eller 47% av tiden, har aktiviteten to formål, og 1820 minutter eller 50% av tiden, har aktiviteten tre eller flere formål. De ulike svaralternativene Arne kunne krysse for på aktivitetens formål, er skaffe/motta informasjon, bearbeide informasjon, gjøre beslutninger, motta/verifisere andres beslutning, dele ut arbeidsoppgaver, informere, inspeksjon/kontroll/oppfølging, iverksette, gjennomføre en beslutning, personlig utvikling og annet. I fremstillingen av data har jeg valgt å slå sammen svaralternativene skaffe/motta informasjon og bearbeide informasjon. Jeg har valgt å gjøre dette, siden disse to svaralternativene viste seg å være vanskelig å skille for leder og at dette som oftest finner sted samtidig. Tabell 6.4, nedenfor viser hvor lang tid leder bruker på aktiviteter med de ulike formålene. Prosentfordelingen må sees i forhold til total tid, siden kategoriene ikke er gjensidig utelukkende.

Tabell 6.4

<b>Aktivitetens formål</b>	<b>Hvor lang tid</b>	<b>Prosentfordeling</b>
Skaffe/motta og bearbeide informasjon	3345 minutter	92%
Informere	2040 minutter	56%
Dele ut arbeidsoppgaver	435 minutter	12%
Gjøre beslutninger	1260 minutter	35%
Inspeksjon/kontroll/oppfølging	120 minutter	3%
Motta/iverksette andres beslutning	810 minutter	22%

Tabell 6.4 viser at mesteparten av tiden, 92% av den totale tiden, har Arnes aktiviteter det formål å skaffe, motta eller bearbeide informasjon. 1215 min eller 36% av den tiden Arnes

aktivitet har dette formålet, har aktiviteten kun dette formålet. I over halvparten av tiden, 56% av den totale tiden, er formålet med aktiviteten å informere. 12% av tiden er formålet med aktiviteten å dele ut arbeidsoppgaver, dette skjer alltid i forbindelse med aktiviteter som også har som formål å gjøre en beslutning. Men mer tid er benyttet på å ta beslutninger, 35% av tiden er benyttet til aktiviteter med dette formålet. De to timene eller 3% av den totale tiden når Arne er på besøk ute i organisasjonen, har handlingen blant annet som formål å inspisere, kontrollere og følge opp. 22% av tiden er formålet med aktivitetene å motta eller iverksette andres beslutninger. Når jeg ser på formålet med aktivitetene, ser jeg at informasjonsarbeid er utrolig viktig for lederjobben til Arne. Han blir på mange måter et senter for informasjon, han mottar informasjon og gir denne videre til dem som trenger den. Han gir beskjed om hvem som skal gjøre hva, men bruker enda lenger tid til beslutninger. En viktig del av jobben hans er å videreformidle andres beslutninger. Dette stemmer overens med beskrivelsen av at sentrale politikere, og det lokale så vel som det regionale styret, stiller krav til foretaket.

Når jeg studerer skjemaene, ser jeg at Arne starter dagen på samme måte hver dag, med et halv times langt møte med nærmeste underordnede. Dette møtet har den funksjon at man planlegger og organiserer dagen og driften av foretaket, og informasjon blir utvekslet mellom partene. Det er også tydelig at han har svært lange arbeidsdager med høy aktivitet, og han har i løpet av fem dagers perioden benyttet tid til å delta på et internt kurs og reise til en aktivitet i en annen by. Dette kan kanskje forklares med at Arne har en fortid fra det private næringsliv, og dermed anser lange dager som også inneholder kurs og reiser, som det normale for en toppleder.

### **Tidsstudiet av Frank i Foretak C.**

Frank arbeidet totalt 2985 minutter eller 49,75 timer, de fem dagene studien fant sted. Det blir et gjennomsnitt på 9,95 timer om dagen. Han bruker 125 min av denne tiden til å ta lunchpauser. Da han ikke opplyser at han tar seg til noen arbeidsoppgaver under lunchen, er denne tiden trukket fra den totale arbeidstiden i den videre fremstillingen av tallmaterialet.

Arbeidstiden ble fordelt på ulike steder, som tabell 6.5 nedenfor viser:

Tabell 6.5

<b>Sted</b>	<b>Hvor lang tid</b>	<b>Prosentfordeling</b>
Eget kontor	2635 minutter	92%
Hjemme	180 minutter	6,4%
På reise	45 minutter	1,6%

Tabell 6.5 viser at Frank tilbringer mesteparten av sin tid på eget kontor, hele 92 % av den totale tiden. Møtene han tar del i, foregår på hans eget kontor. 6,4% av tiden Frank arbeider, gjør han det hjemmefra. Ved ett tilfelle i totalt 45 minutter eller 1,6% av tiden, jobber han fra bilen ved å ta en jobbrelatert telefon. Er Frank en mindre synlig leder enn Arne i og med at han ikke utfører noe arbeid utenfor kontoret sitt? Eller er dette en understrekning av at de to har forskjellige lederroller? Frank er mer som "overlegen", han tar seg av det han skal gjøre og blander seg kanskje ikke så mye opp i det andre holder på med, noe som kanskje ikke hadde blitt tatt særlig godt imot hos ekspertene. Men på en annen side skulle man kanskje tro, ut fra denne lederrollen, at han hadde sterkere kontakt med de utøvende ekspertene i foretaket.

Frank benytter seg av flere former for kommunikasjon. Han benyttet det samme skjemaet for flere sekvenser av kommunikasjon der det var naturlig. Det har derfor vært naturlig å slå sammen svaralternativene møte med en eller flere personer og svaralternativene telefon, e-post, internett, avis og ulike skriv. Ulempen med dette er at det ikke kommer frem hvor lang tid Frank benytter på kommunikasjon som er verbal. Men dette har ikke vært mulig, siden han som oftest har krysset av på et skjema for både e-post bruk og telefon samtidig. Tabell 6.6 nedenfor viser hvordan de ulike svaralternativene på kategorien kommunikasjon fordeler seg.

Tabell 6.6

<b>Kommunikasjonsform</b>	<b>Hvor lang tid</b>	<b>Prosentfordeling</b>
Møte	1525 minutter	53%
Telefon, e-post, internet, aviser, skriv	1335 minutter	47%

Tabell 6.6 viser at Frank fordeler tiden nesten halvt om halvt mellom kommunikasjonsformen møteaktivitet og telefon, e-post, internet, aviser og skriv. Noe mer tid er egnet til møteaktivitet, 53% av tiden mot 47% til de andre kommunikasjonsformene. Frank bruker ikke noe tid på kommunikasjonsformen inspeksjonsrunde, han bruker heller ikke noe tid til å kommunisere via brev eller fax. Jeg kan ikke sammenligne Frank med Arne i forhold til verbal kommunikasjon. Det at Frank bruker over halvparten av tiden sin på møtevirksomhet, understreker hans sterke ønske som kom frem via intervjuene, om at andre må ha forståelse for endringene som skal skje, og at det er denne forståelsen som faktisk kan skape endringer.

Det er interessant å se på kommunikasjonsformene Frank benytter, men et klarere bilde av hvordan tiden blir benyttet, kommer frem gjennom kategorien aktivitetstype. For å se hvilke svaralternativer man finner på denne kategorien, se gjennomgangen av tidsstudiet av Arne. Disse kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, noe som medfører at Frank kan ta seg til flere aktiviteter samtidig. Han bruker 47% av tiden sin på kun en aktivitetstype, 29% av tiden blir benyttet til to aktivitetstyper samtidig og 24% av tiden blir benyttet til tre eller flere aktivitetstyper. Frank sine sekvenser med aktivitet er ofte komplekse, men i nesten halvparten av tiden tar han seg kun til en aktivitetsform. Her skiller han seg fra Arne som bruker mer tid på flere aktivitetstyper samtidig. Tabell 6.7 nedenfor viser hvilke aktivitetstyper han bruker tiden sin på. Når man ser på prosentfordelingen, må denne sees i forhold til total tid, siden svaralternativene ikke er gjensidig utelukkende.

Tabell 6.7

<b>Aktivitetstype</b>	<b>Hvor lang tid</b>	<b>Prosentfordeling</b>
Organisere/planlegge	1660 minutter	58%
Økonomi/finans/juridisk	480 minutter	17%
Relasjoner til det offentlige/investorer	495 minutter	17%
Personalspørsmål	930 minutter	33%
Produktutvikling	790 minutter	28%
Gjøre rede for noe/kalkulerer	475 minutter	17%

Tabell 6.7 viser at Frank bruker noe over halvparten, 58%, av tiden sin på aktivitetstypen organisere/planlegge. 33% av tiden bruker han på personalspørsmål. Dette blir gjort både i møter som har dette som hovedtema, via telefonsamtaler hvor dette er tema og i intervjusituasjon. Frank benytter 480 minutter eller 52% av den tiden han bruker på personalspørsmål, til å intervju kandidater til en sentral posisjon i foretaket. Utenom dette bruker han 17% av tiden til aktivitetstypen økonomi/finans/juridisk, 17% til aktivitetstypen relasjoner til det offentlige/investorer, 28% av tiden til produktutvikling og til slutt gjør han rede for noe eller kalkulerer i 17% av tiden. Frank bruker mindre tid på å organisere og planlegge enn det Arne gjør. Han bruker også betraktelig mindre tid på økonomiske aktiviteter. Dette stemmer overens med inntrykket etter intervjuene med de to. Både Frank og Arne bruker tid på eksterne relasjoner og personalspørsmål. Frank skiller seg fra Arne i at han i over en fjerdedel av tiden bruker tid på produktutvikling. Dette kan kanskje forklares med at han selv er lege og dermed har større forutsetninger for å ta del i dette.



Frank har ulike formål med de forskjellige aktivitetene. De ulike formålene en aktivitet har, er ikke gjensidig utelukkende, noe som betyr at Frank kan ha flere formål med en aktivitet. I 210 minutter eller 7% av tiden har aktiviteten kun ett formål, i 1200 minutter eller 42% av tiden, har aktiviteten to ulike formål og i litt over halvparten av tiden, det vil si 1450 minutter eller 51% av tiden, har aktiviteten tre eller flere ulike formål. For å se hvilke svaralternativer man finner på denne kategorien, se gjennomgangen av tidsstudiet av Arne. Jeg valgte i tidsstudiet av Arne, ikke å skille de ulike informasjonssvaralternativene, siden det viste seg vanskelig for ham å skille mellom alternativene skaffe, motta og bearbeide informasjon. Dette gjelder også for Frank. Tabell 6.8 nedenfor viser hvor lang tid Frank bruker på aktiviteter med de ulike formålene. Prosentfordelingen må sees i forhold til total tid, siden kategoriene ikke er gjensidig utelukkende.

Tabell 6.8

<b>Aktivitetens formål</b>	<b>Hvor lang tid</b>	<b>Prosentfordeling</b>
Skaffe/motta og bearbeide informasjon	2650 minutter	93%
Informere	850 minutter	30%
Dele ut arbeidsoppgaver	715 minutter	25%
Gjøre beslutninger	1375 minutter	48%

Tabell 6.8 viser at Frank sine aktiviteter i største grad har som formål å skaffe, motta og bearbeide informasjon. Hele 2650 minutter eller 93%, av tiden benyttes til aktiviteter med dette som formål. Han bruker 1375 minutter på aktiviteter hvor formålet er å gjøre en beslutning, det vil si 48% av den totale tiden. 90 av disse minuttene, det vil si 6,5% av tiden hvor formålet er å gjøre en beslutning, er aktiviteter hvor formålet kun er å fatte en beslutning. Resten av aktivitetene hvor formålet er å gjøre en beslutning, sammenfaller med andre formål, alltid aktiviteter hvor formålet er informasjon, men også i kombinasjon med aktiviteter hvor formålet er å iverksette eller å dele ut arbeidsoppgaver eller informere andre om beslutninger som har blitt fattet. Totalt 925 minutter av tiden hvor formålet med aktivitetene blant annet er å fatte en beslutning eller 67% av tiden hvor aktiviteten har dette formålet, blir også arbeideoppgaver eller iverksetting eller informasjon gitt ut. Dette blir naturlig hvis man tenker seg en møtesituasjon mellom flere parter som går over noen timer. Tabell 6.8 viser at 850 minutter eller 30% av den totale tiden, benyttes til aktiviteter med formålet å informere. Aktiviteter med dette formålet har også alltid det formål å skaffe eller motta informasjon. 715 minutter eller 25% av den totale tiden, benytter Frank til aktiviteter med formålet å dele ut arbeidsoppgaver. Frank bruker i likhet med Arne mye av tiden sin på informasjonsarbeid. Han bruker også mye tid på å dele ut arbeidsoppgaver. I nesten

halvparten av tiden gjør han beslutninger. Dette kan vise at han har større mulighet og gjør mer av dette enn man kunne få inntrykk av gjennom intervjuet. Jeg synes det er bemerkelsesverdig at Frank ikke opplyser at han bruker noe tid på å videreformidle andres beslutninger. Dette stemmer ikke overens med inntrykket av at det lokale og regionale styret i stor grad setter agenda og bestemmer slik han ga inntrykk av i intervjuet. Kan dette forklares med at Frank ikke videreformidler disse beslutningene, eller er dette et uttrykk for at han ikke har fylt ut eller forstått tidsskjemaet på samme måte som Arne?

Når jeg studerer skjemaene, ser jeg at Frank starter hver dag på den samme måten, med å bruke fra en halv til to timer på telefoner, e-post, internett, aviser og skriv. Dette er en aktivitet med formål å skaffe informasjon og bearbeide denne. Jeg ser også at når Frank jobber borte fra selve arbeidsplassen, er dette kun via telefon. Dette er svært forskjellig fra Arnes måte å arbeide på. Kanskje denne forskjellen kan forklares med at de to har forskjellige lederstiler og lederrolle forståelse.

### **Forskjeller og likheter mellom de to direktørene**

Når man ser på tidsstudiene av de to administrerende direktørene, Arne og Frank, er det tydelig at de bruker tiden sin på ganske forskjellig måte. Arne jobbet ganske mye mer enn Frank i løpet av de dagene denne studien varte. Dette kan være tilfeldig, men intervjusamtalene jeg hadde med de to, ga det samme inntrykket, hva gjelder arbeidsmengde og hvor lange dager man har. En av forklaringene på at Arne jobber lengre dager enn Frank, kan være størrelsen på foretakene. Men det kan også være at Arne i for liten grad er flink nok til å delegerer arbeidsoppgaver eller så kan det være at det at han har bakgrunn fra det private næringsliv gjøre at han oppfatter det som normalt med lange arbeidsdager.

Ser man på hvor det er lederne befinner seg når de arbeider, er dette veldig forskjellig for de to direktørene. Arne bruker bare litt over halvparten av tiden på sitt eget kontor, mens Frank i all hovedsak, det vil si over nitti prosent av tiden, befinner seg på sitt eget kontor. Når Frank ikke befinner seg på sitt eget kontor, er det fordi han jobber hjemmefra. Frank utfører ikke arbeid i foretaket utenfor eget kontor i den perioden som tidsstudiene fant sted. Dette betyr at når han har møter, kommer de han skal ha møte med til hans kontor. Arne bruker hele en fjerdedel av tiden han arbeider, på aktiviteter i foretaket, men utenfor sitt eget kontor.

Forskjellene mellom de to direktørene på kategorien kommunikasjonsform, er ikke så stor. De bruker begge to litt over halvparten av tiden sin på møtevirksomhet, og store deler av tiden utenom det til "vanlig" kontorarbeid som telefon, e-post, oppdatere seg på skriv og aviser og lignende. Forskjellen mellom de to direktørene på denne kategorien er at Arne velger eller må, i løpet av de fem dagene to ganger, å benytte seg av en såkalt inspeksjonsrunde. Ved to anledninger besøker Arne to avdelinger i foretaket for å se hva som foregår der.

På kategorien aktivitetstype, er det visse forskjeller mellom de to direktørene. Arne bruker relativt mye mer tid til å planlegge og organisere enn Frank. Ser man bare på faktisk tid som er brukt til dette, bruker Arne nesten dobbelt så mye tid til dette som Frank. Prosentuerer man den totale arbeidstiden, viser det at Frank bruker 58% av tiden på denne aktivitetstypen, mens Arne bruker 83% av tiden til denne aktivitetstypen. Mer interessant er det kanskje at Arne bruker mye mer av tiden sin på aktivitetstyper som har med økonomi å gjøre. Har dette en sammenheng med at han er utdannet innenfor økonomiske fag, eller er dette et uttrykk for at han oppfatter økonomi som en viktig utfordring for foretaket? Arne bruker også noe tid på å markedsføre foretaket, dette bruker ikke Frank noe tid på i det hele tatt. Betyr dette at Arne i motsetning til Frank oppfatter dette som en viktig oppgave for topplederrollen? Arne bruker også noe mer tid på aktivitetstypen relasjoner til det offentlige enn det Frank gjør. Frank bruker 16% av tiden sin på å gjøre rede for noe eller kalkulere, denne aktivitetstypen utfører ikke Arne. Dette kan bety at de to direktørene møter ulike typer av utfordringer i de to ulike foretakene, men kan også være et uttrykk for at de har forskjellige lederroller eller lederstiler, slik jeg har argumentert for i kapittel 6.

Den siste av kategoriene som lederne fylte ut i tidsskjemaet, tar opp formålet med aktiviteten. Både Arne og Frank bruker mesteparten av dagen sin til å skaffe og motta informasjon. Arne bruker noe mer tid enn Frank på selv å informere, mens Frank bruker noe mer tid enn Arne på å dele ut arbeidsoppgaver. Store deler av dagen fatter begge direktørene beslutninger. Arne mottar og iverksetter også andres beslutninger. Dette formålet har ingen av Frank sine aktiviteter. I en liten del av arbeidet, når han er på inspeksjonsrunder ute i foretaket, har Arne sin aktivitet det formål at han ønsker å kontrollere og følge opp arbeidet i organisasjonen.

Tidsstudiene kan ikke belyse om topplederrollen i de lokale helseforetakene har endret seg etter innføringen av sykehusreformen, men kan vise om topplederrollen fortoner seg ulikt i de forskjellige foretakene. Tidsstudiene viser også om det er sammenheng mellom det lederne ga

uttrykk for gjennom intervjuene, og det de faktisk bruker tiden sin på. Sammenligningen mellom Arne og Frank viser at de bruker tiden sin ganske forskjellig, og at det å være leder i Foretak A og C slik sett er forskjellig. Tidsbruken stemmer ganske godt overens med det som kom frem i intervjuene. Det er med andre ord sammenheng mellom det de sier og det de gjør. Forskjellene mellom Arne og Frank kan fra et rasjonalistisk perspektiv, forklares med at strukturen i de to foretakene ser forskjellig ut. En gitt struktur vil med andre ord gi en bestemt form for ledelse. Endrer man strukturen, vil lederen og dens gjøremål endre seg. Forskjellen mellom Arne og Frank sin tidsbruk kan også forklares ut fra et konstruktivistisk perspektiv, siden forskjellen kan være begrunnet i at de oppfatter situasjonen og lederrollen sin på to ulike måter og at forventningene ut fra historikken for hvordan en leder skal være, kan være forskjellig i de to foretakene.

## KAPITTEL 8: AVSLUTNING

I dette kapittelet vil jeg oppsummere funnene jeg har gjort i denne studien. Jeg vil diskutere om empirien min kan gi et nytt tilfang til ledelsesteorien og til forståelsen av betydningen av innføringen av sykehusreformen. Til slutt i kapittelet vil jeg komme med forslag til videre forskning som kan komplimentere denne studien.

### Studiens problemstilling – og funn

Denne studien har søkt å belyse om topplederrollen i de lokale helseforetakene har forandret seg etter innføringen av sykehusreformen, og om denne forandringen er forskjellig i de ulike foretakene. Med et slikt utgangspunkt for studien har jeg en antagelse om at topplederrollen har endret seg, og at dette kan være forskjellig i de ulike foretakene. Gjennom diskusjonen av datamaterialet har jeg funnet støtte for denne antagelsen. Topplederrollen har på flere måter forandret seg og denne forandringen fortøner seg forskjellig i de ulike foretakene. Dette stemmer overens med forventningene ut fra det rasjonalistiske perspektivet hvor man forventer at topplederrollen vil være endret etter reformen hvis det har blitt en ny struktur og at topplederrollen vil være forskjellig i de ulike foretakene, siden foretakene har ulike strukturelle betingelser. Det andre perspektivet som har blitt benyttet i denne studien, det konstruktivistiske perspektivet, forventer at ledernes ulike identiteter og rolleforståelser vil være med å påvirke deres egen oppfattelse av lederrollen og andres oppfattelse av dem som leder. Det kan ut fra dette perspektivet forventes av måten lederrollen blir forstått, at organisasjonen og dens omgivelser vil være et resultat av blant annet historikk.

Med innføringen av sykehusreformen har topplederen innenfor sekundærhelsetjenesten blitt leder for en større enhet bestående av det som tidligere var flere institusjoner. Dette har medført at topplederne ikke lenger bare kan forholde seg til en enkelt enhet, men må utforme jobben sin i forhold til en struktur av flere geografisk spredte avdelinger med ulik kultur og historie. En viktig oppgave for topplederne i innføringsfasen av reformen, har vært å være med å skape denne strukturen. Dette har vist seg å være en stor utfordring for lederne i de ulike foretakene, og de har valgt å takle denne utfordringen på forskjellig vis. Man kan velge å gå hardt inn for store endringsprosesser som raskt skal medføre en enhetlig tankegang og organisasjonsforståelse, men man kan også velge å gjøre mindre endringer og mer beholde den tidligere strukturen slik som i Foretak C. Tydelige endringer som har kommet i stand etter innføringen av sykehusreformen, er de nye relasjonene som topplederne må forholde seg til.

Der man før hadde fylkeskommunen og et politisk styre, må man i dag forholde seg til foretakets eget profesjonelle styre og til det regionale foretaket. Relasjonene er slik sett avpolitisererte, selv om det er politiske vedtak som blir formidlet via det regionale foretaket.

Profesjonene står fortsatt sterkt innenfor helsevesenet, men endringene hva gjelder autonomi for topplederrollen, gjør at relasjonen til profesjonen kan håndteres på andre måter. Man kan i større grad gi dem "frihet under ansvar" i form av for eksempel lederkontrakter som Arne benytter i Foretak A. Et større fokus på økonomi og økonomisk målbarhet som blant annet DRG poeng systemet har medført, gir på mange vis en bedre innsikt i profesjonenes virke, og denne transparensen kan være med å frata noe av makten til profesjonene og slik sett endre handlingsrommet til topplederen.

Endringene som har funnet sted i informasjonsarbeidet i foretakene, er mulige fordi topplederne har større frihet i bruk av midler, og anser kanskje at informasjonsarbeid er viktig både eksternt og internt i en endringsprosess. Flere av topplederne har ytret at det er viktig at det er forståelse for endringsprosessene både innad i foretaket og hos befolkningen. Mediedekningen av foretakene har endret seg, driften i foretakene har blitt mer lukket for journalister, dels i form av at vedtak ikke lenger finner sted innenfor den politiske sfære, og dels har foretakene bevisst søkt å skape mer av en organisasjonskommunikasjon rundt vedtak og eventuelle konflikter. Mediedekningen antyder også at det har skjedd en endring i "språket" foretakene benytter. Etter innføringen av sykehusreformen har man fokus på økonomi og benytter i større grad økonomiske begreper når man omtaler driften, noe som har gjenspeilt seg i mediedekningen.

De strukturelle endringene som har funnet sted etter reformen, og ledernes oppfattelse av disse endringene, tyder på at topplederrollen har endret seg. Lederne må forholde seg til noe nytt, være med å skape det nye og kanskje lede på nye måter. Antagelsen om at topplederrollen har endret seg, står i kontrast til inntrykket til flere av de tidligere sykehusdirektørene jeg intervjuet. Erik mener at organisasjonen har endret seg, men at det ikke er endringer i topplederrollen. Det at Arne i Foretak A utformer jobben sin annerledes enn Erik gjorde før innføringen av reformen, mener Erik handler om at Arne er en annen person som ville gjort jobben på en annen måte enn ham selv, uavhengig av reformen. Per mener at Ståle i Foretak B, på mange måter har en lik rolle som han hadde før innføringen av

reformen, i forhold til interne aspekter, men at topplederrollen har endret seg i forhold til relasjonene utenfor organisasjonen. Atle mener som Erik, at endringene ikke er så store, at det stort sett er som før. Kåre i Foretak D som var sykehusdirektør før innføringen av reformen, og er foretaksdirektør nå, er klar på at organisasjonen og strukturen er endret og at han opplever at han må være leder og lede på en annen måte etter reformen. Det er interessant at tidligere toppledere ikke mener at forskjellene er så store. Kan dette forklares med at de ikke har lederrollen lenger og dermed ikke tar innover seg hvordan reformen eventuelt endrer topplederjobben? Eller kan forklaringen ligge i at de skuer tilbake på hvordan det var før, i lys av situasjonen i dag, og dermed ikke ser endringene? Forklaringen kan også være at de ikke vil innrømme forskjellene, fordi dette kanskje kan sette deres lederrolle i et lys de ikke ønsker. Kåre som kjenner best til endringen før og etter innføringen av sykehusreformen, er klar på at det har vært en endring for organisasjonen og for lederrollen.

Den andre delen av studiens problemstilling søker å belyse om denne endringen er forskjellig i de ulike foretakene. De ulike foretakene har forskjellige strukturelle betingelser, de er på mange måter svært forskjellige organisasjoner. Dette betyr at topplederne i de ulike foretakene gjør forskjellige jobber. Før innføringen av sykehusreformen var det store likheter i sykehusdirektør rollen, men også store forskjeller. De ulike fylkene valgte ganske forskjellige løsninger på hvordan helsetjenestene skulle organiseres og forvaltes. Noen fylker hadde for eksempel styrer, mens andre ikke hadde dette. Størrelsene på de ulike sykehusene var også svært forskjellig.

De to mindre foretakene, Foretak C og D, har på mange måter gjennomgått større og tydeligere endringsprosesser som en konsekvens av innføringen av sykehusreformen, enn de større foretakene. Det regionale foretaket har ønsket en sentralisering og effektivisering av driften, noe som har medført at topplederne i disse foretakene i større grad har måttet lede en endringsprosess, noe som i igjen har medført en større grad av konflikt internt i organisasjonen og i forhold til befolkningen i området. Topplederne i disse foretakene har også opplevd endringskravene fra det regionale foretaket tidvis som problematiske og i konflikt med det de selv ønsker for foretaket. Topplederne i de større foretakene må i vare ta nasjonale helsetjenesteoppgaver og må derfor kanskje i større grad enn lederne av de mindre foretakene, i vare ta eksterne kontakter og samarbeid på tvers av helseregionene.

Selv om det er forskjeller mellom hvilke organisasjoner og endringer topplederne er ledere for, er det også mange likheter. Blant annet forholder alle seg til sterke, mektige profesjoner, lokale profesjonelle styrer som krever økonomiske besparinger. De forholder seg også til nokså like styringsdokumentene fra det regionale foretaket. De fire administrerende direktørene er fire ulike mennesker, og vil derfor oppleve situasjonen ulikt. De har ulik utdannelse og yrkeserfaring, og har valgt forskjellige måter å håndtere lederrollen. Arne i Foretak A, har mange av karakteristikaene til idealformen som næringslivsleder, han benytter et økonomisk språk og økonomi som styringsredskap blant annet når han delegerer. Han er også opptatt av et velfungerende arbeidsmiljø hvor alle har respekt for hverandre og at man benytter organisasjonskommunikasjon og ikke benytter media når det for eksempel er konflikter på arbeidsplassen. Ståle i Foretak B, er mer en administrator, han er opptatt av å delegerer og systematisere og skape en velfungerende organisasjon i byråkratisk forståelse. Ståle tror det er dette som vil være med å skape legitimitet for foretaket eksternt. Frank i Foretak C, er utdannet lege og har inntatt en rolle som minner mye om idealformen overlegen, han er mye fagmann i jobben sin og mener det er faget og faglig forståelse som gir legitimitet. Frank er opptatt av at endringene i forbindelse med sykehusreformen må skje som et ønske og med forståelse fra profesjonene i foretaket. Frank er også opptatt av at man må ha legitimitet i befolkningen og at det er problematisk å gjennomføre endringer uten at befolkningen forstår og står inne for disse endringene. Kåre i Foretak D, er i likhet med Frank opptatt av legitimitet for endringene i befolkningen, men har en klarere oppfatning om hvordan han skal skaffe dette. Kåre har mange av trekkene av idealtypen politiker, han er utadrettet og initiativrik og ønsker å være med å forme endringsprosessene. Det at Kåre i likhet med Frank er lege, viser at det ikke nødvendigvis er sammenheng mellom utdannelse og lederrolle eller lederstil.

Hvordan oppfatter topplederne den endringsprosessen som foregår og hvordan forholder de seg til den? Vareide (2004) poengterer at sykehusene styres både nedenfra og ovenfra. Nedenfra styres sykehusene av en medisinskfaglig logikk som er sterkt normbasert og verdibasert. Ovenfra styres sykehusene gjennom lover, regler, budsjetter og andre vedtak som sykehuseier eller myndigheter fatter. At endringer kan skje ovenfra eller nedenfra, kommer frem i Beer og Nohiras teorier om E og O endring (2000). De fire lederne jeg har studert viser også at man kan forholde seg ulikt til endringer å ønske og gjennomføre endringer på forskjellige måter. Arne og Ståle kan i større grad forstås gjennom en E endringstankegang, hvor endringen kommer ovenfra og ned enn Frank som er opptatt av at endringen må komme som et ønske fra organisasjonens medlemmer innenfor medisinsens logikk, slik det gjør i teori



O. Kåre er opptatt av at det må være et samspill mellom endringer som kommer ovenfra og utvikling av organisasjonen. Reformen kommer som en endring ovenfra og skal implementeres av blant annet toppleder. Det er like fullt mulig å innføre reformen på ulike vis i de forskjellige foretakene med bakgrunn i den kulturen og strukturen som finnes. Man kan jo slik Mintzberg (1993) poengterer i sin diskusjon av det profesjonelle byråkrati, hevde at det ikke bare er nok med strukturelle endringer som sykehusreformen, for å endre denne typen organisasjoner, men at tankesettet til ekspertene i organisasjonen må endres før en reell endring har funnet sted.

Den behavioristiske tilnærmingen som har blitt benyttet i studien i form av tidsstudier av Arne og Frank i Foretak A og C, viser at det er sammenheng mellom det lederne sier og det de gjør. Tidsstudiene viser også at de to lederne bruker tiden sin på svært forskjellige måter, noe som kan forklares med at de leder to forskjellige foretak, hvor det ene er stort det andre lite. Forskjellen kan også forklares med at de oppfatter topplederrollen sin ulikt og har ulik fokus på hva som er viktig, noe som vil være med å støtte at de har to ulike lederroller.

Reformmakerne ønsket et større fokus på lederkompetanse på alle plan. Styrings- og ledelsesprinsipper fra privat sektor skulle påvirke ledelsen av de nye helseforetakene. Dette kan bety at det i større grad rekrutteres fra privat sektor enn det som var tilfellet tidligere (Stigen m.fl. 2005:50-51). Dette kan si noe om hvilken type lederrolle som var ønsket for topplederen. De fire administrerende direktørene har valgt å tolke lederrollen sin forskjellig, og dette kan ha fått konsekvenser for hvordan foretakene fremstår, noe som understreker at topplederrollen er sentral for organisasjonen og at rekrutteringen av toppledere kan få stor betydning. Selv om Ståle og Frank valgte å fratrukke stillingen som administrerende direktør, er det ikke gitt at en av lederrolletypene er mer egnet i foretakene etter innføringen av sykehusreformen. Men det kan være at noen lederroller fungerer bedre i visse foretak enn andre, siden foretakene er ulike og dermed kan trenge ulike ledere. Det sentrale med rekrutteringsprosessen har blant annet blitt understreket av Marstein (2005) som stiller spørsmålsteget ved rekrutteringen av ledere etter innføringen av sykehusreformen. Har man fått den ledelsen man ønsket? Og ikke minst belyser han problemet med at så mange toppledere har valgt å forlate sin stilling, noe som er problematisk i forhold til kontinuitet. Dette er ikke et nytt problem etter innføringen av sykehusreformen, utskiftingen av toppledere var svært høy også tidligere (Sjøborg 1998). Det kan med andre ord virke som om endringene

som har funnet sted i forbindelse med innføringen av sykehusreformen ikke har gjort topplederrollen enklere eller endret rekrutteringsvanene i stor grad.

### **Fra teori til empiri og tilbake til teori**

Det teoretiske utgangspunktet for denne studien var på den ene siden en forståelse av hvilken type organisasjon helseforetak er som offentlig organisasjon, sterkt preget av å være befolket av eksperter og som gjennomgår en endringsprosess. Den andre teoretiske innfallsvinkelen var to ulike teoretiske perspektiver på ledelse, et rasjonalistisk perspektiv, et konstruktivistisk perspektiv. Videre har jeg benyttet meg av en behavioristisk tilnærming til ledelse. Den kontekstuelle forståelsen av organisasjonstypen og teoriene om endringsprosesser og endringsledelse var nyttige for å forstå hvilken type organisasjon foretakene er og hvilke betingelser dette setter for topplederrollen. De to teoretiske perspektivene har jeg benyttet utfyllende, og de har vist til ulike aspekter og forklaringer av topplederrollen. Det rasjonalistiske perspektivet har vist hvordan struktur former organisasjon og leder og setter betingelser for lederrollen. Strukturelle betingelser er slik sett hovedforklaringen innenfor dette perspektivet på om topplederrollen har endret seg og om dette er forskjellig i ulike strukturer. Det konstruktivistiske perspektivet har belyst hvordan topplederne opplever situasjonen med utgangspunkt i hvilke utfordringer de oppfatter. Dette perspektivet har vært viktig fordi topplederne selv har fått satt ord på hvordan de oppfatter rollen sin. Det konstruktivistiske perspektivet får også frem forskjellen mellom at det eventuelt på papiret skal ha skjedd endringer og om disse endringene oppfattes som gjennomført, og hvordan endringene oppleves. Den behavioristiske tilnærmingen har belyst hva topplederne faktisk gjør, og har gjort at det har vært mulig å se om det er sammenheng mellom det lederne snakker om og de handlingene de utfører som leder.

Med bakgrunn i de funnene som har kommet frem gjennom denne studien, kan det vise seg at teoriene om offentlige organisasjoner og ledere innenfor disse, bør utvikles. Det offentlige er under stadig endring, og innføringen av sykehusreformen viser at sykehusene på mange måter nærmer seg det private næringslivets logikk og språk, samtidig som det jo fortsatt er en del av statsapparatet og en viktig del av det som folk oppfatter som velferdsstaten. Med innføringen av sykehusreformen er ikke sykehusene like mye byråkratisk styrt som det man forventer av en offentlig organisasjon. Samtidig fungerer fortsatt sykehusene innenfor gitte rettslige

rammer. De må forholde seg til offentlige overføringer og tar seg av oppgaver som er av en slik art at de ikke kan løses og har et uttømmelig behov for penger.

Endringene innfor sykehussektoren er ikke den eneste innenfor offentlig sektor. Tidligere statseide bedrifter som Telenor og Statoil har blitt børsnotert, og endringene innenfor høyere utdanning minner på mange måter om det som har foregått i sykehusverden. Det offentlige forandrer seg, og da bør også den teoretiske tilnærmingen til feltet utvikles.

Når offentlige organisasjoner endrer seg, endrer da også ledelse i offentlige organisasjoner seg? Klausen (2001) hevder at det er vanskelig å utføre ledelse som noe annet enn administrasjon innenfor det offentlige. Med innføringen av sykehusreformen har organisasjonen sykehus endret seg, topplederrollen er også ulik fra hvordan det så ut tidligere med at lederen blant annet har en større grad av autonomi i rollen og ikke lenger skal forholde seg direkte til politikere. Denne endringen har medført at topplederne i foretakene kan utføre ledelse også som noe annet enn administrasjon. De har en frihet til å forme både den fysiske og sosiale strukturen, samtidig som dette må skje innenfor de betingelsene som er gitt av at dette er en offentlig organisasjon. Jeg mener at denne endringen gjør at det vil være interessant å sette lys på hva ledelse i det offentlige er, for selv om det har skjedd endringer, er det fortsatt klare forskjeller mellom ledere i det offentlige og private. Lederne i det offentlige må fortsatt forholde seg til politikk og til at de forvalter et gode som har stor betydning for folk generelt.

### **Studien i en forskningsmessig sammenheng**

Som nevnt i innledningen har det etter sykehusreformens oppstart blitt iverksatt en rekke forskningsprosjekter for å evaluere og fokusere på ulike sider ved reformen og de nye foretakene. Det gjøres studier innefor feltet ved Helseadministrasjon ved Universitet i Oslo og ved ATM-prosjektet ved Rokkansenteret, Universitetet i Bergen. Norsk institutt for by- og regionsforskning, Rogalandforskning og Nordlandforskning har på oppdrag fra Helsedepartementet utført en større evalueringsstudie av reformen og dens ringvirkninger (Stigen m. fl. 2005).

Som nevnt i innledningen inngår denne studien i prosjektet ATM ved Rokkansenteret. I arbeidet med studien har jeg hatt stor nytte av andres pågående og ferdige studier ved prosjektet, siden disse studiene belyser andre aspekter med sykehusreformen og dermed setter

min studie inn i en større sammenheng. Hallingstad (2004) sammenligner den regionale styringen i Helse Vest RHF og Helse Midt RHF. Denne studien har vært nyttig for meg, siden den belyser at endringsprosessene og endringshastigheten har vært ulik i de forskjellige foretakene. Herfindals studie av veien frem til sykehusreformen (2004), belyser prosessen som ledet frem til sykehusreformen og har vært nyttig i forståelsen av hvorfor og hvordan reformen har kommet i stand. Sveri (2004) og Nerheims (2005) studier av enhetlige ledere på ledelsesnivået under det jeg har studert, har satt lys på andre sider av ledelse i sykehus og til en viss grad relasjonen disse har til toppledelsen. Disse studiene tar i større grad opp profesjonsmessige spørsmål i forhold til ledelse. Også Torjesen og Gammelsæters studie (2004) belyser ledelse på dette nivået, og har vært interessant for å forstå mer om rammebetingelsene for lederne på dette nivået. Videre har jeg hatt nytte av Johnsons studie (2005) som har tatt for seg mediedekningen før og etter sykehusreformen. Dette har vært en nyttig studie for meg, da topplederne på mange måter er foretakets ansikt utad både i forhold til informasjon og til å ta støytten når det er konflikter. Hvis topplederrollen har endret seg, vil dette kanskje synes i deknningen i media. Media kan slik sett være en innfallsvinkel til studier av toppledere.

På prosjektet samarbeides det også med utenlandske institusjoner som er interessert i sykehus og sykehusorganisering, slik som Flos i Danmark. Interessen for hva som skjer i de andre skandinaviske landene har blant annet resultert i en komparativ studie av sykehusvesenets historiske utvikling mellom de skandinaviske landene (Byrkjeflot og Neby 2004). Det er spennende å se på hvordan helsevesenet har vært og er organisert i land som på mange måter likner Norge, dette gjør at man kan se likheter og forskjeller og andre måter vi kunne valgt å organisere det her i Norge. Det kunne vært interessant å studere hvordan topplederrollen er innenfor disse strukturene, det har det meg bekjent, ikke blitt gjort.

### **Behov for videre forskning**

Avslutningsvis i dette kapitlet ønsker jeg å sette søkelys mot videre forskning innenfor studiens tematikk og problemstilling. For det første kunne det vært interessant å gjennomføre en tilsvarende studie av administrerende direktører i andre lokale helseforetak i andre helseregioner. En slik studie ville i større grad kunne belyse min studies problemstilling og fått frem om topplederrollen har endret seg i hele Norge. Man vil også kunne få frem om toppledernes relasjon til de regionale foretakene er ulik i forhold til hvordan man oppfatter relasjonen med det regionale foretaket og til hvordan styringsdokumentene ser ut.

Endringstakten etter reformen har også vært ulik i de forskjellige regionene (se Hallingstad 2004 og Stigen m.fl. 2005). Endringstakten eller kravet til endring vil være en av forklaringene til hvorvidt topplederrollen faktisk har endret seg. Man kan tenke seg at topplederrollen ikke vil ha endret seg like mye hvis organisasjonen ikke har endret seg betraktelig.

En av svakhetene med min studie er at jeg bare har intervjuet topplederne, jeg har ikke intervjuet de rundt topplederne om de oppfatter at topplederrollen har endret seg etter sykehusreformen ble innført. For å få et helhetlig bilde av om topplederrollen har endret seg, vil det være interessant å gjøre en studie av hvordan organisasjonsmedlemmer oppfatter topplederrollen før og etter reformen. Oppfatter de at lederen er annerledes og leder på nye måter? Det vil også være interessant å spørre det lokale og regionale styret om hva de tenker rundt dette. I den sammenheng kunne man også gjort en studie av hvordan topplederrollen og eventuelle endringer av denne etter innføringen av sykehusreformen, blir oppfattet på departements nivå. På departementsnivå kunne man også ha undersøkt om man hadde oppnådd den type topplederrolle som var ønsket med innføringen av sykehusreformen.

Til slutt ville det vært interessant å gjøre en komparativ studie av toppledere i andre offentlige organisasjoner som gjennomgår store endringsprosesser, for å sammenligne hva endringsprosesser eller reformer medfører og betyr for ledelse innenfor det offentlige. I den sammenheng kan man si noe om hvordan det offentlige eventuelt endrer seg, hvorfor det endrer seg og hvordan dette oppleves av utenforstående.

## KILDELISTE

### Litteraturliste

- Augier, M, March J. G og B. N. Sullivan (2003): "The Evolution of a Research Community: Organization Studies in Anglophone North America, 1945-2000." Working paper Stanford University.
- Beer, M. og N. Nohira (2000): "Resolving the tension between theories E and O of change" i Beer, M. og N. Nohira *Breaking the code of change*. Boston: Harvard Business School Press.
- Bleiklie, I. (1996): *Kunnskap og makt. Norsk høyere utdanning i endring*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Byrkjeflot, H. (1999): *Modernisering og ledelse – om samfunnsmessige betingelser for demokratisk lederskap*. Bergen: LOS senter rapport 9905
- Byrkjeflot, H. (2002): "Comparative management systems", presented at the 18th Egos Colloquium, Organizational Politics and the Politics of Organizations, sub theme 1 Comparative Study of Economic Organizations.
- Byrkjeflot, H og S. Neby (2004): *The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Reforms in Comparison*. Bergen: Rokkansenteret. Notat 2-2004
- Byrkjeflot H og T. Grønlie (2005): "Det regionale helseforetaket – mellom velferdslokalisme og sentralstatelig styring" i Stigen I og S. Opedal (red) *Helse-Norge i støpeskjeen - søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Carlson, S (1951): *Executive behaviour: A study of the work load and the working methods of managing directors, 1909-1951*. Stockholm: Strömberg.
- Christensen T., P. Læreid, P.G. Roness og K.A. Røvik (2004): *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget
- Chandler, A.D. (1962): *Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Czarniawska, B. (1998): *A narrative approach to organization studies*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Digmann, A. (2003): "Ledelse av sykehus – det umuliges kunst" i S.Hildebrandt, K.K. Klausen og S.F. Nielsen (red): *Sykehusledelse. Temaer Perspektiver Udfordringer*. København: Munksgaard
- Erichsen, V. (1996): "Helsetjenester og profesjonene" i Erichsen V. *Profesjonsmakt: På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug.

- Enderud, H. (1984): *Hvad er organisations-sociologisk metode?*  
København: Samfunnslitteratur.
- Fitz, J. og D. Halpin (1994): "Ministers and mandarins: educational research in elite settings"  
i G. Walford(ed) *Researching the powerful in education*. London: UCL Press .
- Fivelsdal, E. (1990). *Noen problemer ved intervjuing av personer i ledende stillinger*.  
Oslo: Institutt for Samfunnsforskning
- Furuset, I. og E. Larry Everett (1997): *Hovedoppgaven. Hvordan begynne – og fullføre*.  
Oslo: Tano Aschehoug.
- Gammelsæter, H. (1991): "Organisasjonsendringer gjennom generasjoner av ledere. En studie  
av endringer i Hafslund Nycomed, Elkem og Norsk Hydro". Molde: Møreforskning.
- Gammelsæter, H. og T. Strand (1989): "Divisionalization and Managerial Orientations".  
LOS-senter Notat 89/22.
- Gilje N. og H. Grimen (1993): *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i  
samfunnsvitenskapelig vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gloppen, K.J. (1995): *Toppledelse ved Haukeland Sykehus. Oppgaveorientering og  
handlingsrom innenfor to beslutningsprosesser*. Hovedfagsoppgave i Administrasjon  
og Organisasjonsvitenskap. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Grønhaug, K, O. Hellesøy og G. Kaufmann (2001): *Ledelse i teori og praksis*.  
Bergen: Fagbokforlaget
- Grønmo, S. (1982): "Forholdet mellom kvalitative og kvantitative metoder i  
samfunnsforskningen" i Holter og Kalleberg (red): *Kvalitative metoder i  
samfunnsforskningen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hatch, M.J. (1999): *Organisasjonsteori – moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*.  
Oslo: Abstrakt forlag.
- Hallingstad R.(2004): *Regional styring i lys av foretaksorganiseringen. En sammenlignende  
studie av Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF*.  
Bergen: Rokkansenteret rapport 3
- Hammer D. og A.B. Wildavsky (1989): "The Open-Ended, Semi structural Interview: An  
(Almost) Operational Guide". I Wildavsky (red): *Craftways: On the organization of  
Scholarly Work*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Hegernes, O. R. (2005): *Fra forvaltning til ledelse. En studie av topplederrekruttering i  
helseforetak*. Kommende hovedfagsoppgave ved Administrasjon og  
Organisasjonsvitenskapelig institutt. Universitetet i Bergen.
- Hellevik, O. (1997): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. 5. utg.  
Oslo: Universitetsforlaget.

- Herfindal, S. (2004): *Veien frem til sykehusreformen. En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak*. Hovedfagsoppgave i Administrasjon og Organisasjonsvitenskap. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Iversen, R.D. (1996): "Employee Acceptance of Organizational Change. The Role of Organizational Commitment." *The International Journal of Human Management*, vol 7: 122-149.
- Johnson, H.K. (2005) *Media – "vaktbikkje" og pragmatisk publikumsfrier? En studie av mediedekningen før og etter sykehusreformen*. Kommende hovedfagsoppgave ved Administrasjon og Organisasjonsvitenskapelig institutt. Universitetet i Bergen.
- Klausen, K.K. (2001): *Skulle det være noget særlig? - Organisation og ledelse i det offentlige*. København: Børsen
- Kvale, S. (1990): "Det kvalitative interview" I I. Andersen (red): *Valg af organisationssociologisk metoder*. København: Samfunnslitteratur.
- Kvale, S. (1996): *An introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage Publications.
- Lewin, K. (1951): *Field theory in social science*. New York: Harper&Row.
- Lian, O. (2003): *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- March J.G. (1995): "Hvordan vi taler, og hvordan vi handler" i March J.G. *Fornuft og Forandring. Ledelse i en verden beriget med uklarhed*. Fredriksberg: Samfunnslitteratur.
- March J.G. og J.P. Olsen (1995): *Democratic governance*. New York: The Free Press.
- Marstein, E (2005): "Hodeløs hodejakt på norske sykehusledere" Handelshøyskolen BIs hjemmesider: [www.bi.no](http://www.bi.no)
- Mayo, E. (1945): *The Social Problems of an Industrial Civilization*. Boston: Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Mintzberg, H (1993): *Structure in Five: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall
- Mintzberg, H. og S. Glouberman (2001): "Managing the care of Health and the cure og Disease – Part II: Integration" i *Health Care Management Review*. s: 72-86
- Nerheim, S. (2005): Kommende hovedfagsoppgave i Administrasjon og organisasjonsvitenskap. Bergen: Universitet i Bergen.
- NESH (2001): "Guidelines for research ethics in the social sciences, law and the humanities" The National Committee for research ethics in the Social sciences and Humanities. Oslo: NESH



- Pfeffer J. (1977): "The ambiguity of Leadership".  
Academy of Management Review, 2 s. 104-112
- Polis-hjemmesider – www-polis.no
- Quinn, R.E. (1988): "Applying the Competing Values Approach to Leadership: Towards an Integrative Framework". I J.G. Hunt med flere (red): *Leaders and Managers. International perspectives on Managerial Behaviour and Leadership*. Elmsford, N.Y: Pergamin Press.
- Ragin C.C. og H.S. Becker (1992): *What is a Case. Exploring the Foundations of Social Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Repstad, P. (1993): *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Roness, P.G. (1997): *Organisasjonsendringar – teoriar og strategiar for studier av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforlaget
- Sjøborg, E.R. (1998): *Et helsevesen på sotteseng? Nye perspektiver på sykehusledelse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Simon H. (1957): *Administrative Behavior*. New York: The Free Press
- Smith N.C. (1988): "The Case study: A vital Yet Misunderstood Research Method for Managers". Paper til British Academy of Management Conference, Cardiff 1988.
- Stigen m.fl. (2005): *Helse-Norge i støpeskjeen. Statlig eierskap og foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget
- Sveri, T. (2004): *Strukturer og reformer. - En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. Hovedfagsoppgave i Sosiologi. Bergen: Universitet i Bergen.
- Strand, T. (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tengblad, S. (2000): "Om managementteori" Gothenburg Research Institute. GIR-rapport 2000:9.
- Tengblad, Steffan (2002): "Time and space in managerial work".  
Scandinavian Journal of management 18:543-565.
- Tengblad, Steffan (2004): "Is there a "new managerial work?" A comparison with Henry Mintzberg`s classical study 30 years later". Upublisert artikkel.
- Torjesen D.O. og H. Gammelsæter (2004): *Management Between Autonomy and Transparency in the Enterprise Hospital*. Bergen: Rokkansenteret. Working paper 1-2004
- Yin, R.K. (1981): "The case Study Crisis: Some Answers" i  
Administrative Science Quarterly, Vol. 26, s. 58-65.

Yin R.K. (1989): *Case Study Research: Design and Methods*. London: Sage

Vareide, P.K. (2004) "Reformering av sykehus gjennom nye lederroller.  
Notat framlagt 15.oktober 2004.

Weber, M. (1990): *Makt og Byråkrati*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag., 4. opplag.

### Offentlige dokumenter

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

Norges Offentlige Utredninger: 1997: 2 - *Pasienten først!*  
Oslo: Statens forvaltningstjenester

Odelstingsproposisjon nr 10 1998-1999- Om lov om spesialisthelsetjenester m.m.

Odelstingsproposisjon nr 66 2000-2001 – Om lov om helseforetak.

### Intervjuer

Intervju 1: Erik, sykehusdirektør i området til Foretak A (5. juni 2003).

Intervju 2: Per, sykehusdirektør i området til Foretak B (21.august 2003).

Intervju 3: Atle, sykehusdirektør i området til Foretak C (2. juli 2003).

Intervju 4: Kåre, sykehusdirektør i området til Foretak D og  
administrerende direktør i Foretak D (30.juni 2003).

Intervju 5: Arne, administrerende direktør i Foretak A (17.oktober 2003).

Intervju 6: Ståle, administrerende direktør i Foretak B (21.august 2003).

Intervju 7: Frank, administrerende direktør i Foretak C (1.mars 2004).

## VEDLEGG

### Intervjuguide <sup>10</sup>

#### **Intervjuguide for tidligere sykehusdirektører**

##### **Beskriv sykehusdirektørrollen.**

- hvilket arbeid, altså hvordan var arbeidshverdagen, arbeidsoppgaver
- hvilke egenskaper bør toppleder inneha, før/nå, samme eller endret, medisinskfaglig eller lederegenskaper
- hva legger du i begrepet ledelse, hva mener du er viktig i denne forbindelse
- hvilke utfordringer opplevde du som størst som sykehusdirektør
  - eksterne
  - interne
  - konflikt mellom disse?
- hvordan forhold du deg til disse utfordringene?
  - strategier, organisasjonsstrukturer, organisasjonsoppskrifter og lignende
- hvordan opplevde du dekning av helsestoff i relasjon til sykehuset?
  - hvordan var dynamikken mellom ledelsen og media
  - hvordan opplevde du situasjonen som betegnes som ”svarteperspill”?
  - hvordan var reaksjonene internt i forhold til ansatte som gikk ut i media og omtalte sykehuset i negative termer?
  - hvilke formelle prosedyrer for mediehåndtering generelt sett? – preget av tilfeldigheter?
- hvordan tror du rollen din som sykehusdirektør var i forhold til denne rollen ved andre sykehus, likheter, forskjeller.
- hvilken betydning hadde profesjon til leder for tillit, legitimitet, autoritet
- ansvarsforholdet, totalansvar
- konflikter internt, overgang til reformen

#### **Sykehusdirektørrollen i forhold til styret og fylkeskommunen**

- forholdet mellom styret og direktør
- vil du karakterisere styret som aktiv/passiv

---

<sup>10</sup> Jeg brukte ikke intervjuguiden slavisk i intervjusituasjonen, denne var mer en pekepinn om hva jeg burde ha med. Jeg valgte å ha en åpen dialog med intervjuobjektene og prøvde å følge deres resonneringer.

- hvem satt i styret og hvem bør sitte i styret, kompetansenivå og lignende
- drev styret politikk, politikernes rolle i styret
- gikk styret om ledelsen i saker som omhandlet avdelingsnivå

### **Sykehusdirektørrollen i forhold til adm dir rollen**

- forskjeller og likheter i forhold til adm dir stillingen ved LHF i dag
- hvilke nye utfordringer ser du etter sykehusreformen
- hva tror du sykehusreformen betyr for lederstillingen?
  - foretaksstruktur, større enheter, andre finansieringsordninger, fritt sykehusvalg
  - mindre politisk spill (?)
- endringer i medias rolle i forhold til sykehusene etter reformen, håndtering av media, mer sparsommelig med informasjon?

### **Intervjuguide for administrerende direktør LHF**

#### **Beskriv rollen som administrerende direktør.**

- hvilket arbeid, altså hvordan er arbeidshverdagen, arbeidsoppgaver
- hvilke egenskaper mener du en toppleder bør inneha, før/nå, samme eller endret, medisinskfaglig eller lederegenskaper
- hva legger du i begrepet ledelse, hva mener du er viktig i denne forbindelsen
- hvilke utfordringer opplever du som størst som administrerende direktør
  - eksterne
  - interne, konflikter internt mellom de ulike enhetene i foretaket
  - konflikt mellom disse?
- hvordan forhold du deg til disse utfordringene?
  - strategier, organisasjonsstrukturer, organisasjonsoppskrifter og lignende
- hvordan tror du rollen din som administrerende direktør er i forhold til denne rollen ved de andre lokale helseforetakene i regionen
- hvilken betydning mener du profesjonen leder har for tillit, legitimitet, autoritet i organisasjonen din
- ansvarsforholdet, totalansvar
- konflikter internt, overgang til reformen, kan du si noe om hvordan dette fungerte
- hvordan opplevde du dekning av helsestoff i relasjon til sykehuset?

- hvordan er dynamikken mellom ledelsen og media
- hvordan reageres det internt i forhold til ansatte som går ut i media og omtaler sykehuset i negative termer?
- hvilke formelle prosedyrer for mediehandtering har dere generelt sett? – preget av tilfeldigheter?

### **Rollen som administrerende direktør i forhold til styret og politikere**

- forholdet mellom styret og direktør
- vil du karakterisere styret som aktivt eller passivt, føler du at din rolle er autonom
- hvem mener du bør sitte i styret, kompetansenivå og lignende + sammensetning
- hvordan opplever du din rolle i forhold til politikere, påvirkning, kommunikasjon
- politikere og deres relasjon til styret i foretaket

### **Adm dir rollen i forhold til sykehusdirektørrollen**

- forskjeller og likheter i forhold til sykehusdirektørrollen
- hvilke nye utfordringer mener du har kommet etter sykehusreformen
- hva tror du sykehusreformen betyr for lederstillingen?
  - foretaksstruktur, større enheter, andre finansieringsordninger, fritt sykehusvalg
  - mindre politisk spill (?)
- endringer i medias rolle i forhold til sykehusene etter reformen, håndtering av media, mer sparsommelig med informasjon?

### **Relasjonen til RHF og de andre LHF**

- hvordan opplever du kommunikasjonen med RHF
- hvordan opplever du autonomien til helseforetaket og du som adm dir i forhold til RHF
- hvordan opplever du kommunikasjon og samarbeid med de andre LHF

## ATM – Skriftserie

### Publikasjonsliste

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

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

# POLIS

Politikk, Organisasjon og Ledelse i  
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

**Rokkansenteret**  
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER