



Ledelse og organisering i helsevesenet; endring og kontinuitet

HALDOR BYRKJEFLOT OG PETER KRAGH JESPERSEN¹

INNLEDNING

Det er både empiriske og teoretiske grunner til at det kommer et temanummer av NOS om organisasjon og ledelse i helsevesenet med spesiell vekt på sykehus, i 2005. Sykehuset fremstår fortsatt som en av de sentrale institusjonene i velferdsstaten. En stor del av helsepolitikken handler om sykehusorganisasjon og ledelse, og det er vanskelig å forstå de nordiske velferdsstatenes aktuelle tilstand uten at man retter blikket mot helsesystemets fremvekst, utviklingsdynamikk og historisk betingede infrastruktur (Pedersen, 2005; Vallgård, 1992; Hansen, 2001).

Flere nordiske land er midt oppi større omlegginger av helsevesenet. Pr. 1. januar 2002 hadde Norge gjennomført en omfattende reform ved å overføre en del av sykehusenes oppgaver fra fylkeskommunene til helseregioner og helseforetak organisert etter en såkalt foretaksmodell. Danmark har vedtatt en generell strukturreform som trer i kraft 1. januar 2007, hvor alle sykehusoppgaver skal overføres fra amter til regioner med folkevalgte regionråd. I begge tilfeller ser det ut til at den statlige styringen av sykehusene styrkes. I Sverige utreder man muligheten for en regionalisering av sykehusene. Generelt har utviklingen i Sverige vært mer differensiert ved at de enkelte landsting og regioner har fått anledning til å forfølge ulike strategier. Disse strukturelle reformenes bakgrunn, implementering og konsekvenser på forskjellige nivåer utgjør et spennende forskningsområde som inspirerer mange forskere i de nordiske land (Byrkjeflot og Neby, 2005; Vrangbæk og Christensen, 2005).

Utviklingen kan medføre at selve sykehuset som organisatorisk fenomen endrer karakter og transformeres i takt med utviklingen av nye teknologier og samarbeidsstrukturer på tvers av fysiske lokaliteter. Den tradisjonelle måten å klassifisere og beskrive helsetjenestene på blir også utfordret; det gjelder både de avgrensninger som tidligere har vært gjort i forholdet mellom behandling og omsorg, samt forholdet mellom ulike typer helsetjenester, for

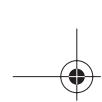
eksempel inndelingen i regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus. Nye begreper og ord, som f.eks. helseforetak, «halvannenlinjetjenesten», sundhetscenter, nærsjukvård, nærsykehus, skadestuer og distriktsmedisinske sentre, er blitt utviklet, og omkring disse begrepene oppstår det nye former for mobilisering og nye konfliktlinjer. Et sentralt spørsmål i det moderne helsevesenet er i hvilken grad tillitsforholdet mellom behandler og pasient, mellom omsorgsgiver og omsorgsmottaker, undergraves av nye talemåter og organisasjonsformer, og da tenker man spesielt på beskrivelser og organisasjonsforhold som er forbundet med begrepet «marked», og den tilhørende forståelsen av pasienten som «kunde» (Nordgren, 2003).

En annen årsak til at vi har laget et temanummer, er at det skjer en utvikling i de teoretiske innfallsvinklene til studiet av sykehusorganisasjon og ledelse. Den hittil dominerende forståelsen av sykehusorganisasjoner som fagbyråkrati (Mintzberg, 1979 og 1983; Georgopoulos, 1972) har siden begynnelsen av 1990-årene blitt utfordret av alternativ tenkning, som hovedsakelig hadde rot i den organisasjonssosiologiske nyinstitusjonalismen, hvor den tradisjonelle forskjellen mellom organisasjon og omverden delvis ble utvisket, og hvor det til gjengjeld ble satt fokus på institusjonelle påvirkninger av sykehusenes organisasjons- og ledelsesformer.

Et fremtredende element i den institusjonelle påvirkningen av sykehussektoren har vært New Public Management-bevegelsen (NPM), som har påvirket tankegangen og utførelsen av de nordiske sykehusreformene i ganske mange år, og stadig inspirerer praktikere og organisasjonsforskere som interesserer seg for institusjonaliseringen og effektene av nye organisasjons- og ledelseskonsepter. Et annet tema som fanger interesse, er hvordan profesjonene og ekspertenes rolle har endret seg, enten fokuset er på det samfunnsmessige eller på de daglige rutinene på de enkelte avdelingene. De profesjonelle er til stede og spiller en rolle, men hvilken?

UTVIKLINGEN FRA 1997 TIL 2005

Både empiriske og teoretiske utviklingstendenser avspeiles i utviklingen av det nordiske forskermiljøet på organisasjons- og ledelsesområdet. I 1997 ble det for første gang arrangert et eget spor (track) om «Ledelse og forandring innenfor sykehus og helsesektoren» på den Nordiske Foretaksøkonomiske Foreningens (NFF) konferanse i Bodø. Der var mange deltakere fra de nordiske landene, og bidragene fra Bodø-konferansen dannet grunnlaget for utgivelsen av boken *Når styringsambisjoner møter praksis* i 1999 (Bentsen, Borum, Erlingsdottir og Sahlin-Andersson (red.), 1999). I denne boken ble det for det første gjennomført analyser av nye styringsideer av NPM-typen og de vanskeligheter som oppstår når disse ideene støter mot helsevesenets innarbeidede metoder og profesjonelle forståelser. For det andre ble det drøftet hvordan de ulike yrkene håndterte de nye styringsbetingelsene, og endelig



handlet de siste bidragene om hvordan nye ledelsesmodeller langsomt fikk plass i sykehusfeltet. I 2001 i Uppsala og i 2003 i Reykjavik ble det også arrangert egne spor omkring ledelse og organisasjon i helsevesenet på konferanser i regi av NFF, og tradisjonen ble videreført i Århus i 2005. Utvalgte papers fra Reykjavik-konferansen danner grunnlaget for dette temanummeret.

Utviklingen fra Bodø i 1997 til Århus i 2005 viser for det første at det er vokst frem store og stabile forskningsmiljøer i Norge (bl.a. ved ATM-prosjektet ved Stein Rokkan-sentret), Sverige (ved Uppsala Universitet inklusive SOND-nettverket (Styrning, Organisering och Demokrati i sjukvårdens nätverk), Forvaltningshøyskolen i Göteborg og Växjö Universitet), og i Danmark (Center for Health Management ved CBS og Aalborg Universitet). Alle disse miljøene har sykehuset og helsevesenet som empirisk nedslagsfelt, og organisasjonsteori/ledelsesteori som sentrale teoretiske utgangspunkter. Det er tydelig at emnene og de teoretiske mulighetene har utviklet seg over tid.

For tiden pågår det flere studier av institusjonelle forhold på feltnivå, f.eks. institusjonelle studier av transparens og standardiseringens betydning og kobling til kvalitetsreformer, men også studier av de overordnede reformer og nye styrings- og reguleringsformer, samt studier av sammenhengen mellom organisasjonene i helsevesenet. Det skjer en videreutvikling og nyorientering av organisasjons- og ledelsesstudiene på organisasjonsnivå. I 1997 var det fokus på organisatorisk dekobling av institusjonelle påvirkninger i form av NPM-inspirerte reformer, noe som preget en del av artiklene i boken: *Når styringsambisjoner møter praksis* (Bentsen, Borum, Erlingsdottir og Sahlin-Andersson (red.), 1999).

Fremstillingen var preget av den institusjonelle teoriens reformskepsis; reformidealer og reformprat ble stilt opp som motsetning til reformpraksis. Denne teoretiske innsikten er blitt kritisert og videreutviklet. Prat og praksis blir nå i mindre grad oppfattet som den sentrale motsetning. Det har skjedd en videreutvikling i form av aktør-nettverksteorier, narrative perspektiver, diskursanalyser og systemteori. Dermed lanseres nye motstillinger: synlig/usynlig, stabilisert/flytende. Nå ser man også en fornyet interesse for ledelse ved at det gjennomføres studier av sykehusledelse med fokus på i hvilken grad de aksepterer og viderefører intensjoner om økt konkurranse, effektivitet, kvalitetssikring og enhetlig ledelse på avdelingsnivå. Det fokuseres også på hvordan ledere forholder seg til spenningsfeltet mellom de profesjonelle på den ene siden og skjerpede krav om strategisk og generell ledelse på den andre.

Det skjer en utvikling i retning av konkrete studier av arbeidsorganisering og arbeidsrutiner som er inspirert av tidligere mikrososiologiske studier fra Chicago-skolen i 1930-årene.

Organisasjonsendringer, både i planlagte og ikke planlagte versjoner, er kommet på dagsordenen, og med denne utviklingen vender organisasjons-





forskningen tilbake til klassiske stier, om enn supplert med og inspirert av de spesielle forholdene i sykehus- og helsesektoren. Til slutt vil vi peke på at det vil komme flere effektstudier etter hvert, hvor man vil prøve å bevise hvilke effekter organisasjons- og ledelsesmodellene har på de ansatte og pasientene.

Organisasjons- og ledelsesforskere har ofte blitt kritisert av de som har forsket på helsesektoren, fordi de vet for lite om sektoren, og fordi de ikke har innsett betydningen av de spesielle oppgavene i sektoren. Men i flere nye studier jobber organisasjonsforskerne tett på den kliniske praksisen, og det ser ut til at det utvikles spennende nye forståelser gjennom kobling av organisatorisk og helsefaglig kunnskap. Man kan lese mer om utviklingstendensene i de mange papers som ble presentert på Århus-konferansen i 2005, se (www.polis.no/conferences).

ARTIKLENE I DETTE NUMMERET

De utvalgte artiklene i dette nummeret avspeiler bredden i temaene og strekker seg helt fra bakgrunnen for og virkningene av de store strukturreformene, til betydningen av rutine i det daglige arbeidet. Denne spennvidden tilsvarer utviklingen i de nordiske forskningsmiljøene.

Den første artikkelen i dette temanummeret handler om top-down-reformer og konsekvensene av dem. Lægroid, Opedal og Stigen innleder med en analyse av den norske sykehusreformen, hvor målet er å analysere reformens ideer og den måten den faktisk utformes på. Reformen karakteriseres som NPM-inspirert, og en sentral idé har vært å fristille sykehusene mer enn tidligere. Det benyttes et transformativt perspektiv, hvor reformene ikke bare kan forstås ut fra deres eget idégrunnlag, men hvor betydningen av eksisterende strukturer og kulturer trekkes inn. Det påvises i artikkelen at den statlige politiske og administrative styringen av helseregionene og helseforetakene fortsatt er sterk og i uoverensstemmelse med prinsippene i NPM-tankegangen og intensjonene i sykehusreformen om fristilling av sykehusene, fordi NPM-prinsippene i praksis oppveies av en «helsestatsmodell» som innebærer en sterkere politisk styring (Byrkjeflot, 2005). Denne utviklingen kan på den ene siden ses som en videreføring av en norsk tradisjon for relativt sterk sentral styring av sykehusområdet, men det kan også henge sammen med at sykehusene alltid vil påkalle seg politisk interesse og inngrep fordi de er sentrale velferdsinstitusjoner. Det pekes på at man i analyser av offentlige reformer bør ta hensyn til sektorspesifikke trekk, noe som taler for en kobling av organisasjonsteori og policyteori, da policyteorien betoner politikkenes innhold som vesentlig for organisering og styring.

Karsten Vrangbæk og Dag Olaf Torjesens artikkel sammenligner danske og norske sykehuslederes oppfatning av forandringsimpulser og omverden, samt personalemotivasjon og verdiorientering. Artikkelen er basert på to surveys. Den belyser ledelsesdiskurs og ledelsesbetingelser i de to landene, og



især i hvilken grad den norske sykehusreformen har påvirket lederne oppfatning av ledelsesvilkårene. Resultatene viser at både norske og danske ledere står i et spenningsfelt mellom forskjellige krav og forventninger. På den ene siden finnes NPM-inspirerte forestillinger om sterkere ledelse, større autonomi og virksomhetsorientert drift av sykehus, og på den andre siden finnes videre orientering mot den politisk-administrative styringskjeden og ekspertgruppene. Denne styringsmessige kompleksiteten er felles for de to landene, som inntil ganske nylig har hatt tilnærmet lik politisk-administrativ struktur. Men det finnes også viktige forskjeller. Det ser ut som om norske ledere har større tiltro til hierarkiet og økonomiske incitamenter enn de danske, og omvendt er de danske lederne mer orientert mot brukerne og konkurransen mellom sykehusene. Om det avspeiler effekter av den norske sykehusreformen eller langvarige styringstradisjoner, er det for tidlig å avgjøre, men i begge landene ser det ut til at det regionale politisk-administrative styret er svekket, og at det sentrale nivået styrkes, noe som kan varsle et skift i retning av en ny type dynamikk hvor hierarkisk styring blandes med virksomhetsorienterte og profesjonelle styringssystemer. Dette vil igjen stille nye krav til lederne som skal kunne håndtere disse motsetningsfylte formene for press.

Lars Göran Aidemark undersøker betydningen av en annen top-down-reform i form av «bolagisering» og bestiller-utfører modeller i den svenske helsesektoren. Også her har inspirasjonen blitt hentet fra NPM i form av nøkkelord som valgfrihet, omkostningseffektivitet og kvalitet, som alle har vært tilskrevet de nye administrative strukturene. Ideen var at bolagiserte sykehus med egne styrer ville fungere friere i forhold til regler og overenskomster, og utvise større omkostningseffektivitet sammenlignet med sykehus som fortsatt var underlagt forvaltningsstyrer. Aidemark undersøker om forskjellige virksomhetsformer og økonomistyringssystemer påvirker omkostningsbevissthet og engasjement hos lederne ved de forskjellige sykehusene. Resultatet viser at det ikke er noen sammenheng mellom virksomhetsform eller tilknytningsform og lederne omkostningsbevissthet og engasjement. Det er heller ingen signifikante forskjeller mellom økonomistyringssystemene ved de to formene for sykehus.

Utformingen av økonomistyringssystemet har derimot etter resultatene å dømme, en selvstendig betydning for omkostningsbevissthet og engasjement hos lederne. Resultatene kan verken tolkes som uttrykk for institusjonell dekkobling eller «kolonisering». I stedet ser det ut til at lederne fungerer som et viktig bindeledd mellom de profesjonelle og økonomistyringen. Lederne oversettelse av økonomistyringen er ikke passiv, men føyer tvert imot til nye betydninger og funksjoner.

Disse tre artiklene analyserer på forskjellige måter effekter av NPM-inspirerte reformer. Både den norske sykehusreformen og omdanningen av svenske sykehus til aksjeselskap er basert på en forestilling om mer fristilte syke-



hus som følger en virksomhetslogikk og konkurrerer med hverandre om pasienter og personale.

Artiklene viser for det første at selv vidtgående strukturelle reformer bygger videre på en historisk tradisjon. Den norske driften i retning av sentralstatlig styring av sykehusområdet forsterkes, selv om en viktig del av reformretorikken er «desentralisering av ansvar». Og selv om politikerne på det regionale nivået forsvinner, er det ingen garanti for at den politiske styringen av sektoren blir mindre. Tilsvarende ser det ikke ut til at en formell endring av eierformen til aksjeselskap medfører endringer i omkostningsbevissthet og engasjement hos lederne. Endelig viser den komparative analysen av norske og danske ledes oppfatninger at selv om det finnes store likheter i styringsmessige forhold, finnes det også forskjeller som må tilskrives en blanding av historisk institusjonaliserte kulturer og styringstradisjoner.

Den fjerde artikkelen i temanummeret handler om ledelse og mulighetene for å styre de profesjonelle. Dag Torjesen og Hallgeir Gammelsæter tar utgangspunkt i den norske helseforetaksreformen og den nye loven om helsepersonell, og behandler spørsmålet om innføring av enhetlig ledelse på sykehus. De nye rammer ses som et brudd med tradisjonen for helsefaglig ledelse og representerer et forsøk på å innføre en generell ledelsestenkning som er preget av ansvar for resultater og lojalitet i forhold til overordnede myndigheter og offentligheten fremfor profesjonelle kolleger. Artikkelen bygger primært på et casestudium av kliniksjefer, avdelingsledere og sykehusdirektøren på et større norsk sykehus. Resultatene tyder på at de nye «enhetlige» lederne har påtatt seg resultatansvaret og adoptert den tilhørende ledelsestenkningen, men også at det fortsatt er betydelig avstand mellom det formelle resultatansvar og mulighetene for å påvirke resultatene. Ledere i offentlige sykehus kan ikke opptre som bedriftsledere og heller ikke realisere en organisasjonsform som er fremmed for sykehusverdenen. Den økonomiske logikken, som de gjerne tar ansvar for, krever at de faglige og etiske spørsmål underordnes den økonomiske rasjonaliteten. Dette er neppe realistisk eller akseptabelt i offentligheten, og konsekvensen kan være at man må oppgi tanken om å skille økonomi og fag, og i stedet operere med hybridledere, som integrerer de to ulike oppfatningene.

De siste to artiklene i temanummeret representerer to andre sider ved studiet av forandringer, hvor utgangspunktet ikke er virkningene av top down-reformene eller forsøk på å styre de profesjonelle ovenfra. Det handler mer om betingelser for endring i sykehusorganisasjoner og om endringer som ikke er planlagte. Vinge betoner i sin artikkel at den dominerende forståelsen av sykehus som fagbyråkratier ikke harmonerer med den faktiske arbeidsorganiseringen ved sykehusene. Hun konkluderer, på basis av et studium av infrastrukturen i medisinske avdelinger, at arbeidsorganiseringen også er preget av maskinbyråkratiske trekk som ikke er lokale, men som er forankret i



feltets institusjoner, som f.eks. spesiallegeutdannelsens organisering. Følgen er at reformstrategier som alene bygger på den delen av den fagbyråkratiske forståelsen som betoner profesjonell kultur og faglig autonomi, overser de byråkratiske sidene av fagbyråkratiet som krever andre reformstrategier. Finn Borums artikkel undersøker hvordan sykehuset som sentral institusjon i velferdssamfunnet tilskrives forskjellige oppfatninger av en rekke forskjellige sosiale verdener, som alle har del i sykehuset som institusjon. Opprinnelig var sykehuset et lokalsamfunnsprosjekt, siden ble det et prosjekt for amtene og et medisinsk prosjekt. Men det har i lang tid vært et nasjonalt prosjekt for myndighetene og politikerne, og sist er det også blitt et virksomhetsprosjekt knyttet til talsmenn for NPM. Der hvor sykehuset tidligere har fungert som et grenseobjekt som kunne formidle kommunikasjon og samarbeid mellom atskilte sosiale verdener, har det over tid mistet sin evne til å fungere som middel til konflikthåndtering mellom de atskilte sosiale verdenene. Det er derfor ikke lenger mulig å forene den eldste oppfatningen av sykehuset som et lokalsamfunnsprosjekt og det moderne virksomhetsprosjektet.

TEMAER FOR VIDERE FORSKNING

Hvilke temaer for videre forskning peker seg ut på grunnlag av denne gjennomgangen? Vi vil nevne følgende temaer: 1. Studier av reformprosesser over lang tid og på tvers av land. 2. Studier av nye betingelser for organisering som konsekvens av økt pasientfokus og forsterket krav om transparens. 3. Profesjonenes ledelsesprosjekter: en mulig indre kilde til endring?

REFORMPROSESSER

Her dreier det seg om langsiktige endringsprosesser i helsevesenet, for eksempel de strukturelle reformers bakgrunn, iverksettelse og konsekvenser. Norge, Sverige og Danmark har alle stått som representanter for en nordisk desentralisert modell for styring av helsevesenet. Det spørsmålet som nå stilles, er om det i alle tre land skjer en dreining vekk fra den tradisjonelle nordiske modell i retning av sentralisering av helsevesenet (Byrkjeflot og Neby, 2005; Vrangbæk og Christiansen, 2005).

Sentraliseringstendensen kommer til syne, ikke bare ved at det er vedtatt at de danske amtene skal avskaffes, men også ved at de norske fylkene har mistet sin mest sentrale oppgave, sykehusene, en utvikling som også er på vei i Sverige. I de tre landene har det siden 1980-tallet vært gjennomført mange reformer i helsesektoren, og på bakgrunn av argumentet om at samme type reformideer nå brer seg over hele verden, kunne man forvente et noenlunde likt reformforløp. Inntil år 2000 så dette ut til å stemme. Som på andre områder hadde Sverige vært pioneren, mens Danmark og Norge hadde vært etterfølgerne med hensyn til å gjennomføre New Public Management-reformer.



I 2002 gjennomførte så Norge en «big-bang-reform», mens Danmark fulgte etter med strukturreformen. Sverige var med ett blitt etternøleren.

I medias fremstilling av den danske strukturreformen og den norske helseforetaksreformen fremstilles reformene som politiske vedtak og planer som skal implementeres. Organisasjonskart og organisasjonsstrukturer oppstår på tegnebrettet, oppgaven består i å sette dem ut i livet, og fokus rettes mot de forviklinger som oppstår når dette skal gjøres.

De variasjoner man nå ser i reformforløp, kan imidlertid forklares på andre måter enn som variasjoner over et implementeringstema, for eksempel «New Public Management». I et alternativt institusjonelt perspektiv kan i stedet reformene bli oppfattet som en autorisering av emergente prosesser, det vil si at reformene snarere stabiliserer og stadfester langsiktige utviklingstendenser (Borum, 2005; Byrkjeflot og Grønlie, 2005). Landstingene og amtene har inntil det siste vært tillagt større betydning i Sverige og Danmark enn fylkene i Norge. Mens det har vært kontinuerlig vekst i det norske helsevesenet, har det vært en mye svakere vekst og periodevis relativ nedgang i andelen av offentlige budsjetter som har gått til helsevesenet i Sverige og Danmark siden 1980-tallet. Det kan hende det er slike forskjeller som forklarer hvorfor den norske staten nå tar over eierskapet i sykehussektoren, mens de andre to land fortsatt velger en mer forsiktig sentraliseringsstrategi. I første omgang er det Danmark som har valgt å overføre ansvaret til det regionale folkevalgte nivået, men en lignende løsning ser ut til å være på vei i Sverige.

Det er imidlertid ikke sikkert at det mest interessante utgangspunktet for nordiske sammenligninger er å besvare slike «hvorfor reform»-spørsmål. Like interessant kan det være å undersøke hvordan selve reformforløpene arter seg, og å se på mulige konsekvenser av de respektive reformsporene med hensyn til befolkningens tillit til helsevesenet og vektleggingen av ulike aspekter ved helsetilbudet. Det kan altså være at det er de mindre variasjonene mellom de nordiske landene det er mest interessant å studere. Spiller det noen rolle i hvilken rekkefølge reformene kommer? Er sykehuset som begrep og sosialt fenomen konstituert på ulikt vis i de ulike land? Hvordan arter forholdet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten seg? Hvordan påvirkes de nordiske sykehus-systemene av europeisering og internasjonalisering?

I sin artikkel tegner Borum et bilde av en utvikling der sykehusene går fra å være lokalt orienterte prosjekter til senere å bli inkludert i mer omfattende prosjekter på regionalt og nasjonalt nivå, for eksempel amtsprosjektet eller det medisinske prosjektet. Han antyder at sykehuset nå har tapt sin kraft som lokalt prosjekt i Danmark. Samtidig opplever man i Norge at den lokale mobiliseringen omkring sykehusene snarere har blitt oppildnet av sykehusreformen i 2002, og at politikerne i stadig økende grad, i alle fall på det retoriske plan, «innfrir» kravene fra de lokale bevegelsene. Ligger årsaken til denne forskjellen i at utviklingen er «forsinket» i Norge, eller er dette et eksempel på



mer varige og dyptgående forskjeller mellom de nordiske land? Hvilken rolle spiller det nye språket i denne sammenheng, for eksempel hvor vellykket er de nye reformene med hensyn til å lansere klassifikasjoner, ord og begrepet som løser opp gamle motsetninger og konfliktlinjer; for eksempel motsetningen mellom lokalsykehus og sentralsykehus? Har kundebegrepet fått en større betydning i noen typer helsetjenester og geografiske enheter enn andre? Vrangbæk og Torjesen finner interessante forskjeller mellom ledere i Norge og Danmark som kan tolkes dit hen at autoritetsforholdene er forskjellige i de respektive kontekster. Staten står sterkere i bevisstheten til ledere i Norge, og dette kommer til uttrykk ved at lojalitetsforholdet oppover er viktigere for norske sykehusledere, mens danske ledere er mer opptatt av å arbeide i nettverk innrettet mot brukerne og å ta profesjonelle hensyn. Disse forskjellene kan selsagt ha sammenheng med den aktuelle reformkonteksten som forfatterne antyder. Verdien i slike komparative «snapshots» ligger i at de kan lede hen til nye spørsmålstillinger som igjen besvares gjennom nye studier. På dette området, tverrsektorielle og tverrnasjonale analyser av kognitive, kulturelle og sosiale strukturer, mener vi fortsatt at mye er ugjort innen organisasjonsforskningen.

TRANSPARENS: NYE BETINGELSER FOR ORGANISERING I HELSESEKTOREN

Det andre temaet dreier seg om den tendensen man ser i retning av et fokus på synliggjøring av aktiviteter i helsesektoren, et fokus som følger av kravet om at det utvikles stadig nye målesystemer og styringsteknikker (Levay og Waks 2005). Begrunnelsen for disse nye systemene er et ønske om å synliggjøre ressursbruk og variasjoner i kvalitet på tjenestene, for dermed å sette «pasienten i sentrum». Ideen er at pasientene nå i større grad skal styre systemet ved at de gjør rasjonelle valg basert på informasjon omkring tjenestekvalitet og risiko, samtidig som myndighetsorganene også settes i stand til å foreta prioriteringer basert på evidensbaserte vurderinger av kostnad og kvalitet. Konsekvensen er at ulike former for aktiviteter i helsevesenet i økende grad synliggjøres i form av målinger, evalueringer, nyheter og rapporter, mens andre aktiviteter blir tilsvarende «lukket» for innsyn gjennom de tiltak som settes i verk for å skape lojalitet blant de ansatte og å styre informasjons-spredningen fra helseinstitusjonene. Det skapes da en kommunikasjon omkring styringsdata og kvalitetsmål hvor mediene, revisjons- og tilsynsorganene, pasientombud og ledelsen tar en aktiv rolle, mens de ansatte og profesjonene får færre muligheter til å påvirke nyhetsbildet og sirkulasjonen av informasjon (Angell og Byrkjeflot, 2005). Sett fra lederne og profesjonenes synspunkt, får kommunikasjonen omkring disse målesystemene noe forskjellige konsekvenser. På den ene side kan de brukes til å underbygge ledernes autonomi i forhold til profesjonene. Men de samme lederne må være beredt til å gjøre rede for sine resultater, ikke kun når det passer dem selv, men





når de mange tilsynsorganene, myndighetsorganene og ikke minst mediene finner det for godt å ta opp saken.

Dermed blir de lett drevet frem og tilbake i spenningsfeltet mellom autonomi og innsyn (Gammelsæter og Torjesen i dette temanummeret). Profesjonene må legitimere sin kompetanse på nye måter, for eksempel ved å utvikle egne målekriterier og indikatorer, gjerne også ved å delta i den såkalte «evidensdebatten» og tilpasse seg nye normer for forskningsbaserte praksisforståelser (Johannesen, 2004; Lundbäck, 2005). Denne utviklingen bidrar også til å svekke profesjonenes muligheter til å påvirke arbeidsorganiseringen og kunnskapsutviklingen gjennom kollegial kunnskapsutvikling og kollektiv handling.

Det kan virke som om bruken av nye målesystemer kan slå ulikt ut, alt etter hvordan helsesystemene er bygd opp historisk sett. I Sverige, der landstingene har hatt en sterkere stilling i helsesektoren enn fylkene i Norge, rapporteres det at utviklingen i sykehussektoren går vekk fra direkte politisk styring i retning av «ledelse på avstand», gjennom såkalt kunnskapsstyring (Blomgren og Sahlin-Andersson, 2004). I Norge virker det som om statlig styring forsterkes på begge områder ved at det i større grad gjøres bruk av både direkte og indirekte virkemidler for styring i helsetjenestene. Det er opprettet et nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, samtidig som helseministeren og myndighetene griper stadig sterkere inn i beslutningene på lokalt nivå (Stigen og Opedal, 2005; Byrkjeflot, 2005). I Danmark er det også blitt utviklet nye former for klassifikasjoner og beslutningspremisser i spenningsfeltet mellom profesjon, stat og amter. Eksempler på dette er de såkalte «funksjonsbærende enhetene» (Borum, 2005). Det vokser frem nye former for kvalitetsmålinger og evalueringer, og internt i organisasjonene må man dermed utvikle nye former for organisert «selviakttakelse», for eksempel i form av staber som overvåker og lager analyser på grunnlag av data som er frembrakt ved hjelp av de mange nye måleinstrumentene, tilsynene og rapportproduserende institusjonene. I kombinasjon skaper beslutninger som er fattet i de enkelte fylker, amt og i legeprofesjonen og sentralstaten, det som på lokalt nivå benevnes som en «selvoppløsende organisasjon» (Knudsen, 2003) eller «gisselkommunen» (Vike, 2004), en tilstand som muligens gir sentralstatene og den politiske populismen et større manøvreringsrom.

BETYDNINGEN AV INFRASTRUKTUREN OG PROFESJONENES SELVSTYRE

Både de som fokuserer på reformaktiviteter, og nye trender innenfor ledelse og organisasjon står i fare for å overdrive omfanget av endringer i helsetjenestene. Et alternativ til en slik innfallsvinkel finner man også innenfor den skandinaviske nyinstitusjonalismen, og vi tenker her spesielt på forskningen innenfor FLOS i København, der det i mange forskningsbidrag har vært lagt vekt på kontinuiteten i utviklingen. Reformambisjoner må som oftest legges



vekk eller tilpasses i møtet med praksis (Bentsen et al., 1999). Et eksempel på et forskningsbidrag som understøtter en slik reformskepsis, samtidig som det bidrar med et nytt perspektiv på saken, er Sidsel Vinges bidrag i dette temanummeret og i boken *Hverdagens arbeid og organisering i helsevesenet* (Vik-kelsø og Vinge, 2005). Vinge påpeker at det er infrastrukturen som styrer helsevesenet, og ikke ledelsen eller profesjonenes logikker. Skal man reformere helsevesenet, antyder hun, trenger man først å beskrive og fortolke hvordan sykehushverdagens arbeidsorganisering utfolder seg i praksis. Uten det kommer man ikke særlig langt med reformer.

Et annet alternativ til studier med direkte fokus på virkningene av reformprosessene er å ta utgangspunkt i utviklingstendensene i det profesjonelle arbeidet og profesjonenes interne dynamikk. Selv om infrastrukturen er relativt stabil, er den også sosialt skapt og konstruert, og flere utviklingstendenser tyder på at det profesjonelle arbeidets organisering og innhold er på vei til å bli endret (Brock, Powell og Hinings, 1999). For det første pågår det en deregulering av sykehussektoren i flere land, som først og fremst viser seg som økt konkurranse mellom offentlige sykehus eller mellom offentlige og private sykehus, men også i form av endringer i regelstyrte profesjonelle jurisdiksjoner. For det andre skjer det en hurtig teknologisk utvikling som setter faggrenser under press og muliggjør flytting av arbeid mellom forskjellige deler av helsevesenet, og for det tredje pågår det en internasjonalisering av både styringen (især i EU) og den faktiske produksjon, hvilket betyr at den nasjonale styringen blir mindre fremtredende. Det er vanskelig å vurdere hvor fort og hvor sterkt disse tendensene vil gjøre seg gjeldende i de nordiske landene, men de innebærer en langsiktig tendens til sterkere styring og kontroll av det profesjonelle arbeidet ut fra bedriftsøkonomiske og organisatoriske hensyn, og en samtidig utfordring av faggrensene (Broadbent, Dietrich og Roberts, 1997). Følgen er at den profesjonelles autonomi og profesjonenes ledelsesprosjekter blir utfordret både på det samfunnsmessige plan og i de konkrete arbeidspraksisene. De profesjonelle har hittil hovedsaklig lyktes i å kontrollere og til og med utvide sin kontroll av ledelsen (Kragh Jespersen, 2005), men det finnes ingen garanti for at situasjonen kan opprettholdes. På den andre siden er det heller ikke mye som tyder på at profesjonelt selvstyre uten videre blir erstattet av et regime med NPM-inspirerte organisatoriske reformer. Det ser mer ut som om utviklingen går i retning av hybride organisasjons- og ledelsesformer som er preget av blandinger av profesjonsstyre og NPM-strategier (Kragh Jespersen, 2005a). Studiet av disse hybride organisasjons- og ledelsesformene vil være et viktig område for den nordiske organisasjons- og ledelsesforskningen i tiden fremover.

NOTER

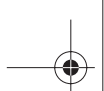
1. Artikkelen er skrevet av forfatterne i fellesskap og deretter oversatt til norsk.

LITTERATUR

- Angell, Svein Ivar og Haldor Byrkjeflot (2005) *Public Administration Dressed Up as Enterprises. The new communication strategies in the Norwegian hospital sector*. Paper presented at Nordiska Färetagsekonomisk Förenings conference in Århus AUG. 18.–20.2005.
- Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdottir og Kerstin Sahlin-Andersson (red.) (1999) *Når Styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Blomgren, M. og K. Sahlin-Andersson (2004) *Ledning på distans: Att skapa kunnskap för politisk styrning av hälso- och sjukvård*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Borum, Finn (2005) *When Implementation meets Emergence – Interpreting Managerial Reactions to The Regionalization of Danish Hospital Services*. Paper presented at Nordiska Färetagsekonomisk Förenings conference in Århus Aug. 18.–20.2005.
- Broadbent, Dietrich og Roberts (eds.) (1997) *The end of the Professions? The restructuring of professional work*. London: Routledge.
- Brock, David, Michael Powell og C.R. (Bob) Hinings (eds.) (1999) *Restructuring the professional organization*. London: Routledge.
- Byrkjeflot, Haldor og Simon Neby (2005) «Norge i Norden: Fra etternøler til pionér i reformering av sykehussektoren?», i Opedal, Ståle og Inger Stigen (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen – søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, Haldor og Tore Grønlie (2005) «Det regionale helseforetaket – mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring», i Opedal, Ståle og Inger Stigen (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen – søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, Haldor (2005) *The rise of a healthcare state? Recent healthcare reforms in Norway*. Rokkan Senter Working Paper 2005.
- Georgoupoulos, Basil (ed.) (1972) *Organization research on Health Institutions*. Ann Arbor. University of Michigan. Institute for Social Research.
- Hansen, Finn Henry (2001) *Sykehusstruktur i endring: de lange linjer og utviklingen det siste tiår*. Trondheim: Samdata Sykehus NIS-rapport; 3/01
- Johannessen, Birte Folgerø (2004) *Ledelse og evidens i den psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*. Bergen: Rokkansenteret. Working paper 22-2004.
- Knudsen, Morten (2003) *Beslutningens vaklen En systemteoretisk analyse af moderniseringen af et amtskommunalt sundhedsvæsen 1980-2000*. Ph.D nr. 3. 2004 Handelshøjskolen i København.
- Kragh Jespersen, Peter (2005) *Mellem profession og management*. København: Handelshøjskolens Forlag.

- Kragh Jespersen, Peter (2005a) *Den tredje vej? Generalister, fagprofessionelle eller hybridledere som fremtidens ledere i sygehuse?* 28 s. Paper til 18'ende NNF konference. Århus 2005.
- Levay, C. og C. Waks (red.) (utgis 2005) *Strävan efter transparens*. Stockholm: SNS Förlag.
- Lundbäck, Erica. (2005) *Vetenskap i paketerad form. Evidensbaserad medicin (EBM) som et ledd i strävan efter transparens*. Paper presentert på Nordiska Färetagsekonomisk Förenings konferanse i Århus 2005.
- Mintzberg, Henry (1979) *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Mintzberg, Henry (1983) *Structure in Fives. Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Nordgren, L. (2003) *Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Avhandling. Lunds Universitet.
- Pedersen, Kjeld Møller (2005) *Sundhedspolitik*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Vallgård, Signild (1992) *Sygehuse og Sygehuspolitik i Danmark: Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsenshistoie 1930–1987*. København: Jurist og Økonomforbundets Forlag.
- Vike, Halvard (2004) *Velferd uten Grenser; den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.
- Vikkelsø, Signe og Sidsel Vinge (2004) *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Vrangbæk, K. og Christiansen, T. (2005) «Health Policy in Denmark, Leaving the Decentralized Welfare Path?» *Journal of Health Politics, Policy and Law* Vol. 30, no. 1–2, February–April 2005.

Haldor Byrkjeflot er seniorforsker ved Rokkansenteret ved Universitetet i Bergen. Har arbeidet med ledelse og organisasjonsteori, politisk organisering, demokrati og ledelse, historisk-komparative studier med spesielt fokus på nordiske land, Tyskland og USA. Har også gjort studier av ledelsesutdanningen i Europa og USA, og av arbeidsorganisering og menneskelige ressurser i tjenesteyting. For tiden engasjert i studier omkring journalistikken og PR-bransjens betydning for organisering og ledelse, og sammenhengen mellom New Public Management og nye kommunikasjonsstrategier i offentlig sektor. Interessert i profesjoner, arbeidsorganisering, ledelse, langsiktige utviklingstendenser i offentlig organisering og organisering av offentligheten. Leder prosjekter omkring reformer i helsesektoren, med spesiell vekt på de nordiske land (www.polis.no). Prosjektleder for EGOS 2006 i Bergen, www.egosnet.org, og Nettverk for Organisasjonsforskning i Norge (NEON) www.neonnet.org.



Peter Kragh Jespersen, lektor i organisasjonsteori ved Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet. Det faglige interesseområdet er organisasjonssosiologien med særlig interesse for organisasjons- og ledelsesproblemer i offentlige organisasjoner. Hans særlige interesseområder er fagbyråkratier, New Public Management-strategier og tilhørende alternativer. I forbindelse med FLOS-programmet (www.flos.cbs.dk) har han arbeidet med sykehusenes organisasjons- og ledelsesproblemer, kvalitetsutvikling, nye ledelsesformer og kontraktstyring i danske sykehus. Et annet prosjekt er «fremtidens sykehus», som blir en fortsettelse av FLOS-prosjektet ved Aalborg Universitet, hvor målet er å avdekke utviklingstendenser i sykehusstrukturen og samarbeidsområder med det øvrige helsevesenet i en tid med større omstruktureringer. Har utgitt flere bøker, bl.a. om byråkratisk organisering og profesjoner og ledelse i helsesektoren. Studieleder for det nye MPA-studiet med spesiell vekt på organisasjon og ledelse i helsesektoren ved Aalborg universitet.

