

## 9. Artikkel 1: Hybrid ledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen<sup>22</sup>

**Nøkkelord:** hybrid, ledelse, sykehus, leger, sykepleiere, regnskapsførere

**Key words:** hybrid, management, hospital, doctors, nurses, management accountants

Det har blitt stadig mer populært å gjøre bruk av begrepet «hybrid» i organisasjonsforskningen. Generelt sett refererer ordet til angivelig nye fenomener som dannes ved at to eller flere elementer som normalt finnes separat, kobles eller kombineres. Noen av de første som brukte begrepet, var organisasjonsforskere og økonomer som var opptatt av å identifisere alternativer til marked og hierarki (Powell 1987; Williamson 1991). Dette alternativet, nettverk, ble imidlertid etter hvert rendyrket og mistet da benevnelsen «hybrid». Jakten på å identifisere nye organisasjonsformer, som enten representerer en kobling eller mellomting mellom kjente former, har imidlertid fortsatt ved at det for eksempel snakkes om kvasimarkeder eller semioffentlige organisasjoner. I en kommentar til denne litteraturen har Miller, Kurunmäki og O’Leary (2008) beklaget at man i den grad har vært opptatt av organisasjonsformer, slik at ekspertiseområder og studier av de praksiser og prosesser som bidrar til hybridisering, har blitt tilsidesatt.

En sektor som har vært sterkt preget av faglig ekspertise, er sykehusene. Sektoren inneholder et stort antall profesjoner og teknologidrevne spesialiteter (Byrkjeflot 1997). Dette gjør innsyn og samhandling vanskelig, og helt siden velferdsstatens framvekst har det vært argumentert for at innsyn og nye og mer flerfaglige organisasjonsformer kan være et bidrag til å tøyle profesjonene (Kragh Jespersen 2005; Kurunmäki og Miller 2006). Man er spesielt opptatt av å ansvarliggjøre legeprofesjonen, som tradisjonelt har tronet øverst både i fag- og ledeshierarki, og sykepleierne, som dominerer antallsmessig. Bedre *ledelse* blir stadig framhevet som et nødvendig tiltak for å få bukt med problemene i sektoren. Ved siden av å få

---

<sup>22</sup> Berg, Laila Nordstrand, Byrkjeflot, Haldor, & Kvåle, Gro (2010). Hybridledelse i sykehusen gjennomgang av litteraturen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 3(2010).

grep om kostnadsveksten gjelder det å disiplinere lederne og de ansatte til å gjøre bedre prioriteringer og kommunisere mer rasjonelt seg imellom og med omgivelsene (Kragh Jespersen 2005). Den begrunnelsen som har blitt brukt for reformer i helsevesenet i den senere tid, er at pasienten skal settes i sentrum, og at behandlingen derfor må organiseres etter pasientforløp. Konsekvensen blir at det utvikles hybride former for organisering. Ansvaret for behandlingen skal angivelig i sterkere grad desentraliseres til generelle ledere på lavere nivå, samtidig som kontrolltiltak ovenfra skjerpes og det innføres flere hierarkiske nivåer som følge av sentralisering og vekt på stordrift. Sykehusene i Norge har for eksempel tatt på seg «fåretaksklær» og blitt en blanding av foretak og forvaltning (Bykjeflot og Angell 2008).

Latour opererer med et skille mellom rendyrking og hybridisering (Frenkel og Shenhav 2006; Latour 1993). Med hybridisering skapes blandinger av forskjellige fenomener i praksis, og med rendyrking menes det at man på det teoretiske nivået søker å skape rene ontologiske soner for eksempel gjennom dikotomier som moderne/tradisjonell eller natur/kultur. Vår streben etter å være moderne handler om å rendyrke, men siden vi aldri klarer å få terrenget til å tilpasse seg kartet vårt, må vi avfinne oss med at verden består av hybrider. Urenhet er regelen og hybrider det normale (Latour 1993). Max Weber (1983) opererer med et tilsvarende skille mellom rendyrkede idealtyper og «virkelige» empiriske fenomener som bare til en viss grad vil ha sammenfall med idealtypene. I likhet med Latour hevder Weber (1983) at de rendyrkede organisasjonsformene, som hierarki og marked, ikke finnes i ren form. Det er blandingsformene, altså hybridene, som er reelt eksisterende (Miller, Kurunmäki og O'Leary 2008).

Med dette utgangspunktet er det kanskje ikke annet å vente enn at det gjøres bruk av et begrep som referer til et blandingsregime: hybridledelse. Det er imidlertid grunn til å spørre i hvilken grad begrepet gir innsikt i det som skjer i helsevesenet, eller om bruken av begrepet først og fremst handler om å sette navn på sammenhenger man ikke forstår. I denne artikkelen vil vi gjennom en studie av litteratur som omhandler hybridledelse i sykehus, undersøke hva dette begrepet innebærer. Videre ønsker vi å se dette i sammenheng med

hvilke problemer og løsninger som knyttes til begrepet hybridledelse i sykehus. Hvilke forhold aktualiserer bruken av begrepet i forskning om ledelse i sykehussektoren? Hvilke teoretiske perspektiver blir brukt som utgangspunkt for studier der begrepet brukes? Hensikten med artikkelen er å beskrive og drøfte hvilken kunnskap som finnes på dette området, hvilke perspektiver som er rådende, og drøfte noen utfordringer som forskningen aktualiserer.

## 9.1 Metode og materiale

Artikkelen er basert på en studie av forskningslitteratur. Vi har gått i dybden på ti titler som vi finner særlig relevante for vår problemstilling. Inklusjonskriteriene har vært at litteraturen omhandler *ledelse i sykehus*, benytter begrepet «hybrid» om dette og har det som *hovedtema*. Vi har dermed endt opp med et utvalg på åtte artikler, et bokkapittel og en monografi. De aktuelle artiklene refererer også til hverandre. Blant artiklene er det to bidrag som oppsummerer forskning om hybridledelse i sykehus. På denne måten mener vi å ha identifisert en vesentlig del av forskningslitteraturen som omhandler dette fenomenet. Alle bidragene er publisert mellom 2000 og 2009, med unntak av Ferlie og medforfattere som kom i 1996. Vi har inkludert denne tittelen fordi det synes å være en av de første som bruker begrepet hybrid om ledelse i sykehus, i en mye referert bok om «New Public Management»-reformer. Videre er forskningsbidragene valgt ut fordi de er referert i forskning om ledelse i helsevesenet i Norden, som hos Borum (2003), Mo (2006), Torjesen (2008), Öfverström (2008) og Johansen (2009). Denne nordiske forskningen har vi ikke inkludert i selve litteraturstudien fordi hybridledelse ikke er deres hovedtema. Som eksempel på hva denne forskningen kommer fram til når det gjelder hybridledelse, viser Mo (2006:252) til at å ansette leger som hybridledere kan betraktes som et kompromiss ut fra erfaringen med at å ha generelle ledere i kliniske enheter ikke fungerer. Å ansette leger skal da kunne ivareta lederens legitimitet i faglige spørsmål. Torjesen (2008) finner at kvinnelige medisinerere i sykehusenes topplederstillinger i større grad enn mannlige ledere med medisinerbakgrunn synes å være preget av hybride logikker. Öfverström (2008:163) er ut fra funn i sin empiri

kritisk til ideen om at enkeltledere skal makte å kombinere ulike ledelsesverdener. Derfor mener hun at det må tenkes annerledes når det gjelder muligheter for å skape hybride ledelsesformer, der heller en gruppe av ledere skal ivareta de ulike rollene.

Litteratur om ledelse og profesjoner (Degeling mfl. 2006), om hybridisering av profesjoner (Noordegraaf 2007) og om hybride organisasjonsidentiteter (Brandsen, Donk og Putters 2005) er også relevant, men har blitt ekskludert fra vårt utvalg. Degeling og medforfattere (2006) finner at det er tydelige motsetninger mellom sykehusledere og helseprofesjonelle i Commonwealthlandene, mens så ikke var tilfellet i Kina. Dette forklares blant annet med variasjon i kulturelle, organisatoriske og politiske forhold. Noordegraaf (2006) drøfter hvordan tidligere rene profesjoner innen helsevesenet, sosialt arbeid, utdanning osv. hybridiseres som konsekvens av sterkere krav til lederansvar og markedsorienterte roller, samtidig som ledelse profesjonaliseres for å imøtekomme kravet om bedre ledere. Brandsen, Donk og Putters (2005) studerer hvordan organisasjoner i «den tredje sektoren» vanskelig lar seg beskrive og gripe ved hjelp av inndeling i rene organisasjonsformer eller en ren organisatorisk identitet. Hybriditet anses snarere som et nærmest definitorisk trekk ved sektorens organisasjoner. Alle disse studiene gir interessante bidrag om temaet profesjoner, ledelse og hybriditet. De er imidlertid på ulikt vis mer generelle og vide enn de litteraturbidragene vi har valgt å inkludere i vår gjennomgang.

De utvalgte forskningsbidragene er blitt undersøkt med tre spørsmål som utgangspunkt. For det *første* har vi undersøkt hva forfatterne legger i begrepet hybridledelse, det vil si om og hvordan det defineres, eller hva det refererer til. For det *andre* har vi undersøkt hvor og hvordan bruken av begrepet oppstår. Det vil si at vi med utgangspunkt i litteraturen har sett på hvilke organisatoriske og politiske forhold som aktualiserer hybridledelse, på hvilken måte hybridledelse kommer til uttrykk blant sykehusets profesjoner, og hvordan idéen om hybridledelse mottas og håndteres av enkeltledere. For det *tredje* har vi sett på hvilke teorier forfatterne benytter for å belyse fenomenet. Det er grunn til å anta at det vil være en sammenheng mellom hva slags teoretiske perspektiver som danner utgangspunkt for studiet av hybridledelse i sykehus, og hvilke forhold som vektlegges i forståelsen av fenomenet.

For å systematisere, klassifisere og sammenligne de utvalgte tekstene har vi laget et skjema som oppsummerer innholdet i hvert enkelt bidrag. Av plasshensyn gir vi her kun en skjematisk oversikt over forfattere, utgivelsesår, sted og et kort sammendrag.

**Tabell 1** Oversikt over litteratur om hybridledelse i sykehus

Forfatter	År	Tittel	Kontekst	Fokus
Fertie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A	1996	<i>The New Public Management in action</i>	Storbritannia	Kapittel 7 tar opp hvordan ledere med legebakgrunn tilpasser seg en ny hybrid lederrolle. Opplæring i ledelsesfag viste seg nyttig i samhandling med kolleger og andre ledere.
Doolin, B	2001	<i>Doctors as Managers. New Public Management in a New Zealand Hospital</i>	New Zealand	Hybridledelse ble innført i et sykehus for å gjøre klinikere mer ansvarlige for konsekvensene av valgt behandling. Hybridlederne skulle spille en rolle i grensen mellom profesjon og ledelse.
Llewellyn, Sue	2001	<i>"Two-way Windows": Clinicians as Medical Managers</i>	Storbritannia	Bruker metaforen "Two-way window" for å illustrere at leger som ledere får kompetanse til å agere i både ledelsesverden og den medisinske.
Montgomery, Kathleen	2001	<i>Physician Executives: The Evolution and Impact of a Hybrid Profession</i>	USA	Review. Gjennom drøfting av litteratur finner ikke forfatteren støtte for at hybridledelse er nøkkelen til å balansere sykehusets og legeprofesjonens krav. Tillit, troverdighet og legitimitet er viktig for at hybridledelse skal lykkes.
Kurunmäki, Liisa	2004	<i>A hybrid profession - the acquisition of management accounting expertise by medical professionals</i>	Finland	Den medisinske profesjonen ble hybridisert i Finland i første halvdel 1990-tallet. Kurunmäki undersøker hvordan profesjonen var villig til å lære regnskapsføring.
Jacobs, Kerry	2005	<i>Hybridisation or polarisation: Doctors and accounting in the UK, Germany and Italy</i>	Tyskland Italia	Kritiserer bruken av begrepet hybridisering. Hybridisering av en profesjon forutsetter at dette vises i utdanning og sosialisering. Introduserer begrepet polarisering i stedet.

			Storbritannia	
Kragh Jespersen, Peter	2005	<i>Mellem profession og management</i>	Danmark	Kapittel 4 i denne boken gir innblikk i hvordan ledelsesreformer gir utslag i hybride ledelsesformer for leger og sykepleiere i danske sykehus.
Kurunmäki, Liisa Peter Miller	2006	<i>Modernising Government: The Calculating Self, Hybridisation and Performance Measurement</i>	Storbritannia Finland	"Calculating selves" er en forutsetning for å kunne evaluere egne og andres handlinger og dette er viktig for hybridisering av ekspertise og organisasjonsformer.
Miller, Peter Kurunmäki, Liisa Ted O'Leary	2008	<i>Accounting, hybrids and the management of risk</i>	Storbritannia Finland	Hybridbegrepet kan knyttes til praksiser, prosesser og eksperter. Hybrid ledelse knyttes til "risikoleidelse" og regnskapsføring er et sentralt element i slik ledelse.
Kirkpatrick, Ian Kragh Jespersen, Peter Dent, Mike Indareth Neogy	2009	<i>Medicine and management in comparative perspective: the case of Denmark and England</i>	Storbritannia Danmark	Review. Sammenligning mellom Danmark og Storbritannia i forhold til hvordan legeprofesjonen forholder seg til NPM-reformene. Danske leger mer tilpasset nye lederroller.

Videre i artikkelen går vi gjennom de tre forskningsspørsmålene ut fra de artiklene vi har valgt, og ser på hvilke dimensjoner ved hybridledelse som kommer fram i litteraturen. Deretter diskuterer vi funnene og forslag til videre forskning.

## 9.2 Hva er hybridledelse i sykehus?

Først spør vi hva forfatterne legger i begrepet hybridledelse, og hva det referer til i de aktuelle studiene. Det aktuelle fenomenet har ulike benevnelser i våre utvalgte tekster, men vi velger å bruke betegnelsen hybridledelse som fellesnevner. Doolin (2001) bruker benevnelsen «Clinical Directors/Managers », Llewellyn (2001) introduserer metaforen

«Two-way window» og «ledelsens janusansikt» i sin beskrivelse av hybride ledere. Montgomery (2001) kaller dem legeledere («Physician Executives»), mens Miller, Kurunmäki og O’Leary (2008) snakker mer generelt om «regulerte hybrider». Ferlie og medforfattere (1996), som var blant de første som brukte begrepet hybridledelse, knyttet det til en målsetting om å kombinere faglig og generell ledelse i en ny rolle:

*The creation of this role should not replicate a copy of a general manager role. Nor should it be seen as a purely liaison role. Uniquely, clinical managers can potentially combine in-depth clinical knowledge and credibility with management expertise (Ferlie mfl. 1996:185–186).*

Også Llewellyn (2001) oppfatter hybridledelse som en ny rolle, og i likhet med Ferlie og medforfattere (1996) oppfattes hybridledelse som en grenserolle mellom fagledelse og generell ledelse som ikke kan identifiseres totalt med noen av disse (ibid.). Hybridlederrollen består dels av en utvidelse av egen rolle, dels av en egen «boundary spanning role» (Montgomery 2001). Kombinasjonsrollen «clinical management» ble først utviklet i amerikansk kontekst (ibid.) og er også forsøkt innført i Storbritannia som en bestrebelse på å reparere det konfliktfylte forholdet som hadde oppstått i sykehus etter diverse ledelsesreformer siden 1980-årene. I dansk sammenheng har sykepleierne i større grad evnet å integrere fag og økonomi i lederstillinger, i alle fall i de tilfeller legene ikke har hatt ønske om å ha kombinasjonsrollen (Kragh Jespersen 2005). For å bidra til organisasjonens effektivitet og imøtekomme legeprofesjonens behov må det fokuseres på interaksjonen mellom hybridlederen og andre grupper (Montgomery 2001). Hybridledernes troverdighet påvirkes blant annet av hvordan deres kompetanse og integritet oppfattes av ulike grupper. Ledelse i sykehus handler om å skape samhandling, utvikle relasjoner og kommunikasjon mellom ulike grupper og å balansere ulike hensyn og krav. Det dreier seg altså om å etablere en posisjon der man kombinerer ulike former for autoritet.

Hybridledelse i disse studiene utøves hovedsakelig av *leger* som kombinerer det kliniske arbeidet med et perspektiv på ledelse som først og fremst er avledet av et økonomisk paradigme. I finsk sammenheng vises det til at den medisinske profesjon blir forvandlet i møte med krav til budsjettstyring og bruk av regnskapsteknikker (Kurunmäki 2004). Andre

forfattere legger mer vekt på endringer i selve lederposisjonene og tar dermed for seg flere dimensjoner ved ledelse. Eksempler på dette er strategiutvikling for enheten, personalledelse, kvalitetsledelse og samhandling med eksterne aktører (Kirkpatrick mfl. 2009; Kragh Jespersen 2005). Historisk sett har ledelse i sykehus blitt sett på som å «olje hjulene» – sørge for at arbeidet går som smurt, og la legene og fagpersonalet få de ressurser de trenger for å gjøre jobben (Kragh Jespersen 2005; Llewellyn 2001). Denne modellen ble etter hvert oppfattet som for kostnadsdrivende, og derav kom det reformer som la vekt på at lederne måtte opptre proaktivt for å hindre underskudd i regnskapet. I noen sammenhenger ble generell ledelse framhevet som løsningen, slik som i de reformene som ble gjennomført i britiske sykehus i 1980-årene, men etter hvert ble det vanlig å anbefale en kombinasjon av fagledelse og generell ledelse (Kirkpatrick mfl. 2009).

Kragh Jespersens (2005) studie skiller seg ut fra de andre studiene ved å være mer variasjonssøkende når han ser på hvordan lederne velger å arbeide, noe som utkrystalliseres i ulike hybride roller. Inndelingen han lager, tar utgangspunkt i hvor stor grad lederne identifiserer seg som fagpersoner i forhold til utøvere av generell ledelse. Her gjør Kragh Jespersen bruk av Webers (1983) idealtypiske tilnærming, det vil si at han tar utgangspunkt i empiriske funn og utvikler ledelsesmodeller som i sin idealiserte form ikke finnes i virkeligheten, men kan brukes til å gjøre observasjoner omkring eksisterende former for ledelse. Han finner at lederne fortolker og utfører sitt lederarbeid ulikt og stiliserer fem hybride former for ledelse. Blant legene finner han overlegen som kliniker (det vil si at legen arbeider klinisk og overlater ledelsesarbeidet til oversykepleieren), som formidler (arbeider fortsatt klinisk, deltar i ledelse) eller som generalistleder (ikke klinisk aktiv, arbeider primært med ledelse). Sykepleiernes idealtyper er sykepleieren som driftsleder (leder daglig drift gjennom dialog med personalet i avdelingen) eller som generalistleder (driver primært med ledelse). Når det gjelder tidsbruk, er det stor variasjon blant lederne i hvilken grad de arbeider som ledere, og dette varierer fra en liten stillingsbrøk til fulltidsstilling. Han viser altså at også *sykepleierne* kan inneha hybride lederroller. For det tredje viser han til at lederne må forholde seg til tre verdener: generell ledelse (denne inkluderer regnskapsteknikker og et bredt lederperspektiv), medisinskfaglig og sykepleiefaglig ledelse.



Det framgår at sykepleiernes plass i sykehusledelse er et vesentlig tema hos Kragh Jespersen, noe som skiller hans studie fra de andre i utvalget. Kurunmäki (2004) nevner at sykepleielederen i Finland arbeider i team med legelederen i forbindelse med utarbeidelse av budsjetter. I studier utført i Storbritannia, New Zealand, Tyskland og Italia nevnes det at sykepleierlederen og lederen med økonomiansvar rapporterer til hybridlederen som er lege (Doolin 2001; Jacobs 2005; Llewellyn 2001). I britisk kontekst står motsetningene mellom leger og generelle ledere sterkere i fokus (Kurunmäki 2004), og sykepleierne vies ikke plass. Dette kan komme av at i britisk kontekst har regnskapsførerne klart å skape seg et stort rom som generelle ledere i sykehus, og at det der har vært store faglige uenigheter om søkelys på ledelse, muligens til fortrenghet for et søkelys på sykepleiernes posisjon i forhold til leger. I skandinavisk kontekst har ikke generelle ledere hatt så stor innflytelse i sykehusledelse, i stedet har sykepleiere og leger både samarbeidet og konkurrert om ledelsesposisjoner (Kirkpatrick mfl. 2009).

### 9.3 Under hvilke betingelse oppstår hybridledelse?

Når det gjelder spørsmålet om hvordan bruken av begrepet hybridledelse oppstår, finner vi at det aktualiseres som følge av reformer som er influert av «New Public Management» (NPM), hvor tankegodt fra det private næringslivet ble forsøkt implementert i det offentlige. Hybridledelse forutsetter endringer på både profesjons- og individnivå. Den hybridiserte ledelse kan altså være en reaksjon på en gitt offentlig politikk, enten i form av særskilte reformer eller mer generelle programmer for modernisering, slik som Miller og medforfattere (2008) vektlegger i begrepet «regulerte hybrider». Regulerte hybrider indikerer at det er oppstått samarbeid på tvers av ekspertiseområder og profesjoner som følge av reformer. I USA, som i større grad er dominert av private sykehus, kommer utviklingen som en konsekvens av innføringen av «Managed Care Models» i helsetjenestene (Montgomery 2001). Krav om større ansvarlighet, bedre ledelse og mer effektiv bruk av ressurser ligger så å si innebygd i de fleste modeller for organisering som spres, slik at det ikke nødvendigvis trenger å være konkrete offentlige reformer som danner utgangspunktet for endring. Mange

typer eksperter og profesjoner har blitt hybridiserte som følge av nye teknikker og prosedyrer (Kurunmäki og Miller 2006). Leger, sykepleiere, fysioterapeuter, lærere, politi osv. har blitt stilt overfor utfordringen om å lære seg regnskapsteknikker. Parallelt har organisasjonsformer og prosesser blitt transformert og hybridisert, og organisasjonsgrenser har i økende grad blitt overskredet.

## 9.4 Hvordan manifesteres hybridledelse blant sykehusets profesjoner?

De ulike forfatterne legger vekt på ulike nivåer i fortellingen om hvordan sykehusledelse blir hybridisert. Kurunmäki (2004) omtaler hele den finske legeprofesjonen som hybrid, mens det i de andre artiklene er leger som ledere som er i fokus. I Finland oppstod hybridledelse som en frivillig ordning (ibid.), hvor sjeflegen i samarbeid med oversykepleieren fikk ansvar for å utarbeide budsjetter for sine enheter og binde det sammen med klinikkens budsjetter.

Rapporterings- og beregningsmetoder manglet, og legene var selv med på å utvikle disse. Et viktig element her var at det ble utviklet både økonomiske og ikke-økonomiske måleenheter som utgangspunkt for rapportering, og medisinsk ekspertise var et kjerneelement i arbeidet med å utvikle slike rapporter. Det var legene som måtte lære seg prissetting av varer og tjenester og å allokere ressurser til arbeidet. I det aktuelle tidsrommet var Finland rammet av økonomisk krise, og legene innså at de måtte lære å arbeide ut fra finansielle rammer for å hindre nedlegging av arbeidsplassene sine. Økonomiske modeller og systemer for styring ble betraktet som enkle å forstå, og hele profesjonen kom til å tilegne seg slike forståelsesmåter og teknikker fra slutten av 1980-årene (Kurunmäki 2004; Kurunmäki og Miller 2006).

Legene oppfattet den nye kunnskapen som et sett med teknikker og tolket ikke situasjonen dit hen at de var i juridiskjonskonflikt med andre profesjoner. I Finland har det ikke vært utviklet en sterk regnskapsføringsprofesjon som har «enerett» på dette arbeidsområdet, da ledelsesfag flettes inn i mange typer utdanning.

Jacobs (2005) er kritisk til Kurunmäkis bruk av hybridbegrepet, da han viser til at en hybridisering indikerer en dyp, fundamental endring av profesjonen, lik endringen av et

vesens DNA. Var profesjonen hybridisert, skulle det gjenspeiles i verdier, basisutdanning og spesialisering, både på individnivå og kollektivt. Jacobs (ibid.) foreslår begrepet «polarisering» som et alternativ. Med tanke på sosiale prosesser beskriver polarisering hvordan en profesjon blir mindre enhetlig ved at den segmenteres i subspecialiteter. Jacobs har gjort studier i Tyskland, Italia og Storbritannia og finner ikke at legeprofesjonen har blitt hybridisert i disse landene. Dette begrunner han med at undervisning i økonomi ikke er en etablert del av grunnutdanning, praktisk opplæring eller sosialisering. Han finner imidlertid segmenter av leger som ivaretar både ledelse og medisinske funksjoner, noe han mener er indikasjoner på en polarisering i sykehusledelse. Den aktuelle gruppen av leger hadde tatt ekstra utdanning i økonomi og administrasjon, og det var ikke uvanlig at de hadde blitt tilbudt slik utdanning av det lokale sykehuset, legeföreningen eller, for Tyskland og Italias del, innen spesialiseringen. Ledelse var imidlertid ikke en del av utdanningen til yngre leger. Når det gjelder Storbritannia, understøtter han Kurunmäkis påstander om at legeprofesjonen ikke har blitt hybridisert (Kurunmäki 2004; Kurunmäki og Miller 2006). Den medisinske profesjonen i Storbritannia har de siste par tiår forsøkt å hindre at grensene mellom medisin og økonomi endres, og å blokkere for framveksten av en medisinsk-finansiell hybrid (Miller, Kurunmäki og O’Leary 2008). Undervisning i ledelse ble også her tilbudt leger i lederstillinger, men de engelske legene hadde ikke samme behov for å lære seg regnskapsføring som de italienske og tyske legene (Jacobs 2005). En del av dette forklares med at de hadde egne regnskapsførere ved enheten, og dels med at de anså dette som en jobb for underordnede økonomer. Manglende engasjement fra kliniske ledere for sentrale lederoppgaver regnes som en nøkkelforklaring på finansielle problemer i britiske sykehus (Miller, Kurunmäki og O’Leary 2008), og hybridisering blir dermed å anse som et forslag til en løsning på mange av problemene i helsevesenet.

Llewellyn (2001) beskriver den nye ledelsesformen klinisk ledelse i Storbritannia som uttrykk for at det skjer en hybridisering av ledelse, ut fra sin term toveisvinduet («Two-Way Windows»). Toveisvinduet er en metafor for at leger som ledere kan se inn i og agere i to verdener: den medisinske verdenen som suppleres med kunnskap fra ledelsesverdenen. Det kan virke som at det er visse uoverensstemmelser mellom det bildet som framkommer her,

og det som framkommer i andre bidrag. Mens Llewellyn ser utviklingen av klinisk ledelse i britiske sykehus som uttrykk for at det er i ferd med å utvikles en hybrid form for ledelse, uttrykker de andre bidragene at det er nettopp i engelske sykehus at vilkårene for å utvikle hybridledelse ikke er til stede (Jacobs 2005; Kurunmäki 2004; Kurunmäki og Miller 2006; Miller, Kurunmäki og O'Leary 2008). Ut fra Jacobs (2005) måte å se dette kan det sies at den engelske legeprofesjonen ikke har blitt hybridisert, men at noen av legene inntar en hybrid rolle som følge av at det er utviklet et nytt segment, noe han mener betyr at profesjonen er blitt polarisert.

Et annet aspekt ved hybridisering av ledelse i sykehus avspeiles i en studie som sammenligner leger som ledere i Danmark og Storbritannia (Kirkpatrick mfl. 2009). Når andre profesjoner gis mulighet til å bli ledere med ansvar også for legearbeidsplasser, slik som i dansk kontekst, oppstår en konkurranse som bidrar til økt interesse for ledelse blant legene. Den danske legeprofesjonen kan i større grad betraktes som hybrid enn det den engelske kan, også organisasjon og ledelse tematiseres i større grad i den medisinske grunn- og videreutdanningen i Danmark enn i Storbritannia.

Denne muligheten for danske sykepleiere til å utøve ledelse på lik linje med legene blir beskrevet som en del av sykepleiernes profesjonelle prosjekt (Kragh Jespersen 2005). Sykepleieprofesjonen har vært definert som hjelpeprofesjon for legene, og de har hatt problemer med å avgrense et eget vitenskapsbasert kunnskapsområde. Sykepleieutdanningen har blitt mer akademisert, i alle fall i nordisk kontekst, og dette har vært viktig for å kunne betraktes som en selvstendig profesjon. Sykepleierne har hatt en mer systemisk, eller helhetlig tilnærming til ledelse, og deres ledelse har vært nærmere idealet som fremmes i de NPM-inspirerte reformene. Dette avspeiles i funnene fra den danske konteksten hvor mesteparten av sykepleielederne arbeidet som generalistledere (ibid.).

## 9.5 Hvordan manifesteres hybridledelse blant enkeltledere?

Miller og medforfattere (2008) kommer med en betraktning om hvilke forutsetninger som ligger til grunn for hybridisering av lederrollen på individnivå. Forutsetningen er at det finnes individer som evner å sammenligne seg med andre, og disse personene benevnes «Calculating Selves». Det legges vekt på at lederen 1) evner å sammenligne organisasjonens resultater med andres og beregne kostnader av arbeidet, samtidig som han eller hun også 2) holder koblingen til den faglige verden som utvikler og forholder seg til slike standarder og målinger. En hybrid leder anses slik å være en helsearbeider som reflekterer over hvordan krav til regnskapsføring og økonomisk ansvarlighet påvirker egen og andres praksis.

Fra Finland uttaler leger at den nye kunnskapen er lett å lære, det regnes mer som sunn fornuft i forhold til hvor komplisert det er å lære medisinsk kunnskap (Kurunmäki 2004). Samtidig snakker de med stolthet om sine prislister, som de har utviklet med lite hjelp fra økonomene. Fra Doolins (2001) studie får vi uttalelser som viser at de mener at andre ledere er dårlig kvalifisert og dårlig utdannet, og at ledelse bare er sunn fornuft og lett å lære. Dette kan tolkes som en bagatellisering av den komplekse verden som lederne må forholde seg til. Noen få viste imidlertid interesse for ledelse, og disse ble mistenkeliggjort av de andre legene. Jacobs (2005) finner enkeltindivider og segmenter som er glade for å få arbeide med nye utfordringer og nytt ansvar, og som finner det interessant å tilegne seg kunnskap om økonomi. Andre fant dette derimot uinteressant – like interessant som å se på maling som tørket. Fra Storbritannia rapporteres det om holdninger blant leger som blokkerer for ønsker om at de skal tilegne seg finansiell ekspertise (Miller, Kurunmäki og O’Leary 2008). En lege uttaler at slik ekspertise er noe som det er økonomidirektøren sin oppgave å bidra med, og at direktøren sin jobb blant annet består i å fikse på regnskapet på slutten av året for å holde organisasjonen intakt. Ved overskridelser skal regnskapsførerne redefinere budsjettoverskridelser som nødvendige utgifter. Negative holdninger til hybridledelse avspeiles på individnivå også i dansk kontekst: «Jeg vil hellere være en god læge end en god leder», som en av sykehuslederne uttrykte det (Kragh Jespersen 2005:150). I en amerikansk kontekst fant Montgomery (2001) mindre skepsis til ledelse. Det å søke lederstillinger kunne

være en kilde til status, makt og autoritet for legene, og hybridrollen begeistrer snarere enn avskrekker.

## 9.6 Hvilke teorier benyttes i studiene av hybridledelse av sykehus?

Vårt tredje spørsmål var hvilke teoretiske perspektiver forfatterne bruker i sine analyser. Vi finner at profesjonsteori og nyinstitusjonell teori er sentrale for dette forskningsfeltet, mens ledelsesteori blir brukt i mindre grad.

Når *profesjonsteori* brukes som forståelsesramme i disse studiene, står begrepet «jurisdiksjon» (Abbott 1988) sentralt. Jurisdiksjonen knyttes særlig til det som oppleves som motsetninger: faglig ledelse versus generell ledelse. Legeprofesjonen, som vies størst oppmerksomhet i disse studiene, har en rekke fellestrekk på tvers av land. Tradisjonelt sett har legene vært regnet som en arketypisk profesjon med høy grad av autonomi (ibid.). De har vært overordnet andre faggrupper og blitt tillagt både innsynsrett og instruksjonsrett. Legeyrket er basert på vitenskapelig og abstrakt kunnskap, og historisk sett har kollegialitetsnormen og dermed også det faglige ledelsesidealet stått sterkt. Lederen velges som den fremste blant likemenn, og ledelse utøves gjennom konsensus. Som en konsekvens er det utviklet en viss ringeakt for ledelse med en annen autoritetsbase enn den medisinskfaglige. Også fra legenes side er det anført at det manglet en abstrakt kunnskapsbase i det generelle ledelsesidealet, og at ledelse derfor må betraktes som en underordnet jurisdiksjon (Abbott 1988:71). Jurisdiksjonskampen mellom leger og generelle ledere framtrer i storparten av de tekstene vi har undersøkt, mens konflikten mellom leger og sykepleiere i hovedsak belyses i tekster som tar for seg den skandinaviske konteksten (Kragh Jespersen 2005). Doolin (2001) mener at teknologiske endringer i kombinasjon med den parallelle innføringen av generell ledelse og kvasimarkeder gjør at veletablerte profesjonelle jurisdiksjoner brytes ned, og at forholdet mellom kunnskap, arbeid og status er i endring.

Montgomery (2001) har også et profesjonsteoretisk utgangspunkt der hun undersøker Freidsons restruktureringstese, som går ut på at de profesjonsinterne skillelinjene mellom medisinerer forskyves fra medisinske spesialiteter til en tredeling mellom produsenter, en kunnskapselite og en administrativ elite, der den sistnevnte forutsettes å balansere administrative styringshensyn og medisinskfaglige hensyn på en slik måte at det beskytter medisinen mot økonomisk press (Montgomery 2001:218). Hun finner en viss støtte for at dette gjenspeiles i selvbilde og motivasjon hos ledere med medisinerbakgrunn. Det er imidlertid lite som tyder på at de behersker og lykkes med dette.

De fleste artiklene gjør bruk av *nyinstitusjonell* teori. I denne forskningstradisjonen framstilles hybridlederen som en som makter å kombinere ulike institusjonelle logikker, eksempelvis en faglig og en administrativ logikk. Institusjonelle logikker er overinstitusjonelle praksiser og tenkemåter som produseres og reproduseres både på individnivå og i organisasjonsfelt. Slike logikker fungerer som symbolske systemer som ordner virkeligheten og gir mening til erfaringer i en gitt kontekst (Friedland og Alford 1991; Thornton og Ocasio 2008). Markedslogikken er utgangspunkt for generell ledelse, og profesjonslogikken er utgangspunkt for faglig ledelse. Doolin (2001) betrakter sykehusene som løst koblede systemer (Meyer og Rowan 1977). Løst koblede systemer preges av ulike koordineringsmekanismer som byråkratisk kontroll, klankontroll og profesjonell bedømmelse i medisin og pleie. Så kommer reformer, og endringer blir tilsynelatende implementert; ledere og ansatte viser utad at de bidrar til å iverksette reformene, men innad, det vil si i praksis, skjer en dekobling og det daglige arbeidet affiseres i liten grad av reformer. Som oftest blir det i liten grad dokumentert forbedringer i pasientpleie, og dette gir klinikerne ytterligere argumenter for å distansere seg fra reformene.

Miller, Kurunmäki og O'Leary (2008) knytter hybridbegrepet til *aktør-nettverk-teori (ANT)* (Callon 1991; Latour 1993) som viser til at verden er satt sammen av hybrider som er i konstant endring, ved at kultur og natur kombineres på stadig nye måter. Miller, Kurunmäki og O'Leary viser til at ledelse av organisasjoner har blitt transformert til «risikoledelse». Med det menes at et sett verktøy og teknologier er gjort tilgjengelig for at man skal kunne

gripe inn og agere for å forebygge risikable situasjoner og for å reparere problemer som oppstår. Lederen agerer proaktivt og tar ansvar for resultatene av sitt arbeid. Dette kan ses som en kontrast til den mer tradisjonelle formen for ledelse som ble nevnt tidligere, «å olje hjulene» (Kragh Jespersen 2005; Llewellyn 2001). I kjølvannet av disse nye og mer proaktive lederne oppstår det hybrider som bryter med de etablerte og formaliserte praksiser. Når ledelsesfeltet hybridiseres på denne måten, gjøres det koblinger på tvers av logikker, og ulike ekspertiseområder kombineres i stedet for å separeres og rendyrkes. Ved rendyrking av generell ledelse legges det imidlertid vekt på en særskilt logikk, som for eksempel kalkulerende regnskapsføring, og det vektlegges å rekruttere ledere med en gitt sosialisering eller profesjonsbakgrunn, for eksempel med MBA-utdanning. ANT kan betraktes som et alternativ til et nyinstitusjonelt perspektiv hvor de ulike teoretiserte og rendyrkede institusjonelle logikkene og profesjoners sosialisering inn i disse teoriene står i fokus. Ut fra ANT kan det være lettere å kartlegge hvordan modeller og teknikker som i henhold til nyinstitusjonalismen er motstridende, kombineres på et utall måter.

*Ledelsesteori* synes ikke å ha en framtrædende plass i denne litteraturen, men spiller en viss rolle i studiene til Llewellyn (2001) og Kragh Jespersen (2005). Kragh Jespersen (2005) refererer til ledelse ut fra de profesjonelles ledelsesprosjekter med faglig ledelse versus generell ledelse, slik vi også har nevnt tidligere. Llewellyn (2001) analyserer hybridledelse ut fra de tre generelle basene for makt som Minzberg (1983) identifiserte: ressurser, tekniske ferdigheter og kunnskap. Gjennom en hybridisering med forening av generell ledelse og faglig ledelse endres både rollen, ansvarsområdet og de relasjonelle forholdene. Llewellyn (2001) vektlegger også kommunikasjonens betydning i lederarbeid. Kommunikasjon blir vanskelig når ledere og klinikere har ulik utdanning og erfaringsbakgrunn. Klinikere med utgangspunkt i sin profesjonslogikk har operert etter *hva som passer seg*, mens managerne som har sitt utspring fra markedslogikken, er opptatt av *konsekvenser*. Dette har gjort det vanskeligere å oppnå gjensidig forståelse mellom fagfolk og ledere. For at budskap skal kunne gi mening og bli dekodet, må budskapet oversettes, så det blir forståelig for mottakerne.



## 9.7 Diskusjon

Funnene knyttet til vårt første spørsmål om hva forfatterne legger i begrepet hybridledelse, viser at det ikke finnes en klar definisjon på dette. Den typiske forståelsen i artiklene viser at dette handler om en form for ledelse hvor det medisinskfaglige suppleres med det økonomisk-administrative. De medisinskfaglige dimensjonene handler om å utvikle faglige kriterier for kvalitetsmålinger og styring. Økonomisk-administrative dimensjoner kan være budsjetterings- og regnskapssystemer (Kirkpatrick mfl. 2009; Kragh Jespersen 2005), men også strategiutforming, kommunikasjon og konfliktløsning (Ferlie mfl. 1996; Montgomery 2001). I litteraturen legges det vekt på hva de ulike ekspertiseområdene innebærer, hvordan de fortolkes, og hvordan de blandes. Det finnes med andre ord ikke en bestemt kombinasjon av ferdigheter eller kunnskaper som utgjør hybridledelse i sykehus.

Med hensyn til spørsmålet om hvilke betingelser som aktualiserer hybridledelse, viser vi at dette er en ledelsesform som har kommet på dagsordenen både i academia og i reformer etter endringer av praksis med utgangspunkt i «New Public Management»-oppskrifter. I forbindelse med slike reformer oppstår det gjerne en konflikt omkring hva slags kompetanse, ferdigheter og egenskaper som skal vektlegges i lederposisjoner. Hybridisering av ledelse skjer altså, paradoksalt nok, i forbindelse med reformer som har til hensikt å rendyrke ledelse som en egen funksjon, og som tar sikte på å forsterke den hierarkiske styringen. Vår gjennomgang av litteraturen viser at graden av konflikt og innholdet i konflikten varierer mellom land. Konklusjonen er at det har vist seg vanskelig å innføre generell ledelse som er operativ i de kliniske funksjonene, muligens med unntak av Danmark der legeprofesjonen har oppnådd viktige posisjoner i ledelse (Kragh Jespersen 2005).

Det hevdes at vellykket innføring av reformer er betinget av at profesjonene ser nytten av de aktuelle reformene (Doolin 2001). Med hensyn til innføring av hybridledelse kan dette by på et problem. Sett fra profesjonenes synspunkt kan det være problematisk å forholde seg til en leder som verken er spesialist i ledelse eller i helsefag, i alle fall hvis man tar hensyn til at det ikke bare er én definisjon av hva som skal til for å oppnå autoritet i helsetjenestene. Kanskje

er det derfor mer realistisk sett fra profesjonelles side å utvikle eksplisitte kollektive og teambaserte former for hybridledelse enn å satse på enkeltledere som skal fylle en dobbeltrolle eller trippelrolle.

I en gitt forståelse av hybridledelse dreier det seg om ledere som har utviklet en innstilling og ferdighet som forbindes med uttrykket «Calculating Selves» (Miller, Kurunmäki og O’Leary 2008). Spørsmålet blir dermed hva slags betingelser som må være oppfylt for at denne formen for ledelse skal oppstå, og om det er realistisk og ønskelig at enkeltledere skal inngå i rollekonfigurasjoner der det skjer en homogenisering av rolleutøvelse i denne retningen. Det er interessant å observere den optimismen til hybridledelse som framkommer hos enkelte forfattere, som for eksempel Llewellyn, som manifesteres i forhåpninger om at det skal utvikles en ny type individuelle ledere som skaper dialog mellom ulike verdener. Her savnes det en nærmere drøfting av de kollektive og strukturelle forutsetningene for at slik ledelse skal oppstå, noe som for eksempel gjøres i sterkere grad hos Kurunmäki (2004).

Det tredje forskningsspørsmålet dreier seg om hvilke teorier forfatterne bruker for å belyse det fenomenet som begrepet hybridledelse viser til, og vi antar at måten hybridledelse framstilles på, er påvirket av en teoretisk innfallsvinkel og begrepsbruk. Med hensyn til teoretisk innfallsvinkel dominerer nyinstitusjonell teori og profesjonsteori. Litteraturen er sterkt influert av jurisdiksjonsteorien til Abbott (1988), og dette brukes særlig til å framheve kampen om rettighetene til ledelse ut fra ulike profesjoners interesser. Nyinstitusjonell teori der det legges vekt på motsetningsforholdet mellom logikker, overdriver sannsynligvis betydningen av de rendyrkede teoretiske modellene i praksisfeltet. En annen innfallsvinkel som i mindre grad er brukt, men som kan gi viktig alternativ innsikt, er aktør-nettverk-teori, og vi tenker da spesielt på Latours skille mellom hybridisering og rendyrking. Ved tiltak for rendyrking av ledelse vil man legge til rette for å rekruttere ledere med en gitt sosialisering for at en særskilt logikk skal rendyrkes, mens det ved hybridisering av ledelse skjer en mer spontan kobling på tvers av logikker og ekspertiseområder. Hybridisering kan imidlertid også være en bevisst strategi for å overkomme problemer som er oppstått i forbindelse med tidligere forsøk på rendyrking i retning generell ledelse, slik som i tilfellet «klinisk ledelse» i

Storbritannia og på New Zealand. I så tilfelle kan hybridledelse komme til å danne utgangspunktet for en ny teoretisk idealtype, som avviker like mye fra praksis som de idealtypene den ble utviklet for å overkomme.

Sist i problemstillingen spør vi hvilke problemer og forhåpninger om løsninger begrepet hybridledelse i sykehus refererer til. Forfatterne knytter hybridledelse i sykehus til effektivitetsproblematikk, legitimitet, tillit og troverdighet. Reformen for å bøte på helsevesenets styringsproblemer synes å være et utgangspunkt for hybridledelse i alle land der studiene har hatt sitt empiriske nedslagsfelt. Reformene stiller nye krav til organisering, ledelse og styring med utgangspunkt i økonomi. Legitimitet er imidlertid også nødvendig for at ledelse skal virke. Blant medisinerne må ledere ha medisinskfaglig ekspertise for å regnes som legitime. Løsningen blir derfor en lederrolle som kombinerer generell ledelse og faglig ledelse, det vil si to ulike autoritetsbaser som gir legitimitet i ulike kontekster og blant ulike grupper. Montgomery (2001) ser dette som en sannsynlig utvikling. Det gjør også til dels Ferlie og medforfattere (1996). Flere av forfatterne mener imidlertid at det kan være vanskelig å oppnå legitimitet for økonomi- og managementdelen av hybridledelse blant legeprofesjonen, selv når rollen innehas av medisinerne (Doolin 2001; Jacobs 2005; Kragh Jespersen 2005; P. Miller, Kurunmäki og O’Leary 2008). Legeledere som aktivt argumenterer for økonomisering, oppfattes som mindre troverdige blant legene. Litteraturen er med andre ord ikke entydig med hensyn til spørsmålet om hvor vidt hybridledelse kan løse legitimitetsproblemer og effektivitetsproblemer innen helsesektoren.

## 9.8 Oppsummering, konklusjon og implikasjoner for videre forskning

Vår gjennomgang av artiklene viser at hybridledelse oppfattes som en ny rolle som kan betraktes som henholdsvis en blandingsrolle og en grenserolle mellom faglig og generell ledelse. I den snevreste betydningen av begrepet kombineres medisinskfaglig ledelse med et økonomisk perspektiv. Andre inkluderer flere dimensjoner ved ledelse. Et særtrekk ved Kragh Jespersens (2005) studie fra Danmark, som støttes av andre nordiske studier (Johansen

2009; Mo 2006; Torjesen 2008; Öfverström 2008), er at også sykepleiere inkluderes. Ledelse i sykehus blir av den grunn mer omfattende, da det handler både om generell, medisinskfaglig og sykepleiefaglig ledelse. Et felles trekk ved artiklene vi har gått gjennom her, er at de framstiller hybridledelse som noe som oppstår som en reaksjon på reformer, men som også av og til er formulert som en målsetting i de samme reformene og moderniseringsprogrammene. Legeprofesjonen har tatt imot disse endringene på forskjellig måte i de ulike landene. I noen tilfeller er endringene legeinitiert og relativt samstemmige, i andre tilfeller er det slik at innbyrdes motsetninger i legeprofesjonen oppstår som konsekvens av utviklingen i ledelse og påvirker utfallet, mens det igjen i noen tilfeller er slik at de nye ledelsesformene blir møtt med sterk motstand og derfor ikke blir verksatt i praksis. De teoretiske perspektivene som preger litteraturen om hybridledelse i sykehus, er profesjonsteori med særlig vekt på jurisdiksjonsbegrepet, institusjonell teori med søkelys på institusjonelle logikker samt ANT og i noen grad ulike ledelsesteorier. Dette ser vi påvirker framstillingene og fortolkningene i de valgte artiklene og gir til dels ulike svar på hva hybridledelse i sykehus refererer til. Ut fra ANT kan eksempelvis generell ledelse bli betraktet som en hybrid ledelsesform (Miller, Kurunmäki og O'Leary 2008), mens det i institusjonell teori betraktes som en rendyrket form for ledelse (Byrkjeflot 1997). Den samme typen ledelsesform kan således bli oppfattet på ulike måter. Bruken av begrepet hybridledelse i slike sammenhenger kan virke forvirrende og lite klargjørende. I annen del av problemstillingen spør vi etter hvilke problemer og hvilke forhåpninger om løsninger hybridledelse referer til. En fellesnevner er helsevesenets styringsproblemer når det gjelder effektivitet og legitimitet. Det søkes etter en rolle som kombinerer faglig ledelse med generell ledelse og faget med økonomien. Håpet er at disse hybridlederne skal ha legitimitet til å lede i ulike kontekster og oppnå støtte blant ulike grupper. Ut fra de funn som er referert i forskningslitteraturen, kan man knapt si at det virker som om hybridledelse innfrir de forventningene som det er gitt uttrykk for.

Hybridledelse i sykehus framstår ikke som et entydig og klart fenomen, verken som rolle eller som praksis. Hybridledelse i sykehus «koker ned» til en kombinasjon mellom en faglig medisinsk komponent og en generell ledelseskomponent uten at det er mulig å identifisere et

sett av kriterier som er felles utover dette, og som gjør det til en egen ledelsesform. Det kan imidlertid tenkes at synet på hybridledelse vil endre seg over tid, det vil si at det skjer en utvikling der hybridledelse institusjonaliseres og framstår som en ny idealtypisk ledelsesform på samme måte som begrepet nettverk nå har mistet noe av den hybride karakteren som det opprinnelig ble tillagt (Jacobs 2005). Dersom det skjer, kan hybridledelse framstå som en betegnelse på en egen rolle eller ledelsesform, som gjør den gjenkjennelig og legitim utover det noe ubestemmelige kravet om at hybridledere tar ulike hensyn og kobler ulike kompetanseområder. Det kan imidlertid også tenkes at det er det ubestemmelige og flertydige ved begrepet hybridledelse som gjør det populært. Hybridledelse brukes da om fenomenen som vanskelig lar seg beskrive konkret, som ter seg ulikt i ulike kontekster, og som er i konstant bevegelse. I så tilfelle vil forsøket på å framstille hybridledelse som en ny og rendyrket form for ledelse framstå som et overgangsfenomen eller kanskje først og fremst som en bevegelse i retning av å avinstitusjonalisere eksisterende modeller for sykehusledelse. Noe av forskningsoppgaven ligger muligens i å utvikle et sett av mer presise operasjonaliseringer eller begrep for hvordan hybridledelse kan komme til uttrykk, slik at det kan være mulig å identifisere fenomenet i praksis. Mulige kategorier kan for eksempel være hybridledelse som *formidling* mellom sfærer eller logikker, *sekvensiell dekobling* mellom roller og mellom sfærer og *sammensmelting* eller integrasjon av roller og ekspertiseområder. Mer detaljerte beskrivelser av ulike praksiser og kategoriseringer vil kunne være et bidrag til å finne ut hvordan hybridbegrepet kan bidra til bedre forståelse av sykehusledelse.

Gjennomgangen og drøftingen av sentrale forskningsbidrag på dette området viser at det rådende perspektivet ligger på profesjonsnivå og på individnivå. Det vil si at sykehusledelse studeres med utgangspunkt i avgrensede enheter som enkeltledere og profesjoner, den oppfatning av ledelse som er knyttet til individuelle egenskaper, handlinger og ansvar. Spørsmålet er imidlertid om det gir mening å snakke om hybridledelse på individnivå, sett i lys av at det er reist tvil om i hvilken grad dette er en rolle som den enkelte leder ønsker og makter. Hybridbegrepet kan også knyttes til en reformbevegelse som er preget av en rasjonalistisk ledelsestro, og som tar enkeltlederens betydning for virksomhetens måloppnåelse for gitt. Et alternativt perspektiv vil for det *første* innebære at man går bort fra

det individbaserte ledelsesperspektivet og heller retter oppmerksomheten mot ledelse som et kollektivt og distribuert fenomen. For det *andre* innebærer det at man går bort fra et syn på profesjoner som enhetlige og rene og heller tar høyde for at de kan være både polariserte og fragmenterte. Det kan dermed gi mening i større grad å rette blikket mot koalisjoner mellom aktører eller relasjoner på tvers av så vel profesjonssegmenter som organisasjonsgrenser for å gi innhold til begrepet og fenomenet hybridledelse i sykehus.

## 9.9 Referanser

Abbott, A. (1988). *The System of Professions*. Chicago: University of Chicago.

Borum, F. (red.). (2003). *Ledelse i sygehuvæsenet*. København: Handelshøjskolens forlag.

Branden, T., Donk, W. van de og K. Putters (2005). Griffins or Chameleons? Hybridity as a Permanent and Inevitable Characteristic of the Third Sector. *International Journal of Public Administration*, 28:749–765.

Byrkjeflot, H. og S.I. Angell (2008). Forvaltning i foretaksklær? Om omdømmehåndtering i norske sykehus. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 10(3):71–92.

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

Callon, M. (1991). Techno-economic Networks and Irreversibility. I: J. Law (red.), *A Sociology of Monsters: Essays on Power Technology and Domination*. London: Routledge.

Degeling, P., Zhang, K., Coyle, B., Xu, L., Meng, Q., Qu, J. mfl. (2006). Clinicians and the Governance of Hospitals: A Cross-cultural Perspective on Relations between Profession and Management. *Social Science & Medicine*, 63:757–775.

Doolin, B. (2001). Doctors as Managers. New Public Management in a New Zealand Hospital. *Public Management Review*, 3(2):231–254.

Ferlie, E. Ashburner, L., Fitzgerald, L. og A. Pettigrew (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford: University Press.

Frenkel, M. og Y. Shenhav (2006). From Binarism Back to Hybridity: A Postcolonial Reading of Management and Organization Studies. *Organization Studies*, 27(6):855–876.

Friedland, R. og R.R. Alford (1991). Bringing Society Back in: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. I: W. Powell og P. DiMaggio (red.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

Jacobs, K. (2005). Hybridisation or polarisation: Doctors and accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability & Management*, 21(2):135–161.

Johansen, M.S. (2009). *Mellom profesjon og reform. Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. Oslo: Handelshøyskolen BI.

Kirkpatrick, I., Kragh Jespersen, P., Dent, M. og I. Neogy (2009). Medicine and Management in Comparative Perspective: the Case of Denmark and England. *Sociology of Health & Illness*, 32(5):642–658.

Kragh Jespersen, P. (2005). *Mellem profession og management*. København: Handelshøyskolens forlag.

Kurunmäki, L. (2004). A Hybrid Profession – The Acquisition of Management Accounting Expertise by Medical Professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29:327–347.

Kurunmäki, L. og P. Miller (2006). Modernising Government: The Calculating Self, Hybridisation and Performance Measurement. *Financial Accountability & Management*, 22(1):87–106.

Latour, B. (1993). *We Have Never Been Modern*. Cambridge: MA: Harvard University Press.

Llewellyn, S. (2001). «Two-way Windows»: Clinicians as Medical Managers. *Organization Studies*, 22(4):593–623.

- Meyer, J.W. og B. Rowan (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2):340–363.
- Miller, P., Kurunmäki, L. og T. O’Leary (2008). Accounting, Hybrids and the Management of Risk. *Science Direct. Accounting, Organizations and Society*,
- Mintzberg, H. (1983). *Power in and around Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Mo, T.O. (2006). *Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus*. Trondheim: NTNU Det skapende universitet.
- Montgomery, K. (2001). Physician Executives: The Evolution and Impact of a Hybrid Profession. *Advances in Health Care Management*, 2:215–241.
- Noordegraaf, M. (2007). From «Pure» to «Hybrid» Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society*, 39:761–785.
- Powell, W. (1987). Hybrid Organizational Arrangements: New Form or Transitional Development? *California Management Review*, 30:67–87.
- Thornton, P. og W. Ocasio (2008). Institutional Logics. I: R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin og R. Suddaby (red.), *Handbook of Organizational Institutionalism*. CA: Sage.
- Torjesen, D.O. (2008). *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Weber, M. (1983). *Ökonom och samhälle. Förståendessociologins grunder. 1 Sociologiska grepp och definitioner*. Lund: Argos.
- Williamson, O.E. (1991). Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives. *Administrative Science Quarterly*, 36:269–296.
- Öfverström, H. (2008). *Steget til Chefskap*. Göteborg: Bokförlaget BAS.



## 9.10 Sammendrag

Artikkelen diskuterer bruken av begrepet «hybrid» med spesiell vekt på litteraturen omkring hybridledelse i sykehus. Hybridledelse er en ny rolle hvor fag og ledelse kombineres, eller der leder formidler mellom ledelse og fag. De fleste studiene fokuserer på leger, men i noen studier inkluderes også sykepleiere. Hybridledelse utvikles som en reaksjon på statlig regulering og reformer som har til hensikt å rendyrke ledelse. Slike reformer har vært forbundet med konflikter omkring forholdet mellom økonomi og medisin. Profesjonsteori med vektlegging av jurisdiksjonsbegrepet belyser profesjoners kamp om rett til ledelse. Nyinstitusjonell teori med belysning av faglige logikker er med på å vise motsetningene mellom faglig ledelse og hybridledelse. Aktør–nettverk- teori belyser skillet mellom rendyrking og hybridisering. Til slutt diskuterer vi funnene og viser at det ikke finnes en felles forståelse av hva hybridledelse er, verken som rolle eller praksis.

## 9.11 Abstract

The article discusses the use of the term «hybrid» in research on hospital management. Hybrid management is a new role in hospitals where professional and management perspectives are combined or a role providing a link between the world of management and medicine. In the literature hybrid management is viewed to be carried out by physicians, only in some cases are nurses included. Theoretical perspectives that are used to study hybrid management are theories of professions, where the struggle between professions over the right to do leadership is emphasized, neo-institutionalism, with a focus on conflicting institutional logics, and actor network theory, which distinguishes between processes of purification and hybridization in management. When management is purified there is an emphasis on the need for a common socialization of managers, whereas hybridization means that different logics and fields of expertise are combined in management roles. In conclusion, a common understanding of hybrid management does not exist, either as role or as practice. To advance research on hospital management, we suggest more emphasis on management as a collective phenomenon and on relations across organizations and segments of professions.

*Laila Nordstrand Berg* er statsviter. Hun er nå ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Bergen (Norgesnettstipendiat) med arbeidssted Universitetet i Agder og Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag. Hennes hovedområde er forskning på ledelse innen helsevesenet. Hun har mange års erfaring som leder i helsevesenet.

E-postadresse: [laila.n.berg@uia.no](mailto:laila.n.berg@uia.no).

*Haldor Byrkjeflot* er dr.polit. i statsvitenskap og forsker ved Rokkansenteret og Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen. Han har publisert artikler og bøker om ledelse og organisasjon i komparativt og historisk perspektiv, om omdømmehåndtering i offentlig sektor og om helsepolitikk og helseorganisering.

E-postadresse: [Haldor.Byrkjeflot@rokkan.uib.no](mailto:Haldor.Byrkjeflot@rokkan.uib.no).

*Gro Kvåle* er dr.polit. i statsvitenskap og førsteamanuensis i organisasjon og ledelse ved Universitetet i Agder, Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag og ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Hun forsker på organisatorisk identitet og omdømme i offentlig sektor, organisering, ledelse og styring i skolesektoren samt i velferdssektoren.

E-postadresse: [gro.kvale@uia.no](mailto:gro.kvale@uia.no).