

Multifaglig ledelse

– Hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reformer

Laila Nordstrand Berg



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
ved Universitetet i Bergen

2015

Dissertation date: 18.06.2015

Fagmiljø

Høsten 2008 begynte mitt doktorgradsarbeid da jeg fikk tildelt et Norgesnettstipendiat ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen (UiB). Norgesnettstipendiat innebærer at jeg har hatt Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag, Universitetet i Agder (UiA) som arbeidsplass, mens jeg organisatorisk har tilhørt UiB og deres doktorgradsprogram. Min hovedveileder, professor Haldor Byrkjeflot var ansatt ved UiB, men er nå ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo. Førsteamanuensis Gro Kvåle som har vært min biveileder, er ansatt her ved instituttet på UiA.

Gjennom store deler av stipendiatperioden har jeg vært tilknyttet et COST-nettverk, COST Action IS0903. Dette nettverket består av forskere fra en rekke europeiske land, fra ulike disipliner, som forsker på ledelse i sykehus. Nettverket har finansiert to forskningsopphold og en rekke nettverkssamlinger. I første forskningsopphold arbeidet jeg en uke ved Universitetet i Kassel, Tyskland, sammen med stipendiat Markus Märker fra dette universitetet. Her fikk vi oppfølging av hans veileder, professor Ingo Bode. Deretter arbeidet jeg og Markus Märker en uke ved Uni Rokkan, UiB, og her fikk vi oppfølging av min veileder, Haldor Byrkjeflot. Andre sentrale personer fra COST i forhold til mitt arbeid har vært professor Ian Kirkpatrick, University of Leeds (leder for nettverket), professor Michael Dent, Staffordshire University, professor Claus Wendt, Siegen University, samt gruppen av stipendiater som har vært tilknyttet nettverket.

Forord

Dette har vært en fantastisk opplevelse, et gledelig privilegium! Jeg er takknemlig for at jeg fikk anledning til å arbeide med dette doktorgradsprosjektet, det har vært svært lærerikt og interessant. Takknemligheten rettes derfor til en rekke mennesker som har bidratt underveis.

Mest av alt takk til mine veiledere, professor Haldor Byrkjeflot ved Universitetet i Oslo og førsteamanuensis Gro Kvåle ved Universitetet i Agder. Takk for den uendelige rekken av konstruktive innspill og kritikk som gradvis har ført meg videre i arbeidet. Kommentarene fra dere har resultert i alt fra latterkrampe til truende hjerteinfarkt, men mest av alt inspirasjon og glede i arbeidet. Takk også for den lærerike prosessen med samproduksjon av artiklene. Jeg føler meg privilegert som har fått jobbe med dere!

Derneft vil jeg rette en stor takk til deltakerne i studien! Reflekterte, engasjerte, dedikerte og - en smule indignerte. Tusen takk for at dere tok dere tid til intervjuene i en travel hverdag.

Jeg er også privilegert som har hatt gode, personlige støttespillere underveis. Først av alt takk til Elin Margrethe Fjeldbraaten, dine oppmuntringer, faglige diskusjoner og gode samtaler er uvurderlige! Hjertelig, hjertelig takk til Kirsten Johansen Horrigmo også, for faglige diskusjoner (særlig om profesjonsteori) og ditt nære vennskap! Dag Olaf Torjesen er alltid raus, oppmuntrende og inkluderende. En stor takk til deg også.

Fra instituttet her ved UiA vil jeg først takke instituttlederne, da særlig den nåværende Dag Ingvar Jacobsen. Takk for gode arbeidsforhold, og takk for ekstra finansiering – det holdt et stykke på vei! Jeg retter også en stor takk til kollegene her ved UiA, det har vært svært hyggelig og inspirerende å være i miljøet! Takk for faglige innspill på Brown Bag-seminarene og stipendiatsamlingene.

En takk går også til miljøet ved UiB, og da særlig til Vibeke Erichsen som har hatt ansvar for de halvårlige PhD-samlingene! Takk også til alle stipendiatene ved Adm. Org. for konstruktive innspill og kritikker, og for hyggelige samlinger hos Hanne på Høyden.

Jeg retter også en dyp takk til COST-miljøet som har vært min faglige «menighet». Takk for inspirerende samlinger med stipendiater og professorer fra de ulike land.

I stipendiattiden har jeg vært redaksjonssekretær for Norsk statsvitenskapelig tidsskrift. En særlig takk rettes til redaktørene Jarle Trondal og Morten Øgård for hyggelig og lærerikt samarbeid. Den viktigste lærdommen fra dette arbeidet er; *alle* får kritikk på sine skrivelier (selv den dyktigste professor).

Støttetjenestene her ved UiA har vært ypperlige – stor takk til biblioteket og IT. Og hva skulle jeg ha gjort uten en IT-arkitekt i familien! Hjertelig takk til min bror Hallvard Nordstrand for hjelp når formateringer har krøllet seg og for utprøving av diverse figurer underveis. Takk også til Glenn Oskar Austegard for arbeidet med å luke bort de mest sunnmørske setningene og skrivefeil som jeg har sett meg blind på. Takk for deres tid til korrekturlesing også; Cecilie Mawsley og Merethe Dotterud Leiren.

Jeg skylder en inderlig takk til min fornøyelige, kjære familie; min mann Øyvind og mine sønner Bendik Olai og Simon Didrik! Mens guttene gikk på barneskolen, var det jo revnende likegyldig hvor mammaen jobbet, men det var én ting de var skuffet/indignert over i perioden jeg underviste:

Mamma, har du ikke sendt noen til rektor i dag heller?!

Mesteparten av stipendiatperioden har det heldigvis vært mulig å ha et normalt familieliv, men i perioder har det blitt mye jobbing. Jeg er svært takknemlig for måten du har støttet meg og administrert hjemmelivet, Øyvind. En skikkelig hybridleder på hjemmefronten! Og dere gutter; ingenting slår å være sammen med dere!

Abstract

The primary concern in this paper is to understand how reforms, characterized by New Public Management, NPM, affect management in hospitals. This would be considered in the light of theories of management where the term "hybrid" management is central. This term indicates a combination of management forms which "normally" do not belong together. I also apply neo-institutional theory where institutional logics are essential. The institutional logics are socially constructed patterns of cultural symbols and material practices which contribute towards meaning to daily activities for individuals and organizations. In light of profession theory professionalism is emphasized together with the professional relationship with management. I follow up how new guidelines affect management in hospitals. Research Question:

How has hospital management changed after the meeting with NPM-reforms?

1. How is management affected when institutional framework conditions for organizing changes and new logics for management are introduced? Is management hybridized?
2. How are the leading roles of doctors and nurses changed as a result of new institutional instructions? Are the leading role getting more characterized by hybrid management?

The empirical material in the study is obtained from a qualitative study with interviews and observations of Norwegian and German hospital leaders. In addition, reviews of secondary and tertiary data are carried out. This has resulted in three separate articles that describe different aspects of the issue. The introductory part also sheds light on the main research question as a separate contribution.

In the first approach, I examine how changes in the organization and the introduction of management logic affect an organization that previously has been dominated by professional logics in management. Through the comparison with Germany it turns out that the way management is organized and what management applications dominate has an impact on how management is practiced and understood. In Norway where there have been reforms that have introduced unitary management, as well as organizational changes with the introduction

of divisional structure, management has changed. Doctors and nurses have acquired a more coherent focus on leadership. In Germany, there have not been direct management reforms, but reforms which indirectly affect management through greater emphasis on economy and increased competition. The organization of management, therefore, has not changed. When doctors lead their own profession, as seen in Germany, management is related to the organization of physician's professional work. The equivalent is discovered amongst nurses. When doctors have unitary management positions, as can be seen in Norway, the focus of management is expanded. Corresponding findings are reported amongst Norwegian nurses. On the basis of this, I consider the German nurses and doctors in management positions as professional managers, while the Norwegians have taken a management role, but not in its pure form. I consider management in the Norwegian context as a hybrid of different types of logics. The introduction of NPM reforms have led to greater demands for planning and documenting, which have contributed to increased bureaucracy. The leaders are, consequently, also characterized by a neo-bureaucratic logic.

In the second approach I examine how new institutional framework conditions set out to change the management role for doctors and nurses in Norway. The introduction of unitary management has not displaced the professional logic of management, but the professional logic has changed and become something else. The professional focus extends from organizing, maintenance and development of their own profession, to include other groups they are responsible for. The focus of professional management is expanded and I have grouped this development in three; 1) the leaders' focus on the professional development of both treatment and care, 2) maintenance and development of the competence of related staff in the unit and 3) concern of attention to quality at the system level (procedure development, discrepancy reports, complaints, etc.). The leaders have a unitary focus on management and the professional logic of management has been extended for both professional groups in the study. This can be attributed to competition for management positions amongst doctors and nurses. Both professional groups include management after the guidelines set out through the reforms to be able to participate in the contest. Due to the increasing level of academic knowledge in nursing, doctors and nurses can to a greater extent both cooperate and compete

for management positions in Norwegian hospitals. The Norwegian managers are further concerned with the relational aspects of leadership. Leadership is acting as a catalyst that makes it possible to deal with the complexity of logics in management.

On the background of the logics that distinguish the Norwegian and German managers, I conclude that German leaders have not changed focus after the reforms and are considered as professional managers. After the reforms with the introduction of management and structural changes with the introduction of divisional organization, management has changed in Norway. The leaders have taken on a hybrid management role. This is called a “multi-professional management role” as an expression of multiple logics. The management logic is supplemented by professional logics and neo-bureaucratic logic. Leadership influences on the conduct and coordination of these logics.

Sammendrag

Hovedanliggende i denne avhandlingen er å forstå hvordan reformer preget av NPM påvirker ledelse i sykehus. Dette betraktes i lys av teorier om ledelse hvor begrepet «hybrid ledelse» er sentralt. Begrepet indikerer at vi har fått en sammenblanding av ledelsesformer som «normalt» ikke hører sammen. Jeg anvender også ny-institusjonell teori hvor institusjonelle logikker er vesentlig. Institusjonelle logikker er sosialt konstruerte mønster av kulturelle symboler og materielle praksiser som bidrar til at individers og organisasjoners aktiviteter oppfattes som meningsfulle. I lys av profesjonsteori vektlegges profesjonalisme og de aktuelle profesjoners forhold til ledelse. Jeg følger opp hvordan nye føringer påvirker ledelse i sykehus. Problemstilling:

Hvordan endres ledelse i sykehus etter møtet med NPM-reformer?

1. Hvordan påvirkes ledelse når institusjonelle rammebetingelser for organisering endres og nye logikker for ledelse introduseres? Hybridiseres ledelse?
2. Hvordan endres lederrollen for leger og sykepleiere som følge av nye institusjonelle føringer? Bli lederrollen mer preget av hybrid ledelse?

Det empiriske materialet i studien hentes fra en kvalitativ studie med intervjuer og observasjoner av norske og tyske sykehusledere. I tillegg er sekundær- og tertiærdata gjennomgått. Dette har resultert i tre selvstendige artikler som beskriver ulike aspekter ved problemstillingen. Kappen belyser i tillegg hovedproblemstillingen som et eget bidrag.

I første tilnærming undersøker jeg hvordan endringer i organisering av ledelse og introduksjonen av management påvirker ledelse i en organisasjon som tidligere har vært dominert av faglige logikker i ledelse. Gjennom sammenligning med Tyskland viser det seg at måten ledelse er organisert og hvilke styringsredskaper som dominerer, har betydning for hvordan ledelse praktiseres og oppfattes. I Norge hvor det har vært reformer som har innført management og enhetlig ledelse, samt strukturelle endringer i ledelse med innføring av divisjonsstruktur, har ledelse blitt endret og leger og sykepleiere har fått et mer samstemt fokus i ledelse. I Tyskland har det ikke vært direkte ledelsesreformer, men reformer som

indirekte påvirker ledelse gjennom større vekt på økonomi og økt konkurranse. Organisering av ledelse er derfor ikke endret. Når leger kun leder egen profesjon, slik det ses i Tyskland, relateres ledelse til organisering av legefaglig arbeid. Tilsvarende ses for sykepleierne. Når leger har enhetlige lederstillinger, slik det ses i Norge, blir fokus i ledelse utvidet. Tilsvarende ses for norske sykepleiere. På bakgrunn av disse funnene betrakter jeg tyske ledere som faglige ledere, mens de norske har inntatt en management rolle, men ikke i ren form. Jeg betrakter ledelse i norsk kontekst som hybrid. Dette gjøres på bakgrunn av at lederne preges av ulike ledelseslogikker. Innføringen av NPM-reformene har medført større krav til planlegging og dokumentasjon, noe som har bidratt til økt byråkratisering av ledelse. Lederne preges følgelig også av en neo-byråkratisk logikk.

I andre tilnærming undersøkes hvordan de nye institusjonelle føringene endrer lederrollen for leger og sykepleiere i Norge. Introduksjonen av management har ikke fortrenget den faglige logikk i ledelse, men logikken endres og blir til noe annet. Et faglig fokus i ledelse utvides fra organisering, vedlikehold og utvikling av eget fagfelt, til å inkludere alle faggrupper lederen har ansvar for. Fokus i ledelse utvides og jeg har gruppert dette i tre; 1) lederne har fokus på faglig utvikling av både behandling og pleie, 2) vedlikehold og utvikling av kompetanse til relatert personale i enheten og 3) ivaretagelse av faget på systemnivå (prosedyreutvikling, avviksrapporteringer, klagesaker, osv.). Lederne har et enhetlig fokus i ledelse, og faglig logikk for ledelse har blitt utvidet for begge profesjonsgrupper i studien. Dette kan tilskrives konkurranse om ledelse. Leger og sykepleiere kan konkurrere om ledelse, og det har bidratt til at begge profesjonsgrupper inkluderer ledelse etter føringene gjennom reformene for å kunne delta i konkurransen. Akademisering og vitenskapeliggjøring av sykepleien muliggjør både samarbeid og konkurranse om ledelse av sykehus. De norske lederne er videre opptatt av de relasjonelle sidene ved ledelse, leadership. Leadership fungerer som en katalysator som gjør det mulig for lederne å håndtere et mangfold av logikker i ledelse.

På bakgrunn av at ledere i Norge og Tyskland preges av ulike logikker, trekker jeg konklusjonen at tyske ledere ikke har endret fokus etter reformene, men kan betraktes som

faglige ledere. I Norge hvor reformene har vært mer omfattende med innføring av en managementlogikk i ledelse og strukturelle endringer via divisjonsorganiseringen, har ledelse blitt endret. Lederne har inntatt en hybrid lederrolle. Denne kalles en «multifaglig lederrolle» som uttrykk for at lederne forholder seg til multiple logikker. Ledelse består da av en managementlogikk, faglige logikker og neo-byråkratisk logikk. Leadership influerer på utøvelsen og koordineringen av disse logikkene.

Publikasjonsliste

Berg, Laila Nordstrand, Byrkjeflot, Haldor, & Kvåle, Gro (2010). Hybridledelse i sykehus-
en gjennomgang av litteraturen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 3(2010).

Berg, Laila Nordstrand (ikke publisert forskingsartikkel). Hybridiseres ledelse i sykehus? En
sammenligning av ledelse etter NPM-reformer i Norge og Tyskland.

Berg, Laila Nordstrand, & Byrkjeflot, Haldor (2014). Management in hospitals - a career
track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway.
International Journal of Public Sector Management, 27(6).

Rapport, relatert til avhandlingen

Berg, Laila Nordstrand, & Märker, Markus (2012). The development of medical manager
roles in Norway and Germany, *Report to COST Action IS0903*.

[http://www.unikassel.de/fb01/fileadmin/datas/fb01/Institut_fuer_Sozialwesen_ISSL/Dateien/
Berg_and_Maerker_2011_Development_of_medical_manager_roles_in_Norway_and
_Germany.pdf](http://www.unikassel.de/fb01/fileadmin/datas/fb01/Institut_fuer_Sozialwesen_ISSL/Dateien/Berg_and_Maerker_2011_Development_of_medical_manager_roles_in_Norway_and_Germany.pdf)

Innhold

Fagmiljø.....	2
Forord	3
Abstract	5
Sammendrag.....	8
Publikasjonsliste.....	11
Innhold.....	12
1. Hybrid ledelse – introduksjon til temaet.....	21
1.1 Ledelse i krysspress mellom ulike logikker	21
1.1.1 Hvilke typer krysspress preger ledelse i sykehus?.....	23
1.1.2 Reformering av sykehusledelse og innflytelsen fra NPM.....	26
1.1.3 Forståelser av ledelsesbegrepene	29
Management.....	30
Leadership	31
Faglig ledelse.....	32
Hybrid ledelse	33
1.2 Bruken av hybridbegrepet i organisasjonsforskningen og sykehusledelsesforskningen	36
1.3 Beskrivelse av design og begrunnelse for valg av case.....	40
1.3.1 Endringer i institusjonelle rammebetingelser	41
1.3.2 Endringer i lederrollen	43
1.4 Hybrid ledelse – et resultat av innføring av management i et profesjonelt byråkrati	45

1.5	Avhandlingens oppbygging	48
	Del 1 (kappen)	48
	Del 2 (artikkelsamling)	49
2.	Kontekstuelle særpreg	50
2.1	Nøkkeltall	51
2.2	Sykehussektoren i Norge og Tyskland	52
2.3	NPM-reformer av ledelse i norske sykehus	53
	2.3.1 DRG, 1997	53
	2.3.2 Enhetlig ledelse, 1999/2001	54
	2.3.3 Sykehusreformen, 2002	55
2.4	NPM-reformer i forhold til ledelse i tyske sykehus	56
	2.4.1 DRG, 2000	58
	2.4.2 Poliklinisk behandling av sykehuspasienter, 2007	58
2.5	Organisasjonform	59
	2.5.1 Tysk sykehus; profesjonelt byråkrati	59
	2.5.2 Norsk sykehus; divisjonsorganisasjon	60
3.	Teoretiske perspektiver	62
3.1	Autoritetsbaser og idealtypiske ledelsesmodeller	64
3.2	Skillet mellom management, leadership og faglig ledelse	65
	3.2.1 Management	66
	3.2.2 Leadership	67
	3.2.3 Faglig ledelse	68
3.3	Hybride ledelsesmodeller	71
	3.3.1 Profesjonslogikker	72

3.3.2	Ledelseslogikker	72
3.3.3	Hybrider	73
3.4	Ledelsesbegrepet i lys av nasjonal kontekst	75
3.5	Institusjonelle rammer for ledelse	76
3.5.1	Endring av institusjoner	78
3.6	Profesjoner og deres forhold til ledelse	80
3.6.1	Profesjon og profesjonalisering	80
3.6.2	Endringer i profesjonalisme etter møtet med NPM	83
3.6.3	Profesjonene i ledelse	85
4.	Metode og gjennomføring	87
4.1	Utvikling av design	87
4.1.1	Casestudiedesign	88
	Eksplorativt casestudiedesign	89
	Komparativt casestudiedesign	90
4.2	Datainnsamlingsmetoder	92
4.2.1	Primærdata; intervjuer	92
	Utvalg og beskrivelse av deltakerne	93
	Erfaringer fra intervjuing i Norge	95
	Erfaringer fra intervjuing Tyskland	97
4.2.2	Primærdata; observasjonsstudie	99
	Mine erfaringer fra deltakende observasjon i Tyskland	100
4.2.3	Sekundær- og tertiærdata	101
4.3	Analyse	102
4.3.1	Analyse av materialet fra intervjuene	102

4.4	Metodologiske overveielser.....	104
4.4.1	Vurdering av bakgrunnskunnskapen	106
4.4.2	Vurdering av data.....	107
4.4.3	Vurdering av overførbarheten.....	108
4.4.4	Selvrefleksjon	110
4.4.5	Etiske betraktninger	111
5.	Presentasjon av primædata.....	113
5.1	«Du bestemmer i stor grad selv... men er jo linjestyrt».....	113
5.2	Hva handler ledelse om?.....	115
5.2.1	«Å dra i samme retning» - målstyring	115
5.2.2	«Omdirigering av troppene» - driftsoppfølging.....	116
5.2.3	«Gjøre det beste ut av tildelte midler» - ressursforvaltning	119
5.2.4	Administrasjon – «steinbygging» og «papirflytting».....	121
5.2.5	Faglig kvalitet – for pasient, profesjoner og på systemnivå	123
5.2.6	«Å gå foran...» - lederen og forholdet til følgerne	125
5.3	Samarbeidsforhold.....	131
5.3.1	«... jeg samarbeider med heile fjøla».....	131
5.3.2	«Det er et team, ja. Det er ikke noe soloarbeid, det går dårlig!»	133
5.3.3	«Møter, møter, møter» - planlegging, koordinering og samhandling.....	134
5.4	Krysspress og spenningsområder	135
5.4.1	«En fot i klinikken» - ulike muligheter for leger og sykepleiere.....	136
5.4.2	Økonomi - utfordrende for kvalitet og organisering.....	138
5.4.3	«En fot i ledelse» - krysspress mellom og innen profesjoner	139
5.5	Ledelse - et trinn i karriestigen og arena for fagutvikling.....	142

5.6	Oppsummering	147
6.	NPM-inspirert ledelse møter faglig ledelse – ledelse hybridiseres.....	151
6.1	Utvikling av en hybrid ledelsesmodell	152
6.1.1	Hybrid ledelse - formidling, dekopling eller sammensmeltning?	152
6.1.2	Autoritetsbaser i ledelse.....	155
	Management	156
	Faglig ledelse.....	161
	Leadership	166
6.1.3	Kombinasjon av autoritetsbaser – hybride ledelsesmodeller.....	170
	Forslag til utvikling av hybridledelsesmodellen	172
6.1.4	Nye institusjonelle føringer og konsekvenser for lederrollen.....	176
	Reformer.....	177
	Hierarki og profesjonalisme	182
	Kontekst	184
6.2	Hybrid ledelse – en alternativ måte å betrakte sykehusledelse?.....	186
6.2.1	Pervertering eller hybridisering av reformer?.....	186
6.2.2	Hybridisert ledelse	189
6.3	Oppsummering: Mine empiriske bidrag.....	191
7.	Forslag til videre forskning og avhandlingens potensielle målgrupper	194
7.1	Videre forskning	194
7.2	Hvem kan ha nytte av å lese denne avhandlingen?	195
8.	Referanser (fra del 1).....	197
9.	Artikkel 1: Hybrid ledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen.....	212
9.1	Metode og materiale	214

9.2	Hva er hybridledelse i sykehus?	217
9.3	Under hvilke betingelse oppstår hybridledelse?	220
9.4	Hvordan manifesteres hybridledelse blant sykehusets profesjoner?	221
9.5	Hvordan manifesteres hybridledelse blant enkeltledere?	224
9.6	Hvilke teorire benyttes i studiene av hybridledelse av sykehus?	225
9.7	Diskusjon	228
9.8	Oppsummering, konklusjon og implikasjoner for videre forskning	230
9.9	Referanser	233
9.10	Sammendrag	236
9.11	Abstract	236
10.	Artikkel 2: Hybridiseres ledelse i sykehus?	238
10.1	Sammendrag	238
10.2	Innledning	239
10.3	Teori	241
10.3.1	Institusjonell forståelsesramme	241
10.3.2	Teorier om ledelse	241
	Management	242
	Faglig ledelse	242
	Leadership	243
	Hybrid ledelse	243
10.4	Metode	244
10.5	Hva handler ledelse om?	246
10.5.1	Ledelse ut fra hierarkisk ståsted - management	246
10.5.2	Ledelse av det profesjonelle arbeidet - faglig ledelse	250

10.5.3	Ledelse med utgangspunkt i egen person - leadership	254
10.6	Oppsummerende analyse og konklusjon.....	256
10.7	Referanser.....	259
11.	Artikkel 3: Management in hospitals – a career track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway.....	264
11.1	Abstract	264
11.2	Introduction	265
11.3	Theory	267
11.4	Methodology	270
1.	The development in management of hospitals.....	271
2.	Changes in management roles at different levels of the hospitals	274
3.	Engagement in the new manager roles from physicians and nurses.....	276
11.5	Conclusion.....	283
11.6	References	285
12.	Vedlegg til del 2: Intervjuguider og følgeskriv.....	289
	Intervjuguide, til norske deltakere.....	290
	Interview guide, to German participants.....	292
	Søknad om datainnsamling til PhD-prosjekt.....	293
	Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt om ledelse i sykehus etter reformer.....	295
	Samtykkeerklæring.....	296
	Request of assistance: Data collection for research project on health management reform in German hospital	297
	Betr.: Bitte um Unterstützung bei der Datenerhebung zum EU-Forschungsprojekt ISCH COST Action IS0903- Management von Europäischen Gesundheitssystemen	298

Einwilligungserklärung	299
NSD	300

Del 1

1. Hybrid ledelse – introduksjon til temaet

1.1 Ledelse i krysspress mellom ulike logikker

Ulike aspekter ved drift av sykehus har blitt viktige tema i både samfunnsdebatt og forskning de siste tiårene¹. Pasientene ønsker nærhet til behandlingssted, mens fagfolkene bekymrer seg for kvaliteten på tjenestene. Hva som betegnes som kvalitet varierer mellom geografiske lokalisasjoner. Redsel for tapte arbeidsplasser og endringer i arbeidsvilkår vanskeliggjør forandringer som begrunnes faglig og/eller økonomisk. Økonomiske overskridelser og underskudd i regnskapene har preget store deler av sykehussektoren, og sektoren har blitt kritisert for lav effektivitet og dårlig ledelse.

Ledelse foregår i organisasjoner med varige spenningsfelt og spenningene kan uttrykkes eksempelvis gjennom strid om ledelse. Striden kan dreie seg om hvordan ledelse skal foregå, hvem skal lede, hva skal være i fokus, hvor mye tid og ressurser skal brukes på ledelse, osv. I min PhD-avhandling har jeg valgt å studere ledelse i sykehussektoren, og som ingressen illustrerer, preges sektoren av motstridende hensyn. Eksemplene som her beskrives er krysspress mellom faglige idealer og brukerinteresser, forskjellige interesser mellom geografiske lokalisasjoner, interesser til ansatte settes opp mot faglige og økonomiske hensyn, økonomien er presset, effektivitet betraktes som lav og ledelsen kritiseres.

Ingressen illustrerer at det kan være forskjellige strider innen en organisasjon, men det kan også være uenigheter mellom ulike organisasjoner og mellom styringsnivåene. Olsen (2014) viser til spenninger i styring på overordnet politisk nivå, som forholdet mellom ulike verdier og hensyn til rettssikkerhet, brukermedvirkning, økonomiske hensyn, effektivitet og faglig integritet. Mintzberg (1983a) skriver om eksterne og interne koalisjoner som forsøker å øve innflytelse og spenningene kan relateres til ulike interessegrupper innad i organisasjonen, mellom organisasjoner, eiere, lokale og sentrale styresmakter. Slike eksempler finnes i alle sektorer og fokus i denne avhandlingen relateres til krysspresset mellom ledelse av sykehus og behovet for politisk styring av ledelse i sektoren.

¹ Se for eksempel: (Byrkjeflot 2011; Gammelsæter & Torjesen 2005; Kjekshus, Byrkjeflot, & Torjesen 2013; Kvåle & Torjesen 2014; Skaset 2006)

Et særskilt trekk ved ledelse i sykehus er at det har vært preget av profesjonelt selvstyre og autonomi (Mintzberg 1983a), og dette har vanskeliggjort politisk styring. Som ingressen eksemplifiserer, har sykehussektoren en rekke utfordringer. Ledelse (eller mangel på ledelse) ses både som et av *problemene* som har preget helsevesenet, og som en av *løsningene* på de ulike problemene som sektoren strider med (Degeling & Carr 2004). På denne bakgrunn har det kommet ulike reformer som har innflytelse på ledelse av sykehus. Jeg er opptatt av hvordan ledelse kan lanseres som løsningen, når ledelse samtidig oppfattes som et problem. Hva lanseres som et alternativ i form og innhold til den ledelse som har vært utført av ekspertene i sykehusene, og hvordan endres ledelse i sektoren? Begrepet «hybrid ledelse» har fått innpass i litteraturen for å beskrive de endringene som følger av reformene (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010). Hybridbegrepet brukes generelt ved danning av nye fenomener ut fra elementer som normalt ikke hører sammen, og begrepet er sentralt i min avhandling. Avhandlingens hovedproblemstilling med underspørsmål lyder som følger:

Hvordan endres ledelse i sykehus etter møtet med NPM-reformer?

1. Hvordan påvirkes ledelse når institusjonelle rammebetingelser for organisering endres og nye logikker for ledelse introduseres? Hybridiseres ledelse?
2. Hvordan endres lederrollen for leger og sykepleiere som følge av nye institusjonelle føringer? Bli lederrollen mer preget av hybrid ledelse?

Med disse spørsmålene har jeg introdusert en rekke begreper som trenger forklaring, og å settes inn en sammenheng i forhold til mitt prosjekt. Utviklingen av problemstillingen ses i lys av tidligere forskning og aktuelle teorier, og valg av case må begrunnes. Dette gjøres i fortsettelsen av kapitlet. For å betjene problemstillingen anvender jeg en kvalitativ studie med litteraturreview, intervjuer og observasjoner. Jeg har valgt en casestudie av ledelse i sykehus og fokuserer på leger og sykepleiere i ledelse. Særpreget ved disse profesjonene og deres forhold til ledelse vil klargjøres i dette kapitlet, og beskrives ytterligere i teorkapitlet (kapittel 3). Avhandlingen baseres på en komparativ studie hvor jeg sammenligner ledelse i et norsk og tysk sykehus, men også med andre nordiske land. Begrunnelse for

sammenligningen med Tyskland presenteres senere i kapitlet, sammen med en beskrivelse av karakteristikkene av ledelse og reformer i disse to landene.

Resten av første kapittel er bygget opp på følgende måte: I neste avsnitt vil jeg gi en beskrivelse av hvilke typer spenninger som preger ledelse i sykehus, logikkbegrepet diskuteres i relasjon til institusjonelle logikker og kritikken av ledelse som har ført til reformering av sektoren. Særpreg med reformene presenteres deretter i lys av New Public Management, NPM. Så presenteres begrepet «ledelse» og aktuelle former for ledelse: management, leadership og faglig ledelse. Deretter introduseres begrepet «hybrid ledelse». Jeg tar etterpå en gjennomgang av litteraturen hvor hybridbegrepet tas i bruk, særlig relatert til forskning på sykehusledelse. Designen for avhandlingen utvikles. Deretter presenteres hovedfunnene fra min avhandling og sist skisseres den videre oppbyggingen av avhandlingen.

1.1.1 Hvilke typer krysspress preger ledelse i sykehus?

En måte å se på sykehusene er å betrakte dem som profesjonsbyråkratier (Mintzberg 1983a). Sykehusene er bemannet med mange yrkesgrupper – opptil hundre forskjellige profesjoner og yrker (Byrkjeflot 1997b). Profesjonene anses som velferdsstatens nøkkelaktører (Kuhlmann 2006) og de utfører tjenester på vegne av samfunnet (Molander & Terum 2008). De dominerende profesjoner innen et sykehus er sykepleiere og leger fra de kliniske områdene, men profesjoner finnes også i forskjellige stillinger knyttet til administrasjon, økonomi, IT, logistikk, ernæring, og ulike typer ingeniørvirksomhet (osv.). Et slikt mangfold av profesjoner og yrker kan indikere at ledelse skjer i et krysspress som fremmer ulike interesser. Sektoren har vært preget av profesjonskamp om retten til ledelse, og kamp om hvilke hensyn som skal prege fokus i ledelse (Jespersen 2005). De ulike profesjoner har forskjellige faglige idealer for hvordan ledelse skal praktiseres (Abbott 1988; Freidson 1994), samtidig som det også kan være konkurranse innad i en profesjon, mellom ulike spesialiseringer og mellom organisatoriske enheter i forhold til ledelse (Levay 2003).

En kan tenke seg at ulike profesjoner eller yrkesgrupper har sin egen logikk som inngår i det krysspresset en leder må håndtere. Ut fra dette kan en si at sektoren er både bygget opp av ulike logikker og at det oppstår spenninger mellom de forskjellige logikkene. Dette knytter jeg til begrepet «institusjonelle logikker», definert som prinsipper om hva som motiverer og styrer handling i grupper og organisasjoner (Friedland & Alford 1991; Thornton & Ocasio 2008a). Logikkene legitimerer handling og preger utviklingen av hva som er akseptable handlinger. Hver gruppe eller institusjonelle orden kan ha sine prinsipper, praksiser og symboler som preger oppfattelsen av rasjonalitet og meningsdannelse. Dette utgjør historiske mønstre av kulturelle symboler og materielle praksiser som er sosialt konstruert (ibid). Logikkene kan framstå som konsistente for gruppen.

Gjennom langvarige utdanninger har eksempelvis leger, sykepleiere, administratorer og økonomer blitt sosialisert inn i en tenkemåte i forhold til hvordan de skal utføre sitt arbeid, og hva som skal prege ledelse, og dette former deres virkelighetsoppfattelse. Bråten (1989) skriver om at du kan anta et perspektiv, men at du også kan bli bergtatt av det og begynner å tale og tenke ut fra dette. Perspektivet kan forme både språk, modeller og virkelighetsbildet. Det kan hindre deg i å se andre måter å gjøre ting på, eller at andre kan utføre den aktuelle handlingen. En logikk kan hindre den profesjonelle i å se ut over profesjonens indre perspektiver, og prege en profesjons grensedragnings mot andre yrkesgrupper. Dette kan være et uttrykk for hvordan en profesjonell er sosialisert til en visst tankemodell, måter å betrakte på, hva som er akseptable handlinger, og kan knyttes til både faglig arbeid og ledelse. Prinsippene har dype røtter i profesjonalisering, sosiale normer og byråkratier (Contandriopoulos & Denis 2012). Ulike logikker kan prege forskjellige profesjoner, og profesjonelles betraktning av ledelse kan videre stå i kontrast til en leders oppfatning eller politiske styringssignaler. Disse logikkene utvikles over tid og henger sammen i et nettverk av ordninger som er dannet gjennom tiden. Til tross for at logikkene kan være både motstridende og konkurrerende, binder logikkene virksomheten sammen (Byrkjeflot 1997c) og flere logikker kan fungere side om side i en organisasjon.

Hvilke spenningsfelt av logikker er særlig aktuelle i forhold til ledelse i sykehus? Jeg begrenser meg til å betrakte ledelse i henhold til tre typer logikker som regulerer lederes handlingsrom (Vrangbæk 1999); den klinisk profesjonelle, den politiske og den markedsbaserte logikk, og disse gjennomgås i det følgende.

Den dominerende logikken i ledelse av sykehus har historisk vært den «klinisk-profesjonelle logikk». Denne kan betraktes som normbasert i henhold til de felles verdier som relateres til aktuelle profesjoner (Vrangbæk 1999), eksempelvis leger og sykepleiere. Når jeg her skiller mellom sykepleiere og leger, så indikerer det at det finnes ulike klinisk-profesjonelle logikker. Disse logikkene har både fellestrekk og distinkte forskjeller. Fellestrekket knyttes til et faglig ansvar for en viss funksjon og planlegging av arbeidet relatert til denne funksjonen (Sommervold 1996). Likhetstrekket mellom forskjellige faglige logikker er fokus på kvalitet (Scott m.fl. 2000). Forskjellene i klinisk-profesjonell logikk vises gjennom legenes fokus på *behandling* av pasienter, mens sykepleiens logikk knyttes til *omsorg og pleie* (Currie, Koteyko, & Nerlich 2009; Degeling, Kennedy, & Hill 2001; Freidson 1994). Legens behandling foretas etter diagnose, vurdering av årsak og foreliggende prognoser, mens sykepleiens pleie tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av sykdommen (Fjeldbraaten 2010).

Sykehusene kan betraktes som en integrert del av det politiske system hvor en «politisk logikk» også legger føringer for ledelse. Ledelse ut fra den politiske logikken handler om lik eller rettferdig tilgang til tjenestene (Scott m.fl. 2000) og redistribuering av felles goder (Thornton, Ocasio, & Lounsbury 2012). Eksempel på elementer i denne styringslogikken er troen på en nøytral forvaltning av ressursene, likeverdige tilbud til befolkningen og kollektiv nytte (Vrangbæk 1999). Administrative prosedyrer blir viktige for å sikre likeverdig behandling (Hood 1991; Osborne 2011).

Sist nevnes den «markedsbaserte styringslogikk» med større vektlegging av effektivitet, økonomisk kontroll og management (Scott m.fl. 2000). Det tas grep om kostnadene gjennom markedsregulering og managerial kontroll (Scott 2008a). Gjennom denne logikken forholder

lederne seg til kostnadsbetraktninger, bunnlinjen, resultatindikatorer og prisfastsettelse av behandling og diagnoser (Torjesen 2008).

Avhandlingen kalles «Multifaglig ledelse» og dette relateres til at ledelse knyttes til forskjellige faglige logikker. Multifaglig henspeiler imidlertid ikke bare til klinisk faglig bakgrunn, da andre former for ledelse også kan betraktes som faglige baser for ledelse. Denne gjennomgangen beskriver tre ulike ledelseslogikker, og det som skiller dem er at de har ulike innfallsvinkler til hvordan ledelse skal forstås. Logikkene danner grunnlaget for videreutvikling av ledelsesbegrepene som introduseres senere i kapitlet.

Innføringen av reformer som vektlegger den markedsbaserte logikken kan betraktes som et forsøk på å frambringe endring av maktbalanse og fokus i forhold til ledelse. Bakgrunnen for reformene har vært ønsket om å bedre ledelse og redusere makten til profesjonene, særlig legene (Hippe & Trygstad 2012; Jespersen & Wrede 2009). Det har også vært fokus på å forbedre økonomistyringen av sektoren og utbedre den geografiske skjevfordelingen av behandlingstilbudet til pasientene (Byrkjeflot 2011). I det følgende vil jeg gå nærmere inn på hva som menes med reformer og gi en beskrivelse av NPM, som ligger bak innføringen av reformer preget av den markedsbaserte styringslogikken.

1.1.2 Reformering av sykehusledelse og innflytelsen fra NPM

Når jeg skal definere «reform» knytter jeg an til Martinussen og Magnussens (2009) beskrivelse. De definerer reform som et forsøk på å innføre en dyp, strukturell og institusjonell endring fra en regjeringsmakt for å oppnå eksplisitte politiske mål. Reformen kan også ha som hensikt å løse ulike samfunnsproblemer (Kirchhoff 2013). Denne dype strukturelle endringen kan medføre forandring i både institusjoner, lovverk og forskrifter, og selve reformprosessene kan være konfliktfylte og komplekse. Christensen og medforfattere (2007) beskriver reformer som et aktivt og tilsiktet forsøk på å endre kulturelle og strukturelle trekk ved en organisasjon. Her vil jeg framheve at disse forfatterne vektlegger at reformer ikke bare iverksettes av politiske myndigheter, men kan også initieres av ledere. Forfatterne understreker videre at det er viktig å skille mellom *forandringer* og *reformer* i

offentlige organisasjoner (Christensen m.fl. 2007). Forandringer kan skje gradvis eller som plutselige og kraftige omveltninger. De gradvise endringene kan komme som følge av innføring av ny teknologi eller eksempelvis gjennom ytre press fra økt integrering i EU. Reformene jeg forholder meg til i avhandlingen har sitt utspring i politiske vedtak og hensikten med disse er modifisering i styringen av offentlige systemer hvor nye politiske mål medfører tilpasninger av organisatorisk struktur, nye prosedyrer, endringer i ressursallokering og ansvarlighetslinjer.

Reformene² som er i fokus i denne avhandlingen kan knyttes til det som kalles New Public Management-reformer. NPM beskrives av Christensen og Lægreid (2011:1) som: *«a general concept denoting a global wave of administrative reforms that has had an impact on many countries' public sector over the last 25 years»*. Gjennom de administrative reformene forfektes det at offentlig sektor kan bedres ved innføring av teknikker og verdier som stammer fra privat sektor og markedsbasert styringslogikk (Pollitt & Bouchaert 2011). Reformforsøkene har vært preget av de samme målsettingene i ulike land: 1) økt effektivitet i offentlig sektor, 2) økt tilgjengelighet av tjenester for klienter og kunder, 3) å redusere offentlig forbruk og 4) forbedring av ledelsesmessig ansvarlighet (Christensen & Lægreid 2011). Jeg fokuserer på endringer i ledelse som følge av NPM-reformene og følger opp hvordan den markedsbaserte logikken implementeres i sykehus.

Bedre ledelse vektlegges som en løsning på sektorens problemer med innføring av en «management-modell». Denne modellen innebærer et større fokus på økonomi, effektivitet, budsjett disiplin og kostnadsreduksjon (Byrkjeflot 2011; Pollitt & Bouchaert 2011). Særpreget ved «managerialismen» er en tro på at alle aspekter ved det organisatoriske livet både kan og skal ledes for å nå de målene som er fastsatt av dem som utformer politikken og av seniorledere (O'Reilly & Reed 2012). Dette gjøres i henhold til rasjonelle strukturer, faglige prosedyrer og ansvarlighetsprosedyrer (ibid). Ønsket om å påvirke ledelse kan komme gjennom redesign av formelle strukturer med endring av handlingsbetingelsene for ledelse

² Hva som preger de reformene som er aktuelle for denne avhandlingen og hvilke eksplisitte mål som uttrykkes, presenteres i kapittel 2.

(Borum 2003; Christensen & Læg Reid 2002). I forhold til dette studerer jeg hvordan rammebetingelsene for leger og sykepleiere organiseres: arbeider de som fulltidsledere eller har de kombinasjonsstillinger? I tilknytning til ledelse introduseres en rekke ledelsesteknikker og indirekte kontrollsystemer som brukes i privat sektor, eksempelvis mål- og resultatstyring, benchmarking og aktivitetsbasert finansiering (Christensen & Læg Reid 2011; Hood 1991; Vrangbæk 1999; Øgård 2005). Kvasi-markeder, økt konkurranse og oppfølging av kvalitet knyttes til at Total Quality Management, TQM, implementeres (Pollitt & Bouchaert 2011). Dette følges opp ved at jeg studerer hva lederne fokuserer på, om dette er frivillig eller noe de påtvinges gjennom de ulike styringssystemene. Troen på ledelse vises gjennom en desentralisering av beslutningsmyndighet og en ansvarliggjøring av lederne samtidig som prestasjonsbasert belønning innføres. Christensen og Læg Reid (2011) vektlegger videre at organisasjonsformer brukt i private selskap adopteres gjennom reformene. Dette medfører strukturelle endringer på både horisontalt og vertikalt plan. Vertikalt gir dette utslag i mer autonome virksomheter og statseide foretak, mens en horisontal spesialisering gir inndeling i selvstendige, horisontale enheter. De organisatoriske endringene har gitt nye betingelser for ledelse for leger og sykepleiere og hvilke muligheter profesjonene har hatt i ledelse studeres i lys av dette forløpet.

NPM-reformene har medført et paradigmeskifte i styringen av offentlig sektor (Ferlie m.fl. 1996) og dette har særlig utfordret sykehussektoren gjennom skiftet i styringslogikk fra faglig fokus i ledelse til introduksjonen av markedsbasert styringslogikk. Hovedfokus i avhandlingen er å få en dypere kunnskap om ledelse av norske sykehus etter reformer. Denne kunnskapen utvikles gjennom en sammenlignende studie, og her er sammenligning med en tysk case sentral. Jeg presenterer og sammenligner empiri om ledelse fra intervjuer med norske og tyske ledere i kapittel 5, ledelse sammenlignes ut fra teoretiske analyser i kapittel 6 og artikkel 2, og en sammenligning innen Norden gjøres i artikkel 3. I kapittel 2 presenteres de reformene som er aktuelle i forhold til ledelse av norske sykehus, men også i forhold til Tyskland siden dette landet er sentralt for mine komparasjoner.

Innledningsvis vil jeg poengtere at introduksjonen av den markedsbaserte logikk i Norge framstilles av reformer som griper direkte inn i ledelse av sykehusene med endringer av finansieringssystem, organisering av sektoren, og fagstyret er erstattet av enhetlig ledelse som er profesjonsnøytral. Det vil si at ulike profesjoner kan konkurrere om ledelse i norske sykehus. Fra Tyskland har det vært større fokus på indirekte tilpasning av ledelse gjennom endring i finansieringssystemet og økt konkurranse mellom sykehus, samt økt konkurranse om behandling i sykehus og behandling av spesialister i primærhelsetjenesten (Kirchhoff 2011; Märker & Bode 2014).

Jeg har så langt skrevet om ulike logikker i ledelse og forskjellige styringslogikker, dernest har jeg presentert hvilke typer elementer som vektlegges i ledelse etter innflytelsen fra NPM. Dette indikerer at ledelse kan betraktes på ulike måter. Hvordan kan «ledelse» forstås i denne avhandlingen? Dette vil nå utdypes og jeg begynner med en definisjon av hvordan ledelse fortolkes i avhandlingen og deretter presenteres ulike former for ledelse.

1.1.3 Forståelser av ledelsesbegrepene

Ledelse kan være vanskelig å definere (Strand 2007) og det har blitt gjort mange forsøk på å finne fram til dekkende beskrivelser av fenomenet. Bass (1990b) går så langt som å si at det finnes nesten like mange definisjoner på ledelse som antall som har forsket på temaet. Dette er satt på spissen, og mange bruker ledelsesbegrepet uten at de klargjør bruken av begrepet (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010).

En grunn til at det er problematisk å definere ledelse knyttes til at det kan være vanskelig å skille ledelse fra andre aktiviteter i organisasjonen. Dras definisjonen langt, så utøver alle en form for ledelse gjennom sin arbeidsdag ved at de har sine ansvarsområder med mål som må realiseres (Eriksen 1997). En slik måte å betrakte ledelse på underkommuniserer imidlertid at noen aktører har mer ressurser og autoritet til å påvirke organisasjonen enn andre (ibid).

Dette henviser til en organisering hvor aktørene er avhengig av hverandre for å få ting gjort, samtidig som at noen har en høyere hierarkisk plassering enn andre og større mulighet til å påvirke aktørenes handlingsvalg.

Ledelse forstås som *utøving av autoritet*. Denne utøvelsen av autoritet beror på en gjensidig relasjon mellom person A som kalles «leder» og person B som kalles «følger» og situasjonen som ledelsen foregår i (Kets de Vries 2001). Autoritet kan beskrives som myndighet eller fullmakt til å påvirke (Strand 2007) og antas å være selvbegrunnende av natur. Det stilles ikke spørsmål ved retten til å ta beslutninger. Ledelse avhenger av hvilket maktgrunnlag (Eriksen 1997) eller autoritetsbase som gjør at «følgeren» faktisk etterfølger «lederen». En autoritetsbase er grunnlaget for at lederen får innflytelse over «følgerens» verdier, holdninger og mål (Byrkjeflot 1998). Eksempelvis kan det henvises til plassering i et hierarki, personlige egenskaper og karisma gjør at B følger A, eller det kan ha en faglig begrunnelse med referanse til profesjonstilhørighet. Ulike baser kan sammenblandes og gi hybride former for ledelse. Denne ledelsesdefinisjonen er så bred at jeg kan studere ledelse ut fra ulike vinkler, under ulike betingelser og begrunnelser.

Ledelsesbegrepene som brukes i avhandlingen relaterer jeg til de tre styringslogikkene som er omtalt tidligere i kapitlet. Jeg begynner med ledelse som har sitt opphav i den markedsbaserte styringslogikk; management. Deretter beskrives leadership som knyttes til lederens personlighet. Så presenteres ledelse ut fra de klinisk profesjonelle styringslogikkene, knyttet til de faglige bakgrunner som er aktuelle for avhandlingen. Sist belyses utviklingen av ledelse etter introduksjonen av NPM gjennom hybridbegrepet, her vil elementer fra den politiske logikk også framtre. Bruken av de engelske termene management og leadership er et bevisst valg for å klargjøre for leseren hvilken type ledelse som omtales. Begge ordene kan oversettes med ledelse og lederskap i følge ordboken Ordnett.no³, så dersom jeg skulle brukt de norske termene, måtte jeg brukt flere ord for å tydeliggjøre hvilke fenomen som omtales. Management oversettes også som styring, forvaltning, drift, håndtering og det kan omtales som generell ledelse.

Management

Gjennom management vektlegges hierarkiet, og det foreligger en arbeidsdeling mellom en leder og minimum en ansatt (Rost 1993). Lederen har fått tildelt en rett til å utøve myndighet

³ <http://www.ordnett.no/search?search=management&lang=en> <http://www.ordnett.no/search?search=leadership&lang=en>

over andre innen et bestemt område (Eriksen 1997), og særskilte rettigheter og plikter følger med ledelsesrollen.

«*Managerialisme*» betraktes som en konvensjonell NPM-form for ledelse med utgangspunkt i den markedsbaserte styringslogikk. Ledelse forutsetter da rasjonell planlegging og fordeling av oppgaver mellom leder og følger (O'Reilly & Reed 2010, 2012). Ledelse kan ut fra dette ses som et eget fag, en karriereveg. (Byrkjeflot 1997a). Lederen utviser lojalitet overfor organisasjonens mål, evner å utvikle nye strategier, tilpasser organisasjonens virksomhet i forhold til de nye målene og til endringer i omgivelsene (ibid). Denne form for ledelse skiller seg fra en politisk logikk ved at likebehandlingshensyn vektlegges i mindre grad enn tilpasningsdyktighet i forhold til krav fra omgivelsene (op.cit). Dette ledelsesidealet blir viktig når kravet om handling og resultater vektlegges i større grad enn ledelse ut fra likebehandling og kvalitet. Management kan betraktes som systemorientert (Ladegård & Vabo 2010) i den forstand at lederne forsøker å påvirke følgerne gjennom et system av formaliserte styringsinstrumenter.

Management kan knyttes til begrepet «transaksjonsledelse» som beskriver et asymmetrisk og formalisert skille mellom leder og følger (Rost 1993). Det foregår et bytte, en transaksjon, av verdier mellom leder og følger (Kets de Vries 2001). Lederen ivaretar interessene til de ledede (Johnsen & Døving 2010), og gir en betinget belønning til de ansatte dersom kontrakten dem i mellom fullbyrdes (Bass 1990a; Parry & Bryman 2006) og status quo opprettholdes (Ferlie 2012). Dette fordrer at lederen følger opp og kontrollerer at avtalen holdes, og det gjøres enten på en systematisk måte eller ved avvik (Bass 1990a; Parry & Bryman 2006).

Leadership

«*Leaderisme*» betraktes som en videreutvikling av managerialismen, og vektlegger større likhet mellom og A og B. Her forutsettes det at A og B har et felles mål, de evner strategisk tilpasning, og de klarer sammen å skape et sosialt miljø (O'Reilly & Reed 2010, 2012).

«Transformasjonsledelse» relateres til leadership. Lederen påvirker den underordnetes motiver, mål og verdier (Kets de Vries 2001). Gjennom denne form for ledelse klarer lederen å utvide og heve de ansattes personlige interesser til å akseptere organisasjonens formål og idegrunnlag, og å arbeide mot det beste for organisasjonen (Bass 1990a).

Transformasjonsledelse knyttes til endring av status quo ved mobilisering og motivering av de ansatte (Ferlie 2012). Disse lederne oppnår sine resultater på flere måter (Bass 1990a; Johnsen & Døving 2010). De kan opptre som karismatiske ledere som inspirerer og møter de ansattes følelsesmessige behov og stimulerer dem intellektuelt. Gjennom oppmuntringer og inspirasjon får de ansatte tro på at de kan oppnå store ting ved å gjøre en ekstra innsats. Lederne er hensynsfulle og oppmerksomme på forskjeller mellom de ansatte, og kan være mentorer for dem som trenger utvikling. Den intellektuelle stimuleringen kan knyttes til at lederen får de ansatte til å se på problemer med nye øyne, vanskeligheter er til for å løses og de vektlegger rasjonelle løsninger på problemene (ibid). Betegnelsen leadership brukes også om uformelle ledere, altså personer som ikke innehar formelle lederposisjoner, men som likevel har evne til å mobilisere ressurser uten at de har en formell autoritet (O'Reilly & Reed 2010, 2012), jamfør Webers karismatiske autoritet (Weber 1983).

Leadership kan betraktes som mer personorientert enn management (Ladegård & Vabo 2010), men dette utelukker ikke at lederen har en maktposisjon hvor autoriteten knyttes til et kunnskapsområde (Johnsen & Døving 2010).

Faglig ledelse

Den neste form for ledelse jeg vil fokusere på er ledelse ut fra klinisk profesjonell logikk. Faglig ledelse kan sammenlignes med transaksjonsledelse og management i den forstand at det kreves et formelt kunnskapsgrunnlag med systematisk opplæring og utdanning. Skillet går mellom hvilke logikker som preger kunnskapsgrunnlaget; faglig ledelse relateres til utdanning og kyndighet innen aktuelt fagområde, mens management forutsetter en allmenn kompetanse knyttet til ledelse (Byrkjeflot 1997a). Den faglige logikk relateres i stor grad til et normativt rammeverk som er utarbeidet av profesjonen (Scott m.fl. 2000), og utvelgelsen av ledere gjøres på grunnlag av kollegiets vurderinger av faglig kunnskap (Byrkjeflot 1997a).

Faglig ledelse legitimeres gjennom kunnskap og verdimeslige relasjoner til kollegiet. Gjennom management utvelges ledelse på bakgrunn av formell kompetanse i forhold til ledelse. Disse to skiller seg fra leadership hvor autoriteten bygger på de personlige egenskapene til lederen, og ikke hvilke faglige eller ledelsesmessige kvalifikasjoner som lederen har (selv om lederen også kan ha slike kvalifikasjoner).

To typer faglige styringslogikker innlemmes som nevnt i denne studien; et med opphav i medisinen og et fra sykepleien. Faglig ledelse slik det her er beskrevet, samsvarer med legeprofesjonens tradisjonelle syn på ledelse, hvor ledelse dreier seg om planlegging og organisering av medisinsk behandling (Degeling m.fl. 2003). Sykepleierprofesjonen har derimot hatt et bredere fokus på ledelse hvor planlegging og organisering av pleien suppleres med et fokus på oppfølging av administrative funksjoner (Degeling m.fl. 2003).

Ledelse ut fra en faglig base, slik det tradisjonelt har vært praktisert i norske og tyske sykehus, kan undergraves som følge av krav om andre prioriteringer av ressursbruk (Byrkjeflot 1997a). Motsetninger mellom vitenskapelige og samfunnsmessige hensyn kan også svekke legitimiteten til faglig ledelse. I det følgende vil jeg se på hva som skjer når det gjennom reformer forsøkes å påvirke ledelse i et profesjonsbyråkrati som sykehus, hvor fokus har vært faglig ledelse (Mintzberg 1983b).

Hybrid ledelse

Reformer som har til hensikt å innføre endringer i ledelse vil bearbeides og fortolkes på ulike måter. Helsevesenet betegnes som en pluralistisk kontekst (Contandriopoulos & Denis 2012) og karakteriseres av diffus maktfordeling med distribuert ekspertise. I slike kontekster er det sannsynlig at reformer utvikles etter et uforutsigbart mønster og dette henger sammen med de mange aktørene og organisasjoner som involveres (ibid). Andre anfører at det er ingen selvfølge at reformer implementeres slik det var påtenkt i profesjonsdominerte organisasjoner (Borum 2003; Brunsson 2002; Jespersen 2005). Reformene kan implementeres, de kan tilsynelatende implementeres eller de kan frastøtes (Borum 2003;

Meyer & Rowan 1977). De kan også opptre i andre former enn det som var tiltenkt, og her kommer hybridbegrepet inn.

Hybridbegrepet stammer fra biologien hvor det beskriver avkom fra to ulike arter av planter eller dyr⁴. Ikke alle arter kan avle avkom, da foreldreartene må være såpass like at de klarer å reprodusere levedyktige etterkommere. Disse etterkommerne betegnes som hybrider.

Hybridene kan være større og sterkere enn sine foreldre, men har ofte kortere levetid og problemer med reproduksjon. Når bruken av hybridbegrepet overføres til ledelsesteorien, poengteres det at elementene eller autoritetsbasene som utgjør hybrid ledelse er ikke nye, men kombineres på en ny måte og former et nytt fenomen (Battilana & Lee 2014). Latour (1993) skiller mellom rendyrking og hybridisering. En rendyrking henviser til et forsøk på å skape rene ontologiske soner, og disse framstilles gjennom dikotomier. Dersom jeg knytter dikotomiene til mitt teoretiske utgangspunkt, kan dette eksempelvis være faglig ledelse versus management. Ut fra hybridtankegangen kan dikotome ledelsesformer betraktes som ulike arter som muligens kan kombineres og opptre i hybride former.

Hensikten med reformene var å rendyrke ledelse ut fra den markedsbaserte logikken og innføring av management. Hva skjer med ledelse når management introduseres i et profesjonsbyråkrati som har vært preget av faglig ledelse? Er det mulig å erstatte den faglige logikken med management, eller vil logikkene kombineres og oppstå i hybrid form? Og hvordan påvirkes den politiske logikken av de nye ideene? Dersom jeg skal følge hybridtankegangen videre, kan ikke alle logikker kombineres. Ved liten grad av samsvar mellom logikkene som introduseres i reformene og logikken som preger organisasjonene, kan reformene frastøtes eller omformes i henhold til et institusjonelt perspektiv (Røvik 1998). Reformene kan tilsynelatende implementeres på «overflaten», mens dagliglivet fortsetter som før reformen ble introdusert, reformen dekobles (Doolin 2001). Effekten på lederrollen blir da mer begrenset. Imidlertid, effekten kan bli ulik på ulike profesjoner, avhengig av grad av samsvar med de gjeldende verdiene.

⁴(<http://no.wikipedia.org/wiki/Hybrid>)

Hovedfokus i management er effektivitet (R. Flynn 2002) og planlegging av ressursforvaltningen, budsjettering og oppfølging av økonomien (Pollitt 1993; Strand 2001). Dette er mer sammenfallende med sykepleiers syn på ledelse enn legeprofesjonens, som følge av sykepleierprofesjonens vektlegging av administrative funksjoner (Degeling m.fl. 2003). Det gir en forventning om større grad av samsvar enn i forhold til legene. Ikke bare samsvar i logikker er av betydning, men hybridiseringen kan skje på ulike måter da reformløpet har vært forskjellig i mange land. I avsnittet om reformering av sykehusledelse etter NPM-innflytelsen har jeg gitt en liten beskrivelse som viser at de to landene som er med i studien, Norge og Tyskland, har valgt forskjellige reformstrategier. Gjennom studien følger jeg opp hvordan endringer i institusjonelle føringer for organisering og introduksjonen av nye styringsredskaper kan tvinge fram en endring i ledelse. Jeg vil også poengtere at tidsaspektet er viktig. Det tar tid å implementere reformer, og mine funn sammenlignes med studier utført like etter introduksjonen av reformene for å se på utviklingen.

Når jeg skal belyse hvordan ledelse hybridiseres, gjøres dette på bakgrunn av en modell fra Byrkjeflot og Jespersen (2014)⁵. De presenterer tre hybride former for ledelse som kan opptre i sykehus på bakgrunn av en faglig logikk som kombineres med logikker preget av management, forretningslogikk og byråkratisk logikk. Disse danner utgangspunktet for analysen av mitt datamateriale, og jeg utvikler en ny modell for hybrid ledelse, kalt den «multifaglige leder». Min modell vektlegger i tillegg leadership, da denne form for ledelse var framtreddende i analysen av datamaterialet.

Hybridbetegnelsen er ikke ny i organisasjonsteorien og den har ikke ensidig blitt brukt i forhold til ledelse. I neste avsnitt vil jeg først presentere bruken av begrepet i forskningen, og deretter knyttes det nærmere til forskning som relateres til ledelse i sykehus. Hvordan brukes begrepet i belysningen av de endringer som følger av reformene? Hva fokuseres det på og hvordan framstilles hybrid ledelse? Hva savnes i denne forskningen? Dette danner bakgrunnen for utvikling av mitt prosjekt.

⁵ Modellen presenteres i kapittel 3.

1.2 Bruken av hybridbegrepet i organisasjonsforskningen og sykehusledelsesforskningen

Jeg har valgt hybridbegrepet til studien av ledelse, men begrepet har vært brukt i ulike felt innen organisasjonsteorien. Begrepet ble tidlig anvendt til identifisering av nye organiseringsformer. Nettverk ble betraktet som hybrid av marked og hierarki (Powell 1987; Williamson 1991), men nettverk ble etter hvert ansett som en rendyrket organiseringsform og mistet hybridbetegnelsen. Organisasjoner kan betraktes som hybride (Johansen m.fl. 2010), og hybride organiseringsformer som foreslås er kvasimarkeder og semioffentlige organisasjoner (Christensen & Læg Reid 2010). Ulike typer eksperter og profesjoner har blitt hybridisert etter introduksjonen av regnskapsteknikker i forhold til deres arbeid, og fra sykehussektoren nevnes leger, sykepleiere og fysioterapeuter. Fra andre sektorer nevnes hybridisering av lærere, politi (Kurunmäki & Miller 2006) og arkitekter (Skogheim 2010). Det tales også om en hybridisering av profesjonalisme hvor profesjonelle får et større organisasjonsfokus og et helhetlig perspektiv på sitt arbeid (Evetts 2009; Jespersen 2012; Noordegraaf 2007). Dette innebærer at når profesjonelle dras inn i ledelse, så blir de hybride ledere.

Begrepet hybrid *ledelse* ble særlig aktualisert på 2000-tallet og kan knyttes til studien av ledelse i en rekke sektorer, eksempelvis fra sentrale styringsorganer i statsforvaltningen (Christensen & Læg Reid 2010), skoleledelse, ledelse av høyere utdanning og helsesektoren (Byrkjeflot & Guldbrandsøy 2013; Teelken, Ferlie, & Dent 2012). Før jeg går videre med gjennomgangen av hybrid ledelse fra sykehusfeltet, vil jeg poengtere at spenninger i forhold til ulike krysspress i ledelse ikke er et nytt fenomen, men bruken av hybridbetegnelsen for å beskrive disse ble introdusert som følge av NPM-reformene av ledelse. Det har kommet mye forskning de siste årene etter reformer i ulike land som tar hybridledelsesbegrepet i bruk for å forstå de endringene som skjer innen ledelse i sykehussektoren (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010).

Fenomenet hybrid ledelse har ulike navn i forskningen om ledelse i sykehus. Av andre betegnelser som brukes, nevnes «Clinical Directors/Managers» som brukes av Doolin (2001), «Two-way window» og «ledelsens janusansikt» som brukes av Llewellyn (2001), Montgomery (2001) kaller dem «Physician Executives» og Miller, Kurunmäki og O'Leary (2008) snakker om «regulerte hybrider». Ferlie og medforfatterne (1996) var blant de første som tok hybridledelsesbegrepet i bruk i tilknytning til målsettingen om å opprette en lederrolle som kombinerte faglig ledelse med management. I snever forstand dreier dette seg om å kombinere økonomi med en medisinskfaglig base. I andre studier inkluderes flere dimensjoner ved ledelse, så som strategiutvikling, ledelse av personalet, fokus på kvalitet og samhandling med eksterne aktører. I flesteparten av studiene fokuseres det på leger i ledelse, og kun en dansk studie inkluderer sykepleiere (Jespersen 2005). Sykepleiere nevnes sporadisk i studiene fra Tyskland, Finland, Italia, Storbritannia og New Zealand i forbindelse med økonomisk arbeid og rapportering til hybridlederen som er lege (Doolin 2001; Jacobs 2005; Kurunmäki 2004; Llewellyn 2001). Hybridledelse får blandet mottagelse i legeprofesjonen. Noen betrakter det som uinteressant, ledelse bagatelliseres (Doolin 2001), anser det som sunn fornuft og lett å lære (Kurunmäki 2004), mens andre igjen liker de nye utfordringene og ser det som nye muligheter (Montgomery 2001).

NPM-påvirkningen har hatt ulik innflytelse i forskjellige kompetanseområder (Boston 2011). Reformene har derfor antatt varierende former, alt etter reformagendaen i aktuelt land og institusjonelle forskjeller landene imellom (Pollitt & Bouchaert 2011). Dette har gitt flere innfallsvinkler til å studere hybrid ledelse. Kombinasjonsrollen «Clinical Management» ble først utviklet i amerikansk kontekst, hvor skepsisen var mindre i forhold til leger i ledelse (Montgomery 2001) og ble deretter introdusert i Storbritannia. Britiske myndigheter har siden 1980-tallet forsøkt å innføre management gjennom ledelsesreformer i landet (Kirkpatrick m.fl. 2009). Som følge av vanskene med implementering av disse reformene, ble en hybrid form for ledelse foreslått som løsning på noen av problemene i sektoren (Fitzgerald m.fl. 2012). Hybridledelse ble også forsøkt innført i New Zealand (Doolin 2001) for å gjøre kliniske ledere mer ansvarsbevisste. Fra Finland kom initiativet til en

hybridisering fra legeprofesjonen selv, som følge av finansiell krise i landet (Kurunmäki 2004).

Reformer har preget sykehussektoren både i Norge og de andre nordiske landene og jeg gir først en grov oversikt over temaer som har blitt studert, for deretter å gå nærmere inn på noen studier som er aktuelle i forhold til mitt prosjekt. Det har vært forsket en del på implementering av reformer i sykehus og økt fokus på ledelse fra forskernes side for å se hvordan de nye ledelsesidealene aksepteres og settes ut i live⁶. Ledernes fortolkninger og reaksjoner på innføring av enhetlig ledelse har også blitt studert⁷, og det har vært fokusert på ledelse i skjæringspunktet mellom ulike ledelseslogikker⁸. Hva som ligger bak legers valg til å gå inn i lederroller undersøkes (Spehar, Frich, & Kjekshus 2012) og det fokuseres på endringer i legers innflytelse etter andre helseprofesjoners inntreden i ledelse (Spehar & Kjekshus 2012). Antagelsen om at legers engasjement i ledelse vil øke som følge av konkurranse fra andre profesjoner i ledelse, støttes av funn fra komparative studier. En sammenligning av ledelse mellom Danmark og Storbritannia viser at konkurransen mellom profesjonene som ses i Danmark har ansporet leger til å søke seg til ledelse (Kirkpatrick m.fl. 2009).

For å trekke fram noen av studiene som er utført etter reformene, så gir de ulike konklusjoner på hvorvidt reformene har påvirket ledelse i nevneverdig grad. Mo (2006) som begynte sin studie samme år som enhetlig ledelse ble introdusert i 2001, finner at leger i ledelse inntar et helhetlig lederperspektiv, samtidig som faglige prioriteringer vektlegges og den nye rollen betraktes som hybrid. Sykepleiere i enhetlige lederstillinger oppfattes ikke som å ha nok faglige tyngde til å inneha autoritet i hybride stillinger i kliniske avdelinger. Johansen (2005) finner at det kan stilles spørsmål om i hvilken utstrekning enhetlig ledelse er innført, siden det fortolkes så ulikt av ulike faggrupper i ledelse. Ledelse beskrives som et krysspress mellom fag og management eller en kombinasjon i hybrid form. Rollen betraktes som

⁶ (Bleiklie, Byrkjeflot, & Østergren 2003; Byrkjeflot 2005; Byrkjeflot & Neby 2005; Erlingsdottir & Sahlin-Andersson 1999; Fjeldbraaten & Torjesen 2006; Gammelsæter & Torjesen 2005; Jespersen 2005; Læg Reid, Opedal, & Stigen 2005b; Sognstrup 2003; Vrangbæk & Torjesen 2005)

⁷(Jespersen 2005; Johansen 2005; Öfverström 2008)

⁸ (Fjeldbraaten & Torjesen 2006; Jespersen 2005; Johansen & Gjerberg 2009; Mo 2006; Torjesen 2008)

mulighetsskapende og bidrar til ansvarliggjøring av lederne. Torjesen (2008) finner at intensjonen med reformene om at ledelse skal styrkes som eget fag, ikke har blitt effekten. Han har gjort funn som han tolker som en befestning av de profesjonelles styre. Hybridbegrepet brukes for å indikere at det ses en kombinasjon av tradisjonell ledelse ut fra faglige logikker og den nye managementtankegangen. I den grad ledere, og her klinikkssjefer som Torjesen har studert, blir mer managementorienterte ledere, ser dette ut til å være andre helseprofesjonelle grupper enn legene.

Jespersen (2005) har framstilt tre typer hybride lederroller for leger og to for sykepleiere fra danske sykehus. Et skille mellom disse rollene er i hvilken grad de engasjerer seg i ledelse i forhold til faglig arbeid. Øfverstrøm (2008) sier at teoretisk så må hybrid ledelse være den ideelle ledelsesform i et sykehus, men stiller samtidig spørsmål om hybrid ledelse er mulig å gjennomføre i virkeligheten. Spørsmålet stilles på bakgrunn av den forvirringen som lederne legger for dagen i forhold til sin rolleutførelse i den svenske studien. Fra Finland rapporteres en langt mer åpen innstilling til hybridisering av ledelse (Kurunmäki 2004) siden hybridiseringen vokste fram fra legeprofesjonen i tider med presset økonomi og fare for nedleggelse av sykehus.

Etter denne gjennomgangen vil jeg peke på fire områder hvor det trengs mer forskning, og disse dras videre i neste avsnitt hvor designen utvikles. Det først jeg vil poengtere er at det trengs mer forskning på betydningen av institusjonelle rammer for praksis og oppfattelse av ledelse for å følge opp hvilken innflytelse dette har på hybridisering av ledelse. Dette følges opp i spørsmål 1 med en sammenligning mellom Norge og Tyskland. For det andre; valget av sammenligningen med Tyskland henger sammen med at profesjonene har ulike muligheter for å velge ledelse i de to landene og jurisdiksjonen om ledelse utfordres ulikt. Hvilke konsekvenser har dette for utvikling av ledelse og hvordan påvirkes hybridisering av ledelse? For det tredje ønsker jeg å følge opp utviklingen av ledelse for de to dominerende profesjonene i ledelse, for å se hvordan endringene i de institusjonelle rammebetingelsene påvirker leger og sykepleiere. Det fjerde bidraget knyttes til valg av teoretisk perspektiv. De

tidligere studiene av hybridledelse har vært belyst av institusjonelle teorier og profesjonsteori (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010). Et særlig bidrag fra mitt prosjekt er å supplere det teoretiske fundamentet med teorier om ledelse for å gi en mer nyansert framstilling av hybrid ledelse, samtidig som at tidligere fortolkningsrammer ikke forlases.

1.3 Beskrivelse av design og begrunnelse for valg av case

Utviklingen av mine problemstillinger ble gjort på bakgrunn av en litteraturreview hvor jeg undersøkte hvordan begrepet hybridledelse er brukt i organisasjonsstudier fra sykehus.

Spørsmålene ble utviklet etter hva som ikke var tilstrekkelig belyst tidligere.

Forskningsspørsmålene har slik blitt utviklet gjennom en abduktiv metode (Alvesson & Sköldbberg 2008:56) hvor jeg alternerte mellom kunnskap fra teori, tidligere forskning og det jeg ønsket mer kunnskap om. Jeg gir i dette avsnittet en beskrivelse av designen på avhandlingen. Dette gjøres ved at jeg går gjennom de to underspørsmålene i problemstillingen. Først peker jeg på mangler i forskningen og jeg viser til anbefalinger fra andre forskere. Så forteller jeg om min innfallsvinkel og gir antagelser om hvilke funn som kan forventes. Gjennom dette påpeker jeg også begrunnelser av de valgene som er tatt, men først en begrunnelse for mitt studium av hybridledelse.

Hybridledelse kan formuleres som en målsetting i reformer og moderniseringsprogrammer slik det rapporteres fra Storbritannia og USA (Miller, Kurunmäki, & O'Leary 2008; Montgomery 2001). Fra USA har introduksjonen av moderniseringsprogrammet «Managed Care Models» bidratt til hybride ledelsesformer med samarbeid på tvers av ekspertiseområder (Montgomery 2001). I Storbritannia har det vært reformer som har til hensikt å involvere klinikere i ledelse i større grad i hybride stillinger (Llewellyn 2001) og hybrid ledelse betraktes som en ideell ledelsesform i sykehus. Hybrid ledelse kan også oppstå som en reaksjon på reformer hvor økonomiske elementer fra den markedsbaserte logikk introduseres i et profesjonsbyråkrati (Miller, Kurunmäki, & O'Leary 2008) og dette er relevant for studien av ledelse i både Norge og Tyskland etter de NPM-influerte reformene. Målsettingen i norske reformer har ikke vært hybridisering, men rendyrking av en

managementmodell. Hvordan ledelse endres som følge av reformene er i hovedfokus i min analyse. Jeg vil nå gå gjennom de to underspørsmålene i problemstillingen.

1.3.1 Endringer i institusjonelle rammebetingelser

I det første underspørsmålet i problemstillingen spør jeg om hvordan hybridisering av sykehusledelse påvirkes av institusjonelle føringer for organisering, og introduksjonen av ny logikk i ledelse. Dette spørsmålet velger jeg å belyse gjennom en sammenligning av ledelse i to land som både har fellestrekk i ledelse av sykehussektoren, samtidig som de har valgt forskjellige reformløp. Grunnen til at jeg sammenligner Norge og Tyskland er at leger tradisjonelt har dominert i sykehusledelse i begge disse landene og sektorene har vært preget av NPM-reformer (Kirchhoff 2013). Sykehusene vært organisert etter en såkalt troikastruktur (ibid) i begge land. Troikastrukturen innebærer en organisering med eget hierarki for leger, et for sykepleiere og et for administratorer. Landene har imidlertid valgt ulike reformstrategier og troikastrukturen er forlatt i Norge til fordel for divisjonsorganisering og enhetlig ledelse med management. Tyske sykehus ikke har endret struktur men er fortsatt organisert rundt faglige hierarkier, og har fokusert på reformer som berører ledelse indirekte gjennom økt fokus på økonomi og konkurranse. Begrunnelsen for å velge å studere ledelse i to land hvor det er stor forskjell på hvem som regnes med i ledelse, knyttes til at det kan være nyttig å gjøre komparative studier mellom systemer hvor profesjoner har ulik mulighet for å kjempe om ledelsesposisjoner og innhold i ledelse (Kirkpatrick, Dent, & Jespersen 2011). I Tyskland er det få muligheter til ledelse for andre helseprofesjoner enn leger, mens profesjonsnøytral ledelse ble innført med reformene i Norge. Så langt jeg kjenner til har ikke en slik sammenlignende studie blitt gjort før.

Deltakerne som velges til studien er ledere med klinisk utdanningsbakgrunn, og ledere fra de to profesjonene som utgjør de største ledergruppene i sykehus her til lands, leger og sykepleiere, innlemmes (Kjekshus & Bernstrøm 2013). Å inkludere sykepleiere i studier har blitt vanligere i de skandinaviske landene hvor reformer har gitt større åpning for sykepleiere i ledelse av sykehusene. Som følge av styrkingen av sykepleiernes stilling i forhold til ledelse

i norske sykehus (Johansen & Gjerberg 2009; Mo 2006; Torjesen, Byrkjeflot, & Kjekshus 2011), kan de konkurrere med leger om lederstillinger og jamvel være ledere for leger, men leger dominerer fortsatt i ledelse av norske sykehus (Kjekshus & Bernstrøm 2013). I tyske sykehus dominerer også leger i ledelse, men her har de møtt konkurranse fra økonomer, jurister og andre med ulike typer ledelsesutdanninger etter reformene (Märker & Bode 2014). Sykepleierne har en svak posisjon i ledelse i Tyskland (Watkins 2010) og sykepleiere i ledelse vies liten oppmerksomhet. Sett fra norsk ståsted undrer jeg om sykepleieres bidrag i sykehusledelse er så lite som en får inntrykk av.

Hva vektlegges i belysningen av problemstillingen? Det første jeg vil påpeke, er at det trengs mer forskning på betydningen av endringer i institusjonelle rammebetingelser for praksis og oppfattelse av ledelse. Profesjoner har vært tiltrodd en sterk rolle i ledelse av sykehus fra samfunnet (Kuhlmann 2006), men deres måte å håndtere dette på utfordres gjennom ulike reformer i sektoren. En slik innfallsvinkel er i tråd med anbefaling av forskning på hvordan ledelse utføres etter reformer med endringer i både organisasjon og styringssystemer (Kjekshus 2009), og anbefalingen av studier som gjør undersøkelser på mikronivå med fokus på hvordan klinikere er engasjert i ledelse (Neogy & Kirkpatrick 2009). Byrkjeflot og Jespersen (2014) framholder at det savnes en beskrivelse av ulike typer hybrid ledelse og hvordan tendensen i retning av management påvirker profesjonalisme, ledelse og styring av organisasjonene. Etter kartleggingen i det første underspørsmålet analyseres ledelse ut fra ulike former for hybrid ledelse og en hybrid ledelsesmodell utvikles.

Når jeg skal undersøke hvordan institusjonelle rammer påvirker ledelse, gjøres dette på bakgrunn av to antagelser. Den første bygger på antagelsen fra organisasjonsteorien som tilsier at det er lettere å endre ledelsesstrukturer enn profesjonelle kulturer (Ackroyd, Kirkpatrick, & Walker 2007). Jeg ønsket å følge opp dette for å se hvor robuste de profesjonelle kulturene er mot endring i ledelse når institusjonelle rammebetingelser for ledelse endres radikalt, slik det ses gjennom de norske reformene. Dette gjøres gjennom sammenligningen av ledelse i Norge og Tyskland. Dersom de profesjonelle kulturene er motstandsdyktige, vil dette gjenspeiles i ledelsesfokus i ulike land, uavhengig av

institusjonelle rammer og reformer. Fokus vil da være sammenfallende i begge land, og innflytelsen fra reformene vil ikke være framtreddende. En annen antagelse er at institusjonelle føringer legger rammer som vil prege hvordan ledelse utvikles i sykehus. Fra en slik innfallsvinkel vil jeg forvente at lederne har ulikt fokus på ledelse i de to landene og ledelse preges av ulike logikker. Jeg har også en formodning om at det er et sterkere fokus på faglig ledelse i Tyskland hvor ledelse fremdeles er organisert etter faglige hierarkier, mens jeg venter et større fokus på ledelse ut fra en markedsbasert logikk i Norge. I neste avsnitt går jeg gjennom andre underspørsmål i problemstillingen.

1.3.2 Endringer i lederrollen

I andre underspørsmål i hovedproblemstillingen spør jeg hvordan lederrollen endres for leger og sykepleiere som følge av nye institusjonelle føringer. Blir den likere som følge av at de får samme typer lederoppgaver, eller gjør faglig bakgrunn at rollen praktiseres ulikt? Alternativt kan rollen preges mer av hybrid ledelse. Det sammenlignes på profesjonsnivå og mellom land.

Profesjonenes maktfordeling har blitt utfordret gjennom de siste årene (Kirkpatrick m.fl. 2011; Kuhlmann 2006; Mo 2006; Noordegraaf 2007) og dette ses spesielt i Norge hvor leger blir utfordret av eksempelvis sykepleiere etter innføringen av profesjonsnøytral ledelse.

Sykepleierprofesjonen er tiltrodd oppgaven å pleie pasienter og profesjonen har fått styrket sin posisjon i ledelse gjennom de siste tiår, mens legens posisjon i ledelse har blitt svekket (Johansen & Gjerberg 2009; Mo 2006; Torjesen, Byrkjeflot, & Kjekshus 2011).

Legeprofesjonen har tradisjonelt hatt en sentral rolle i ledelse av sykehus, i tillegg til primæroppgaven med behandling av pasienter (Berg 1987). Det har imidlertid blitt stilt spørsmål ved legers monopol på ledelse, utydelige ledelseshierarkier, manglende kompetanse i forhold til forvaltning av ressurser og økonomi, samt utnevning av ledere på bakgrunn av faglige meritter og ikke ledelseskompentanse (Borum 2003; Jespersen & Wrede 2009; Torjesen 2008). Denne kritikken ligger som et bakteppe for reformene og har bidratt til endringer i organisering av ledelse og fokus i lederrollen.

Formålet med andre underspørsmål er å undersøke hvordan endringer i institusjonelle rammebetingelser med innføringen av management har påvirket ledelse for leger og sykepleiere. Dette er særlig interessant å studere i norsk sykehuskontekst hvor det etter innføring av en reform med profesjonsnøytral ledelse⁹ har blitt mulig for leger og sykepleiere å konkurrere om samme typer lederstillinger. Studien følger opp hvordan det gir utslag i ledelse og det vurderes om dette bidrar til hybridisering i ledelse. Utviklingen av ledelse i norske sykehus ses i lys av en diakron sammenligning som viser endring i lederrollen på profesjonsnivå og innad i sykehushierarkiet. Hvordan lederne engasjerer seg i de nye rollene blir belyst gjennom funn fra min empiri. Den historiske utviklingen i lederrollen for disse gruppene belyses, og dette settes opp mot forhold i andre land. Ledelse ut fra faglige logikker utfordres i reformene og nye rammebetingelse i ledelse kan ses som et forsøk på å «uniformere» begge profesjonsgrupper til å utøve ledelse løst fra sin profesjonsbakgrunn.

Belysningen av endringer i lederrollen for leger og sykepleiere gjøres på bakgrunn av to antagelser. Først har jeg en antagelse om at fokus i ledelse vil bli mer sammenfallende for leger og sykepleiere som følge av de nye institusjonelle føringene. Dette kan relateres til at de stilles ovenfor de samme krav til ledelse og «uniformeres» av disse. Konkurransen mellom profesjoner om ledelse påvirker også utvikling av ledelse og profesjonene forsøker å tilpasse seg de nye rollene som introduseres gjennom reformer. En annen forklaring kan knyttes til at akademisering og vitenskapeliggjøring av kunnskap gjør det mulig for leger og sykepleiere både å samarbeide og konkurrere om ledelse. Antagelse nummer to er at ledernes faglige bakgrunn vil ha innflytelse på utøvelsen og fokus i ledelse. Hvordan inngår da faget i møtet med en markedsbasert logikk? Resulterer dette i en hybridisering av ledelse?

Etter denne gjennomgangen av design og poengtering av hvordan mitt prosjekt kan supplere tidligere forskning, vil jeg i neste avsnitt presentere hovedfunnene fra min studie.

⁹ (HOD 1999a, 1999c)

1.4 Hybrid ledelse – et resultat av innføring av management i et profesjonelt byråkrati

Nå vil jeg kort presentere hovedfunnene fra studien. Resten av kappen gir bakgrunnsmateriale til å forstå hvordan jeg har kommet fram til disse konklusjonene, og i kapittel 6 presenteres den analytiske gjennomgangen av forskningsspørsmålene ut fra teori og empiri. Kappen belyser på denne måten hovedproblemstillingen som et eget bidrag, i tillegg til de tre artiklene.

Det første funnet jeg vil framheve er at sammenligningen med Tyskland viser hvordan endringer i rammebetingelser som ses etter reformene i Norge har betydning for ledelsespraksis og -oppfattelse. De norske lederne har som følge av strukturelle og organisatoriske endringer, samt innføringen av ulike styringsredskaper influert av management, begynt å arbeide etter en managementlogikk, og sykepleiere og leger har fått et mer samstemt fokus i ledelse. Det innebærer også økt byråkratisering av arbeidet som følge av større krav til planlegging og dokumentering (funn nummer to), jeg kaller dette en neo-byråkratisk logikk. Funntall tre indikerer at profesjonell kultur er robust, men ikke statisk. Selv om lederne implementerer en managementlogikk, forlates ikke den faglige logikk men den utvides til å omfatte de ulike yrkesgrupper i enheten. Denne utvidelsen av faglige logikk i ledelse, indikerer at faglig ledelse utvides og blir til noe annet. Jeg tolker dette som en hybridisering av det faglige fokuset i ledelse. Kombinasjonen av faglige logikker i ledelse sammen med managementlogikken leder også tanken mot en hybridisering av ledelse.

Det som overrasket mest i sammenligningen med Tyskland, var det sterke fokus på faglig utvikling i det norske materialet. Jeg har nærmest «tatt for gitt» at faglig utvikling i ledelse står sterkest i Tyskland som er organisert etter faglige hierarkier. Funntall fire viser at de tyske lederne ikke er opptatt av faglig utvikling og det kan tolkes som at dette ikke er et lederansvar, men et anliggende for profesjonene. De norske lederne derimot har et større fokus på faglig vedlikehold og utvikling på flere områder: 1) Lederne fokuserer både på

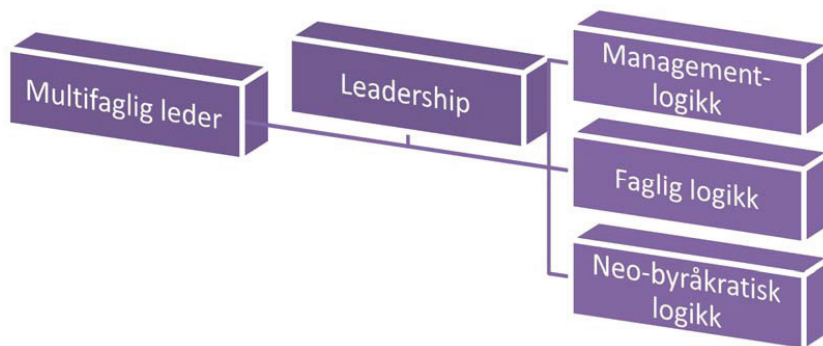
utvikling av behandling og pleie, 2) vedlikehold og utvikling av kompetansen hos personalet knyttet til alle profesjoner og yrkesgrupper i enheten, og 3) så er de opptatt av ivaretagelse av faget på systemnivå (prosedyreutvikling, avviksrapporteringer, klagesaker osv). Dette gir et bredt og enhetlig fokus i ledelse, og det er mulig at konkurransen mellom profesjoner bidrar til at begge profesjonsgrupper forsøker å ivareta dette for å kunne delta i ledelse.

Akademisering og vitenskapeliggjøring av sykepleien kan ha bidratt til at det er lettere for leger og sykepleiere både å samarbeide og konkurrere om ledelse, samtidig som at begge profesjoners logikker i forhold til ledelse har blitt utvidet som følge av endringene etter reformene. Et femte funn jeg vil framheve er at de norske lederne er opptatt av de relasjonelle sidene ved ledelse, leadership, for å håndtere de ulike logikkene og de inntar en hybrid lederrolle. De tyske lederne vektlegger ikke leadership og jeg betrakter dem som faglige ledere, til tross for svakere fokus på faglig utvikling.

Jeg har nå vært innom de strukturelle rammer og beskrevet hvordan fag og management implementeres i ledelse blant norske og tyske ledere. I lys av ny-institusjonell teori, kan det se ut som at institusjonelle rammer former den indre fortolkning (Scott 2008a). Med dette mener jeg at måten ledelse er organisert og uttrykkes gjennom institusjonelle rammebetingelser ser ut til å prege ledernes fortolkning og oppfattelse av ledelse. Dette gjenspeiles i ledernes praksis og holdninger til ledelse. Når leger kun leder egen profesjon, slik det ses i Tyskland, knyttes fokus til behandling og organisering av legefaglig arbeid. Når leger har en enhetlig lederstilling som det ses i Norge, utvides fokus og ledelse hybridiseres. Det samme mønsteret vises for ledersykepleiere.

Hvordan ser den hybride lederrollen ut? Beskrivelsen som her er gitt, viser at ledelse i sykehus etter NPM-reformene preges av ulike logikker. Funnt 1 indikerer at lederne preges av en managementlogikk. Funnt 2 viser til en økt byråkratisering av arbeidet og lederne preges således av en neo-byråkratisk logikk. Funnt 3 viser at den faglige logikk også er sterkt til stede i det norske materialet, og selv det faglige fokus er utvidet til å gjelde ulike yrkesgrupper og kan således betraktes som hybridisert (funnt 4). Gjennom det 5. funnt påpeker jeg at de norske lederne også er opptatt av de relasjonelle sidene ved ledelse, leadership. På

bakgrunn av dette mangfoldet av logikker, har jeg framstilt en hybrid lederrolle, kalt «multifaglig leder». Denne er framstilt i følgende figur:



Figur 1: **Multifaglig leder, hybrid lederrolle**

Benevnelsen «multifaglig leder» er et uttrykk for at lederen forholder seg til multiple logikker. «Multi-» indikerer at lederen forholder seg til mange logikker og «-faglig» henspeiler på at ledelse kan betraktes som et eget fag slik det gjøres i management, samtidig som det også indikerer at lederen forholder seg til flere profesjonsfaglige logikker. I modellen har jeg plassert de «upersonlige» logikkene til høyre, men den «personlige», leadership har jeg plassert foran de andre logikkene for å indikere at denne influerer på utøvelsen av de andre logikkene. Leadership er en form for ledelse som vektlegger de relasjonelle forholdene mellom følger B og leder A, og forholdet dem i mellom vektlegges av lederen for å motivere de ansatte til å håndtere de neste logikkene. Managementlogikken indikerer et helhetlig fokus på ledelse, mens faglig logikk relateres til behandling og pleie. Denne logikken har imidlertid også blitt mer helhetlig og rettes mot ivaretagelse av de ulike yrkesgruppene i enheten. Sist nevnes en neo-byråkratisk logikk som følge av økt krav til dokumentering og regelstyring av både klinisk arbeid og ledelse. «Neo» henspeiler på en

nydannet form for byråkrati hvor byråkratiet fra den politiske logikk suppleres med økt dokumenteringsbehov som følge av markedslogikken.

1.5 Avhandlingens oppbygging

Avhandlingen består av to hoveddeler og jeg vil i det følgende gi en oversikt over det videre innholdet i delene:

Del 1 (kappen)

I fortsettelsen av kappen gis en innføring i kontekstuelle særpreg knyttet til sykehussektoren i Norge og Tyskland i kapittel 2. Sykehussektoren beskrives ut fra Morans (2000) typologi. Nøkkeltall fra sektoren presenteres, før jeg gir en beskrivelse av sykehusene i studien ut fra Mintzbergs (1983) byråkratiframstilling.

Kapittel 3 klargjør det teoretiske grunnlaget for avhandlingen. Teoriene kan betraktes som «briller» til analyse av datamaterialet. Innen den medisinske verden ville parallellen ha vært å betrakte teoriene som «instrumentet» som brukes til å analysere prøvene/materialet. Det analytiske rammeverket er teorier om ledelse, institusjonelle teorier og profesjonsteori.

I kapittel 4 gis en utførlig presentasjon av design og metodene som brukes i avhandlingen. Forløpet for analysen gjennomgås med et par eksempler fra intervjuene. Sist så følger en grundig gjennomgang av de metodologiske overveielserne som knyttes til studien.

I kapittel 5 presenteres datamaterialet fra intervjuer med norske og tyske sykehusledere.

I kapittel 6 diskuteres funnene fra empirien opp mot problemstillingene, i lys av teoriene.

Kapittel 7 oppsummerer forslagene til videre forskning som er nevnt i teksten i kapittel 6, og sist gis en oversikt over grupper som kan ha nytte av å lese avhandlingen.

Kapittel 8 inneholder referanseliste fra kapitlene i kappen.

Del 2 (artikkelsamling)

Denne delen av avhandlingen består av tre artikler og ulike vedlegg.

Artikler

Berg, Laila Nordstrand, Byrkjeflot, Haldor, & Kvåle, Gro (2010). Hybridledelse i sykehus-
en gjennomgang av litteraturen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 3(2010).

Berg, Laila Nordstrand (ikke publisert forskningsartikkel). Hybridiseres ledelse i sykehus? En
sammenligning av ledelse etter NPM-reformer i Norge og Tyskland.

Berg, Laila Nordstrand, & Byrkjeflot, Haldor (2014). Management in hospitals - a career
track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway.
International Journal of Public Sector Management, Kommer; 27(6).

Vedlegg

Intervjuguide, til norske deltakere

Intervjuguide, til tyske deltakere (på engelsk)

Søknad om datainnsamling ved norsk sykehus

Forespørsel til norske ledere om deltakelse i forskningsprosjekt

Samtykkeerklæring

Søknad om datainnsamling ved tysk sykehus (på engelsk)

Forespørsel til tyske ledere om deltakelse i forskningsprosjekt (på tysk)

Tysk samtykkeerklæring (på tysk)

Tilbakemelding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

2. Kontekstuelle særpreg

Som beskrevet foran, er sammenligning av sykehusledelse i Norge og Tyskland sentralt i denne avhandlingen, både i kappen, i artikkel 2 og til dels i artikkel 3. Det er en rekke likhetstrekk ved Norge og Tyskland, eksempelvis hvilken profesjon som har dominert ledelse av sykehus og måten sykehusene har vært organisert. Jeg vil i dette kapitlet gi en mer detaljert beskrivelse av konteksten, da kontekstuelle forhold har betydning for hvordan ledelse er organisert, hvilke reformer som introduseres og hvordan ledelse av sykehus utvikles. Hvordan NPM preger sykehusledelse og hva slags reformer som ses i ulike land, avhenger av historisk institusjonelle særpreg (Pollitt & Bouchaert 2011).

En beskrivelse av kontekstuelle trekk er viktig for å få en dypere forståelse av hybridledelse, i forhold til sammenligninger og muligheten til generalisering eller overføring av kunnskap. Denne holdningen finner jeg støtte for hos Ferlie (2012) som kritiserer presentasjoner av ledelse som er løsrevet fra organisatorisk kontekst, da både muligheten for å utøve ledelse og hvilke typer ledelse som ses, avhenger av dette. I høyt institusjonaliserte felt som i tillegg er sterkt politisert og profesjonalisert (ibid), eksempelvis sykehus, anses dette som særlig viktig. Jeg gir først en overordnet presentasjon av nøkkeltall fra sektoren for å gi et overblikk over forbruk, organisering, drift og nøkkeltall om ledelse i sykehussektoren i landene. Med utgangspunkt i de kontekstuelle forhold som Ferlie (ibid) angir, gir jeg et glimt av sykehussektoren ut fra en historisk beskrivelse. Landene skildres også etter Morans (2000) typologi med klassifisering av helsetjenestemodeller i en rekke land på bakgrunn av styringsområdene forbruk, forsørgelse og teknologi. Denne modellen gir en ramme for forståelsen av de ulike reformløpene som har vært mulig å gjennomføre i de to landene. Aktuelle reformer i landene beskrives deretter, da en oppfatning av hva som preger reformene er sentralt for den videre analysen av dataene i kapittel 6. Sist gis en beskrivelse av hvordan de to sykehusene som er med i min casestudie er organisert, med utgangspunkt i Mintzbergs (1983b) idealtypiske modeller.

2.1 Nøkkeltall

Norge brukte 9.5 % av BNP på helse i 2011, noe som samsvarer med gjennomsnittet innen OECD-landene. Tyskland lå over gjennomsnittet med 11.3 % ("OECD Health Data" 2013). Det ble imidlertid brukt mindre per capita i Tyskland enn i Norge. Tallene fra OECD viser at Tyskland brukte 4 495 USD per capita mens Norge brukte 5 669 USD per capita.

Norge med sine 5 millioner innbyggere er delt i fire helseregioner. Før reformene var det rundt 80 små og store sykehus i Norge, og med de nedleggelsene og sammenslåinger som fulgte av reformene er det nå 20 helseforetak (Kjekshus & Bernstrøm 2013). Tyskland med rundt 85 millioner innbyggere består av 16 føderale stater (Länder). I 1991 var det 2 411 sykehus i landet og dette antallet var redusert til 2 045 i 2011 (Destatis 2013).

Norge hadde 3.3 sykehussenger pr 1 000 innbyggere i 2011, mot 8.3 i Tyskland ("OECD Health Data" 2013). Gjennomsnittlig liggetid var 9.7 døgn i Tyskland, mot 4,6 døgn i Norge i 2009 ("OECD Health Data" 2011). En forklaring på forskjellen er den utstrakte bruken av dagkirurgi og poliklinisk behandling i norske sykehus. Dette gir kortere liggetid i norske sykehus (Kjølrsrud 2013). I tillegg blir inneliggende pasienter utskrevet så fort som mulig, for deretter å kontrolleres poliklinisk. En slik administrasjon av pasientbehandling har vært mer problematisk i tyske sykehus, da det før reformene¹⁰ i 2007 har vært et sterkt skille mellom pasienter behandlet i sykehus og poliklinisk behandling av pasienter. Som følge av avtaler med sykekassene har poliklinisk behandling foregått hos spesialister som ikke har vært tilknyttet sykehus, altså i primærhelsetjenesten (Busse & Riesberg 2004; Dent 2005; Märker & Bode 2014). De tyske sykehusene har derfor hovedsakelig behandlet inneliggende pasienter og liggetiden forlenges når pasientene ferdigbehandles og følges opp med kontroller før de skrives ut.

71 % av sykehuslederne er leger i tyske sykehus (Märker & Bode 2014). 57 % av klinikklederne i norske sykehus har medisinsk bakgrunn og blant avdelingslederne utgjør de

¹⁰ Reformene omtales i neste avsnitt.

48 % (Kjekshus & Bernstrøm 2013). Fra sykepleierprofesjonen var det 34 % fra klinikkledelsen og 40 % på avdelingsnivå (ibid).

2.2 Sykehussektoren i Norge og Tyskland

Et fellestrekk ved Norge og Tyskland er at staten har spilt en sentral rolle i utviklingen legeprofesjonen (Erichsen 1996b; McClelland 1990; Neal & Morgan 2000), samtidig som legeprofesjonen har hatt en dominerende rolle i både utvikling og ledelse av sykehusene i begge landene (Kirchhoff 2011; Märker & Bode 2014; Torjesen, Byrkjeflot, & Kjekshus 2011). Videre har både norsk legeprofesjon og sykepleien hentet inspirasjon fra den tyske modellen (Melby 1990; Slagstad 2006) i dannelse og utvikling av profesjonene. Den tyske innflytelsen ble imidlertid redusert etter andre verdenskrig, da norske leger, sykepleiere og helsepolitikere reiste til Amerika for inspirasjon og utdanning (Torjesen 2008).

Ut fra Morans klassifisering av helsetjenestestater beskrives landene forskjellig. Det norske helsevesenet har en nasjonal helsetjenestemodell, også betegnet som en «command and control»-stat (Johansen 2006; Moran 2000). Særpreget ved denne modellen er statlig eierskap av sykehusene, universell dekning av helsetjenester, og tjenestene finansieres gjennom skattesystemet. Finansiering og budsjettammer er sentralt regulert. Staten spiller en utstrakt rolle i lovgiving, overvåking og styring i sektoren (Byrkjeflot, Christensen, & Læg Reid 2011). Ansvaret er delegert til helseregionene og videre gjennom hierarkiene i helseforetakene (sykehusene). Sykehusene er til en viss grad selvstyrte. Investeringer i ny teknologi avhenger av både politiske beslutninger og budsjettprosesser. Den sterke rollen til staten muliggjør en toppstyrt innføring av reformer i sektoren, inkludert reformer som har konsekvenser for ledelse (Dent 2005).

Den tyske helsetjenestemodellen betegnes som en korporativ styringsmodell (Moran 2000) med selvstyrte stater (Länder). Den kan også benevnes som en sosial forsikringsmodell med universell dekning av tjenester. Helsevesenet finansieres gjennom forsikringsordninger og det er en blanding av privat (non-profit og for-profit) og offentlig eierskap av sykehusene

(Marmor & Wendt 2012). Dette gjør styring i sektoren mer komplisert og statens rolle er marginalisert. Vedtaksmyndighet deles mellom en rekke instanser som nasjonal regjering, de selvstyrte statene, kommunene og ikke-statlige forvaltningsorganer som sykekassene. Store sammenslutninger av sykehus og profesjonsorganisasjoner (særlig legeforeninger) har også en sentral posisjon (Märker & Bode 2014; Simon 2010). I kontrast til Norge er det lite regulering av innføring av ny teknologi. Industrien driver lobbyvirksomhet mot sykehusene og sykekassene, og spiller slik en stor rolle i forhold til teknologiske investeringer. Denne fragmenterte modellen innebærer at sentrale styresmakter har begrenset mulighet å påvirke ledelse av sykehusene (Dent 2005; Märker & Bode 2014) og det vanskeliggjør en top-down innføring av reformer av ledelse i sykehusene (Märker & Bode 2014).

Etter denne presentasjonen vil jeg gi en oversikt over hvordan NPM har fått ulik innflytelse i de to landene, og presenterer sentrale reformer i forhold til ledelse av sykehus.

2.3 NPM-reformer av ledelse i norske sykehus

Siden det har vært reformer som både indirekte og spesifikt har innflytelse på ledelse i norske sykehus, gir jeg en beskrivelse av de tre som anses viktigst for denne avhandlingen.

2.3.1 DRG, 1997

Det aktivitetsbaserte finansieringssystemet diagnoserelaterte grupper (DRG)¹¹ ble innført i Norge som følge av kritikken av stigende kostnader, dårlig transparens, lange ventelister og lav effektivitet i sykehusene. DRG er et finansieringssystem som beregner kostnader ved behandling på bakgrunn av diagnose, behandlingsprosedyre, kjønn, alder og utskrivingsrutiner (Byrkjeflot & Torjesen 2010).

I sammenligning med andre land i Europa, var Norge ivrig etter å innføre dette systemet. En utprøving av systemet i Hordaland og Nordland fra 1991-1993 gav ingen umiddelbar

¹¹ ("St.meld. nr. 44 (1995-1996). Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 31. mai 1996, godkjent i statsråd samme dag. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19951996/st-meld-nr-44_1995-96.html?id=190995")

kostnadseffektivitet, men teknisk effektivitet økte og ventelistene ble redusert (Byrkjeflot & Torjesen 2010). Helseminister Gudmund Hernes anså likevel dette systemet som et verktøy til å kontrollere pengestrømmen, oppmuntre til økt produktivitet, økt transparens over pengeforbruk, aktiviteter og behandlingsdiagnoser, og systemet ble introdusert i en top-down implementeringsprosess i 1997. Det var imidlertid vanskelig å få kontroll over økonomien, og forskjellen i ressursbruk og forbedringspotensialer mellom foretakene var store (Edvardsen, Førsum, & Kittelsen 2009; Hallandvik 2010). Spillet med budsjettoverskridelser og tilføring av ekstra midler fra fylkeskommunen og sentrale myndigheter fortsatte, og målet om budsjettbalanse ble først nådd i 2009 på nasjonalt nivå (Hallandvik 2010). Forklaringer som knyttes til dette relateres både til tidsfaktoren; det kan ta tid før resultater av reformer blir synlige (ibid), men også som følge av økt politisk og administrativt press, ytre gjennom de to neste reformene som omtales.

50 % av sykehusenes budsjetter finansieres gjennom til DRG-koding og det resterende tildeles gjennom blokkfinansieringer (DKF 2013).

2.3.2 Enhetlig ledelse, 1999/2001

Den medisinske profesjonen har stått sterkt i både ledelse og utvikling av helsevesenet i Norge (Berg 1996), men sykepleierne har gradvis fått større innflytelse. Fra 1970-tallet til ledelsesreformen var det såkalt todelt ledelse av sykehusene i Norge, med et tredje hierarki av administratorer løst tilkoblet (Torjesen 2008). Leger hadde da ansvaret for den medisinske behandlingen og medisinsk personale, mens sykepleieren hadde det administrative ansvaret, samt ansvar for pleiegruppen. De fleste leger og sykepleiere var fornøyd med denne modellen, men modellen var betraktet som kontroversiell av offentligheten og politikere (Johansen & Gjerberg 2009). Steine-komiteen ble opprettet av Helse og sosialdepartementet med mandat til å *«foreslå tiltak innenfor områdene ledelse og organisering som kan bedre driften i norske sykehus»* (NOU 1997:3). Komiteen la avgjørende vekt på at ledelsesaspektet måtte styrkes i sykehus, da lederne i for liten grad reflekterte hva ledelse dreide seg om. Ledelse skulle handle om et helhetlig ansvar for en organisatorisk enhet og ikke være relatert

til en enkelt yrkesgruppe. Komiteen kom imidlertid ikke med forslag til endringer av intern organisering og begrunnet det med at det er vanskelig å finne en modell som kan passe for de ulike sykehusene i landet, fagbøker gav heller ingen gode forslag som kunne favne mangfoldet og vellykket organisasjonsendring ville avhenge av lokal forankring. Innføring av enhetlig ledelse (HOD 1999a, 1999c) ble sett som ett av midlene til å løse problemene i sektoren, nytt lovforslag ble lagt fram i 1999 og loven trådte i kraft fra 2001.

Med enhetlig ledelse skulle lederen ha helhetlig ansvar for en organisatorisk enhet med all aktivitet, alle ansatte og ansvaret for ressursforvaltningen i enheten (NOU 1997), og ikke bare ansvar knyttet til sin egen profesjon. Steine-komiteen favoriserte ikke noen spesielle profesjonsgrupper til lederstillingene, men de hadde visse anbefalinger til ledere på avdelingsnivået: relevant helsefaglig bakgrunn, ledererfaring og formell ledelseskompetanse (NOU 1997:12-13). Innføringen av enhetlig profesjonsnøytral ledelse førte til alvorlige konflikter i mange sykehus, og fra polemikken i ulike norske aviser kunne en lese om leger som nektet å la seg lede av sykepleiere eller andre helseprofesjoner og forlot sine posisjoner (Johansen 2005).

2.3.3 Sykehusreformen, 2002

Norske styresmakter har blitt betraktet som nølende reformatorer av det offentlige (Christensen & Lægreid 2002). Dette ble endret med introduksjonen av sykehusreformen (HD 2001), da denne ble betraktet som en «big bang-reform» (Byrkjeflot & Neby 2005) på grunn av tempoet for utredning og implementering av reformen. Med sykehusreformen ble eierskapet for sykehusene overført fra fylkeskommunene til staten. Bakgrunnen for dette var ønsket om en sterkere statlig styring av sektoren, samtidig som større lokal handlefrihet ble vektlagt (Byrkjeflot & Guldbrandsøy 2013; Christensen & Lægreid 2002). Sykehusene ble også endret fra forvaltningsorgan til helseforetak med egne direktører og styre, på lokalt og regionalt nivå. Den økte statlige styringen skjedde ved at staten fokuserte på overordnede oppgaver. Sterkere sentral kontroll og ansvarlighet var hovedverktøyene, sammen med klarere definerte ansvarsområder for helseforetakene. Et plan- og rapporteringssystem med et

«bestillerdokument» ble opprettet fra Helsedepartementet til regionale foretak.

«Bestillingen» av tjenester som ble uttrykt i dokumentet, ble så delegert fra regionalt nivå til de lokale helseforetakene, med påfølgende rapporteringer den andre veien (Byrkjeflot & Gulbrandsøy 2013; Christensen & Læg Reid 2002; Hernes & Erdvik 2014).

Gjennom foretaksmodellen skulle ledere holdes ansvarlige i forhold til driftsresultater i sine enheter (Byrkjeflot & Gulbrandsøy 2013). Ledere ble ansvarliggjort gjennom delegering av budsjetter fra sentrale styresmakter, til helseregionene, og derfra til de lokale helseforetakene med sine hierarkiske enheter (Torjesen 2008). I tillegg til fokus på effektivitet og forbedring av økonomistyringen, var siktemålet med reformen også å redusere ulikheter i behandlingstilbudet mellom forskjellige geografiske steder i Norge, forbedring av tjenestene og større fokus på kvalitet (Læg Reid, Opedal, & Stigen 2005a). Ønsket om å redusere innflytelsen fra profesjoner og lokale politikere i forhold til ledelse av sykehusene lå også som et bakteppe for reformene (Byrkjeflot 2011).

Med overføring av eierskapet til staten og oppretting av regionale- og lokale helseforetak, ble det også gjort store strukturelle endringer innad i sykehusene. Fra å være organisert med parallelle faglige hierarkier for leger, sykepleiere og administratorer, ble klinikk- eller divisjonsstrukturen innført (Kjekshus, Byrkjeflot, & Torjesen 2013; Torjesen 2008). Slik sett kan reformen betraktes som både en strukturell reform og en ledelsesreform (Hallandvik 2010). Den strukturelle omleggingen av sektoren medførte store endringer i organisering av ledelse, siden ledelse innen faglige søyler ble erstattet med ansvar for alle yrkesgrupper innen den nye organisatoriske enheten.

2.4 NPM-reformer i forhold til ledelse i tyske sykehus

Som en motsats til Norge, hvor ledelsesreformer har vært sett på som et reformvirkemiddel og som en løsning på sektorens problemer, har det ikke vært fokusert på slike reformer i Tyskland (Kirchhoff 2011). Dette henger sammen med de sterke tradisjoner for å knytte ledelse til yrket/profesjonen, hvor faglige eksperter utvelges til ledere (Byrkjeflot 1997b) og

management har liten legitimitet (Kirchhoff 2013). Det er også vanskelig å innføre gjennomgripende ledelsesreformer i landet, siden det er organisert med selvstyrte føderale stater og et korporativt styringssystem (Märker & Bode 2014). Sentrale styresmakter har liten innflytelse over hvordan sykehus ledes og NPM har ikke blitt innført i sin rene form som følge av dette (ibid). Fokus i reformene har vært å prioritere økonomiske virkemidler (Kirchhoff 2011).

Som nevnt over, så har det blitt en reduksjon i antall sykehus i Norge og Tyskland etter innflytelsen fra NPM de siste tiår. Dette som følge av både nedleggelse og sammenslåing av sykehus. Den tyske sykehussektoren har dessuten gjennomgått store endringer i form av privatisering av sykehus med skifte i juridisk eierskap (Kirchhoff 2013). En slik form for markedstilpasning har møtt motstand i Norge fra politisk og profesjonelt hold (ibid). I Norge ble sykehusene overtatt av staten etter foretaksreformen, og ikke av private aktører (HD 2001). Selv om det ikke ses spesifikke ledelsesreformer i tyske sykehus, kan privatisering betraktes i lys av politikeres ønske om å endre lederes og fagfolks atferd. Dette kan gjøres gjennom indirekte endringer av handlingsbetingelser og formelle strukturer (Borum 2003; Christensen & Læg Reid 2002). Gjennom endringer i skattepolitikken har inntektsgrunnlaget for sykehusene blitt svekket og dette har gitt et større fokus på inntjening og effektivitet, samtidig som innføringen av finansieringssystemet DRG har åpnet for konkurranse mellom sykehus (Kirchhoff 2013). Privatiseringen kan også ses i lys ønsket om profitt fra kommersielle aktører. Eksempelvis har offentlige sykehus blitt kjøpt opp av private aktører, lønnsomme deler av sykehusene ble så delt opp og videresolgt til andre private, mens ulønnsomme ble forsøkt solgt tilbake til det offentlige. Selskap som representerer kommersielle legeinteresser kan ha stått bak denne privatiseringen (ibid).

I 1991 bestod den tyske sykehussektoren av 46 % offentlige sykehus og dette var redusert til 30 % i 2011 (Destatis 2013). De private (for-profit sykehusene) økte da sin andel av sektoren fra 14 % i 1991 til 33 % i 2011. Andelen private non-profit sykehus, eller ideelle sykehus, har ligget på rundt 37 % hele perioden (ibid). Noen private sykehus har innført ledelsesmodeller som stammer fra privat sektor, og disse modellene spres til enkelte

offentlige sykehus gjennom en mimetisk prosess (Neogy & Kirkpatrick 2009). Selv om sentrale styringsmakter har liten innflytelse på ledelse i sykehus, ses en endring i fokus i ledelse både i private og offentlige sykehus.

Jeg nevner to tyske reformer som har innflytelse på ledelse. I disse ligger en implisitt forventning om at ledelse skal tilpasses som følge av forandringene i rammebetingelsene.

2.4.1 DRG, 2000

Innføring av en tysk variant av DRG-koding¹² ble gradvis og frivillig introdusert fra år 2000, og obligatorisk for alle sykehus fra 2004 (Kirchhoff 2013). Gjennom DRG-koder finansieres kostnadene knyttet til behandling og pleie, og disse utbetalingene distribueres gjennom sykekassene (ibid). Dette utgjør rundt 90 % av kostnadene knyttet til sykehusdriften. Investeringer til utstyr og vedlikehold finansieres av de føderale statene (Märker & Bode 2014).

Primærmålet med innføring av dette systemet i Tyskland var forbedring av kostnadseffektiviteten, sammen med ønsket om å skape like konkurranseforhold for alle sykehus (Kirchhoff 2013). To nye politiske målsettinger ble lagt til noen få år senere; transparens og kvalitet. Hensikten med dette var å gjøre det lettere å sammenligne sykehusene ut fra både kvalitet og økonomi, og dette skulle styrke konkurransen mellom sykehusene. De fra før byråkratiserte tyske sykehusene, ble ytterligere byråkratisert etter innføringen av DRG (ibid).

2.4.2 Poliklinisk behandling av sykehuspasienter, 2007

I tyske sykehus har det som nevnt vært et sterkt skille mellom inneliggende og polikliniske pasienter. Sykehusene har hovedsakelig behandlet inneliggende, mens poliklinisk behandling av pasienter har foregått hos spesialister som ikke har vært tilknyttet sykehus, altså i primærhelsetjenesten (Busse & Riesberg 2004; Dent 2005; Märker & Bode 2014). Denne

¹² Gesundheitsreform 2000, der Bundestag, 1999: http://www.datenschutz.hessen.de/_old_content/tb28/k8p1.htm

reformen¹³ har som formål å bryte ned det sterke skillet og åpne opp for at spesialisthelsetjenesten, sykehusene, også kan behandle pasienter poliklinisk. Sykehusene kan da konkurrere med førstelinjen om poliklinisk behandling av pasientene (Märker & Bode 2014).

Fra reformpolitikk går jeg over til en beskrivelse av de aktuelle sykehusene som er med i studie. Beskrivelsene knyttes til Mintzbergs (1983b) idealtypiske modeller for framstilling av organisasjonsformer.

2.5 Organisasjonform

2.5.1 Tysk sykehus; profesjonelt byråkrati

Generelt sett, kan tyske sykehus betraktes som profesjonelle byråkratier da de er organisert rundt faglige hierarkier (Mintzberg 1983b). Troikaledelsen med de tre faglige hierarkiene (leger, sykepleiere og administratorer) har hver sin direktør som rapporterer til sykehusdirektøren (Kirchhoff 2013; Märker & Bode 2014). Sykehusdirektøren, samt direktørene fra troikaen utgjør sykehuset ledergruppe, eventuelt supplert med noen flere personer. Over direktøren er et eksternt styre (Märker & Bode 2014).

Det tyske sykehuset som er med i min case, kan betraktes som et profesjonelt byråkrati og i følge Mintzberg (1983) har denne byråkratiform en desentralisert organisasjonsform og få ledernivåer. Dette stemmer til dels med sykehuset i utvalget. Sykehuset har en troikastruktur, men innad i de tre søylene er det ulik organisering. Sykepleiersøylen har tre ledernivåer med en assisterende leder på hvert nivå, tilsvarende ses i det administrative hierarkiet. Det administrative hierarkiet har i tillegg ansvar for ulike private selskaper som rengjøring og catering, men også medisinske tjenester som radiologi og kardiologi. Det medisinske hierarkiet er flatere i den forstand at hver ledende overlege fra de ulike enhetene (de har ulike navn som avdeling, klinikk, senter, poliklinikk) rapporterer direkte til den medisinske

¹³ "Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)" <http://www.buzer.de/s1.htm?g=GKV-WSG&f=1>

direktøren. Dette gir svært mange ledere som har direkte linje til legedirektøren – over 100 ledende overleger. Innad i hver enhet er det i mange nivåer og en av lederlegene i min case skisserte åtte nivåer fra assistentleger til fagdirektøren og syv av nivåene var innad i hver enhet. Hvordan dette er organisert kan variere fra sykehus til sykehus, og dette er ett nivå mer enn det som beskrives som normen i en tysk studie (Jurkat, Raskin, & Cramer 2006).

2.5.2 Norsk sykehus; divisjonsorganisasjon

Før reformene var norske sykehus organisert etter en tilsvarende modell som tyske (Kjekshus, Byrkjeflot, & Torjesen 2013). Med sykehusreformen (HD 2001) ble flere små og større sykehus på ulike geografiske steder slått sammen til Helseforetak. Organiseringen kan nå betraktes som en divisjonsorganisasjon med organisering rundt medisinsk spesialisering uten egne hierarkier for leger og sykepleiere. Eksempelvis divisjon, eller klinikk for kirurgi, medisin og psykiatri. Innad i hver klinikk er det avdelinger med enhetlig ledelse, og dette medfører at ulike yrkesgruppene kan ha felles leder. Avdelingene kan være delt i ulike seksjoner. Dette gir fire ledernivåer fra seksjon, avdeling, klinikk til direktørnivå. Ledere for klinikkene, samt ulike direktører som økonomidirektør, teknisk direktører ol, utgjør direktørens ledergruppe. Over direktøren er det et styre. 90 % av norske sykehus var organisert på denne måten i 2009 (Kjekshus & Bernstrøm 2010), men nå har andelen sunket til 67 %, da 22 % har fått et femte ledernivå (Kjekshus & Bernstrøm 2013). I likhet med divisjonsprinsippet (Mintzberg 1983b) kan hver enhet betraktes som en selvstendig organisasjonsenhet med desentralisert makt og myndighet.

Sykehuset som er med i min studie fra Norge er organisert etter divisjonsprinsippet med divisjoner eller klinikker fordelt over ulike geografiske lokalisasjoner. Enhetlig ledelse er innført til avdelingsnivå og lederen der har et helhetlig ansvarlig for enhetens ulike typer personell og all aktivitet. Leger og sykepleiere besitter de profesjonsnøytrale stillingene og de fleste har ansvar for ulike profesjoner. I førstelinjen er ledelse organisert ulikt for leger og sykepleiere, noe som gir forskjellig erfaringsbakgrunn når de søker ledelse i høyere stillinger. Sykepleierne har personalansvar og økonomiansvar i førstelinjen og regnes med i

ledelseshierarkiet. Legene i førstelinjen som har fagansvar for pasientbehandlingen, har ikke økonomiansvar og regnes dermed ikke som ledere. Dette gir profesjonene ulik innsikt når de blir ledere høyere i systemet.

Etter denne introduksjonen til konteksten, går jeg i neste kapittel gjennom det teoretiske rammeverket som avhandlingen bygger på.

3. Teoretiske perspektiver

Tian Sørhaug (2004) skriver innledningsvis i en av sine bøker om ledelse at litteraturen er enorm, uavklart og omstridt. Ledelse kan utforskes fra mange teoretiske innfallsvinkler og jeg møter ulike forventninger når jeg forteller om min forskning. Både sykehusansatte og andre håper på en evaluering av ledelse. Mitt fokus er imidlertid ikke å evaluere om lederne gjør en god jobb, men å studere hvilken innflytelse reformene har på sykehusledelse og hvordan dette kan forstås teoretisk ut fra hybridbegrepet. Valget av teorier knyttes heller ikke til særskilte lederteorier som kan være relevante i forhold til ledelse av sykehus, som endringsledelse, situasjonsbestemt ledelse eller forhandlingsledelse. Grunnen til det, er at da vil jeg snevre fokus for mye ut fra hva jeg ønsker å finne ut av.

Jeg velger teorier om ledelse som perspektiver for analysen av empirien, i tillegg til ny-institusjonell teori og profesjonsteori som særlig har vært brukt i de tidlige studier av hybridledelse i sykehus (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010). Grunnen til at jeg supplerer med teorier om ledelse, er at jeg søker en mer nyansert forståelse av ledelse enn det som vektlegges gjennom profesjonsteori hvor ledelse ut fra et faglig ståsted er sentral, eller ledelse ut fra hierarkisk plassering som vektlegges i ny-institusjonell teori. I begynnelsen av dette kapitlet vil jeg gi en beskrivelse av hva disse tre teoretiske retningene kan tilføre min studie, og hvilke kritikker disse teoriene utsettes for.

Som et teoretisk utgangspunkt har jeg i det innledende kapitlet definert ledelse som utøving av autoritet mellom en «leder» og en «følger» (Kets de Vries 2001). Denne definisjonen knyttes til både aktør, makt og institusjonelle forhold, og en såpass bred at det er mulig å fange opp et mangfold, samtidig som det fokuseres på ulike baser for autoritet.

Ledelsesteoriene bidrar med et fokus som kan beskrive ledere ut fra oppgaver som gjøres, hvordan lederne ser på seg selv og hvordan de opptrer i forhold til dem de leder. Dette kan gi nyttige innspill i nyanseringen av hybrid ledelse. Ulempen er at beskrivelsen kan bli utydelig siden det ikke framkommer hva som regnes som ledelse, hvem som kan definere innholdet i ledelse, hvem som regnes som ledere og hvordan institusjonelle rammer påvirker ledelse.

Denne ambivalensen går rett inn i kjernen på min studie, så jeg går derfor videre med denne beskrivelsen. Samtidig supplerer jeg med teoretiske perspektiver som kan belyse materialet ut fra disse punktene som er for utydelige. Først nevnes ny-institusjonelle teori.

Begrunnelsen for å belyse materialet ut fra ny-institusjonell teori knyttes til at ledelse av sykehus foregår innen institusjonelle rammer. Dette er rammer som legger føringer for lederne handling og verdier, og lederne preges av disse (March & Olsen 1989; Olsen 2003; Peters 2011). Både rammene og institusjonene skapes av individer som lederne selv, andre ansatte, politikere og omgivelsene. Institusjonelle rammer kan knyttes til materielle strukturer, men i avhandlingen vektlegges rammer for ledelse gjennom regulativ, normativ og kulturelt kognitive pilarer (Scott 2008a). Disse pilarene kan være med å belyse hvordan aktørene handler ut fra vaner, verdier og normer, og det de finner passende i aktuell situasjon (March & Olsen 1989:23). En kritikk av ny-institusjonell teori er at denne teoriretningen ikke er god til å analysere interne dynamikker, som mellom profesjoner, mellom ledere og profesjoner, og hvordan reformene blir mottatt og oversatt (Greenwood & Hinings 1996). Teorien har blitt kritisert for å være for lite maktfokusert, for idyllisk og dette kan imøtekommes ved å belyse ledelse ut fra profesjonsteori (Johansen 2009).

Det siste perspektivet som belyses er profesjonsteori. Siden profesjonstilhørighet kan være av betydning for hvordan ledere agerer, er det nyttig å anvende et slikt perspektiv. Leger og sykepleiere har hatt ulik makt og mulighet til å påvirke ledelse av sykehus. Profesjonelle kan betraktes som interessebærere og makt er sentralt, særlig i forhold til to begreper som går gjennom senere i kapitlet; jurisdiksjonsbegrepet (Abbott 1988) og profesjonelle prosjekter (Larson 1977). Jeg anvender også en mer kritisk betraktning av profesjonsteori gjennom bruken av begrepet profesjonalisme (Evetts 2009). Av de kritikker som rettes mot dette perspektivet, nevner jeg først at profesjoner behandles som en ensartet gruppe, som «aktørløse», og dette gir en begrensning i forhold til studien av ledelse. Scott (2008b) kritiserer profesjonsteorien for at den behandler profesjonene som om de opptrådte med unison røst. Teorien har ikke problematisert at profesjonene har vært fragmentert i ulike spesialiseringer, og spesialiseringen har fortsatt og bidratt til ennå større segregering med

årene. Dette resulterer i interne drakamper om eksempelvis faglige retningslinjer, policy og ressurser (Scott 2008b). Ledelse, slik jeg forholder meg til det i denne avhandlingen, fokuserer nettopp på forholdet mellom aktører med ulik makt, sykepleiere og leger. Det har heller ikke vært særlig oppmerksomhet rettet mot den enkelte profesjonelle og deres forhold til selve profesjonen. Eksempel på dette kan knyttes til ledelse hvor profesjonsforbundene oppmuntrer sine medlemmer til å søke seg til ledelse, mens det er få profesjonelle som søker når lederstillinger lyses ut (Fjeldbraaten 2010). Denne tendensen vises fra både lege- og sykepleierhold. Jespersen (2005) kritiserer at profesjonsteorien ikke favner hvordan forholdet mellom profesjoner og samfunn er blitt mer komplekst enn tidligere, samt deres tilstedeværelse på mange nivåer samtidig.

I fortsettelsen av kapitlet vil jeg beskrive disse tre teoretiske retningene. Teorier om ledelse introduseres på bakgrunn av ledelse ut fra Webers (1983) autoritetsbaser og idealtyper for ledelse beskrevet av Byrkjeflot (1997). Deretter presenteres skillet mellom management, leadership og faglig ledelse før ulike hybride former for ledelse introduseres. Sist belyses ledelse ut fra kulturelle kontekster, siden sammenligning av ledelse i Norge og Tyskland er sentral i avhandlingen. Når institusjonelle teorier presenteres, gjøres det på bakgrunn av Scotts tre pilarer (Scott 2008a). Fra profesjonsteorien har jeg valgt å fokusere på profesjoners forhold til ledelse, profesjonalisering og endringer i fokus etter introduksjonen av NPM. Til slutt gis et innblikk i særpreg ved ledelse for profesjonene i som er fokus i avhandlingen.

3.1 Autoritetsbaser og idealtypiske ledelsesmodeller

Max Weber (1983) beskriver tre autoritetsbaser for ledelse som framstilles som idealtyper. Begrepet idealtipe refereres til en stilistisk framstilling av modeller som beskriver rendyrkede autoritetsbaser. Disse idealtypene eksisterer ikke i ren form i virkeligheten.

Den tradisjonelle lederen har autoritet ut fra at ho/han er rette arving til lederposisjonen eller fordi ho/han viderefører tradisjonen på en legitim måte. Relateres dette til sykehus kan legen oppfattes som den tradisjonelle lederen (Kjekshus, Byrkjeflot, & Torjesen 2013). Weber

beskriver videre en *karismatisk autoritet* hvor lederen oppnår tillit fordi vedkommende innehar ekstraordinære egenskaper. Dette gir personen en slik autoritet at folk adlyder eller følger vedkommende uten å stille spørsmål. Denne autoritetsformen er vanskeligere å institusjonalisere og knytte til en særskilt type lederstilling. På den andre side kan denne formen inngå i alle typer stillinger, men knyttes særlig til leadership hvor lederens personlighet og lederegenskaper er avgjørende (Strand 2001; Teig 2012). Sist omtaler Weber den *legal-rasjonelle* autoritetsformen som gir noen rett til å bestemme ut fra allment aksepterte regler og ordninger. Denne autoritetsformen kjennetegnes av en byråkratisk organisering med standardisering av arbeidsprosesser, samtidig som ansvar spesialiseres og grunnlag for både rekruttering og opprykk knyttes til kompetanse (Weber 1983). Den legalrasjonelle rollen knyttes til hierarkiske lederstillinger hvor lederen kan bestemme ut fra allment aksepterte regler og ordninger, og i denne avhandlingen relateres dette særlig til management. Lederen har en formell myndighet til å ta avgjørelser som berører de ansatte.

Denne framstillingen av ledelse ut fra Weber ligger som en basis for de teorier om ledelse som brukes og utvikles gjennom studien. Jeg har i kapittel 1 introdusert ledelse ut fra begrepene management, leadership og faglig ledelse. Disse vil utdypes ytterligere i det følgende. Deretter går jeg gjennom ulike hybride varianter av ledelse.

3.2 Skillet mellom management, leadership og faglig ledelse

I beskrivelse av ledelse skiller Rost (1993) mellom management og leadership og Byrkjeflot (2002) tar til orde for at begge formene for ledelse inkluderes når ledelsessystemer studeres. Strand (2001) påpeker også at det neppe er mulig skille disse. Jeg velger imidlertid å beskrive leadership som en egen form for ledelse siden begrepet brukes som et analytisk redskap gjennom avhandlingen. Begrepet faglig ledelse er også gjennomgående i avhandlingen, og jeg vil gi en presentasjon av begrepet ut fra institusjonell teori i dette avsnittet. Særpreg ved faglig ledelse ut fra en profesjonssynsvinkel vil presenteres i siste del av teorikapitlet når profesjonsteorien framstilles.

3.2.1 Management

Management kan knyttes til en helhetlig, generell ledelse slik det vektlegges med de norske ledelsesreformene (NOU 1997). Jeg bruker også betegnelsen «enhetlig» ledelse og dette indikerer at ledelse innbefatter alle aspekter ved ledelse av organisasjonen, eksempelvis daglig drift, personale, økonomi, fag, kvalitet, HMS osv. Ledelse betraktes som et eget fag eller profesjon og karrierevei. Management skal innføres i sin generiske form, mens det advares mot å la faget (her i betydning av ulike helsefag) styre (Byrkjeflot 1997a:422). Autoriteten til managere er knyttet til hierarkisk plassering (R. Flynn 2002), og ledelse ut fra management er asymmetrisk med en formalisert maktfordeling (Rost 1993). Det er et formelt autoritetsforhold mellom leder og underordnet, hvor lederen koordinerer aktivitetene dem i mellom (ibid). Management kan også oversettes med styring, og styring kan beskrives som å peke ut en retning og styre mot den (Byrkjeflot 1997b). Særpreget ved styring knyttes også til *en «sentralisert, direktivlignende påvirkning utøvd indirekte, bl.a. gjennom formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner»* (Røvik 2007:146). Gjennom direkte og indirekte styringsmekanismer kan ansatte og ledere disiplineres og sosialiseres til å internalisere institusjonens verdier og arbeide mot å nå organisasjonens mål.

Forutsetningen for aksept er at lederen evner å ivareta organisasjonens interesser på en profesjonell måte (Byrkjeflot 1997a) og dette gjøres gjennom planlegging, organisering og problemløsning (Yukl 1989). God ledelse ut fra dette perspektivet er en forutsetning for organisasjonens produktivitet (Byrkjeflot 1997a). Som Pollitt (1993:2) sier det: *«'Management' is a separate and distinct organizational function and one that plays the crucial role in planning, implementing and measuring the necessary improvements in productivity»*. Lederen skal håndtere institusjonens ressurser for å nå bestemte mål på bakgrunn av skjønnsutøvelse og med dømmekraft (N. Flynn 2002). Målstyring (Kaufmann & Kaufmann 2003; Pollitt & Bouchaert 2011) er derfor et sentralt begrep. Arbeidet blir da organisert etter et målhierarki, og en forutsetning for å nå organisasjonens overordnede mål er at underliggende mål er nådd. Lederens ansvar er å mobilisere de ansatte til å nå målene og evaluere måloppnåelsen. En del forskere skiller management og administrasjon (N. Flynn

2002), men Flynn argumenterer for at dette skillet er mer et språklig enn et praktisk skille (ibid). Likedan hevder norske forskere at administrasjon må inkluderes i ledelse og sier at «administrasjon er håndverket, nødvendig for at organisasjonen skal fungere godt i det daglige virke» (Jacobsen & Thorsvik 2007:383). På denne bakgrunn inkluderes administrasjon som en del av management. Administrasjon kan beskrives som en systematisk ivaretagelse av de ressurser som organisasjonen rår over og arbeidet styres av definerte prosedyrer og regler (N. Flynn 2002). Sist så nevner jeg at en sentral oppgave innen management er å sikre frontpersonalets kompetanse (Byrkjeflot 1997a:422) og dette kan relateres til Helsepersonellovens (HOD 1999b) krav om forsvarlig tjenesteytelse som medfører at det blir en lederoppgave å sikre faglig forsvarlig drift. Ivaretagelsen av faglig forsvarlig drift kan også knyttes til kravet fra Helsepersonelloven §3-9 (HOD 1999a) om at det utpekes en medisinskfaglig rådgiver dersom lederen av enheter med pasientbehandling ikke har medisinerbakgrunn. Dette ivaretas i stigende grad av oppretting av fagdirektørstillinger på overordnet nivå i sykehusene (Kjekshus, Byrkjeflot, & Torjesen 2013). Jeg har i innledningskapitlet beskrevet transaksjonsledelse (Ferlie 2012; Rost 1993) som en form for management, og gjennom denne form for ledelse motiverer lederen de ansatte gjennom ytre belønningssystemer.

Indikatorer på ledelse preget av management kan være linjeledelse, målstyring, fokus på økonomi og administrasjon.

3.2.2 Leadership

I denne ledelsesformen vektlegges lederens personlighet, evne til å utøve innflytelse og bygger på en gjensidig respekt og tillit. Leadership omhandler «desentralisert, direkte og gjerne dialogbasert påvirkning primært utøvd i relasjonen mellom den enkelte leder og ansatte» (Røvik 2007:146). Leadership knyttes slik til den innflytelsen en leder har over en underordnet følger, og er avhengig av både en autorisasjon fra følgeren og en institusjonell autorisasjon (Degeling & Carr 2004). Betrakningen av ledelse knyttes til en individuell forståelse og personlige egenskaper vektlegges. Omstillingsevne, evne til handling og

resultater, samt lederutdanning og gode lederegenskaper anses som essensielt. Viktig er også lederens motivasjon til å lede og lederens evne til å motivere de ansatte. Lederen vektlegger å lede ved selv å være et eksempel (Byrkjeflot 1997b; Johnsen & Døving 2010; Viitanen & Konu 2009). Dette innbefatter visjonære ledere som inkluderer både politiske signaler og etiske aspekter knyttet til ledelse (Ferlie 2012). Leadership kan også ses i lys av organisatorisk atferd (Christensen m.fl. 2007). Med det mener jeg at ledelse foregår innen organisasjonens formelle strukturer som legger rammer for lederens handlinger, lederne påvirkes av den kulturelt-institusjonelle konteksten og formes gjennom uformelle verdier og normer (ibid). Leadership kan betraktes som transformasjonsledelse og her vektlegges leders egen motivasjon, sammen med lederens motivering av følgeren på det indre plan (Byrkjeflot 1997b; Kets de Vries 2001; Rost 1993).

Indikatorer på leadership kan være vektlegging av personlige egenskaper hos leder, motivasjonsrollen og hvordan lederne forsøker å øve innflytelse over de ansatte.

3.2.3 Faglig ledelse

Denne ledelsesform knyttes til en spesifikk faglig bakgrunn og lederansvaret knyttes til å ha fagansvar for en funksjon eller oppgave (Sommervold 1996) og relatert personale. Personalet, altså profesjonene, er autonome i sin yrkesutøvelse (Abbott 1988; R. Flynn 2002) og lederens oppgave er å legge til rette arbeidet. Ledelse knyttes til en kollektiv forståelse av hva det innebærer, og siden faglig skikkethet er det som kvalifiserer til ledelse, kan i teorien hele yrkesgruppen få adgang til lederstillinger. I praksis er det gjerne den kyndigste blant de kyndige som utpekes som leder, og det settes krav til at lederen opptrer i henhold til det faglige kollegium og fagets vitenskapelige idealer (Byrkjeflot 1997a).

For å illustrere hvordan en slik form for ledelse har artet seg, og hvordan fokus på ledelse har blitt utviklet, knytter jeg an til en historisk beskrivelse av ledelse innen medisinen i Norge. Etter som medisinen ble mer spesialisert og institusjonalisert for rundt 100 år siden, ble legene i større grad koplet til sykehus. Her ble de ledere av sin praksis og personalet som fulgte med. Ole Berg beskriver deres forhold til ledelse:

«De var først og fremst fagmenn, og ledet som sådanne. Fagligheten lå i det medisinske. Det som måtte fordres av ren ledelsesinnsikt, var et spørsmål om praktisk skjønnsutøvelse. Indirekte kan man slik si at de ikke anerkjente eksistensen av, eller muligheten for, en teoretisk basert ledelse.» (Berg 2011:10)

Etter andre verdenskrig ble medisinen ytterligere spesialisert. Denne spesialiseringen bidro til oppretting av egne avdelinger for de ulike spesialitetene, noe som gav flere avdelinger, sykehusene ble stadig større, teknologiske nyvinninger bidro til denne utviklingen og drev samtidig prisene opp på behandling i sykehus. Med utviklingen kom også spesialiseringer innen sykepleien og framveksten av teknisk-medisinske utdanninger som bioingeniører og radiografer etc. Dette fordret både samarbeid og samordning mellom ulike yrkesgrupper og spesialiseringer, og evne til å håndtere de økonomiske utfordringene. Ledelse som en håndtering av daglig arbeid gjennom praktisk skjønnsutøvelse ble utilstrekkelig. Gjennom 1970-1980-årene kom derfor kravet om en mer profesjonell og teoribasert ledelse (Berg 2011). Den administrerende overlege ble satt på sidelinjen og nye profesjoner med større økonomisk innsikt inntok ledelsen. Utviklingen fortsatte etter innflytelsen fra NPM og de nye ledelsesreformene som er omtalt i kapittel 2.

Dersom lederne ensidig fokuserer på ledelse av arbeidet til egen profesjon, kan dette være indikatorer på faglig ledelse. Eksempelvis planlegging av daglig arbeid knyttet til egen profesjon, turnus for egen profesjon ol.

Etter denne gjennomgangen av ulike former for ledelse, presenteres en oversikt med stikkord knyttet til særpreg ved de tre autoritetsbasene for ledelse, jamfør tabell 1:

	Management	Leadership	Faglig ledelse
Autoritet	Hierarkisk plassering	Lederens personlighet	Faglig ekspertise
Ledelsesform	Koordinering av helhetlig arbeid	Dialogbasert påvirkning	Koordinering av faglig arbeid
Fokus	Ressursforvaltning Målstyring Administrasjon Personalets kompetanse Transaksjonsledelse	Personlige egenskaper hos leder Personlig motivasjon Transformasjonsledelse	Fagansvar for funksjon, oppgave og profesjon Autonome profesjonelle Ledelse som profesjonsstrategi

Tabell 1: **Oversikt over særpreg ved management, leadership og faglig ledelse**

I denne tabellen har jeg laget en stikkordsmessig oversikt over særpreg ved management, leadership og faglig ledelse ut fra hvilke autoritetsbaser som kan knyttes til de tre, ledelsesform og fokus i ledelse. Gjennom reformene ble management introdusert som en erstatning for faglig ledelse. Jeg har påpekt i innledningen at faglig ledelse skiller seg fra management og leadership på ulike måter. Management bygger på en posisjonsbasert form for autoritet, mens leadership bygger på at leder har en personlig kapasitet til å påvirke de ansatte, en karisma. Autoriteten til en faglig leder er tuftet på profesjonell dyktighet, og fokus i ledelse vil variere etter hvilken profesjon det er snakk om. Profesjonene er ikke statiske, men endres eksempelvis som følge av faglig utvikling, introduksjon av ny teknologi, akademisering, reguleringer og krav fra omgivelsene. Dette vil påvirke ledelse også, og hva faglig ledelse dreier seg om endres gjennom tiden (Abbott 1988). Ledelse har også blitt brukt som en profesjonsstrategi for å oppnå profesjonsstatus (Abbott 1988; Larson 1977; Sommervold 1997) og dette har resultert i profesjonskamper om retten til å lede og hvilket innhold som skal være i fokus i ledelse.

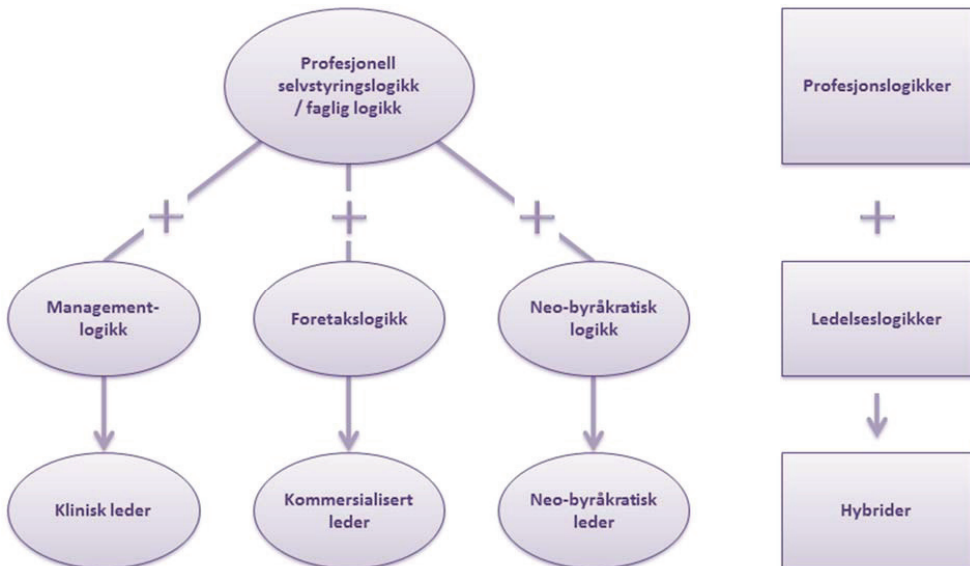
Med dette som base, vil jeg i neste avsnitt vil jeg framstille en modell for hybrid ledelse.

3.3 Hybride ledelsesmodeller

I en stor review som er gjort på bakgrunn av 60 artikler og bøker (Byrkjeflot & Jespersen 2014), utledes tre modeller for hybrid ledelse: den kliniske lederen, den kommersialiserte og den neo-byråkratiske. Studiene omhandler hovedsakelig leger i ledelse, men noen inkluderer også sykepleiere som ledere.

Jeg har laget en figur som illustrerer de hybride modellene for ledelse som her omtales, se figur 2 nedenfor. Modellen har tre nivåer, og boksene til høyre indikerer hva slags logikk som nevnes på de ulike nivåene. Øverst har jeg plassert det jeg kaller profesjonslogikker. Denne typen logikk inngår i alle de tre hybridene som er avtegnet nederst i figuren.

Profesjonslogikkene kombineres med ledelseslogikker som har forskjellig teoretisk opphav, og dette gir ulike særpreg ved hybridene. Etter figuren gir jeg en enkel innføring i de ulike elementene, og beskriver sist de tre hybridtypene.



Figur 2: **Hybridisering av profesjonslogikker**
(min modell bygger på Byrkjeflot & Jespersen 2014)

3.3.1 Profesjonslogikker

Den *faglige logikken/profesjonelt selvstyringslogikken*, knyttes til hva Larsson (1977) kaller profesjonelle prosjekter. Slike prosjekter beskrives som en kollektiv kamp fra profesjonelle for å oppnå status og makt gjennom monopol på sine spesifikke fagområder (ibid). Legenes profesjonelle prosjekt knyttes til at behandling av pasienter baseres på profesjonelle normer og kollegial støtte, videre har profesjonen kontroll over utdanning, forskning og grenseoppgangen til andre profesjoner. I forhold til ledelse, så antydes at det at den medisinske profesjonen organiseres på en måte som ivaretar ledelse av det profesjonelle arbeidet (Byrkjeflot & Jespersen 2014). Sykepleiernes profesjonelle prosjekt har på samme måte vært rettet mot en avgrensning i forhold til andre yrker, de har arbeidet for økt status og forbedring av kvalitet på tjenestene (Melby 1990). Sykepleierne har videre brukt ledelse som en del av sitt profesjonelle prosjekt for å oppnå profesjonsstatus (Jespersen 2005).

3.3.2 Ledelseslogikker

Managementslogikk: Ideen om denne type ledelse stammer fra teorier om ledelse som er utviklet fra studier av amerikanske firmaer (Byrkjeflot & Jespersen 2014; Mintzberg 2004). Erfaringene fra private, amerikanske firmaer skulle implementeres i den offentlige sektor i Europa som en oppskrift til å bote på sektorens mange utfordringer slik det er beskrevet i kapittel 1. En hovedidé i denne retningen er at lederen fra sin hierarkiske posisjon skal tjene organisasjonen og ikke profesjonene, ellers bygger den på formell rasjonalitet, samt økonomisk effektivitet.

Foretak- eller forretningslogikken har sitt utspring i markedslignende måter å arbeide på. Sentrale elementer er tilbyder-etterspørsels modellen, konkurranse mellom sykehusene og behandling betraktes som en handelsvare. Dette fremmer dannelse av nye typer ledere som entreprenøren og den ansvarlige leder. Hensikten med dette er at offentlige organer skal bli mer økonomisk effektive, brukerfokuset skal økes og ledere skal bli mer ansvarlige (Byrkjeflot & Jespersen 2014; Ferlie m.fl. 1996).

Neo-byråkratisk logikk: Byrkjeflot og Jespersen (2014) framhever at denne betegnelsen ikke refererer til en post-byråkratisk offentlig administrasjon som ble omtalt rundt 1990-tallet, da de ikke har tro på noen avbyråkratisering. Heller tvert i mot, en ny type byråkrati som har utviklet seg langs foretakslogikken. En neo-byråkratisk logikk innebærer en deling i hierarkier, med både sentralisert og desentralisert byråkratisk regulering. Ansvar for byråkratisk arbeid flyttes fra mellomledere til ledere over og under. Faglig arbeid blir både mer regelstyrt og -begrenset. Dette gir seg utslag i ulike former for styrende kvalitetsstandarder som Evidence Based Medicine, brukerundersøkelser, resultatmålinger og rapporteringer. Kontroll fra avstand og gjerne fra eksterne institusjoner erstatter den klassiske byråkratiske reguleringen.

Når disse ledelseslogikkene kombineres slik det er avtegnet i figur 2, framstilles tre hybride lederroller med sine distinkte særpreg. Disse beskrives i det følgende.

3.3.3 Hybrider

Den kliniske leder: Når den profesjonelle selvstyringslogikken kombineres med en managementslogikk så framstår en klinisk lederrolle. Indikatoren på denne roller er helsefaglige ledere som kombinerer klinisk arbeid med ledelsesoppgaver i ulike varianter. De kan innta en grenserolle som forhandler mellom profesjonene og ledelsen (Doolin 2001). Metaforen «Two-way window» (Llewellyn 2001) illustrerer hvordan leger som ledere fortolker sin rolle, de lærer seg noen ledelsesferdigheter og henter inspirasjon fra begge logikkene.

Den kommersialiserte leder: Dette er ledere med en helsefaglig bakgrunn som arbeider i en kontekst som ligner markedskonkurranse. I sitt arbeid må de balansere faglige hensyn og selvstyringslogikk med de krav som følger av foretakslogikken. Eksempel på indikatorer for denne type leder er fokus på økonomisk effektivitet, konkurranse mellom sykehus og reguleringer gjennom økonomiske incentiver.

Den neo-byråkratiske leder: I kombinasjonen av den faglige selvstyringslogikken og en neo-byråkratisk logikk framstår denne hybridlederen som den minst autonome. Sentralisering av oppgaver gjennom at ulike ledelsesdimensjoner har blitt flyttet fra den lokale lederen til ulike kontrollmyndigheter reduserer muligheten for en selvstyringslogikk. De mangler likevel ikke innflytelse. De har fremdeles mulighet for å forhandle mellom de to logikkene gjennom deltagelse i utformingen av de eksterne reglene og prosedyrene for kontroll. Dette kan gjøres gjennom profesjonelle nettverk og i mer formelle forhandlinger når rammeverket utformes. Indikatorer på denne form for ledelse er administrative oppgaver knyttet til indirekte kontroller av både fag og ledelse, eksempelvis avviksrapporter, kvalitetsstandarder, prosedyrearbeid, ol.

Disse ulike hybridene fungerer som et utgangspunkt for å vurdere ledelse i min egen empiri. Et annet aspekt som er viktig å klarlegge ved studier av ledelse i ulike nasjonale kontekster, er forståelsen av ledelsesbegrepene. Historiske føringer for oppfattelse av et begrep kan institusjonaliseres og tas for gitt (Scott 2008a), det blir ikke eksplisert. En reflekterer ikke over betydningen av begrepet, men når en begynner å grave i materialet og sammenligner, så viser det seg at nyanser har blitt oversett fordi begrepet har ulike bibetydninger i kontekstene. Dette ble tydelig i diskusjoner om ledelse med tyske forskere. Et eksempel er at når ledelse av sykehus belyses av forskerne, så er det hovedsakelig legers ledelse som undersøkes i tyske sykehus. Dette kan betraktes som «naturlig» i tysk kontekst hvor den faglige tradisjonen står sterkt, mens jeg fra min norske bakgrunn lurte på hvorfor nevnes ikke andre grupper i ledelse, eksempelvis sykepleie. Sykepleiehierarkiet i tyske sykehus er dobbelt så stort som legehierarkiet, med henholdsvis 34 % sykepleiere og 16 % leger (Berg & Märker 2012) og ledelse av de ulike hierarkiene må da implikasjoner for både fag og økonomi? Hvordan defineres ledelse og hva regnes som ledelse? Måter å betrakte dette på vil beskrives i neste avsnitt ut fra nasjonal kontekst.

3.4 Ledelsesbegrepet i lys av nasjonal kontekst

«Å lede» kalles «to manage» i angloamerikansk tradisjon (Byrkjeflot & Halvorsen 1997:64) og knyttes til begrepet «å mestre». Mestringen knyttes til at en person kalles til å løse et problem som er situasjonsbestemt og avgrenset. «To manage» eller «management» knyttes til generell ledelse på norsk, og på tysk brukes ordet «Leitung». Fra kontinentalt og tysk hold blir ikke ledelse betraktet som et eget fag slik det gjøres i management, men oppfattes som sammenknyttet med spesifikke fagtradisjoner. Slik faglig ledelse kalles i Tyskland for «Führung».

Mens den amerikanske profesjonsbevegelsen var individualistisk og ambisiøs, og søkte etter abstraksjon og teoretisering, ble oppbygging av yrkes- og tekniske utdanninger prioritert i det tyske samfunn (Byrkjeflot & Halvorsen 1997). Utvikling av vitenskapen burde underordnes statens og industriens behov. En profesjonalisering av en generell leder var således mulig i amerikansk ledelsesideal, men dette var ikke tenkelig ut fra den tyske tradisjonen. Den amerikanske varianten åpner for en demokratisk mulighetsstruktur (Sørhaug 1996:81) hvor alle kan bli ledere, mens i den tyske varianten knyttes mulighetene til at du har riktig faglig bakgrunn. Dette kan være en grunn til at sykepleiere ikke regnes med i ledelse, da legeprofesjonen er den med størst faglig tyngde og den «riktige» faglige bakgrunnen.

Management-tankegangen ble forsøkt innført med Marshall-planen etter andre verdenskrig, men møtte motbør i det kontinentale Europa, og særlig i Tyskland hvor utvikling av faglig ledelse ble vektlagt (Byrkjeflot & Halvorsen 1997; Byrkjeflot & Jespersen 2014). Marshall-planen fikk større innpass i Norge, og en rekke norske ledere (både leger, sykepleiere og helsepolitikere) reiste til Amerika for å få utdanning etter krigen (Torjesen 2007).

Amerikanske ledelsesidealer fikk da økende innflytelse i norske sykehus (Byrkjeflot & Halvorsen 1997; Torjesen 2007) og kan ha banet vei for de reformene som har blitt innført i Norge. Dersom ledelse i tyske sykehus i likhet med industrihierarkiet bygger på en form for autoritet som knyttes til det faglige hierarkiet, blir det vanskeligere å oppnå tillit dersom lederen ikke har bakgrunn som en fagperson eller spesialist. Dette kan ha medvirket til at det

ikke er forsøkt å innføre ledelsesreformer i Tyskland. Disse kulturelle særpregene ligger også som en bakgrunn når jeg skal sammenligne ledelse i tyske og norske sykehus. Jeg har innlemmet ledere fra sykepleiehierarkiet fra tysk kontekst, for å undersøke hvordan ledelse utføres av denne gruppen, siden de ikke regnes med i ledelse. Jeg belyser også det norske og det tyske materialet ut fra de samme teoretiske innfallsvinklene for å se om dette kan bidra til en nyansert beskrivelse av ledelse i casene.

I innledningskapitlet har jeg poengtert at ledelse i sykehus foregår i et krysspress av ulike logikker. Ledelse kompliseres av mange faktorer (Mintzberg 1983b), eksempelvis type organisasjon, hva som produseres, teknologi, trekk ved omgivelsene, politiske føringer og historisk kontekst. Temaet må av den grunn suppleres med teorier som belyser lederens handlingsrammer, institusjonell teori. Dette er særlig viktig når jeg sammenligner mellom land (Dent 2005) da variasjon i funn kan tilskrives ulike institusjonelle betingelser.

3.5 Institusjonelle rammer for ledelse

Studiet av ledelse i denne avhandlingen knyttes til sykehus som en spesifikk type institusjon, hvor institusjonen er bundet til lokal og nasjonal kontekst. Jeg velger å ta utgangspunkt i Scott sin definisjon av institusjoner:

Institutions are comprised of regulative, normative and cultural-cognitive elements that, together with associated activities and recourses, provide stability and meaning to social life (Scott 2008a:48).

Institusjoner framstår ut fra dette som stabile strukturer som tilbyr rammebetingelser som gjør det mulig for aktørene å fungere. De tre elementene (regulativ-, normativ- og kulturell-kognitiv pilar), er med på å stabilisere institusjonene ved å gi retningslinjer for det som oppfattes som «passende» (appropriate) oppførsel i institusjonen (March & Olsen 1989; Nylehn 1997). På denne måten avspeiler de samfunnet som de befinner seg i. Når jeg belyser mitt materiale ut fra de institusjonelle pilarene, betraktes disse som idealtypiske modeller (Weber 1983). Disse modellene fungerer som redskaper til å danne en oversikt over

virkeligheten. Ett tema kan belyses via ulike pilarer i Norge og Tyskland. For eksempel kan en type praksis være lovregulert i et land, mens det reguleres av normativ og kulturelt-kognitiv pilar i det andre landet. Jeg vil i det følgende gi en beskrivelse av hva som knyttes til de ulike pilarene.

I lys av den *regulative pilar* vil institusjoner både begrense og regulere sosial handling (Scott 2008a). Lover, regler, politisk og strategisk arbeid i de ulike landene gir rammebetingelser for hvordan ledelse kan praktiseres. Den lovgivende prosess kan foregå både uformelt og formelt og avhenger av kapasitet til å etablere regler, kontrollere om andres handlinger er i samsvar med disse og mulighet til å sanksjonere handlingene gjennom belønning og straff (Scott 2008a). Dette er bevisste handlinger som har til hensikt å påvirke aktørenes framtidige handlingsrom og knyttes dette til reformene, kan de betraktes som rasjonelle og instrumentelle redskaper for reformatorene som iverksettes for å oppnå økt effektivitet.

Den *normative pilar* fokuserer på adferd. Normene angir hvordan ting skal gjøres og dette baseres på institusjonens verdier. I dette ligger det normer for begrensning av aktivitet, men det innebærer også fullmakter som muliggjør sosial handling. Verdiene gjenspeiles i standarder for hva som er foretrukket og ønskelig. Profesjonene og deres organisasjoner spiller en aktiv rolle i skapelsen av normene og de bærer med seg sine retningslinjer for adferd og etiske koder (Scott 2008a). Noen av verdiene og normene gjelder for alle i organisasjonen, mens andre knyttes til spesielle roller. Roller relateres her til utvalgte aktører eller sosiale posisjoner, hvor det knyttes forventning til «passende» mål og aktiviteter (ibid). Dette innebærer at det stilles normative forventninger til handling. Eksempel på slike roller er lederroller av ulikt slag. Til disse rollene knyttes det både rettigheter, ansvar og adgang til materielle ressurser.

I den *kulturell-kognitive pilaren* er felles forståelse i fokus. Individene danner en felles forståelse av den sosiale virkelighet som gir rammer for dannelse av mening (op.cit). Eksempelvis kan de ansatte over tid utvikle en forståelse av hva denne organisasjonen står for. Det utvikles en oppfatning om at «slik gjør vi det her», samtidig som at fokus, oppførsel

og måten ting blir gjort på blir «tatt for gitt». Fagspråk, innarbeidete begreper og bevisstheter kan bli så basale for det sosiale liv at de lett kan overses. Kulturen fungerer da som «software of the mind» (Scott 2008a:57) hvor programvaren gir mønstre til tanker, følelser og handling. Knyttet til sykehus kan det for eksempel betraktes som utenkelig at ledelse av faglige anliggende skulle utføres av andre enn aktuell profesjon (Sognstrup 2003). Kulturen behandles ikke kun som en subjektiv overbevisning, men også som symbolske systemer som kan oppfattes som objektive. Scott (2008a) vektlegger at den indre fortolkningen formes av det eksterne rammeverket.

Endringer i lovverk og praksis som følge av reformer har funnet sted i Norge, men også i Tyskland og andre land, og jeg vil i det følgende gi en innføring i måter å betrakte endringer ut fra et institusjonelt perspektiv.

3.5.1 Endring av institusjoner

Hvordan ledelse av sykehus arter seg i to ulike land vil avhenge av forhold som er historisk betinget (Kickert 2005; Pollitt & Bouchaert 2011), det samme gjelder for hvordan NPM-påvirkningen arter seg og hvilke reformer som innføres. Benevnelsen stiavhengighet kan brukes for å forstå hvordan lover, regler og kulturelle betingelser legger føringer for dagens ordninger og praksis i forhold til ledelse (Christensen & Lægreid 2002). Disse føringene kan være valgt mer eller mindre bevisst, men når en vei er valgt, investeres mye tid, ressurser og kompetanse på dette valget, og dette gjør det mer sannsynlig at en fortsetter på den veien (ibid). Dette etableres som en sosial virkelighet, det institusjonaliseres.

Institusjonaliseringen kan framstå gjennom bevisste, rasjonelle handlinger eller gjennom en mer evolusjonspreget framvekst. Berger og Luckmann (1992:71) betoner i sin framstilling av institusjonalisering at menneskelig aktivitet er preget av vanedannelse. Handlinger som gjentas danner et mønster og dette gir en gevinst i form av at energi frigjøres. De bruker lite beslutningsrefleksjon og handlingen blir en vane (Berger & Luckmann 1992). Når noen typer handlinger blir automatisert, reduseres kaos og gjør det lettere å ta beslutninger og på denne måten slipper aktørene å reflektere over hvordan de skal løse eller betrakte den aktuelle

utfordringen. Automatiseringen frigjør tankekapasitet og gir større rom for nytenkning og rasjonelle vurderinger på andre områder. Disse vanedannende prosessene går forut for institusjonalisering, mens vanene spres til andre mennesker og gir seg uttrykk ved at det oppstår ulike institusjoner i samfunnet.

Veivalg som institusjonaliseres kan være vanskelige å endre senere, men kan endres gjennom gradvis forandring eller gjennom kriser og ytre sjokk. Jeg nevner to typer endringsmekanismer ut fra en historisk institusjonalisme-tankegang (Mahoney & Thelen 2010), «displacement» og «layering». Innføring av enhetlig ledelse (2001) og de strukturelle endringene som ble gjennomført gjennom sykehusloven (2002) i Norge kan betraktes som en erstatning (displacement) (Mahoney & Thelen 2010) hvor den todelte ledelsesmodellen erstattes med enhetlig ledelse, og den fylkeskommunale sykehusmodellen ble erstattet med en statlig. Dette kan betraktes som radikale endringer (Byrkjeflot & Neby 2004) og hybridbegrepet har dukket opp i studiene av ledelse etter at disse endringene ble forsøkt implementert. En mindre radikal form for endring oppstår når nye lag med regler for ledelse suppleres på toppen av eller ved siden av de eksisterende (layering) (Mahoney & Thelen 2010). Dette kan illustreres ved at en type logikk i ledelse kan suppleres med en annen logikk. Ledelse endres ikke fullstendig, men implementeringen av nye impulser kan gi substansielle endringer i de logikkene som preger ledelse i sykehus. Innføringen av finansielle reformer i Tyskland med en implisitt forventning om endring av fokus i ledelse kan betraktes i lys av «layering». Kravet om økt fokus på økonomi i ledelse, kan supplere og påvirke et faglig fokus i ledelse og det kan oppstå en hybridisering.

Når jeg velger sykehus som kontekst å belyse ledelse fra, kompliseres ledelse ytterligere av at sykehus er bemannet av sterke profesjoner som har sine faglige idealer for hvordan ledelse skal praktiseres (Abbott 1988; Freidson 1994). «Profesjon» kan også betraktes som en institusjon som har sin egen logikk. I det følgende viser jeg hvordan profesjoners stilling i samfunnet og forholdet dem i mellom har innflytelse på ledelse.

3.6 Profesjoner og deres forhold til ledelse

Muligheten til å drive ledelse knyttes i dette avsnittet til autoritetsbasen «profesjon». Profesjonsbegrepet er omstridt (Molander & Terum 2008) og nytten av begrepet diskuteres (Evetts 2003). De profesjonelle tildeles rettigheter til å utøve sitt fag på vegne av samfunnet (Molander & Terum 2008). Eksempel på dette er legenes rett til å behandle pasienter og sykepleiernes rett til å pleie dem. Rettigheten til å lede sykehus er også tildelt. Som velferdsstatens nøkkelaktører (Kuhlmann 2006) er de en politisk ressurs. De opptrer som agenter for trengende grupper, og de er viktige bidragsytere i politisk utvikling hvor de leverer informasjon men også premisser til politiske aktører. Profesjonene kan også betraktes som meglere mellom staten og borgerne, og i denne posisjonen har de stor makt. Som profesjonelle preges de av normer, regler og verdier fra sin utdanning og praksis, samtidig som de fortolker og anvender de normer, regler og verdier som preger institusjonen (Scott 2008a). På denne bakgrunn kan profesjoner også utgjøre et politisk problem da de forfølger egeninteresser og dette kan medføre en rigiditet som gjør det vanskelig når reformer skal settes ut i live. De er både viktige interessebærere, men også viktige som fortolkere (Abbott 1988; Freidson 1970; Larson 1977). Ut fra dette mener jeg at profesjonsteori er sentral i studiet av ledelse i sykehus.

Fortsettelsen av kapitlet vies profesjoner. Først defineres profesjon, så beskrives profesjonaliseringsprosesser, deretter fokuseres det på endringer i profesjonalisme som følge av innflytelsen fra NPM, og sist beskrives særpreg ved ledelse for de aktuelle profesjonene i studien.

3.6.1 Profesjon og profesjonalisering

I henhold til Freidsons (1970) beskrivelse av profesjoner så knyttes det til en yrkesgruppe som har kontroll over adgangen til et arbeidsfelt, den har monopol på utøvelsen og fører intern kontroll over praksisen ut fra sitt kunnskapsgrunnlag. Dette gir yrket, eller profesjonen, autonomi i utøvelse ut fra standarder som er definert av yrkesutøverne selv. De er autonome både i forhold til valg av mål og midler som brukes for å nå målene (Berg

1987). Abbott (1988) ser på de profesjonelles relasjoner og hvordan de kontinuerlig er i forhandling om hvem som har rett til å utføre et bestemt arbeid, og dette leder til konflikter. Konfliktene dreier seg om jurisdiksjon eller råderett over et kunnskapsfelt og knyttes både til formelle og uformelle sosiale strukturer. Vektlegging av abstrakt kunnskap som har opprinnelse i en vitenskapelig base (Abbott 1988) skiller også profesjoner fra andre yrker. Profesjonsutøvelsen knyttes videre til at profesjonen yter spesialiserte tjenester til klienter. Når klienten oppsøker den profesjonelle med et forhold som er viktig for klienten, blir forholdet asymmetrisk da klienten blir avhengig av yrkesutøveren som har kunnskapen til å finne en løsning. Oppgavene er kompliserte og forholdsvis lite standardiserte. Dette gjør at den profesjonelle må kombinere spesialisert og formalisert kunnskap med utøvelse av skjønn (Freidson 2001).

Profesjonaliseringsprosessen kan være av interesse også, og med profesjonalisering vises det til en historisk prosess som kan lede til formasjonen av en innflytelsesrik gruppe (Mieg 2003). Målet er «social closure» (Abbott 1988) eller utestenging av andre for at yrkesgruppen kan ivareta sine egeninteresser i forhold til lønn, status og makt. Målet er også å beholde monopol i forhold til yrkesmessig jurisdiksjon (Abbott 1988; Evetts 2011; Larson 1977).

Legen regnes som en av de opprinnelige, arketypiske profesjoner (Slagstad 2006) mens sykepleien har kjempet en langvarig kamp for profesjonsstatus. Norske sykepleiere fikk profesjonsstatus etter opprettelse av utdanning på høyskole/universitetsnivå med mastergrad og eget PhD-program fra 1984 (Melby 1990; Schiøtz 2003). I Tyskland er det større strid om de kan defineres som en profesjon. Staten spiller en stor rolle for profesjonsutviklingen gjennom oppretting av nasjonale profesjonsforbund og akademisering av utdannelsen (Neal & Morgan 2000). Sykepleierutdanningen er ikke på høyskole-/universitetsnivå (Watkins 2010; Weinbrenner & Busse 2006), og siden de mangler nasjonale profesjonsforbund representeres de av leger under politiske forhandlinger (Märker & Bode 2014). På denne bakgrunn kan de betraktes som en underordnet yrkesgruppe (Abbott 1988) eller et hjelpeyrke for legene (Erichsen 1996b; Jespersen 2005). I andre sammenhenger omtales sykepleierne

som en profesjon (Kuhlmann 2003; Watkins 2010). Min betraktning relateres til Freidsons (1970) beskrivelse av en profesjon som er nevnt over (adgangskontroll, utøvelsesmonopol, internkontroll), og på denne bakgrunn regner jeg også de tyske sykepleierne som en profesjon gjennom denne avhandlingen.

Når jeg skal fortolke ledelse, kan det være nyttig å betrakte sykehus som et profesjonssystem hvor profesjonene er forbundet med hverandre og gjennom de oppgaver de gjør. Ved å analysere profesjonaliseringsprosessene ut fra profesjonsstrategier gjøres en kobling mellom makro-, meso- og mikronivået (Abbott 1988; Erichsen 1996b). Fra mikronivå studeres hvordan profesjonene interagerer med hverandre, men en kan også studere hvordan individuelle profesjonelle bygger et bilde av hvordan profesjonen skal oppfattes (Abbott 1988:61). Institusjonen, eller arbeidsplassen, kan betraktes som mesonivået. Arbeidsplassen er en viktig arena for implementering av både offentlig politikk og å fremme profesjonenes politiske agenda. Aktivitetene på disse nivåene holdes opp mot makronivået gjennom den politikk og de profesjonsstrategier som er gjeldende. På makronivået utformes politikken, rettigheter til yrkesutøvelse tildeles, likeså begrensninger og ekskludering av konkurrerende profesjoner. På denne måten kan en få en forståelse av hvordan relasjonene mellom de profesjonelle blir konstituert.

Selv om jurisdiksjonen, eller råderetten, over et fagområde kan institusjonaliseres ved at for eksempel staten tildeler en profesjon rettigheter til å utøve sitt fag på vegne av fellesskapet, så er ikke skillet mellom profesjoner statisk (Abbott 1988; Nancarrow & Borthwick 2005). Dette illustreres eksempelvis med endringene av ledelse i norske sykehus. De individuelle profesjonelle eller ledere kan knyttes til mikronivået, mens profesjonsorganisasjonene og offentlige styringssystemer utgjør makronivået. Ved å anlegge et slikt perspektiv kan jeg både se på hvilke føringer som legges fra statlig nivå, hvordan profesjonsorganisasjonene forholder seg til dette og jeg kan studere de praksiser som utøves av lederne. Jeg kan analysere hvordan profesjonsstrategiene forløper etter reformen både på individnivå og på profesjonsnivå for å se hvordan endringene i jurisdiksjonen implementeres eller motarbeides.

En kritikk av profesjonsbegrepet er at fokuset på de arketypiske profesjoner har fjernet fokus fra hva som skjer i andre yrkesgrupper (Evetts 2003). Det kan være mer nyttig å se på profesjonalisme enn profesjoner, da dette er noe alle typer yrker etterstreber. Profesjonalisme knyttes til både yrkesmessige og normative verdier, noe som er verdt å bevare og etterstrebe (Evetts 2011). Å bli betraktet som profesjonell er et honnørord. I beskrivelse av profesjoner og profesjonalisme, vektlegges autonomi og faglige standarder. I realiteten er virkeligheten en annen, mener Evetts (2009). NPM-innflytelsen har påvirket profesjoner og deres forhold til ledelse i de fleste vestlige land, og i det følgende gis et innblikk i hvordan profesjonalisme endres fra en faglig fokusert til en organisatorisk profesjonalisme.

3.6.2 Endringer i profesjonalisme etter møtet med NPM

Den «faglige profesjonalisme» har som fokus «*notions of partnership, collegiality, discretion and trust*» og denne endres til en «organisatorisk profesjonalisme» hvor fokus endres til «*increasing levels of managerialism, bureaucracy, standardization, assessment and performance review*» (Evetts 2009:407). Ansvarlighet (accountability) og resultatindikatorer har blitt fundamentale aspekter i diskursen om profesjonalisme (ibid). Profesjonene må forsvare sin bruk av offentlige midler i drift av eksempelvis sykehus. Nedskjæringer og økt fokus på økonomi har blitt supplert med et forsøk på å innføre en disiplinering av de profesjonelle til å utvide sitt fokus med en organisatorisk profesjonalisme, vektlegging av byråkrati og ledelse. Staten forsøker å redefinere profesjonalismen og gjøre den mer budsjettfokusert, økonomisk bevisst og styrbar (Kuhlmann 2003). Dette medfører en utvidelse av den tradisjonelle rollen for å vise at profesjonene kan imøtekomme de eksterne kravene. De profesjonelle blir både målt og sammenlignet, de må fokusere på maksimering av inntekter og kontroll av utgiftene. Dette medfører en endring i det profesjonelle fokus fra et klientfokus til et organisasjonsfokus (Evetts 2009). Gjennom en organisatorisk profesjonalisme vektlegges samarbeid i større grad enn autonomi, og dette reduserer autonomien til den enkelte lege-praktiker, men legeprofesjonen kan beholde sin sterke stilling (Kuhlmann 2003).

Denne endringen i profesjonalismen beskrives som endringer «innenfra» eller «ovenfra». En endring i profesjonalismen innenfra kan beskrives ved at de profesjonelle opptrer som institusjonelle entreprenører og bidrar med nye ideer, eller re-institusjonaliserer gamle ideer (Jespersen, Nielsen, & Sognstrup 2002). Ideer om endring som kommer innenfra, fra profesjonen selv, kan ha reell innflytelse på profesjonen (Evetts 2009). Profesjonalisering fra oven kan knyttes til de politiske reformene som har blitt innført. Ledelsen ved sykehusene får ansvaret for å implementere endringene og det skjer en endring i den autonome arbeidssituasjonen til de profesjonelle. Profesjonell utøvelse av skjønn i relasjonen mellom klient og praktiker reduseres og erstattes av organisatoriske mål (ibid) men også av innføring av faglige standarder for behandling som Evidence Based Medicine, EBM. Praktikerne styres i større grad av ledere og organisatoriske mål enn av faglige standarder. Statlige reguleringer kan på denne måten brukes til å omdanne helsesektoren (Kuhlmann 2003), noe som affiserer både leger, sykepleiere og ledelsen. Et annet resultat av denne endringen er at grensene mellom profesjonene blir løsere og dette gir nye muligheter for å utvide jurisdiksjonen mellom faggruppene.

Indikatorer på faglig profesjonalisme er vektlegging av makt til profesjonene, kollegialitet, skjønnsutøvelse og fokus på pasientene. Gjennom en organisatorisk profesjonalisme dreies fokus og indikatorer på dette kan være vektlegging av organisatoriske mål, nedbygging av grensene mellom profesjonene, eksempelvis i forhold til ledelse, og bruk av faglige standarder og prosedyrer.

Innføringen av enhetlig ledelse er profesjonsnøytral, samtidig som de ledere som kommer inn i disse rollene har en helseprofesjonsfaglig bakgrunn. Leger og sykepleiere har gjennom sin utdanning investert flere år av sitt liv og de har blitt sosialisert inn i en kultur og internaliserer profesjonens logikker. Dette har de med i sin bagasje når de blir ledere og jeg antar at dette vil (i alle fall i begynnelsen) prege deres fokus som ledere. I neste avsnitt går jeg inn på legefaglige- og sykepleiefaglige logikker i ledelse.

3.6.3 Profesjonene i ledelse

I rammeverket av en institusjonell organisasjonsteori, er de respektive profesjonene lege og sykepleier bærere av distinkte institusjonelle verdier, normer og praksiser (Degeling, Kennedy, & Hill 2001; Freidson 1994; Scott 2008a). Dette stadfestes av Fjellvær (2010:118) som finner at ulike profesjoner i et sykehus har sine distinkte profesjonelle logikker og ulikhetene kommer spesielt til syne når det er snakk om hvem som skal gjøre særskilte oppgaver (som ledelse), og i fordeling av ressurser. Før jeg går inn på beskrivelser av leger og sykepleiere i ledelse, vil jeg presisere at disse særpregene ikke må leses som essensielle eller absolutte egenskaper som «alle leger» eller «alle sykepleiere» preges av. Dette er profesjonssærpreget som den enkelte lege eller sykepleier kan preges av i varierende grad. Det er også vanskelig å generalisere og si at leger er «slik» som ledere og sykepleiere «sånn», da dette avhenger av stillingsstruktur, antall ansatte de er leder for, arbeidets art osv.

Legeprofesjonens faglige logikk knyttes til medisinskfaglig behandling og fokus på den individuelle pasient. Legers rasjonale har vært preget av kunnskap fra en vitenskapelig base og vitenskapelig utvikling er grunnleggende sammen med spesialisering, individualisering og oppfølging av pasientens behov som rager over alle andre overveielser (Freidson 1994; Jespersen, Nielsen, & Sognstrup 2002). Behandling gjennomføres på bakgrunn av skjønnsutøvelse, basert på egen kunnskap og evner (Currie, Koteyko, & Nerlich 2009; Degeling, Kennedy, & Hill 2001; Freidson 1994). Legene tar med seg det individualistiske fokuset inn i ledelse (Degeling m.fl. 2003). Dette innebærer at de ikke utvider sitt fokus, og ledelse dreier seg om planlegging og organisering av medisinsk behandling. Det har videre blitt framholdt at profesjonen ytrer en ringeakt for ledelse med annen autoritetsbase enn medisinskfaglig ledelse (Berg 1987). Et annet særpreget er at legene også ønsker instruksjonsrett over andre helsefaglige yrker og ønsker at disse skal være underlagt den medisinske profesjonen (Jespersen 2005).

Hva som defineres som sykepleiers logikk kan variere i ulike kontekster. Fra anglo-amerikansk tradisjon presenteres sykepleiers faglige logikk knyttet til et helhetlig fokus på

behandling og pleie av pasientene (cure and care) (Currie, Koteyko, & Nerlich 2009; Degeling, Kennedy, & Hill 2001; Freidson 1994). Denne helhetlige forståelsen fastholdes av sykepleieprofesjonen i ledelse (Degeling m.fl. 2003) og forståelsen harmonerer med en organisatorisk profesjonalisme (Evetts, 1009). Fra norsk kontekst beskriver Erichsen (1996a) hvordan det nettopp har vært en del av sykepleiens strategi for å oppnå profesjonsstatus, at de har skilt mellom «cure and care». Profesjonaliseringen av sykepleien kan ses som i lys av at de oppretter en egen nisje hvor de framstiller sitt eget kunnskapsfelt (Brandte 2013). Dette kunnskapsfeltet kombineres med nærliggende disipliner, som medisinen. Sykepleien er ikke løsrevet fra medisinsk kunnskap som anatomi, fysiologi og sykdomslære, men dette grunnlaget oppfattes som for snevert for å kunne utøve god sykepleie (Fjeldbraaten 2010). Det som kontrasterer sykepleie i forhold til medisinen er vektlegging av omsorg og pleie for pasienten ut fra *pasientens opplevelse* av sykdom. Dette framstilles som en motsetning og eget fagområde i forhold til medisins vektlegging av behandling på bakgrunn *årsaken* til sykdommen, *diagnostikk* og hvilke *prognoser* som foreligger (ibid). Sykepleiens spesialer er pleie og sykepleievitenskap, som en kontrast til medisins fokus på diagnose og behandling ut fra medisinsk vitenskap.

En indikator på legefaglig ledelse er at ledelse snevres til planlegging av det medisinske arbeidet og instruksjonsrett over andre profesjoner. Indikatorer på den sykepleiefaglige logikk i ledelse dreier seg om et helhetlig fokus på pleie, behandling og administrative oppgaver knyttet til pasientarbeidet.

Etter denne gjennomgangen av det teoretiske rammeverket som anvendes i analysen av datamaterialet, beskrives design og metode. Her går jeg gjennom framstillingen av dataene som ligger til grunn for avhandlingens analyser.

4. Metode og gjennomføring

Som nevnt i innledningen velges en kvalitativ studie for å belyse hvordan ledelse endres i sykehus under innflytelse av NPM. Dette gjøres ut fra en sosialkonstruktivistisk innfallspott (Berger & Luckmann 1992). Avhandlingen er artikkelbasert og metode blir også beskrevet i de aktuelle artiklene. Jeg velger likevel å ta en grundig gjennomgang av metode og gjennomføring i dette kapitlet, da det er begrenset hvor mye som kan beskrives i artikkelformatet, og til artiklene rapporteres det fra et større prosjekt. En såpass omfattende og detaljert redegjørelse som presenteres her, gjøres i respekt for deltakerne i studien som brukte av sin tid til å intervjues av meg, og i respekt for leseren så det blir lettere å vurdere kvaliteten av min studie. Gjennom det metodiske arbeidet gjøres også mange oppdagelser som blir en del av det analytiske materialet, og dette vil beskrives gjennom kapitlet. Avhandlingen er større enn de tre artiklene.

I fortsettelsen vil jeg beskrive utvikling av design og jeg går gjennom metodene som har vært brukt til innsamling av data. Jeg gir deretter en skildring av analyseprosessen og kvalitetsvurderinger i forhold til mitt arbeid og mine data.

4.1 Utvikling av design

En kvalitativ studie gir mulighet til å endre design og metode dersom det skulle dukke opp momenter underveis som kan gi en bedre eller annen belysning av problemstillingen (Kvale & Brinkmann 2009). I utgangspunktet hadde jeg tenkt å studere ledelse i norske sykehus, men etter å ha deltatt i et EU-finansiert forskningsprosjekt endret jeg designen. Jeg fikk tildelt midler til å delta i en «Scientific Mission», COST Action IS0903¹⁴, sammen med en tysk PhD-stipendiat¹⁵. Utviklingen i sykehusledelse i Norge og Tyskland skulle

¹⁴ COST Action IS0903. Enhancing the role of medicine in management in European health systems - implications for Control, Innovation and User Voice. www.cost.esf.org/domains_actions/isch/Actions/IS0903-Enhancing-the-Role-of-Medicine-in-the-Management-of-European-Health-Systems-Implications-for-Control-Innovation-and-User-Voice-End-date-November-2013

¹⁵ Markus Märker arbeider og tar sin PhD ved Universitetet i Kassel, Tyskland.

sammenlignes. Bakgrunnen for studien knyttes til NPM-påvirkningen som har preget helsevesenet i de fleste Europeiske land med introduksjonen av nye finansieringsmåter, kvasi-marked, privatisering, nye organiseringsformer og ledelsesreformer. I flere land ses forsøk på å involvere klinikere i større grad i ledelse, særlig leger, men også sykepleiere. COST påpekte at det er lite kunnskap om hvordan rollene utformes og oppdraget var å undersøke utbredelsen av leger i ledende roller på ulike nivåer i hierarkiet, hvordan engasjerte leger seg i disse rollene, og hvilke institusjonelle betingelser var til hjelp eller hinder for utvikling i lederrollen. Problemstillingene som ble undersøkt gjennom COST-prosjektet var nesten sammenfallende med mine, og jeg fant at en sammenligning med Tyskland kunne berike mitt prosjekt. Jeg ønsket derfor å gå videre med egen datainnsamling og jeg innlemmet en sammenligning mellom Norge og Tyskland i min studie. Mye av min bakgrunnskunnskap om Tyskland stammer fra dette prosjektet.

Fleksibilitet og åpenhet er også viktig når jeg skal studere et fenomen i to ulike kulturer slik at jeg har mulighet til å improvisere underveis. Det kan videre være lurt å anlegge en åpenhet i design når en studerer organisasjoner som er i endring, slik spesialisthelsetjenesten nå er i (Meier, Nielsen, & Madsen 2009:19). Jeg velger derfor en design som kan romme dette; en casestudiedesign.

4.1.1 Casestudiedesign

En casestudie design kan beskrives som en empirisk undersøkelse av et fenomen, eksempelvis hybrid ledelse, som ikke framstår som selvnlysende og klart ut fra konteksten (Maaløe 2002:27). Det kan brukes mange datakilder, men også ulike teoretiske innfallsvinkler i en casestudie (Jespersen 2005), noe som understøtter at denne designen gir den åpenheten som ønskes når fenomenet er uklart og mangetydig.

Andersen (2013) gir en beskrivelse av hva en casestudie er:

Case er intensive studier av en eller noen få enheter. Case kan være organisasjoner (eller deler av dem), beslutninger, forhandlinger, en diskurs, et hendelsesforløp, en handling, en prosedyre, et utsagn etc (Andersen 2013:23).

Gjennom casestudier kan det eksempelvis fokuseres på spesifikke institusjoner (Kvale & Brinkmann 2009) og casene som undersøkes i denne studien er et norsk og et tysk sykehus.

Casestudier kan ha ulike formål, og målet med denne studien er utvikling av kunnskapen om ledelse etter NPM-reformer. Den aktuelle casen ikke kan beskrives tilfredsstillende ut fra eksisterende teori, så det jakes på teoretiske mønstre (Andersen 2013). Jeg har beskrevet noen antagelser i tilknytning til underspørsmålene i hovedproblemstillingen, og ulike teoretiske fortolkningsrammer brukes for å se hvordan teorien utfordres av funnene fra casestudiene. Dette åpner for teoretisk fordypning (Andersen 2013). Gjennom fortolkningen kan begrepet «hybrid ledelse» teoretiseres ved at det avledes abstrakte kategorier og begreper som kan konstruere ny mening og oppfattelse av fenomenet (Greenwood, Suddaby, & Hinigs 2002; Kirkpatrick m.fl. 2011).

Jeg velger en utforskende/eksplorativ design og en sammenlignende/komparativ design. I de påfølgende avsnitt gis en beskrivelse av disse.

Eksplorativt casestudiedesign

Hybridledelsesforskningen kan betraktes som relativ ny, og en utforskende/eksplorativ forskningsdesign kan være nyttig når nye felt utforskes (Patton 2002:193). Denne designen kan brukes når forskeren skal undersøke et felt hvor det er lite eller begrenset kunnskap og hensikten er å «*utvikle en analytisk basert forståelse av sosiale fenomener*» (Thagaard 2013:16). Dette gjelder særlig innen politiske områder som eksempelvis sykehusledelse. En utforskende design gir rom for fleksibilitet og utvikling av både problemstilling, design og valg av metoder, ettersom en får mer kunnskap om temaet (Thagaard 2013).

Gjennom en eksplorerende datainnsamling, kan en studere hvordan mønstre opptrer (Patton 2002). Min studie begynte med en review for å se hvordan andre forskere brukte begrepet hybrid ledelse, hva de la i det og hvordan det ble beskrevet (jamfør artikkel 1). Det neste steget i min forskningsprosess knyttes til det Patton (ibid) anbefaler, med innsamlingen av nye data i nye cases for å sjekke ut levedyktigheten til funnene fra reviewen, i tillegg til belysning av tema jeg savnet informasjon om. Jeg samlet derfor inn egne primærdata som

fortolkes i lys av teorier utviklet fra tidligere forskning. Deler av min primærdatainnsamling preges av en utforskende karakter ved at en del av spørsmålene var åpne. Dette gav rom for at lederne kunne besvare spørsmålene ut fra sin innfallsvinkel. Jeg la fram stikkord knyttet til det komplekse temaet for å få inn ny informasjon og nye måter å belyse temaet på (Kvale & Brinkmann 2009). Disse dataene ble så utgangspunkt for sammenligningene som ble gjort i fortsettelsen av studien. Den komparative designen beskrives i det følgende.

Komparativ casestudiedesign

En måte å få dypere kunnskap om et felt, er ved å sammenligne med et annet (Gerring 2004), sammenligning kan styrke innsikten (Gran 2012). En sammenligning gir også en dypere forståelse av hvordan sosiale fenomener forholder seg til hverandre (Maggetti, Gilardi, & Radaelli 2012). Kjernen i komparative studier er å finne teoretisk interessante sammenligninger (Thagaard 2013). Gjennom komparasjonen forholder jeg meg til Tillys (1984) begreper variasjonsfinnende og individualiserende sammenligninger. Variasjonsfinnende sammenligninger fokuserer systematisk på forskjeller ved det sammenlignede og kan være nyttig ved teoriutvikling og utvikling av begreper. Ved individualiserende sammenligninger beskrives særtrekk ved hver case og såkalte «tykke beskrivelser» lages (Byrkjeflot 1998).

Sammenligninger kan gjøres på ulike måter. Først gir jeg en kort beskrivelse av sammenligning i *rom* via Most-Similar Case-Design og Most-Different Case-Design. Deretter i *tid* gjennom beskrivelsen av synkrone og diakrone sammenligninger.

Most-Similar Case-Design og Most-Different Case-Design

Gjennom en Most-Similar Case-Design sammenlignes to eller flere cases. I sin enkleste form må casene være like i alle henseende, unntatt fenomenet som er i fokus (Gerring 2008). Gjennom en slik design søkes det etter en eller flere faktorer som kan belyse variasjonene. Denne designen velges ikke da konteksten for ledelse i de to landene er for ulik, jamfør kapittel 2.

De nye dataene jeg fikk gjennom den eksplorative studien ble brukt for å undersøke om de samsvarte med eksisterende kunnskap, eller om ny kunnskap kunne utledes. I denne fasen anbefalte Patton (2002) at en velger ut cases som både er i samsvar med de antagelsene som en utleder, men også cases som ikke samsvarer. Av den grunn ble en Most Different Design benyttet, og en komparativ studie ble så gjennomført til sammenligning av ledelse i Norge og Tyskland. I denne designen må det være en base av fellestrekk i casene, samtidig som det er andre trekk som kan være med å forklare utfallet i sammenligningene (Gerring 2008). Sagt på en annen måte, så sammenlignes ett spesielt fenomen (sykehusledelse) i ulike omgivelser, og en slik design passer til små N-studier (Rioux & Ragin 2009:22). Basen av fellestrekk knyttes til at leger har dominert i ledelse i begge landene, og at NPM har vært en sentral drivkraft i utviklingen av begge lands helsevesen. Landene er for øvrig ulike i størrelse, styresett organisering, ledelsestradisjoner og finansiering av sykehusene. Et trekk som kan være med å forklare utfallet i sammenligningene (George & Bennett 2005), er at landene har valgt forskjellige strategier for hvilke typer reformer som har blitt innført. Dette gir ulike føringer for hvordan ledelse skal tilpasses etter NPM-innflytelsen. Denne bakgrunnen gir mulighet til å undersøke hvordan ledelse påvirkes og hvordan dette påvirker profesjonenes forhold til ledelse i de ulike kontekstene. Det overordnede fokus i avhandlingen er ledelse i Norge, men særtrekk ved Norge tydeliggjøres gjennom sammenligningen med Tyskland.

Synkron – og diakron sammenligning

Sammenligning i tilknytning til tidsaspektet kan gjøres gjennom synkrone- og diakrone sammenligninger. Synkrone sammenligninger foregår innen et gitt tidsrom (Byrkjeflot 1998), slik det gjøres i artikkel 2 med sammenligning av ledelse i norsk og tysk sykehus. Diakrone sammenligninger gjøres over tid innen en case (ibid) og denne sammenligningsmetoden velges i artikkel 3. Her gis en historisk komparativ skildring av kontekstene for ledelse i sykehus for norske leger og sykepleiere gjennom de siste 40 år. Gjennom en slik diakron sammenligning avdekkes endringene i lederrollen som følge av utvikling i kontekstene og endringer i institusjonelle rammebetingelser for ledelse for de to profesjonene.

I de følgende avsnitt presenteres de ulike datakildene og metodene som brukes for å belyse min problemstilling.

4.2 Datainnsamlingsmetoder

Valg av metoder kan påvirke den informasjonen jeg får tilgang til (Gubrium & Holstein 1997). Studien designes ved at jeg ønsker å bruke en miks av komplementære metoder som kan belyse feltet fra ulike synsvinkler. Metodene som benyttes i denne studien knyttes til innsamling av data fra ulike kilder (Blaikie 2010). Blaikie skiller mellom tre typer data; primær-, sekundær- og tertiærdata. Til innsamling av primærdata benyttes intervjuer og observasjonsstudier. Så brukes sekundærdata, dette er innsamling av data fra ulike oversikter og statistikker som er generert av mange forskjellige forskere. Sist brukes tertiærdata som er data innsamlet og fortolket av andre forskere. Primærdataene anvendes i artikkel 2 og 3, mens sekundær- og tertiærdata nyttiggjøres særlig i artikkel 1 og 3. Primærdataene presenteres i kapittel 5, og dataene fra de ulike kildene blir brukt i det avsluttende diskusjonskapitlet i kappen.

I det følgende gir jeg en gjennomgang av de ulike metodene; først primærdata, så studien av sekundær- og tertiærlitteratur.

4.2.1 Primærdata; intervjuer

Intervjuet som metode har blitt avdramatisert i de siste år i vårt samfunn ved at mange har opplevd det i en eller annen form; en survey på telefonen, vi stoppes på gaten og «alle» ser på Skavlan. Et vitenskapelig intervju kan betraktes som innsamling av data via konversasjon, hvor vitenskap defineres som en systematisk produksjon av kunnskap (Kvale & Brinkmann 2009:107). Konversasjonen, eller samtalen, har både et formål og en viss struktur, og hensikten er å samle data om fenomenet som det forskes på og fortolke mening ut fra dataene (ibid). Intervjuet er en styrt samtale, dog i varierende grad. Jeg har gjort semistrukturerte intervjuer. Jeg laget da en intervjuguide (se i vedleggene for norsk og engelsk guide) med temaer jeg ønsket å belyse. Utviklingen av intervjuguiden har foregått gjennom mange

stadier. Jeg har intervjuet to ledere med kjennskap til begge land og fikk bekreftet viktigheten av temaene jeg hadde valgt, samt spisset og supplert med enkelte spørsmål. Deretter fikk jeg innspill fra flere norske forskere, noen av dem med kjennskap til begge land. At intervjuene var semistrukturerte gjorde det mulig å tilpasse til hver enkelt deltaker, samtidig som intervjuguiden fungerte som en huskeliste til å sjekke at jeg hadde vært innom alle temaområder.

Utvalg og beskrivelse av deltakerne

Jeg har gjennomført 24 semistrukturerte dybdeintervjuer med norske og tyske sykehusledere. Personene benevnes «deltakere» på bakgrunn av betraktningen av hvem som produserer kunnskap og hvordan dette gjøres. Når intervjuet betraktes som en profesjonell konversasjon, kan en betrakte kunnskapsdannelsen som en interaksjon mellom intervjuer, deltakeren og temaet (Gubrium & Holstein 1997; Kvale & Brinkmann 2009).

De to sykehusene som ble med i studien hadde en rekke fellestrekk; begge var offentlige sykehus med generell- og akuttfunksjon, det var omtrent 5 000 ansatte i begge sykehusene og de utførte behandling innen kirurgi, medisin og psykiatri. Fra det norske sykehuset ble 17 intervjuer gjennomført, jamfør tabell 2. I forhold til den norske casen har jeg gjort en formålsrettet (Jacobsen 2003) utvelgelse av deltakere til studien, for å finne deltakere som kan tilføre kunnskap til mitt prosjekt og gi meg god informasjon. Både kvinner og menn deltok, og ledere fra ulike nivå i organisasjonene for å få bredest mulig variasjon til informasjonsgrunnlaget. Valget av ledere med lege- og sykepleiebakgrunn henger sammen med reformene for Norges del, hvor profesjonsnøytral ledelse er innført og leger og sykepleiere utgjør de største profesjonsgruppene i ledelse (Kjekshus & Bernstrøm 2013). Deltakerne kom fra de tre nederste nivåene i sykehushierarkiet; førstelinjeledere, mellomledere og topp-/divisjons-/klinikkledere. En leder med en annen bakgrunn regnes med i legegruppen siden den har tilsvarende lengde på utdanning som legene. Lederne arbeidet ved medisinske, kirurgiske og psykiatriske enheter.

Ideelt sett skulle jeg hatt et tilsvarende utvalg fra tyske sykehus med ledere fra de tre nivåene innen de faglige hierarkiene som tyske sykehus er organisert etter, men det var svært vanskelig å få innpass og gjøre intervjuer i tyske sykehus. Jeg måtte derfor bruke snøballmetoden (Ryen 2006) og lyktes med å få syv intervjuer. Jeg betrakter likevel utvelgelsen her som formålsrettet, da jeg søkte etter deltakere som kunne tilføre kunnskap fra tysk synsvinkel. Deltakerne arbeidet i førstelinjen, mellomnivå og toppnivå, men deltakerne i de to øvre nivåene satt i stabstillinger. Jamfør tabellen:

	Norge		Tyskland	
	Sykepleier	Lege	Sykepleier	Lege
Førstelinjen/Enhetsleder	4		2	2
Mellomleder/Avdelingsleder	5	4	1	
Toppleder/Divisjonsleder	1	3	1	1

Tabell 2: Deltakere i studien.

Det var store forskjeller i ansvarsområde for lederne. En tysk overlege regnes som leder, selv om han har ansvar bare for seg selv og eventuelt noen få assistentleger. De tyske legene i studien hadde ansvar for rundt fem personer. De tyske ledersykepleierne i førstelinjen hadde ansvar for rundt 50 sykepleiere. Fra den norske casen hadde førstelinjen ansvar for mellom 50-100 ansatte, mellomlederne fra 20-400 ansatte og klinikklederne over 1 000 ansatte. Dette illustrerer at det er vanskelig å skulle generalisere og si at sykepleiere er «slik» som ledere og leger er «sånn».

Kunnskapsgrunnlaget til lederne i studien er ulik, i og med at jeg har intervjuet ledere fra to profesjonsbakgrunner; leger og sykepleiere i to land; Norge og Tyskland. De norske sykepleierne har 3-årig høyskoleutdanning på universitetsnivå og i det norske systemet er det mulig for sykepleiere å ta mastergrad og PhD. Den tyske sykepleierutdanningen er også 3-årig, men er ikke på høyskolenivå (Weinbrenner & Busse 2006). Norsk legeutdanning tar 6,5 år med turnustjeneste etterpå, før spesialisering tar til. Den tyske legeutdanningen tar 6 år

og turnustjenesten ble forlatt i 2003, men studentene har 48 uker klinisk praksis siste år i grunnutdanningen (Busse & Riesberg 2004).

Det formelle kunnskapsgrunnlaget i forhold til ledelse mellom profesjonene varierte. I Norge har ingen av legene formell lederutdanning utover kortvarige kurs, med unntak av en som tar master i helseledelse. De norske sykepleierne har minimum 1 (opptil 4) års lederutdanning på universitetsnivå (med unntak av et par som hadde færre studiepoeng). Mange av sykepleierne har i tillegg faglige spesialiseringer. Blant de tyske har jeg fått med en ledersykepleier med lederutdanning, og sykepleierne har i tillegg faglig spesialisering eller studert andre fag på universitetsnivå. Legene har faglige spesialiseringer og en av dem har i tillegg økonomiutdannelse.

Det var også forskjell på hvordan ledelse var organisert tidsmessig for leger og sykepleiere. De norske sykepleierne var fulltidsledere, mens avdelingslederne med legebakgrunn også arbeidet noe klinisk. Toppledelsen i klinikklederstillinger var fulltidsledere. Det er likevel ikke gitt at sykepleierne jobber mer med ledelse av den grunn, da det er forskjell i hvor mange timer de arbeider per uke. Ledersykepleierne rapporterer at de jobber mellom 40-50 timer per uke, mens lederlegene jobber 50-60 timer per uke. Noen av disse legene jobber tidsmessig like mye med ledelse som sykepleierne. I Tyskland er ledelse for sykepleierne i studien også fulltidsstillinger med en arbeidsuke på 45-50 timer. Legene i førstelinjen arbeider rundt 50 i uken med hovedvekt på klinisk arbeid og ledelse innimellom. Topplederen er fulltidsleder og arbeider 60 timer i uken.

Jeg begynte omtrent samtidig å undersøke mulighetene for å gjøre intervjuer i Norge og Tyskland, men det var vanskelig å få innpass i Tyskland, så intervjuene var gjennomført i Norge lenge før jeg fikk avtaler fra tysk kontekst. I neste avsnitt vil jeg gi en beskrivelse av erfaringene med intervjuene i Norge og Tyskland.

Erfaringer fra intervjuing i Norge

I begynnelsen av januar 2012 sendte jeg e-post med offisiell søknad (se i vedleggene) til organisasjonsdirektøren ved det sykehuset jeg hadde valgt ut, og jeg fikk omgående positiv

respons på søknaden. Jeg sendte deretter mail til de utvalgte deltakerne med en skriftlig invitasjon (jamfør vedlegg), denne inneholdt også informasjon om studien (mer om dette i avsnittet med etiske betraktninger). Organisasjonsdirektøren var svært samarbeidsvillig og formidlet kontakt med noen av deltakerne gjennom sine treffpunkter. Lederne var også imøtekommande og det gikk lett å inngå avtaler om tid og sted. Selv ledere som har timeplanen fullbooket og arbeider over 60 timer per uke, klarte raskt å prioritere plass for intervjuet. Av de inviterte var det en norsk leder som ikke svarte på invitasjonen. Utvalget avspeilet den spredningen som jeg ønsket i forhold til profesjon, type stilling og kjønn. Intervjuene ble gjennomført på ledernes kontorer, eller rom de valgte ut, og varte fra 50 minutter til to timer (gjennomsnittlig 70 minutter).

Analyse og samling av funn er et kontinuerlig arbeid fra valg av problemstilling til materialet er ferdigskrevet (Kvale & Brinkmann 2009) og jeg vil illustrere dette med en erfaring fra norske intervjuer. Min egen erkjennelse dannes i møtet med deltakerne, arbeid med datamaterialet, teorien, lesing av andres forskning, men kanskje mest når jeg overraskes, kvepper til eller provoseres (Hastrup 1992). Jeg spurte hvordan lederne definerer ledelse og blir overrasket når en deltaker kommer med beskrivelser som knyttes til lederens personlighet (eksempelvis skal lederen være en «Ja-menneske»). Tanken som slår meg er at: *«Stakkars, misforstod ho spørsmålet, trodde ho at jeg spurte om å få en beskrivelse av en god leder?»*. Jeg repeterer spørsmålet, får flere personlige karakteristikk, samt noen beskrivelser som går mer på praktiske oppgaver. Jeg kvepper ennå mer når den andre deltakeren besvarer definisjonsspørsmålet på samme måte. Når tredje deltaker også svarer på denne måten, kommer min egen erkjennelse av at jeg har vært for instrumentell i min forståelse av ledelse. Jeg har operasjonalisert definisjonen av ledelse etter hva ledere *gjør*, og ikke etter hvem de *er*, og jeg skjønner at jeg i større grad må innlemme leadershipaspektet ved ledelse.

Samtalen rundt spørsmålene i intervjuguiden fløt godt – med stor iver er kanskje en ennå bedre beskrivelse. Jeg hadde nesten ikke stilt ferdig spørsmålene før de var i gang med besvarelsen, det høres periodevis ut som at vi snakker i munnen på hverandre! Flesteparten

av deltakerne var verbalt sterke og reflekterte rundt sin rolle. Iveren kan henge sammen med at det var et tema som opptok dem, som de var engasjert i, og at det opplevdes ufarlig å snakke om sin arbeidshverdag. Det var likevel noen få som ble litt forsiktige, prøvende, når de kom inn på mer ømtålige tema. Jeg forsikret da at den informasjonen blir ikke sitert, men fortolket som en del av materialet i anonymisert form. Syns jeg at det ble litt for tynt med informasjon, kunne jeg benytte meg av litt nikking og oppmuntrende kommentarer, litt “prompting” (Myers & Newman 2007) eller jeg gjentok det siste de hadde sagt, i spørrende form (mirroring), så fortsatte de å fortelle.

Erfaringer fra intervjuing Tyskland

Begrepet «entrance» fikk oppfrisket betydning i mitt forsøk på å få innpass i tyske sykehus. I sin artikkel *The qualitative interview in IS research. Examining the craft*, beskriver Myers og Newman (2007:11) intervjuet som et dramastykke med blant annet ulike aktører, scene, manus og hvor det viktig å gjøre en «entre» som avtegner respekt. Alle elementer påvirker framførelsen og med det, kvaliteten på datainnsamlingen.

Når jeg vektlegger begrepet «entrance», henger det sammen med at jeg hadde store problemer med å få avtaler om intervjuer av ledere i tyske sykehus. Tyskland er et svært hierarkisk og formelt samfunn (Hofstede & Hofstede 2006), og selv om jeg har vært klar over dette, kan jeg ha gått i mange kulturelle feller som har gjort det vanskelig for meg å få avtaler. Mine første henvendelser gikk via ledere jeg kjente i tyske sykehus, her kan jeg ha brukt en innfallsport som var for langt nede i hierarkiet. Introduksjonsbrevet (på engelsk) avspeilet videre en norsk form for formell høflighet, selv om jeg hadde forsøkt å legge til litt flere høflighetsfraser. En tysk førsteamanuensis som arbeider her ved universitetet oversatte følgebrevet til tysk – og tilføyde fire ekstra *linjer* med høflighetsfraser. Jeg søkte videre gjennom andre kontakter. Først via en norsk medisinsk professor til en tysk medisinsk professor i toppskiktet av tysk sykehusvesen, uten at det hjalp. Deretter forsøkte jeg via to tyske professorer i sosiologi, og følgebrevet ble supplert av en anbefaling av mitt prosjekt fra en av de tyske professorene. Slik fortsatte det i tre måneder, og på forsøk nummer 12, fikk

jeg endelig innpass hos en leder som hjalp meg med to avtaler. Jeg reiste ned i mai 2012 og brukte som sagt snøballmetoden (Ryen 2006) for å få flere intervjuer.

I tillegg til hierarkiet og manglende kulturell forståelse av formelle rammer, kan det være andre forklaringer på at jeg ikke lyktes med å få så mange intervjuer i Tyskland som ønskelig. Sykehuslederne som takket nei til min invitasjon begrunnet dette med travle tider og fusjoneringsprosesser. Redsel for tapte inntekter om et visst antall ledere skulle tas ut av sitt arbeid for å intervjues, kan også være et motiv for å takke nei til deltagelse i studien. Mange sykehus svarte ikke engang på min henvendelse. Språkbarriere er også nærliggende å tenke på, og den er reell for noen av de forespurte, men ikke nødvendigvis for legene. Leger som forsker og publiserer gjør dette i både tyske og engelskspråklige tidsskrift, de deltar på internasjonale konferanser og er vel vant til å uttrykke seg på engelsk. Når de tyske forskerne jeg hadde kontakt med gjennom de tre månedene det tok å få opprettet kontakt, forklarer at de hadde like store problemer med å få deltakere til sine studier, så er ikke språkargumentet fullgod forklaring. De tror at dette kan ha med manglende transparens og redsel for å bli sett i kortene. Deltakerne i studien kommer også med forklaringer i tråd med dette, som en ledersykepleier uttrykte: «... *You know... Germans do not like to show their hands... we do not want to come into a position where we have to explain what we are doing and who we are...*». En lederlege sa at han trodde folk var redde for at de ikke kunne svare klokt nok. Disse forklaringene kan knyttes til kulturelle særpreg. I følge Hofstede og Hofstede (2006)¹⁶ skårer tyskere høyere enn nordmenn på det de kaller «usikkerhetsunnvikelse». Dette kan være en forklaring på hvorfor så mange takket nei til deltagelse i studien. De kan være redde siden de ikke visste hva det innebar, sammen med redselen for bli «evaluert». En annen forklaring kan også knyttes til at det er lite forskning på ledelse i tyske sykehus (Märker & Bode 2014), det kan da være lite akseptert å bruke tid på det.

Intervjusituasjonen ble også en helt annen opplevelse enn i Norge. Noen av deltakerne var veldig hyggelige og imøtekommende, mens andre var mer avmålte. Den mest ivrige av dem

¹⁶ Gjennom boken *Kulturer og organisasjoner* gir Hofstede og Hofstede (2006) en beskrivelse av kulturelle forskjeller i en rekke land. Boken bygger på en longitudinell studie som første gang ble gjennomført i 1984 og sist i 2002.

hadde jeg to møter med i tillegg til selve intervjuet og vi diskuterte funn og utdypet ting jeg lurte på. Dette ble en del av kvalitetssikringen av opplysningene jeg satt igjen med. Denne lederen holdt på å ta lederutdanning og var den jeg opplevde som mest reflektert rundt sin rolle som leder. Resten av deltakerne hadde ingen lederutdannelse. De svarte greit på spørsmålene og jeg fikk inn mye informasjon til analysen, men jeg kunne ikke spore den samme *iver* som blant de norske lederleger og ledersykepleierne. Som i de norske intervjuene forsøkte jeg med «promting» og «mirroring» (Myers & Newman 2007) når jeg ønsket mer utdyping, men det hjalp lite. Intervjuene ble derfor kortere og varte fra en halv time til 75 minutter (gjennomsnittlig 55 minutter).

Intervjuguiden fungerte godt for de tyske lederne også, med unntak av ett spørsmål. Dette spørsmålet ledet imidlertid til hva Hastrup (1992) kaller et klargjørende øyeblikk; overleger oppfatter seg virkelig som ledere, selv om de bare leder seg selv. Vi hadde snakket om de ulike stegene i det medisinske hierarkiet fra assistentlege til en er ferdig spesialist og får en overlegestilling. Jeg spurte om lederlegen hadde noen retrettmulighet dersom han ikke ønsket å være leder lenger. Legen så dumt på meg, og det ble en smule pinlig: «*No senior physician wants to become an assistant doctor again*», mente han. Jeg stilte ikke det spørsmålet til flere leger.

I neste avsnitt beskriver jeg observasjonsstudier med tilhørende erfaringer.

4.2.2 Primærdata; observasjonsstudie

Observasjonsstudier kan knyttes til hva som gjøres av deltakerne i studien og hvordan det produseres mening av både deltakerne og forskeren (Gubrium & Holstein 1997).

Observasjonsstudien knyttes til registrering av organisasjonsstrukturer og hierarki i både det norske og det tyske sykehuset og en beskrivelse av dette gis under avsnittet om mine selvrefleksjoner og blir videre brukt i diskusjonen av hierarkiet i kapittel 6. To tyske ledere ble fulgt i deres arbeid. Begrunnelsen for å velge denne metoden knyttes til at jeg ikke bare ønsket å høre hva lederne mente om ledelse, jeg ønsket også å observere hva de faktisk gjorde. Jeg har skrevet feltnotater gjennom iakttagelsene og disse har blitt en del av

analyse materialet. Merverdien av observasjonsstudien i forhold til det bildet jeg dannet meg ut fra tidligere kunnskap og informasjonen jeg fikk gjennom intervjuene var imidlertid såpass begrenset i forhold til hvor tidkrevende det var, så jeg gjennomførte ikke tilsvarende i Norge.

Mine erfaringer fra deltakende observasjon i Tyskland

Deltakende observasjon kan praktiseres på ulike måter, fra at forskeren deltar i samhandling og blir en del av miljøet det forskes på, til en rolle hvor forskeren begrenser seg til å delta som en observatør (Fangen 2005). I en høyspesialisert organisasjon som et sykehus, er det verken naturlig eller mulig at jeg som samfunnsforsker deltar i samhandlingen, men jeg fulgte to tyske ledere for å observere. Ledersykepleieren fulgte jeg en dag og det foregikk ved at jeg skygget lederen gjennom dagens gjøremål. Lederen forklarte villig om hvilke oppgaver som stod for tur og hva som ble gjort. Vi hadde mange samtaler om oppgavene, men det ble også mye venting for meg mens lederen svarte på mailer og utførte sine kontrolloppgaver. Inntrykket fra intervjuene ble stadfestet med at dagene bestod av noen runder på enheten, mye av arbeidet foregikk ved pcen og telefonen og det var ingen møter den dagen.

Det var vanskelig å få til en observasjonsstudie av en lederlege, men jeg fikk omsider ja fra en. Jeg fikk følge denne lederen gjennom en halv dag, da resten av dagen var belagt med individuell pasientbehandling. Denne halve dagen fulgte jeg legen og tre assistentleger mens de gikk visitt. Visitten foregikk ved at gruppen gikk fra pasientrom til pasientrom og samtalte med pasientene, informerte og innhentet informasjon. Før gruppen gikk inn til hver pasient, gikk en av assistentlegene gjennom dataene (sykehistorie, forstående behandling/resultat av behandling, hvilke prøver/tester som var gjort og resultat av dette). Informasjonen ble hentet fra en mobil arbeidsstasjon med pc og trådløs internettilkobling som de dro med seg rundt avdelingen. Da de kom inn til pasientene tok overlegen over og førte ordet, informerte pasientene ut fra det han hadde hørt på gangen og trengtes ytterligere informasjon, supplerte assistentlegen. Rapportene etterpå ble så skrevet av assistentlegen. Ingen sykepleier fulgte med på visitttrunden, slik det er vanlig i Norge, men overlegen eller assistentlegen hadde litt dialog med sykepleierne innimellom for å gi beskjed i forhold til pleie av pasientene.

Nytten av denne formen for datainnsamling var begrenset. Dette kan komme av at jeg har stilt relevante spørsmål og oppfølgingsspørsmål gjennom intervjuene. På denne bakgrunn hadde jeg dannet meg et bilde av deres arbeidsdag, og dette stemte overens med det jeg observerte. Den viktigste oppdagelsen var at til tross for at legen jeg fulgte ble omtalt som svært sympatisk og lite opptatt av hierarki, så skinte hierarkiet gjennom i måten han organiserte arbeidet. Observasjonene bekreftet også at ledelse dreier seg om organisering og oppfølging av det faglige arbeidet innen deres hierarkiske søyler for begge profesjoner. Observasjonene av de strukturelle forhold og hierarkiene var derimot nyttig, noe som beskrives senere i kapitlet.

I de neste avsnitt vil jeg beskrive bruken av sekundær- og tertiærdata.

4.2.3 Sekundær- og tertiærdata

Jeg har brukt mye tid til datainnsamling via sekundær- og tertiærdata til denne avhandlingen. Dette er gjort for å få et innblikk av konteksten fra overordnet nivå og se historisk utvikling i ledelse. Jeg ønsket også å se hvordan organisasjonene framstiller seg, samt lederes fortolkninger og praksis slik det framstilles av andre forskere. Jeg har analysert ulike dokumenter som relaterer seg til ledelse av sektoren. På et overordnet, politisk nivå, gir eksempelvis reformdokumenter som rundskriv, vedtekter, og lover et blikk på hvordan det ønskes at sektoren skal ledes. Her har jeg konsentrert meg om tekster knyttet til de tre reformene fra Norge. Tekster som verdidokumenter, strategidokumenter og eksempelvis presentasjoner på hjemmesidene kan vise hvordan ledelsen skaper et ønsket selvbilde av organisasjonen på sykehusnivå (Vike 2003). Årsrapporter vil gi et innblikk i hva de har fått til. Slike dokumenter har jeg funnet på nettsidene til ulike sykehus.

Arbeidet med dataene til artiklene og COST-rapporten har vært en blanding av snøballmetoden ut fra litteratur vi kjenner fra før (Kirkpatrick m.fl. 2009; Ryen 2006) og søk på internett. Med utgangspunkt i litteraturen, søkte vi videre gjennom de referansene som var brukt i artiklene. Vi har også søkt i søkemotorene BibSys Ask og Google Scholar med søkeordene «ledelse, hybrid ledelse, faglig ledelse, sykehus, lege, sykepleier, Norge og

Tyskland» på norsk, engelsk og tysk. Av sekundærdata har vi eksempelvis brukt statistikker fra SSB, OECD-Health Data, de tyske sidene Destatis og Bundesärzkekammer.

Tertiærdataene vi brukte kom fra tekstanalyser, intervjudata og surveydata.

Innsamling av data gjennom intervjuer, observasjoner og reviewer gav store mengder informasjon som måtte bearbeides. I neste avsnitt beskrives analyseprosessen.

4.3 Analyse

Gjennom analysen reduseres datamengden i omfang og detaljer sorteres ut (Patton 2002). Jeg laget en såkalt «tynn beskrivelse» gjennom lesning, notering og transkribering (ibid), hvor det observerte ble beskrevet. Datamaterialet ble så samlet i ulike grupperinger eller dimensjoner (Kvale & Brinkmann 2009) og kodet (Patton 2002). Deretter fortolket jeg hva deltakerne mente i situasjonen og belyste dette ut fra mine teorier. Slik tilsettes noe ekstra ved hjelp av mine fortolkninger ut fra de valgte teoriene (Fangen 2005). Dette kalles en tykk beskrivelse (Patton 2002). Svarene har blitt gruppert og kondensert i flere omganger (Kvale & Brinkmann 2009) gjennom manuelle tabeller og ved hjelp av et dataprogram for analyse av kvalitative data, NVivo 9.

Analysearbeidet for skrevne tekster og transkripsjoner fra intervjuer og feltobservasjoner er ikke så ulikt. Jeg velger derfor å beskrive analysearbeidet ved å knytte det til intervjuene. Jeg velger ut to tema og viser forløpet for analysen som ble brukt i andre artikkel.

4.3.1 Analyse av materialet fra intervjuene

Etter å ha transkribert intervjuene, begynner det møysommelige «håndverket» som ligger til grunn for analysen. Først laget jeg en stor Excel-oversikt (limt sammen i lange ruller), hvor jeg øverst har notert bakgrunnsdata som alder, kjønn, utdanning, type stilling og hvilke typer ansatte de leder. Jeg har også notert den mer kvantitative informasjonen som jeg har fått gjennom intervjuene; størrelse på enheten de leder, budsjett, antall timer de jobber pr uke, lønn og antall mailer de mottar per dag for å ha en oversikt over deres jobb. Videre har jeg

notert alle spørsmålene fra intervjuet, gått gjennom hvert intervju og skrevet stikkord til hvert spørsmål (Kvale & Brinkmann 2009).

Det «manuelle» fortolkede materialet ble så sett på med et eksplorativt blikk for å se etter hvilke mønstre som oppstod. Ved hjelp av NVivo og utvalgte koder tok jeg en ny gjennomgang av intervjuene. Denne delen av arbeidet kan derfor betraktes som en fokusert sammenlignende metode (George & Bennett 2005). Datamaterialet er svært omfattende og jeg kan ikke få plass til analyse av alt til en artikkel. Funn som passet til de ulike kodene ble markert i NVivo. Dette ble så redusert i flere omganger til jeg stod igjen med funnkoder (dimensjoner). Jeg illustrerer dette i tabellen under:

Kondenserte oppgaver	Fortolket gruppering	Dimensjoner/koder
Faglige utviklingsprosjekter, kvalitetsråd, TQM, avvikssaker, klagesaker, veiledning, undervisning, IKT-sikkerhetsprosjekter, utforme E-læring, pasientsikkerhet ift medisiner, sette sammen gode team	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utvikling av fagfeltet, planlegge og følge opp nye behandlingsprosjekter ○ Vedlikeholde og utvikle kunnskap hos de ansatte gjennom veiledning og undervisning ○ Oppfølging på systemnivå (for eksempel: avviksmeldinger, klagesaker, risikovurderinger, TQM, prosedyreutvikling og –vedlikehold) 	○ Faglig kvalitet
Økonomi, budsjett, regnskap, legehjemler, oppsigelser ved overbemanning, rydde stillinger, vikarpool	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oppfølging budsjett/regnskap ○ Tilpasse virksomhet til tilgjengelige midler 	○ Ressursforvaltning

Tabell 3: Eksempel på analyse av arbeidsoppgaver fra norske ledere

Ut fra den lange listen med arbeidsoppgaver som nevnes av de norske lederne, har jeg kondensert og gruppert oppgaver som kan knyttes sammen. Noen stikkord kan plasseres i ulike grupper, men jeg har gjort et valg ut fra sammenhengen det stod i. Deretter har jeg fortolket hva oppgavene handler om og sist så nevnes dimensjonene eller kodene som blir de endelige analyseenhetene. Dette er mer abstrakte begreper som kan brukes videre i

teoribyggingen av hybrid ledelse (Greenwood, Suddaby, & Hinigs 2002; Kirkpatrick m.fl. 2011) og bidra til en mer nyansert forståelse. I tabellen her viser jeg analysen av arbeid i tilknytning til faglig kvalitet og ressursforvaltning, tilsvarende er gjort for alle kodene som knyttes til analysen. Arbeidet har ikke gått rettlinjert fra kolonne til kolonne, men vekslet fram og tilbake.

Begrepene jeg står igjen med er ikke de samme ordene som jeg brukte i intervjuguiden, men fortolkninger av deltakernes uttalelser i tilknytning til spørsmålene som ble stilt. Altså fortolkninger av empiri, men også i relasjon til teoriene. Analyseprosessen blir som en runddans, nevnt som en abduktiv tilnærmingen (Alvesson & Sköldberg 2008) med en sirkel mellom egen empiri, teori og tidligere studier. I den systematiske presentasjonen av mitt datamateriale som gjøres gjennom avhandlingen, har jeg valgt ut bestemte trekk eller «deler» av det empiriske materialet som kan representere «det hele» (Hammersley & Atkinson 1996:278) og gi en beskrivelse av lederne og ledelse. Reduksjon i detaljrikdommen er nødvendig for å kunne håndtere en analyse og kunne identifisere det karakteristiske (ibid). Bruken av sitater i artiklene er nøye overveid. De er valgt ut fra sammenhengen for å illustrere budskapet fra flere personer. Dersom det er én spesifikk persons synspunkt, blir dette framhevet. Fragmenter i beskrivelsene kan tillegges stor betydning (op.cit.) og brukes til å illustrere. For å øke autensiteten til sitatene, kunne de blitt presentert med fiktive navn eller andre karakteristika, men for å ivareta anonymiteten til deltakerne, har sitatene blitt framstilt så «nøytralt» at de vanskelig kan spores tilbake. Lederne presenteres med profesjonsbakgrunn, hierarkisk nivå og landstilhørighet.

Avslutningsvis i dette kapitlet vil jeg gå gjennom de metodologiske overveielser som er gjort i forhold til prosjektet.

4.4 Metodologiske overveielser

Ønsket om å levere en PhD-avhandling med data som gir en dybdekunnskap om temaet hybrid ledelse har vært drivende for arbeidet og jeg har stått overfor mange overveielser i

forhold til kvaliteten på dataene. Slike kvalitetsvurderinger kan knyttes opp mot begrepene troverdighet, reliabilitet, validitet og overførbarhet (Thagaard 2013). Begrepene reliabilitet og validitet har blitt oppfattet som problematiske innen grupper av kvalitative forskere (Ryen 2006), som de konstruktivistiske. Begrepene oppfattes som

«stemming from oppressive positivist concepts that hamper a creative and emancipatory qualitative research» (Kvale & Brinkmann 2009:244).

Thagaard som også har vært kritisk til bruken av disse begrepene, har i sin siste utgave av læreboken *«Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode»* tatt begrepene i bruk, og begrunner det med at alternative måter å vurdere legitimiteten til forskningen ikke har blitt etablert som praksis (Thagaard 2013:23). Jeg velger derfor å inkludere dem i min vurdering av avhandling. Forskningens troverdighet knyttes både til den tilliten jeg har til deltakerne i studien, den informasjonen jeg får, og leserens tillit til min framstilling av funnene (Thagaard 2013).

Dersom jeg begynner med begrepet reliabilitet så knyttes det til spørsmålet om en leser med sin kunnskap og erfaring fra feltet vil oppfatte forskningen som pålitelig (ibid). Dette knyttes til spørsmålet om forskningen er utført på en tillitsvekkende måte. Av denne grunn har jeg gitt en grundig innføring i de metoder som er benyttet i denne avhandlingen, jeg skiller mellom ulike typer primær-, sekundær- og tertiærkilder, og stegene i analysen beskrives. Mine erfaringer fra innsamlingen av primærdata blir derfor også delt med leseren, og hvordan disse inngår som en del av det fortolkende materialet blir tydeliggjort (op.cit.).

Begrepet validitet retter seg til fortolkningen av materialet, til gyldigheten av fortolkningen (Thagaard 2013). Validiteten kan styrkes om min forskning bekreftes av annen forskning (Ryen 2006), og i analysen av mitt materiale påpeker jeg samsvar og avvik fra annen forskning. En annen styrke er at koder brukt i artikkel 2, samsvarer med koder som nevnes i artikkel 1 fra review av andre artikler. Siden forskerens posisjonering i forhold til miljøet kan ha betydning for fortolkningen, nevner jeg min bakgrunn. Jeg har mange års erfaring fra arbeid i sykehus, både i førstelinjen og som mellomleder. Jeg er videre statsviter med mastergrad i offentlig politikk og ledelse og har en viss innsikt i profesjonsteori for aktuelle

grupper. Jeg har således både erfaring fra feltet som underordnet og som leder, og har teoretisk kjennskap til området jeg skal forske på. Med denne bakgrunnen har jeg en for forståelse som jeg må prøve å distansere meg fra i forskerprosessen, samtidig som denne bakgrunnen også gir meg en kjennskap til feltet som gjør at jeg kan oppdage sammenhenger som er vanskeligere å oppdage dersom en kun har en teoretisk kjennskap til feltet.

Sist så omtaler jeg overførbarhet. En målsetting for teoretisk orientert forskningen er at den forståelsen som framkommer fra prosjektet kan være relevante i andre situasjoner (Thagaard 2013). Kvalitative data er ikke egnet til å være statistisk generaliserbare, men jeg søker en analytisk generaliserbarhet (Kvale & Brinkmann 2009:262) ut fra teoretiske mønstre som ikke er beskrevet godt nok tidligere (Andersen 2013). Teoretiske fortolkningsrammer kan utfordres, eller det søkes en ytterligere fordypning (Andersen 2013).

I de neste avsnittene vil jeg gå gjennom ulike kvalitetsvurderinger som jeg har forholdt meg til gjennom arbeidet med avhandlingen. Deretter kommer noen betraktninger om egen «bagasje» og etiske vurderinger, som også kan påvirke disse forhold.

4.4.1 Vurdering av bakgrunnskunnskapen

Når jeg skal beskrive de metodologiske overveielser som er gjort gjennom studien, knyttes dette til ulike faser i forskningsprosessen. Fra begynnelsen gjøres avveininger i forhold til metode, at de valgte metodene undersøker det de var ment til å undersøke og slik kan vurderes som gyldige/valide (Kvale & Brinkmann 2009). Før jeg startet min egen datainnsamling, ble mye tid brukt på å få kunnskap om feltet ledelse i sykehus, både fra Norge og internasjonalt. Validiteten av undersøkelsen kan reduseres dersom jeg ikke har nok bakgrunnskunnskap til å stille relevante spørsmål i de to ulike landene.

Bakgrunnskunnskapen knyttes til både sekundærdata og tertiærdata. Betegnelsene sekundær og tertiærdata er oftest slått sammen til begrepet sekundærdata, men jeg bruker begge slik Blaikie (2010) gjør for å understreke at tertiærdata også har vært gjenstand for fortolkning av andre forskere, med tilsvarende farer for feilkilder som jeg møter i min egen datainnsamling.

Det kan være vanskelig å vurdere kvaliteten på dataene, men ett aspekt som jeg har brukt i vurderingene av andres forskning er tidsaspektet, hvor lang tid etter reformene ble studiene gjennomført? Mye av forskningen som relateres til ledelse i norske sykehus er gjennomført like etter innføringen av reformene og dette kan ha betydning for funnene om hybrid ledelse. Det kan ta tid fra reformer innføres til endringer institusjonaliseres.

4.4.2 Vurdering av data

Jeg hadde et ønske om å få med ledere fra de tre nivåene under direktørnivå som fantes i både norske og tyske sykehus. Jeg lyktes med dette i det norske sykehuset, og her har jeg fått en god spredning av ledere fra alle tre nivåer. Som beskrevet foran, var dette vanskelig i forhold til det tyske og den mest alvorlige innsigelsen mot min studie kan knyttes til antall deltakere fra tysk side. Kvale og Brinkmann (2009:113) problematiserer også dette med antall deltakere i studier. De skriver at det er vanlig med rundt 15 kvalitative intervjuer (+/- 10) og at en større mengde intervjuer ikke nødvendigvis tilfører mer kunnskap. Etter noen intervjuer vil en oppleve at tilfanget av ny informasjon reduseres (ibid). Jeg har intervjuet 17 norske ledere, og etter 13 intervjuer begynte metningspunktet å nås, og det kom ikke mye ny informasjon i de siste intervjuene. Å bruke de syv intervjuene fra Tyskland holder rammen som Kvale og Brinkmann forslår (ibid), men den viktigste grunnen til at intervjudataene kan betraktes som pålitelige, er at jeg fikk inn mye informasjon gjennom intervjuene. Deltakerne kom med uttalelser som støttet opp om funn fra andre, og dette styrker reliabiliteten til undersøkelsen (Ryen 2006). Jeg diskuterte noen av funnene fra en deltaker med neste deltaker, samt at jeg hadde de to oppfølgingssamtalene med den ene deltakeren.

For å illustrere hvordan jeg har kvalitetssikret det tyske materialet, gir jeg et par eksempler som knyttes til konfliktområder mellom profesjonene. Et sentralt punkt som går igjen, er nærmest en unison oppfatning av at sykepleiere ikke er interessert i ledelse. Slike utsagn kommer fra både leger og sykepleiere. En lege illustrerer med en «typisk» uttalelse fra sykepleierhold: *«I have chosen this professional field because I want to treat patients. I don't want to manage. I want to treat patients, and don't hinder me!»* Toppledersykepleieren

problematiserer imidlertid dette og viser til at det er svært vanskelig for sykepleiere og kvinnelige ledere å komme i en posisjon hvor de har innflytelse. Ledersykepleierne gir også eksempler på at de motarbeides av leger - og leger påpeker at de stadig er i konflikter med sykepleierne. Konflikten mellom profesjonene vises også når temaet er faglig utvikling for sykepleierne. Sykepleieleidelsen i toppen av sykepleierhierarkiet arbeider med å heve sykepleierutdanningen til universitetsnivå, men motarbeides av leger på dette området også. Toppledersykepleieren uttaler: «*The University, the clinics are very medical dominated, and they don't really see the point. Why do we need nursing science? Why do we need academic nurses? They don't really see the point! They think there is no need for nursing science, and they don't want nurses to get much influence*».

Jeg finner videre en intern gyldighet (Thagaard 2013) i besvarelsen mellom leger og sykepleiere i det tyske materialet, det er stort samsvar i hva som er i fokus for lederne. Lederne har et faglig fokus som knyttes til planlegging og organisering av det daglige pasientrettede arbeidet, men ingen av dem gir stikkord som knyttes til *utvikling* av faget og personalet. Den interne gyldigheten på dette funnet støttes også av uttalelser fra lederlegen og ledersykepleieren i toppen av hierarkiet som arbeider med å innføre systemer som skal sikre utvikling av faglig kvalitet, og de uttaler at her er det et utviklingspotensial for sykehuset. En intern gyldighet ses også i det norske materialet, men her er fokus bredere, faglig utvikling er sentralt og lederne fra begge profesjoner preges av et større organisasjonsfokus. At det sterke fokus på fag kan betraktes som et særpreg ved norske ledere hadde jeg ikke oppdaget dersom jeg ikke hadde sammenlignet med tyske ledere.

4.4.3 Vurdering av overførbarheten

Jeg vil også diskutere overførbarheten av de funnene som jeg har gjort. Det første som kan diskuteres er overførbarheten av de to casene jeg har valgt. Er funnene overførbare til andre case? Når jeg undersøker hvordan de institusjonelle rammene påvirker ledelse for leger og sykepleiere, får jeg fram særpreg som kan være relevante og ha overføringsverdi for andre sykehus. Deler av mine funn samsvarer med andre studier, eksempelvis at norske lederne

preger av management, mens andre funn avviker. Eksempel på avvik er at andre studier finner forskjell i ledelse mellom leger og sykepleiere i ledelse etter reformene i Norge, mens mine funn tilsier likhet i både fokus og praksis. Dersom jeg skal reflektere rundt disse avvikene, så kan det henge sammen med tidsaspektet. Det tar tid før reformer er implementert og institusjonalisert, så tidspunktet for undersøkelsen er av betydning (Tilly 1984). Dersom undersøkelsene gjøres like etter reformene er innført, kan endringer ikke ha blitt institusjonalisert. Tidsaspektet er derfor også sentralt for de senere undersøkelsene, da noen sykehus var tidlig ute og innførte strukturelle endringer i forhold til ledelse, mens eksempelvis sykehusene i hovedstadsregionene har tatt de store grepene først de senere år. For den tyske casen har jeg lite å sammenligne med.

Overførbarheten kan også være mindre, dersom organisering og interne prosedyrer som styrer lederne avviker fra hvordan dette gjøres på andre sykehus. For den norske casens del, tror jeg at den hierarkiske styringen fra departement, via helseregion til det lokale helseforetak vil være «uniformerende», via bestillerdokumentet. Lederes arbeid i ulike sykehus vil også preges av eksterne «bestillere» som NAV, fylkeslegen, ulike typer revisjoner, ol. Innen de tyske sykehusene kan det være større mangfold som følge av de ulike organiseringsformene (offentlig, privat for- og non-profit), ulike finansieringsmodeller og de mange aktørene som utformer helsepolitikken. Dette kan gjøre overførbarheten mindre.

Et annet aspekt er spesialiseringsgrad i sykehuset. Jeg ville forvente at dersom min undersøkelse ble gjennomført på universitetssykehus, så ville det faglige fokuset være tydeligere. Dette kunne vært synliggjort gjennom høyere andel leger i ledelse, og høyere andel leger med doktorgrad og professorkompetanse, i alle fall i norsk case.

I forhold til den tyske casen, så har jeg et beskjedent antall intervjuer å trekke konklusjoner fra, men jeg gjør det likevel siden lederne er så pass samstemt. Det som gjør overførbarheten særlig vanskelig i Tyskland er at dette er et offentlig sykehus, og private sykehus kan ha et annet fokus på økonomi. De profitbaserte sykehusene kan eksempelvis ha institusjonalisert ansvar for økonomien til førstelinjen.

4.4.4 Selvrefleksjon

Som forsker inngår en i den virkelighet som skal studeres (Hastrup 1992). Dette gjelder særlig i intervjusituasjonen, men også gjennom andre former for datainnsamling som under en observasjonsstudie og i litteraturreviewen. Det er derfor viktig at jeg som forsker er klar over hvilke forkunnskaper og forutinntatthet jeg stiller med i feltet. Denne forforståelsen er viktig for forståelse av andre (Kvale & Brinkmann 2009:51) og kan knyttes til egne erfaringer, kunnskap, verdier og oppfatninger. En måte å håndtere dette på er at jeg hadde en lang samtale med veilederne i oppstart av prosjektet for å fortelle om min bakgrunn, og når jeg har blitt for «nærsynt», har de kommet med kritikk som har løftet fokus til et analytisk nivå.

Forforståelse kan være både en fordel og en ulempe i en forskningssituasjon. En ulempe er at denne «bagasjen» av forforståelser kan gi meg «blinde flekker» så jeg ikke reagerer på ting jeg burde fulgt opp. «Tatt-for-gitt-heter» kan gi større blindflekker i Norge enn i Tyskland, men det kan også være en fordel med god kjennskap til feltet. Gjennom COST-prosjektet og samtaler med flere tyske forskere, innsamling av sekundær- og tertiærdata om Norge og Tyskland og skriving av rapporten til COST, har jeg fått et overblikk over tyske sykehussektor. Jeg satt igjen med inntrykk av at det er vanskelig å forstå hvordan sykehusene er organisert. Jeg hadde (som min tyske kollega) særlig problemer med å forstå hva det interne styret bestod av og hvordan det jobbet. Da jeg så kom til det tyske sykehuset, oppdager jeg at min erfaring fra arbeid i et norsk sykehus gjorde det lettere å få en forståelse for hva som gjøres og hvordan sykehuset er organisert. Det er ikke så komplisert som jeg får inntrykk av i litteraturen (Jacobs 2005; Weinbrenner & Busse 2006), eller fra samtaler med forskere som kjenner feltet fra en teoretisk innfallsvinkel. Mens jeg kikket på skiltingen som hang i inngangshallen, fikk jeg en såkalt «aha-opplevelse»; organisasjonen er jo innlysende. Det som ble kalt det interne styret kunne sammenlignes med sykehusdirektørens ledergruppe i Norge. At det kan være ulike personer i denne ledergruppen/styret, avhenger av organiseringen ved de ulike sykehus og hvilket nøkkelpersonale som direktørene ønsker å knytte til sin gruppe.

En annen «aha-opplevelse» kan knyttes til at det kan være nyttig med et fremmed blick på interne forhold som tas for gitt (Scott 2008a). Denne opplevelsen knyttes også til skiltingen i det tyske sykehuset. Jeg studerte dette først en gang for å finne ut hvor jeg skulle møte, men ble ikke klok på det. Så studerte jeg det igjen neste dag, begynte å telle og systematisere. Da oppdaget jeg at det var mange hjerteavdelinger, lungeavdelinger og nyreavdelinger spredt utover. Jeg lurte på hvorfor ikke disse var samlet etter medisinsk spesialitet som i Norge. I det norske sykehuset var det enkelt å få oversikten ut fra skiltet som hang i inngangshallen. Så kom oppdagelsen: tekstene var organisert alfabetisk etter de ansvarlige legers etternavn (med en lang rekke av titler)! Jeg tolket dette som et uttrykk for at viktigheten av den medisinske profesjonen går foran en organisatorisk oversikt. Dette støttes også av at kun en ledersykepleier var nevnt; sykepleierdirektøren i toppen av sykepleierhierarkiet nevnes i direktørens ledergruppe, sammen med direktøren for den administrative søylen. Dette skiltet viste de 105 lederlegene som rapporterte direkte til sin legedirektør, mens tilsvarende oversikt ikke ble framstilt fra sykepleien og det administrative hierarkiet. Da jeg nevnte dette for de tyske lederne ble de forundret, dette hadde de aldri lagt merke til eller reflektert over.

4.4.5 Etiske betraktninger

Det stilles strenge krav til samfunnsvitenskapelig forskning, da en uetisk opptreden kan skade både enkeltindivider og organisasjoner. Før jeg begynte min datainnsamling ble mitt forskningsopplegg meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (se vedlegg). Jeg sendte også en skriftlig søknad til den aktuelle norske institusjon med presentasjon av mitt prosjekt og en beskrivelse av min tilhørighet. Siden min studie ikke omfatter pasientmateriale, trengte jeg ikke søke etisk komité, men søkte til organisasjonsdirektøren om bruk av de ansattes tid til deltagelse i studien. For det tyske sykehuset trengtes heller ingen godkjenning, utover at deltakerne takket ja til deltagelse.

Deltakerne fikk så en skriftlig invitasjon til deltagelse i studien og forsikring om konfidensialitet fra datainnsamling til presentasjon av funn. Jeg åpnet også for at de kunne kontakte meg etter intervjuet, dersom de følte for å utdype eller endre på uttalelser. Denne

muligheten var det en person som benyttet seg av og kom med ytterligere informasjon. Videre spurte jeg om det er mulig å bruke funnene fra deres intervju, dersom dette skulle være formålstjenlig til en annen undersøkelse (Kvale & Brinkmann 2009) og alle svarte at det var i orden. Jeg opplyste også om at det var mulig å trekke seg gjennom hele prosessen, inn til prosjektet publiseres, uten at noen har benyttet seg av muligheten.

For å ivareta deltakernes behov for anonymitet, laget jeg et kodeskjema som jeg knytter til de enkelte intervjuene (ibid). Gjennom avhandlingen framstilles lederne også i anonymisert form. Opptak, samtykkeskjemaer og kodeskjemaer makuleres når avhandlingen er godkjent.

Jeg har også etiske betraktninger i tankene når jeg fortolker dataene. Når jeg betrakter den informasjonen som jeg har samlet inn, gjøres dette med et «utenfrablikk» og jeg kan ha et annet perspektiv på temaet enn deltakerne i studien. Dette perspektivet kan knyttes til det teoretiske utgangspunktet som jeg har, og det kan være forskjellig fra deltakernes synsvinkel. Thagaard (2013:194) sier: *«Et perspektiv sett fra en utenforståendes side kan oppleves som fremmedgjørende og provoserende for de personer forskeren studerer»*. Jeg nevnte dette for mange av deltakerne etter intervjuene, og fikk da tilbakemelding på at de så fram til å lese hvordan jeg fortolket materialet.

Hovedanliggende i denne avhandlingen er å forstå hvordan reformer preget av NPM påvirker ledelse av sykehus og dette betraktes i lys av begrepet hybridledelse. Dette har resultert i tre selvstendige artikler som beskriver ulike aspekter knyttet til hovedproblemstillingen. Kappen kan både betraktes som en introduksjon til artiklene, men den gir også et selvstendig bidrag i belysningen av hovedproblemstillingen.

5. Presentasjon av primædata

I dette kapitlet gis en presentasjon av primædatagrunnlaget som er brukt for å belyse min hovedproblemstilling om hvordan ledelse endres etter NPM-reformer. Dataene er samlet gjennom intervjuer med leger og sykepleiere som ledere i et norsk og et tysk sykehus, jamfør beskrivelse av deltakerne i metodekapitlet.

Det første som presenteres er lederes rapporteringer om hvem som avgjør hva de skal jobbe med. Deretter går jeg inn på spørsmålene som beskriver hva ledelse handler om. Forhold knyttet til samarbeid blir deretter gjennomgått, ulike typer krysspress og spenningsområder presenteres og sist så blir ledernes betraktninger i forhold til ledelse som en karrierevei presentert. På slutten av kapitlet gis en komprimert sammenstilling av funnene.

5.1 «Du bestemmer i stor grad selv... men er jo linjestyrt»

I denne presentasjonen av mitt primædatagrunnlag begynner jeg med å gi en oversikt over hvem som avgjør hva lederne skal jobbe med. Lederne i den norske casen viser til at mange av lederoppgavene er institusjonalisert i henhold til rolle, ansvarsområde og stillingsbeskrivelser. En ledersykepleier i førstelinjen sier at det stilles krav via ulike direktiver som sier: *«Sånn og sånn skal du gjøre. Det kommer fra NAV, fra øverste ledelse... lederen min, så har jeg et personale som har visse krav til meg. Så er det legene, mine samarbeidspartnere...»* Til tross for de ulike kravene, så opplever lederne likevel stor frihet til å velge selv, og en annen førstelinjeleder uttrykker det slik: *«... det er jeg som på en måte er den som skaper min egen stilling, da.»*

Ledersykepleierne på mellomledernivået i Norge kan også i stor grad utforme jobben selv, men som førstelinjelederne mener de at *«mye ligger i systemet»*. Til forskjell fra lederne under så viser de til oppdragsdokumentet fra Helseregionen. Sitatet her kommer fra en mellomleder, som fortsetter: *«Du bestemmer i stor grad selv... men du er jo linjestyrt.»*

Lederen viser videre til oppdragsdokumentet, hvor det stilles 150 krav som skal innfris av deres avdeling, og sier videre:

«... så når du spør hvem som styrer, så er det helt klart Helseregionen. Det vil si de styrer en del, for de gir oss et oppdrag som vi skal innfri, men i det daglige så tror jeg at under mitt nivå, så leser ingen oppdragsdokumentet. Det tror jeg virkelig ikke. Og når vi får et oppdrag som er så stort, så må vi begynne å sjalte vekk: Hva er viktig og hva er uviktig? ... Økonomien tuller du ikke med og ventelister prøver vi å holde. Disse kravene, de lovfestede, de holder du 100%, men de litt mer ulne tingene må du vurdere selv.»

Mange av lederne poengterer også at de ansatte «følger linjen» så henvendelser går i ledeshierarkiet. Linjeledelse og hierarki «forkynnes» også for de ansatte, slik en avdelingsleder med sykepleiebakgrunn uttrykker:

«Jeg sier at alle er like viktige. Ingen eier butikken, men her er et hierarki. Vil du avansere i hierarkiet, så må du prøve det. Viss ikke må du forholde deg til din rolle. Det er fulltalerett og rett til å kritisere, men forstå hvor du hører hjemme i hierarkiet.»

Lederlegene på mellomnivået oppgir også at de har frihet til å prege jobben, men styres av oppgaver i det administrative systemet og fra oppfølging av mailer. En sier: «Når jeg har fått unna de tingene som er på mail og det administrative systemet, avviksmeldinger, prosedyre, godkjenninger – det må bare gjøres. Når det er gjort, så er det meg. Så jeg føler en viss frihet til å kunne prege jobben.»

Topplederne fra begge grupper sier også at de styrer selv, her uttrykt ved en topplederlege: «Jeg er i veldig stor grad styrt av meg. Hva jeg prioriterer og hvor mye tid jeg bruker på det», samtidig som topplederne viser til krav stilt gjennom direktøren, nasjonale og regionale forventninger og krav nedenfra organisasjonen.

Når dette sammenlignes med det tyske materialet, så er det små forskjeller mellom landene. Ledersykepleierne i førstelinjen har frihet på noen områder, som disponering av personalressurser, mens de også er styrt av bestillinger, enten det kommer gjennom det administrative systemet, fra sjefsykepleier eller som en «Anweisung» (bestilling) fra sjefslegen. En av dem forteller: “Well, of course I have a job description, and there are certain points that have been fixed in that description. For example, I am responsible for the

setting up the shifts and the qualifications for the nurses, and so on.” Lederlegene bestemmer også en del selv, men forholder seg også til føringer i systemet. Topplederlegen sier: *“Actually, I have some freedom. I can define strategy projects, what I think is worthwhile... And of course you have things to do, “do that and that”. Every job has this”.*

5.2 Hva handler ledelse om?

For å få en klarhet i hva lederjobben går ut på, har jeg stilt spørsmål med ulike innfallsvinkler. Jeg har spurt om hva lederne gjør en alminnelig arbeidsdag, hva er lederoppgaver, administrativt arbeid, hvordan de definerer ledelse, så spør jeg om endringer av ledelsesoppgaver i deres tid som leder og siste spørsmål omhandler hvordan lederne er i sin jobb.

5.2.1 «Å dra i samme retning» - målstyring

Før jeg går inn på beskrivelser av de mer konkrete gjøremålene som knyttes til ledelse, vil jeg gjengi et fokus på ledelse som går igjen i alle ledergrupper i norsk kontekst. Når lederne skulle definere ledelse med egne ord, gis beskrivelser som kan relateres til målstyring og strategiutvikling. Dette tolkes ut fra det at de vektlegger å lede mot målene som er valgt og utvikling av strategier. En ledersykepleier fra avdelingsnivået som er særlig tydelig på dette, definerer ledelse slik: *«... å få oss fra ett punkt til et annet, og du må vite hvor du vil... Jeg må jo vite hva jeg vil for denne avdelingen, hva jeg vil gjøre bedre. Og da må jeg stykke det opp i noen strategiske ting».* Målene kan være definert av lederen selv, de kan være utviklet i lederteamet, sammen med personalet, eller definert av sykehusledelsen. En leder i førstelinjen nevner mål satt av ledelsen over: *«Få oss til å dra i samme retning, som da ledelsen sier vi skal.»* Å få gjort ting gjennom andre går igjen, her illustrert med sitatet fra en mellomledersykepleier: *«Få ting gjort gjennom andre. Være med og skape trivsel på arbeidsplassen slik at folk kan bruke kunnskapene sine.»* Toppledersykepleieren definerer ledelse på samme måte: *«Det er nok å få til ting. Å gjøre det gjennom andre.»* Disse er nært sammenknyttet med strategiutvikling som går igjen hos mange av lederne. En

ledersykepleier på avdelingsnivå gir en definisjon som kan knyttes til strategi: *«Ledelse må være å utvikle avdelingen i riktig retning, gjøre medarbeiderne gode, sånn at vi som team ... kan yte den beste pasientbehandlingen.»* En annen mellomledersykepleier sier noe tilsvarende: *«Ta ansvar, være tydelig og kunne kommunisere hva en tenker er klok retning å gå i. Kunne motivere folk til å gå i den retningen... Vise i handling at dette kanskje er klokt.»* Lederlegene er også oppatt av målstyring og strategier, og en mellomlederlege sier: *«Det er å velge retning, hva vi skal gjøre og ikke gjøre. Strategi, ja.»*

Hos topplederne var fokus i større grad rettet mot implementering og oppfølging av overordnet strategi, men når en av topplederlegene skal beskrive viktige lederoppgaver, nevnes: *«Ta de store strategiske valgene, beslutningene, oppfølging. Det er vel det viktigste, vil jeg tro. Mye knyttet til økonomioppfølging. Noe støtte til hjelp og få i gang nye fagprosesser og tiltak. Overraskende mye veiledning ovenfor problemer i forhold til enkeltpersoner. Så er det jo en del utadrettet virksomhet.»*

Fra Tyskland er det lederlegen i toppledelsen som gir mest konkrete ord knyttet til målstyring, og sier: *“I think transparency is very important. To set goals and know ways to get there.”* En av førstelinjesykepleierne gir stikkord som kan relateres til strategiutvikling: *“It is important for a manager to look into the future, plan things...”*

5.2.2 «Omdirigering av troppene» - driftsoppfølging

Når jeg har gruppert oppgavene som ledere utfører, nevner jeg først driftsoppfølging. Dette er arbeid som særlig knyttes til organisering av daglig drift. Funnene fra Norge viser at førstelinjelederne (ledersykepleiere) har en tettere oppfølging av det daglige, pasientrettede arbeidet enn i nivåene over. Topplederne er ikke involvert i daglig drift. Denne konklusjonen dras på bakgrunn av at de har ansvar som særlig knyttes til organisering av det daglige pasientarbeidet, fordeling av oppgaver og pasienter, oppfølging av turnuser, tilpasse bemanningen og støtte personalet i daglige utfordringer. Ledersykepleierne følger rapportering mellom vakter for å motta og gi informasjon, for å kunne tilpasse ved endringer.

For å illustrere hvordan dette foregår, siteres en førstelinjeleder på en stor enhet. Lederen pleier ofte å overvære morgenrapporten, og sier at dette er «en oversiktsrapport over avdelingen og inneliggende pasienter». Lederen sier videre: «i etterkant av det ser jeg åssen det er med bemanning, om det er noen som er syke, om det er mye pasienter». Senere på formiddagen rapporteres møte med legene «hvor vi går gjennom litt mer hva planer de har i forhold til flytting (av pasienter) og sånne ting. Det har jo også litt å si for bemanningen en må ha... Og så går jeg ofte og snakker med koordinator igjen.» Mye tid går også med til å følge opp innspill fra de mange ansatte. En annen førstelinjeleder sier at rapportene gir oversikt, og: «Viss det mangler noen sykepleiere på morgenen, kan jeg raskt omdirigere troppene.»

Ledersykepleierne på førstelinjenivå i Norge har delegert ansvar for utarbeiding og oppfølging av turnuser og arbeidsplaner, men mange av dem har assisterende ledere som hjelper med dette, slik en sier: «Assistenten jobber mye med personalforvaltningsprogrammet og styrer med vakter, kjører timelister og de tingene, så det er veldig god hjelp i det.» Andre har blitt avlastet ved at de har innført «ønsketurnus» hvor personalet selv fyller vaktene i turnusene.

Ledersykepleierne på mellomledernivå er driftsansvarlig for enhetene de leder, men daglig drift er delegert til enhetslederne. Lederne forteller at de helst begynner dagene med å treffe lederne under seg for å bli oppdatert og planlegge arbeidet. En avdelingsleder har faste møtedager på de ulike seksjonene i avdelingen: «så rytmen er sånn at jeg starter dagen gjennom ukene på litt ulike seksjoner, men viss det er ledig tid, så går jeg gjerne inn (på legemøtet) for å få oversikt over hva som har skjedd siden forrige ettermiddag.» En annen avdelingsledersykepleier fra en stor avdeling har møter med sitt tverrfaglige team: «Jeg begynner kl 0800 med morgenmøte sammen med behandlerne, går gjennom siste døgn, antall innleggelser... skape oversikt over siste døgn... Jeg prioriterer å være nær, være oppdatert, være tilgjengelig.»

Lederlegene på avdelingsnivå er medisinskfaglig ansvarlige for sine enheter i tillegg til driftsansvaret som tilsvarer ledersykepleieres ansvar på samme nivå. Legene har også regelmessige møter med sine seksjonsledere for å planlegge drift og pasientbehandling, men det daglige ansvaret har de fleste av dem delegert bort. En leder sier: *«Når det gjelder arbeidsplaner og sånne ting, har jeg delegert vekk. Organisering av den kliniske virksomhet på daglig basis er organisert vekk».*

Lederne på avdelingsnivå har oppgaver som knyttes til overordnede linjer i forhold til driften, eksempelvis knyttet til ombygginger og endring av rutiner. En ledersykepleier som har hatt store ombygginger, bruker mye tid på oppfølging av hvordan de nye lokalene fungerer i møtet med de ansatte: *«så klart det er snakk om hvordan lokalene fungerer... prøver å snakke om det folk er opptatt av, men også av det dagsaktuelle.»* En lederlege som arbeider med omlegging av behandlingsrutiner sier:

«I dag har vi møte med dagkirurgisk enhet. Vi skal legge om en del rutiner når det gjelder hvem som skal opereres dagkirurgisk og vi skal begynne å planlegge, ta risikovurderinger og sånne ting. Du kan si det dukker hele tiden opp nye ting, stadig omlegging av drift... Vi har også et møte med sengeposten i dag for å utrede pre-visitten på en annen måte enn vi gjør i dag... så det er hele tiden ting som går på optimalisering av drift.»

De tyske ledersykepleierne i førstelinjen har også et krevende ansvar for utarbeiding og oppfølging av turnuser og arbeidsplaner for sine ansatte. Lederlegene på samme nivå har ansvar for oppfølging av assistentlegene. Ledersykepleierne pleier også å overvære vaktskifter og de begynner dagen med å ta en runde til teamledere de har under seg. En av dem uttrykker det slik: *“The first I thing I am doing in the morning is to check the personnel, that everything goes as planned... or, is it necessary to get extra help?”* Førstelinjelederne på legesiden bruker lite tid på driftsoppfølging, men har noe driftsoppfølging i forhold til klinisk arbeid og forskning. Lederne på nivåene over har ikke ansvar knyttet til driftsoppfølging.

5.2.3 «Gjøre det beste ut av tildelte midler» - ressursforvaltning

Med ressursforvaltning menes i denne sammenheng lederoppgaver knyttet til utvikling og tilpassing av virksomhet og aktivitetsnivå i forhold til tilgjengelige midler, samt oppfølging av økonomi med regnskap og budsjettarbeid.

De norske deltakerne på alle ledernivåer er seg bevisst at ledelse handler om ressursforvaltning og oppfølging av økonomi. Ledersykepleierne på mellomnivået gir flere illustrasjoner som knytter definisjonen av ledelse til dette, eksempelvis:

«(Ledelse er) å vise vei. Skape en meningsfull vei innen det området du er satt til å gjøre en jobb, tenker jeg. Å skape forståelse for at vi ikke nødvendigvis har ubegrenset med ressurser. Gjøre det best mulig. Gjerne argumenter for at vi kunne gjort det bedre slik og slik, men være lojale innenfor de rammer vi har ... Stå i det spennet og finne en sannhet vi kan jobbe mot ... (pleier å si til de ansatte:) 'Vi bruker mange millioner på det, så noe må vi få til!')»

Lederne har ansvar for mange typer oppgaver, og noen av de som ramses opp i dette sitatet fra en annen avdelingsleder med sykepleiebakgrunn kan relateres til forvaltning av ressurser: *«Har alltid tenkt at lederrollen er å ivareta, utforme innhold, struktur, ha faglig innhold, struktur på avdelingen, tilpasse vår virksomhet til budsjettet vi har, gjør det beste ut av midlene vi får tildelt»*. Lederne forholder seg til økonomispørsmålet på ulike måter. I noen enheter er det god økonomi, og da står dette lite i fokus. Eksempelvis spør jeg en lederlege på mellomnivået om hvor stort budsjett de har, så svarer legen: *«Nei, det... du skjønner, det vet jeg rett og slett ikke.»* Lederen får hjelp av en klinikkøkonom til oppfølging av regnskap og å lage budsjett, og sier videre: *«Vi tjener penger og vi er på en måte, sånn sett, en enkel avdeling å drive.»* Denne lederen har delegert mange av oppgavene som dreier seg om å tilpasse virksomheten til de rammene de har, både til merkantile og andre førstelinjeledere. Andre enheter har økonomiske utfordringer med krav om store besparinger og da synes ressursforvaltning mer sentralt. En ledelege på mellomnivået illustrerer skvisingen dette medfører:

«Det er blitt mye mer fokusert på økonomi nå enn for noen år siden. Mye mer fokus på økonomi, for du skal holde budsjettet med stramme ressurser... og så er ressurser mennesker. Du må ha rett folk

for å ha behandlingen, og skal du beholde behandlingen, må du ha vikarer inn. Og så blir det for dyrt. Og så har du ikke budsjett til det.»

Stadige nedskjæringer kan virke uforståelig for de ansatte, sier en førstelinjeleder, og beskriver arbeidet med å skape forståelse for endringer knyttet til innsparinger:

«Mye av jobben blir jo det jeg snakker om nå; å holde budsjettene, se på sykefraværet, alle de praktiske tingene der... Sammenholde og bli enige om den faktiske driften. Hvordan den er, og da tenker jeg litt sånn; jeg jobber veldig mye med informasjon, få informasjon ut så de (personalet) forstår hvorfor endringer skjer... Min oppgave er å få fram en innsikt og forståelse for driften og få dem med meg på å gjøre dette på en god måte. Det er kanskje den aller viktigste, det er min største lederoppgave»

Noen av ledersykepleierne på avdelingsnivået arbeider også med stramme budsjetter:

«Det er ikke til å komme forbi at det er økonomisk knapphet, så vi må forvalte det så godt som mulig. Det er nok min hovedoppgave å være med og legge til rette for å gjøre lederen og de ansatte gode, best mulig, og at vi forvalter de ressursene vi har fått til rådighet best mulig.»

Toppledelsen har overordnet ansvar for økonomien, men det daglige ansvaret er delegert til avdelingslederne. Toppledersykepleieren vektlegger økonomi som en av de viktigste lederoppgavene: *«Den viktigste lederfunksjonen er personal, den andre det er å ivareta kvaliteten, kompetansen i forhold til utdanning og det fag vi skal gi pasienten, og så er det økonomi.»* En topplerlege gir en konkret beskrivelse av et system hvor ledergruppen i klinikken går gjennom:

«... økonomiske mål, aktivitetsmål som har kvalitetsmål i seg. Dette følger vi opp månedlig... Jeg følger med på trender, trendlinjer innenfor de siste årene. Hvordan har ting utviklet seg, personalsammensetningen, aktivitetsutviklingen... Vi er kjappe på å reagere... Altså, min erfaring er at viss du gjør noe med en gang, så svir det ikke så mye.»

Førstelinjelederne i det tyske utvalget har ikke ansvar for økonomi og har ikke eget budsjett. De er imidlertid opptatt av at de må tilpasse organiseringen, utføre oppdraget, samt implementere nye prosjekter, slik de norske lederne. Fra lederlegehold i førstelinjen nevnes oppfølging av økonomi i tilknytning til forskningsprosjekter, samt rapportering av pasientbehandlinger siste måned: *“Every month you report a statistic (of patients) you have been treating the last four weeks.”* Lederne i de øvre nivåene i denne casen har heller ikke

økonomiansvar, men sitatet fra ledersykepleieren på mellomnivået illustrerer at økonomien har større betydning for ledere i andre deler av systemet: *“Management in Germany has much to do with economic. Economic thinking, and you always have to see; what are my numbers, how do they develop, and to react very fast to the numbers.”*

5.2.4 Administrasjon – «steinbygging» og «papirflytting»

Alle norske ledere rapporterer at mengden av administrativt arbeid har økt enormt de siste årene og mye tid og ressurser går med til å følge opp rapportering og ajourføring av elektroniske systemer. Det er imidlertid forskjell mellom gruppene på dette området. Topplederne har delegert bort det administrative arbeidet. På avdelingsnivået har lederleger mindre administrativt arbeid enn ledersykepleiere på samme nivå, som følge av at de har delegerer flere administrative oppgaver til enhetsledere, sykepleiere, sekretærer eller økonomikonsulenter. Ledersykepleierne i førstelinjen har den største administrative byrden, slik en ledersykepleier på avdelingsnivået uttaler:

«Det har blitt mye mer detaljstyring ovenfra på ting vi egentlig drev med før også. Oppfølging av sykemeldte... det nye personellstyringssystemet som styrer lønn, utgifter... Turnus er knyttet mot dette, så de (enhetslederne) merker det nok mer enn meg. Enhetslederne druknes av merkantile oppgaver»

Samtidig som lederne ser nytten av deler av dette arbeidet, er de også sterkt kritiske og noe av det som får «temperaturen opp» gjennom intervjuene hos begge profesjonsgrupper. Lederne ser at det særlig er nødvendig med dokumentasjon for tildeling av nye midler, men også som forvaltere av offentlige midler og for å dokumentere ivaretagelse av både pasienter og ansatte. En avdelingsleder med sykepleiebakgrunn illustrerer disse holdningene:

«Administrativt arbeid er noe som bare må gjøres, noe som følger med jobben. Men samtidig så er jeg såpass strukturert i hodet, og litt sånn steinbygger, at jeg tenker at viss vi ikke har dokumentasjonen på plass, og viss vi ikke har rapporteringene på plass, og viss vi ikke har sånn og sånn, så får vi heller ikke noe. Så det må faktisk gjøres.»

Jeg siterer to avdelingsledere som var sterkt kritisk til økningen i administrative funksjoner:

Ledersykepleier: «... det er mye mer detaljstyring ovenfra.. enhetslederne druknes av merkanfile oppgaver. Alt som skal svares på, meldes tilbake, telles, måles, veies... Det fjerne fra pasientene vokser, men den delen nær pasientene krymper. Du får veldig mye staber som vokser. Så må du ha samhandlingskonsulenter mot kommunene, presseansvarlig, du får så mye du ikke hadde før, innen den konserntenkningen. Men du får det ikke der hvor ting gjøres, det har jeg undret meg over.»

Lederlege: «Jeg opplever jo bare de årene jeg har holdt på med dette, det har blitt et kolossalt økt fokus på alt som skal kontrolleres, av stadig flere mennesker. Så formaliseringen av helsevesenet har gått alt for langt. Vi bruker alt for mye tid på å flytte papirer... Jeg skjønner egentlig ikke hvem som driver helsevesenet i den retningen, hva er motivet. Det der må snus!»

Tyske ledere rapporterer også om økning i administrative funksjoner, men det som særlig skiller de tyske førstelinjelederne fra de norske, er all tid de bruker på kontrollfunksjoner. De kontrollerer hygienestandarden, varebestillinger, vareleveranser og medisiner. En sykepleier i førstelinjen forteller at mye tid brukes på å kontrollere at sykepleierne har dokumentert riktig i forhold til pleie og behandling:

Nurse: "I have to controlling documentations. We grade patients in two certain stages of low and high care or medium care, and my nurses have to do that every day. I have to check that they really do that."

Interviewer: " - Is that according to how much help they need, how sick they are?"

Nurse: "Yes. It is divided into one part is what we call "Grund Pflege", basic ward. For example; do they need to be washed, toilet and things like that. And the other part is; do they have any complex wound management or infusions? Protocols which are very complicated... The nurses have to do this, and I control every day if they have done that."

Senere forteller samme leder om alle kontrollene som gjøres daglig i forhold til sykepleiernes kvalifikasjoner:

"Well, all the checking of the documentations are plainly administrative routines. I would have to take record of what qualifications my colleagues have, and I need a certain degree of qualifications for example to be allowed to have a training nurse... this part has increased terribly. The checking for my positions, if everything has been documented correctly the day before, has taken a huge amount of my daily time".

Topplederlegen forteller at det har vært en sterk økning i administrativt arbeid for leger, men hvor mye som tilfaller den enkelte lege kan variere, alt etter hvor mye hjelpepersonell som finnes. På spørsmålet om hvor mye administrativt arbeid de har, svarer en lederlege i

førstelinjen: *“No, not so much. We have Case managers who are doing that. Research assistants are helping with the studies, so I can’t complain.”* Case managers og Disease managers er nyopprettede stillinger etter reformene som gir nye karrieremuligheter for eksempelvis sykepleiere, selv om stillingene er profesjonsnøytrale. Case managers arbeider eksempelvis med innkalling av polikliniske og inneliggende pasienter og planleggingen av pasientflyten, mens Disease managers arbeider med finansieringen av pasientarbeidet. På mellomleder- og toppnivå knyttes mye av det administrative arbeidet til prosjektoppfølginger, som topplederlegen sier: *“It comes with projects, and monitoring gives a lot of administration, too much.”*

5.2.5 Faglig kvalitet – for pasient, profesjoner og på systemnivå

Faglig kvalitet står sterkt i fokus blant de norske lederne på de ulike nivåene. En mellomledersykepleier forteller: *«Det som alltid ligger øverst er pasienthensyn, pasientbehandling, alltid pasientene først. Så kvalitet og kvalitet i pasientbehandling, at vi gir pasientene behandling som har effekt. Så er det medvirkning fra ledere, ansatte, men også fra pasienter og pårørende»*. Lederne på alle nivå er opptatt av å planlegge og å følge opp nye behandlingsprosjekter og utvikle faggruppene de er leder for. En lederlege som leder ulike typer profesjoner gir først betraktninger om å være bevisst på at folk har variert arbeid, dernest knyttes beskrivelsene til faglig utvikling: *«... ha blikket litt sånn framover, hvilken vei skal avdelingen gå, hvordan skal vi bygge opp våre personellressurser så de har den kompetansen som trengs, hvordan skal vi etter hvert få inn ny kompetanse? Sørg for at vi ligger der, altså ligger i front.»* En annen innfallsvinkel til å jobbe med kvalitet gis av en ledersykepleier på avdelingsnivå: *«Jeg har nok en sånn praktisk tilnærming til det å være leder, jeg prøver å være litt fagleder også. Jeg synes det er viktig at vi jobber med faglig kvalitet»* og nevner videre hvordan de har opprettet et eget kvalitetsutvalg som arbeider med å samordne kvaliteten på tvers av ulike enheter i avdelingen.

Fokus på faglig kvalitet knyttes til motivasjonen for å være i ledelse, og dette går igjen når ledelse skulle defineres av begge profesjoner i de tre hierarkiske nivåene. Muligheten til å

påvirke faglig kvalitet synes å være drivkraften for å være i en lederstilling. En avdelingslederlege illustrerer dette: *«Jeg har aldri fått noen oppfordring (til å bli leder). Jeg har på en måte eglet meg innpå (latter). Åssen skal jeg si det, jeg har meldt meg til (navngir ulike ledere i helsevesenet) og sagt: 'nå gjør vi det sånn og sånn'.»* En førstelinjeleder som deltar i ulike faglige prosjekter, både interne og nasjonale, viser den samme driven: *«Jeg synes jo at mye av min jobb er å holde kontroll på sykepleiefagligheten... Veldig gøy. Jeg hadde ikke klart å være leder, viss jeg ikke fikk være med på utvikling.»*

Noe som er felles for alle lederne er oppfølging av kvalitet på «systemnivå»: avviksmeldinger, klagesaker, risikovurderinger, TQM, prosedyreutvikling og -vedlikehold. Dette er oppgaver som blir delegert til nivå hvor tjenesten hører hjemme, men sluttbehandles av mellomlederen, eventuelt topplederen. En førstelinjeleder gir en beskrivelse av sin jobb som kan viser kvalitetsarbeid på ulike måter:

«Jeg har ansvar og tar ansvar for sykepleiedriften, kvalitet og jeg har ansvar for opplæringsplaner. Jeg har ansvar for at nyansatte blir tatt godt i mot. Jeg har ansvaret for å utvikle systemer, ta fatt i utfordringer, avvikhåndteringer, sykemeldingsoppfølginger, oppfølging av gravide. Og så er det å være en medarbeider, en miljøfaktor, humørspreder, eller hva det skulle være for noe. En synlig leder som er delaktig.»

Hvor mye tid som brukes til oppfølging på systemnivå, avhenger av hvor oppdatert systemene i enhetene er. En lederlege rapporterer stort fokus på dette etter fylkeslegen hadde hatt tilsyn, og de arbeidet med å oppdatere sine prosedyrer. En annen lederlege arbeider mer kontinuerlig med det, og opplever slik at dette krever lite ressurser:

«Jeg har utrolig god nytte av en sånn administrasjonskonsulent som er her på huset. Vi setter opp et eget møte som tar en time eller to... hvor vi går gjennom prosedyrer som må fornyes, sånn at vi får tatt unna sånne prosedyre-ting og TQM-registreringer og sånne ting. Det får jeg god hjelp til, slik vi får mosa det gjennom. Bruker veldig lite ressurser på det.»

De tyske lederne gir få beskrivelser som kan knyttes til et faglig fokus. Den lederen som gir flest stikkord, knytter dette særskilt til kontrollering av sykepleiedokumentasjonen, hygienestandarder og hvilke kvalifikasjoner som sykepleierne på vakt innehar. Pasientens behov nevnes særlig i tilknytning til kvalitet i daglig drift ut fra at de er en «Ablauf-

Organisation» (Ablauf betyr avløp, forløp, startplass) hvor det stilles krav til hvordan ting gjøres gjennom vaktene for å møte pasientenes behov:

“I am responsible for the setting up for the shifts and the qualifications for the nurses, and so on. And to be totally honest, the needs of the patients are what make me... mainly (gives) a direction... We are an “Ablauf-Organisation” – how things have to be done from the start of the shift, till the end of the shifts... so that the patient’s needs are in focus.”

Utvikling av sykepleiefaglig kvalitet nevnes ikke. Lederlegene i førstelinjen nevner heller ikke stikkord som viser et større fokus på utvikling av faget. At dette ikke bare gjelder deltakerne i min studie, bekreftes av topplederne med lege og sykepleiebakgrunn. De arbeider med å utvikle og implementere systemer for å rette fokus på kvalitet og utvikling av fagområdene for hele sykehuset.

5.2.6 «Å gå foran...» - lederen og forholdet til følgerne

Når den norske casen studeres, handler ledelse om å gå foran og at lederen er en som tør og trives med å «stikke nasa fram», som en avdelingsledersykepleier forteller. I dette avsnittet vil jeg først fokusere på vektlegging av personlighetstrekk ved lederen og lederens individuelle adferd. Deretter beskrives deres forhold og oppgaver knyttet til «følgerne», de ansatte.

Et sitat som kan illustrere dette med å gå foran, blir eksplisitt uttrykt av en avdelingsleder med legebakgrunn som definerer ledelse slik: «Jeg tror det har mest med å gå foran med et godt eksempel... Velge retning, hva vi skal gjøre og ikke gjøre. Strategi. Så tror jeg det handler om folkeskikk, være hyggelig, ordentlig.» Lederes personlighetstrekk og måte å være på, som eksempelvis anstendig oppførsel poengteres av mange. En førstelinjeleder sier: «Jeg tenker rett og slett veldig enkelt om ledelse. Tenker at det er på en måte å være tilgjengelig for de ansatte. Og rett og slett så handler god ledelse for meg om vanlig høflighet og det å ta personalet på alvor.» En annen førstelinjeleder gir eksempler på en rekke personlige karakteristikk gjennom sin definisjon av ledelse:

«Du har en slags personlighet som trives til å si ja. Ha evne til å like mennesker, og være tålmodig. Masse tålmodighet. Du har evne til å oppfatte og høre. At du også viser evne til å ta fatt og

gjennomføre... og så må en være tydelig når en må være tydelig... Så trengs det en god arbeidskapasitet... og en sånn evne til å skifte veldig fra det ene til det andre og argumentere i forskjellige settinger, uten å ha forberedt det en gang...»

På spørsmål om hvilke oppgave lederne gjør, så poengterer ledersykepleiere på mellomnivået at tydelighet er viktig. En uttrykker det slik: *«Det største bidraget jeg tenker på et vis at jeg gjør, er at jeg er klar og tydelig. Altså, jeg nøler ikke med å ta en beslutning, og det opplever jeg at folk rundt meg setter pris på.»*

Motivering av de ansatte er også et gjennomgangstema, særlig blant mellomlederne. En mellomledersykepleier beskriver en av sine oppgaver slik: *«... prøve å gi informasjon om det som skjer i organisasjonen, på et nivå som de blir involvert i. Være motivator for dem.»* Fra legehold vises samme holdninger, og også her knyttes det til personlige karakteristikker (motivator, dialogfremmende, konfliktdepende):

«Ledelse er ... en blanding av motivasjon, ha visjoner, prøve å sette dem ut i livet. Formidle disse tingene til overordnede, formidle noen av strategiene fra overordnede til de underordnede sånn de føler det er sitt. Forsøke å virke motiverende til folks eget maskineri. Dialogfremmende, fremme god omgangstone, best mulig atmosfære, konfliktdepende.»

Ivaretagelse av det psykososiale miljøet anses viktig, uttrykt av en avdelingslederlege:

«Sånn som jeg tenker, så er det en del sånne overordnede forhold, som å sørge for et godt tilbud i nedslagsfeltet til sykehuset. Så opplever jeg at jeg har en rolle med å lede det psykososiale arbeidsmiljøet. Det er en viktig bit. Så har jeg en overordnet rolle i forhold til forsvarligheten av det vi driver med, få en bedre struktur på det vi driver med, prosedyrer, avvikshåndtering, stillingsbeskrivelser.»

En annen lederlege fra sammen nivå knytter også psykososialt miljø til sin definisjon av ledelse: *«Ta de beslutninger som skal gjøres, at du så godt som mulig prøver å få ting til å fungere, at du sørger for at det blir et godt faglig resultat, at du har ansvar for det. Og at det opprettholdes og holdes et godt miljø. Så er det noe med økonomi.»*

Lederne blir senere i intervjuet utfordret til å beskrive seg selv som ledere. De fleste vektlegger at de ønsker å være tilgjengelige. Noen «går rundt og stiller seg tilgjengelige» mens andre sitter med «åpen dør». En sykepleier på avdelingsnivået forteller: *«Uansett hva*

jeg holder på med, så er døren alltid åpen. Det liker jeg. Er jeg der, så er det bare å komme og banke på.» En lederlege på samme nivå sier:

«Jeg ønsker å være tilgjengelig. Vi har totalt flat struktur, det er ikke noe hierarki. Det er ikke noen avstand mellom meg og de andre, opplever jeg, og jeg tror de andre opplever det slik også. Det er i alle fall det jeg får tilbakemeldinger på. Og det å være tilgjengelig, det tror jeg er riktig.»

Ønske om en flat hierarkisk struktur understrekes av at de fleste lederne fra begge profesjonsgrupper, men en topplederlege forteller at hierarkiet likevel er til stede: *«I hverdagen ser vi jo ikke hierarkiet så sterkt, men når det kommer til avgjørelser, så ser vi det likevel.»* Ønsket om flat struktur støttes av at de samtidig oppgir at de er lite autoritære og kontrollerende. En mellomlederlege sier: *«Jeg er veldig lite autoritær, og kanskje litt for dårlig til å kontrollere... Det har noe med tradisjon, med at det er mye frihet under ansvar.»* En annen mellomlederlege beskriver seg selv slik:

«Jeg tror nok de fleste opplever meg som snill, at jeg vil det beste, lite kontrollerende. Det får jeg tilbakemelding på, det tror jeg er riktig. Jeg er kanskje litt for lite kontrollerende. Skulle kanskje hatt større kontroll på en del ting, det kjenner jeg sjøl. For det går i forhold til etikken å kontrollere for mye, men da kan en også kontrollere for lite. Det arbeider jeg med personlig, ha passe kontroll.»

En ledersykepleier i tilsvarende stilling gir også inntrykk av å kontrollere lite:

«Jeg bruker å si til enhetslederne og overlegene at dere kommer aldri til å oppleve at jeg løper etter dere med klokken og kontrollerer dere. Dere er ansatt for å gjøre en jobb som er definert sånn og slik, og så lenge dere utfører den jobben tilfredsstillende, så har dere full tillit innen de rammene som tross alt ligger der. Men viss du... - uten at det skal være en trussel -... da kan du være trygg på at jeg vil være der.»

Fra førstelinjen sier en av ledersykepleierne: *«Jeg er nok ikke en sånn veldig streng, autoritær person. Det er veldig mye demokrati og jeg spiller ofte ballen tilbake; hvordan syns du vi skal løse det, litt sånn.»* Denne lederen er også lite kontrollerende, og sier at det ikke er behov for å gå rundt og kontrollere: *«... fordi de bare gjør det sjøl, uten at jeg sier fra. Vi har spredd mange oppgaver til folk, så bruker de mailsystemet, og på den måten har jeg kontroll på hva de gjør.»*

Et annet trekk som lederne vektlegger når de beskriver seg selv, er involvering og medvirkning, her uttrykt av en avdelingsleder med sykepleierbakgrunn: *«Medvirkning, da tenker jeg både fra ledere, ansatte men også fra pasienter og pårørende... Jeg er veldig opptatt av medvirkning... Jeg liker å tenke på meg selv som en involverende leder, som liker å lede i team.»* Videre illustrerer denne lederen at det kan være en motsetning mellom dette og et behov for samtidig å være en tydelig leder: *«Jeg er ikke redd for å stå fram som leder, når det er nødvendig».* En ledersykepleier fra førstelinjen sier tilsvarende: *«Jeg behøver ikke alltid ha min mening igjennom, men når det kommer til et visst punkt, da vet alle at da er jeg der.»* En lederlege i toppledelsen som også er opptatt av involvering, knytter dette til konsensus og teamledelse. Lederlegen fortsetter: *«Det går veldig mye på det med team, jeg er ikke så veldig opptatt av å ta beslutninger alene. Jeg liker forankring når det gjelder beslutninger.»* Denne lederen er også reflektert rundt svakheter ved en slik form for ledelse, og gir et konkret eksempel hvor partene var uenighet om organisering: *«...det er faktisk ikke mulig å forene synspunktene. Det er helt umulig å få enighet, så der er det en god utfordring å være en god leder som fatter beslutninger.»* Lederne er også opptatt av å løfte fram andre, som en ledersykepleier fra avdelingsnivået uttaler: *«... men jeg er heller ikke redd for å komme i skyggen av andre.»* Topplederen med sykepleiebakgrunn sier også: *«Jeg har ingen problemer med å se at andre er bedre enn meg, og det å holde fram de som får til noe, det syns jeg er kjempe-alright.»*

Det neste punktet jeg vil oppsummere, knyttes til systemnivået; rutiner som er lovpålagt og/eller nedfelt i sykehusets rutiner. Dette arbeidskrevende og nevnes av de fleste norske lederne. Særlig førstelinjeledere bruker mye tid på oppfølging av sykemeldte, gravide og medarbeidersamtaler. En førstelinjesykepleier sier:

«Det er jo et eget sånt oppfølgingsopplegg for sykefravær som skal inn viss de er lenge borte. Alle gravide følges opp med tre samtaler gjennom svangerskapet. Det er meg, jordmor og den gravide. Og så er det sykemeldte som skal ha ganske tett oppfølging, og mye skriftlige rapporteringer til NAV og samarbeid med NAV. Noen ganger er det mange sykemeldte, andre ganger få.»

Avdelingslederne med sykepleierbakgrunn har delegert ansvaret til enhetslederne, og har oppfølgingen av lederne under seg. De deltar også i vanskelige saker som enhetslederne får,

slik en sier: *«Jeg går inn sammen med enhetslederne og konfronterer vanskelige personalsaker... Det tar mye tid, folk som blir sagt opp. Da må en stå i det sammen med enhetslederne, de kan ikke stå i det alene.»*

Lederlegene løser denne form for oppfølging på ulike måter, noe som blant annet beror på størrelsen på enheten de leder. Avdelingslederne på små enheter tar hele ansvaret selv. En sier at dette kan være et arbeidskrevende punkt: *«Der har jeg faktisk en del oppfølging. Vi har en langtidssykemeldt overlege og sykepleier som jeg har regelmessige møter med, og med NAV... så det personalansvaret har jeg for hele gruppen»*. På større avdelinger delegeres de store personalgrupper til enhetslederne mens lederne følger opp enhetslederne og legegruppen.

Topplederne er overordnet ansvarlig for hele sin klinikk. De har oppfølging av sitt lederteam, men resten av personalansvaret er delegert nedover i enhetene.

Når de tyske lederne skal definere ledelse og beskrive sine oppgaver, knyttes dette i mindre grad enn de norske til personlighetskarakteristikker. De vektlegger imidlertid ivaretagelse av personalet. Den tyske mellomlederen med sykepleierbakgrunn definerer ledelse som å forholde seg til folk og deres reaksjoner: *“I think the social aspect also should be something that the managers should have... The people may have a bad day, is angry... You have to feel this as a manager, you have to know how to manage this.”* Lederen forteller videre at ledelse også handler om å motivere de ansatte. En av ledersykepleierne i førstelinjen knytter definisjonen av ledelse til organisering av arbeidet og respekt for kollegene: *“... you should be a little bit organized, maby not too much, but you should be able to organize your own day. And you should treat your colleagues with a lot of respect.”* Den andre førstelinjesykepleieren vektlegger å ivareta personalet ved å være et mellomledd eller en formidler til ledelsen over, og definerer ledelse slik:

“I have not thought a lot about that... It is on one hand the person who decides the rules, but also helps when needed. On the other hand... it includes a controlling function... But I am also a spokesperson to the level above us, when I can see that it is impossible for my personnel to follow the instructions.”

Oppfølging av det psykososiale miljøet vektlegges og begge profesjoner bruker daglig tid på småkonflikter mellom leger og sykepleiere. En lederlege i førstelinjen definerer ledelse slik: *“Keep the ward running, and hopefully being happy. (Keep) a nice atmosphere, including the assistant doctors, the nurses and the patients of course.”* Legen forteller også at det stadig er konflikter mellom leger og sykepleiere: *“All the time conflicts with the nurses. But it is my duty to keep it on a low level. Every day there are conflicts.”* Ledersykepleierne i førstelinjen forteller også om daglige konflikter og den ene sier at det er et viktig aspekt ved lederjobben å håndtere dette: *“I see this as my job, to improve the communication. I see this as an important job, particularly towards the doctors.”*

En av ledersykepleierne (mannlig) i førstelinjen gir også en beskrivelse som viser til konfliktene mellom leger og sykepleiere, og vektlegger å møte sykepleierne med respekt og empati:

“You should treat your colleagues with a lot of respect... Sometimes, I say, just to make fun of it... I must be a little bit of a mother, because ... but nursing is a very emotional profession, and sometimes my nurses come in here and they are totally out of the way... They will say; I feel bad, and this has gone wrong, and I don't feel understood by the doctors, and you have to do something now and not in a minute. And then I have to sit here and calm them and show some understanding and respect. Being empathic is an important part of it.”

Topplederlegen forteller i forbindelse med sitt arbeid: *“I want to improve processes, to improve situations between the professions.”* Legen forteller også at det har vært endringer i holdninger til behandling av personalet de siste årene: *“... more awareness for the responsibility for personnel, because in some fields we have difficulties. Like especially nurses, extremely difficult, so the focus has been on how we treat personnel.”*

Toppledersykepleieren forteller også at situasjonen for sykepleiere har blitt forverret: *“Nursing has become a very hard profession, and many nurses go away because it is demanding.”* Hardt arbeidspress og ledige stillinger som de ikke klarer å fylle med kvalifisert personale gjør at flere sykepleiere slutter, forteller denne lederen.

Når de tyske lederne skal beskrive seg selv, går ønsket om ryddighet og tydelighet igjen, her uttrykt av en lederlege i førstelinjen: *“(I am) sorted, clean and people are happy”*. Andre

tilstreber samme ideal, men viser at de ikke klarer leve opp til dette idealet. En ledersykepleier i førstelinjen sier: *“I am not as strict as I sometimes wish I would be. I am a little bit more what we call Laissez-faire”*. Topplederlegen betegner seg som både *“clear”* og *“sometimes a little bit chaotic, I am too creative”*. Ledersykepleieren på mellomnivået håper ho er *“nice”*, men problematiserer dette og sier at dersom ho er for «nice» kan det være vanskelig å få autoritet som kvinne.

Alle tyske ledere poengterer at hierarkiet står sterkt og en ledersykepleier i førstelinjen som ønsker å redusere avstanden til sine ansatte, forteller samtidig at det er utenkelig å kalle overlegene med fornavn. Lederen vektlegger videre tilgjengelighet og liker å holde en «åpen dør». Dette resulterer i mange rare henvendelser fra både leger og sykepleiere:

“Normally the doors are open, and they can come in all the time and ask questions... I could be more distanced, and they would not come with all these stupid questions... I think if you are too distanced, they will not come to me with things that would be important for me to know”.

Oppfølging av personalet som jeg relaterer til systemnivået for de norske, nevnes blant administrative oppgaver fra de tyske deltakerne. Her er det særlig mye arbeid for førstelinjesykepleierne som har ansvar for store sykepleiergrupper.

5.3 Samarbeidsforhold

Etter denne gjennomgangen av hva ledelse handler om, undersøker jeg hvem lederne samarbeider med og hvordan dette samarbeidet foregår.

5.3.1 «... jeg samarbeider med heile fjøla»

Når jeg undersøker hvilke typer profesjoner de norske lederne har ansvar for og hvem de samarbeider med, så er det gjennomgående at de forholder seg til mange typer profesjoner. Alle lederne i førstelinjen har tett dialog med den sykepleier som er ansvarlig på vekten:

«Jeg samarbeider jo veldig tett med koordinatoren her i enheten. Det er den som på en måte, det er den sykepleier på hvert skift har ansvar for fordelingen av pasienter, hvem sykepleier som kan hjelpe i

drift og sånt. Så de samarbeider jeg jo tett med. Og så er det assisterende enhetsleder, og jeg samarbeider oppover med min leder igjen, da.»

I tillegg til samarbeid med eget personale, samarbeider de også med seksjonsoverlegen og leger fra andre kliniske spesialiteter, andre enhetsledere og parter tilknyttet interne og eksterne prosjekter. De samarbeider også tvers med andre helseprofesjoner som fysioterapeuter, ergoterapeuter og bioingeniører. Noen samarbeider også med klinikkøkonomen i forhold til oppfølging av økonomien i enheten.

På avdelingsledernivå rapporterer både leger og sykepleiere at de samarbeider med mange ulike typer profesjoner, men det er store variasjoner avhengig av type avdeling, størrelse og organisering. Blant ledersykepleierne er det noen som stort sett leder sykepleiere og merkantile, mens andre også leder leger, psykologer, ergoterapeuter, vernepleiere og sosionomer.

Intervjuer: «Hvem samarbeider du med gjennom dagene?»

Ledersykepleier: «Ymse. Fra andre avdelingsledere til enhetslederne, kommunale instanser, stab og ledelse her.»

Intervjuer: «Så du har ulike yrkesgrupper; sykepleiere, leger...»

Ledersykepleier: «Ja, jeg samarbeider med heile fjøla.»

Når avdelingslederen har sykepleiebakgrunn, samarbeider denne med en overlege som har det medisinskfaglige ansvaret i avdelingen, både i forhold til pasientbehandlingen og utdanning av assistentleger. Lederen forteller om hvordan de samarbeider om å legge opp utdanningen, og sier: *«Overlegen har det faglige innholdet og jeg syr det sammen. Så har jeg noen merkantile som tar alt med dokumentasjon.»* Lederlegene rapporterer også et bredt spekter av samarbeidspartnere. Typiske samarbeidspartnere på avdelingsnivå er personalet de leder, eksempelvis sykepleierne som er leder for enhetene i avdelingen, legegruppen, psykologer, andre helseprofesjoner og merkantilt personale. De samarbeider videre med administrasjonskonsulenten, IT, egen leder i klinikken og parallelle ledere. En avdelingslederlege sier:

«Jeg samarbeider med... vi møtes jo alle legene hver morgen, så mye legesamarbeid. Men klart jeg samarbeider jo også tett med sykepleiere, både på poliklinikk og operasjonen. Og rent ledelsesmessig samarbeider jeg tett med merkantilt, og så har jeg en del samarbeid med leder på (en spesifikk avdeling). Men de jeg jobber tettest med, ledelsesmessig, er administrasjonskonsulenten og leder for sykepleieseksjonen.»

Ledere på avdelingsnivået, særlig sykepleierne, samarbeider også med universitetet i forhold til sykepleieutdanningen og kommunale instanser i forhold til samhandlingsreformen.

Topplederne fra begge profesjoner samarbeider med de ulike ledere innen klinikken. Dette kan utgjøre nær 20 enheter på ulike geografiske steder og medfører en del reising for å delta i møter. Når det er mulig, deltar klinikklederne i direktørens daglige samlinger og her samarbeider de i tillegg med de andre yrkesgruppene som hører til direktørens lederteam; eksempelvis ingeniører, advokat og økonom.

De tyske lederne i førstelinjen arbeider hovedsakelig med egen profesjon, men ledersykepleier og lederleger møtes jevnlig for å diskutere dagens pasienter. Ut over dette så nevnes kontakt med eksempelvis medisinske ingeniører og andre som er relatert til utbygginger eller prosjekter. I toppledelsen er det større variasjon og legen samarbeider med: *“... many departments, the administration, controlling, quality department, IT, that’s the constant exchanges... Within the clinic I have mainly the same all the time; the director of one of the staff personnel, or head nurses.”*

5.3.2 «Det er et team, ja. Det er ikke noe soloarbeid, det går dårlig!»

På spørsmålet om hvordan de samarbeider, er teamarbeid det gjengse svaret fra lederne på alle nivåer i Norge. En ledersykepleier fra avdelingsnivået besvarer dette spørsmålet med å ramse opp ulike typer profesjoner som jobber sammen om ulike typer saker og sier: *«...så det er et team, ja. Det er ikke noe soloarbeid, det går dårlig!»* En topplerlege gir et mer utfyllende svar: *«Jobber veldig mye sammen med folk. Det er du nødt til å gjøre, men jeg tenker nok en god del selv. Det er mye tenking som jeg tester ut blant ledergruppen min.»*

Fra Tyskland rapporteres det også om teamarbeid, men ikke i samme utstrekning. Førstelinjelederne arbeider i team med sin assisterende leder, som en sier: *“I have the girl that is sitting next here, she is in charge when I am not around...and I realize us as a team”*. En lederlege i førstelinjen sier: *“I work in team. We are a team at the ward, and we are a team in (research). At the ward I have three assistant doctors at different levels, and for the (research) I have two research assistants who are doing the studies, writing the studies for me”*. Ledersykepleierne på mellom- og i toppledelsen arbeider ikke i team. *«I work solo»*, sier mellomlederen. Topplederlegen arbeider i team med personer fra de enhetene som er nevnt ovenfor.

5.3.3 «Møter, møter, møter» - planlegging, koordinering og samhandling

Et særtrekk ved lederne fra det norske sykehuset er at samarbeidet forgår i stor utstrekning i møter og alle ledere jobber i team som treffes regelmessig. Med møter menes det i denne sammenheng avtalte treff som kan ha en uformell karakter uten fast agenda, eller av mer formell karakter med innkalling og referat, eller en blanding av disse. I møtene utveksles informasjon og ideer, saker blir diskutert, vedtatt og følges opp. En førstelinjeleder forteller at de styres av møter: *«Jeg kan jo ikke helt planlegge min egen dag, fordi de møtene som kommer og som man takker ja til, de må en jo gå på. Så må en gjerne forberede seg i forkant.»* Saker som ikke kan vente til møtene, følges opp fortløpende slik en annen førstelinjeleder uttrykker det: *« ... vi har mye sånn ad hoc møter også. Vi samles omkring en problemstilling... samles og ser hvordan vi skal løse det på en god måte»*. En avdelingslederlege sier tilsvarende: *«Viss det rusker seg til, så tar vi et møte i avdelingsledelsen for å diskutere.»*

Eksempler på møter som nevnes er regelmessige møter med sine underordnede, egen leder og ledere på samme nivå. Møter med samarbeidsenheter innad i sykehuset kan også foregå jevnlig, i tilknytning til prosjekter eller ved behov. Lederne deltar videre i faglige møter som kvalitetsråd som behandler klagesaker og avviksmeldinger, ROS – analyser (risiko- og sikkerhetsanalyser), prosedyreutvikling og utvikling av ulike web-løsninger.

Førstelinjledelsen eller de som har oppfølging av kompliserte sykemeldinger har også møter med NAV, og samhandlingsreformen krever mye møtevirksomhet med eksterne samarbeidspartnere. I tillegg deltar noen av lederne fra alle tre nivåene i regionale, nasjonale og internasjonale prosjekter.

Stor møtehyppighet er gjennomgående på større enheter hvor koordineringsjobben er omfattende. Denne uttalelsen fra en av topplederne er illustrerende for mange av lederne på større enheter: «... jeg er veldig glad viss jeg får en dag eller to på kontoret, og det har jeg kanskje 2-3 ganger pr måned.» På småavdelinger har lederlegene valgt ulike strategier; noen delegerer mest mulig og tar avgjørelser fortløpende mellom pasientbehandlingen, mens en annen variant er å gjøre mest mulig selv for å frigjøre personalet til pasientbehandling. En av dem sier: «Jeg forsøker å holde møtene på avdelingen på et minimumsnivå».

Fra tysk hold rapporteres det lite om møter og de møtene som nevnes kan relateres til drift, diskusjoner om pasientbehandling og innføring av nye prosjekter. Ledersykepleierne i førstelinjen nevner de korte møtepunktene i forhold til vaktskiftet og møtene med teamlederne. De har møter med legen som er ansvarlig for enheten en gang per måned. Lederlegene nevner i tillegg til faglige møte hvor pasienter diagnostiseres og behandling diskuteres, samt møter i styringsgruppen for forskningen. Legen i toppledelsen nevner regelmessige møter innen klinikkledelsen, og møter med direktøren i det administrative hierarkiet (Kaufmannisches Director). I tillegg nevnes årlige samlinger med alle avdelinger, og årlige strategisamlinger med utvalgte ledere.

5.4 Krysspress og spenningsområder

«... skal en være i en slik rolle, så er det skvising. Du blir utrolig skviset som avdelingsleder og lege på sykehus. Du blir dratt mellom den faglige biten og det å skulle tenke langsiktig, klare økonomien, ha nok folk, og alle krav som skal fylles. Du blir dratt i alle retninger.»

Som sagt i kapittel 1 og illustrert ved dette sitatet fra en avdelingslederlege, handler ledelse om krysspress og ulike spenningsområder. I de følgende avsnittene presenteres ulike spenningsområder som framtrer gjennom intervjuene. Først behandles forholdet mellom

ledelse og klinisk kompetanse, dernest krysspress mellom fag og økonomi, og sist spenninger mellom ulike profesjoner.

5.4.1 «En fot i klinikken» - ulike muligheter for leger og sykepleiere

Når de norske lederne spørres om de kan være en god leder samtidig som de holder seg faglig oppdatert, så er svarene fra leger og sykepleiere ulike. Unntaket er i toppledelsen hvor de sier at det ikke mulig å være faglig oppdatert.

Ledersykepleierne i førstelinjen og på mellomledernivå forteller at de har vanskelig med å holde seg oppdatert på tekniske ferdigheter fordi de ikke har mulighet til å arbeide klinisk. En mellomledersykepleier sier: «... *det er noen andre ting som handler om medisiner og andre ting, det hadde jeg ikke for mitt bare liv turt.*» Lederne fra begge nivåene påpeker imidlertid at de ønsker å ha et faglig kunnskapsnivå som gjør det mulig å delta i diskusjoner med ulike profesjoner. De vektlegger også å ha fagkunnskap ut fra et bredere perspektiv, slik en mellomleder forteller: «*Du skal ikke utøve det. Du skal vite de store linjer, kjenne det som beveger seg i samfunnet... Greie å ha et samfunnsperspektiv på hva de forventer av oss utenfra.*»

Alle avdelingslederne i den norske casen med legebakgrunn arbeider klinisk, men i varierende stillingsbrøker. To av lederne, fra forholdsvis små avdelinger, arbeider klinisk daglig og gjør lederoppgavene innimellom. De andre har ukentlig satt av 1-3 faste dager til klinisk arbeid og forskning, ledelesesoppfølging de øvrige dagene, samt at de er tilgjengelige til å steppe inn som en klinisk støtte ved behov. Disse lederne tror at de klarer å holde seg faglig oppdatert: «*Jeg har i alle fall mye ambisjoner rundt det*», sier en av lederlegene. En lederlege fra en større enhet forteller at det faglige feltet må snevres i større grad, dersom ledelse skal tas på alvor: «*Skal du gå fullt inn for ledelse, så må du kutte ut mye av det du har jobbet med før, for du kan ikke være 100% begge deler. Det går ikke, du er nødt til å ta ledelse på alvor.*» Denne lederlege vektlegger imidlertid betydningen av å jobbe klinisk, uansett profesjon, og sier videre:

«Skal du bli avdelingsleder må du være nær pasientene, tror jeg. Viss ikke, blir det for stort sprik mellom det du ser som behov og hva... Du skal jo formidle avdelingens behov oppad i systemet, så viss ikke du som avdelingsleder taler pasientens sak, hvem gjør det da? ... Derfor tror jeg det er viktig med forståelse for hvordan det er å jobbe på en avdeling, og da må du ha en fot der selv.»

Denne muligheten til å ha «en fot i klinikken» er vanskeligere å få til ledersykepleiere. Noen av dem reflekterer ikke over dette, mens andre er kritisk til at de ikke kan kombinere klinisk arbeid og ledelse. En førstlinjeleder forteller at avdelingslederne med legebakgrunn nettopp har mulighet til å arbeide klinisk som følge av at de delegerer lederoppgaver til dem. En annen førstlinjeleder som klarer å vedlikeholde faget ved å arbeide klinisk, må gjøre det ved å ta ekstravakter. Kritikken kommer også fra en mellomledersykepleier som sier *«Jeg skulle ønske at jeg kunne mikse det slik som legene kan, men jeg har ikke lyktes med det ennå.»* Lederen forklarer dette ut fra kulturen i sykehuset og struktur i arbeidsforholdene; ledersykepleiere «skal» ikke være i vakt, mens blant lederleger er det omvendt forventning. En annen mellomleder som ikke har klart å gjennomføre sin intensjon med å være i sin enhet en dag i uken, sier: *«det er jeg kjempelei meg for!»* Flere av ledersykepleierne ser det som et tap, at de har *«mistet min kompetanse»* når de har valgt å gå inn i en omfattende lederstilling.

Å holde seg faglig oppdatert, kan imidlertid gjøres på ulike måter. Deltagelse i fora hvor faglige spørsmål diskuteres, konferanser, faglitteratur og prosedyrearbeid oppgis av begge profesjoner. Lederne er ansvarlige for å godkjenne alle prosedyrer i sin enhet, så de bruker også mye tid til å sette seg inn i, diskutere og utvikle prosedyrer.

De tyske ledersykepleierne i førstelinjen viser den samme ambivalensen som de norske; det er vanskelig å være god på både ledelse og sykepleie, slik en uttrykker: *“ I came to a point where I realized that I did either thing really good”* og fulltidsledelse ble valgt. Disse lederne sier også, at de kan ha oversikten på et overordnet nivå, men at det er vanskelig å ha dyp innsikt som sykepleier når de jobber som leder. De tyske lederlegene i førstelinjen arbeider hovedsakelig klinisk med pasientrettet arbeid og forskning og holder seg således oppdatert. En av dem sier at feltet kanskje må snevres om han skal jobbe lenge som leder. Topplederen som er fulltidsleder har ikke klart å beholde sin faglige kompetanse, og sier: *“ I am just a family doctor.”* Dette tolker jeg som at legen har mistet sin spesialkompetanse som lege.

5.4.2 Økonomi - utfordrende for kvalitet og organisering

Som det framheves i avsnittet om ressurser, har det blitt økt fokus på økonomi og lederne ansvarliggjøres i større grad i forhold til budsjett og behandling. For noen gir dette utfordringer med å holde budsjettene. I tillegg til manglende ressurser til bemanning, savnes også midler til investeringer i utstyr og lokaliteter.

Det er imidlertid ingen unison klage på at økonomien er dårlig, bildet er mer nyansert når lederne spørres om konflikter mellom fag og økonomi. Noen av lederlegene har lite fokus på økonomi, da deres enhet klarer seg økonomisk. Toppledersykepleieren reflekterer rundt konflikt mellom fag og økonomi og sier: *«Det er klart at ... at viss vi ikke har nok ressurser, så kan de gå ut over kvaliteten. Men viss vi kan gjøre ting smartere, kan vi få andre muligheter.»* Tilsvarende resonnement gis av en førstelinjeleder hvor de som følge av trang økonomi måtte legge om driften. Dette betraktes i ettertid som en kvalitetsheving og mer fornuftig ressursbruk.

Refleksjonene om økonomiforvaltningen knyttes også til organisatoriske forhold. Både leger og sykepleiere påpeker vansker med å følge opp økonomien når inntektene registreres på en enhet og utgiftene til en annen, slik det eksempelvis er organisert i forhold til operasjoner. Inntektene går til kirurgien, mens utgiftene belastes operasjons- og anestesivdelingene. Noen av førstelinjesykepleierne uttrykker også frustrasjon over manglende tilganger til innsyn i regnskapet de er ansvarlige for. En av topplerne i legegruppen reflekterer rundt organiseringen av legenes arbeid i førstelinjen, hvor seksjonslegene regnes som faglige ledere uten et generelt lederansvar: *«Jeg tror at vår modell i for stor grad gjør oss til fagledere, og da argumenterer du på en helt annen måte enn om du har økonomiansvar.»* Lederen viser videre til dilemmaet ved en slik organisering:

«Det som er interessant når det gjelder leger og ledelse, er at når du er leder i førstelinjen, så har du ikke økonomiansvar. Det er faktisk du som driver virksomheten og har ansvar for den, men du har ikke ansvar for økonomi! Jeg spissformulerer det og sier at jeg kan ikke en gang rekvirere en blyant når jeg er seksjonsoverlege, men jeg kan bruke medisiner for kr 20 000 på

en time på en pasient! Jeg har ikke ansvar for det og det er en av de store ulempene ved måten vi er organisert.»

Kunnskapsnivået om økonomi synes forskjellig mellom leger og sykepleiere som følge av at sykepleierne lærer seg økonomi allerede i førstelinjen og fra videreutdanning. Flesteparten av legene i utvalget har ikke formell kunnskap om økonomi, slik en avdelingsleder uttaler: «*Nei, det er det vanskeligste, for jeg har ikke det i min utdanning, så jeg har hjelp til det.*» Legene har derfor nærmere tilknytning til en økonomikonsulent enn sykepleierne.

De tyske lederne i førstelinjen har ikke ansvar for økonomien, så jeg har få uttalelser om dette. En av ledersykepleierne i førstelinjen holder på med lederutdanning og forteller om utviklingen av sine holdninger, når jeg spør om det er konflikter mellom økonomi og fag:

“Well, 2.5 years ago I would have said: “Yes, of course! Our needs are so and so, they always cut down money and we have to find a solution.” But now after I did the management studies... I think that German health system is, I think, very spoiled. Every time when (the) economy (department) makes a decision about change things to make it cheaper, we feel personally insulted, because we say we do a good job. We have done this for the last 20 years, so why must we change something? And now I am more open-minded for new things, because I think we can work more efficient, and we haven't reached the point where we are at our 100 % outcome, what our possibilities are”

Slik jeg tolker dette utsagnet, så har lederen fått mer forståelse for økonomi ettersom vedkommende har tatt ledelsesutdanning. Lederen har fått et annet blikk på sin organisasjon og ser at ting kan gjøres på andre måter og de kan effektivisere arbeidet.

5.4.3 «En fot i ledelse» - krysspress mellom og innen profesjoner

På spørsmål om krysspress mellom profesjonsgrupper, opplever legene mindre krysspress til sykepleierne nå enn tidligere. En forklaring på at leger ikke opplever konflikter, kan knyttes til uttalelsen fra en avdelingslederlege som sier: «*... altså, legene er jo ofte de som tar det siste, avgjørende ordet*». Noen av sykepleierne derimot opplever forholdet som problematisk, og en førstelinjeleder sier: «*Det er klart at legene blir jo lyttet til i stor grad, og vi kanskje ikke fullt så mye. Det tror jeg bare en må innse. Sånn har det vært bestandig, selv om vi er mange.*» En annen førstelinjeleder forteller at det kan være vanskelig å gå opp grensegangen mellom det sykepleiefaglige ansvaret og det medisinskfaglige ansvaret, særlig ved utskifting

av seksjonsleger. De møtes derfor regelmessig for å avklare grensene, men når de skal utføre dette i praksis: «... så er det forskjell på hvor mye folk går i takt med det en har bestemt, og der kan jo legegruppen til tider være en utfordring».

Konfliktlinjer kan også knyttes til forholdet mellom overordnet/underordnet.

Førstelinjledere og avdelingsledere med sykepleiebakgrunn viser til problemer med å ha en lege som sin nærmeste overordnede, og oppgir vansker med å bli forstått, de blir oversett og føler seg motarbeidet. En avdelingslederlege forteller også om problemer med viderefremidling av informasjon når lederen ikke er lege:

«Det har vært en del år hvor legen ikke har vært i ledelse og da tror jeg man ble litt redd. For tar ikke legen lederoppgaver, så blir man ikke synlig. Da er det ikke det som kommer fram. For da kan du hyle så mye du vil, og så vil det sitte andre profesjoner og si det som skal opp. Så jeg tror legegruppen har forstått at det er viktig å ha en av sine i ledelse.»

Krysspress kan også komme fra egne rekker og legene forteller at mens de tidligere ble møtt med mistro fra kolleger på at de engasjerer seg i ledelse, så har dette har endret seg. Jeg har ovenfor skrevet om «en fot i klinikken», mens en topplederlege forteller at det har gått opp for legene at profesjonen også trenger «en fot i ledelse»: *«for viss ikke de får en fot inn i ledelse, så blir de ikke hørt, og det har skjedd de siste årene at legene hadde ingen virkelige talerør inn i ledelsen.»* Kollegene ser at det er viktig at leger er representert i lederstillinger for å ivareta deres interesser og faglige innspill. Et fåtall av lederlegene mente at leger var mest kapable til dette, mens andre opplevde at en ledersykepleier også kunne ivareta deres innspill. Det har blitt mer aksept for at den dyktigste leder skal lede, og ikke nødvendigvis en lege. At dette ikke bare er noe som sies, vises ved at både sykepleiere og merkantile er utpekt som stedfortredere for leger. *«Ja, er du gærn?»*, utbryter en lege på spørsmålet om en sykepleier kan være avdelingsleder. Denne legen forteller videre om en tidligere klinikksjef med sykepleiebakgrunn: *«Det er nok den flinkeste jeg noen gang har vært borti.»* En topplederlege vektlegger at det er nødvendig med et miks av leger og sykepleiere i direktørens ledergruppe: *«Jeg har ikke noe i mot sykepleieledere, men jeg tror at det bør være et miks av sykepleiere og leger. Det hører naturlig hjemme i ledergruppen.»* En annen topplederlege er tydeligere på legers plass i ledelse, og sier:

«Jeg tror, min opplevelse, erfaring, at de som er ledet av gode managere, kan bli veldig god på mye, men de blir aldri helt fremragende... Det er ikke så nøye om du er nevrospesialist, eller, men det er mer at du har hele kompetansen som gjør deg i stand til å ane trender, forstå trender. Jeg tror i det strategiske perspektiv er det viktig.»

Sykepleierne er bevisst på at de ikke har den dybdekunnskapen om medisin som legene og vektlegger derfor å ha et godt samarbeid med medisinskfaglig ansvarlige leger. En avdelingsledersykepleier sier:

«På det medisinskfaglige så kunne jeg jo ikke være den som hadde hovedansvaret, men jeg kunne helt greit med min bakgrunn... gå i diskusjoner. Kunne helt greit håndtere avviksmeldinger og komme med konstruktive ting, men satt alltid sammen med medisinskfaglig ansvarlig... Men ikke misforstå; Det hadde vært et kjempepluss viss jeg hadde vært lege, men da hadde jeg kanskje ikke vært den lederen som jeg er. Da hadde jeg kanskje ikke hatt så mye ledererfaring.»

Flere av ledersykepleierne påpeker at de har en annen kompetanse enn den medisinske og argumenterer for at dette er en autoritetsbase for deres lederskap. En annen avdelingsleder sier til sin legeguppe: *«Jeg sier at jeg kan noe som kanskje dere ikke kan – om ledelse – å sette dere i system, så dere får gjøre en god jobb»*. Noen av ledersykepleierne er også kritisk til hvordan lederleger ikke er tro mot beslutninger som de er med på å vedta, og en avdelingsleder utbryter: *«Det er omkampenes arena til du får anfall, altså!»* Lederen fortsetter: *«Jeg tror jo at sykehus er en vanskelig butikk å lede, og av og til kunne du ha lyst å si til noen av disse doktorene at de må jobbe med det de kan, og ikke tro at fordi du har tatt doktorskolen også er en god leder... de går jo inn i det som om de vet og kan alt.»*

Til tross for at ledersykepleiere må argumentere for at de har en annen kompetanse som de bidrar med i ledelse, sier de fleste at de ikke personlig har opplevd krysspress i forhold til leger. Gjennom andre deler av intervjuene kommer imidlertid fortellinger som viser at de har hatt utfordringer. Eksempelvis da en sykepleier forteller om samarbeidet med legeguppen, ble denne historien fortalt. Avdelingslederen skulle informere legeguppen om tilsetningen som leder, og reaksjonene beskrives slik:

«Det var helt stille. Det ble ikke sagt ett eneste ord. Så da gikk jeg bare ut igjen. Og da tenkte jeg etterpå, dette kan vel ikke gå, kan dette gå bra? Men så kom den ene etter den andre, første mailen tikka inn samme ettermiddag: «Beklager, vi er noen kronidioter, men selvfølgelig er du hjertelig

velkommen!» *Og den neste kom neste morgen hvor en av legene stoppet og tok meg i albuen og sa at: «Det er vår måte å være på, så selv om vi ikke sa det, er du hjertelig velkommen». Så varte det liksom et halvt døgn, så var det greit. Og så er det klart at den medisinskfaglig ansvarlige har gått litt stien foran meg og ryddet litt vei. Klart det at jeg har hatt en god samarbeidspartner der.»*

Lederleger nevner økte profesjonskonflikter til merkantile som har blitt mer profesjonalisert og fått høyere utdanning. De merkantile ønsker ikke bare å være en assistent til legen, men ha større autonomi, samtidig som leger pålegges flere merkantile oppgaver som tidligere ble håndtert av sekretærer (eksempelvis i tilknytning til diktering og koding).

Som det også kommer fram tidligere, viser de tyske lederne fra alle nivåer og begge profesjoner til daglig krysspress mellom leger og sykepleiere (se i beskrivelsen av hva ledelse handler om, avsnitt: «Å gå foran»). Den ene førstelinjesykepleieren forteller også om konflikter mellom leger og sykepleiere, men poengterer at forholdet til sin overlege er usedvanlig godt, til tysk å være:

“It is just that you must keep in mind, what I said in the beginning, that I am in a comfortable situation. Because I know from this clinic, other team leaders that I talk to on a daily basis, that they sometimes describe that their chief doctors don’t treat their team leaders nicely. One colleague told me that she was three years a team leader and the chief doctor didn’t even know her name.”

Sykepleieren i toppledelse nevner overordnede konflikter i forhold til hva sykepleien faglig sett skal være, og sier: *“The clinics are very medical dominated, and they don’t see the point. Why do not we need academic nurses? They don’t really see the point. They think there is no need for nursing science, and they don’t want nurses to get influence”*. Her påpekes det at sykepleierne motarbeides av leger når de arbeider med å profesjonalisere sykepleien og ønsker å heve utdanningsnivået til universitetsnivå.

5.5 Ledelse - et trinn i karriestigen og arena for fagutvikling

Avslutningsvis i gjennomgangen av primærdataene, presenteres deltakernes vei inn i ledelse, samt spørsmålene på slutten av guiden som omhandler identitet, karrierestegene videre og incentiver til ledelse.

Ser jeg samlet på det norske materialet, er det få sykepleiere som hadde tenkt seg ledelse da de tok sin utdanning, men mange av dem fikk raskt lederansvar. De fleste ble oppfordret til ledelse fordi de hadde utmerket seg og tatt mer ansvar enn forventet. *«Jeg var litt sånn som tok litt ansvar»*, sier en førstelinjeleder. Ledersykepleierne på alle nivåer har identitet som leder, men noen av dem er raske med å påpeke at de også er sykepleiere. Sykepleierne beskriver sin motivasjon for å bli værende i ledelse til mulighet for å påvirke faglig utvikling og å bestemme over egen hverdag. Ønsket om innflytelse uttrykkes slik av en avdelingsleder: *«Du er med og bestemmer, er med i prosessene, har påvirkningskraft, er med og former»*. En førstelinjeleder liker å ha: *«innvirkning på hvilken vei vi skal gå»*. Mange av ledersykepleierne knytter også motivasjonen til sin personlighet og av personlige egenskaper så nevnes eksempelvis: *«Jeg er nok litt utålmodig»* (avdelingsleder). En annen avdelingsleder sier: *«Det har rett og slett med at jeg er skrudd sammen sånn at jeg klarer ikke la være å være en del av der beslutningene tas.»*

Når jeg studerer de norske legene, så hadde de fleste av dem hadde heller ikke sett for seg ledelse da de tok sin grunnutdanning. Motivasjonsgrunnlaget samsvarer også med sykepleierens ønske om å utvikle faget ved å være i ledelse. En avdelingslederlege kom til et punkt hvor lederen tenkte: *«Skal jeg få gjennomført noen av mine ideer og visjoner, så må jeg bli leder... det var egentlig fordi jeg hadde lyst å gjøre noe større.»* Drivkraften knyttes også til friheten til å påvirke sin egen arbeidsdag. Noen av lederlegene relaterer også denne driven til å være i ledelse til sin personlighet: *«Jeg blir lett engasjert og synes det er gøy å være med og lede, liker å påvirke»*, sier en toppleder. Alle legene har også en identitet som leder. Halvparten føler seg først og fremst som leder og har legeidentiteten på andreplass, en føler seg som begge deler samtidig, mens de siste føler seg først som lege, dernest leder.

Når jeg ser på karriereløpet til ledersykepleierne, så har de fleste «klatret gradene». Det finnes ulike typer stillinger som fagsykepleiere og tillitsvalgte som gir en god basis for å gå inn i mer formelle lederroller. I tillegg er det assisterende lederstillinger i både førstelinjen, på avdelingsledernivå og klinikknivå. En avdelingsleder uttrykker: *«Jeg tror ikke det er et steg jeg ikke har gått»* og en annen sier *«det er naturlig for oss sykepleieledere å begynne på*

enhetsledernivå». Det er imidlertid få av lederne som ønsker å klatre høyere i karrierestigen: «Jeg tror ikke jeg skal noen steder», og «Jeg trives her jeg er» er gjengse uttalelser fra både førstelinjen og avdelingsledernivået. Ledersykepleierne påpeker også at det er få sykepleiere som søker seg til lederjobber. Et fellestrekk for ledersykepleiere i de fleste stillinger er at det ikke finnes retrettstillinger dersom de ønsker å slutte som ledere, unntaket er i toppen. Et par av avdelingslederne reflekterer rundt dette og en sier: «Det er forskjell på oss sykepleiere og mannlige legeledere. De kan bare... de sier med brask og bram i avisen: nå trekker jeg meg fra stillingen min, og så går de «boink» rett inn i den gamle stillingen som kirurg eller noe.» Sykepleierne må vente til ledig stilling, konkurrere med andre søkere, og her kan de dessuten ha et handicap fordi de har vært borte fra faget i en lang periode. Dette kan være momenter som gjør at det er mindre turnover blant sykepleiere enn leger i ledelse. En annen avdelingsleder som har tenkt på dette, viser til at i det private finnes det retrettstillinger for ledere, og sier videre: «i det offentlige går du rett på søppelhaugen, utslitt, utbrent, du har ikke mer å gi».

De fleste av lederleger på avdelingsnivået ønsket å bli værende i sine stillinger og et par av dem har takket nei til høyere stillinger eksternt. Når jeg spør om hvilke retrettmuligheter de har, er det flere som sier: «Da går jeg fullt inn som lege». Et par av dem kan imidlertid ikke tenke seg å jobbe fullt som lege. «Utviklingsarbeid syns jeg er spennende», sier en av lederne, og den andre sier: «Jeg er som sagt ganske avhengig av å ha den friheten jeg har for å kunne gjøre det jeg har lyst til, og da ikke bare ledelsesmessig, men også forskningsmessig og andre ting. Så jeg tror ikke jeg kunne gått tilbake... tror ikke jeg ville trives med å være 100% lege.»

Det siste punktet jeg vil framheve er incentiver til ledelse. De fleste av sykepleierne har betalt sin lederutdanning selv, og mange har tatt den ved siden av jobb. I sine enheter har de få incentiver å tilby ansatte som de ønsker skal ta lederutdanning. Eksempel på hva de kan tilby er støtte til semesteravgift, bøker og eventuelt fri til undervisning. Lederne påpeker også at de ikke er drevet av lønn, for noen av førstelinjelederne har dårligere lønn enn sykepleiere i turnus. Mellomlederne tjener noe bedre, men er likevel to-tre hundretusen under leger i

samme type stilling. Når lederlegene skulle beskrive incentiver for å få leger til å bli ledere, knyttes det til at de har større påvirkningsmulighet og større frihet til å prioritere prosjekter de brenner for når de er i ledelsesposisjoner. Som blant sykepleierne er det variasjoner i hva slags støtte som gis til lederutdanning. En av topplederlegene har fått fri til utdanning, men ikke betaling. Lederen er opptatt av nytting som et incentiv og sier:

«Uten det tror jeg ikke at jeg hadde klart meg så bra. Jeg har hatt veldig stor nytte og kan bare anbefale å ta dette før en går inn i en slik jobb. Jeg tror at flere må inn i det for at ledelseskvaliteten skal bli god nok til å møte utfordringene i framtiden. Det jeg merker er at jeg får et annet syn på ting og lærer å bruke et språk som ikke bare leger forstår, men også de utenfor. Det er det med legetilværelsen, at det er litt stengt i sin egen verden, og tenker at sannheten ligger bare der. Men det er selvfølgelig ikke slik, og omverdenen forstår det ikke slik.»

Noen avdelingsledere med legebakgrunn oppfordret leger til å ta lederutdannelse, mens andre ikke trodde at leger som hadde brukt flere år på spesialisering kunne fristes til å studere et nytt fagfelt. En annen topplederlege påpekte: *«du må huske at våre ansettelsessystemer er slik at du er nesten 40 år før du får fast jobb»* og forteller at som spesialist får du faglige lederoppgaver, men slipper de *«kjedelige administrative oppgavene»* som følger med i en formell lederposisjon. Dette kan være med å forklare at legene ikke investerer i ledelsesutdanning. Lønnsmessig har legene ikke mye å tjene på å gå inn i ledelse i forhold til da de gikk i turnus. En av dem illustrerer at lederlønnen ligger kr 50 000 over turnuslønnen, men her er det individuelle forskjeller.

Som de norske sykepleierne, hadde ikke de tyske sykepleierne sett for seg å bli ledere da de tok sin utdanning. De har ulike veier inn i ledelse; et par som følge av mer utdanning, en har blitt forespurt etter deltagelse i prosjektarbeid og den siste ønsket å gjøre en bedre jobb for pasientene enn forgjengeren. Denne førstelinjelederen sier: *“I sometimes think leaders become leaders because they feel more upnose.... I always want the patients to be in good and qualified situations on the ward”*. De tyske ledersykepleierne forteller at få sykepleiere ønsker å bli ledere. Den samme oppfattelsen er å gjenfinne blant legene. Topplederlegen forteller at sykepleierne kan si: *“I have chosen this professional field because I want to treat patients. I don't want to manage. I want to treat patients, and don't hinder me!”*

Topplederssykepleieren synes å ha en annen oversikt og nyanserer dette bildet. Denne lederen forteller at det er vanskelig for sykepleiere å komme i posisjoner med innflytelse, og noen steder fjernes innflytelsesrike stillinger. Eksempel gis fra et sykehus i Leipzig som hadde fjernet sykepleiedirektøren fra direktørens ledergruppe: *“In Leipzig they have taken her out recently, and when you get into discussions with medics about this, they say: We just need one who is earning the hospitals, and the nurses should be on a lower level.”* Selv om sykepleierne har problemer med å få innflytelse i det tradisjonelle hierarkiet, opprettes de nye stillingene Case managers, Disease managers ol, som gir nye karriereveier for sykepleiere. Disse jobbene gir høyere anseelse, noe høyere lønn, de går ut av vakt og har innflytelse over arbeidet til både leger og pleiegruppen som planleggere av pasientflyten. Som i Norge har ikke sykepleierne noen retrettstillinger når de ønsker å gå ut av ledelse og incentivene for å bli leder knyttes til mulighet til innflytelse og de slipper vakter, mens økonomisk tjener de lite på det.

For de tyske legene er ledelse institusjonalisert som en del av den faglige karriereveien. Alle jobber mot å bli overleger, og dermed betraktes som ledere. Det er ikke et alternativ å tre tilbake på denne karriereveien: *“You do not want to be an assistant doctor again”*, sier en lederlege. Topplederlegen som i tillegg hadde økonomisk utdannelse, så ikke for seg å bli leder tidligere, men da i betydningen av manager. Det ble imidlertid denne legen etter hvert. Noen av sykepleierne identifiserer seg med lederrollen, andre som sykepleiere og dernest ledere, mens mellomlederen sier: *“I act as a leader, but in my heart I will always be a nurse”*.

Lønn er veldig privat i Tyskland, blir jeg fortalt. Jeg får likevel oppgitt hva de fleste tjener, og svarene viser store variasjoner blant både leger og sykepleiere. En lege viste til at forskjellene er ennå større om du ser på private for-profit sykehus. Det er større forskjeller mellom sykepleiere og leger også enn i Norge. Det er mer status å bli leder høyt i hierarkiet i Tyskland, da dette gir stor lønsmessig uttelling.

5.6 Oppsummering

Hensikten med dette kapitlet har vært å gi en systematisk presentasjon av det empiriske primærdatamaterialet som ligger til grunn for avhandlingen. Jeg vil nå gi en oppsummering av tendenser i mitt materiale. Som gjennomgangen viser, er det både likhetstrekk og variasjoner i ledelse i de to casene. For å få en forståelse for hvorfor forskjeller framtrer, knyttes denne framstillingen til den ulike organiseringen av sykehus og noen av implikasjonene dette medfører.

Den norske casen kommer fra et sykehus som er organisert etter en divisjonsstruktur med klinikker som er fordelt på flere geografiske steder. Enhetlig ledelse er innført og lederne har ansvar for de ulike profesjoner og yrkesgrupper som arbeider i deres enhet. Tysk case kommer fra et sykehus med tilsvarende størrelse, men her er det fortsatt separate hierarkier for leger, sykepleiere og den administrative staben. En implikasjon av den ulike organiseringen, er at når lederne har ansvar for mange yrkesgrupper, så utvides fokus fra ledelse av egen profesjon, til å omfatte de gruppene en er leder for. Som følge av det enhetlige lederansvaret og organiseringen, oppgir de norske lederne ansvar for en rekke yrkesgrupper, og de samarbeider med et bredt spekter av samarbeidspartnere. Alle lederne vektlegger dessuten teamarbeid. De tyske leder og samarbeider hovedsakelig med egen profesjon, med unntak av topplederlegen i casen som samarbeider med flere. Teamarbeid er heller ikke utbredt i tysk case, og de gangene det nevnes, gjelder dette team innad i egen profesjon. De norske lederne bruker også betraktelig mer tid på møter enn de tyske for å samarbeide og samordne på tvers av profesjoner, enheter og lokalisasjoner.

En annen forskjell mellom casene, knyttes til organisering av økonomiansvaret i enhetene. De tyske lederne har ikke ansvar for økonomi, og er følgelig mindre opptatt av dette. Deres fokus rettes mot god forvaltning av midler. De norske lederne har økonomisk ansvar for sine enheter, og de fleste fokuserer på dette. Unntaket er lederleger fra avdelinger med god økonomi, de bruker mindre tid på dette. Ledere er imidlertid opptatt av å forvalte sine ressurser, og til dette knyttes både budsjettarbeid og regskapsoppfølging.

Det store fokus på målstyring i norsk case kan ses i lys av organisering med ulike profesjoner innad i enhetene. Profesjoner kan ha ulike mål, og målstyring kan være et redskap til å finne et felles mål som enheten arbeider mot. Målstyring er ikke uttalt i tysk case, og dette kan henge sammen med at ledelse foregår innad i egen profesjon. En annen variasjon jeg vil framheve i forlengelsen av dette, er vektleggingen av personlige egenskaper og individuell handling hos lederen fra norsk case. Lederne vektlegger å bruke sin personlighet og å være forbilder som ledere. Ledelse handler om å gå foran med et godt eksempel, og de er opptatt av å motivere sine ansatte til å nå de fastsatte målene. De tyske lederne knytter personlige egenskaper til ledelse av konflikthåndtering mellom profesjonene.

Når jeg skal trekke fram likheter mellom casene, nevner jeg at lederne fra begge casene i stor utstrekning styres av oppgaver som er institusjonalisert til lederrollen, de er linjestyrt, samtidig som de oppgir at de har en viss frihet til å påvirke sin arbeidssituasjon. Et annet fellestrekk er at ledersykepleiere er fulltidsledere, mens lederleger kombinerer klinisk arbeid med ledelse, med unntak i toppledelsen. Videre har ledersykepleiere i førstelinjen det mest omfattende ansvaret for daglig driftsplanlegging og oppfølging i begge casene. Disse to fellestrekkene kan tolkes som en videreføring av faglig ledelse for begge land med leger som deler ledelse med klinisk aktivitet og sykepleiere som planlegger drift og turnus for personalet. Fokuset i forhold til faglig ledelse synes imidlertid å være ulikt i de to casene, da de norske lederne fra begge profesjoner er opptatt av faglig utvikling i tillegg til planlegging og oppfølging av daglig arbeid. Faglig utvikling knyttes både til kvalitet på tjenestene som tilbys pasientene, utvikling av kompetansen til personalet fra ulike profesjoner, men også på systemnivå med de fagadministrative systemene. De tyske lederne gir få innspill som viser de er opptatt av utvikling. Dette kan tolkes som at faglig kvalitet er implisitt når de er en Ablauf Organisation, hvor måten de er organisert stiller krav til hvordan ting gjøres gjennom skiftene, men kun en av lederne poengterer dette. De norske lederne vektlegger faglig utvikling gjennom ulike deler av intervjuene. Dette kan også tolkes som at faglig utvikling ikke er et lederansvar i tysk case, i motsetning til i Norge hvor dette blir «påtvunget» lederne gjennom fagadministrative systemer og møter som avholdes for å forbedre kvalitet.

Et annet punkt som er likt i Norge og Tyskland, er økningen i administrative funksjoner. Denne økningen kan knyttes til management og indirekte kontrollsystemer for norsk del, mens mye av dette knyttes til direkte kontroll for de tyske lederne, da særlig ledersykepleierne i førstelinjen. Direktekontrollene kan både tolkes ut fra den tyske finansieringsmodellen hvor størsteparten av inntektene hentes fra DRG-systemet. Da er det viktig at sykepleierne har rapportert riktig. En annen fortolkning kan knyttes til at sykepleien er mindre profesjonalisert enn i Norge, og derav mer direkte kontroller. Oppgaver relatert til planlegging av pasientbehandling (inneliggende eller poliklinisk) blir ikke berørt av deltakerne av studien, men det vises til at lederleger i førstelinjen avlastes for administrative oppgaver av Case managers. Disse nye stillingene kan ha fått delegert ansvar for nye oppgaver etter reformen for poliklinisk behandling av pasienter.

Ledere fra begge land vektlegger å ivareta de ansatte og redusere konfliktnivået. Fra Tyskland nevnes daglige konflikter mellom leger og sykepleiere, mens denne type konflikter ikke synes å være så tydelige i norsk case. Leger rapporterer at det er mye mindre konflikter i forhold til sykepleiere nå, sykepleiere er for så vidt enig i det, men påpeker samtidig at leger i større grad blir hørt enn deres profesjon.

Det siste fellestrekk i forhold til casene jeg vil nevne, er at få av deltakerne i studien tenkte å bli ledere da de tok sin profesjonsutdanning. Unntaket er de tyske legene hvor ledelse er en del av karrierestigen etter hvert som de blir ferdige spesialister. En overlege er per definisjon en leder. Lederne trives med å være i posisjoner hvor de har innflytelse og har anledning til å påvirke utviklingen av faget (særlig norske ledere), og at de har en viss frihet til å styre sin egen dag. Dette oppgis som incentiver til å bli værende i ledelse. Lønnsmessig gir ikke ledelse stor uttelling, og det er få incentiver til å oppmuntre til ledelse.

Avslutningsvis vil jeg framheve forskjeller innad i casene. De tyske sykepleierne, som knapt regnes med i ledelse i Tyskland, synes å ha det største lederansvaret ut fra slik jeg har operasjonalisert ledelse i denne studien. De har ansvar for betraktelig flere ansatte enn legene, og utfører flere lederoppgaver. Innen den norske casen vises forskjellen mellom

profesjoner særlig i tilknytning til anledningen til å kombinere ledelse og klinisk arbeid. Det kan synes som at lederleger har større manøvreringsrom enn ledersykepleiere og kan innrette sin praksis etter egne preferanser i større grad enn sykepleiere. Leger har også anledning til å delegerer mer administrative funksjoner, for å kunne arbeide klinisk, og det kan synes som at de får mer støtte fra administrasjonskonsulenter, økonomikonsulenter og IT. At ledersykepleiere rapporterer mindre om dette, kan henge sammen med at de klarer disse oppgavene i større grad selv, som følge av både utdanning og opplæring mens de har klatret gradene i ledelse.

I neste kapittel går jeg gjennom avhandlingens problemstillinger og diskuterer disse ut fra funn og teori.

6. NPM-inspirert ledelse møter faglig ledelse – ledelse hybridiseres

Sitater om ledelse:

Få ting gjort gjennom andre.

Ta ansvar, være tydelig, motivere.

Vise en meningsfull vei innen området du er satt til å lede.

Ha visjoner for faglig utvikling, formidle til over- og underordnede.

Ha god folkeskikk, være hyggelig, ordentlig og ta personalet på alvor.

Se inn i framtiden, planlegge, organisere.

Sette mål og vite hvordan nå disse.

Lytte, beslutte, kommunisere.

Som beskrevet i teoridelen så kan ledelse være vanskelig å avgrense (Strand 2001), og disse sitatene illustrerer både et mangfold av definisjoner og ulike dimensjoner som kan vektlegges. Sitatene er hentet fra intervjuer med norske ledere i min studie og vil bli analysert senere i kapitlet. Hva så med hybrid ledelse, hvordan kan begrepet forstås? Er det mulig å få en avklart definisjon av begrepet, en definisjon som kan dekke alle tilfeller (Blumer 1954)? Eller er det mer hensiktsmessig å betrakte det som et sensitiverende begrep (ibid), et begrep som angir fellestrekk og åpner for en retning å se etter mening?

Jeg vil i dette kapitlet analysere og diskutere funnene fra empirien i lys av det teoretiske rammeverket som er presentert i kapittel 3. Når jeg gjør dette på en såpass grundig måte, er det både for å sammenfatte funnene i forhold til mine problemstillinger, men også for å tydeliggjøre mitt bidrag for leseren. Ved denne diskusjonen utvikles forståelsen av hybridbegrepet. Jeg gir ingen kort og presis definisjon (Blumer 1954), men jeg framstiller en

modell som illustrerer innholdet i begrepet, som kan ha overføringsverdi til andre sektorer også.

Disposisjonen for dette kapitlet blir da som følger: 1) En hybrid ledelsesmodell utvikles og betydningen av det institusjonelle rammeverket diskuteres. 2) Funnene oppsummeres og diskuteres i en samlet analyse av problemstillingen. 3) Sist framstilles mine særskilte bidrag.

6.1 Utvikling av en hybrid ledelsesmodell

Som et ledd i å få en dypere forståelse av hybrid ledelse, foreslås tre måter å kategorisere ledelse i den første artikkelen (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010): *formidling mellom sfærer og logikker, sekvensiell dekopling og sammensmeltning av ekspertiseområder*. Disse vil jeg anvende på mitt datamateriale og funn presentert i kapittel 5, artikkel 2 og 3, for å se om de gir mening i fortolkningen av hybrid ledelse. Deretter diskuteres ulike måter å kombinere autoritetsbasene for ledelse og den hybride ledelsesmodellen utvikles. Etter dette diskuteres betydningen av endringer i institusjonelle rammer for utviklingen av lederrollen.

6.1.1 Hybrid ledelse - formidling, dekopling eller sammensmeltning?

Den første betraktningmåten som introduseres som en teoretisk beskrivelse er; *formidling mellom sfærer eller logikker* (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010). Dette viser til at lederen fungerer som en formidler av informasjon fra ledelsesverden til den faglige verden, og omvendt. Metaforen «Two-way window» (Llewellyn 2001) illustrerer lederens rolle som en kombinasjon av ledelsesverden med den faglige, hvor lederne både kan se og agere inn i begge verdener. En topplederlege fra den norske casen som tar lederutdanning sier noe om ulike «verdener»:

«Uten det (ledelsesutdanning) tror jeg ikke at jeg hadde klart meg så bra. Jeg har hatt veldig stor nytte av og kan bare anbefale å ta dette før en går inn i en slik jobb. Jeg tror at flere må inn i det for at ledelseskvaliteten skal bli god nok til å møte utfordringene i framtiden. Det jeg merker er at jeg får et annet syn på ting og lærer å bruke et språk som ikke bare leger forstår, men også de utenfor. Det er det med legetilværelsen, at det er litt stengt i sin egen verden, og tenker at sannheten ligger bare der. Men det er selvfølgelig ikke slik, og omverdenen forstår det ikke slik.»

En mellomlederlege sier også at ledelse handler om formidling av visjoner og strategier mellom sfærene:

«Ledelse er ... en blanding av motivasjon, ha visjoner, prøve å sette dem ut i livet. Formidle disse tingene til overordnede, formidle noen av strategiene fra overordnede til de underordnede sånn de føler det er sitt. Forsøke å virke motiverende til folks eget maskineri. Dialogfremmende, fremme god omgangstone, best mulig atmosfære, konfliktdepende.»

Også i den tyske casen finnes eksempler på formidling mellom sfærer ved å være en talsperson for sitt personale, her uttrykt av en førstelinjesykepleier:

“I have not thought a lot about that (definisjon på ledelse)... It is on one hand the person who decides the rules, but also helps when needed. On the other hand... it includes a controlling function... But I am also a spokesperson to the level above us, when I can see that it is impossible for my personnel to follow the instructions.”

De norske lederne betrakter seg imidlertid ikke som rene formidlere mellom de ulike nivåene, men å spre informasjon betraktes som en del av lederjobben. Begrepet kan derfor knyttes til den formidlingsjobben som gjøres av ledere i denne konteksten. Dette gjøres på mange måter; i formelle og uformelle møter, nyhetsbrev, mail og gjennom dagene i treffpunkter med personalet. Doolins (2001) beskrivelse av ledelse som en grenserolle hvor lederen forhandler mellom de to verdenene kan være dekkende for deler av lederrollen. De lederne som er med i studien fra den tyske casen rapporterer lite møter og de forholder seg stort sett til egen profesjon, så det er lite krysning mellom sfærer/logikker. Den mest aktuelle forskjellen mellom sfærer og logikker er mellom leger og sykepleiere. Her kan det synes som at logikkene er så forskjellige, eller grensene mellom logikkene er såpass uklare at det medfører daglige konflikter. En lederlege fra førstelinjen sier: *“All the time (there are) conflicts with the nurses. But it is my duty to keep it on a low level. Every day there are conflicts.”* En ledersykepleier i førstelinjen forteller også om daglige konflikter og forteller at det er et viktig aspekt ved lederjobben å håndtere dette: *“I see this as my job, to improve the communication. I see this as an important job, particularly towards the doctors.”*

Den andre betrakningsmåten som introduseres er *sekvensiell dekopling* (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010) og dette illustrerer at lederen «koples av» ledelse i perioder for å arbeide klinisk. Et slikt begrep kan være dekkende for lederleger i de tidlige studiene (ibid), og i min studie. Som de tyske legene, har norske mellomlederleger mulighet til å kombinere ledelse med klinisk arbeid. Legene møtes av både en forventning og en mulighetsstruktur (Giddens 1984) til å kombinere ledelse og klinisk arbeid. Dette kan oppfattes som en videreføring av faglig ledelse (Currie, Koteyko, & Nerlich 2009; Degeling m.fl. 2003; Freidson 1994), men også som en hybridisering av management (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010). Denne arbeidsdelingen kan betraktes som institusjonalisert (Berger & Luckmann 1992; Scott 2008a).

Begrepet sekvensiell dekopling kan være nyttig til å beskrive ledere som i sekvenser/perioder koples fra ledelse for å arbeide klinisk, men dersom dette regnes som en indikasjon på at disse lederne er mer faglig fokusert enn fulltidsledere, kan det være misvisende. Ut fra mitt materiale vil jeg definere faglig fokus som bredere enn klinisk aktivitet, men hvorvidt lederne er klinisk aktive avhenger både av det handlingsrommet den enkelte leder har og personlige preferanser. Denne diskusjonen av hva som preger faglig ledelse fortsetter under avsnittet om faglig ledelse.

Det siste forslaget som lanseres er *sammensmeltning av ekspertiseområde* (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010). Hvilke ekspertiseområder er det her snakk om? Ekspertiseområdene knyttes til det jeg i teoridelen har kalt autoritetsbaser, og jeg vil i de neste avsnittene se på hvilke autoritetsbaser som trer fram gjennom analysen av mitt materiale. Jeg går imidlertid bort fra begrepet sammensmeltning, siden det antyder at ledelsesformene smeltes/oppløses og føyes sammen i en ny form og det kan være vanskelig å skille «ingrediensene» fra hverandre. Jeg introduserer heller begrepet «*kombinasjon av ekspertiseområder*». Gjennom en slik betraktning er det mulig å identifisere de ulike elementene som forenes. Før jeg beskriver kombinasjonen av ekspertiseområder, eller autoritetsbaser, vil jeg gå gjennom de ulike elementene i ledelse og se disse i relasjon til mitt datamateriale.

6.1.2 Autoritetsbaser i ledelse

Innledningsvis i dette kapitlet har jeg skrevet noen sitater med definisjoner på ledelse fra deltakerne i min studie. Siden det overordnede fokus er ledelse i norske sykehus, er disse sitatene hentet fra norske ledere, men noen av dem er likelydende med uttalelser fra de tyske lederne. Hvordan kan så disse sitatene forstås ut fra de teoretiske innfallsvinklene jeg har valgt? Teoretisk har jeg beskrevet ledelse som utøving av autoritet mellom en «leder» og en «følger», hvor aktuell situasjon også er av betydning (Kets de Vries 2001). Dersom lederen skal ha mulighet til å påvirke og bestemme over den underordnede «følgeren», må denne akseptere det beveggrunnet som lederen baserer sitt lederskap ut fra (Degeling & Carr 2004). Dette knyttes til autoritetsbaser som ulike typer ekspertiseområder og hierarkisk plassering. På bakgrunn av profesjonsteori forventes en faglig base i ledelse for leger og sykepleiere (Currie, Koteyko, & Nerlich 2009; Degeling m.fl. 2003; Freidson 1994), og på bakgrunn av innføring av enhetlig ledelse, forventes management (Byrkjeflot 1997a; Viitanen & Konu 2009). Når dette brukes til å analysere definisjonene fra innledningen av kapitlet, kan det synes som at et faglig fokus er mindre framtrædende. Definisjonene spriker tilsynelatende i mange retninger, men når en studerer disse i lys av teoriene, kan de i stor grad relateres til management og leadership.

I tabell 3 har jeg gitt et forslag til mulige måter å fortolke ledernes definisjoner i forhold til disse tre autoritetsbasene:

	Sitater om ledelse
<i>Management</i>	<p><i>Ta ansvar, være tydelig, motivere (gjennom ytre motivasjon, insentiver).</i></p> <p><i>Få ting gjort gjennom andre.</i></p> <p><i>Se inn i framtiden, planlegge, organisere.</i></p> <p><i>Sette mål og vite hvordan nå disse.</i></p>
<i>Leadership</i>	<p><i>Ta ansvar, være tydelig, motivere (gjennom indre motivasjon, dialog).</i></p> <p><i>Vise en meningsfull vei innen området du er satt til å lede.</i></p> <p><i>Ha visjoner for faglig utvikling, formidle til over- og underordnete.</i></p> <p><i>Ha god folkeskikk, være hyggelig, ordentlig og ta personalet på alvor.</i></p> <p><i>Sette mål og vite hvordan nå disse.</i></p> <p><i>Lytte, beslutte, kommunisere.</i></p>
<i>Faglig ledelse</i>	<p><i>Ha fokus på faglig utvikling.</i></p>

Tabell 3: **Mulige fortolkninger av ledelsesdefinisjoner i forhold til teorier om ledelse.**

Til venstre i tabellen har jeg notert de tre autoritetsbasene, og sitatene er gruppert ut fra en mulig fortolkning på høyre side. Et av sitatene er plassert i to rubrikker. Ut fra tolkningen gir sitatene inntrykk av at flesteparten har et leadershipfokus og er i stor grad management-orientert. Bildet er imidlertid mer nyansert og sitatene underkommunerer det sterke fokus på fag som kommer fram gjennom resten av intervjuene av norske ledere. Med utgangspunkt i disse sitatene, går jeg dypere inn på de autoritetsbasene for ledelse som framtrer av materialet; management, leadership og faglig ledelse.

Management

Når jeg undersøker hva ledelse handler om i den norske casen, gis mange beskrivelser som kan ses i lys av management. Det første jeg vil poengtere er at både ledersykepleiere og lederleger opplever at de har et visst manøvreringsrom og kan bestemme over egen dag, samtidig som de er linjestyrt. Dette tolker jeg ut fra uttalelsene som illustreres med sitatet fra en mellomledersykepleier: «Du bestemmer i stor grad selv... men du er jo linjestyrt». At de har mulighet til å påvirke eget arbeid, går også igjen når de forteller om motivasjonen for å være i lederstilling, jamfør sitatet fra en mellomlederlege: «Jeg er som sagt ganske avhengig av å ha den friheten jeg har for å kunne gjøre det jeg har lyst til, og da ikke bare

*ledelsesmessig, men også forskningsmessig og andre ting.» Samtidig fortelles det at ulike oppgaver følger med rollen og gjennom ulike direktiver. Både leger og sykepleiere viser til krav fra ledere over, under, ansatte, gjennom det administrative systemet, NAV ol, og noen av ledersykepleierne på avdelingsnivået viste til oppdragsdokumentet fra Helseregionen. De tyske lederne gir også inntrykk av at de er linjestyrt, samtidig som de har en viss mulighet til å prioritere selv, eksempelvis i forhold til disponering av personalressurser og valg av strategier. En ledersykepleier i førstelinjen sier: “*Well, of course I have a job description, and there are certain points that have been fixed in that description. For example, I am responsible for the setting up of the shifts and the qualifications for the nurses, and so on.*” Topplederlegen forteller: “*Actually, I have some freedom. I can define strategy projects, what I think is worth-while... And of course you have things to do, “do that and that”. Every job has this*”.*

Dette kan tolkes i lys av managerialisme hvor hierarkisk styring av organisasjonen vektlegges (Pollitt & Bouchaert 2011). Når lederne poengterer dette som kan oppfattes som en dikotomi; selvstyrt/linjestyrt, så tolker jeg at de ikke bare er administratorer som utfører en bestilling, men de oppfatter seg som ledere med mulighet til å prioritere hvilke krav de skal utføre og hvordan dette gjøres.

Den neste indikator som viser samsvar med management er ledernes vektlegging av strategiutvikling og målstyring. Dette er sentrale elementer i management (Kaufmann & Kaufmann 2003; Pollitt & Bouchaert 2011). De norske deltakerne fra begge profesjonsgrupper gav beskrivelser på ledelse som kan tolkes i denne retning. Her illustrert med et sitat fra en mellomledersykepleier: «*... å få oss fra ett punkt til et annet, og du må vite hvor du vil... Jeg må jo vite hva jeg vil for denne avdelingen, hva jeg vil gjøre bedre. Og da må jeg stykke det opp i noen strategiske ting*». En mellomlederlege gir også beskrivelser som kan oppfattes slik: «*Det er å velge retning, hva vi skal gjøre og ikke gjøre. Strategi, ja.*» I det tyske utvalget er ikke målstyring uttalt, men to av lederne gir få beskrivelser som knyttes til dette. Topplederlegen operasjonaliserer ledelse i henhold til målstyringstanken: “*I think transparency is very important. To set goals and know ways to get there.*” Sitatet fra en

ledersykepleier i førstelinjen leder tanken mot strategiutvikling: *“It is important for a manager to look into the future, plan things...”*

Ledelse handler også om økonomi og forvaltning av midlene for lederne i den norske casen. Dette vises gjennom definisjoner av ledelse og hvordan de jobber. Alle topplederne vektlegger økonomi, her illustrert fra toppledersykepleieren: *«Den viktigste lederfunksjonen er personal, den andre det er å ivareta kvaliteten, kompetansen i forhold til utdanning og det fag vi skal gi pasienten, og så er det økonomi.»* En topplederlege viser til et økonomistyringssystem som de arbeider ut fra. Fra mellomledernivået forteller en lederlege om hvordan det økonomiske fokuset har økt de siste årene: *«Det er blitt mye mer fokusert på økonomi nå enn for noen år siden. Mye mer fokus på økonomi, for du skal holde budsjettet med stramme ressurser... og så er ressurser mennesker...»* Knapphet fortelles av en ledersykepleier fra samme nivå: *«Det er ikke til å komme forbi at det er økonomisk knapphet, så vi må forvalte det så godt som mulig...»* «Forvaltning av midlene» og «gjøre det beste ut av midlene» går igjen hos fra førstelinjen og mellomledernivået. Dette innebærer å skape aksept blant de ansatte for tildelte ramme. Lederne arbeider med budsjett disiplin, kostnadsreduksjon og et fokus på økonomi som samsvarer med ledelse i tråd med NPM og management (Byrkjeflot 2011; Pollitt & Bouchaert 2011). Fokus på økonomi er marginal blant deltakerne i studien fra den tyske casen. De har ikke økonomiansvar og ikke eget budsjett, men er opptatt av å forvalte de midlene de har.

Administrasjon kan tolkes som et element i management (R Flynn 2002) og det har blitt stor endring i administrative oppgaver etter reformene, både i forhold til hva som må dokumenteres og omfang. Lederne i norsk case forteller om større detaljstyring og dette knyttes til både ledelsesoppgaver (oppfølging av sykmeldte, gravide, medarbeidersamtaler osv.) og dokumentering i forhold til klinisk arbeid (TQM, kvalitetsarbeid, prosedyrearbeid, aktivitetsrapporter, DRG ol.). Dette punktet engasjerer lederne sterkt, da de reagerer på omfang og detaljnivå på det som må rapporteres. Jeg gjengir utdrag fra to sitater fra kapittel 5 fra to mellomledere som viser deres indignasjon. Lederlegen sier: *«Jeg opplever jo bare de årene jeg har holdt på med dette, det har blitt et kolossalt økt fokus på alt som skal*

kontrolleres, av stadig flere mennesker.» Ledersykepleieren sier: «... det er mye mer detaljstyring ovenfra.. enhetslederne druknes av merkanthile oppgaver. Alt som skal svares på, meldes tilbake, telles, måles, veies...» At enhetslederne «druknes» viser også at det er forskjell på de hierarkiske nivåene på dette punktet. Topplederne har delegert bort det administrative arbeidet, på mellomnivået delegerer leger mer enn sykepleiere (for å kunne arbeide klinisk), og sykepleierne i førstelinjen har den største administrative byrden. Lederne er unisone i kritikken av økningen av administrativt arbeid, samtidig som de også ser at noe av dette er nyttig. Dette relateres særlig til tildeling av midler, slik en mellomledersykepleier sier det: «Administrativt arbeid er noe som bare må gjøres... jeg tenker at viss vi ikke har dokumentasjonen på plass, og viss vi ikke har rapporteringene på plass... så får vi heller ikke noe. Så det må faktisk gjøres.»

Tyske ledere forteller også om økning i administrative funksjoner, og ledersykepleiere i førstelinjen har den største økningen. Lederleger i førstelinjen avlastes av de nye stillingene Case managers¹⁷, og lederne i nivåene over forteller om mye administrasjon i tilknytning til prosjekter. En forskjell mellom ledersykepleierne i norsk og tysk case er all tid de tyske bruker på direktekontroller av sykepleierarbeidet. En ledersykepleier forteller om kontrollen av hva slags pleie pasientene får, og sier: “... and I control every day if they have done that.” Lederen dokumenterer og kontrollerer daglig kvalifikasjonene på de sykepleierne som er på vakt: “...The checking for my positions, if everything has been documented correctly the day before, has taken a huge amount of my daily time”. De norske lederne derimot er lite kontrollerende, og dette gjelder på alle tre nivåer. To mellomledere sier følgende: «Jeg er kanskje litt for lite kontrollerende. Skulle kanskje hatt større kontroll på en del ting, det kjenner jeg sjøl» (lege). En ledersykepleier sier:

«Jeg bruker å si til enhetslederne og overlegene at dere kommer aldri til å oppleve at jeg løper etter dere med klokken og kontrollerer dere. Dere er ansatt for å gjøre en jobb som er definert sånn og slik, og så lenge dere utfører den jobben tilfredsstillende, så har dere full tillit innen de rammene som tross alt ligger der.»

¹⁷ Case manager og Disease manager er nye typer profesjonsnøytrale lederstillinger som arbeider med planlegging av pasientforløp og oppfølging av økonomi.

Kontrollering kan tolkes i lys av management som transaksjonsledelse (Ferlie 2012; Rost 1993) og knyttes til byttet av verdier som foregår mellom leder og ansatt (Kets de Vries 2001). Lederen har en kontrollerende rolle og de underordnede belønnes for en oppgavefokuset innsats (Ferlie 2012). Dette er framtrødende i tysk kontekst, særlig blant sykepleiere siden de daglig kontrollerer sykepleierarbeidet. Dette kan komme av at sykepleien er mindre profesjonalisert enn den norske, men også som følge av et mer omfattende dokumenteringsbehov ut fra den økonomiske modellen hvor over 90 % av inntektene tildeles gjennom DRG-systemet (Märker & Bode 2014). Transaksjonsledelse vektlegges i liten grad blant de norske deltakerne, og det tolker jeg som at lederne ikke betrakter det som en lederoppgave å kontrollere og premiere de ansatte for opprettholdelse av det daglige arbeidet. Det kan knyttes til at norske sykepleiere og leger regnes som selvstendige profesjoner, samt kulturelle forhold hvor et mer konsensuspreget, konsulterende og demokratisk lederskap praktiseres (Grenness 2003; Hofstede & Hofstede 2006). I den grad en slik form for ledelse rapporteres, knyttes det til «avviksledelse» (Jacobsen & Thorsvik 2007). Dette kan være oppfølging av avvik gjennom dagene eller avvik som framtrer ved gjennomgang av ulike rapporteringssystemer.

Det siste punktet jeg vil framheve er koordinering og den møteaktiviteten det medfører. Som følge av divisjonsorganiseringen er de fleste norske ledere i min studie ansvarlig for en rekke profesjoner og samarbeider med ennå flere. Dette medfører økt behov for koordinering og planlegging. Mange av de norske deltakerne fra begge profesjonsgrupper bruker svært mye av sin tid i møter, og da særlig ledere på store enheter. En ledersykepleier i førstelinjen sier at de styres av møter: *«Jeg kan jo ikke helt planlegge min egen dag, fordi de møtene som kommer og som man takker ja til, de må en jo gå på. Så må en gjerne forberede seg i forkant.»* Topplederlegens uttalelse her er illustrerende for ledere fra store enheter: *«... jeg er veldig glad viss jeg får en dag eller to på kontoret, og det har jeg kanskje 2-3 ganger pr måned.»* På små enheter er det mulig for lederen å ta avgjørelser fortløpende og slik unngå møter, som en mellomlederlege sier: *«Jeg forsøker å holde møtene på avdelingen på et minimumsnivå.»* Møtene dreier seg om både planlegging og koordinering av arbeid på tvers av profesjoner og enheter, problemløsning og samhandling om ulike saker. Møter blir ikke

videre omtalt av deltakerne i den tyske casen, og de få som nevnes relateres til drift, pasientbehandling og prosjekter. Møtevirksomheten i norsk case kan relateres til management ut fra fokus på planlegging, organisering og som en orientering mot problemløsning (Pollitt 1993; Yukl 1989). Divisjonsorganiseringen kan gi økt behov for planlegging og koordinering. Innføringen av enhetlig, profesjonsnøytral ledelse medfører også et utvidet ledelsesfokus, siden lederne i casen har ansvar for ulike profesjonstyper. Det kan tolkes som at endringer i rammevilkårene for ledelse påvirker lederne (Christensen & Lægreid 2002).

Enhetlig ledelse og management praktiseres av lederne i norsk case og det helhetlige fokus indikerer en utvikling bort fra en faglig profesjonalisme mot en organisatorisk profesjonalisme (Evetts 2009). Dette er ikke så ulikt funn fra andre norske studier (Lægreid, Opedal, & Stigen 2005b) som beskriver at fokus i ledelse etter reformene utvides til å omfatte økonomiske hensyn, effektivitet, likhet og ansvar for de ulike yrkesgruppene som nå har fått samme leder. Dette understøttes av en senere studie hvor ledelse har fått egenverdi, og forfatteren betoner et managerialt vendepunkt for profesjonelle i ledelse. Dette vises gjennom økt vektlegging av ansvarlighet i ledelse, kontrollsystemer, effektivitet og tillit, og språket avspeiler disse fokusene (Teig 2012). Teig viser også til at de profesjonelle preges av nye organisatoriske strukturer. En organisatorisk profesjonalisme er mindre framtrædende i den tyske casen. Fokus i ledelse relateres ikke til ivaretagelse av organisasjonen, men knyttes til ledelse av egen profesjon. Ut fra dette tolker jeg at ledelse i tysk kontekst fremdeles dreies rundt det aktuelle faglige hierarkiet (Currie, Koteyko, & Nerlich 2009; Degeling m.fl. 2003), og den faglige profesjonalismen (Evetts 2009) dominerer. Det kommer tydeligere fram i neste avsnitt.

Faglig ledelse

Begrepet faglig ledelse relateres i utgangspunktet til ledelse av en spesifikk faggruppe og det arbeidet som denne gruppen utfører (Sommervold 1996), eksempelvis at leger leder leger og sykepleiere er ledere for sykepleierne slik det fremdeles ses i tysk kontekst. Når jeg i det følgende skal beskrive faglig ledelse, løsrives det fra at det knyttes til en spesifikk faggruppe

da det blir for snevert. De norske lederne har ansvar for den faglige driften, men fokus er utvidet til å gjelde de faggrupper de har ansvar for.

Toppledelsen er ikke involvert i drift, da dette er delegert nedover. Førstelinjelederne har den tettteste oppfølgingen av det daglige, pasientrettede arbeidet. Dagene begynner gjerne med morgenrapporten for å få oversikt over pasienter og personale: *«i etterkant av det ser jeg åssen det er med bemanning, om det er noen som er syke, om det er mye pasienter»*. De utarbeider turnuser, tilpasser bemanningen, følger opp personalet og gjøremål som dukker opp gjennom dagene. Lederne på mellomnivået følger opp sine ledere og de har regelmessige møter med seksjonslederne for å planlegge drift og pasientbehandling, her illustrert med sitat fra en ledersykepleier: *«Jeg begynner kl 0800 med morgenmøte sammen med behandlerne, går gjennom siste døgn, antall innleggelser... skape oversikt over siste døgn... Jeg prioriterer å være nær, være oppdatert, være tilgjengelig.»* På dette ledernivået handler ledelse også om overordnede linjer i forhold til drift, som bemanning, ombygginger og endring av rutiner. En lederlege sier:

«I dag har vi møte med dagkirurgisk enhet. Vi skal legge om en del rutiner når det gjelder hvem som skal opereres dagkirurgisk og vi skal begynne å planlegge, ta risikovurderinger og sånne ting. Du kan si det dukker hele tiden opp nye ting, stadig omlegging av drift... Vi har også et møte med sengeposten i dag for å utrede pre-visitten på en annen måte enn vi gjør i dag... så det er hele tiden ting som går på optimalisering av drift.»

Av de tyske deltakerne i studien er det særlig ledersykepleierne i førstelinjen som har et ansvar for driftsoppfølging. Arbeidet er ikke så omfattende for lederlegene, siden de har ansvar for et fåtall assistentleger. Ledersykepleierne overværer vaktskiftene og undersøker bemanningen med sine teamledere, en av dem sier: *“The first I thing I am doing in the morning is to check the personnel, that everything goes as planned... or, is it necessary to get extra help?”*

Fokus på faglig kvalitet og utvikling går igjen i mange deler av intervjuene med de norske deltakerne og jeg grupperer dette i tre. For det første så har de et sterkt fokus på kvalitet i pasientbehandlingen. En mellomledersykepleier sier: *«Det som alltid ligger øverst er pasienthensyn, pasientbehandling, alltid pasientene først. Så kvalitet og kvalitet i*

pasientbehandling, at vi gir pasientene behandling som har effekt. For det andre så fokuseres det på utvikling av kompetansen til personalet, her uttrykt av en mellomlederlege: «... *ha blikket litt sånn framover, hvilken vei skal avdelingen gå, hvordan skal vi bygge opp våre personellressurser så de har den kompetansen som trengs, hvordan skal vi etter hvert få inn ny kompetanse? Sørge for at vi ligger der, altså ligger i front.*» Den tredje kategorien er oppfølging på «systemnivå» gjennom avviksmeldinger, klagesaker, risikovurderinger osv. Disse tre punktene kan tolkes som faglig ledelse ut fra Freidson (2001), som påpeker at ledelse dreier seg om utvikling av kompetansen i enheten. Dette snevres imidlertid ikke til egen profesjon, men innbefatter de profesjonsgrupper lederne har ansvar for. Forståelsen av profesjonssystemet er utvidet og profesjonsfokuset er således ikke rendyrket (Latour 1993) lenger, men kan betraktes som en hybrid.

Jeg ble overrasket over det sterke fokuset på faglig ledelse fra norsk kontekst, og mengden stikkord som ble gitt i forhold til tyske deltakere. Jeg hadde forventet at faglig fokus stod sterkt i tysk case, siden sykehuset er organisert med faglige hierarkier. Introduksjonen av management har ikke fjernet det faglige fokuset i norsk case. Dette samsvarer med andre norske studier som viser at den tradisjonelle måten å lede sykehus med røtter i profesjonene erstattes av en managementlogikk, men det faglige fokus er fremdeles sentralt (Lægread, Opedal, & Stigen 2005b; Reitan 2011). Bildet er imidlertid ikke entydig, da andre studier viser forskjellig fokus blant lederleger og ledersykepleiere (Mørk & Åsland 2011). Leger ble betraktet som mer faglig fokuserte, mens sykepleierne var mer opptatt av målstyring som kan knyttes til management. Tidligere studier viser samme tendenser; norske ledersykepleiere har etter reformene blitt oppfattet som mer managementorienterte og mindre faglig fokuserte enn leger (Johansen 2009; Johansen & Gjerberg 2009; Mo 2006; Torjesen 2008).

Det som i min studie kan vise samsvar med disse funnene, er klinisk aktivitet og administrasjon. De norske ledersykepleierne er fulltidsledere på alle tre hierarkiske nivåer, mens norske avdelingslederleger fordeler tiden mellom klinikk og ledelse. To av de legene på forholdsvis små avdelinger arbeider hovedsakelig klinisk, men ledelse innimellom, mens de fra større avdelinger arbeider 1-3 dager klinisk og med ledelse de øvrige. Legene

vektlegger at det er viktig å både «*ha en fot i klinikken*» og «*ha en fot i ledelse*», som en mellomleder og en toppleder uttalte, mens flere av ledersykepleierne forteller at de ikke har den muligheten. En mellomleder uttrykker: «*Jeg skulle ønske at jeg kunne mikse det slik som legene kan, men jeg har ikke lyktes med det ennå.*» Fulltidsledelse kan også tolkes som den tradisjonelle form for faglig ledelse, for sykepleierne (Degeling m.fl. 2003). Ikke alle har institusjonalisert en mulighet til å kombinere fag med ledelse, og det er for unyansert å tolke de ledere som ikke kan kombinere fag og ledelse på den måten som mindre faglig fokusert. Når jeg betrakter innholdet i faglig ledelse, beskrevet over, har ledersykepleiere i førstelinjen størst ansvar for den daglige driften, mens mellomlederne fra begge profesjoner arbeider med overordnede driftsoppgaver. Topplederne arbeider ikke med drift. Fokus på fagutvikling er stort for begge profesjonsgrupper i alle de tre hierarkiske nivåene. Sammenlignes funnene fra management, er det heller ikke store forskjeller mellom ledelse for leger og sykepleiere, med unntak av administrasjon; leger har større anledning enn sykepleiere til å delegere administrative oppgaver for å kunne arbeide klinisk. Ut fra dette finner jeg ikke støtte for at ledersykepleiere i norsk case er mer management orienterte enn leger.

Det er heller ingen automatikk i at ledere som praktiserer sekvensiell dekopling er mer opptatt av utvikling av faget, hverken på egne vegne eller for resten av kollegiet. For å drive faglig utvikling i komplekse organisasjoner med høy spesialisering og differensiering av oppgaver, må en leder være i stand til å se hvordan organisasjonen trenger å utvikles og hvilken kompetanse som behøves (Freidson 2001). Lederen må da ha en forståelse av profesjonssystemet (Abbott 1988), og dette er ikke synonymt med å jobbe praktisk med faget. Sørhaug (1996) poengterer at det er nødvendig med en forståelse for faglig virksomhet i ledelse, men faglig dyktighet kan ikke erstatte håndtering av andre elementer som makt, myndighet og mennesker.

En forklaring på at faglighet er såpass framtrædende i det norske utvalget, kan knyttes til at fagligheten er satt under press etter reformene (Kirchhoff 2013), og det blir viktig for lederne å formidle at faget fremdeles er i fokus. Dette kunne blitt fulgt opp gjennom ytterligere studier hvor det for eksempel ble framsatt vignetter (Haluk 1996; Soydan 1996) eller

fortellinger som lederne skulle forholde seg til. Dette måtte ligne relevante case fra deres hverdag hvor de stod ovenfor dilemma som fikk både faglige og økonomiske følger, og deres valg ville fortelle mer om hvilke logikker som står sterkest. Sterkt faglig fokus kan imidlertid også relateres til management, da det er nettopp en hovedoppgave for en generell leder å sørge for den faglige kompetansen til dem som arbeider i frontlinjen (Byrkjeflot 1997b; Viitanen & Konu 2009).

Ledelse for de tyske lederne dreier seg om planlegging og oppfølging av daglig drift, og her er det mye likt for ledersykepleierne i førstelinjen i norsk og tysk case. Ut over dette gir de tyske deltakerne få beskrivelser om faglig kvalitet og utvikling av kvalitet og fagkompetansen hos personalet. Lederlegene uttaler seg om undervisning av assistentleger. Den ene sykepleieren i førstelinjen som sier noe om dette, knytter det til organisering med krav til hvordan ting gjøres gjennom vaktene, sitat: *“... the needs of the patients is what ... mainly (gives) a direction... We are an “Ablauf-Organisation” – how things have to be done from the start of the shift, till the end of the shifts ... so that the patient’s needs are in focus.”*

Funnet med lite fokus på kvalitet er såpass overraskende at jeg vil reflektere litt rundt det. Jeg stiller spørsmål om det kommer av at fag og faglig utvikling tas for gitt (Berger & Luckmann 1992; Scott 2008a) i tysk case. Det faglige fokuset kan ligge som en taus kunnskap som lederne ikke er oppmerksom på i sin praktiske bevissthet (Aakvaag 2008; Giddens 1984). Denne tause kunnskapen er avgjørende for deres handlingskompetanse og de agerer ut fra den, uten at de reflekterer over det og ekspliserer det verbalt. Latour (2005) bruker begrepet «black box» som indikerer at det finnes kunnskap innad i en kontekst eller gruppe som tas for gitt. Uttalelsen om at de er en «Ablauf-Organisation» kan betraktes på dette vis. En annen måte å betrakte det knyttes nettopp til den sterke faglige tradisjonen de står i. De profesjonelle er autonome og har ansvar for egen utvikling (Abbott 1988; Freidson 1994) og utvikling er således ikke et lederansvar. Lederens oppgave er å legge til rette arbeidet (R. Flynn 2002). De to lederne fra toppnivået med lege- og sykepleierbakgrunn viste imidlertid at det er ønskelig med et større fokus på både faglig utvikling fra lederhold og bedre systemer for faglig oppfølging i begge profesjonsgrupper. Dette er også et område som

kunne blitt fulgt opp gjennom ytterligere forskning hvor en i større grad og mer konkret utfordrer lederne til å fortelle om dette, enn det som ble gjort i denne studien. Både i forhold til deres egne holdninger, hva de gjør og hva som vektlegges gjennom systemer og krav fra øvre ledelse.

Leadership

De norske lederne betoner personlighetstrekk og lederens individuelle adferd i sin beskrivelse av ledelse. En slik vektlegging samsvarer med leadership (Degeling & Carr 2004). Både leger og sykepleiere gir beskrivelser som knytter sammen funksjon og person. Et eksempel fra en førstelinjeleder er:

«Du har en slags personlighet som trives til å si ja. Ha evne til å like mennesker, og være tålmodig. Masse tålmodighet. Du har evne til å oppfatte og høre. At du også viser evne til å ta fatt og gjennomføre... og så må en være tydelig når en må være tydelig... Så trengs det en god arbeidskapasitet... og en sånn evne til å skifte veldig fra det ene til det andre og argumentere i forskjellige settinger, uten å ha forberedt det en gang...»

Hvorfor defineres ledelse på denne måte? Beskriver de seg selv som ledere, er dette ideallederen, stammer beskrivelsene fra ideer i en ledelsesdiskurs, eller relateres dette til en tett sammenheng mellom leders personlighet og evner til å kunne påvirke og lede de ansatte? Når lederne skal beskrive ledelse, kan det tolkes som at de betrakter seg som et redskap for ledelse med base i sin personlighet, slik Yukl (1989) vektlegger. Et sitat som kan illustrere dette er en mellomlederleges vektlegging av at ledelse handler om å gå foran, samtidig som lederen selv skal være et godt eksempel: *«Jeg tror det har mest med å gå foran med et godt eksempel... Velge retning, hva vi skal gjøre og ikke gjøre. Strategi. Så tror jeg det handler om folkeskikk, være hyggelig, ordentlig.»* Flere ledere vektlegger dette med å gå foran, som er sentrale elementer i leadership (Byrkjeflot 1997b; Johnsen & Døving 2010; Viitanen & Konu 2009).

Det neste jeg vil påpeke er vektleggingen av tydelighet. Ledere fra begge profesjoner forteller at de skal være tydelige og kunne peke ut en vei uten at det alltid skal være nødvendig å forklare hvorfor. Dette knytter jeg til både den visjonære og målorienterte leder (Byrkjeflot 1997b; Johnsen & Døving 2010; Viitanen & Konu 2009), men også den

karismatiske leder som folk følger uten at de trenger noen begrunnelse for å følge (Bass 1990a). Et sitat som illustrerer dette kommer fra en mellomledersykepleier: *«Det største bidraget jeg tenker på er at jeg gjør, er at jeg er klar og tydelig. Altså, jeg nøler ikke med å ta en beslutning, og det opplever jeg at folk rundt meg setter pris på.»*

Et annet trekk ved ledelse fra begge profesjonsgrupper, er at de ønsker å være tilgjengelig, her illustrert fra en førstelinjeleder: *«Jeg tenker rett og slett veldig enkelt om ledelse. Tenker at det er på en måte å være tilgjengelig for de ansatte. Og rett og slett så handler god ledelse for meg om vanlig høflighet og det å ta personalet på alvor.»* Dette med høflighet gjentas av mange ledere, og kan ses i forhold til ledernes relasjoner til de ansatte. Lederne vektlegger lavt hierarki, involvering, motivering av de ansatte og egen motivasjon for å være i ledelse.

Dette samsvarer med at leadership handler om relasjonen mellom leder og den ansatte (Ladegård & Vabo 2010) og Yukl (1989) sin framstilling av leadership hvor det er tett sammenheng mellom leders personlighet og evne til å påvirke og utøve ledelse. En mellomlederlege illustrerer både egen motivasjon og motivering av de ansatte:

«Ledelse er ... en blanding av motivasjon, ha visjoner, prøve å sette dem ut i livet. Formidle disse tingene til overordnede, formidle noen av strategiene fra overordnede til de underordnede sånn de føler det er sitt. Forsøke å virke motiverende til folks eget maskineri. Dialogfremmende, fremme god omgangstone, best mulig atmosfære, konfliktdempende.»

Jeg tar også med et sitat fra en mellomledersykepleier som forteller om motivering av ansatte: *«Ta ansvar, være tydelig og kunne kommunisere hva en tenker er klok retning å gå i. Kunne motivere folk til å gå i den retningen... Vise i handling at dette kanskje er klokt.»* En førstelinjeleder forteller om at det går mye tid til å motivere de ansatte for at de skal få en forståelse for rammebetingelsene:

«... jeg jobber veldig mye med informasjon, få informasjon ut så de (personalet) forstår hvorfor endringer skjer... Min oppgave er å få fram en innsikt og forståelse for driften og få dem med meg på å gjøre dette på en god måte. Det er kanskje den aller viktigste, det er min største lederoppgave»

Innholdet fra dette sitatet viser hvordan lederen forsøker å få en innflytelse over de ansatte, som er sentralt i leadership (Degeling & Carr 2004; Røvik 2007), og motivere dem til å

forholde seg til den trange økonomiske situasjonen. Dette er et praktisk eksempel på at lederen gjennom leadership forholder seg til situasjonen som foreligger etter reformene og de institusjonelle rammebetingelsene (Kets de Vries 2001; March & Olsen 1989; Peters 2011) og forsøker å innlemme de ansatte så de kan forholde seg til dette også. Slik sett kan det også tolkes at lederne påvirkes av den kulturelt-institusjonelle konteksten og formelle rammer som former en organisatorisk adferd (Christensen m.fl. 2007). Disse funnene hvor lederne forsøker å påvirke de ansatte til både utvikling av enheten gjennom sine visjoner og ved motivering av de ansatte leder tanken mot transformasjonsledelse (Ferlie 2012; Rost 1993). Funnene tilsier at lederne tilstreber å gi de underordnede en økt forståelse for enhetens økonomiske rammer, og å tilpasse driften til de nye kravene som kommer fra ledelsen og sentrale myndigheter. Lederen skal ut fra denne forståelsen gå foran og være et godt eksempel og motivere de ansatte, noe som ble framhevet som en leveregel fra mange av lederne.

Når de tyske lederne snakker om personlige egenskaper, knyttes det oftest til konfliktsituasjoner mellom leger og sykepleiere, og respekt og empati vektlegges. En (mannlig) ledersykepleier forteller:

“You should treat your colleagues with a lot of respect... Sometimes, I say, just to make fun of it... I must be a little bit of a mother, because ... nursing is a very emotional profession, and sometimes my nurses come in here and they are totally out of the way... They will say; I feel bad, and this has gone wrong, and I don't feel understood by the doctors, and you have to do something now and not in a minute. And then I have to sit here and calm them and show some understanding and respect. Being empathic is an important part of it.”

Siden de tyske knapt gir stikkord som kan belyses i henhold til leadership, tydeliggjøres forskjellene mellom norsk og tysk case. Dette kan ses i sammenheng med at faglig ledelse er det som står i fokus for dem, og faglig kompetanse er det som kvalifiserer til ledelse (Byrkjeflot 1997a). En oppsummering vises i tabellen:

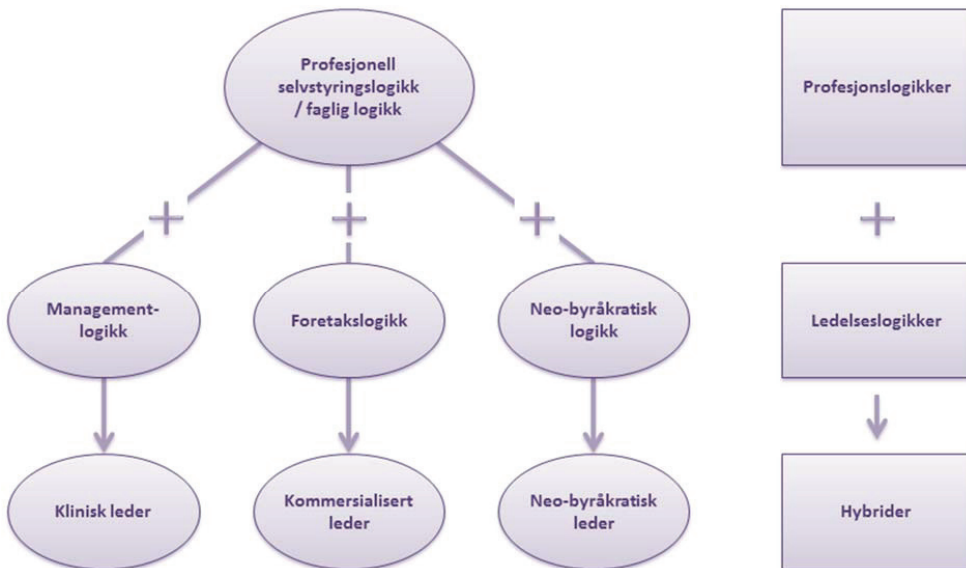
	Norge	Tyskland
Management		
Linjeledelse	X	X
Målstyring	X	-
Ressursforvaltning/økonomi	X	(x)
Koordinering	X	-
Administrasjon/Neo-byråkrati	X	(x)
Faglig ledelse		
Driftsoppfølging	X	X
Personaloppfølging	X	X
Utvikling	X	-
Leadership		
Personlige egenskaper	X	-
Forholdet til ansatte	X	(x)
Egen motivasjon	X	-
Motivering ansatte	X	-

Tabell 4: Ledelse i norsk og tysk case.

Som denne gjennomgangen viser, preges ledelse innen den norske case av ulike former for ledelse og i tabell 4 har jeg laget en skjematisk oversikt over hvilke logikker som preger ledelse i norsk og tysk case. De ulike logikkene indikerer at ledelse preges av en *kombinasjon av ekspertiseområder* i norsk case. Disse danner utgangspunktet for den videre diskusjonen. En slik kombinasjon kan betraktes som en hybrid form for ledelse, og for å diskutere dette videre tar jeg utgangspunkt i modellen som er beskrevet i teorigapitlet fra Byrkjeflot og Jespersen (2014) hvor ulike ekspertiseområder, eller autoritetsbaser sammenkoples til hybride ledelsesmodeller. Den tyske casen preges i større grad av en rendyrket form for ledelse.

6.1.3 Kombinasjon av autoritetsbaser – hybride ledelsesmodeller

Hybrid ledelse kan oppstå gjennom kombinasjon av ulike autoritetsbaser for ledelse, som normalt ikke hører sammen. I kapittel 3 (teorikapitlet) har jeg framstilt en figur (figur 2) på bakgrunn av de tre veiene til hybridisering ut fra Byrkjeflot og Jespersen (2014), og denne danner utgangspunktet for den videre diskusjonen.



Figur 2: **Hybridisering av profesjonslogikker**

(min modell bygger på Byrkjeflot & Jespersen 2014)

Ved første øyekast kan det være lett å plassere de norske lederlegene i den hybride rollen «*Den kliniske leder*», siden de kombinerer klinisk arbeid med ledelse, men hvor plasseres de norske ledersykepleierne? Denne rollen blir imidlertid beskrevet for snevert i forhold til det norske materialet, for begge profesjoner. Profesjonell selvstyringslogikk er mindre dominerende som følge av innføring av enhetlig ledelse. Leger konkurrerer med sykepleiere og andre profesjoner om ledelse av det profesjonelle arbeidet, og «selvstyret» er erstattet med ledelse av alle faggrupper i enheten. Som følge av den sterke profesjonaliseringen, har legene

heller ikke instruksjonsrett over det sykepleiefaglige arbeidet (Melby 1990). Sykepleierne i mitt utvalg kan heller ikke kalles hybride ut fra «Den kliniske leder», all den tid de ikke arbeider klinisk, samtidig som de har et bredere fokus enn det jeg forventet ut fra en managementrolle. Jeg tolker derfor denne betegnelsen som for snever i beskrivelsen av norske ledere. Fra det tyske materialet kan også lederlegene ved første øyekast betraktes ut fra en slik kombinasjon siden de kombinerer ledelse med klinisk aktivitet. Jeg tolker likevel at denne karakteristikken ikke passer, da hovedfokus er klinisk aktivitet og en selvstyringslogikk, mens den generelle lederlogikken er mindre framtrædende. For den tyske sykepleiergruppen er også selvstyret framtrædende, samtidig som de er underlagt legens instruksjonsrett.

Forslag nummer 2, «*Den kommersialiserte leder*» er vanskeligere å gjenfinne i mitt materiale. De sentrale NPM-elementene (Pollitt & Bouchaert 2011) som tilbyder/-etterspørselsmodellen, betraktningen av behandling som en handelsvare og konkurranse mellom sykehusene avspeiles ikke i mitt datagrunnlag med ledere av kliniske enheter. Denne tankegangen ville kanskje kommet tydeligere fram dersom jeg hadde intervjuet flere ledere høyere i hierarkiet i det tyske sykehuset, samt om jeg hadde intervjuet ledere ved private sykehus. De tyske ledergruppene «Case manager» og «Disease manager» beskrives imidlertid med stikkord som kan relateres til dette gjennom oppfølging av økonomi og planlegging av pasientforløp, og de kan være aktuelle å betrakte ut fra denne hybride typen.

Det siste forslaget, «*Den neo-byråkratiske leder*» gir mer resonans i norsk kontekst. En av intensjonene med NPM er debyråkratisering (Pollitt & Bouchaert 2011), men dette synes uforenlig med innføringen av ledelsesteknikkene og de indirekte kontrollsystemene som implementeres etter inspirasjon fra privat sektor. For å følge opp mål- og resultatstyring, benchmarking, aktivitetsbasert finansiering (Christensen & Lægred 2011; Hood 1991; Vrangbæk 1999; Øgård 2005), kvasi-markeder, økt konkurranse og oppfølging av kvalitet knyttet til Total Quality Management, TQM (Pollitt & Bouchaert 2011), trengs data til kontroller og sammenligninger. Lederne blir i stor grad styrt av det Byrkjeflot og Jespersen (2014) betegner som den neo-byråkratiske logikk, med større krav til dokumentering og

regelstyring av både klinisk arbeid og ledelse. Betegnelsen «neo» viser til at dette er en nyformet byråkratisering som stammer fra markedslogikken og dette supplerer det byråkratiet som allerede finnes i sykehus på bakgrunn av den politiske logikk. Denne økningen i byråkrati framkommer for både ledersykepleiere og lederleger når dimensjonene «administrasjon» og «faglig kvalitet» diskuteres. Alle lederne merker det økte trykket om dokumentering. Dette samsvarer med funn fra en annen norsk studie av avdelingsledere (Reitan 2011). Noen lederleger i min studie delegerer deler av det administrative arbeidet, mens andre gjør alt selv for å skåne frontpersonalet. Blant sykepleierne er det særlig stor økning i administrativt arbeid i førstelinjen. Lederlegene i det tyske utvalget har ikke blitt nevneverdig berørt av den økte administrative byrden, da disse oppgavene er delegert til de to nye ledergruppene «Case Management» og «Disease Management». Dette funnet avviker fra andre studier hvor tyske leger klager over økt administrativ byrde (Märker & Bode 2014). De tyske ledersykepleierne derimot beskriver en sterk utvikling i administrative oppgaver. I foregående avsnitt har jeg tolket at dette kan henge sammen med lav profesjonalisering av sykepleien som fordrer mer kontrollering, og dette kan også ses i sammenheng med den økonomiske modellen hvor over 90 % av inntektene genereres gjennom DRG-systemet og dette øker dokumenteringsbehovet.

Når jeg her har anvendt Bykjeflot og Jespersens (2014) modell på mitt materiale, så favner ikke modellen kompleksiteten som jeg har beskrevet fra det norske materialet. Segmenter av de norske lederne kan betraktes som «Den kliniske leder» ut fra modellen over, men som det framkommer i mitt materiale så omfatter en faglig logikk i ledelse mer enn klinisk aktivitet. Lederne preges også av den neo-byråkratiske logikk. På denne bakgrunn har jeg forsøkt å lage en ny modell som viser elementene i den hybride rollen som ses blant norske sykehusledere. De tyske lederne tolkes hovedsakelig som faglige ledere, og de blir derfor ikke diskutert i forhold til denne modellen.

Forslag til utvikling av hybridledelsesmodellen

Før jeg gir en framstilling av den nye modellen; hva skal jeg kalle denne hybridlederen?

Mørk og Åsland (2011) har i sin studie fra norske sykehus foreslått å kalle hybridlederen for

«helseleder». De argumenterer for at en slik tittel både refererer til helsefaglig bakgrunn og formell lederkompetanse. «Helseleder» kan være en aktuell tittel innen denne sektoren. Mine funn kan ha overføringsverdi til andre sektorer og jeg ønsker derfor et navneforslag som både er profesjonsnøytralt og sektornøytralt.

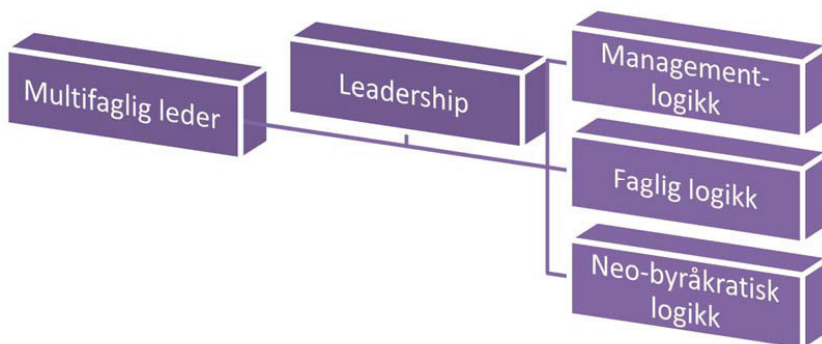
Fra nederlandske forskere kommer forslag på bruk av fabeldyr som en griffin, eller en kameleon i beskrivelse av hybride sammenhenger (Brandsen, van de Donk, & Putters 2005). Slike bilder sier noe om hybriditet, men å framstille ledere som kongen blant udyr/rovdyr eller som særskilt majestetisk slik griffinen også beskrives, harmonerer dårlig med kulturell oppfattelse av ledelse i Norge. Lav maktdistanse preger forholdet mellom leder og ansatt i norsk kontekst (Hofstede & Hofstede 2006). En utydelig kameleon, gir også dårlig assosiasjoner i forhold til intensjonen med management, som nettopp er å tydeliggjøre ledelse. Disse begrepene forkastes derfor.

Et begrep om ledelse som preges av ulike logikker er ambidekstrisitet (Andriopoulos & Lewis 2009). Dette begrepet er en metafor på en person som kan bruke begge hender like godt, som et bilde på allsidighet (Luzon & Pasola 2011). Lik hybridbegrepet brukes det i tilknytning til ulike sektorer, ulike typer organisasjoner, i tilknytning til aktører, strukturer og arkitektur, kontekster eller ulike former for ledelse som TQM og innovasjonsledelse (Andriopoulos & Lewis 2009; Junni m.fl. 2013; Luzon & Pasola 2011; Markides 2013; O'Reilly & Tushman 2013). Begrepet velges bort av to grunner: For det første så brukes ikke begrepet i tilknytning til kombinasjoner av logikker, men i tilknytning til «exploitation», hvor en i ledelse skal nyttiggjøre eksisterende kunnskap for å øke effektiviteten og «exploration» hvor ledelsen fokuserer på utvinning av ny kunnskap (Andriopoulos & Lewis 2009). For det andre så har begrepet en negativ konnotasjon og kan beskrives som en sveikefull person som driver et dobbeltspill.

Jeg søker et begrep som kan romme ulike logikker i ledelse, uten at det bindes av faglig retning. Jeg foreslår derfor å kalle hybridlederen for en «multifaglig leder». Dette multi-begrepet brukes også av andre innen organisasjonsforskningen, eksempelvis lanserer Røvik (1998) multistandardorganisasjonen som en idealtipe. «Multistandard» henspeiler her på en

organisasjon som evner å håndtere flere typer institusjonaliserte standarder som kan være både overlappende og inkonsistente. Dette mangfoldet ønsker jeg å dra med inn i mitt begrepsforslag, og «multifaglig» indikerer at her har vi å gjøre med en leder som håndterer ledelse ut fra ulike logikker, som også kan være både overlappende og inkonsistente. For å dra parallellen videre fra Røvik (ibid), så kan multistandardorganisasjonen være både et sykehus, en bedrift, et privat selskap, en kommune el. På samme måte kan multifaglederen være leder i et tilsvarende mangfold av institusjoner. Multistandardorganisasjonen opererer med flerfoldige identiteter, og det gir ikke mening å framheve en av dem som mer riktig eller ekte enn andre (Kvåle & Wæraas 2006). Dette avhenger av konteksten. På samme måte kan multifaglederen inneha ulike identiteter, noe som gjenfinnes i både min studie og andre (Reitan 2011). Lederne identifiserer seg både med sitt opprinnelige fag og med en managementidentitet.

På bakgrunn av mine funn, suppleres forslagene fra Byrkjeflot og Jespersen (2014) med en hybrid lederrolle, den multifaglige leder, som rommer en ennå større kompleksitet enn deres modell. Den nye rollen framstilles i følgende figur:



Figur 1: Multifaglig leder, hybrid lederrolle

Til venstre i figuren har jeg titulert den nye lederrollen «multifaglig leder». Til høyre gis eksempler på ledelseslogikker som preger denne hybridlederrollen. Rollen preges av både de såkalt rendyrkede former for ledelse som management og faglig ledelse, samt av to hybride former for ledelse; segmenter av lederne kan betraktes i henhold til sekvensiell dekopling (denne er inkludert i faglig ledelse) og alle preges av neo-byråkratisk logikk. Disse ledelsesformene; management, faglig ledelse og neo-byråkratisk logikk kan betraktes som «upersonlige». Flere forfattere vektlegger at leadership må betraktes som en del av management (Byrkjeflot 2002; Rost 1993; Strand 2001), mens jeg foreslår at dette utvides til å omfatte de andre autoritetsbasene også. Sørhaug (1996) poengterer at ledelse ikke er statisk og lederne må kunne håndtere ulike ferdigheter for å oppnå støtte. Dette tolker jeg som et viktig argument etter endringene i ledelse og ikke bare lederne må forholde seg til nye logikker; det må også de ansatte. Lederne i min studie anvender leadership hvor de «tar i bruk» relasjonelle aspekter for å motivere sine ansatte til å forholde seg til de ulike logikkene som kreves etter reformene. Leadership fungerer da som en katalysator som gjør det mulig å forene de ulike logikkene i ledelse. En slik framstilling støttes av funn fra Fjellvær (2010) som viser til at ledere iverksetter en relasjonell praksis for å takle de spenningene som konkurrerende logikker framkaller i organisasjoner med mange og motstridende logikker. Dette kan også knyttes til betraktningen om at leadership handler om å ta hånd om de tvetydigheter som oppstår i ledelse når omstendighetene er i forandring (Noordegraaf 2012).

I figur 1 på forrige side har jeg ikke vektlagt om rollen er mer/mindre dominert av de ulike logikkene. Det kan variere eksempelvis fra leder til leder, situasjon til situasjon, gjennom tiden og etter særpreg ved enheten som ledes. Selv om denne rollen har sitt opphav i studien av ledere i sykehus, kan modellen også brukes på andre profesjoner ved å bytte ut den fagspesifikke delen. Dette kan eksempelvis knyttes til hybridisering av andre profesjonene som nevnes av Kurunmäki og Miller (2006); fysioterapeuter og politi hvor større krav til ledelse etter økonomiske rammer og økt byråkratisering framheves. En annen profesjon som også møtes av motstridende interesser er arkitekter (Skogheim 2010). Anvendes figuren på denne profesjonen, kan det gi en illustrasjon av den kompleksiteten som preger dette fagfeltet hvor den faglige integritet og kunstnerisk utøvelse kommer i skvis i forhold til økonomi,

oppdragsgivers interesser, andre fagfolk, offentlige myndigheter, krav til saksbehandling osv. I Fjellværs (2010) studie av universiteter, museum, orkestre, teater og aviser, i tillegg til sykehus, framholder ho at ledere kan balansere mellom ulike logikker i slike pluralistiske organisasjoner og hevder at det ikke finnes bevis som indikerer at komplekse organisasjoner gir prioritet til en type logikk (ibid).

Avslutningsvis vil jeg poengtere at den multifaglige rollen kan betraktes som en modell av rendyrkede idealtyper (Weber 1983). Idealtypene eller autoritetsbasene kan være vanskelige å skille i virkeligheten, men modellen kan fungere som et analytisk instrument til å diskutere ledelse.

Jeg har nå sett på hybrid ledelse i lys av litteraturgjennomgangen og egen forskning. Hybrid ledelse vil nå belyses i relasjon til de institusjonelle rammene, hvor denne form for ledelse har oppstått. Dette gjøres ved at jeg analyserer svarene fra underspørsmål 1 og 2 i hovedproblemstillingen.

6.1.4 Nye institusjonelle føringer og konsekvenser for lederrollen

I første underproblemstillingen undersøkes endringer i rammebetingelser for ledelse og introduksjonen av nye logikker og jeg spør om fokus i ledelse hybridiseres. Det andre spørsmålet knyttes til endringer i lederrollen for leger og sykepleiere etter forandring i rammebetingelser, og jeg spør om rollen blir mer hybridisert. Jeg belyser disse spørsmålene samtidig, både for å unngå repetisjoner, men også fordi beskrivelsen av endringer i institusjonelle føringer illustreres med forandring i lederrollen for leger og sykepleiere og deres fokus i ledelse.

Som diskusjonen over viser, kan det se ut som at endringer i den regulative pilar (Scott 2008a) i form av lovendringer og reformer som ses i Norge på makronivå, har medført store omveltninger i ledelse av sykehus på et organisatorisk nivå, og disse endringene gjenfinnes på individnivå hos den enkelte leder (mikronivå). Det kan synes som at de nye institusjonelle betingelsene har endret både praksis og oppfatning av ledelse, og slik sett har den kulturelt kognitive og normative pilar (Scott 2008a) også blitt endret.

Når statlige reguleringer settes i verk for å omdanne helsesektoren (Kuhlmann 2003), så knyttes dette blant annet til ønsket om å tøyse profesjonene (Hippe & Trygstad 2012; Jespersen & Wrede 2009). Dette resulterer i redusert autonomi. Profesjonell autonomi avhenger av offentlig tillit, og brudd i denne tilliten ligger som et bakgrunnsteppe for reformene. Etzioni (1978:121) sier:

«En spesialist kan bringe den profesjonelle organisasjonens integritet i fare ved å overbetone den primære mål-virksomheten og forsømme sekundære funksjoner.»

Den primære virksomheten til sykehus kan knyttes til behandling, pleie, undervisning og forskning. Snevres fokus i ledelse til disse aspektene vil sekundære funksjoner forsømmes. Sekundære funksjoner kan knyttes til administrative oppgaver, personalforvaltning, finansiering og fordeling av midler - som eksempelvis kan relateres til kritikken om ulik geografisk fordeling av tilbud til pasientene. Profesjonenes autonomi er redusert som følge av reformene, og dette avspeiles i nye lederstrukturer. Forskere er enig i at profesjonell autonomi er sentralt for yrkesutøvelse, men redusert autonomi er ikke nødvendigvis negativt dersom dette kan gjenopprette den offentlige tilliten (Funch 2012). Endringer i profesjonalisme og profesjonelle som blir ledere trenger heller ikke ødelegge profesjonell praksis (Noordegraaf 2007).

Når jeg videre skal beskrive hvordan endringer i institusjonelle føringer gir endringer i ledelse, knyttes dette til reformer, hierarki og profesjonalisme, samt kontekstuelle forhold.

Reformer

Siktemålet med reformer kan være å av-institusjonalisere tradisjonelle ledelsesmodeller (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010). I Norge har ledelse av sektoren blitt endret fra en faglig ledelsesmodell til en modell med ledelse ut fra markedsbaserte logikker som følge av

innføring av reformer med aktivitetsbasert finansiering¹⁸, enhetlig, profesjonsnøytral ledelse¹⁹ og de strukturelle endringene som fulgte av sykehusreformen²⁰.

Når endringene etter reformene i Norge betraktes i lys av teori, så er innflytelsen fra markedsdimensjonen og managerialismen tydelig. Finansiering av sykehusene gjennom bruk av DRG-koder kan tolkes som indirekte kontrollsystemer for ledelse (Christensen & Lægreid 2011; Hood 1991; Vrangbæk 1999; Øgård 2005) og er et uttrykk for innflytelsen fra privat sektor. Organisasjonsformen «foretak» er videre adoptert fra privat sektor, noe som har medført strukturelle endringer på både vertikalt og horisontalt plan (Christensen & Lægreid 2011). Innføringen av klinikkstruktur viser en utvikling bort fra den tradisjonelle måten som sykehus har vært både organisert og ledet på (Nancarrow & Borthwick 2005) med egne hierarkier for leger, sykepleiere og administratorer. Troen på ledelse som en nøkkel til å forbedre sektoren (Byrkjeflot 2011; Pollitt & Bouchaert 2011) vises gjennom tegn på managerialisme med sterk hierarkisk styring fra sentrale myndigheter, gjennom helseregionene og nedover nivåene innad i helseforetakene. En norsk studie viser at topplederne av sykehus betraktet reformene som svært vellykket med positivt utslag på effektivitet, kvalitet, de økonomiske resultatene er forbedret og behandlingsskapiteten har steget (Hippe & Trygstad 2012). Mellomlederne i den studien er derimot mer kritisk til disse effektene som følge av den økte byråkratiseringen med tidkrevende måleparametre og rapporteringer.

At topplederne er positive og mellomlederne mer kritiske kan kanskje betraktes ut fra ståstedet til lederne. Topplederne har det store overblikket og ser de store linjene i forhold til økonomi, behandlingsskapitet ol, mens mellom- og førstelinjeledere i større grad må forholde seg til den økte byråkratiseringen og stiller kritiske spørsmål ved nytten av disse. Dersom jeg skal sammenligne funnene fra studien til Hippe og Trygstad (2012) med mitt materiale, siterer jeg først en topplederlege som viser til positive utslag etter omlegging til

¹⁸ ("St.meld. nr. 44 (1995-1996). Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 31. mai 1996, godkjent i statsråd samme dag. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19951996/st-meld-nr-44_1995-96.html?id=190995")

¹⁹ (HOD 1999a, 1999c)

²⁰ (HD 2001)

divisjonsorganisering, siden dette har gitt muligheter til å reorganisere og effektivisere behandlingsforløpet:

«Vi lagde en ny plan og bygget en masse... utvidet brukerinvolveringen på en måte som ikke har vært gjort annet sted i landet, lagde arenaer for samhandling med kommune som var helt annerledes... Vi hadde 40 000 konsultasjoner da vi begynte i 2004, nå hadde vi 165 000 i fjor.»

Lederen sier senere i intervjuet:

«Det er ikke pengene som begrenser oss. Det er klart vi kunne brukt mer, men jeg tror ikke vi trenger mer penger for å gi et godt helsetilbud. Jeg tror det er mye mer begrensning i vår egen konservatisme enn det er i de mulighetene vi har innenfor de økonomiske rammene.»

Topplederssykepleieren viser også at det finnes muligheter innen de rammene en har, dersom en er kreativ: *«Det er klart at ... at viss vi ikke har nok ressurser, så kan de gå ut over kvaliteten. Men viss vi kan gjøre ting smartere, kan vi få andre muligheter.»*

At mellomledere er kritiske til økt byråkrati, gir resonans i mitt datamateriale, men kritikken gjenfinnes i toppledelsen og førstelinjen også. En topplederlege som forteller om ulike rapporteringer, sier: *«... det gir jo en viss tretthet i organisasjonen som følge av alt de må rapportere»*, samtidig som lederen påpeker at noe av byråkratiet er nødvendig, da det har vært for tilfeldig tidligere. Dette kan eksempelvis være i forhold til pasientsikkerhet og opplæringsplaner for avansert medisinsk utstyr. En sykepleier fra mellomledernivået forteller om hvordan ledelsesoppgavene har blitt endret de senere årene:

«Det har blitt krav om mer rapporteringer, både virksomhetstall og økonomi, rett og slett... Og så øker kravet om at klinikere skal delta i regionale råd og utvalg. Det er økt krav om at vi skal drive 'sånn dærrer' ulike typer prosjekter, IKT-prosjekter, E-læring, altså veldig mange prosjekter. Så det må være noe administrativt personell som har god tid til å klemme ut alle disse lure tingene... behandlinglinjer, alle disse tingene en skal være med på. Som klinikere skal tas ut av kliniske sammenhenger for å bidra med, for det er de som er nær pasientene som skal mene noe om det, men det er andre som utvikler det. Samtidig som at aktivitetskravene øker. Så vi skal på en måte drive mer pasientbehandling, ha høyere kvalitet, men mindre avvik.»

Samtidig er ikke lederne ensidig negative til endringene som har kommet. Noen ser nytten av det i forhold til bedre kvalitetssikring av faglig arbeid, andre knytter det til økonomi og dokumentering for å få tildelinger, så selv om lederne er kritisk til all dokumenteringen, er

det flere av dem som ser at dette kan brukes som redskap når de søker tildelinger. Mellomledersykepleieren gir en illustrasjon av disse holdningene: «...viss vi ikke har dokumentasjonen på plass, og viss vi ikke har rapporteringene på plass, og viss vi ikke har sånn og sånn, så får vi heller ikke noe.» En annen mellomledersykepleier forteller at endringen i organisering etter reformene har gitt en økonomisk gevinst: «Det jeg syns har forandra seg litt, i alle fall i pleietjenesten, at vi har klart å fordele pengene og kompetansen på en annen måte etter at vi ble felles med legene. Det syns jeg har vært kjempepositivt.» Lederen forteller at de kunne alltid ønsket mer penger til erstatning av gammelt utstyr, men ved å finne kreative løsninger klarer de arbeidet så det ikke skapes mer ventelister. Lignende uttalelse gis fra en førstelinjeleder:

«Jeg har sett opp gjennom årene at det har ført til utrolig mye bra og riktig tenkning. At man faktisk har snudd og endret driften fordi man måtte, men at det har ført til noe bedre. Kvalitetsheving... mye mer fornuftig ressursbruk... det har faktisk spart oss for penger.»

Når funn fra norsk case sammenlignes med funn fra tysk case, så forsterkes inntrykket av at måten ledelse er organisert på har noe å si for både hvordan ledelse praktiseres og oppfattes. Sykehuset i den tyske casen er fortsatt organisert i faglige hierarkier etter reformene hvor fokus har vært på endringer i finansiering og konkurranse mellom sykehus. Lederne i norsk case har enhetlig ansvar for sine enheter og de har følgelig ansvar for alle profesjoner og yrker i enheten. Som følge av divisjonsorganiseringen er leger og sykepleiere organisert under samme leder i min norske case, enten lederen er sykepleier eller lege. Sykehuset har imidlertid også egne sengeposter hvor det hovedsakelig arbeider pleiepersonell. En avdelingsledersykepleier ble spurt om dette var et steg tilbake til todelt ledelse. Lederen hadde fundert på det samme, og lurte på om det var som:

«å gå tilbake til den gamle oversykepleierbiten... jeg var redd at det ble en hybrid av todelt ledelse. Men det ble det ikke, og det syns jeg er veldig positivt... Jeg har direktelinje til klinikkjefen... jeg har ikke noen rapporteringsplikt... eller linje til legegruppen i hverdagen.»

Denne lederen har hovedsakelig ansvar for sykepleiere. Sengepostene kan betraktes som en rendyrking av faglige hierarkier, men som denne lederen poengterer, skiller dette seg fra sykepleierhierarkiet som var før reformene hvor det var todelt ledelse. Nå har disse

rendyrkede søylene enhetlig ledelse og er ikke underlagt legehierarkiet. Fokus i ledelse skiller seg ikke nevneverdig fra andre, med unntak av snevrere faglig fokus. I de enheter hvor lederen har ansvar for ulike profesjoner, har både leger og sykepleiere i ledelse fokus på ivaretagelse av de yrkesgrupper de leder og enhetens arbeid, og dette kan tolkes som at deres autoritetsbase for ledelse knyttes til management og et bredt ledelsesfokus (Byrkjeflot 1997b; Viitanen & Konu 2009). Lederne i den tyske casen har ansvar innad i sine hierarkiske søyler og deres omtale av ledelse knytter seg hovedsakelig til egen profesjon. At lederne preges av en faglig autoritetsbase i ledelse som samsvarer med de teoretiske særpregene for ledelse innen profesjonene (Currie, Koteyko, & Nerlich 2009; Degeling m.fl. 2003; Freidson 1994), er da ikke uventet. Leger fokuserer på leger, og sykepleiere på sykepleiere.

En annen forskjell mellom landene er profesjonsnøytral ledelse. I Norge kan leger og sykepleiere konkurrere om lederstillinger i sykehus og sykepleiere finnes i hele ledelseshierarkiet, selv om legene dominerer (Kjekshus & Bernstrøm 2013). Sykepleieres rolle i ledelse har gradvis blitt styrket (Johansen & Gjerberg 2009; Mo 2006; Torjesen, Byrkjeflot, & Kjekshus 2011). Sykepleierne har hatt en sterk rolle i ledelse av sykehus i Norge siden 1970-tallet med innføring av todelt ledelse (Skaset 2003; Torjesen 2008), og jurisdiksjonen (Abbott 1988) i ledelse mellom profesjonene har stadig blitt utfordret og reforhandlet. Innføring av ledelse etter en managementmodell hvor profesjonsnøytral ledelse vektlegges (Byrkjeflot 1997a) har ytterligere styrket deres stilling. Ledelse har også vært brukt som en del av deres profesjonelle prosjekt i kampen for profesjonsstatus (Jespersen 2005; Sommervold 1996), og deres kamp for et mer helhetlig fokus i ledelse avspeiles i de norske reformene (NOU 1997; Skaset 2003). Tyske sykepleiere kan i teorien også inneha profesjonsnøytrale lederstillinger i sykehus, men det finnes få sykepleiere som er ledere utenfor sykepleiehierarkiet (Watkins 2010).

Tilsvarende reformer som det har vært i Norge har ikke vært mulig å gjennomføre i Tyskland, og en av grunnene til det knyttes til legers sterke posisjon og manglende vilje til endring, i følge Kirchhoff (2013). Legers sterke posisjon ses ikke bare innad i sykehus, de har også stor innflytelse i styring av sektoren. Sykepleieprofesjonen derimot har ikke egne

forbund så de kan delta på den politiske arena, de representeres av leger (Märker & Bode 2014). Dette kan betraktes som en del av legers profesjonelle prosjekt (Jespersen 2005; Larson 1977) og «social closure» hvor en gruppe (leger) forsøker å utestenge andre yrkesgrupper (sykepleiere) i ledelse for å ivareta egne interesser i forhold til lønn, status og makt. Målet er å beholde monopol og yrkesmessig jurisdiksjon i forhold til eksempelvis ledelse av sykehusene (Evetts 2011; Larson 1977).

I artikkel 3 (Berg & Byrkjeflot 2014) gjøres en sammenligning av ledelse etter NPM-reformer i de skandinaviske landene. En desentralisert og valgfri innføring av profesjonsnøytral enhetlig ledelse som ses i Danmark og Finland har ikke hatt samme innflytelse på ledelse som i Norge og Sverige hvor endringene har vært innført gjennom toppstyrte reformprosesser (Jespersen & Wrede 2009). I Danmark og Finland har leger befestet sin posisjon. Endringer ses heller ikke i Tyskland hvor det ikke har vært direkte ledelsesreformer (Kirchhoff 2013; Märker & Bode 2014), men reformer med en implisitt forventning om ledelsesmessige endringer.

Hierarki og profesjonalisme

Institusjonelle føringer kan gi forskjellig uttrykk som avspeiles i måten sykehusene er organisert. Organiseringen har konsekvenser for arbeidet til lederne og måten hierarkiene profileres kan fortelle noe om hvilken type profesjonalisme som preger sykehusene.

Norske sykehus framstår som funksjonsspesialiserte virksomheter med en divisjonsorganisering (Mintzberg 1983b) ut fra de plantegningene som henger i sykehusets inngangshall. Dette vises ved at enhetene/avdelingene markeres i tilknytning til medisinsk spesialer, for eksempel så ligger Kirurgen 3A i tredje etasje i bygg C. Dette gir hjelp til å finne fram i sykehuset. Tyske sykehus som er organisert som fagbyråkratier (Kirchhoff 2013; Mintzberg 1983b) har flere artefakter som framstår mer fininndelt, og dermed får statushierarkiet større betydning. Betydningen av det medisinske hierarkiet avspeiles i hva slags skilting som finnes i tyske sykehus, dette har jeg beskrevet i metodekapitlet. Skiltet

framstiller det medisinskfaglige hierarkiet alfabetisk etter legens etternavn, og knyttes ikke til en oversikt eller plantegning som gjør det mulig å finne fram i sykehuset.

Den norske framstillingen er ikke personifisert eller hierarkisk framstilt med oversikt over ledere, men vektlegger organisatoriske forhold som stiller både pasienter og de ulike profesjonene på lik linje. Dette støtter opp om en organisatorisk profesjonalisme (Evetts 2009). Med det mener jeg at fokus fjernes fra den enkelte leder eller ansvarlige lege, og fokus rettes mot organisasjonen eller avdelingen hvor ulike profesjonsgrupper samarbeider om behandling og pleie. Skiltene viser til en fysisk lokalisasjon. Om avdelingen er ledet av den eller den, er underordnet. Sammenlignet med de tyske skiltene, kan betydningen av hierarkiet da framstå som svakere i norske sykehus. Det innebærer likevel ikke at faglige hierarkier er mindre viktige i Norge, men uttrykkes på andre måter og er ikke en premis for formell organisasjon på samme måte som i Tyskland. Også i Norge må leger gjennom en spesialisering, og dette medfører et hierarki innad i legeprofesjonen fra turnuslege, assistentlege, overlege og ulike fagstillinger. Sykepleien har også forskjellige spesialiseringsretninger og faglige stillinger. I Tyskland regnes en lege som leder når den blir overlege, slik er det ikke i Norge, her må legen inn i en formell lederposisjon i ledeshierarkiet før den regnes som leder og vises igjen i et organisasjonskart. Men det er ikke den type organisasjonskart som henges i adkomsthallen til det norske sykehuset.

Når navn, stilling og titler framstilles på de 105 lederlegene i det tyske skiltet, så kan det tolkes som en faglig profesjonalisme. Dette sier også noe om maktforhold i sykehuset. Skiltene understreker den enkelte ledende leges sterke stilling, men også hvor viktig de faglige kvalifikasjonene er. Dette tolker jeg fra tittelrekken som var nevnt bak enkelte navn; de kunne ha både 1-2 medisinske doktorgrader, PhD og professorat. Oversiktene hjelper ikke pasientene å finne fram i bygningene, men pasientene får et inntrykk av hvilken faglig kompetanse som er i bygget, hvem som «betyr noe» og hvilken profesjon disse kommer fra. Andre ledere usynliggjøres og kun øverste leder fra sykepleie- og det administrative hierarkiet nevnes. Legeprofesjonens sterke posisjon i tyske sykehus understøttes av at enkelte sykehus har fjernet sykepleiedirektøren fra sin toppledelse (Watkins 2010).

Selv om det har blitt endringer i hierarki og profesjonenes innflytelse etter reformene, så er legers rolle fremdeles sterk også i norske sykehus, og leger dominerer fortsatt i ledelse (Kjekshus & Bernstrøm 2013). Norske leger og sykepleiere har ulike muligheter innen samme typer stillinger. Leger kan i større grad innrette seg ut fra sine preferanser og delegere bort administrative oppgaver de ikke vil bruke tid på og arbeide klinisk dersom de ønsker det. Dette samsvarer med andre studier fra Norge (Torjesen 2008) og Danmark (Jespersen 2005). De mangler også den formelle kompetansen som anbefales for å inneha lederstillinger (NOU 1997), og dette funnet samsvarer med tidligere funn (Gjerberg & Sørensen 2006). Betraktes dette ut fra profesjonelle prosjekter (Larson 1977) kan det synes som at legeprofesjonen har klart å opprettholde sin hierarkiske plassering over sykepleiere i norske sykehus.

De norske sykepleierne har imidlertid styrket sin posisjon og forskjellen er stor til de tyske sykepleierne. Jeg har i kapittel 1 spurt om sykepleieres rolle i ledelse i tyske sykehus. En måte å tolke det ensidige legefokuset kan knyttes til at det hovedsakelig *er* legene som utfører ledelse av sykehusene. Ut fra de teoriene som brukes til å belyse ledelse i denne studien, kan imidlertid sykepleierne betraktes som ledere i samme grad som leger, siden de utfører mange av de samme typene oppgaver for sin gruppe som legene gjør – i ennå større målestokk siden de er leder for betraktelig flere personer. Begge grupper rapporterer både praksis og syn på ledelse som samsvarer med faglig ledelse innen sine hierarkier. En annen måte er å betrakte det er ut fra «social closure» (Jespersen 2005; Larson 1977) som nevnt over. Satt på spissen kan jeg som utenforstående tolke det som at sykepleiere praktiserer ledelse, men oppfattes ikke som ledere, eller de regnes ikke med. Dette kan relateres til kontekstuelle forhold som diskuteres i neste avsnitt.

Kontekst

Betraktes ledelse i sykehus i disse landene ut fra politisk, kulturell og historisk kontekst, som beskrevet i kapittel 2, så kan dette si noe om at det har vært mulig å innføre management i Norge i motsetning til i Tyskland. Oppbyggingen av norsk helsevesen har siden andre verdenskrig hentet inspirasjon fra USA. Politikere, sykehusledere og fagpersoner fra begge

profesjonsgrupper har hentet inspirasjon derifra (Torjesen 2008). Dette kan ha beredt grunnen for utviklingen i norsk sykehussektor. Når autoritet knyttes i så stor grad til faglige hierarkier som det beskrives fra tysk side (Byrkjeflot & Halvorsen 1997), kan det være internalisert i både helsepolitikere, profesjonene og de ulike aktørene som deltar i utformingen av politikken til sykehusene. Dette kan gjøre det vanskelig å tenke seg andre former for organisering av ledelse i sykehus enn knyttet til den profesjonen som anses å ha høyeste autoritet (legeprofesjonen). Det kan være vanskelig å innføre ledelsesmodeller etter en managementmodell når den faglige, profesjonsorienterte ledelse (Führung) er så sterkt kulturelt forankret.

Den endringen som ses i norsk kontekst med styrkning av sykepleiernes rolle i ledelse, kan også ses i lys av profesjonalisering. Erichsen (1996a) beskriver at norske sykepleierne har skilt mellom «cure and care» som et ledd i sin profesjonalisering. Sykepleien oppretter en egen nisje hvor «pleie» framstilles som et eget kunnskapsfelt (Brandt 2013). Å definere sykepleie som noe annet enn medisin, som et selvstendig fag, samtidig som sykepleien har hatt et helhetlig fokus som innbefatter administrasjon (Melby 1990), kan ha bidratt til å styrke norske sykepleieres stilling i ledelse. Når tyske sykepleiere ikke regnes med i ledelse, kan dette henge sammen med at sykepleie ikke regnes som en egen profesjon, men som en hjelpedisiplin til medisinen. Faglig ledelse står sterkt i tysk kultur, og den kyndigste blant de kyndige utpekes som leder (Byrkjeflot 1997a). I et slikt perspektiv regnes ikke en leder innen en lite profesjonalisert gruppe med i ledelsen. En annen forklaring kan være å betrakte det ut fra hvem som har definisjonsmakt, hvem som definerer hva som regnes som ledelse. I tysk kontekst regnes hver individuelle overlege som leder, selv om legen bare har ansvar for seg selv, mens eksempelvis ledersykepleiere med ansvar for mange sykepleiere ikke regnes med. Definisjonsmakten kan også relateres til norsk case hvor legene med faglig ansvar i førstelinjen ikke regnes med i lederhierarkiet siden de ikke har ansvar for økonomi.

Endringer i ledelse i tyske sykehus i retning av en mer NPM-influert ledelsesform skjer imidlertid uavhengig av reformer. Private sykehus som er opptatt av å drifte økonomisk er mindre skeptiske til innføring av en managementmodell. Nye ledelsesformer overføres

deretter til det offentlige gjennom en mimetisk prosess (Neogy & Kirkpatrick 2009). Dette ses tydeligst i øvre del av hierarkiet hvor økonomer, jurister og andre med lederutdanninger konkurrerer med leger i ledelse (Märker & Bode 2014).

Jeg har nå belyst både utvikling i fokus i ledelse, hybridledelse, endringer i lederrollen og betydningen av forandringer i institusjonelle rammebetingelser for ledelse. I det følgende kommer en samlet analyse fra diskusjonen over.

6.2 Hybrid ledelse – en alternativ måte å betrakte sykehusledelse?

Når jeg skal oppsummere og diskutere funnene som er belyst i dette kapitlet, så gjøres det samtidig som jeg besvarer hovedproblemstillingen:

Hvordan endres ledelse i sykehus etter møtet med NPM-reformer?

Med «endring» antyder jeg at det har vært en utvikling i både praksis og oppfattelse i ledelse, og jeg begynner med en refleksjon rundt dette.

6.2.1 Pervertering eller hybridisering av reformer?

Belysningen av utviklingen i Norge med historisk komparativ metode som gjøres i artikkel 3, understøtter at måten ledelse er organisert har betydning for fokus i ledelse, og utfordrer antagelsen innen organisasjonsteorien som tilsier at det er lettere å endre ledelsesstrukturer enn profesjonelle kulturer (Ackroyd, Kirkpatrick, & Walker 2007). Før reformene hadde norske leger og sykepleiere tilsvarende ansvarsfordelinger som ses i tyske sykehus nå. På bakgrunn av tidsaspektet kan jeg være enig med Acroyd m.fl. at det er lettere å innføre strukturelle endringer enn å forvente en rask endring i kulturer, men når min studie sammenlignes med studier gjennomført like etter reformene, kan det tyde på at det har vært en utvikling i ledelse.

I studier som ble gjennomført i kort tid etter reformene i Norge, ble det vektlagt at det var stor forskjell i hva leger og sykepleiere gjorde som ledere. Johansen (2009) gjør funn som

peker på at det er «*multiple practices*» og spør om det har skjedd en «*pervertering av en offentlig initiert reform?*» (ibid, s 68). Funnene fra min studie som er utført 10-11 år etter reformene viser andre tendenser. Når jeg sammenligner funnene fra leger og sykepleiere, er stikkordene fra hva ledelse handler om forbausende sammenfallende. Riktignok gjør ikke alle det samme og i like stort omfang, men det kan skyldes mange forhold. Eksempelvis type enhet de leder og hva som er deres arbeidsfelt, antall ansatte de er ledere for, hvordan enhetene er organisert, hvilke føringer som gis av egen leder, personlige preferanser, faglig bakgrunn, ledelsesbakgrunn, plassering i hierarkiet osv.

Tilly (1984:14) poengterer at «*Time matters*». Å gjennomføre store strukturelle og innholdsmessige endringer kan ta tid. Tidspunktet for når en undersøker effekten av reformene er derfor av betydning (Tilly 1984). Noen sykehus i Norge var tidlig ute og gjennomførte strukturtilpasninger samme år som reformene ble innført, mens i hovedstadsområdet ble de store strukturelle endringene først iverksatt de siste årene. Sykehuset fra min studie var tidlig ute med å innføre enhetlig ledelse og iverksette strukturtilpasninger. Nye ledelsesbetingelser har sånn sett hatt mange år på å bli institusjonalisert og det kan være dette som vises i mine funn. Avvik mellom funn fra min studie og andre studier kan ses i lys av dette tidsaspektet.

Profesjonssærpreget i ledelse kan ha blitt «utjevnet» som følge av at management har blitt institusjonalisert gjennom mange år, både i systemer som er bygget opp og gjennom en sosialisering av ledere (Scott 2008a). Dette kan knyttes til institusjonelle logikker (Friedland & Alford 1991; Thornton & Ocasio 2008b), hvor materielle praksiser og holdninger blir styrende for hvilken type handling som oppfattes som legitime i organisasjonen (Scott 2008a). De norske lederne rapporterer at det for eksempel er større legitimitet for en lege å inneha en lederrolle nå enn rett etter reformene, de påpeker også at det er større forståelse for å arbeide etter finansielle rammer. En slik utvikling av økt forståelse for ledelse rapporteres også fra andre land. Eksempelvis satte den nederlandske legeprofesjonen seg sterkt i mot endringer av sykehusledelse, men fikk etter hvert en gryende forståelse for behovet for bedre ledelse og kontroll av kostnadsveksten (Dent, Kirkpatrick, & Neogy 2012). En annen måte å

betrakte det på kan relateres til at konkurranse mellom profesjoner i ledelse påvirker fokus i ledelse og bidrar til en hybridisering (Kirkpatrick m.fl. 2009) siden begge grupper forsøker å tilpasse seg de nye ledelsesbetingelsene. Konkurransen fra sykepleierne kan ha presset fram en aksept for ledelse for leger, da de ser det er nødvendig at også leger er i ledelse for å ivareta deres interesser. Dette ble også eksplisitt uttrykt blant noen av legene. Akademisering og profesjonaliseringen av sykepleieryrket, kan videre ha gitt en tilnærming av faglige logikker for sykepleie- og legeprofesjonen som har bidratt til at det er mulig å enes om ledelse.

Ut fra dette, vil jeg ikke bruke betegnelsen «pervertering» (Johansen 2009) av en offentlig reform, men «hybridisering» ikke bare av reformen, men fokus for reformen (ledelse). Når jeg motsier en pervertering så gjøres det på bakgrunn av at de norske lederne fra min case viser en utstrakt forståelse for ledelse etter managementprinsipper, samtidig som jeg bruker begrepet hybridisering siden fokuset også preges av andre autoritetsbaser. Til forskjell fra tidligere så knyttes ikke «faglig logikk» ensidig til utvikling av egen profesjon, men til utvikling av faget for alle yrkesgrupper tilknyttet enheten og slik sett har den faglige logikken også blitt hybridisert. Det kan synes som at intensjonen med innføring av management gjennom reformene har lyktes, men i kombinasjon med en sterkere vektlegging av det personlige aspektet hos lederen gjennom leadership og fokus i den faglige logikken som rettes mot utvikling av sykehusets kjerneoppgaver: behandling, veiledning, utdanning, og forskning, i tillegg til økt vekt på en neo-byråkratisk logikk.

Endringer i rammebetingelsene for ledelse ser ut til å ha hatt konsekvenser for hva lederne konsentrerer seg om og hva de gjør (Christensen & Lægreid 2002). Det kan synes som at innføring av enhetlig ledelse (2001) og de strukturelle endringene som ble gjennomført gjennom sykehusloven (2002) har gitt en erstatning (displacement) (Mahoney & Thelen 2010) av tidligere organisering og praksis og en institusjonalisering av NPM-inspirerte ledelsesformer (Christensen & Lægreid 2002). Endringene kan imidlertid også ses i lys av layering hvor nye logikker legges som et lag over gamle logikker, siden verken faglig logikk eller en administrativ logikk forlattes men utvikles gjennom introduksjonen av management.

Resultatet av dette er hybridisering av management. Forventningen om en dreining av ledelse i Tyskland og implementering (layering) (Mahoney & Thelen 2010) av logikker hvor det forventes et større fokus på økonomi og konkurranse, blir ikke gjenfunnet i dette datamaterialet. Hvorvidt en kan snakke om en pervertering, hybridisering eller andre former for vridninger i mottakelse av reformen høyere i de tyske hierarkiene, har jeg lite grunnlag for å uttale meg om ut fra mitt datamateriale. Dette må følges opp gjennom flere studier.

Hvordan har så praksis og oppfattelse av ledelse blitt endret, hvordan ser det ut? Dette vil bli diskutert i de neste avsnittene.

6.2.2 Hybridisert ledelse

Ledelse defineres i denne avhandlingen som utøving av autoritet ut fra forskjellige autoritetsbaser. Autoritetsbasen management knyttes til planlegging, organisering og problemløsning (Yukl 1989) og dette er ord som lederne bruker i beskrivelser av sin arbeidsdag. Management bygger på ledelse som en formell posisjon hvor lederen har en overordnet stilling i forhold til den underordnete (Rost 1993). Siden jeg ikke har inkludert underordnete i denne studien, knyttes betraktningene til uttalelser fra lederne selv og jeg får ikke reflektert over hvordan ledelsen oppfattes av underordnete. Det jeg kan få et inntrykk av, er at lederne faktisk oppfatter seg som ledere, de ønsker å være ledere og liker å ha innflytelse. Gjennom intervjuene kommer det fram at vektlegging av faglige meritter som base for lederskap slik det beskrives ut fra faglig ledelse (Byrkjeflot 1997b) ikke nevnes. Basen knyttes til hierarkisk posisjon, men vektlegging av personlige egenskaper og lederkompetanse viser at leadership er tett sammenflettet med deres syn på ledelse. Ledelse betraktes i større grad som et eget fag, noe du må *vill*e og bruke tid på, men ikke avskåret fra en helsefaglig basis, slik tanken er bak management (ibid). Endringen i ledelse med større vektlegging av personlige aspekter og relasjonen mellom leder og underordnet kan også knyttes til endringen i profesjonalisme (Evetts 2003; Noordegraaf 2007). Leadershiplogikker preger den organisatoriske profesjonalisme i større grad, relasjonelle forhold vektlegges, fokus rettes mot organisasjon og omgivelser, og relateres ikke kun til fag og profesjon (Kets de Vries 2001).

Management som transaksjonsledelse (Rost 1993) kan knyttes til de oppgaver som lederen gjør for å koordinere og kontrollere arbeidet for de ansatte, mens byttet som den underordnede bidrar med er å utføre primæroppgavene. Denne kontrollfunksjonen gjenfinnes hovedsakelig i tysk kontekst. Leadership og transformasjonsledelsen (Rost 1993) handler om motivering av de ansatte, og dette gjøres både gjennom utvikling av mål og visjoner, og gjennom faglig utvikling (hovedsakelig fra norsk kontekst). Lederens motivasjon vektlegges også i leadership. Motivasjonsgrunnet som avdekkes er tosidig. På den ene side kan det relateres til den offentlige etos (Jacobsen 2013) og ønsket om å gjøre noe for andre. Dette samsvarer med funn fra en annen studie fra ledelse i norsk sykehus som viser at avgjørelser knyttes til en organisatorisk interesse, heller enn personlige interesser hos aktørene eller på vegne av enkeltgrupper (Hernes & Erdvik 2014). Men motivasjonen for å lede var også begrunnet i egen personlighet, at de selv fikk arbeide med det de oppfattet som viktig og de fikk mulighet til å påvirke. Ledelse blir ut fra dette et individuelt prosjekt og flere vektla at de ledet ved selv å være et godt eksempel – som sitert fra en «leadership-oppskrift» (Byrkjeflot 1997b; Viitanen & Konu 2009).

Både ledernes definisjoner på ledelse og oppgavene de fyller dagene med, harmonerer med at vi her har å gjøre med hybridledere og en multifaglig rolle. Det sterke faglige fokuset var noe som ikke ble klart for meg før jeg sammenlignet med Tyskland. Dette var et «blindfelt», noe jeg tok som «naturlig» (Scott 2008a) ut fra den kjennskapen jeg har til feltet. Jeg antok at sykehusledere skal være opptatt av faglig kvalitet, vedlikehold og utvikling av dette. Jeg ble derfor overrasket da de tyske lederne, som jeg hadde forventet var sterkt fokusert på dette, knapt gav stikkord som kunne knyttes til faglig utvikling. Den sterke betoning av fag som en autoritetsbase leder derfor tanken til hybrid ledelse, sammen med det neo-byråkratiske fokuset som følge av mer administrativt arbeid, kontroller og planarbeid – og de ulike autoritetsbasene bindes sammen av leadership.

Når en betrakter lederne ut fra hvordan de bruker sin tid, hvor noen ledere med legebakgrunn kombinerer ledelse med faglige oppgaver (sekvensiell dekopling), så er det lett å tolke det som at de er mer faglig fokusert. Det ser imidlertid ikke ut til at heltidsledere er mindre faglig

fokusert, men hvorvidt de arbeider klinisk henger sammen med strukturelle forutsetninger som er institusjonalisert i organisasjonen. Det er tradisjon og en viss forventning til at lederleger på mellomnivået kombinerer klinisk arbeid med ledelse, mens dette er institusjonalisert som en heltidsjobb for ledersykepleier. Dersom ledersykepleierne ønsker å ha en tilsvarende kombinasjon, oppfattes dette som vanskelig å få til.

6.3 Oppsummering: Mine empiriske bidrag

En styrke med kvalitativ forskning er at den har potensiale til å framstille kompleksiteten i sosiale fenomener (Thagaard 2013). Analysen har foregått som en veksling mellom gjennomgang av data, utvikling av ideer og dette gjøres i lys av de teoriene jeg har valgt. Målet med avhandlingen har vært utvikling av ny kunnskap (Kvale & Brinkmann 2009) og jeg vil nå oppsummere mine empiriske bidrag.

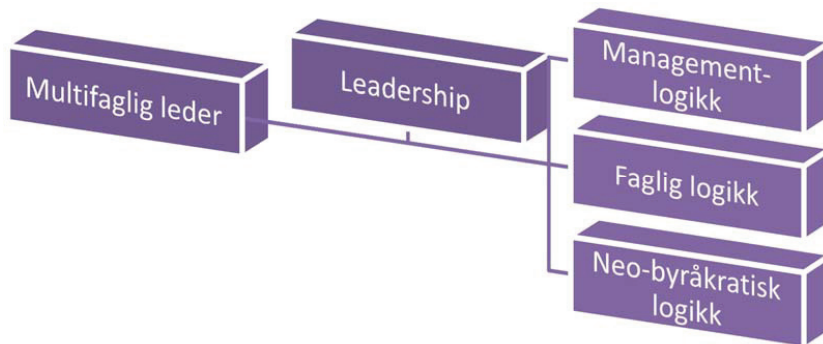
Det har vært en del forskning etter introduksjonen av NPM-reformer i sykehus. Begrepet hybrid ledelse har blitt tatt i bruk for å forstå endringene etter reformene. Et særskilt bidrag er at jeg har utvidet det teoretiske grunnlaget som vanligvis har vært brukt (institusjonelle teorier og profesjonsteori) med teorier om ledelse. Dermed har jeg framstilt en nyansert forståelse av innholdet i ledelse og hvordan ledelse oppfattes. Ny kunnskap er brukt til å lage en modell som beskriver hybrid ledelse. Mitt andre bidrag er sammenligningen av ledelse fra en norsk og en tysk case. Denne sammenligningen har tydeliggjort særpreg ved ledelse i en gitt norsk kontekst.

Et funn er at endringer i institusjonelle rammebetingelser for ledelse gjennom endringer i organisering og innføring av management har fått konsekvenser for hvordan ledelse oppfattes og praktiseres i Norge. Dette blir særlig tydelig etter sammenligningen med Tyskland. Både leger og sykepleiere i ledelse har begynt å arbeide etter en management logikk og har blitt mer samstemte i ledelse. Et annet funn viser at NPM-påvirkningen av ledelse med større press på dokumentering og planlegging har resultert i en økt byråkratisering av ledelsesarbeidet. Dette har jeg relatert til at lederne har blitt preget av en neo-byråkratisk

logikk. Et tredje funn indikerer at selv om en profesjonell kultur er robust, så er den ikke statisk. Den profesjonelle logikken fortrenses ikke av management eller andre logikker, men fokus utvides og lederne tar ansvar for utvikling av fagligheten for andre yrkesgrupper i enheten også. En slik utvikling i faglig logikk indikerer at den er i utvikling og blir til noe annet, nå som lederne ikke kun har fokus på eget hierarki, den hybridiseres.

Det fjerde funnet knyttes til tysk materiale. Jeg ble overrasket over at fokus på faglig utvikling var større i det norske materialet enn i det tyske. Jeg «tok for gitt» at faglig fokus og fokus på utvikling av faget måtte være større i Tyskland som fortsatt er organisert etter faglige hierarkier. Dette kan være tegn på at dette ikke er et lederansvar, men et anliggende for profesjonene. De norske lederne kom med mange beskrivelser og jeg har gruppert disse i tre: 1) utvikling av både behandling og pleie, 2) vedlikehold og utvikling av kompetanse for alle yrkesgrupper og 3) ivaretagelse og utvikling av faget på systemnivå. Et slikt bredt fokus på faglig utvikling kan ligge som et resultat av at dette er institusjonalisert inn i organisasjonens rutiner, det kan komme av et behov for å fronte dette som en motvekt mot management, og konkurransen mellom profesjonene i ledelse kan ha bidratt til at begge yrkesgrupper forsøker å ivareta dette for å kunne delta i ledelse. De tyske lederne blir fortsatt betraktet som faglige ledere som følge av at deres fokus er planlegging og organisering av faglig arbeid. Funn nummer fem viser at de norske lederne vektlegger de relasjonelle sidene ved ledelse, og leadership brukes som en katalysator for å håndtere de ulike logikkene.

Disse funnene indikerer at ledelse i Norge preges av multiple logikker, mens tyske ledere fortsatt er faglige ledere. Dette har jeg tolket som at den norske lederrollen har blitt hybrid etter NPM-reformene. På bakgrunn av disse funnene har jeg framstilt en hybrid lederrolle som jeg har kalt den multifaglige leder (se figur 1). «Multi-»begrepet indikerer at lederne forholder seg til multiple logikker i ledelse, og «-faglig» viser til at ledelse kan betraktes som et eget fag, men også at lederne må forholde seg til flere profesjonsfaglige logikker. I modellen har jeg plassert de «upersonlige» logikkene til høyre, og den «personlige», leadership, er plassert i nivået foran for å indikere at det brukes som en katalysator for å håndtere de andre logikkene.



Figur 1: **Multifaglig leder, hybrid lederrolle**

Denne modellen kan ha overføringsverdi for ledelse i andre kontekster enn i sykehus ved at den faglige logikken erstattes av en som tilsvarer til faglig logikk i aktuell kontekst.

I neste kapittel gir jeg en oppsummering av forslag til videre forskning og jeg gir en oversikt over hvilke grupper som kan ha nytte av å lese min avhandling.

7. Forslag til videre forskning og avhandlingens potensielle målgrupper

I forrige kapittel har jeg gjennom teksten påpekt områder som kan være interessante å følge opp gjennom mer forskning. Disse forslagene oppsummeres her i dette kapitlet. Deretter gis en oversikt over hvilke grupper som kan ha nytte av å lese min avhandling, her gis eksempler på funn som kan være interessant for de ulike grupper.

7.1 Videre forskning

Mitt hovedfunn fra norsk kontekst med et generelt ledelsesfokus som inkluderer et sterkt faglig fokus i kombinasjon med en neo-byråkratisk logikk kan være nyttig å utdype enda mer. Dette kan gjøres ved å utfordre lederne i større grad på hva de mener med sitt faglige fokus, hvordan prioriterer de når de står i valgsituasjoner? Hva har forrang; økonomi eller faglige prioriteringer, eller er det en veksling avhengig av sak og økonomiske/faglige konsekvenser? Jeg har her foreslått en vignett for å undersøke dette.

Det er også viktig med mer forskning på ledelse i tyske sykehus. Her er det lite forskning, og det hadde vært interessant å få mer kunnskap om ledelse på de ulike nivåene i hierarkiene – og ikke bare fra legehånd.

Funnet med svakt faglig fokus blant tyske ledere i førstelinjen fortjener større avklaring. Knyttet dette til nivå for ledelse, anses ikke faglig utvikling som en lederoppgave, relateres det til et profesjonsansvar? Blir dette ansett som et problem blant ledere høyere i systemet?

Sist så vil jeg anspore til videre forskning på hybridledelse, for å undersøke om modellen som her er framstilt kan brukes på andre cases.

7.2 Hvem kan ha nytte av å lese denne avhandlingen?

Booth m. fl. (Booth, Colomb, & Williams 2003) vektlegger at det er lurt å tenke på hvem som er potensielle lesere av avhandlingen fra begynnelsen av prosjektet. Funnene fra min studie kan være av interesse for ulike målgrupper:

Forskere som særlig har interesse av hybrid ledelse kan finne mitt prosjekt nyttig. I tidligere studier har fokus vært å belyse temaet ut fra profesjonsteori og ny-institusjonell teori. Mitt spesielle bidrag er å belyse hybrid ledelse ut fra teorier om ledelse, i tillegg til de to andre teoriretningene. Det neste spesielle bidraget er sammenligning mellom en norsk og en tysk case. Begge disse innfallsvinklene bidrar til en nyansert forståelse av hybridledelse.

Det finnes heller ikke mye forskning om ledelse fra tysk kontekst, og det som finnes knyttes ofte til leger i ledelse i øvre del av hierarkiet. Denne studien bidrar med en analyse av både sykepleieres og legers arbeid som ledere i førstelinjen i en tysk case. Denne forskningen kan være av interesse for forskere som interesserer seg for ledelse i Tyskland, og forskere som arbeider med komparative studier av sykehusledelse.

Avhandlingen kan også være av interesse for forskere og ledere som ikke har spesiell interesse av sykehusfeltet, men som har interesse av utviklingen av ledelse. Her er det ulike innfallsvinkler. Underveis i arbeidet har jeg diskutert mitt prosjekt med ledere fra forskjellige sektorer eksempelvis ingeniører, en skipskaptein, ledere innen kunstsektoren og fra bankvesenet. Spenningen mellom profesjoner, mellom et profesjonsrettet fokus i ledelse og management og spenningen mellom eksterne reformer og organisasjoners prioriteringer ser ut til å være aktuelle for ulike grupper.

Kritikken som lå bak reformene kom fra offentligheten, offentlige og private styringsorganer og privatpersoner som betaler sin skatt og helseforsikringer. Disse har interesse av hvordan ledelse i sektoren påvirkes av reformene, da dette har implikasjoner for hvilke tjenester som tilbys, kvaliteten tjenestene og på hvilken måte private og offentlige midler forvaltes.

Politikere, ledere og forskere som har interesse av politikkkutforming og implementering av reformer vil ha nytte av å lese avhandlingen. En av mine konklusjoner er at spesifikt innhold i reformene, sammen med måten reformene introduseres på har innflytelse for hvordan resultatet blir. En sammenligning med de andre skandinaviske landene gir indikasjoner på at top-down introdusering av profesjonsnøytrale reformer har effekt på hvilke typer ledere som finnes i sykehus. Dette er tydelig i Sverige og Norge, hvor antall leger i ledelse har blitt redusert, mens antall sykepleiere i ledelse har økt. I Danmark og Finland hvor implementeringen av profesjonsnøytral ledelse har vært desentralisert, har den sterkeste profesjonen (legene) styrket sin posisjon. Fra Tyskland hvor det ikke har vært spesifikke ledelsesreformer, har ikke resultert i endringer av hvem som leder sektoren, med unntak av økt konkurranse om lederstillingene i toppnivået mellom leger og profesjoner med større økonomisk kompetanse.

Profesjonsorganisasjonene for sykepleiere og leger kan også ha interesse av funnene i prosjektet. Norsk sykepleierforbund har brukt ledelse som en del av sitt profesjonelle prosjekt til å anerkjennes som en profesjon og for å få større innflytelse over ledelse i sykehus. Dette kunne være av interesse for den tyske sykepleierorganisasjonen som ikke har så stor innflytelse. For den medisinske profesjonen kan det være beroligende å se at legene ikke har mistet sin makt, til tross for introduksjonen av enhetlig ledelse i Norge. De oppfattes fremdeles som den mest innflytelsesrike profesjonen. Norsk legeföreningen har i likhet med sykepleierforeningen oppfordret leger til ledelse, men selv om leger generelt ikke er interessert i ledelse, så finner en del leger det interessant, og de opplever at det er større forståelse for betydningen av å gå inn i ledelse, nå enn kort etter reformene ble introdusert. Lederlegene ser også at det gir dem fordeler, og ved å være i ledelsesposisjoner er det lettere for dem å prioritere hva de skal jobbe med, ut fra sine preferanser. Den medisinske profesjonen i Tyskland er sterk og motsetter seg endringer, samtidig som de misliker økt fokus på økonomi og større andel administrativt arbeid. Funnene fra Norge antyder at selv den medisinske profesjonen tjener på innføring av enhetlig ledelse; der hvor ingen leger ønsker å bli ledere, kan en sykepleier (ol.) gjøre jobben, og det er mulig å ha et godt samarbeid og finne praktiske ordninger som ivaretar deres faglige interesser.

8. Referanser (fra del 1)

- Aakvaag, Gunnar C (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstract
- Abbott, Andrew (1988). *The System of Professions*. Chicago: University of Chicago.
- Ackroyd, Stephen, Kirkpatrick, Ian, & Walker, Richard M. (2007). Public Management Reform in the UK and its Consequences for Professional Organization: A Comparative Analysis. *Public Administration*, 85(1):9-26.
- Alvesson, Mats, & Sköldbberg, Kaj (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. [Lund]: Studentlitteratur.
- Andersen, Svein S. (2013). *Casestudier: forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andriopoulos, Constantine, & Lewis, Marianne W (2009). Exploitation-Exploration Tensions and Organizational Ambidexterity: Managing Paradoxes of Innovation. *Organization Science*, 20(4):696-717.
- Bass, Bernard M (1990a). From transactional to transformational leadership: learning to share vision. *Organizational Dynamics*, 13(3):19-36.
- Bass, Bernard M (1990b). *Handbook of Leadership. Theory, Research and Managerial Applications*. New York: The Free Press.
- Battilana, Julie, & Lee, Matthew (2014). Advancing Research on Hybrid Organizing - Insights from the Study of Social Enterprises. *The Academy of Management Annals*, 8(1):397-441.
- Berg, Laila Nordstrand, & Byrkjeflot, Haldor (2014). Management in hospitals - a career track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway. *International Journal of Public Sector Management*, 27(6).
- Berg, Laila Nordstrand, Byrkjeflot, Haldor, & Kvåle, Gro (2010). Hybridledelse i sykehusen gjennomgang av litteraturen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 3(2010):30-49.
- Berg, Laila Nordstrand, & Märker, Markus (2012). The development of medical manager roles in Norway and Germany, *Report to COST Action IS0903*. http://www.uni-kassel.de/fb01/fileadmin/datas/fb01/Institut_fuer_Sozialwesen_ISSL/Dateien/Berg_and_Maerker_2011_Development_of_medical_manager_roles_in_Norway_and_Germany.pdf
- Berg, Ole (1987). *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og logikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, Ole (2011). Overlegen: En fortelling i tre avsnitt. *Jubileumsnummer - OF 50 år. Legeforeningen*, <http://legeforeningen.no/PageFiles/4348/her%20.pdf>.
- Berg, Ole Trond (1996). Meta-Medicine: The Rise and Fall of the Norwegian Doctor as a Leader and Manager. I: Ø. Larsen (red.), *The Shaping of a Profession* (431-443). Science History Publications: USA, Canton MA.
- Berger, Peter L, & Luckmann, Thomas (1992). *Den samfundsskabte virkelighed*. Viborg: Lindhardt og Ringhof.
- Blaikie, Norman (2010). *Designing Social Research*. Cambridge: Polity Press.

- Bleiklie, Ivar, Byrkjeflot, Haldor, & Østergren, Katarina (2003). Taking power of knowledge. A theoretical framework for the study of two public sector reforms. *Stein Rokkan Centre for Social Studies, UNIFOB AS*.
- Blumer, Herbert (1954). What is wrong with Social Theory? *American Sociological Review*, 19(1):3-10.
- Booth, Wayne C, Colomb, Gregory G, & Williams, Joseph M (2003). *The Craft og Research*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Borum, Finn (red.). (2003). *Ledelse I sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Boston, Jonathan (2011). Basic NPM Ideas and their Development. I: T. Christensen & P. Læg Reid (red.), *The Ashgate Research Companion to New Public Management* Farnham, Burlington: Ashgate Publishing Limited.
- Brandsen, Taco, van de Donk, Wim, & Putters, Kim (2005). Griffins or Chameleons? Hybridity as a permanent and inevitable Characteristic of the third Sector. *Intl Journal of Public Administration*, 28:749-765.
- Brandte, Thomas (2013). The Professional Landscape: The Horizontal Development of Professions in Sweden. *Professions & Professionalism*, 3(2).
- Brunsson, Nils (2002). *The Organizational Hypocrisy. Talk, decisions and actions in organizations*. Oslo: Abstract forlag.
- Bråten, Stein (1989). G.H. Meads filosofi som grunnlag for dialogisk forståelse. I: H. Thuen & S. Vaage (red.), *Oppdragelse til det moderne. Emile Durkheim, George Herbert Mead, John Dewey, Pierre Bourdieu*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Busse, Reinhard, & Riesberg, Annette (2004). *Health Care Systems in Transition. Germany*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Byrkjeflot, Haldor (1997a). Fra ledelse til management? I: H. Byrkjeflot (red.), *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, Haldor (1997b). *Fra styring til ledelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, Haldor (1997c). Institusjonelle forutsetninger for faglig og profesjonell ledelse - industriledelse i Tyskland og USA. I: H. Byrkjeflot (red.), *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, Haldor (1998). *Modernisering og ledelse - Om samfunnsmessige betingelser for demokratisk lederskap*. LOS-senter rapport, Bergen.
- Byrkjeflot, Haldor (2002). *Comparative Management Systems*. Paper presentert på Egos Colloquium, Organizational Politics and the Politics of Organizations.
- Byrkjeflot, Haldor (2005). *The rise of a healthcare state?: recent healthcare reforms in Norway*. Bergen: Rokkansenteret. (Working paper; 15-2005).
- Byrkjeflot, Haldor (2011). Healthcare States and Medical Professions: The Challenges from NPM. I: T. Christensen & P. Læg Reid (red.), *The Ashgate Research Companion to New Public Management* (147-161). Farnham, Burlington: Ashgate.
- Byrkjeflot, Haldor, Christensen, Tom, & Læg Reid, Per (2011). Changing accountability in a welfare state - an assessment based on a study of welfare reform: Rokkan notat nr 10 2011.

- Byrkjeflot, Haldor, & Guldbrandsøy, Kari (2013). Både hierarkisk styring og nettverk. En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(4):463-492.
- Byrkjeflot, Haldor, & Halvorsen, Tor (1997). Ledelse og kunnskap - angloamerikanske og tyske kontraster. I: H. Byrkjeflot (red.), *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, Haldor, & Jespersen, Peter Kragh (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, Kommer.
- Byrkjeflot, Haldor, & Neby, Simon (2004). The decentralized path challenged? Nordic helathcare reforms in comparison. *Stein Rokkan Centre for Social Studies, UNIFOB AS*, December 2003(Working Paper 2-2004).
- Byrkjeflot, Haldor, & Neby, Simon (2005). Norge i Norge: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren? I: S. Opedal & I. M. Stigen (red.), *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, Haldor, & Torjesen, Dag Olaf (2010). Managerial Innovation in Health Care. The Introduction, Translation and Use of the American DRG System in the Hospital Sectors in Norway and Denmark. I: H. Knudsen, J. Falkenberg, K. Grønhaug & Å. Garnes (red.), *Mysterion, strategica og kainotomia*. Oslo: Novus forlag.
- Christensen, Tom, & Læg Reid, Per (2002). *Reformer og lederskap. Omstilling i den utøvende makt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom, & Læg Reid, Per (2010). Complexity and Hybrid Public Administration - Theoretical and Empirical Challenges. *Public Organization Review*, 11(4):407-423.
- Christensen, Tom, & Læg Reid, Per (2011). *The Ashgate Research Companion to New Public Management*. Farnham: Ashgate.
- Christensen, Tom, Læg Reid, Per, Røvik, Kjell Arne A. , & Roness, Paul G. (2007). *Organization theory and the public sector: instrument, culture and myth*. London: Routledge.
- Contandriopoulos, Damien, & Denis, Jean-Louis (2012). Leading transformation in public delivery systems: a political perspective. I: C. Teelken, E. Ferlie & M. Dent (red.), *Leadership in the Public Sector: Promises & Pitfalls* London, New York: Routledge
- Currie, Graeme, Koteyko, Nelya, & Nerlich, Brigitte (2009). The dynamics of professions and development of new roles in public service organizations: The case of modern matrons in the English NHS. *Public Administration*, 87(2):295-311.
- Degeling, P., Kennedy, J., & Hill, M. (2001). Mediating the cultural boundaries between medicine , nursing and management - the central challenge in hospital reform. *Health Services Management Research*, 14(1):36-48.
- Degeling, Pieter, & Carr, Adrian (2004). Leadership for the systemization of health care: the unaddressed issue in health care reform. *Journal of Health Organization and Management*, 18(6):399-414.
- Degeling, Pieter, Maxwell, Sharyn, Kennedy, John, & Coyle, Barbara (2003). Medicine, management, and modernisation: a "dance macabre"? *British medical journal*, 326:649-652.

- Dent, Mike (2005). Post-new public management in public sector hospitals? The UK, Germany and Italy. *Policy & Politics*, 33(4):623-636.
- Dent, Mike, Kirkpatrick, Ian, & Neogy, Indranath (2012). Medical leadership and management reforms in hospitals: a comparative study. I: C. Teelken, E. Ferlie & M. Dent (red.), *Leadership in the Public Sector*. London, New York: Routledge.
- Destatis. (2013). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser (Publication. Lastet ned 18.11.13, fra Statistisches Bundesamt Deutschland:
- DKF (2013). Endring av Prop. 1 S (2013-2014) Statsbudsjettet 2014. *Prop. 1 S Tillegg 1 (2013-2014) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*, Det Kongelige Finansdepartement(<http://www.regjeringen.no/pages/38526882/PDFS/PRP201320140001T01DDDPDFS.pdf>).
- Doolin, B (2001). Doctors as Managers. New Public Management in a New Zealand Hospital. *Public Management Review*, 3(2):231-254.
- Edvardsen, Dag Fjeld, Førund, Finn R, & Kittelsen, Sverre A C (2009). *Effektivitets- og produktivitetsanalyser på StatRes-data*. Oslo: Økonomisk institutt UiO, Frischsenteret.
- Erichsen, Vibeke (1996a). Profesjonenes forhold til hverandre. I: V. Erichsen (red.), *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Erichsen, Vibeke (1996b). *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Eriksen, Erik Oddvar (1997). Kommunikativ ledelse. Institusjonsledelse i en demokratisk tidsalder. I: H. Bykjeflot (red.), *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Erlingsdottir, G , & Sahlin-Andersson, K (1999). *Når styringsambitioner møder praksis*. . København: Handelshøyskolens forlag
- Etzioni, Amitai (1978). *Moderne organisasjoner*. Oslo: Forlaget Tanum-Norli A/S.
- Evetts, Julia (2003). Reinterpreting professionalism: as discourse of social control and occupational change. I: L. Svensson & J. Evetts (red.), *Conceptual and Comparative Studies of Continental and Anglo-American Professions*. Göteborg: Göteborg University.
- Evetts, Julia (2009). New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences. *Comparative Sociology*, 8:247-266.
- Evetts, Julia (2011). Sociological Analysis of Professionalism: Past, Present and Future. *Comparative Sociology*, 10:1-37.
- Fangen, Katrine (2005). *Deltagende observasjon* Bergen: Fagbokforlaget.
- Ferlie, Ewan (2012). Concluding discussion: paradigms and instruments of public management reform - the questions of agency. I: C. Teelken, E. Ferlie & M. Dent (red.), *Leadership in the Public Sector: Promises & Pitfalls* London, New York: Routledge.
- Ferlie, Ewan, Ashburner, Lynn, Fitzgerald, Louise, & Pettigrew, Andrew (1996). *The New Public Management in action*. Oxford: University Press.
- Fitzgerald, Louise, Ferlie, Ewan, Mc Givern, Gerry, & Buchanan, Davic (2012). Respond or deliver? Change leadership in complex organizations. I: C. Teelken, E. Ferlie & M.

- Dent (red.), *Leadership in the Public Sector: Promises & Pitfalls* London, New York: Routledge.
- Fjeldbraaten, Elin Margrethe (2010). *Mellom idealer og praksis: - En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten*. Aalborg universitet, Aalborg.
- Fjeldbraaten, Elin Margrethe, & Torjesen, Dag Olaf (2006). *Changing roles and identities among clinical managers within Healthcare*. Paper presentert på Nordic Workshop on Health Management and Organization.
- Fjellvær, Hilde (2010). *Dual and unitary leadership: Managing ambiguity in pluralistic organizations*. Bergen: Norges Handels Høyskole.
- Flynn, Norman (2002). *Public sector management*. London: Financial Times Prentice.
- Flynn, Rob (2002). Managerialism, professionalism and quasi-markets. I: M. Exworthy & S. Halford (red.), *Professionals and the new managerialism in the public sector*. Buckingham, Philadelphia: Open Univesity Press.
- Freidson, Eliot (1970). *Profession of Medicine. A study of the Sociology of Applied Knowledge* New York, Hagerstown, San Francisco, London: Harper & Row, Publishers
- Freidson, Eliot (1994). *Professionalism reborn: theory, prophecy, and policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.
- Friedland, Roger, & Alford, Robert R (1991). Bringing Society Back in: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. I: W. Powell & P. DiMaggio (red.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (232-266). Chicago: Univerisity of Chicago Press.
- Funch, Elin (2012). Professional Archetype Change: The Effects of Restricted Professional Autonomy. *Professions & Professionalism*, 2(2):1-18.
- Gammelsæter, Hallgeir, & Torjesen, Dag Olaf (2005). Ledelse mellom autonomi og innsyn i helseforetaket. *Nordiske Organisasjonsstudier*(2/2005).
- George, Alexander L, & Bennett, Andrew (2005). *Case studies and theory development in the Social Sciences*. Cambridge, Massachusetts. London,England: MIT Press.
- Gerring, John (2008). Case Selection for Case-Study Analysis: Qualitative and Quantitative techniques. . I: J. Box-Steffensmeier (red.), *Oxford Handbook of Political Methodology* (645-684). Oxford: Oxford University Press.
- Giddens, Anthony (1984). *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press
- Gjerberg, Elisabeth, & Sørensen, Bjørg Aase (2006). Enhetlig ledelse - fortsatt en varm potet? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 8:2006.
- Gran, Thorvald (2012). *Vitenskap i praksis: metoder i forskning på harde og sosiale fakta*. Oslo: Abstrakt.
- Greenwood, Royston, & Hinings, C. R. (1996). Understanding radical Organization Change: Bringing together the Old and the New Institutionalism. *Academy of Management Review*, 21(4):1022-1054.

- Greenwood, Royston, Suddaby, Roy, & Hinings, C R (2002). Theorizing Change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutional Fields. *Academy of Management Journal*, 45(1):58-80.
- Grenness, Tor (2003). Scandinavian Managers on Scandinavian Management. *International Journal of Value-Based Management*, 16:9-21.
- Gubrium, J F, & Holstein, J A (1997). *The New Language of Qualitative Method*. Oxford & New York: Oxford University Press.
- Hallandvik, Jan-Erik (2010). Var sykehusreformen en ledelsesreform? I: H. Knudsen, J. Falkenberg, K. Grønhaug & Å. Garnes (red.), *Mysterion Strategiske og Kainotomia*. Oslo: Novus forlag.
- Haluk, Soydan (1996). Using the vignette method in cross-cultural comparisons. I: L. Hantrais & S. Mangen (red.), *Cross-national research in the social science*. London: Pinter.
- Hammersley, Martyn, & Atkinson, Paul (1996). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hastrup, Kirsten (1992). *Det antropologiske projekt om forbløffelse*. København: Gyldendal.
- Sykehusreformen (2001).
- Hernes, Helge, & Erdvik, Grete Krüger (2014). Compliance and Non-Compliance with a Superordinate Directive Document. *Public Organization Review*, 14(1).
- Hippe, Jon M, & Trygstad, Sissel C (2012). *Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. Oslo: Fafo.
- HOD: §3-9. Ledelse i sykehus, (1999a).
- HOD: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (1999b).
- Lov om spesialisthelsetjenesten, (1999c).
- Hofstede, Geert, & Hofstede, Gert Jan (2006). *Kulturer & Organisationer*. København: Handelshøyskolens forlag.
- Hood, Christopher (1991). A Public Management for all Seasons? *Public Administration*, 69(1):3-19.
- <http://no.wikipedia.org/wiki/Hybrid> (red.).
- Jacobs, Kerry (2005). Hybridisation or polarisation: Doctors and accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability & Management*, 21(2):135-161.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2003). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2013). Fremdeles en offentlig ledelsesetos? Subjektive drivkrefter blant ledere i privat og offentlig sektor. I: R. Rønning, Brochs-Haukedal, L. Glasø & S. B. Matthiesen (red.), *Livet som leder. Lederundersøkelsen 3.0*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar, & Thorsvik, Jan (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jespersen, Peter Kragh (2005). *Mellem profession og management*. København: Handelshøyskolens forlag.

- Jespersen, Peter Kragh (2012). Quality development and professional autonomy in modern hospital fields. I: C. Teelken, E. Ferlie & M. Dent (red.), *Leadership in the Public Sector. Promises and pitfalls*. London, New York: Routledge.
- Jespersen, Peter Kragh, Nielsen, Lise-Line Maltha, & Sognstrup, Hanne (2002). Professions, Institutional Dynamics, and New Public Management in the Danish Hospital Field. *International Journal of Public Administration*, 25(12):1555-1574.
- Jespersen, Peter Kragh, & Wrede, Sirpa (2009). The changing autonomy of the Nordic medical profession. I J. Magnussen, K. Vrangbæk & R. B. Saltman (red.), *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges* (s. 151-179). Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Johansen, Jan Roth (2006). Health Systems in Transition. Norway. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 8(1).
- Johansen, Monica Skjøld (2005). Penge eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske helsevesenet. Bergen: Rokkansenteret
- Johansen, Monica Skjøld (2009). *Mellom profesjon og reform. Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. Oslo: Handelshøyskolen BI.
- Johansen, Monica Skjøld, & Gjerberg, Elisabeth (2009). Unitary management, multiple practices? *Journal of Health, Organization and Management*, 23(4):396-410.
- Johansen, Svein Tvedt, Olsen, Trude Høgvold, Solstad, Elsa, & Torsteinsen, Harald (2010). Ledelsesutfordringer i hybride organisasjoner: forslag til teoretisk rammeverk. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 12(3):8-29.
- Johnsen, Åge, & Døving, Erik (2010). Ledelse og styring i organisasjonsteoriens klassikere. I: G. Ladegård & S. I. Vabo (red.), *Ledelse og styring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Junni, Paulina, Sarala, Riikka M., Taras, Vas, & Tarba, Shlomo Y. (2013). Organizational Ambidexterity and Performance: A Meta-Analysis. *The Academy of Management Perspectives*, 27(4):299-312.
- Jurkat, HB, Raskin, K, & Cramer, M (2006). German medical hierarchy: the ladder to quality of life? *The Lancet*, 368(985-986).
- Kaufmann, Geir, & Kaufmann, Astrid (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kets de Vries, M F R (2001). Leadership in Organizations, Sociology of. I: N. J. Smelser & P. B. Baltes (red.), *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences* (8573-8578). Oxford: Pergamon.
- Kickert, Walter JM (2005). Distinctiveness in the study of public management in Europe. A historical-institutional analysis of France, Germany and Italy. *Public Management Review*, 7(4):537-563.
- Kirchhoff, Ralf (2011). Tilhørighet til arbeidsplassen. En komparativ studie av tyske og norske sykehusleger i Norge. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 52(2):181-210.
- Kirchhoff, Ralf (2013). *Tyske sykehusleger i Norge i et institusjonelt perspektiv*. Bergen: Universitetet i Bergen.

- Kirkpatrick, Ian, Bullinger, Bernadette, Dent, Mike, & Lega, Federico (2011). *The Translation of Medical Manager Roles in European Health Systems: A Framework for Comparison*. Paper presentert på EGOS Colloquium.
- Kirkpatrick, Ian, Dent, Mike, & Jespersen, Peter Kragh (2011). The contested terrain og hospital management: Professional project and healthcare reforms in Denmark. *Current Sociology*, 59(4):489-506.
- Kirkpatrick, Ian, Kragh Jespersen, Peter, Dent, Mike, & Neogy, Indareth (2009). Medicine and management in comparative perspective: the case of Denmark and England. *Sociology of Health & Illness*, 32(5):642-658.
- Kjekshus, Lars Erik (2009). Changing demands for institutional management. I: J. Magnussen, K. Vrangbæk & R. B. Saltmann (red.), *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Open University Press: McGraw-Hill House.
- Kjekshus, Lars Erik, & Bernstrøm, Vilde (2010). *Helseforetakenes interne organisering og ledelse. INTORG 2009* Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kjekshus, Lars Erik, & Bernstrøm, Vilde (2013). *Helseforetakenes interne organisering og ledelse. Intorg 2012*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kjekshus, Lars Erik, Byrkjeflot, Haldor, & Torjesen, Dag Olaf (2013). Organisering og ledelse av sykehus etter NPM - legenes tilbaketrekning? I: A. Tjora & L. Melby (red.), *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Kjølrsrud, Elizabeth Sveen (2013). *Profesjonsetiske utfordringer i et helseforetak: en kvalitativ studie av sykepleiere ved to psykiatriske akuttposter i et helseforetak* (Vol. 69). Kristiansand: University of Agder.
- Kuhlmann, Ellen (2003). Professions and changing societies - case studies from the field of health care. I: L. Svensson & J. Evetts (red.), *Conceptual and Comparative Studies of Continental and Anglo-American Professions*. Göteborg: Göteborg University.
- Kuhlmann, Ellen (2006). *Modernising health care: reinventing professions, the state and the public*. Bristol The Policy Press.
- Kurunmäki, Liisa (2004). A hybrid profession - the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29:327-347.
- Kurunmäki, Liisa, & Miller, Peter (2006). Modernising Government: The Calculating Self, Hybridisation and Performance Measurement. *Financial Accountability & Management*, 22(1):87-106.
- Kvale, Steinar, & Brinkmann, Svend (2009). *InterViews. Learning The Craft og Qualitative Reseach Interviewing*. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore: Sage.
- Kvåle, Gro, & Torjesen, Dag Olaf (2014). Sjukehusrørsla - kampen om tryggleik til individer og stader. I: O. Bukve & G. Kvåle (red.), *Kvalitet og samhandling i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvåle, Gro, & Wæraas, Arild (2006). *Organisasjon og identitet*. Oslo: Samlaget.
- Ladegård, Gro, & Vabo, Signy Irene (2010). Ledelse og styring: - teoretisk rammeverk. I: G. Ladegård & S. I. Vabo (red.), *Ledelse og styring* (S. 15-38). Bergen: Fagbokforlaget.

- Larson, Magali Sarfatti (1977). *The rise of Professionalism. A Sociological Analysis* Los Angeles: University of California Press.
- Latour, Bruno (1993). *We have never been modern*. Cambridge: MA: Harvard University Press.
- Latour, Bruno (2005). *En ny sociologi for et nyt samfund. Introduktion til Aktør-Netværk-Teori*. København: Akademisk forlag.
- Levy, Charlotta (2003). *Medicinsk specialisering och lakares ledarskap. En longitudinell studie i professionell kollegialitet och konkurrens*. Uppsala: Uppsala Universitet, Företagsekonomiska institutionen.
- Llewellyn, Sue (2001). "Two-way Windows": Clinicians as Medical Managers. *Organization Studies*, 22(4):593-623.
- Luzon, Maria D Moreno, & Pasola, Jaume Valls (2011). Ambidexterity and total quality management: towards a research agenda. *Management Decision*, 49(6):927-947.
- Læg Reid, Per, Opedal, Ståle, & Stigen, Inger Marie (2005a). The Norwegian Hospital Reform : Balancing Political Control and Enterprise Autonomy. *Journal of Health Politics , Policy and Law*, 30(6):1027.
- Læg Reid, Per, Opedal, Ståle, & Stigen, Inger Marie (2005b). The Norwegian Hospital Reform: Balancing Political Control and Enterprise Autonomy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(6):1035-1072.
- Maaløe, Erik (2002). *Casestudier af og om mennesker i organisationer*. København: Akademisk forlag.
- Maggetti, Martino, Gilardi, Fabrizio, & Radaelli, Claudio M. (2012). *Designing Research in the Social Sciences*. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore, Washington DC: Sage.
- Mahoney, James, & Thelen, Kathleen Ann (2010). *Explaining Institutional Change : Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge: Cambridge University Press.
- March, James G., & Olsen, Johan P. (1989). *Rediscovering institutions: the organizational basis of politics*. New York: Free Press.
- Markides, Constantinos C. (2013). Business Model Innovation: What Can the Ambidexterity Literature Teach US? *The Academy of Management Perspectives*, 27(4):313-323.
- Marmor, Theodore, & Wendt, Claus (2012). Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Health Policy*.
- Martinussen, Pål E, & Magnussen, Jon (2009). Health care reform: the Nordic experience. I: J. Magnussen, K. Vrangbæk & R. B. Saltmann (red.), *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Changes*. European Observatory on Health Systems and Policies Series: Open University Press.
- McClelland, C E (1990). Escape from freedom? Reflection on German professionalization, 1870-1993. I: R. Torstendahl & M. Burrage (red.), *The formation of professions: knowledge, state and strategy*. London: Sage.
- Meier, Ninna, Nielsen, Jørn Flohr, & Madsen, Mona Toft (2009). *New Public middle-management: Ledelse under umulige forhold?* Paper presentert på Nye tider, nye utfordringer. Det Danske Ledelsesakademiet.

- Melby, Kari (1990). *Kall og kamp. Norsk sykepleieforbunds historie*. Oslo: Norsk sykepleieforbund og J W Cappelens forlag.
- Meyer, JW, & Rowan, B (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2).
- Mieg, Haral (2003). The science of professional knowledge and work - bridging sociology and cognition theory. I: L. Svensson & J. Evetts (red.), *Conceptual and Comparative Studies of Continental and Anglo-American Professions*. Göteborg: Göteborg University.
- Miller, Peter, Kurunmäki, Liisa, & O'Leary, Ted (2008). Accounting, hybrids and the management of risk. *Science Direct. Accounting, Organizations and Society*, 33:942-967.
- Mintzberg, Henry (1983a). *Power in and around organizations*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Mintzberg, Henry (1983b). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.
- Mintzberg, Henry (2004). *Managers not MBAs: a hard look at the soft practice of managing and management development*. London: Financial Times Prentice Hall.
- Mo, Tone Opdahl (2006). *Ledelse til begjær eller besvær - om reformer, fag og ledelse i sykehus*. Trondheim: NTNU Det skapende universitet
- Molander, Anders , & Terum, Lars Inge (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I: A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Montgomery, Kathleen (2001). Physician Executives: The Evolution and Impact of a Hybrid Profession. *Advances in Health Care Management*, 2:215-241.
- Moran, Michael (2000). Understanding the welfare state: the case of health care. *British Journal of Politics and International Relations*, 2(2):135-160.
- Myers, Michael D, & Newman, Michael (2007). The qualitative interview in IS research. Examining the craft. *Science Direct. Information and Organization*, 17:2-26.
- Märker, Markus, & Bode, Ingo (2014). Management in medicine or medics in management? The changing role of doctors in German hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, Kommer.
- Mørk, Kjell Magne, & Åsland, Marit (2011). *Enhetlig ledelse i sykehus: Bare et slagord? Avdelingslederens refleksjoner om enhetlig ledelse og sitt lederskap*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Nancarrow, Susan A, & Borthwick, Alan (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, 27:897-919.
- Neal, Mark, & Morgan, John (2000). The Professionalization of Everyone? A Comparative Study of the Development of the Professions in the United Kingdom and Germany. *European Sociological Review*, 16(1):9-26.
- Neogy, Indy, & Kirkpatrick, Ian (2009). *Medicine in Management: Lessons across Europe*: Centre for Innovation in Health Management, University of Leeds.
- Noordegraaf, Mirko (2007). From "Pure" to "Hybrid" Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society*, 39(6):761-785.

- Noordegraaf, Mirko (2012). The making of professional public leaders. Leadership as a practical myth. I: C. Teelken, E. Ferlie & M. Dent (red.), *Leadership in the Public Sector*. London, New York: Routledge.
- NOU 1997:2. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus., (1997).
- Nylehn, Børre (1997). *Organisasjonsteori: kritisk analyse av utvalgte emner*. [Oslo]: Kolle forl.
- O'Reilly, Charles A., & Tushman, Michael L. (2013). Organizational Ambidexterity: Past, Present, and Future. *The Academy of Management Perspectives*, 27(4):324-338.
- O'Reilly, Dermot, & Reed, Mike (2010). 'Leaderism': An evolution of managerialism in UK public service reform. *Public Administration*, 88(4):960-978.
- O'Reilly, Dermot, & Reed, Mike (2012). 'Leaderism' and the discourse of leadership in the reformation of UK public services. I: C. Teelken, E. Ferlie & M. Dent (red.), *Leadership in the Public Sector. Promises and pitfalls*. London, New York: Routledge.
- OECD Health Data (Publication. (2011). Lastet ned 14.09.2013:
- OECD Health Data (Publication. (2013). Lastet ned 14.09.2013:
- Olsen, Johan (2003). Towards a European administrative space? *Journal of European Public Policy*, 10(4):506.
- Olsen, Johan P (2014). *Folkestyrets varige spenninger. Stortinget og den norske politiske forståelsen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Osborne, Stephen P (2011). Public Governance and Public Services: A 'Brave New World' or New Wine in Old Bottles? I: T. Christensen & P. Læggeid (red.), *The Ashgate Research Companion to New Public Management*. Farnham: Ashgate.
- Parry, Ken W, & Bryman, Alan (2006). Leadership in Organizations. I: S. R. Clegg, C. Hardy, T. B. Lawrence & W. R. Nord (red.), *The SAGE Handbook of Organization Studies*. London: SAGE Publications Ltd.
- Patton, Michael Quinn (2002). *Qualitative research & evaluation methods*.
- Peters, B Guy (2011). Institutional Theory. I: M. Bevir (red.), *The SAGE Handbook of Governance*. London: SAGE.
- Pollitt, Christopher (1993). *Managerialism and the public services: cuts or cultural change in the 1990s?* Oxford: Blackwell.
- Pollitt, Christopher, & Bouchaert, Gert (2011). *Public Management Reform. A Comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. Oxford: University Press.
- Powell, Walter (1987). Hybrid organizational arrangements: new form or transitional development? *California Management Review*, 30:67-87.
- Reitan, Else Kristin (2011). *Ledelse og fag - på samme lag? Om avdelingsledelse i sykehus*. Universitetet i Bergen Bergen
- Rioux, Benoit, & Ragin, Charles C. (2009). *Configural Comparative Methods. Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques*. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore: Sage.
- Rost, Joseph C (1993). *Leadership for the twenty-first century*. Westport: Greenwood Publishing Group, Inc.

- Ryen, Anne (2006). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, Kjell Arne (1998). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, Kjell Arne (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Schiøtz, Aina (2003). *Folkets helse - landets styrke, 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Scott, W. Richard (2008a). *Institutions and Organizations*. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore: Sage Publications.
- Scott, W. Richard (2008b). Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents. *Organization Studies*(29):219.
- Scott, W. Richard, Ruef, Martin, Mendel, Peter J, & Caronna, Carol A (2000). *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Simon (2010). Das Gesundheitssystem in Deutschland.
- Skaset, Maren (2003). Reformtid og markedsløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985. I: A. Schiøtz (red.), *Folkets helse - landets styrke, 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skaset, Maren (2006). *I gode og onde dager-: de norske legene og staten 1945-2000* (Vol. no. 424). Oslo: Unipub.
- Skogheim, Ragnhild (2010). Arkitektfirmaer som hybride organisasjoner: spenningen mellom kunsten og markedet. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 12(3):73-89.
- Slagstad, Rune (2006). *Kunnskapens hus*. Oslo: Pax.
- Sognstrup, Hanne (2003). *Profesjonelle i afdelingsledelse*. Aalborg: PhD afhandling, Institutt for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet.
- Sommervold, Wenche (1996). Ledelse i sykepleien: forståelsesmåter i endring. I: V. Erichsen (red.), *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Bergen Tano Aschehoug.
- Sommervold, Wenche (1997). Ledelse i sykepleien - en strategi for profesjonalisering? I: H. Byrkjeflot (red.), *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget
- Soydan, Haluk (1996). Using the Vignette Method in Cross-Cultural Comparisons. I: L. Hantrais & S. Mangan (red.), *Cross National Research Methods in the Social Sciences* London, New York: Pinter.
- Spehar, Ivan, Frich, Jan C, & Kjekshus, Lars Erik (2012). Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a quality study. *BMC Health Services Research*, 14:421.
- Spehar, Ivan, & Kjekshus, Lars Erik (2012). Medical Management in Norwegian Hospitals. *Professions & Professionalism*, 2(1):42-59.
- St.meld. nr. 44 (1995-1996). Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 31. mai 1996, godkjent i statsråd samme dag. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19951996/st-meld-nr-44_1995-96.html?id=190995,
- Strand, Torodd (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget
- Strand, Torodd (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Sørhaug, Tian (1996). *Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørhaug, Tian (2004). *Managementaltet og autoritetens forvandling. Ledelse i kunnskapsøkonomi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Teelken, Christine , Ferlie, Ewan, & Dent, Mike (2012). *Leadership in the Public Sector: Promises & Pitfalls* Routledge
- Teig, Inger Lise (2012). *Managing Patient Movement. Exploring practices of management, responsibility and trust in a Norwegian psychiatric hospital*. Universitetet i Bergen, [Bergen].
- Thagaard, Tove (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornton, Patricia, & Ocasio, William (2008a). Institutional Logics. I: R. Greenwood, C. Oliver, S. K. Andersen & R. Suddaby (red.), *Handbook of Organizational Institutionalism* CA: Sage.
- Thornton, Patricia, & Ocasio, William (2008b). Institutional Logics. I: R. Greenwood, C. Oliver, S. K. Andersen & R. Suddaby (red.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism* (99-129). Los Angeles, London, New Dehli, Singapore: Sage.
- Thornton, Patricia, Ocasio, William, & Lounsbury, Michael (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process*. Oxford: Oxford University Press.
- Tilly, Charles (1984). *Big structures, large processes, huge comparisons*. New York: Russell Sage Foundation.
- Torjesen, Dag Olaf (2007). Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste. *Tidsskrift for samfunnsforskning*(2/2007).
- Torjesen, Dag Olaf (2008). *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Torjesen, Dag Olaf, Byrkjeflot, Haldor, & Kjekshus, Lars Erik (2011). Ledelse i helseforetakene. En gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus. . I: S. Askvik, B. Espedal & H. Gammelsæther (red.), *Kunnskap om ledelse - Festskrift til Torodd Strand* (89-108). Bergen: Fagbokforlaget
- Viitanen , Elina, & Konu , Anne (2009). Leadership style profiles of middle - level managers in social and health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 22(2):108-120.
- Vike, Halvard (2003). Formelt organiserte verdener. I: M. Rugkåsa & K. T. Thorsen (red.), *Nære steder, nye rom - utfordringer i antropologiske studier i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vrangbæk, Karsten (1999). New Public Management i sykehusfeltet - udformning og konsekvenser. I: E. Bentzen, Finn Borum, Gudbjørg Erlingsdottir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstillingen af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Munksgaard: Handelshøyskolens Forlag.

- Vrangbæk, Karsten, & Torjesen, Dag Olaf (2005). *Sygehusledernes fortolkning af ledelsevilkår i Danmark og Norge. Nordiske organisasjonsstudier*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Watkins, Hilary (2010). *An Overview of the Role of Nurses and Midwives in Leadership and Management in Europe*. NHS. Institute for Innovation and Improvement: European Hospital and Helathcare Federation.
- Weber, Max (1983). *Ekonom och samhalle. Förståendessociologins grunder. 1 Sociologiska grepp och definitioner*. Lund: Argos
- Weinbrenner, S, & Busse, R. (2006). *Germany*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Williamson, O E (1991). Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Sturctural Alternatives. *Administrative Science Quarterly*, 36:269-296.
- Yukl, Gary (1989). Managerial Leadership : A Review of Theory and Research. *Journal of Management*, 15(2):251.
- Öfverström, Helena (2008). *Steget til Chefskap*. Gøteborg: Bokforlaget BAS.
- Øgård, Morten (2005). New Public Management - fornyelse eller fortapelse av den kommunale egenart? I: H. Baldersheim & L. E. Rose (red.), *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.

Del 2, artikkelsamling

Artikkel 1²¹:

Berg, Laila Nordstrand, Byrkjeflot, Haldor, & Kvåle, Gro (2010). Hybridledelse i sykehus-
en gjennomgang av litteraturen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 3(2010).

Artikkel 2:

Berg, Laila Nordstrand (upublisert forskingsartikkel). Hybridiseres ledelse i sykehus? En
sammenligning av ledelse etter NPM-reformer i Norge og Tyskland.

Artikkel 3:

Berg, Laila Nordstrand, & Byrkjeflot, Haldor (2014). Management in hospitals - a career
track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway.
International Journal of Public Sector Management, 27(6).

²¹ Originalt/publisert format er tilpasset avhandlingens format. Innholdet i artikkelen er uendret.

9. Artikkel 1: Hybrid ledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen²²

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

²² 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. Ansvar 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 ekspertiser. 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.

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@rokkан.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.

10. Artikkel 2: Hybridiseres ledelse i sykehus?

En sammenligning av ledelse etter NPM-reformer i Norge og Tyskland²³

10.1 Sammendrag

Tema for denne artikkelen er å undersøke hvordan ledelse endres i sykehus etter innflytelsen fra NPM. Dette blir undersøkt i en kvalitativ studie med sammenligninger mellom Norge og Tyskland. Hovedproblemstillingen er: *Hybridiseres ledelse i sykehus?* Ledelse sammenlignes ut fra teorier om ledelse og institusjonelle rammebetingelser. Hovedfunnene er at «management» er innført i Norge etter reformene. «Faglig ledelse» står fortsatt sterkt, men fokus er utvidet til å gjelde alle yrkesgrupper som ledes. I tillegg ses en økning i «neo-byråkratisk» ledelse og lederne anvender en «leadership-logikk» som en katalysator for å håndtere disse logikkene. De ulike logikkene former en hybrid lederrolle, kalt «multifaglig ledelse». I Tyskland er lederne hovedsakelig faglig fokusert. Ut fra funnene argumenterer jeg for at profesjonelle i ledelse kan endre fokus etter institusjonelle rammebetingelser.

Nøkkelord: management, faglig ledelse, leadership, hybrid ledelse, leger, sykepleiere, Norge, Tyskland

²³ Berg, Laila Nordstrand (upublisert forskingsartikkel). Hybridiseres ledelse i sykehus? En sammenligning av ledelse etter NPM-reformer i Norge og Tyskland.

10.2 Innledning

I studier som er gjennomført etter reformer av ledelse i sykehus har begrepet «hybrid ledelse» fått innpass for å beskrive endringene (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010). Begrepet «hybrid» brukes om sammenkoplinger av elementer som normalt ikke hører sammen, og i denne sammenheng knyttes det til kombinasjonen av ulike typer ledelse. Min hovedproblemstilling lyder: *Hybridiseres ledelse i sykehus?* Ideen med artikkelen er å besvare problemstillingen ved å sammenligne ledelse i ulike kontekster. Jeg sammenligner ledelse i to land som har valgt ulike reformstrategier, Norge og Tyskland. Jeg undersøker hva ledelse handler om og jeg søker å utvikle en forståelse av hvilken betydning ulike reformstrategier har for ledelse i de to landene.

Sykehus har tradisjonelt blitt betraktet som profesjonsbyråkrati (Mintzberg 1983), ledet ved profesjonelt selvstyre og autonomi (Abbott 1988). Sektoren har ulike profesjonstyper med forskjellige normer og verdier som legitimerer og styrer handlinger. Dette kan betraktes som «institusjonelle logikker», definert som prinsipper om hva som motiverer og styrer handling i grupper og organisasjoner (Friedland & Alford 1991; Thornton & Ocasio 2008).

Sykehusledelse har blitt kritisert for dårlig økonomiforvaltning og geografisk skjevfordeling av behandlingstilbud, og et ønske om å redusere makten til profesjonene har framkommet (Byrkjeflot 2011). Dette har gitt grobunn for NPM (New Public Management)-reformer med innføringen av en annen institusjonell logikk; den markedsbaserte. Ledelse betraktes som en nøkkel til forbedring av sektoren med fokus på økonomi, effektivitet, kostnadsreduksjon og budsjettdisiplin (Hood 1991; Pollitt & Bouchaert 2011).

Reformer antar ulike former etter institusjonelle særpreg i forskjellige land (Eymeri-Douzans 2011). Noen land (eksempelvis UK, New Zealand) har hatt reformer med hensikt å styrke legers involvering i ledelse (Doolin 2001; Llewellyn 2001). I andre land som Tyskland og de skandinaviske landene, har leger dominert i ledelse av sykehus (Jespersen 2005; Kurunmäki 2004; Märker & Bode 2014; Torjesen 2008; Torjesen, Byrkjeflot, & Kjekshus 2011), men måten legene har ledet på og utvelgelse av ledere etter faglige meritter har blitt betraktet med

stigende misnøye (Borum 2003). Styresmakter aksepterer ikke lenger de tradisjonelle monopolene på ledelse og ønsker å begrense legeprofesjonens autonomi og innflytelse (Jespersen & Wrede 2009).

Når jeg har valgt Norge og Tyskland, er det fordi landene har valgt ulike reformstrategier for å styrke ledelse av sykehusene. Norge betraktes som en «command and control» -stat i henhold til Morans (2000) klassifisering av helsetjenestestater. Staten spiller en stor rolle i lovgiving, eierskap, finansiering og drift av sykehusene (ibid) og en toppstyrt reformering muliggjøres (Dent 2005). Strategien har vært å gjennomføre omfattende ledelsesreformer (Byrkjeflot 2011). Den første reformen var innføring av enhetlig, profesjonsnøytral ledelse (HOD 1999). Deretter introduseres sykehusreformen (HD 2001) med statlig overtaking av sykehusene, innføring av helseregioner og foretaksmodellen. Organiseringen av sykehusene ble endret fra profesjonsbyråkratiorganisering med parallelle hierarkier for leger, sykepleiere og administratorer, også kalt troikaledelse (Kirchhoff 2013), til organisering etter medisinsk spesialitet med divisjon for medisin, kirurgi, psykiatri osv.

I Tyskland har sentrale styresmakter som følge av den korporative styringsmodellen (Moran 2000) med selvstyrte stater, begrenset mulighet til på å påvirke ledelse av sykehusene (Dent 2005; Märker & Bode 2014). Vedtaksmyndigheten deles mellom nasjonal regjering, statene og ikke-statlige forvaltningsorgan som sykekasser, kommuner, sammenslutninger av sykehus, profesjonsorganisasjoner og legeforbund (Märker & Bode 2014; Simon 2010). Sektoren har en blanding av offentlige, private for-profit og non-profit sykehus. Det har vært vanskelig å innføre særskilte ledelsesreformer i dette landet (Dent 2005), men finansielle reformer som har hatt konsekvenser for ledelse i sykehus har blitt innført. DRG²⁴ ble innført i 2002, og i 2007 ble det endring i systemet for poliklinisk behandling av pasienter (Märker & Bode 2014). Sykehusene har tidligere ikke behandlet pasienter poliklinisk, da dette har foregått hos spesialister i primærhelsetjenesten (Busse & Riesberg 2004; Dent 2005). Gjennom reformen har det blitt åpnet for konkurranse mellom sykehus og spesialister

²⁴ Diagnose Relaterte Grupper, DRG, er et finansieringssystem ut fra diagnose, behandlingsprosedyrer, alder, kjønn og utskrivingsrutiner (Byrkjeflot & Torjesen 2010). I Norge ble DRG innført i 1997.

om disse tjenestene. Tyske sykehus har ikke endret organisasjonsform etter reformene og er fortsatt organisert med troikaledelse (Kirchhoff 2013).

Videre i artikkelen gis en presentasjon av mitt teoretiske grunnlag. Tidligere studier av ledelse i sykehus etter reformer har i stor grad blitt belyst av institusjonelle teorier og profesjonsteori (Berg, Byrkjeflot, & Kvåle 2010), og et særlig bidrag er belysning ut fra teorier om ledelse. Design og metode blir så beskrevet. Det empiriske materialet presenteres og diskuteres i lys av teoriene. Deretter gis en oppsummerende analyse hvor funnene diskuteres i lys av hybrid ledelse, og forslag til videre forskning presenteres på slutten.

10.3 Teori

10.3.1 Institusjonell forståelsesramme

Institusjonelle rammer legger føringer for ledes handlinger og verdier (March & Olsen 1989; Olsen 2003; Peters 2011). Når jeg velger å sammenligne Norge og Tyskland, så gjøres det på bakgrunn av at begge land hadde troikaledelse før reformene, men ulike reformstrategier er valgt for å løse samme type problemer. Norge har innført endringer i formell organisasjons- og lederstruktur, mens det i Tyskland har vært endringer knyttet til finansiering og poliklinisk behandling av pasienter. En antagelse innen organisasjonsteorien er at det er lettere å endre lederstrukturer enn profesjonelle kulturer (Ackroyd, Kirkpatrick, & Walker 2007). Dersom profesjonelle kulturer ikke forandres etter endringer i lederstrukturer, vil fokus i ledelse for norske og tyske ledere være sammenfallende. Indikatorer på at organisasjonsform har betydning for ledelse, vil vises ved at det finnes ulike logikker i ledelse i de to casene.

10.3.2 Teorier om ledelse

Begrepet «ledelse» bygger på en forståelse av at det er en gjensidig relasjon mellom «leder» og «følger» (Kets de Vries 2001). Dersom lederen skal ha mulighet til å påvirke, må den

underordnede akseptere autoritetsbasen som lederskapet baseres på (Degeling & Carr 2004), eksempelvis management, faglig ledelse eller leadership.

Management

Autoriteten til managere er knyttet til hierarkisk plassering (R. Flynn 2002) og ledelse betraktes som et eget fag (Byrkjeflot 1997b). God ledelse er en forutsetning for at organisasjonen skal nå sine mål, og målstyring er sentralt (Kaufmann & Kaufmann 2003; Pollitt & Bouchaert 2011). Arbeidet blir da organisert etter et målhierarki, hvor underliggende mål må nås for å nå overordnede. Administrasjon kan også ses som en del av ledelse ut fra management (R. Flynn 2002). Management kan også oversettes som styring, og styring kan gjøres gjennom direktiver og indirekte gjennom formelle strukturer, prosedyrer og kontrollsystemer (Røvik 2007:146). Styringsmekanismene kan sosialisere og disiplinere lederne så de gjør institusjonens verdier og mål til sine egne. Dersom eksempelvis lederne utfører samme type oppgave gjentatte ganger, kan dette forme forståelsen av hva ledelse handler om for lederne.

Jeg har en antagelse om at det er sterkest fokus på management i norske case, som følge av endringer i organiseringer og innføring av enhetlig ledelse. Indikatorer på management kan være vektlegging av formelle strukturer, linjeledelse og målstyring.

Faglig ledelse

Når faglig ledelse beskrives ut fra profesjonsteori, så dreier det seg generelt om å ha ansvar for en funksjon relatert til faglig virksomhet, planlegging av faglig arbeid og ansvar for personalet som utfører dette (Sommervold 1996). Profesjonene er autonome i yrkesutøvelsen (Abbott 1988; R. Flynn 2002) og lederens oppgave er tilrettelegging av arbeidet. Som i management, har personlige egenskaper mindre betydning (Sommervold 1997), og ledere velges ut fra profesjon og faglige kvalifikasjoner. Faglige ledere er også opptatt av utvikling av kompetansen til profesjonen (Freidson 2001). Ledelse for legeprofesjonen dreier seg om deltidsledelse med planlegging og organisering av medisinsk behandling, mens sykepleien er fulltidsledelse med helhetlig fokus på behandling, pleie og administrative funksjoner (Currie,

Koteyko, & Nerlich 2009; Degeling, Kennedy, & Hill 2001; Degeling m.fl. 2003; Freidson 1994).

I forhold til faglig ledelse hadde jeg en antagelse om at lederne preges av aktuell profesjonsforhold til ledelse. Indikatorer kan være at de fokuserer på egen profesjon, med oppfølging av daglig drift og ivaretar deres interesser. Dette forventes å være sterkere i Tyskland hvor hierarkiet inndeles etter profesjonsbakgrunner.

Leadership

Leadership blir betegnet som en «mykere» form for ledelse hvor det er større fokus på relasjonelle forhold (Ferlie 2012) og personlige egenskaper vektlegges. God omstillingsevne, evne til handling og resultater og gode lederegenskaper er essensielt, lederen er målorientert og leder ved selv å være et eksempel (Byrkjeflot 1997b; Johnsen & Døving 2010; Viitanen & Konu 2009). Viktig er også lederens motivasjon til å lede og evne til å motivere de ansatte (Ferlie 2012).

Jeg har en antagelse om at leadership mest sannsynlig er å finne i en kontekst med flere logikker, og ansatte trenger en leder som peker ut retning, motiverer og guider dem. Indikatorer på dette er vektlegging av forholdet til de ansatte, og lederne er opptatt av personlige egenskaper for å øve innflytelse.

Hybrid ledelse

Hybridbegrepet har blitt brukt på ulike måter innen organisasjonsforskningen, eksempelvis hybride organisasjoner (Johansen m.fl. 2010) som kvasimarkeder og semioffentlige institusjoner (Christensen & Lægreid 2010). Profesjoner som leger, sykepleiere og lærere betegnes som hybride etter introduksjon av regnskapsteknikker (Kurunmäki & Miller 2006). Jacobs (2005) kritiserer at profesjoner blir hybride. For at profesjonen skal betraktes som hybrid, må dens «DNA» også endres. Dette fordrer fundamentale endringer i verdier, utdanning og spesialisering. Jacobs (ibid) foreslår i stedet begrepet «polarisering», hvor segmenter av profesjonelle ivaretar både kliniske funksjoner og ledelse.

Elementene eller autoritetsbasene som utgjør hybrid ledelse er ikke nye, men kombineres på en ny måte og former et nytt fenomen (Battilana & Lee 2014). Latour (1993) skiller mellom rendyrking og hybridisering. En rendyrking henviser til et forsøk på å skape rene ontologiske soner (ibid), mens hybridisering relateres til en kombinasjon av ulike former for ledelse. Indikatorer på rendyrking er at ledelse preges av en spesifikk logikk, for eksempel management eller faglig ledelse. Indikator på hybrid ledelse er en kombinasjon av ulike logikker. Jeg har en antagelse om at det er mest sannsynlig å finne en rendyrket form for ledelse i Tyskland som følge av troikastrukturen. Hybridledelse er mer sannsynlig å finne i det norske materialet som følge av innføring av divisjonsorganisering og en ny type styringslogikk med introduksjonen av management i en profesjonsorganisasjon preget av faglige logikker.

10.4 Metode

Artikkelen bygger på en casestudie med 24 semistrukturerte intervjuer av norske og tyske sykehusledere. Jeg har foretatt en formålsrettet utvelgelse av deltakere som kunne tilføre god informasjon til mitt prosjekt (Jacobsen 2003). Den norske casen består av 17 ledere med lege- og sykepleierbakgrunn. Lederne kommer fra førstelinjen, mellomleder- og toppledelsen (se tabell 1). Leger med faglig lederansvar i førstelinjen er ikke representert som følge av at de mangler økonomiansvar og defineres ikke som ledere i sykehuset. Tysk case består av syv deltakere. Lederne kommer fra begge profesjonsgrupper og tilsvarende tre nivåer (tabell 1). Både norsk og tysk sykehus er offentlige med generell- og akuttfunksjon, 5000 ansatte og behandling innen kirurgi, medisin og psykiatri. Det norske har innført enhetlig ledelse og divisjonsorganisering med lederne som er ansvarlige for ulike typer profesjoner. De tyske leder innen en troikastruktur hvor leger leder leger og sykepleiere leder sykepleiere.

	Norge		Tyskland	
	Sykepleier	Lege	Sykepleier	Lege
Førstelinjen/Enhetsleder	4		2	2
Mellomleder/Avdelingsleder	5	4	1	
Toppleder/Divisjonsleder	1	3	1	1

Tabell 1: Deltakere i studien.

Grunnen til at jeg velger ledere med lege- og sykepleiebakgrunn, er at dette er de største ledergruppene i norske sykehus (Kjekshus & Bernstrøm 2013). Norske sykepleiere har fått styrket stilling i ledelse etter reformene (Johansen & Gjerberg 2009; Mo 2006; Torjesen, Byrkjeflot, & Kjekshus 2011) og kan konkurrere med leger om de profesjonsnøytrale lederstillingene som ble innført gjennom reformene. I Tyskland vies sykepleiere i ledelse liten oppmerksomhet. Fokus er på leger og konkurransen de får fra andre profesjoner som økonomer, jurister og ulike typer ledere (Märker & Bode 2014).

Undersøkelsen har en komparativ design. En komparasjon kan styrke innsikten og gi dypere kunnskap om et felt (Gerring 2004; Gran 2012). Jeg beskriver og sammenligner funnene fra casene og er det forskjeller mellom profesjonene, framheves det.

En begrensning i studien er at det er få tyske deltakere og det kan derfor stilles spørsmål ved overførbarheten av studien. Studien er ikke statistisk generaliserbar, men jeg søker en analytisk generaliserbarhet (Kvale & Brinkmann 2009) hvor forståelsen som framkommer kan være relevante i andre sammenhenger (Thagaard 2013). Som en kvalitetssikring ble noen uttalelser diskutert med flere deltakere i studien. Lederne kom også uoppfordret med beskrivelser som støttet opp om tidligere uttalelser og dette styrker den interne gyldigheten (Thagaard 2013). For å styrke påliteligheten (ibid) til studien, har intervjuguiden blitt utviklet etter samtaler med personer som har kjennskap til begge land, for å kunne stille relevante spørsmål i begge kontekster. Jeg har videre søkt etter studier av sykepleiere og leger i ledelse i Tyskland i BibSys Ask og Google Scholar med søkeord på norsk, engelsk og tysk, for å se

om mine funn samsvarer med andre studier. De studiene jeg finner, knyttes til leger i øvre del av hierarkiet²⁵, og inkluderer ikke sykepleiere.

10.5 Hva handler ledelse om?

I det følgende presenteres empirien og denne diskuteres i lys av teoriene.

10.5.1 Ledelse ut fra hierarkisk ståsted - management

Alle lederne i studien sier at de i stor utstrekning styres av oppgaver som er institusjonalisert til lederrollen, de er linjestyrt, samtidig som de har en viss frihet til å påvirke sin arbeidssituasjon. Sitatet fra en mellomledersykepleier i norsk case illustrerer dette: *«Du bestemmer i stor grad selv... men du er jo linjestyrt.»* Linjestyringen kan ses i lys av managerialismen med hierarkisk styring av organisasjonen (R. Flynn 2002; Pollitt & Bouchaert 2011).

Ledere fra begge profesjoner og alle nivåer i norsk case arbeider med målstyring og strategier. En ledersykepleier fra avdelingsnivået definerer ledelse slik: *«... å få oss fra ett punkt til et annet, og du må vite hvor du vil... Jeg må jo vite hva jeg vil for denne avdelingen, hva jeg vil gjøre bedre. Og da må jeg stykke det opp i noen strategiske ting».* Tilsvarende utsagn kommer fra en lederlege som også arbeider på avdelingsnivået: *«Det er å velge retning, hva vi skal gjøre og ikke gjøre. Strategi, ja.»* Målstyring er mindre uttalt blant de tyske lederne, og her er det lederlegen i toppledelsen som gir mest konkrete ord knyttet til målstyring: *”I think transparency is very important. To set goals and know ways to get there.”* Målstyring er sentralt i managerialismen (Kaufmann & Kaufmann 2003; Pollitt & Bouchaert 2011) og lederne i norsk case betraktet det som en lederoppgave å mobilisere de ansatte for å nå målene.

I innledningen skrev jeg at ledelse med vektlegging av økonomi, budsjett disiplin og kostnadsreduksjon (Byrkjeflot 2011; Pollitt & Bouchaert 2011) betraktes som en forutsetning

²⁵ Eksempelvis: (Dent 2005; Märker & Bode 2014).

for forbedring av sektoren, i henhold til NPM-reformene. Disse elementene framstår som sentrale for alle ledere i norsk case. Lederne beskriver ressursforvaltning med utvikling og tilpassing av aktivitetsnivået til disponible midler samt oppfølging av budsjett og regnskap. En mellomledersykepleier sier: « *Har alltid tenkt at lederrollen er å ivareta, utforme innhold, struktur, ha faglig innhold, struktur på avdelingen, tilpasse vår virksomhet til budsjettet vi har, gjør det beste ut av midlene vi får tildelt*». Topplederne har overordnet ansvar for økonomien og en topplederlege sier at ledelse dreier seg om å: « *... ta de store strategiske valgene, beslutningene, oppfølging. Det er vel det viktigste, vil jeg tro. Mye knyttet til økonomioppfølging...*» Ingen av lederne i det tyske utvalget har økonomiansvar og er følgelig mindre opptatt av dette. Deres fokus rettes mot forvaltning av tildelte midler, som tilpassing av organisering og implementering av nye prosjekter.

Lederne forteller at administrative oppgaver har økt betraktelig både i Norge og Tyskland de senere år. I norsk case har topplederne delegert bort det administrative arbeidet. På mellomledernivå har lederleger større anledning til å delegere enn ledersykepleiere, og førstelinjelederne har mest administrative funksjoner. Noen norske ledere fra begge profesjoner viser en viss forståelse for dokumenteringskravene og en mellomledersykepleier sier det slik:

«Administrativt arbeid er noe som bare må gjøres, noe som følger med jobben. Men samtidig er jeg såpass strukturert i hodet, og litt sånn steinbygger, at jeg tenker at viss vi ikke har dokumentasjonen på plass, og viss vi ikke har rapporteringene på plass... så får vi heller ikke noe. Så det må faktisk gjøres.»

De norske lederne inkluderer administrative funksjoner som en del av oppfattelsen av hva ledelse dreier seg om, slik det gjøres i beskrivelsen av management (R. Flynn 2002). Samtidig er lederne fra begge profesjoner kritiske til omfanget, jamfør sitatet fra en mellomlederlege:

«Jeg opplever jo bare de årene jeg har holdt på med dette, det har blitt et kolossalt økt fokus på alt som skal kontrolleres, av stadig flere mennesker. Så formaliseringen av helsevesenet har gått alt for langt. Vi bruker alt for mye tid på å flytte papirer... Jeg skjønner egentlig ikke hvem som driver helsevesenet i den retningen, hva er motivet. Det der må snus!»

Den sterke økningen i administrasjon skiller seg fra forvaltningsadministrasjon. Den nye varianten er utviklet langs foretakslogikken og NPM, med økt regelstyring og indirekte kontroller. Dette kan tolkes som en hybridisering av ledelse med en ny logikk som kan kalles «neo-byråkratisk» (Byrkjeflot & Jespersen 2014).

Topplederne og mellomlederen i den tyske casen forteller om mye administrativt arbeid i forhold til prosjekter. Topplederlegen sier: *“It comes with projects, and monitoring gives a lot of administration, too much.”* Legene i førstelinjen avlastes av støttepersonell, så en sier: *“No, not so much (administrative work). We have Case managers who are doing that. Research assistants are helping with the studies, so I can’t complain.”* Ledersykepleiere i førstelinjen har mye administrativt arbeid og særlig mye kontrollfunksjoner. De kontrollerer og dokumenterer daglig at sykepleiere på vakt har riktige kvalifikasjoner. Andre eksempler er kontroll av sykepleiernes arbeid i forhold til bestilling av varer og medisiner, hygienestandarder, samt dokumentering av pleie og behandling. En leder forteller om pleiedokumenteringen:

“It is divided into one part is what we call “Grund Pflege”, basic ward. For example; do they need to be washed, toilet and things like that. And the other part is; do they have any complex wound management or infusions? Protocols which are very complicated... The nurses have to do this, and I control every day if they have done that.”

Jeg tolker ikke økningen i administrative funksjoner som neo-byråkratisk i tysk case, siden det her er snakk om direkte kontroller og ikke indirekte. En forklaring kan relateres til den økonomiske modellen hvor over 90 % av inntektene til tyske sykehus tildeles gjennom DRG-finansieringssystemet²⁶ og da er kontroller nødvendig for å sikre inntektsgrunnlaget. En annen forklaring kan relateres til sykepleierens svake stilling (Watkins 2010). De er følgelig mindre autonome og utsettes for mer kontroll.

Som følge av divisjonsorganiseringen, har de norske lederne ansvar for en rekke profesjoner. Eksempel på profesjoner som nevnes er sykepleier, lege, psykolog, ergoterapeut, vernepleier

²⁶ 50% i Norge i 2014 (DKF 2013)

og sosionom. Mangfoldet av profesjoner er størst innen psykiatrien. En mellomlederlege forteller om sine samarbeidspartnere:

«Jeg samarbeider med... vi møtes jo alle legene hver morgen, så mye legesamarbeid. Men klart jeg samarbeider jo også tett med sykepleiere, både på poliklinikk og operasjonen. Og rent ledelsesmessig samarbeider jeg tett med merkantilt, og så har jeg en del samarbeid med leder på (en spesifikk avdeling). Men de jeg jobber tettest med, ledelsesmessig, er administrasjonskonsulenten og leder for sykepleieseksjonen.»

Når de tyske lederne skulle fortelle hvem de samarbeider med, viser de hovedsakelig til egen profesjon, men også samarbeid mellom leger og sykepleiere i forhold til pasientbehandling. I tillegg nevnes medisinske ingeniører ved utbygginger og prosjekter. Topplederlegen er den som viser til flest samarbeidspartnere: *“... many departments, the administration, controlling, quality department, IT, that’s the constant exchanges... Within the clinic I have mainly the same all the time; the director of one of the staff personnel, or head nurses.”*

Måten ledelse er organisert har implikasjoner for hvilke profesjoner lederne har ansvar for og samarbeider med. Teoretisk kan dette betraktes som at lederne både styres og sosialiseres gjennom direkte og indirekte styringsmekanismer for å arbeide mot å nå organisasjonens mål (Røvik 2007). Organisering i faglige hierarkier eller divisjonsorganisering kan ses som slike styringsmekanismer. Endringer i rammevilkårene ser ut til å påvirke de norske lederne (Christensen & Lægreid 2002), da de styres til å utvide sitt fokus i ledelse og tar ansvar for alt arbeid og ulike yrkesgrupper. En leder kan vanskelig være fagkyndig på alle områder, så de har opprettet lederteam med representanter fra profesjonene for å ivareta kvalitet og koordinering av oppgaver. Denne organiseringen gir mye møtevirksomhet med samhandling og koordinering innad, i aktuell divisjon, på tvers av divisjonsstrukturene og med eksterne aktører. De tyske lederne som hovedsakelig forholder seg til egen profesjon, rapporterer om få møter og de som nevnes knyttes til diskusjon om pasientbehandling og innføring av nye prosjekter.

10.5.2 Ledelse av det profesjonelle arbeidet - faglig ledelse

Ledelse handler videre om ivaretagelse av drift, og daglig ansvar er delegert til ledersykepleierne i førstelinjen i Norge. Førstelinjelederne begynner dagene med å overvære morgenrapporten for å få oversikt over både bemanning og inneliggende pasienter. De har også møter med legene for å planlegge driften, som en forteller: *«...møter hvor vi går gjennom litt mer hva planer de har i forhold til flytting (av pasienter) og sånne ting. Det har jo også litt å si for bemanningen en må ha...»* Mellomlederne følger opp arbeidet gjennom møter med enhetslederne, men også overordnede forhold som endringer av rutiner og tilpassing av lokaler. Eksempler gis fra begge profesjonsgrupper, men jeg siterer en mellomlederlege:

«I dag har vi møte med dagkirurgisk enhet. Vi skal legge om en del rutiner når det gjelder hvem som skal opereres dagkirurgisk og vi skal begynne å planlegge, ta risikovurderinger og sånne ting. Du kan si det dukker hele tiden opp nye ting, stadig omlegging av drift... Vi har også et møte med sengeposten i dag for å utrede pre-visitten på en annen måte enn vi gjør i dag... så det er hele tiden ting som går på optimalisering av drift.»

Også i den tyske casen er det ledersykepleierne i førstelinjen som har det mest omfattende driftsansvaret. Driftsoppfølgingen ligner mye på tilsvarende i norsk case, med turnusarbeid og problemstillinger som dukker opp gjennom dagene. En av dem sier: *“The first thing I am doing in the morning, is to check the personnel, that everything goes as planned... or, is it necessary to get extra help?”*

Ivaretagelse av daglig drift kan ses i lys av ulike autoritetsbaser som management, faglig ledelse og leadership, men jeg plasserer det her siden det kan betraktes som ivaretagelse av fagområdet og personalet som følger med (Sommervold 1996). Personalansvaret er arbeidskrevende for de fleste norske lederne. Særlig førstelinjeledere bruker mye tid på sykemeldte, gravide og medarbeidersamtaler. En førstelinjesykepleier sier:

«Det er jo et eget sånt oppfølgingsopplegg for sykefravær som skal inn viss de er lenge borte. Alle gravide følges opp med tre samtaler gjennom svangerskapet. Det er meg, jordmor og den gravide. Og så er det sykemeldte som skal ha ganske tett oppfølging, og mye skriftlige rapporteringer til NAV og samarbeid med NAV.»

Mellomledersykepleiere har delegert personalansvaret til førstelinjen, men deltar i oppfølgingen av vanskelige saker. Noen av mellomlederlegene gjennomfører disse oppgavene selv, mens ledere på større enheter delegerer dette. Topplederne er overordnet ansvarlig i sin divisjon med oppfølging av lederteamet, mens resten er delegert nedover.

Ledersykepleierne i førstelinjen i tysk case har ansvar for de største personalgrupper, og har følgelig mest arbeid med oppfølging av sykemeldte, gravide og eksempelvis noe som kan sammenlignes med den norske medarbeidersamtalen. En ledersykepleier sier: *“... and I do... at least once a year... something of a reflection talk, which I have to plan on a regular base.”*

Forventningen fra profesjonsteorien om at lederne ivaretar ledelse ut fra sin profesjonsbakgrunn (Degeling m.fl. 2003) er for snever for norsk materiale, med unntak av førstelinjen hvor lederne hovedsakelig har ansvar for pleiegruppen. Lederne ivaretar personalgruppene de har ansvar for. Tyske ledere ivaretar oppfølging av egen profesjon. Konflikter og svak profesjonalisering av sykepleien kan ses i lys av profesjonsteorien hvor det poengteres at det foregår en kontinuerlig forhandling om retten til å utføre ulike oppgaver, og det medfører konflikter mellom profesjonene (Abbott 1988).

Fokus på faglig kvalitet står sterkt hos norske ledere fra begge profesjoner. Alle er opptatt av å planlegge og følge opp nye behandlingsprosjekter og kvalitet i arbeidet. En ledersykepleier fra mellomnivået sier: *«Det som alltid ligger øverst er pasientensyn, pasientbehandling, alltid pasientene først. Så kvalitet og kvalitet i pasientbehandling, at vi gir pasientene behandling som har effekt»*. Lederne fra begge profesjoner vektlegger utvikling av faggruppene, her uttrykt av en mellomlederlege: *«... ha blikket litt sånn framover, hvilken vei skal avdelingen gå, hvordan skal vi bygge opp våre personellressurser så de har den kompetansen som trengs, hvordan skal vi etter hvert få inn ny kompetanse? Sørg for at vi ligger der, altså ligger i front.»* Lederne pålegges også oppgaver gjennom «systemnivået» med eksempelvis avviksmeldinger, klagesaker, risikovurderinger, TQM og prosedyrearbeid.

Komplekse organisasjoner med høy spesialisering og differensiering av oppgaver, fordrer at funksjonene fylles med nødvendig kompetanse (Freidson 2001) og en leder må være i stand til å se hvilke deler som må utvikles for å få organisasjonen til å fungere optimalt. De norske lederne gav mange stikkord som viser at de er opptatt av å følge opp utviklingen av kompetansen i enheten. Jeg har gruppert innspillene i tre: 1) Utvikling av fagfeltet, planlegging og oppfølging av nye behandlingsprosjekter, 2) vedlikehold og utvikling av kunnskap hos de ansatte gjennom veiledning og undervisning og 3) oppfølging på det nevnte «systemnivået». Det som er spesielt for denne norske casen er at de er opptatt av utvikling for *alle* yrkesgruppene de leder og ikke bare egen profesjon slik det kan ventes ut fra profesjonsteorien. Faglig ledelse blir slik profesjonsovergrepene med fokus på og ansvar for ulike faggrupper og dette kan tolkes som en hybridisering av faglig ledelse.

Faglig kvalitet nevnes knapt av de tyske deltakerne. Den ene sykepleieren i førstelinjen som sier noe om dette, knytter det til organisering med krav til hvordan ting gjøres gjennom vaktene: “... *the needs of the patients is what ... mainly (gives) a direction... We are an “Ablauf-Organisation” – how things have to be done from the start of the shift, till the end of the shifts... so that the patient’s needs are in focus.*” Lederne fokuserer heller ikke på utvikling av faget. Topplederne arbeider med å utvikle og implementere systemer for utvikling av fagområdene for hele sykehuset, og de bekrefter at dette har for lite fokus hos lederne i sykehuset.

De norske lederne synes sterkere opptatt av faglig kvalitet og utvikling enn tyske. En måte å betrakte det på er at faglig utvikling underkommuniseres av de tyske lederne i lys av begrepet «black box» (Latour 2005) som beskriver at innad i en kontekst finnes kunnskap som tas for gitt og ikke uttrykkes. Dette kan knyttes til uttalelsen fra ledersykepleieren om «Ablauf-Organisation». En annen vinkling er at utvikling av fag ikke anses som en lederoppgave, men relateres til autonome profesjoner som har ansvar for egen utvikling (Abbott 1988; Freidson 1994). Den tredje betraktningen er at sykehuset hadde for dårlige rutiner for systematisk kvalitetsarbeid som topplerne påpekte.

I norsk case er alle sykepleiere fulltidsledere, mens avdelingslederleger arbeider klinisk i tillegg. Lederlegene vektlegger å ha «en fot i klinikken», som en sier:

«Skal du bli avdelingsleder må du være nær pasientene, tror jeg. Viss ikke, blir det for stort sprik mellom det du ser som behov og hva... Du skal jo formidle avdelingens behov oppad i systemet, så viss ikke du som avdelingsleder taler pasientens sak, hvem gjør det da? ... Derfor tror jeg det er viktig med forståelse for hvordan det er å jobbe på en avdeling, og da må du ha en fot der selv.»

Denne muligheten har ikke sykepleiere. Noen reflekterer ikke over det, mens andre er kritisk til ulike muligheter i samme type stilling. En avdelingsledersykepleier sier: *«Jeg skulle ønske at jeg kunne mikse det slik som legene kan, men jeg har ikke lykkes med det ennå.»* Som i norsk case, er tyske ledersykepleiere fulltidsledere. Førstelinjelene er fulltids leger, med ledelse inn i mellom.

Norske ledersykepleiere har etter reformene blitt oppfattet som mer managementorienterte og mindre faglig fokuserte enn lederleger (Johansen 2009; Johansen & Gjerberg 2009; Mo 2006; Torjesen 2008). Dersom en ikke går dyp inn i hva ledelse handler om, kan det være lett å fortolke ledersykepleiere som mer managementorienterte siden de er fulltidsledere. Fulltidsledelse kan imidlertid også tolkes som faglig ledelse for sykepleierne, i henhold til profesjonsteorien (Degeling m.fl. 2003). En slik form for ledelse relateres til ledelse innen eget hierarki og samsvarer med de tyske ledersykepleierne. Ikke alle har institusjonalisert en mulighet for å kombinere ledelse med klinisk arbeid, og det er for unyansert å tolke ledere som ikke jobber klinisk som mindre faglig fokusert. Denne slutningen drar jeg på bakgrunn av hva ledelse dreier seg om for begge profesjoner i den norske casen. Når jeg sammenligner de punktene som beskrives under management, er det liten forskjell mellom leger og sykepleiere i ledelse. Leger har imidlertid større anledning enn sykepleiere til å delegere administrative funksjoner for å jobbe klinisk. I forhold til faglig ledelse, er ledersykepleiere i førstelinjen opptatt av daglig drift, mens mellomlederne fra begge grupper er opptatt av mer overordnede forhold. Ledere fra alle tre nivåer, med begge profesjonsbakgrunner er i tillegg opptatt av utvikling av faglig kvalitet for alle grupper de leder. På bakgrunn av dette finner jeg derfor ikke at ledersykepleiere i min norske case er mer managementorienterte enn lederleger.

10.5.3 Ledelse med utgangspunkt i egen person - leadership

I beskrivelser av ledelse i den norske casen, vektlegges personlighetstrekk og ledernes individuelle atferd, noe som anses sentralt gjennom leadership (Degeling & Carr 2004). Ledere fra begge profesjoner framholder at ledelse handler om å gå foran, her illustrert av sitatet fra en mellomlederlege: «Jeg tror det har mest med å gå foran med et godt eksempel... Velge retning, hva vi skal gjøre og ikke gjøre. Strategi. Så tror jeg det handler om folkeskikk, være hyggelig, ordentlig.» En førstelinjeleder gir eksempler på en rekke personlighetstrekk gjennom sin definisjon av ledelse:

«Du har en slags personlighet som trives til å si ja. Ha evne til å like mennesker, og være tålmodig. Masse tålmodighet. Du har evne til å oppfatte og høre. At du også viser evne til å ta fatt og gjennomføre... og så må en være tydelig når en må være tydelig... Så trengs det en god arbeidskapasitet... og en sånn evne til å skifte veldig fra det ene til det andre og argumentere i forskjellige settinger, uten å ha forberedt det en gang...»

Denne vektleggingen av å gå foran og være et godt eksempel, er som sitert fra en leadershipoppskrift (Byrkjeflot 1997b; Johnsen & Døving 2010; Viitanen & Konu 2009). Lederen skal være tydelig og kunne peke ut en vei uten at det alltid skal være nødvendig å forklare hvorfor. Dette knytter jeg til den visjonære og målorienterte leder (Byrkjeflot 1997b; Johnsen & Døving 2010; Viitanen & Konu 2009).

Leadership handler videre om relasjonen mellom leder og den ansatte (Ferlie 2012; Ladegård & Vabo 2010), noe lederne poengterer. Motivering av de ansatte er sentralt, sammen med lederens egen motivasjon for ledelse, her uttrykt av en mellomlederlege:

«Ledelse er ... en blanding av motivasjon, ha visjoner, prøve å sette dem ut i livet. Formidle disse tingene til overordnede, formidle noen av strategiene fra overordnede til de underordnede sånn de føler det er sitt. Forsøke å virke motiverende til folks eget maskineri. Dialogfremmende, fremme god omgangstone, best mulig atmosfære, konfliktdepende.»

En slik vektlegging er i henhold til Yukl (1989) sin framstilling av leadership hvor det er tett sammenheng mellom leders personlighet og evne til å påvirke og utøve ledelse.

De tyske gir knapt stikkord som kan belyses i henhold til leadership, men lederne vektlegger en støttende og konfliktdempende adferd da det er daglige konflikter mellom leger og sykepleiere. En lederlege forteller: *“All the time (there are) conflicts with the nurses. But it is my duty to keep it on a low level. Every day there are conflicts.”* En ledersykepleier forteller om kommunikasjonsproblemer mellom profesjonene: *“I see this as my job, to improve the communication. I see this as an important job, particularly towards the doctors.”* Lavt fokus på leadership kan ses i sammenheng med faglig ledelse og faglig kompetanse er det som gjør at en blir kvalifisert til ledelse (Byrkjeflot 1997a).

Sist presenteres tabell 2 med en oversikt over ledelseslogikker som preger casene.

	Norge	Tyskland
Management		
Linjeledelse	X	X
Målstyring	X	-
Ressursforvaltning/økonomi	X	(x)
Koordinering	X	-
Administrasjon/Neo-byråkrati	X	(x)
Faglig ledelse		
Driftsoppfølging	X	X
Personaloppfølging	X	X
Utvikling	X	-
Leadership		
Personlige egenskaper	X	-
Forholdet til ansatte	X	(x)
Egen motivasjon	X	-
Motivering av ansatte	X	-

Tabell 2: Ledelse i norsk og tysk case.

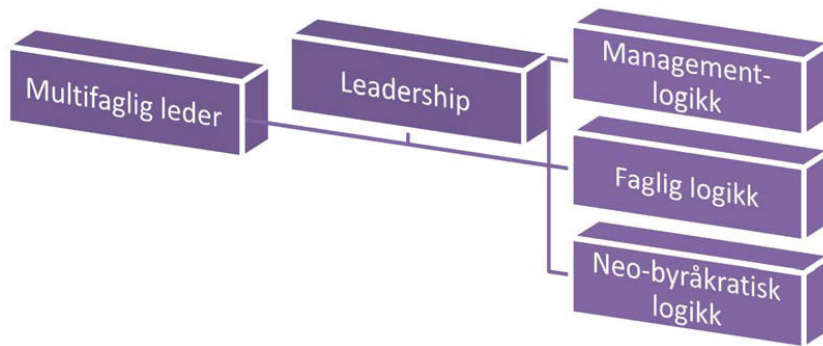
10.6 Oppsummerende analyse og konklusjon

Hovedanliggende i denne artikkelen har vært å undersøke om det har blitt en hybridisering av ledelse i sykehus etter reformene som har vært i Norge og Tyskland. Diskusjonen over viser at de tyske lederne i mindre grad enn norske har utvidet sitt fokus i ledelse etter reformene og kan betraktes som faglige ledere med islett av management (se tabell 2). Ledelse i norsk case derimot omhandler mange typer logikker og dette støtter antagelsene om hybridisering av ledelse.

Hensikten med de norske reformene var å innføre en rendyrket og enhetlig ledelse etter idealene fra en markedsbasert styringslogikk. Management har fått stort gjennomslag, men lederne har ikke forlatt den faglige logikken. Dette er i samsvar med andre studier som viser at ved introduksjonen av nye logikker i helsevesenet, eksempelvis management, så forsvinner ikke eldre logikker og dette bidrar til en økt kompleksitet av logikker (Arman, Liff, & Wikstrøm 2014; Scott m.fl. 2000). Hybridisering av ledelse tolkes også ut fra vektleggingen av både faglig ledelse (i hybridisert utgave) og management. I utgangspunktet fortolket jeg administrasjonsarbeid som en del av management (N. Flynn 2002) men gjennom analysen ble det tydelig at dette har økt betraktelig etter reformene og framstår som en nydannet byråkratisk (neo-byråkratisk) logikk (Byrkjeflot & Jespersen 2014) som følge av foretakslogikken, og dette bidrar ytterligere til hybridisering.

Når ledelse preges av ulike logikker som både kan betraktes som motstridende og konkurrerende, kan dette framkalle spenninger hos de ansatte. Studier viser at ledere iverksetter ledelse ut fra en relasjonell praksis, leadership, for å ta hånd om krysspress (Fjellvær 2010) og tvetydigheter (Noordegraaf 2012). Lederne må håndtere ulike ferdigheter for å oppnå støtte (Sørhaug 1996) og det er nær sammenheng mellom leders personlighet og evner til å påvirke de ansatte (Yukl 1989). Management, faglig ledelse og neo-byråkratisk logikk betraktes som «upersonlige» autoritetsbaser siden autoriteten relateres til hierarki og faglig kyndighet. Jeg tolker at lederne bruker leadership som en katalysator for å redusere kompleksiteten av logikker i ledelse. Lederne anvender derfor en «personlig» autoritetsbase

for å oppnå innflytelse, leadership. I figur 1 har jeg framstilt de ulike logikkene som preger norske ledere fra begge profesjoner.



Figur 1: **Multifaglig leder, hybrid lederrolle**

Den hybride lederrollen har jeg kalt «multi-faglig leder». «Multi»-begrepet er brukt i andre sammenhenger innen organisasjonsforskningen; eksempelvis Røviks (1998) multistandardorganisasjon som håndterer ulike typer institusjonaliserte standarder. Når jeg bruker «multi»-begrepet så er det for å illustrere at lederne håndterer flere typer faglige logikker i ledelse. I modellen har jeg plassert de logikkene som bunner i en «upersonlig» autoritetsbase til høyre. Katalysatoren leadership er plassert før disse, da denne tas i bruk for å kunne utøve ledelse fra de tre logikkene.

Som nevnt foran, er Jacobs (2005) kritisk til bruken av begrepet hybrid. Han mener at ved en hybridisering må verdiene gjenfinnes i basisutdanning og spesialiseringer av profesjonene. Ut fra en slik betraktning har det ikke skjedd en hybridisering på profesjonsnivå i Norge, siden ledelsesfag ikke er lagt til basisutdanningene i helsefag. Kurunmäki (2004) som har en annen innfallsvinkel, mener at finsk legeprofesjon har blitt hybrid som følge av at de har lært

seg regnskapsteknikker og en økonomisk logikk, selv om dette ikke er implementert i utdanningen. Kurunmäki påpeker også at ledelsesutdanning i Finland kan tas som et supplement til annen utdanning. Tilsvarende ses i Norge, det finnes egne ledelsesutdanningsforløp, men det er også mulig å fortsette med ledelsesutdanninger etter en har tatt sin grunnutdanning. En alternativ måte å betrakte hybridisering er å ta i bruk Jacobs uttrykk med polarisering; segmenter av leger og sykepleiere er polarisert gjennom endringer i logikker i ledelse.

En forklaring på hvorfor ledelse utvikles annerledes i Norge enn Tyskland er sammenhengen mellom institusjonelle rammebetingelser og utøvelse av ledelse. Dette kan tolkes som at det ytre rammeverket preger den indre fortolkningen (Scott 2008) av hvordan lederne oppfatter ledelse, hva de fokuserer på og det får konsekvenser for hva de gjør av ledelsesoppgaver. Eksempelvis, når profesjonsgruppene organiseres som faglige hierarkier og de leder innen eget hierarki (som i Tyskland), vil fokus bli snevrere enn om ulike faggrupper blandes i en divisjon (som i Norge). Innføring av enhetlig ledelse og divisjonsorganisering har gitt et bredere fokus i ledelse, og funnene fra Norge viser at det er mulig å endre profesjonelle kulturer i ledelse når de institusjonelle rammebetingelsene endres. Andre studier viser også at profesjonelle i ledelse identifiserer seg med de formelle hierarkiske strukturer og kan orienteres mot management (Abernethy & Stoelwinder 1990).

For Tysklands del, hvor det har vært en forventning om at ledelse skal forandres som følge av økt fokus på økonomi og konkurranse, så gjenspeiles ikke dette blant deltakerne i studien. Vektlegging av økonomi ses indirekte gjennom økningen i administrative rapporteringer og kontrollrutiner for sykepleiere, men også gjennom innføringen av de nye Case manager stillingene som letter det administrative arbeidet for leger. Reformen med økt konkurranse for poliklinisk behandling blir heller ikke nevnt av deltakerne, men dette kan komme av at administreringen av disse pasientene håndteres av eksempelvis Case managers.

Den største begrensningen med denne studien, er det lave antall deltakere fra Tyskland. Jeg foreslår derfor en oppfølgende studie for å se om det er hold i mine funn, og følge med på

hvordan ledelse utvikles etter reformene. Funnet med svakt fokus på faglig utvikling blant de tyske lederne er verdt en oppfølging; er ikke fagutvikling et lederansvar, hvordan blir det i så fall vektlagt blant ledere høyere i hierarkiet? Når det hevdes at norske ledere har et sterkt faglig fokus; hva har forrang når de står i en valg situasjon, økonomi eller fag, eller varierer det etter situasjonen? Jeg anbefaler også at modellen for hybrid ledelse utprøves på andre cases.

10.7 Referanser

- Abbott, Andrew (1988). *The System of Professions*. Chicago: University of Chicago.
- Abernethy, Margaret A, & Stoelwinder, Johannes U (1990). The Relationship between Organisation Structure and Management Control in Hospitals: An Elaboration and Test of Mintzberg's Professional Bureaucracy Model. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 3(3):18-33.
- Ackroyd, Stephen , Kirkpatrick, Ian, & Walker, Richard M. (2007). Public Management Reform in the UK and its Consequences for Professional Organization: A Comparative Analysis. *Public Administration*, 85(1):9-26.
- Arman, Rebecka, Liff, R, & Wikstrøm, E (2014). The hierarchization of competing logics in psychiatric care in Sweden. *Scandinavian Journal om Management*.
- Battilana, Julie, & Lee, Matthew (2014). Advancing Research on Hybrid Organizing - Insights from the Study of Social Enterprises. *The Academy of Management Annals*, 8(1):397-441.
- Berg, Laila Nordstrand, Byrkjeflot, Haldor, & Kvåle, Gro (2010). Hybridledelse i sykehusen gjennomgang av litteraturen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 3(2010).
- Borum, Finn (red.). (2003). *Ledelse I sykehusvesenet*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Busse, Reinhard, & Riesberg, Annette (2004). *Health Care Systems in Transition. Germany*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Byrkjeflot, Haldor (1997a). Fra ledelse til management? I: H. Byrkjeflot (red.), *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, Haldor (1997b). *Fra styring til ledelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, Haldor (2011). Healthcare States and Medical Professions: The Challenges from NPM. I: T. Christensen & P. Lægreid (red.), *The Ashgate Research Companion to New Public Management* (147-161). Farnham, Burlington: Ashgate.
- Byrkjeflot, Haldor, & Jespersen, Peter Kragh (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, Kommer.
- Byrkjeflot, Haldor, & Torjesen, Dag Olaf (2010). Managerial Innovation in Health Care. The Introduction, Translation and Use of the American DRG System in the Hospital

- Sectors in Norway and Denmark. I: H. Knudsen, J. Falkenberg, K. Grønhaug & Å. Garnes (red.), *Mysterion, strategica og kainotomia*. Oslo: Novus forlag.
- Christensen, Tom, & Lægred, Per (2002). *Reformer og lederskap. Omstilling i den utøvende makt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom, & Lægred, Per (2010). Complexity and Hybrid Public Administration - Theoretical and Empirical Challenges. *Public Organization Review*, 11(4):407-423.
- Currie, Graeme, Koteyko, Nelya, & Nerlich, Brigitte (2009). The dynamics of professions and development of new roles in public service organizations: The case of modern matrons in the English NHS. *Public Administration*, 87(2):295-311.
- Degeling, P., Kennedy, J., & Hill, M. (2001). Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management - the central challenge in hospital reform. *Health Services Management Research*, 14(1):36.
- Degeling, Pieter, & Carr, Adrian (2004). Leadership for the systemization of health care: the unaddressed issue in health care reform. *Journal of Health Organization and Management*, 18(6):399-414.
- Degeling, Pieter, Maxwell, Sharyn, Kennedy, John, & Coyle, Barbara (2003). Medicine, management, and modernisation: a "dance macabre"? *British medical journal*, 326:649-652.
- Dent, Mike (2005). Post-new public management in public sector hospitals? The UK, Germany and Italy. *Policy & Politics*, 33(4):623-636.
- DKF (2013). Endring av Prop. 1 S (2013-2014) Statsbudsjettet 2014. *Prop. 1 S Tillegg 1 (2013-2014) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*, Det Kongelige Finansdepartement.
- Doolin, B (2001). Doctors as Managers. New Public Management in a New Zealand Hospital. *Public Management Review*, 3(2):231-254.
- Eymeri-Douzans, Jean-Michel (2011). NPM reforms legacy. A common praxeologic, a variety of acclimatizations, a renewed bureaucratization. I: J.-M. Eymeri-Douzans & J. Pierre (red.), *Administrative Reforms and Democratic Governance*. London, New York: Routledge.
- Ferlie, Ewan (2012). Concluding discussion: paradigms and instruments of public management reform - the questions of agency. I: C. Teelken, E. Ferlie & M. Dent (red.), *Leadership in the Public Sector: Promises & Pitfalls* London, New York: Routledge.
- Fjellvær, Hilde (2010). *Dual and unitary leadership: Managing ambiguity in pluralistic organizations*. Bergen: Norges Handels Høyskole.
- Flynn, Norman (2002). *Public sector management*. London: Financial Times Prentice.
- Flynn, Rob (2002). Managerialism, professionalism and quasi-markets. I: M. Exworthy & S. Halford (red.), *Professionals and the new managerialism in the public sector*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Freidson, Eliot (1994). *Professionalism reborn: theory, prophecy, and policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.

- Friedland, Roger, & Alford, Robert R (1991). Bringing Society Back in: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. I: W. Powell & P. DiMaggio (red.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (232-266). Chicago: University of Chicago Press.
- Gerring, John (2004). What Is a Case Study and What Is It Good for? *American Political Science Review*, 98(2):341-354.
- Gran, Thorvald (2012). *Vitenskap i praksis: metoder i forskning på harde og sosiale fakta*. Oslo: Abstrakt.
- Sykehusreformen (2001).
§3-9. Ledelse i sykehus, (1999).
- Hood, Christopher (1991). A Public Management for all Seasons? *Public Administration*, 69(1:3-19).
- Jacobs, Kerry (2005). Hybridisation or polarisation: Doctors and accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability & Management*, 21(2):135-161.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2003). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jespersen, Peter Kragh (2005). *Mellem profession og management*. København: Handelshøyskolens forlag.
- Jespersen, Peter Kragh, & Wrede, Sirpa (2009). The changing autonomy of the Nordic medical profession. I J. Magnussen, K. Vrangbæk & R. B. Saltman (red.), *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges: European Observatory on Health Systems and Policies Series*.
- Johansen, Monica Skjøld (2009). *Mellom profesjon og reform. Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. Oslo: Handelshøyskolen BI.
- Johansen, Monica Skjøld, & Gjerberg, Elisabeth (2009). Unitary management, multiple practices? *Journal of Health, Organization and Management*, 23(4):396-410.
- Johansen, Svein Tvedt, Olsen, Trude Høgvold, Solstad, Elsa, & Torsteinsen, Harald (2010). Ledelsesutfordringer i hybride organisasjoner: forslag til teoretisk rammeverk. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 12(3):8-29.
- Johnsen, Åge, & Døving, Erik (2010). Ledelse og styring i organisasjonsteoriens klassikere. I: G. Ladegård & S. I. Vabo (red.), *Ledelse og styring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kaufmann, Geir, & Kaufmann, Astrid (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kets de Vries, M F R (2001). Leadership in Organizations, Sociology of. I: N. J. Smelser & P. B. Baltes (red.), *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences* (8573-8578). Oxford: Pergamon.
- Kirchhoff, Ralf (2013). *Tyske sykehusleger i Norge i et institusjonelt perspektiv*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Kjekshus, Lars Erik, & Bernstrøm, Vilde (2013). *Helseforetakenes interne organisering og ledelse. Intorg 2012*. Oslo: Universitetet i Oslo.

- Kurunmäki, Liisa (2004). A hybrid profession - the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29:327-347.
- Kurunmäki, Liisa, & Miller, Peter (2006). Modernising Government: The Calculating Self, Hybridisation and Performance Measurement. *Financial Accountability & Management*, 22(1):87-106.
- Kvale, Steinar, & Brinkmann, Svend (2009). *InterViews. Learning The Craft of Qualitative Research Interviewing*. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore: Sage.
- Ladegård, Gro, & Vabo, Signy Irene (2010). Ledelse og styring: - teoretisk rammeverk. I: G. Ladegård & S. I. Vabo (red.), *Ledelse og styring* (S. 15-38). Bergen: Fagbokforlaget.
- Latour, Bruno (1993). *We have never been modern*. Cambridge: MA: Harvard University Press.
- Latour, Bruno (2005). *En ny sosiologi for et nyt samfund. Introduktion til Aktør-Netværk-Teori*. København: Akademisk forlag.
- Llewellyn, Sue (2001). "Two-way Windows": Clinicians as Medical Managers. *Organization Studies*, 22(4):593-623.
- March, James G., & Olsen, Johan P. (1989). *Rediscovering institutions: the organizational basis of politics*. New York: Free Press.
- Mintzberg, Henry (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.
- Mo, Tone Opdahl (2006). *Ledelse til begjær eller besvær - om reformer, fag og ledelse i sykehus*. Trondheim: NTNU Det skapende universitet
- Moran, Michael (2000). Understanding the welfare state: the case of health care. *British Journal of Politics and International Relations*, 2(2):135-160.
- Märker, Markus, & Bode, Ingo (2014). Management in medicine or medics in management? The changing role of doctors in German hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, Kommer.
- Noordegraaf, Mirko (2012). The making of professional public leaders. Leadership as a practical myth. I: C. Teelken, E. Ferlie & M. Dent (red.), *Leadership in the Public Sector*. London, New York: Routledge.
- Olsen, Johan (2003). Towards a European administrative space? *Journal of European Public Policy*, 10(4):506.
- Peters, B Guy (2011). Institutional Theory. I: M. Bevir (red.), *The SAGE Handbook of Governance*. London: SAGE.
- Pollitt, Christopher, & Bouchaert, Gert (2011). *Public Management Reform. A Comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. Oxford: University Press.
- Røvik, Kjell Arne (1998). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, Kjell Arne (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Scott, W. Richard (2008). *Institutions and Organizations*. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore: Sage Publications.

- Scott, W. Richard, Ruef, Martin, Mendel, Peter J., & Caronna, Carol A (2000). *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Simon (2010). Das Gesundheitssystem in Deutschland.
- Sommervold, Wenche (1996). Ledelse i sykepleien: forståelsesmåter i endring. I: V. Erichsen (red.), *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Bergen Tano Aschehoug.
- Sørhaug, Tian (1996). *Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thagaard, Tove (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornton, Patricia, & Ocasio, William (2008). Institutional Logics. I: R. Greenwood, C. Oliver, S. K. Andersen & R. Suddaby (red.), *Handbook of Organizational Institutionalism* CA: Sage.
- Torjesen, Dag Olaf (2008). *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Torjesen, Dag Olaf, Byrkjeflot, Haldor, & Kjekshus, Lars Erik (2011). Ledelse i helseforetakene. En gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus. . I: S. Askvik, B. Espedal & H. Gammelsæther (red.), *Kunnskap om ledelse - Festskrift til Torodd Strand* (89-108). Bergen: Fagbokforlaget
- Viitanen, Elina, & Konu, Anne (2009). Leadership style profiles of middle - level managers in social and health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 22(2):108-120.
- Watkins, Hilary (2010). *An Overview of the Role of Nurses and Midwives in Leadership and Management in Europe*. NHS. Institute for Innovation and Improvement: European Hospital and Healthcare Federation.
- Yukl, Gary (1989). Managerial Leadership : A Review of Theory and Research. *Journal of Management*, 15(2):251.

12. Vedlegg til del 2: Intervjuguider og følgeskriv

Intervjuguide, til norske deltakere

Informasjon om: us, anonymitet, mulighet for å trekke seg når som helst, ber informant formidle sine umiddelbare tanker uten å bestrebe seg på fine formuleringer

Før undersøkelsen noteres info om:

- Om lederen: Kjønn, alder, utdanningsbakgrunn (fag + lederutdanning), type stilling
- Om enheten: Type enhet, størrelse på enheten, hvilke typer yrkesgrupper og antall ansatte som lederen har ansvar for
- Om sykehuset: Type sykehus (offentlig, privat, ideelt), tjenesteomfang på sykehuset/spesialiseringsgrad

- 1. Hva gjør du når du kommer på jobb om morgenen? Beskriv en vanlig arbeidsdag**
2. Dersom vi skal snakke om samarbeid i din hverdag, hvem samarbeider du med gjennom dagene?
3. Hvordan foregår samarbeidet?
4. Hadde du sett for deg at du skulle bli leder da du gikk på medisinstudiet/sykepleieutdanningen (o)?
5. Hvordan endte du opp som leder?
6. Hva gjorde du før denne stillingen?
7. Hva må du gjøre som leder i din enhet?
8. Kan du fortelle litt om hva du gjør av administrativt arbeid og hva du tenker om det?

9. Hvordan vil du definere ledelse? – bruk dine egne ord
10. Hvem avgjør hva du skal jobbe med?
11. Har ledelsesoppgavene blitt endret i perioden du har vært leder?
12. Hvordan er du som leder?

13. Kan man være en god leder og god fagperson som holder seg faglig oppdatert samtidig? Hvordan gjør man evt det?
14. Konflikt mellom fag (medisin) og økonomi?
15. Opplever du konflikter eller krysspress til andre profesjoner, ledelsen?

16. Hva ser du for deg som neste steg i karrieren?
17. Hvilke retrettmuligheter har du dersom du vil slutte som leder?
18. Hvilke incentiver brukes for å oppfordre til ledelse?
19. Tenker du på deg sjøl som *leder* eller knyttes din identitet først og fremst til din *faglige* bakgrunn?

20. Dersom jeg sier “kjønn og ledelse”, hva tenker du om det?
21. Hvordan omtaler dine kolleger mannlige og kvinnelige ledere?

22. Noe du vil tilføye eller presisere før vi avslutter?
23. Kan jeg kontakte deg dersom det er behov for supplerende info?
24. Kan dine svar fra dette intervjuet brukes videre etter mitt PhD-prosjekt? Anonymiteten bevares, selvfølgelig!

Interview guide, to German participants

Information: shortly about the project, anonymity, can withdraw from the study at any point, ask the participants to tell their immediate thoughts without using nice formulations

Background information

- The manager: Gender, age, education (professional + management), type position
- The unit: Type unit, size, types occupations/professions, numbers of employees the manager has responsibility for, size budget

Interview questions

1. What do you do when you are coming to work in the morning? Describe an “ordinary” day at work.
2. Who do you collaborate with through the day?
3. How does the collaboration take place?

4. Did you see yourself as a manager when you took your education?
5. How did you end up as a manager?
6. What did you do before this position?

7. What are your *managerial* responsibilities in the unit?
8. Can you tell what you are doing of *administrative work*, and what are your thoughts about this?
9. Who decides what you are doing as a manager?
10. Have the management responsibilities been changed in the period that you have been a manager?
11. (For managers with medical/nurse/health education background): Is it possible to be a good manager and a good and updated professional at the same time? How can one do that?
12. Are there any conflicts between a health professional focus and economy?
13. Do you experience any crossing pressure towards other professions or managers higher/lower in the hierarchy?

14. What is your next career move?
15. What retreat opportunities do you have if you do not want to be a manager anymore?
16. What incentives are used to encourage persons to become managers?
17. How do you think about yourselves; a *manager*, or first and foremost a *professional*?

18. If I am saying “gender and management” – what do you then think about?
19. How do your colleagues talk about male and female managers?
20. Can I contact you if I need further information?
21. Can your answers from this interview be used in the continuation of my PhD-project? Anonymously, of course!

Søknad om datainnsamling til PhD-prosjekt

Jeg er doktorgradsstipendiat ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen, med daglig arbeidsplass ved Institutt for statsvitenskap og ledelse, Universitetet i Agder. Til min doktoravhandling i statsvitenskap ønsker jeg å intervju og observere ledere i et helseforetak. Jeg søker derfor om å gjennomføre en studie ved NN sykehus. Mitt studieopplegg er meldt til Personvern for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste A/S.

Hensikten med mitt doktorgradsprosjekt er å finne ut hvordan forholdet mellom fag og ledelse i sykehus endres etter de senere års reformer og jeg gjør en sammenlignende studie mellom Norge og Tyskland. For norsk kontekst tar jeg utgangspunkt i reformer som berører ledelse direkte; innføring av enhetlig ledelse, statlig overtakelse av sykehusene og endringen fra forvaltningsorgan til helseforetak, samt innføring av innsatsstyrt finansiering. I Tyskland har det ikke vært spesifikke ledelsesreformer, men deres helsevesen har særlig vært preget av økonomiske reformer. I disse reformene ligger en implisitt forventning om at ledelse skal tilpasses og utvikles for å implementere endringene. Innføring av DRG har særlig påvirket ledelse av sykehus i dette landet.

Jeg ønsker å belyse mine problemstillinger ut fra lederes synsvinkel, og vil gjennomføre en kvalitativ studie med intervjuer, samt gjøre noen få observasjonsstudier. Når funnene fra denne innsamlingen er fortolket, vil jeg presentere de anonymiserte funnene for en fokusgruppe av personer som har kjennskap til ledelse fra både norsk og tysk kontekst for å validere funnene og for å belyse problemstillingen ytterligere. Dette gjøres ved et annet helseforetak. Utvelgelse av deltakere ønsker jeg å gjøre i samråd med organisasjonsdirektøren.

Jeg håper det er mulig å intervju følgende type ledere:

- 5 ledere med legebakgrunn
- 5 ledere med sykepleie/tilsvarende bakgrunn
- Begge kjønn og ulike ledelsesnivåer må være representert

Intervjuene er beregnet til å vare ca 1.5 time og dersom deltakerne aksepterer det, spilles intervjuene inn på bånd. Båndet blir så skrevet ut og fortolket. Intervjudataene vil bli behandlet konfidensielt og vil ikke være tilgjengelige for andre enn meg selv. Opptakene slettes etter disputasen (anslagsvis i slutten av 2013). Ved publisering blir ikke navnet på sykehusene



oppgitt og informantene anonymiseres. Jeg opplyser informantene om at de kan trekke seg fra studien når som helst.

Funnene fra studien blir publisert i min avhandling som tar form som en monografi, i tidsskriftsartikler, ved presentasjoner på akademiske konferanser og andre faglige sammenhenger.

Jeg legger ved eksempel på informasjonsskriv som sendes til aktuelle deltakere i studien.

Jeg håper på en positiv respons på min søknad om å gjennomføre en studie ved NN sykehus.

Vennlig hilsen

Laila Nordstrand Berg
PhD-stipendiat

Institutt for administrasjon og
organisasjonsvitenskap, UiB/
Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag, UiA
E-post: laila.n.berg@uia.no
Mobil: 480 64 094

Leder – NN
NN sykehus

Dato: 16. jan. 2012

Besøksadresse: Gimlemoen 25 H

Faks: 38 14 10 26

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt om ledelse i sykehus etter reformer

Jeg er en doktorgradsstipendiat fra Universitetet i Bergen, med daglig arbeidsplass ved Universitetet i Agder. I min doktoravhandling i statsvitenskap forsker jeg på ledelse i sykehus. Jeg ønsker å intervju ulike ledere i sykehus og henvender meg derfor til deg for å høre om du kunne tenke deg å stille til intervju. Hensikten med mitt doktorgradsprosjekt er å finne ut hvordan forholdet mellom fag og ledelse endres etter de senere års reformer og jeg gjør en sammenlignende studie mellom Norge og Tyskland.

Intervjuet foregår ved at vi tar utgangspunkt i din arbeidsdag som leder og så samtaler vi om dette ut fra noen spørsmål jeg ønsker å belyse. Jeg anslår at intervjuet tar ca 1.5 time. Dersom du ikke har noe imot det, vil jeg bruke båndopptaker og skrive korte notater mens vi snakker sammen. Båndet renskrives ordrett etterpå, teksten anonymiseres og det er kun jeg som har tilgang til kobling mellom bånd og tekst. Båndet slettes etter min disputas (anslagsvis i slutten av 2013). De anonymiserte notatene beholdes i tilfelle det er ønskelig med en oppfølgende studie. Det er frivillig å være med, og du kan trekke deg når som helst uten å oppgi noen grunn. Jeg ønsker også å gjøre en observasjonsstudie av noen av deltakerne og dette avtales underveis.

Funnene fra studien blir publisert i min avhandling som tar form som en monografi, i tidsskriftsartikler, ved presentasjoner på akademiske konferanser og andre faglige sammenhenger. Opplysningene blir behandlet konfidensielt og enkeltindivider og sykehus anonymiseres. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste A/S. Lurer du på noe kan du gjerne kontakte meg på e-post eller telefon (se nedenfor).

Utvelgelse av deltakere i studien skjer i samråd med organisasjonsdirektøren. Jeg håper at du er villig til å tilbringe noe tid sammen med meg og samtale om dette temaet. Dersom du vil være med i studien, ønsker jeg at du skriver under samtykkeerklæringen og returnere den til meg så snart som mulig, eller send meg en e-post med bekreftelse.

Vennlig hilsen

Laila Nordstrand Berg
PhD-stipendiat

Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, UiB/
Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag, UiA

E-post: laila.n.berg@uia.no

Mobil: 480 64 094

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om studien av ledelse i sykehus etter reformer, og er villig til å delta i studien.

Signatur	Dato
E-post	Mobil

To whom it may concern

Date: 20. February 2012

Visiting Address: Gimlemoen 25 H
Norway
Fax: +47 38 14 10 26

Request of assistance: Data collection for research project on health management reform in German hospital

Dear Madams and Sirs:

I hope this message finds you well!

I am a research fellow from the University in Bergen and University in Agder, Norway, working on my PhD in political science. My field of interest is hospital management and I am currently doing a **comparative study of management in German and Norwegian hospitals**. I am contacting you to ask if it is possible for me to arrange for a few interviews – ideally between 8 and 10 – and observation study at your hospital involving staff with managerial tasks and responsibilities, preferably toward the end of March 2012.

The objective of my PhD project is to investigate the relationship between a professional (medical) focus in management and general management in hospitals. In Norway, several reforms have affected management directly (e.g. through the introduction of unitary management, transferring the ownership of the hospitals to the state, and financial reforms). In Germany, financial reforms seem to have triggered similar adjustments of the management.

I would like to highlight my issues from managers' point of view and interview several persons, preferably between 8 and 10 (which would match the number of interviewees in Norway). The sample may include medical doctors with management responsibilities at different levels, and managers from other professions, and should reflect a gender balance if possible after all. Since my knowledge of the German language is not advanced enough, the interviews would be conducted in English. For my own recollection, I would suggest to tape-record and transcribe the interviews. For the observation study, I would like to ask permission to discuss with one person the daily routines.

The information from my study will be treated in a confidential way and the single individuals and institutions will remain anonymous. The findings of the study would be published in my doctoral thesis.

Would it be possible for you to help me identifying the appropriate persons at your hospital and support the conduct of this research project? I would then contact them directly. Rest assured that I will do my utmost possible to keep infringement on the daily routines of the hospital personnel concerned to a minimum.

If you have questions, please do not hesitate to contact me.

I am looking forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Laila Nordstrand Berg
Research Fellow

Department for Administration and Organization sciences, University of Bergen
Department for Political science and Management, University of Agder
Norway
E-mail: laila.n.berg@uia.no
Mobile: +47 480 64 094

Datum: 29. März 2012

Visiting Address:
Gimlemoen 25 H
NO-4604
Kristiansand,
Norway

Betr.: Bitte um Unterstützung bei der Datenerhebung zum EU-Forschungsprojekt ISCH COST Action IS0903- Management von Europäischen Gesundheitssystemen

Sehr geehrte Damen und Herren:

Erlauben Sie mir bitte, dass ich mich mit folgendem Anliegen heute an Sie wende

Ich bin Doktorandin am Lehrstuhl für Politikwissenschaften, der Universität in Agder, Norwegen und arbeite derzeit mit Wissenschaftlern der Universität Kassel an einer gemeinsamen Studie. Im Rahmen des von der EU initiierten ISCH COST Action IS0903 Programms untersuchen wir vergleichend deutsches und norwegisches Krankenhaus Management. Im Kern geht es bei dem Projekt darum, die täglichen Abläufe in der Krankenhausleitung aus der Perspektive der Geschäftsleitung zu untersuchen, zu vergleichen und voneinander zu lernen. In diesem Zusammenhang möchte ich Sie fragen, ob es möglich wäre, mit der Geschäftsführung Ihres Krankenhauses einige Interviews durchzuführen. Bei Einverständnis planen wir etwa 8-10 Interviews mit der Dauer von je 30 Minuten. Teilnehmerinnen und Teilnehmer könnten beispielsweise medizinisches Personal und Ärzte in entsprechenden Funktionen sein, Verwaltungsleitungen mit einem nicht-medizinischen Hintergrund usw.

Selbstverständlich unterliegen die Ergebnisse meiner Vertraulichkeit und werden nur in anonymisierter Form veröffentlicht. Ich werde auch darum bemüht sein, die für Sie damit verbundenen zeitlichen Belastungen minimal zu halten. Ich würde mich freuen, wenn Sie unser Projekt unterstützen könnten.

Gerne beantworte Ich Ihnen alle Ihre Fragen bezüglich des Projektes. Sie können mich unter der Rufnummer (+47)48064094 erreichen oder mir einfach eine E-Mail an laila.n.berg@uia.no schicken. Ich werde mich bei Ihnen in der nächsten Woche melden um eine eventuelle Teilnahme und Termine abzustimmen.

Mit freundlichen Grüßen,

Laila Nordstrand Berg
Doktorandin der Politikwissenschaften

Department for Political science and Management
University of Agder
Norway
E-mail: laila.n.berg@uia.no
Telephone: +47 480 64 094

Einwilligungserklärung

Ich habe die Information über das Forschungsproject bekommen, das sich um Krankenhausleitung handelt, und bin damit einverstanden, dass ich im Projekt teilnehmen möchte.

Signatur	Datum
E-Post	Handynummer



Laila Nordstrand Berg
Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Harald Hårfagers gate 29
H-5007 Bergen
Norway
Tel +47-55 58 21 17
Fax +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr 985 321 884

Vår dato: 16.02.2012

Vår ref:29240 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.01.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

29240
Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig

Hybrid ledelse i sykehus. En sammenlignende studie av ledelse i norske og tyske sykehus
Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder
Laila Nordstrand Berg

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

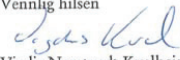
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Åsne Halskau

Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26
Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@iuh.no
TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7001 Inndheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjenn-waer@fort.ntnu.no
TRONDHØI NSD SVI: Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmas@svi.ut.no