

Foretak, management og medikrati

En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten

Dag Olaf Torjesen

Dr.polit-avhandling



UNIVERSITETET I BERGEN

ISBN 978-82-308-0504-6
Bergen, Norway 2008

Printed by Allkopi Ph: +47 55 54 49 40

Forord

Denne avhandlingen hadde ikke kommet i stand hvis det ikke hadde vært for den raushet og invitasjonen jeg fikk i 2002 om å ta del i ATM-prosjektet ved Rokkansenteret. I lange perioder har jeg hatt muligheten til å oppholde meg ved Rokkansenteret og høste rikelig med miljøstøtte. Takk først og fremst til Haldor Byrkjeflot som prosjektleder og biveileder, men også til alle gode kolleger og medstipendiater: Kari Gulbrandsøy, Birte Folgerø Johannessen, Inger Lise Teig, Monica Skjøld Johannesen, Simon Neby, Svein Ivar Angel. En spesiell takk til Ivar Lima for støtte og hjelp med data og analyser. Det samme til Karl Bang som stilte en påske til disposisjon for å bistå med datakjøringer. Torodd Strand, ved Institutt for Administrasjon og organisasjonsvitenskap som har vært min hovedveileder, skal ha en spesiell takk! Dine kunnskaper om ledelse har åpnet opp nye perspektiver på ledelse og inspirert meg til å tenke kontekstuellet om fenomenet. Samtidig har det blitt klart at ledelse er ingen enkel sak å forstå. Selv i en vanskelig tid – hvor vi begge har slitt med hvert vårt, har du alltid vært lett å spørre og hatt åpne linjer. Mange takk Torodd!

I mestedelen av avhandlingsarbeidet har tilstedeværelsen ved Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag ved Høgskolen i Agder vært min hovedbase. Her har mange kolleger gitt moralsk støtte og faglige tips: Elin Fjellbråten, Charlotte Kiland, Reidun Dyhr Nilsen, Kirsten Horrigmo, Ivar Borgersen, Ivar Amundsen, Jan Erik Grindheim, Hans Petter Sand, Ståle Angen Rye, Dag Ingvar Jacobsen, Jan Thorsvik, Jarle Trondal, Morten Øgård, Johnny Holbek og Kin Nicolaysen. En takk til dere alle – for motivasjon, faglige tips og nyttige informasjon! En spesiell takk til Jan-Erik Hallandvik ved Institutt for helsefag for gjennomlesning og kommentarer på enkeltkapitler.

Ved avslutningen av prosjektet var Aase Marthe Johansen Horrigmo til stor hjelp med tekstbehandling og formatering av avhandlingen. Takk! Det samme til Lisbeth Pedersen og Oddbjørn Johannessen som begge har bidratt med korrekturlesning. All den service og bistand jeg har fått fra biblioteket ved HIA (som jeg tror må være Norges beste høyskole- og universitetsbibliotek på service), har vært uvurderlig og en svært viktig brikke i å få dette puslespillet på plass. Mange takk til Ragnhild Jensen, Tord Augland og Lone Bak (som leste korrektur på den danske artikkelen) og alle dere andre blide og ekspeditte bibliotekarer ved HIA.

I introduksjonsfasen av prosjektet var Idar Magne Holme til uvurderlig nytte med å dele sine kunnskaper og materiale om spesialisthelhetstjenestens politiske og administrative irrganger. En spesiell takk også til Gjermund Haslerud for hjelpsomme kommentarer og støtte i dataanalyser. En stor takk til alle masterstudenter som jeg har veiledet i perioden som har stått med ett bein

sykehusverden og ett i studentverdenen, dvs. Anne Mia Myhre, Laila Nordstrand Berg, Kari Ilebakk, Rune Jonassen, Henning Garsjø og Paul Amani.

Forskningsleder ved Sørlandet sykehus, Svein Gunnar Gundersen har bidratt med moralsk (ikke minst), faglig og økonomisk støtte ved å stille midler fra Sørlandet Kompetansefond til rådighet. Slik har en fra en liten utpost i Kristiansand kunnet holde kontakten med Rokkansenteret og bygge nettverk med større forskningsmiljø knyttet til administrative helseforskning i Norden. Her vil jeg takke mine medforfattere, Hallgeir Gammelsæter og Karsten Vrangbæk for fruktbart samarbeid, spennende dialoger og faglige “ballvekslinger”. Det same gjelder Peter Kragh Jespersen. Takk for at du alltid var tilgjengelig når jeg lurte på noe, viste interesse for oss administrative helseforskere i Kristiansand og stilte leilighet til disposisjon og muliggjorde mitt mini opphold i ved Universitetet i Ålborg.

Jeg vil også gi en dyp takk til alle hjelpere ved Vest-Agder sykehus og Rikshospitalet som da jeg var syk på begynnelsen av 1990-tallet – har gjort meg frisk og rask! – slik at det har vært mulig å fortsette med undervisning og forskning.

I alle disse årene som har gått med til dette prosjektet, har jeg sikkert ikke vært lett å ha i hus. Mine tanker og oppmerksomhet har ikke alltid vært tilstede, men langt inne i fag og sykehusverdenen. Gro, Aleksander og Sira – takk for at dere har kunnet dele dette “autistiske” forskerlivet, hvor en egentlig aldri har fri!

Gimlemoen, august 2007

Dag Olaf Torjesen

English summary

This thesis consists of four articles that deal with the introduction of unitary management from 2000 and health enterprise reform from 2002 in Norwegian specialist health care (hospitals).

The first of the articles ("Knowledge, professions and management. Knowledge perspectives on management in Norwegian healthcare") focuses on the historical traditions and formations of the old collegiate management structure in Norwegian hospitals and how these collegiate forms were founded on the medical profession's extensive autonomy, bio-medical knowledge and health planning. The article also examines how Norwegian nurses in the post-Second War period adopted knowledge from the field of general management in US universities, and how this knowledge adopted by the nursing profession is an early indication of how the nurse adopt to the present professional management regime in Norwegian health enterprises. This also gave nurses access to management positions and legitimacy as managers within this regime.

The second article ("State ownership and enterprises, new conditions for management in Norwegian hospitals") studies the question of whether hospital managers have gained more autonomy after the introduction of the health enterprise reform. Even though Norwegian authorities have invested a great deal of effort in reforming hospitals into autonomous enterprises by means of empowered general management, medical management and the professional logic still have a strong standing in hospitals. If general management has become more important in Norwegian hospitals, this is in the administrative top management, where it has become centralised and empowered according to an economic logic. Most of the managers in the reformed Norwegian hospitals are still managing in accordance with a professional, medical logic. The exception is nurses who hold new management positions. Nurses are adapting through more involvement in and commitment to the new managerial expectations, more so than the physicians who more or less are ignoring the managerial reform attempts.

The third article ("*Management between autonomy and transparency*") investigates how the recent Norwegian hospital reform can be seen as a vehicle to transform the mode of managing a hospital. The traditional collegiate form of management characterizing Norwegian hospitals has been challenged by deliberate efforts to implement general management, including the principle of unity of command. A simultaneous development, however, has been efforts at increasing transparency, giving the public better information about the costs and quality of the hospitals. This article sets out to show how an executive group of hospital managers dealt with these new organizational constraints. In accordance with the reform ideology, the managers unanimously accepted performance unit accountability, unity of command, and the distinction between professional and general management. However, they also pointed out dissonance between their assumed accountability and their lack of power. To resolve this paradox, they

cleverly set out to exploit the financial incentive system to increase revenues. This was revealed by investigative reporters taking advantage of publicly accessible databases concerning the operations performed in hospitals.

The fourth article (*"Hospital managers' perceptions of the conditions of management in Denmark and Norway"*) compares hospital managers' perceptions of their management context in Denmark and Norway. Survey data from recent Danish and Norwegian studies are used to compare and contrast the two countries particularly in regard to four themes: 1) perceptions of the hospital's relation to its environment, 2) perceptions of staff motivation, 3) perceptions of stimuluses for change, and 4) value orientations. The main purposes of the article are, thus: 1) to investigate variation in perceptions of management conditions in two countries that may appear very alike in cultural terms; 2) based on this, to investigate the impact of the Norwegian hospital management reform in 2002; and finally 3) to develop more general statements about hospital management based on data from the two countries.

Publikasjonsliste

- Gammelsæter, H. og Torjesen, D.O. (2005) Ledelse mellom autonomi og innsyn I helseforetaket. *Nordiske Organisasjonsstudier nr. 2/2005*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torjesen, D.O. (2007) Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*. Vol. 48, Nr 2. 275-290.
- Torjesen, D.O. Statlig eierskap og foretaksmodell, nye rammebetingelser for ledelse i norske sykehus. Paper presentert på The 18th Academy of Management. Århus 2005.
- Vrangbæk, K. og Torjesen, D.O. (2005) Sygehuslederens oppfattelse af ledelsesvilkår i Danmark og Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier nr. 2/2005*. Bergen: Fagbokforlaget.

Innholdsfortegnelse

FORORD	1
ENGLISH SUMMARY	3
INNHOLDSFORTEGNELSE	6
KAPITTEL 1	8
LEDELSE SOM VERKTØY FOR OMSTILLING OG FORNYING I DEN NORSKE SPESIALISTHELSETJENESTEN	8
LEDELSES- OG HELSEFORETAKSREFORM	8
NÆRMERE OM AVHANDLINGENS TEMA OG HOVEDPROBLEMSTILLINGER	15
AVHANDLINGENS TEORETISKE FORTOLKNINGSGRUNNLAG	17
EN NÆRMERE IDEALTYPISK BESKRIVELSE AV DE ENKELTE LOGIKKER	20
SAMMENDRAG AV AVHANDLINGENS ARTIKLER OG HOVEDFUNN.....	24
KONKLUSJONER	34
KAPITTEL 2	44
KUNNSKAP, PROFESJONER OG LEDELSE – KUNNSKAPSPERSPEKTIVER PÅ LEDELSE I NORSK HELSETJENESTE	44
ET KUNNSKAPSPERSPEKTIV PÅ LEDELSE I HELSETJENESTEN	44
SYKEPLEIERNE I ETTERKRIGSTIDENS LEDELSE I SYKEHUS.....	48
DET MARKEDSLIBERALE KUNNSKAPSREGIMETS FREMVEKST OG PROFESJONSSTATENS SAMMENBRUDD	53
NYE KUNNSKAPSREGIMER – HELSEØKONOMI OG ENHETLIG LEDELSE.....	57
KAPITTEL 3	59
STATLIG EIERSKAP OG FORETAKSMODELL – NYE RAMMEBETINGELSER FOR LEDELSE I NORSKE SYKEHUS	59
BAKGRUNN.....	59
DISKUSJON.....	74
KAPITTEL 4	81
LEDELSE MELLOM AUTONOMI OG INNSYN I HELSEFORETAKET	81
SAMMENDRAG	81
LEDELSE MELLOM AUTONOMI OG INNSYN.....	82
DEN NORSK FORETAKSREFORMEN OG ENHETLIG LEDELSE.....	86
DATA OG METODE	87
NY ORGANISERING – MER AUTONOME LEDERE?.....	89

ØKT AUTONOMI GJENNOM ØKT "VERDISKAPING"?	91
AVSLUTTENDE DISKUSJON	94
KAPITTEL 5	97
SYGHEUSLEDERES OPFATTELSE AF LEDELSESVILKÅR I DANMARK OG NORGE	97
INDLEDNING	97
METODE	98
LEDERNES FORTOLKNING AF ÆNDRINGER I OMVERDENSRELATIONER	100
FORANDRINGSIMPULSER	107
AFSLUTTENDE BEMÆRKNINGER OG DISKUSSION	112
LITTERATUR	115
APPENDIX	126
APPENDIX 1	126
APPENDIX 2	128

KAPITTEL 1

Ledelse som verktøy for omstilling og fornying i den norske spesialisthelsetjenesten

I Forvaltningspolitisk redegjørelse til Stortinget våren 2002 bebudet administrasjonsminister Jørgen Kosmo en sterkere satsing på ledelse i staten. Statens ledelsessatsing innebar også en innholdsmessig endring i offentlig ledelse. Han sa blant annet at:

”Lederne er tiltenkt et større ansvar og myndighet til å gjennomføre omstillinger og fornying i egen virksomhet. Dette innebærer bl.a. å kunne utvikle arbeids- og samarbeidsformer i egen virksomhet. En utfordring for ledere er at de ikke lenger har sin posisjon i kraft av at de kan mer enn andre”.¹

Den daværende administrasjonsministeren målbærer på denne måten en endring i synet på ledelse i statlige virksomheter. Tradisjonelt har fagkunnskap og profesjonelle standarder vært det man har satt sin lit til når det gjelder styring, administrasjon og drift av statlige og andre offentlige organisasjoner. Forvaltningspolitikken som ble formulert rundt årtusenskiftet innebærer et eksplisitt brudd med denne tradisjonen, og setter *ledelse* i fokus som verktøy for så vel styring og drift, som endring og modernisering av statlige virksomheter. Et av de områdene av offentlig virksomhet der fag, vitenskap og profesjon i særlig sterk grad har dominert oppfatninger og praksis for organisering og ledelse, er sykehussektoren. Hvilken betydning statlige myndigheters satsing på ledelse som et instrument og fag ”i seg selv”, har fått i sykehussektoren er den sentrale tema for denne avhandlingen.

Ledelses- og helseforetaksreform

Konkret har det nye synet på ledelse i staten blitt forsøkt innført i den norske spesialisthelsetjenesten gjennom to betydelige reformer ved begynnelsen av årtusenet. *Ledelsesreformen* i spesialisthelsetjenesten dreide seg om introduksjon av såkalt ”enhetlig ledelse” i alle norske sykehus fra 2000. Enhetlig ledelse kan imidlertid ikke ses uavhengig av den andre store reformen i sykehussektoren, *Helseforetaksreformen* fra 2002. Denne reformen innebærer at alle offentlige sykehus har blitt omorganisert fra fylkeskommunal forvaltningsvirksomhet til statlige fristilte helseforetak.² *Sammenhengen* mellom disse reformene ligger nettopp i at foretaksorganiseringen forutsetter en sterkere vekt på ledelse for å fylle det styringsbehovet som oppstod i sykehusene ved fristillingen. Hovedspørsmål for denne

¹ Administrasjonsminister Jørgen Kosmo i Forvaltningspolitisk redegjørelse til Stortinget 10. mai 2002

² Jf. Ot.prp. nr. 66 (2001-2002) Om lov om helseforetak m.m.)

avhandlingen blir dermed hvordan ledelse i sykehus forstås og utøves innenfor konteksten av endringen i ledelsesprinsipp og organisasjonsform. Parallelt med de nye forvaltningspolitiske signaler for ledelse i staten kan historien om den nye ledelsessatsingen i norske sykehus spores tilbake til begynnelsen av 1990-årene til et utvalg som ble oppnevnt av Sosialdepartementet for å komme med anbefalinger om ledelse i offentlige sykehus.

Bakgrunn – ”enhetlig ledelse”

I 1990 anbefalte det såkalte Andersland-utvalget å innføre fagnøytrale ledelsesformer i sykehusene som var sterkt inspirert av den amerikanske ledelsestenkning fra storkonsern og business (General management). Det nye synet på ledelse hos Andersland-utvalget, utfordret sektorens tidligere tradisjoner for ledelse.³ Det var ikke lenger den med høyest faglig kompetanse som skulle lede avdelinger og enheter i sykehus, men den med best lederegenskaper. Spesielt fra medisinsk faglig hold skapte forslaget mye debatt og motstand som medførte at forslaget om å innføre fagnøytral ledelse i første omgang ble lagt vekk. De samme ideene kom imidlertid på den politiske dagsorden igjen i forbindelse med det såkalte ”Pasienten først-utvalget” (NOU 1997:2). Her ble det slått fast at ledelse i sykehus ikke bare dreide seg om ledelse av fag, men om sykehusenes behov for at ledelsesmessig totalansvar ble knyttet til en enhetsleder på alle nivå og enheter. På denne bakgrunn anbefalte utvalget å erstatte de eksisterende faglige, parallelle medisinske og sykepleiefaglige ledelseshierarkiene med et enhetlig hierarki, dvs. enhetlig ledelse. I 1999 ble den enhetlige modellen lovfestet og introdusert i samtlige sykehus innen spesialisthelsetjenesten.⁴ I dag, vel sju år etter at den nye enhetlige modellen for ledelse ble introdusert, har ca 95 % av sykehusene tatt modellen i bruk.⁵ Hvis en går argumentasjonen i ”Pasienten først-utvalget” nærmere etter i sømmene, vil en se at argumentasjonen bygde på en antakelse om at pasienten ikke lenger forholdt seg til profesjoner, men til den samlede sykehusorganisasjonen. Dette var i tråd med en ny type helsepolitisk tenkning, der pasienten blir omdefinert fra pasient til ”kunde”, samt at myndighetene så et behov for bedre styring av ressursbruken i sektoren. Sykehusene skulle fra nå av reformeres gjennom nye lederroller ovenifra, profesjonene skulle temmes og budsjettene skulle holdes. Hvem ville egentlig ha tvetydig ledelse, uregjerlige fagfolk, misfornøyde pasienter? Kuren som skulle løse disse problemene var mer ledelse slik det fremgår av Pasienten først-utvalget:

³ Ledelse i sykehus (Andersland-utvalget). Oslo: Sosialdepartementet, 1990.

⁴ Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesteloven står det i § 3-9 om ledelse i sykehus: ”Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer”.

⁵ Intorg Samdata 2006.

”Lederen skal være leder av en organisatorisk enhet – ikke for en enkelt yrkesgruppe”

(NOU 1997:2 s. 15)

En av de mest fremtredende talsmenn for den nye ledelsesfilosofien i norske sykehus, Paul Hellandsvik (tidligere regiondirektør i Helse Midt-Norge), gir her en nærmere utdyping av behovet for mer ledelse i sykehusene:

”Vi ser en sektor hvor ledelse av en eller annen grunn har vært underprioritert i mange år. Hvis du skal lete etter en grunn, så er det fordi den autoritære ledelsesformen, altså overlegen som er sjef fordi han kan faget best, har vært tradisjon i helsesektoren. For eksempel var relasjonen mellom pasient og overlegen alltid et en-personforhold, samtidig har medisinen splittet seg opp (...) så får pasienten en relasjon til organisasjonen og ikke til person. Så det blir organisasjonens uttrykk, det vi gjør sammen som f.eks. mot deg som pasient, som forteller om vi er god eller dårlig.”⁶

Helseforetaksreformen fra 2002

Da helseforetaksreformen kom i 2002 materialiserte forventningene til ledelse seg ytterligere i tilknytning til norske sykehus. I samsvar med foretaksmodellen legges det opp til mer ansvarliggjort og bemyndiget ledelse. Gjennom tildelt budsjett blir ledere innsatt i en direkte hierarkisk styringslinje fra regionalt helseforetak til lokale helseforetaks resultatenheter, dvs. enkeltklinikker og avdelinger. Ved å bemyndige ledere i regionale og lokale helseforetak, forsøker myndighetene å plassere sykehusene på en armlengdes avstand til den politiske ledelsen i Helsedepartementet og transformere sykehusene til tidsriktige foretak. På samme måte som i statsrådets fristilte virksomheter i 1990-årene, vil heller ikke sykehusledere lenger primært ha sitt mandat fra fag og politikk. Det grunnleggende kriteriet for ledelse i staten har nå blitt styringsmessig effektivitet og entreprenørisk omstillingsevne.⁷ Denne typen ideer om ledelse har sine røtter i *managerialismen* (Barnard 1938), som definerer et sett av forventninger, verdier og tro på ledelse (Clarke og Newman 1977, Pollit & Bouckaert 2004, Sørhaug 2004, Strand 2007).⁸ *Managerialismen* understreker betydningen av en hierarkisk styringslogikk. For å få organisasjoner til å endre seg i ønsket retning er det nødvendig med hierarki, orden, kommando, enhet og dermed profesjonalisert ledelse (ledelse som eget fagområde) (Lian 2003). Managerialismens ideer har vært en av de sentrale byggesteiner i de

⁶ Intervju med Paul Hellandsvik 13.09.05. Intervjuet er foretatt av Lene Pilskog

⁷ Fra 1990-årene har dette vært den dominerende organisasjons- og ledelsestenkningen i den norske staten hvor det spesielt er hentet forbilder fra angloamerikanske land og tidligere fristilte virksomheter, dvs. fristilte statlige aksjeselskaper, særlovsselskaper, statsforetak (NOU 1989:5, NOU 1999:15, Christensen og Lægred 2002).

⁸ Managerialisme forklares gjerne som et samfunnsfenomen og ideologisk bølge der forandringer og forbedringer i organisasjoner og samfunn forstås gjennom en ledelsestro, dvs. at vi er under påvirkning av moter som mer reflekterer våre egne kollektive forhåpninger enn reelle muligheter til å styre (Strand 2007:14).

siste årtiers New Public Management-inspirerte modernisering i offentlig sektor (Hood 1991). Også resepten som kom til å prege det nordiske NPM-inspirerte omstillingsarbeidet har vært introduksjon av ledelsesformer, fristilling, privatisering, markedsretting, kontraktsstyring og økonomisering (Christensen og Læg Reid 1998). Politikerne skulle ikke lenger fastsette målene og implementeres lojalt av byråkrater og fagfolk. De politiske målsettingene, vil i NPM-perspektivet være mindre spesifikke slik at lederes skjønnsutøvelse får mer spillerom. Ledelse i betydningen ”profesjonell ledelse” får dermed en overordnet status og forrang i forhold til faglig og teknisk ekspertise, nettopp fordi NPM-doktrinen bygger på en forestilling om at ledere må ha skjønsmessig makt for å kunne omstille og oppnå resultat (du Gay 1994,1996, Hood 1991).

Den norske helseforetaksreformen og ledelsesreformen er tydelig beslektet med den samme tenkningen, dvs. profesjonalisert og bemyndiget ledelse, hierarkisk foretaksorganisering, skille mellom eierskap og drift og politisk uavhengige foretaksstyrer (Eilertsen 2003) Myndighetene har i tillegg forsøkt å etablere rammebetingelser for en mer markedsinspirert helsepolitikk: Fra 1997 introduksjon av stykkprisfinansiering, fra 1999 ny pasientrettighetslovgivning og pasienters rett til fritt sykehusvalg fra 2001. Til sammen betyr det at ledelse nå er stilt under nye konkurranselignende betingelser; med et større økonomisk og resultatavhengig ansvar – der den enkelte sykehusleder nå blir målt på prestasjoner (performance management) og foretaksomme evner. På denne bakgrunn har sykehussektoren fra slutten av 1990-årene blitt underlagt nye NPM-liknende rammebetingelser, slik sammenstillingen under viser:⁹

- Økt fristilling av sykehusene gjennom Lov om helseforetak fra 2001
- Økt satsing på profesjonalisering av ledelse – enhetlig ledelse fra 1999
- Sentralisering av makten til en prinsipal – statlig eierskap fra 2002
- Økt bruk av incitament som styringsform, f.eks. gjennom innsatsstyrt finansiering og DRG-systemet fra 1997
- Profesjonelle, dvs. ikke partssammensatte styrer
- Større skille mellom helsepolitikk og tjenesteproduksjon, bestiller- utfører modell
- Økt valgfrihet for pasientene gjennom lov om pasientrettigheter (1999) og fritt sykehusvalg (2001)

(se f.eks. Vareide 2001, Eilertsen 2003, Opedal og Stigen 2005)

⁹ f.eks. NOU 1997:2 ”Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus”, ”Helselovpakken: Lov om helsepersonell” (Ot.prp. nr. 13. 1998-99), ”Lov om pasientrettigheter, pasientrettighetsloven” Ot. prp. nr. 12 1998-99), ”Lov om pasientrettigheter” (2. juli 1999 nr. 63)” Om lov om helseforetak” (Ot.prp. nr 66. 2000 2001)

Hvordan betraktes ledelse i dette arbeidet?

Ledelse er ikke et entydig begrep, det er et performativt begrep, der ”enhetlig ledelse” fylles med innhold ved bruk. I denne avhandlingen har jeg lagt til grunn to forutsetninger for å studere ledelse. For det første at ledelse får mening og virkning avhengig av hva slags kontekst den inngår i. For det andre at ledelse er en virksomhet som i særlig grad berøres av usikkerhet, konflikt og mangetydighet i organisasjoner (Strand 2007:12). Alt i alt hviler denne studien på en erkjennelse av at det er problematisk å gripe ledelse på sikkert grunnlag. Det er likevel mulig å antyde, med en minimumsdefinisjon, hva ledelse kan være, f.eks. hva slags ansvar, mandat og funksjoner ledere kan inneha.

Når det er snakk om ledelse er dette vanligvis personer og organisasjonsmedlemmer med *ansvar for andres arbeid* som igjen betinger at de *innehar tilstrekkelige ressurser til å påvirke andres atferd*.

Ledere er også personer som må stå *ansvarlig for organisasjonens resultat*.

Samtidig vil ledere gjerne ha et *mandat eller en tillitserklæring* som gir dem mulighet til å handle på vegne av organisasjonen. Dette mandatet vil imidlertid avhenge av deres evne til å beherske usikkerhet og deres evne til å vinne oppslutning og tillit blant sine medarbeidere.

Til slutt blir det definisjonsmessig pekt på at ledere utfører funksjoner som er *viktige for organisasjonens langsiktige overlevelse*. Selv om ledere kan inneha formelle posisjoner gir imidlertid dette bare rammen for lederskapets innholdsmessige side (Strand 2007:26). Når ”nye” ledere og tidligere fagpersoner formelt blir utpekt som direktører, klinikkjefer og avdelingsledere i helseforetakenes lederhierarkier, er det dermed ikke sikkert de innholdsmessig vil nå opp til forventningene om et mer profesjonalisert lederskap.

Hvilke ledergrupper studeres i dette arbeidet?

Når det i dette arbeidet er snakk om ledere, menes det for det første den øverste ledelsen i lokale helseforetak, dvs. *direktører, klinikkjefer*. For det andre menes det også ledere på mellomnivå i lokale helseforetak, dvs. *avdelingsledere*.

Direktører, divisjonsdirektører og klinikkjefer (som i enkelte helseforetak benevnes, klinikkdirektører, avdelingssjefer, avdelingsdirektører divisjonsdirektører) har vanligvis det totale, overordnede ansvaret for alle aktiviteter i sykehuset, klinikken, divisjonen. De vil normalt ha fullt resultatansvar for faglige og kvalitetsmessige forhold, for personalet, for økonomi, aktiviteter og daglig drift og for den overordnede strategiutviklingen for enheten. Klinikksjefene vil som regel lede hvert sitt overordnede medisinske spesialt, med tilhørende

underspesialer, f.eks. klinikkssjef for medisin, klinikkssjef for kirurgi, klinikkssjef for psykiatri, men også f.eks. direktører for servicefunksjoner, personale og teknisk drift kan befinne seg på samme hierarkiske nivå som klinikkssjefer. I enkelte helseforetak hvor en har organisert i divisjoner benevnes disse lederne som divisjonsdirektører. Klinikksjefer kan igjen være overordnede ledere for en rekke underklinikker og avdelinger på ulike geografiske steder innenfor en lokal helseforetaksgruppe. Klinikksjefene o.a. vil rapportere til administrerende direktør, som er den øverste administrative leder for en lokal helseforetaksgruppe, som igjen rapporterer til det lokale helseforetaksstyret og ledelsen i det regionale helseforetaket.¹⁰ Klinikksjefer og direktører vil således kunne være ledere og ansvarlige for et betydelig antall mennesker, ressurser og budsjett. Innen de enkelte helseforetak blir det årlig utarbeidet individuelle prestasjonsbestemte lederavtaler for klinikkssjefer og direktører. Ofte vil denne typen ledere ha en kombinasjon av helsefaglig utdanning (medisin, sykepleie, psykologi, fysiokjemikere, radiografer, eller annet) og lederutdanning på universitet/høgskole. Selv om klinikkssjefer, divisjonsdirektører og direktører fremstår som strategiske toppledere, opprettholder spesielt klinikkssjefer med medisinsk bakgrunn klinisk arbeid, dvs. at de kombinerer fulltidsledelse med klinisk aktivitet i større eller mindre grad.

Enkelte helseforetaksgrupper har færre ledernivå, dvs. uten klinikkssjefstruktur. I disse tilfellene vil avdelingsledere rapportere direkte til administrerende direktør eller sykehusdirektør og fremstår dermed som en del av toppledergruppen i det lokale helseforetaket.

Etter helseforetaksreformen i 2002 har antall formelle ledernivå økt fra tre til fire nivåer. I 2005 har de fleste sykehusene (lokale helseforetak) (94 %) tre eller fire formelle ledernivå (direktør, klinikkssjef, avdelingsleder, seksjonsleder o.a.). Den tradisjonelle avdelingslederstrukturen (der avdelingsledere rapporterer direkte til direktør, dvs. flat struktur) er på retur til fordel for større blokker divisjoner, klinikker, områder. Selv om trendene går i retning av å etablere mer sentraliserte strategisk ledernivå i norske sykehus, skjer det likevel en bemyndigelse av ledelse på alle nivå ved at fullmakter flyttes lengre ned i styringslinjen. Ansettelse av personell gjøres i større grad mer desentralisert enn tidligere. Avdelingenes og klinikkenes inntekter og utgifter synliggjøres i egne budsjetter (lønnsutgifter, pasientbehandlinger, innkjøp o.a.). Avhengig av det enkelte sykehusets interne organisering blir fullmakter lagt til klinikkssjef, avdeling, eller seksjonsledere.

¹⁰ De regionale helseforetakene har formelt sett en autonom rolle. Stortinget bestemmer rammene for helseforetakenes drift, mens statsråden utgjør generalforsamlingen i de regionale helseforetakene. Den formelle styringen fra staten foregår ved at statsråden kan påvirke styresammensetningen i de regionale foretakene og gjennom styringsdokument.

De fleste ledere (79 %) i norske sykehus er ansatt uten tidsbegrensning, mens 21 % av ledere i norske sykehus er ansatt på åremål.¹¹

Medikrati og ledelse

Managerialisme eller New Public Management er et normativt system hvor det ikke lenger blir antatt at profesjonelle vet best; vi blir i stedet invitert til å akseptere at managere gjør de riktige ting (Newman 1998, Clarke, Gewirtz & Mclaughlin 2000). Tidligere erfaringer viser imidlertid at fagprofesjonelle medarbeidere i sykehus ikke alltid aksepterer at profesjonelle administratorer og ledergeneralister vet best (Doolin 2001, Kragh-Jespersen 2005). Sykehus fremstår som rimelig resistente mot ytre ledelsesmessig styring og kontroll, dvs. de betraktes gjerne som *medikratiske institusjoner*. Dette er institusjoner hvor legene historisk har innehatt de fleste ledelsesposisjonene og hatt en utstrakt autonomi og kontroll over den medisinske virksomhet med basis i sitt kunnskapsmonopol (Berg 1991). Satt på spissen: Ingen andre, verken byråkrati, profesjonelle ledere eller markedsaktører kan vurdere kvalitet i medisinsk virksomhet. Kolleger eller den medisinske profesjonen selv vil derfor være de eneste som kan regulere medisinen på en sikker måte der kunnskap og kvalitetsvurderinger inngår. Det betyr at den indre medikratiske regulering foregår a) *formelt hierarkisk* i regi av legenes egne organisasjoner og kunnskapshierarki, men også b) *uformelt gjennom profesjonens nettverk og kultur*: ”der medisinerer prater hverandre opp og ned” i et uformelt statushierarki, og der langvarig profesjonsutdanning og praksis bidrar til sosialisering og internalisering av medikratiske normer blant legerekruttene. Ifølge Berg (1991:151) er ”medisinens egne institusjoner, med sine hierarkiske trekk, instrumenter for den kulturelle og sosiale egenregulering” og ikke ytre og fremmede reguleringsinstitusjoner. Det betyr at selv om leger formelt inngår i helseforetakenes formelle lederhierarki, vil de likevel ha et referansepunkt og mandat med utgangspunkt i en medikratiske forankring. Legenes indre formelle og uformelle selvstyre har historisk vært dominerende i sykehusene, og sykehusene har utviklet seg i takt med medisinske fremskritt og spesialisering. Samtidig har det ledelsesmessige ansvaret hatt en kollegial forankring, dvs. faglig ledelse, der medisinsk kunnskapsmonopol avleder ”ledelsesmonopol” i det medisinske ledelseshierarki.

I tillegg til de medisinske ledelseshierarki, har såkalt ”*todelt ledelse*” preget sykehusene gjennom de siste 25 årene. Dette parallelle systemet, hvor sykepleien har hatt ledelsesmessig ansvar for pleiefunksjoner og medisinen det medisinske ledelsesansvaret, kan trekkes langt tilbake i tid, men ble fra 1980-årene institusjonalisert og lovfestet som standardmodell for ledelse i sykehus (Melby 1990).

¹¹ Kilde: INTORG – Organisering og ledelsesstrukturer ved norske sykehus. SINTEF Helse 2006.

Samtidig kan en trekke frem et tredje ”administrativt hierarki” som har fått stadig større betydning for ledelse i sykehus. Politikere og administratorer har i lang tid reist spørsmål om legenes evne til å kontrollere seg selv, dvs. om en kan stole på legenes samfunnsbevissthet og moral m.h.t. pengebruk.¹² Denne ”tvilen” har aktualisert seg mer og mer etter hvert som det offentlige har fått en stadig viktigere rolle å spille i forhold til finans, eierskap og drift av sykehusene. På denne måten har sykehusenes fagstyre blitt utsatt for et stadig sterkere administrativt og politisk press ovenifra, men også nedenifra gjennom økt pasientbevissthet og større grad av markedsregulert medisin (Berg 1991:160). Når myndighetene fra tusenårsskiftet innførte foretaksorganisering og fagnøytrale ledelsesformer i sykehusene, kan dette tolkes som et foreløpig endepunkt i en lang historisk kamp mellom politikk, administrasjon og legestyre (medikrati) der de førstnevnte streber etter stadig mer styringskapasitet over sykehusene og deres profesjonelle.

Nærmere om avhandlingens tema og hovedproblemstillinger

Et sentralt spørsmål har vært *om profesjonelle vil kunne tilpasse seg til nye lederroller i overensstemmelse med nye krav og forventninger helseforetaksmodellen legger opp til*. Vil sykehusledere og profesjonelle fagledere forandre seg når helseforetaksmodell og fagnøytrale ledelsesformer introduseres? Vil ledelse under de nye forutsetningene få en sterkere betydning, dvs. bli mer autonome og få en større beslutningsmessig og styringsmessig betydning i sykehusene?

På bakgrunn av tidligere forskning vil det være mulig å formulere mer presise og avgrensede problemstillinger og spørsmål knyttet til de ulike profesjonsgruppenes tilpasninger, dvs. leger og sykepleiere.

a) Et første perspektiv på tilpasning til helseforetaksreform og ledelse kan dermed bli en *integrasjonstilpasning* blant ledende leger. I stedet for at administratorer og reformatorer utelukkende utsetter legene for nærstyring, kan det tenkes at tankemønstre og adferd endres, slik at legene selv blir bærere av reformideer og i stand til å integrere nye ledelsesformer og økonomiske premisser i sine medisinske overveielser. Denne *integrasjonstilpasningen*, vil bety at fag og reform går hånd i hånd:

¹² Jf. Berg (1991.156) vil den som betaler gjerne kontrollere hvordan midlene brukes. Når det gjelder finansiering har legene vært opptatt å finne ordninger som ikke tok fra dem deres operative frihet. Gjennom økt offentlig finansiering er konsekvensene at legene har blitt utsatt for stadig mer ”økonomisk formynderi”.

”Dvs., at legene tar inn over seg premisser de ytre instanser legger vekt på og integrerer økonomiske premisser i sine medisinske overveielser.”

(Berg 1991:171)

Denne tilpasningsstrategien kan komme til uttrykk ved at medisinen velger å gå mer aktivt inn i manageriale roller, dvs. det som i internasjonal litteratur omtales *clinical management*, der legeledere utvikler grenseroller i skjæringsfeltet mellom medisinskfaglige identiteter og profesjonell ledelse, dvs. forvandler seg til clinico-managerial hybrider (Krag Jespersen 2005). Hybridledelse kan oppfattes som en sammensmelting av kryssende og motstridende krav, verdier og hensyn mellom fag og management. Hvis denne typen tilpasning finner sted, vil det bety at medisinen inngår i et aktivt fortolkningsfellesskap med helseforetakenes profesjonelle toppledelse.¹³ En integrasjonstilpasning vil innebære at kliniske lederroller vil komme til å harmonere med foretaksidentitet, der medisinske ledere tilpasser seg lojalt og inngår i en hierarkisk styringslinje i helseforetakene. b) Motsatt av en integrasjonstilpasning, kan vi tenke oss et alternativt *motstandsperspektiv*, dvs. at legene anlegger en motstands- og vegringstilpasning mot ytre styringsmessige forsøk: ”der legeledere sanksjonerer reforminitiativ” og ”bevisst utnytter at deres faglige praksis ikke bare er faglig, men også påvirkende, dvs. ledende” (Berg 1991:171).

Legenes reformtilpasning vil da dreie seg om å tilpasse reforminitiativ i samsvar med egne profesjonsinteresser – der faglig og medisinsk ledelsesmessig autonomi er målet (Doolin 2001). Her forsøker legelige ledere gjennom reforminitiativ å reforhandle eksisterende maktposisjoner og deres ledelsesmessige hegemoni, dvs. det vi kan kalle et legefaglig ledelsesprosjekt (Krag Jespersen 2005). Legenes grunnleggende reformtilpasning vil innenfor dette ledelsesprosjektet handle om å bevare og utvide historisk oppnådde fortrinn, om å lede alle avdelinger, nivå og enheter, og om å ivareta tilsyn og instruksjon i forhold til øvrige faggrupper i sykehusene, samt å være sentrale premissleverandører for sykehusenes overordnede ledelsesmessige disposisjoner.

c) Her vil jeg også trekke frem et tredje perspektiv, dvs. *sykepleiernes ledelsesprosjekt*. Sykepleiernes grunnleggende ”ledelsesprosjekt” har historisk dreid seg om å oppnå rett til å lede pleiefunksjoner – en rett som de fikk lovfestet i 1980-årene. Siden har de søkt å utvide sitt ledelsesområde med innslag av mer generelle ledelsesoppgaver som økonomistyring, personalutvikling og strategisk ledelse (Melbye 1990). Etter at helseforetaksreformen og introduksjon av enhetlig ledelse ble en realitet fra tusenårsskiftet er det personlige ledelsesmessige ferdigheter og kompetanser ikke faglige som etterspørres. Dette vil kunne

¹³ Profesjonell ledelse i betydningen ledelse som fag, dvs. ledelse i seg selv og der ledere kan lede uavhengig av bransje, organisasjonstype og fagområde.

åpne opp porter og gi nye aksessmuligheter til lederposisjoner blant sykepleiere og andre faggrupper i helseforetakene. Reformene gir her nye ledermuligheter for sykepleien og vil kunne bidra til en ytterligere forsterking av sykepleiernes profesjonaliseringsstrategi gjennom ledelse – der de aktivt har valgt å gå inn nye lederroller i helseforetakene – dels i konkurranse om lederposisjoner med medisinere og andre faggrupper (Skjöld Johansen 2005, Opdahl-Mo 2006, Torjesen 2007). Når sykepleierne på denne måten har valgt å bevege seg aktivt mot ledelse, kan det tolkes som en strategi for å oppnå økt status og anerkjennelse, men også som en frigjøringsstrategi bort fra medisins hierarkier (Sommervold 1996, Byrkjeflot 1997).

På denne bakgrunn er det et åpent spørsmål hvordan ledende leger og sykepleiere agerer og tilpasser seg i forhold til reformene. Vil legene og sykepleiere i helseforetakenes nye lederstillinger inngå i de nye lederrollene i tråd med reformenes intensjoner? Vil de gamle faglige lederrollene transformeres til nye roller i tråd med et management ideal og hvordan vil denne tilpasningen variere mellom leger og sykepleiere i ledelse?

Et siste viktig underliggende tema i dette arbeidet har vært å studere om ledere i sykehus har blitt i stand til å bli autonome og overta mer av folkevalgte organers oppgaver slik helseforetaksreformen la opp til. Da staten ble eier, skulle den trekke seg unna de daglige driftsmessige spørsmål og styre på en armlengdes avstand i stort og først og fremst tilrettelegge for sektorens rammebetingelser. Dette forutsetter at sykehusene, samt deres ledere får tilstrekkelig armslag og handlingsrom (*freedom to manage*) (Walton 1985). Skal ledere forplikte seg til å styre og lede i tråd med reformens intensjoner, må de ha muligheter til det. Politikere må stå ved sine delegasjoner, og ledere må faktisk bli i stand til å overta mer av politikens disposisjoner. Dette reiser et sentralt spørsmål om helseforetaksledere blir i stand til å agere som autonome ledere i tråd med reformideene.

Avhandlingens teoretiske fortolkningsgrunnlag

Ledelse i sykehus i skjæringsfeltet mellom foretakslogikk, profesjonell logikk og en politisk logikk

Hvorvidt reformer forandrer lederroller og organisasjoner som reformforsøk retter seg mot, avhenger av hvordan ledere fortolker reformer og i hvor stor grad det er samsvar mellom kultur, tradisjon, normer blant ledere og reformkonseptene (Røvik 1998, Christensen og Læg Reid 2002). Hva som oppfattes som riktig og korrekt, eller regel liknende prinsipper for styring og ledelse i sykehussektoren er kognitive rammer for lederes oppmerksomhet, tankemønstre, beslutninger hva som får oppmerksomhet og hva som er legitimt (March & Olsen 1976, 1989).

Slike institusjoner endres over tid, dvs. gamle institusjoner kan få mindre betydning og nye institusjoner og praksiser kan etablere seg. Det er imidlertid ikke alltid lett å trekke grensen mellom når reformer introduseres og påvise når disse blir varige institusjoner, dvs. når disse er så innarbeidede at aktørene (ledere) ikke lenger reflekterer over dem – slik at de mer eller mindre blir tatt for gitt (Kragh Jespersen 2005). Vi kan også tenke oss ulike historiske faser hvor bestemte institusjonelle logikker legger føringer blant profesjonelle og ledere. Eksempelvis viser Ruef & Scott (1998) til en *profesjonsdominert fase* (1945-1965), der profesjonene og deres kunnskapssystemer la de grunnleggende premisser for hva som var faktum, rimelig og tatt for gitt når det gjaldt organisering, ledelse og aktørers handlinger og virkelighetsoppfattelser i sykehusfeltet. Senere identifiserer Ruef og Scott en overgang til en *føderativ fase* (1966-1982), der politikk og administrative hensyn ble feltets dominerende logikk, til en *markedsbasert managerial fase* fra 1980-årene, der den markedsøkonomiske logikk spilte seg ut som den sykehusfeltets dominerende institusjonelle logikk i sykehusfeltet¹⁴. Institusjonelle logikker nedfelt i ulike historiske faser, vil også kunne eksistere samtidig og konkurrere om lederes oppmerksomhet og betrakningsmåter. I spenningsfeltet mellom reformer og det bestående vil ledere måtte håndtere kryssende hensyn og krav mellom ulike ”rasjonaler” eller institusjonelle logikker (Melander 1999, Vrangbæk 1999). Styringsrasjonaler representerer rammer eller kognitive skripts som legges til grunn i aktørers virkelighetsfortolkninger i organisasjoner (Scott 2001). Denne typen multiple institusjonelle logikk konsept bidrar dermed til å kaste lys over sammenhengen mellom høyere ordens *belief systems* og lavere ordens materielle praksis og rutiner (Scott 2001, Lounsbury 2005).

I det danske sykehusfeltet opererer Karsten Vrangbæk (1999) med tre såkalte ”*styringsrationaler*” (institusjonelle logikker) som idealtypisk representerer lederes handlingsrom i sykehussektoren, dvs. et ”*markedsbasert styringsrationale*”, et ”*klinisk profesjonelt styringsrationale*” og et ”*politisk/offentlig styringsrationale*”.

Tilsvarende har jeg i denne avhandlingen tatt utgangspunkt i at handlingsvilkårene til ledere i norske sykehus avpeiles av sykehusfeltets mange samtidige, motstridende og symbiotiske logikker. I denne forståelsen vil reformer ikke nødvendigvis umiddelbart være virksomme når de er vedtatt. De er mer å betrakte som ideer og praksiser som brynes mot gamle ideer og regelliknende praksiser. Det betyr at sedimentet av gammel og ny orden sameksisterer og forhandler mellom kontinuitet og endring (Olsen 2007: 13). Faglige kollegiale hensyn vil avveies og balanseres mot styring, hierarki og politiske hensyn i lederes overveielser. Samtidig vil økonomiske og styringsmessige hensyn møte faglige normer, ideer, etikk og helsehensyn.

¹⁴ Med sykehusfeltet menes her DiMaggio og Powel(1991) og Borum (2004) sin definisjon av et felt, dvs. aggregatet av organisasjoner som består av nøkkel leverandører, ressurs og produkt konsumenter, regulerende myndighetsorgan og andre organisasjoner som produserer samme type tjenester og produkter.

Det betyr at et grunnleggende eksistensvilkår for sykehusledelse består i å balansere kryssende krav og forventninger (Borum 2003, 2004).

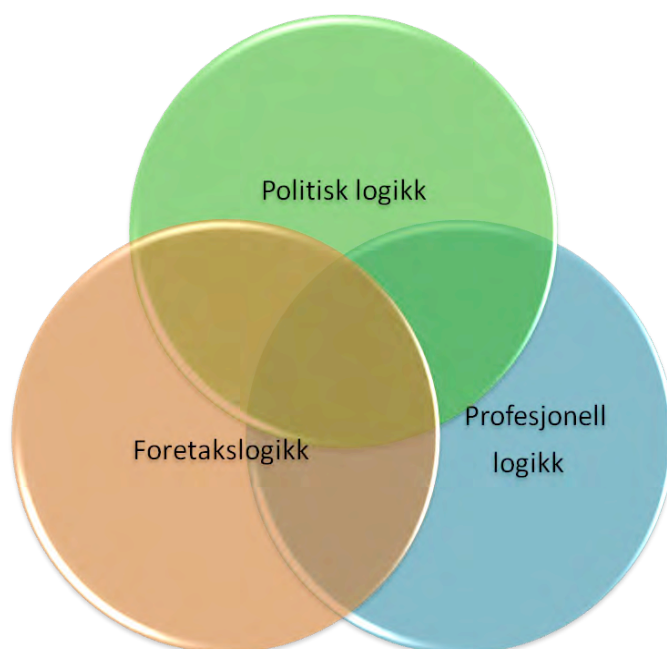
Med bakgrunn i denne forståelsen har jeg trukket frem det som ser ut til å ha vært de mest idealtypiske, fremtredende logikker i det norske sykehusfeltet, dvs:

1) en profesjonell logikk

2) en politisk logikk

3) foretakslogikken

Hvorfor jeg har endt med tre, er ut fra et pragmatisk hensyn. Dette er med andre ord tankekonstruksjoner som bygger på empiriske observasjoner, men som ikke forventes å eksistere i sin rene form i praksisfeltet. Hensikten er derfor ikke å teste hypoteser. En ideatype i tråd med Weber (1979) er altså et tankeeksperiment basert på observerte tendenser der man rendyrker gitte logikker og særtrekk (Byrkjeflot 2000). Det betyr at en idealtypisk tankemodell ikke nødvendigvis dekker alle potensielle institusjonelle logikker i det norske sykehusfeltet. Idealtyper kan være et nyttig redskap i forskningsprosessen og som i dette arbeidet – kaste lys over avhandlingen i en samlet fremstilling. Fra disse logikkene kan man avlede ulike betingelser for ledelse, slik det illustreres i figur 1.1.



Figur 1.1 Lederes institusjonelle fortolkningsunivers

De enkelte logikker kan flyte sammen i et felt, men dekopling og eventuelle inntak av nye institusjonelle logikker og standarder, vil kunne avhenge av organisasjoners oversettelseskapasitet, slik institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter og konsepter adopteres og inkorporeres i ”multistandard organisasjoner”, (jf. Røvik 1998, Kvåle og Wæraas 2006). På denne bakgrunn kan en tenke seg at sykehus og ledere kan inkorporere alle logikkene samtidig, f.eks. ved at ledere håndterer dem sekvensielt, eller ved at de inkorporeres i ulike deler av virksomheten. Den *faglige logikk* kan f.eks. være det viktigste normative og fortolkningsmessige referansepunktet i sykehusenes kjerneaktiviteter blant legene, mens *foretakslogikken* er den sentrale kognitive referanserammen blant ledelsesgeneralister i stabsavdelinger og rådgivningsfunksjoner, mens den *politiske logikken* blir det sentrale referanspunkt til toppledere i foretakenes øverste nivå. Multiple logikker behøver derfor ikke å innebære konkurranse og motsetninger når de inkorporeres sekvensielt eller i multistandardorganisasjoner (Røvik 1998). Det kan like gjerne være snakk symbiose der enkelte logikker i et felt støtter opp om, samvirker, eller er indifferente (Hinings & Reay 2006). Endringer i retning av forbedring av medisinsk behandling og klinisk praksis i relasjon til en faglig logikk og egenregulering, kan tenkes å være mer i symbiose med foretakslogikken enn en motsetning og vise-a-versa.

En nærmere idealtypisk beskrivelse av de enkelte logikker

Foretakslogikken

Kjernen i de senere årenes reformforsøk kan betraktes som et bevisst reformforsøk, der myndighetene forsøker å endre sykehusenes institusjonelle logikk i retning av en *foretakslogikk*. Reforminitiativene introduserer m.a.o. ”en ny ”managerial authority og *corporative control*. Slik det er påvist i en rekke andre land, kan dette innebære et betydelig skifte i det norske sykehusfeltets institusjonelle logikk:

“The heart of these substantial shifts in institutional logics has come the development that currently poses the greatest and most pervasive challenge to the traditional organization of the healthcare sector: The logic of managerial authority and corporative control. The scope and depth of this new logic is suggested by the observations, repeatedly made that even those organizations retaining their conventional nonprofit status have been compelled to adopt the new organizational principles. “

(Scott et. al 2000: 219)

Hvis ledere anlegger *foretakslogikken* fullt ut, vil de først og fremst tilpasse seg til resultatsuksess. Deres fortolkninger, handlinger og beslutninger baseres utelukkende på konsekvensvurderinger og objektive økonomiske begrunnelser. I lys av Weber (1979),

Habermas (1987), Outwaite (1997) vil foretakslogikken dermed kunne beskrives som en teleologisk eller formålsoverordnet logikk. På samme måte blir lederes legitimitet og mandat utelukkende knyttet til å rettferdiggjøre valg i forhold til kostnadsbetraktninger og formålssrasjonalitet (Eriksen 1993:18). Ledere vil videre innenfor foretakslogikken idealtypisk handle på politikkenes vegne (Rennison 2004:87), men i motsetning til politikk, som dreier seg om avveining av interesser og verdier, forholder ledere seg til et bestemt handlingsimperativ, dvs. formålssrasjonell handling som kan betraktes som ikke-sosiale handlingssituasjoner (Brekke, Sirnes & Høstaker 2003). Her forholder ledere seg mer til en verden av objekter enn til syke pasienter (sosial handling), f.eks. til regnskapsstørrelser, økonomiske resultatindikatorer, budsjett, bunnlinje og dekodifiserte diagnoser, der sykdom blir tall, vare og prisfastsettelse i DRG-systemets begrepsverden (Lian 2003).

I lys av *foretakslogikken* kan sykehusfeltet betraktes som en arena for intern og ekstern konkurranse på et "kvasimarked". Hvis ledere og sykehus skal harmonere med denne logikken vil de strebe etter "flest mulig økonomisk lønnsomme pasienter" og etter de mest høyverdige og kostnadseffektive prinsipper for drift og styring av sykehus (Vrangbæk 1999). Ledere og sykehus vil da forsøke å drive virksomheten som en velintegrert, strategisk, måloppnående, og enhetlig rasjonell organisasjon (Brunsson 2006).

I forhold til ekstern konkurranse dreier det seg da om hva som gir mest uttelling i forhold til statens tilrettelagte incitamentstrukturer, og om å plassere organisasjonen mest mulig strategisk på markedet mellom konkurrerende sykehus.

For de sykehusansatte handler det om å maksimere innsats mot markedsorienterte konkurranseparametere. For pasienter handler det om å velge den kvalitetsmessig beste og mest effektive behandling mellom forskjellige sykehus (Vrangbæk Op.cit: 36).

Internt i organisasjonen peker denne logikken i retning av å etablere belønningssystemer som fremmer konkurranse, f.eks. ved å tilrettelegge avlønningssystemer og økonomiske incitamentter der den enkelte leder blir målt opp mot måloppnåelse og prestasjoner (performance management), dvs. avlønning etter innsats og stykkprisvolum for den enkelte avdeling, klinikk og sykehusenhet.

Den profesjonelle logikk

Den profesjonelle logikk har sitt utgangspunkt i normbaserte forklaringer på beslutninger, atferd og fortolkninger blant sykehusledere. Her er det snakk om normativt regulerte handlinger, hvor ledere er medlemmer av et profesjonsfelleskap som orienterer sine handlinger mot felles verdier (Outwaite 1997). Innenfor denne rammen vil profesjoner regulere seg selv,

sosialiseres og internalisere felles normer gjennom utdanning og kollektiv disiplin med basis i spesialisert viten. Denne regulering skjer da innenfra som en ”medikratiske” reguleringsmåte i motsetning til offentlige hierarkier og marked (Berg 1991). Her er service fremfor profitorientering innskrevet i de profesjonelle etiske koder (Starr 1982: 15, Vrangbæk 1999: 36). Denne logikken henspeler på å sikre organisasjonen best mulig i overensstemmelse med faglig utvikling, autonomi, anvendelse av objektiv vitenskapelig kunnskap, og best mulig pasient behandling. Faglig ledelse blir legitimert på bakgrunn av klinisk-faglig autoritet, og det dreier seg her om å støtte opp under den faglige utvikling og behandle den enkelte pasient uten personlig eller økonomisk vinning.

For pasienter vil imperativet innenfor en profesjonell institusjonell logikk være ”den tradisjonelle pasientrolle”, hvor pasienten aksepterer, respekterer og tilpasser seg den faglige autoritet og beslutningskompetanse (Vrangbæk *ibid*: 38).

Den politiske logikk

Den politiske logikk vil i sin rendyrkede form dreie seg om fordeling av knappe ressurser, der avgjørelser treffes på bakgrunn av innspill fra borgere og organiserte interesser. De kollektive sykehusspørsmål vil her idealtypisk ikke alene kunne overlates til ledelse. Spørsmål og beslutninger knyttet til styring og drift av sykehus er ikke bare basert på objekter og middel-målrasjonalt, hvor en kan telle seg fram til handling og beslutning. Det dreier seg her om genuint kvalitative spørsmål og verdirasjonelle overveielser (analyse av verdier) (Flyvbjerg 1991). Her søker aktørene etter felles forståelse omkring handlingssituasjonen for å kunne koordinere deres handlingsplaner og handlinger. (Outwaite 1997). Her er ikke handlingslogikken orientert mot resultat og nytte, men mot å komme fram til en felles forståelse med andre aktører om hva situasjonen er og hva som bør gjøres (Brekke m.fl. 2003:72).

Vesentlige verdier som kan knyttes til sykehus innenfor den politiske logikken er nøytral faglig forvaltning, samfunnsmessig nytte, helhetlig ivaretagelse av befolkningen, likebehandling, kollektiv nytte fremfor individuell og organisatorisk profitt. I dette perspektivet, vil sykehuslederens idealtypiske oppgave være å koordinere den daglige drift og formidle politisk legitime flertallsavgjørelser gjennom en hierarkisk styringskjede og fange opp og formidle informasjon nedifra (Vrangbæk 1999:39). Sykehusansattes rolle vil her dreie seg om å utføre faglig nøytrale oppgaver. Andre enheter er primært kolleger og vil innenfor denne handlingslogikken bare være konkurrenter med hensyn til tildeling av ressurser, men ikke når det gjelder tiltrekning av pasienter.

Pasienter vil her kunne handle innenfor rammen av å være stemmegivere i et borgerlig demokrati og påvirke den demokratiske beslutningsprosessen. I tillegg kan dette skje gjennom organisert interessebygging, sosial mobilisering og offentlige protestformer (Eriksen 1993). Innenfor denne handlingslogikken snakker vi m.a.o. ikke bare om parlamentariske flertallsavgjørelser som kilde til legitimitet, men om offentlige diskusjoner gjennom utveksling av mening og standpunkter i en kommunikativ prosess, dvs. der kraften i de beste argumenter danner en felles vilje omkring sykehussspørsmål.

I tabell 1.1 er ulike logikker skissert i relasjon til hvilke aktører, kunnskapssystem og former for legitim organisering en kan forvente innenfor de enkelte institusjonelle logikker i en idealtypisk modell.¹⁵

Institusjonell logikk	Sentrale aktører i feltet	Legitim kunnskap	Legitim organisering/ledelse
Den profesjonelle logikk	Profesjonelle Medisinere Fagledere	Medisinske kunnskapssystemer Biomedisin	Sykehus Faglig ledelse "medikratiske" egenregulering
Politiske logikk	Politikere Offentlighet Pasienter Fagledere	Folkehelse, biomedisin Helseplanlegging	Sentralsykehus Lokalsykehus Regionsykehus Fagledelse Forvaltning
Foretakslogikk	Managere Marked Statlig eierskap Regionale helseforetak	NPM Foretaksøkonomi Strategisk ledelse	Foretaksorganisering Truster av foretak/ konsern Management Profesjonell ledelse Performance management

¹⁵ Altså det er idealtyper og dermed er det bare tankemodeller basert på observerte tendenser.

Sammendrag av avhandlingens artikler og hovedfunn

Tabell 1.2. viser avhandlingens oppbygging i underliggende tema, problemstillinger, kapitler og artikler. Disse vil bli omhandlet enkeltvis i et sammendrag før syntetiserende konklusjoner fra avhandlingen helt til slutt.

Problemstillinger/ underliggende tema	Kapittel/artikkel
Hovedproblemstilling: Vil sykehusledere og profesjonelle fagpersoner forandre atferd og roller når helseforetaksmodell og fagnøytrale ledelsesformer introduseres?	Kap. 1: Ledelse og foretaksorganisering som verktøy for omstilling og fornying i den norske spesialisthelsetjenesten
Hvordan ledelse i sykehus har blitt konstruert historisk, institusjonelt mellom fag, politikk og administrasjon? Hvordan har sykepleiernes og legenes kunnskapsproduksjon bidratt til å autorisere og legitimere disse profesjonene i forhold til ledelse	Kap. 2: Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste
Hva slags handlingsbetingelser har helseforetaks-modell og enhetlig ledelse skapt for ledelse i sykehus? Vil helseforetaksledere blir i stand til å agere som autonome ledere i tråd med reformideene? Vil de gamle faglige lederrollene transformeres til nye roller i tråd med et management ideal og hvordan vil denne tilpasningen variere mellom leger og sykepleiere i ledelse?	Kap. 3: Statlig eierskap og foretaksmodell– Nye rammebetingelser for ledelse i norske sykehus
Hva slags lederroller utvikles i forsøk på å utvikle resultatstyring og resultatansvar i sykehusene? I hvilken grad kommer tiltak for å styrke pasienters rettigheter og offentlig innsyn i sykehusene i konflikt med forventninger om mer resultatansvarlige ledere?	Kap. 4: Ledelse mellom autonomi og innsyn i helseforetaket
Er det variasjoner i oppfattelse av ledelsesvilkår blant norske og danske sykehusledere? Har den norske reformen slått gjennom i oppfattelse av ledelsesvilkår?	Kap. 5: Sykehusledelses oppfattelse av ledelsesvilkår i Danmark og Norge (Helseforetakskontekst vs. forvaltning, amt)

Tabell 1. 1 Avhandlingens underliggende tema, problemstillinger og kapitler/artikler

Framveksten av ledelse i medisin og sykepleie i et kunnskapsperspektiv

I kapittel 2, "*Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste*" er de historiske og institusjonelle kontekstene for ledelse i den norske helsesektoren er studert nærmere. Artikkelen har tidligere vært publisert i Tidsskrift for samfunnsforskning vol. 48, nr 2/2007 og er uforandret i forhold til denne versjonen. I artikkelen belyses hvordan den faglige logikken historisk har bidratt til å konstituere sektorens autoritetsposisjoner, men også hvordan den politiske logikk har kommet sterkere inn som et førende rasjonale i sykehussektoren, for til slutt å drøfte hva som skjer med lederroller til sykepleiere og leger i kjølvannet av ledelse- og helseforetaksreformen. Et sentralt spørsmål artikkelen tar opp, er hvordan henholdsvis sykepleiernes og legenes kunnskapsproduksjon har bidratt til å autorisere og legitimere disse profesjonene i forhold til ledelse.

Mye tyder på at de faglige ledertradisjonene som dominerte i helsetjenesten, hadde et betydelig fotfeste i vitensproduksjon innen biomedisin, Public Health og sykepleievitenskap. Profesjonenes egen kunnskapsproduksjon kan dermed kaste lys over hvordan den institusjonelle dominerende logikk (den faglige logikk) har hengt nært sammen med hvordan faglig ledelse historisk har konstituert seg i sykehus (Torjesen 2007). Artikkelen bidrar dermed til å spore bakgrunnen og opphavet til institusjonalisering av faglig ledelse og hvordan ledelse har blitt autorisert gjennom medisinen og sykepleiens kunnskapssystemer. På bakgrunn av sitt kunnskapsmonopol hadde medisinen muligheten til å dominere helsesektorens ledelsesposisjoner, så vel i offentlig helsetjeneste som i sykehusene, i store deler av etterkrigstiden. Hvorfor medisinen lederskap på alle nivå, var tungt institusjonalisert og tatt for gitt, vil her også kunne forklares med referanse til etterkrigstidens modernisering med basis i vitenskapelig planstyre. Her fikk medisinen en særstilling innenfor Arbeiderpartiets planstyre, hvor medisinsk ekspertise fikk betydelige delegasjoner i utforming og iverksetting av helsepolitikken. Det medisinske planstyre materialiserte seg spesielt i den sentrale helseforvaltningen og gjennom de offentlige legenes lederskap. I kontrast til dagens forsøk på delegasjoner fra politikk til moderne managere, fundert og legitimert på en økonomisk logikk, var legefagstyrets delegasjoner fundert på den faglige logikks hegemoniske status i politikk og samfunnsliv. Mens en den gang satte sin lit til vitenskap (medisin) når det var snakk om modernisering i helsesektoren, er det i dag ledelse som påkalles. I sykehusene møtte imidlertid legene tidlig motstand fra fylkeskommunale aktører. Ressursfordeling, finansiering og prioritering kom på dagsorden, og legene ble mer og mer utsatt for ytre kontroll og styring. Medisinen lederskap ble etter hvert også utfordret innenfra i sykehusene, dvs. fra sykepleiere og andre underordnede profesjonsgrupper.

I artikkelen vises det hvordan sykepleien tidlig var aktiv med å ta i bruk kunnskapsområde for ledelse som en del av sykepleievitenskapen. I tillegg til den fagpolitiske kampen har dette sannsynligvis bidratt til å styrke sykepleiernes muligheter til å lede den pleiefaglige del av sykehusenes virksomhet. Slik artikkelen viser, hadde retten til å lede for sykepleiere kanskje ikke fått gjennomslag, vært muliggjort og legitim, uten en selvstendig vitensproduksjon som bidro til å synliggjøre funksjoner, lederskap og demarkasjonsgrenser til medisin og andre fagområder. Slik var kunnskap om ledelse en viktig brikke i sykepleiens frigjøring fra det medisinske hierarki. Det interessante her, og kanskje overraskende, er at sykepleien viser tidlige tendenser til å tilegne seg generisk amerikansk behavioristisk kunnskapsproduksjon om ledelse, noe som dermed peker fremover mot dagens foretakslogikk. På denne måten bygde sykepleien opp betydelig beredskap på kompetansefeltet for ledelse som gjorde sykepleierne mer autorisert til å inngå i helseforetakenes autoritetsposisjoner, frigjøre seg fra det medisinske hierarki, men samtidig forlate den faglige tilhørigheten.

Kunnskapsproduksjonen i sykepleievitenskapen representerer en indre strid i sykepleien, mellom en positivistisk tradisjon avledet av medisinen versus en hermeneutisk tradisjon. Artikkelen reiser på denne bakgrunn spørsmålet om antipositivismen i sykepleien (hermeneutikken) og holismen kan ha bidratt til å bygge opp ideen om ”den suverene pasient”, som ligger til grunn for pasientrettigheter, fritt sykehusvalg o.a.

I artikkelen, viser jeg at den dominerende faglige logikk etter hvert fra 1980-årene ble utfordret av en ny helseøkonomisk kunnskapsproduksjon som premissleverandør for ledelse i sykehus. Den nye helseøkonomien peker på denne måten fremover mot dagens helseforetak og profesjonaliserte ledelsessystemer. På denne bakgrunn drøftes det i artikkelen hvordan sykepleieledere og medisinere i ledelse innenfor dagens helseforetakskontekst tilpasser seg nye lederbetingelser. Medisinere i ledelse ser fremdeles ut til å ha sin oppmerksomhet innenfor en faglig logikk, dvs. at de fremdeles leder med utgangspunkt i et faglig imperativ. Sykepleierne i helseforetakenes nye lederposisjoner tilpasser seg derimot i langt sterkere grad til foretakslogikkens styringsunivers. Det betyr at ”hybridledelse” i skjæringsfeltet mellom medisin og profesjonalisert management ikke vinner støtte blant ledende medisinere, mens ledende sykepleiere (enhetsledere) i større grad aksepterer foretakslogikken. Det kan ha sammenheng med sykepleiens tidlige historisk forankring i amerikansk kunnskapsproduksjon om ledelse som senere institusjonaliserte seg i administrativ videreutdanning ved Norges Sykepleierhøyskole. Ledelse i sykepleien var dermed ikke bare faglig ledelse, men har også en tidlig fagnøytral forankring i managementlitteraturen. Ledende sykepleiere i dagens helseforetakskontekst har heller ikke så mange andre muligheter. De kan ikke som medisinske ledere søke legitimitet og støtte i kollegiale nettverk, men må i stedet jobbe med sitt eget lederskap og autorisere sitt lederskap på mer fagnøytralt grunnlag, dvs. de leder mer i tråd med

et management-ideal og er mer lojale til overordnet ledelse i helseforetakenes hierarkiske styringskjeder enn sine medisinske lederkolleger.

Nye handlingsbetingelser for ledelse i norske sykehus— ledelsesbetingelser i en helseforetakskontekst

I kapittel 3 er det ledelse i relasjon til den (foretakslogikken) helseforetaksreformen som er studert nærmere. Artikkelen, ”Statlig eierskap og foretaksmodell, nye rammebetingelser for ledelse i norske sykehus”, baserer seg på utvalgsdata fra en nasjonal survey blant 108 ledere i lokale helseforetak i 2004 innenfor alle fem helseregioner.¹⁶

Hovedspørsmålene i artikkelen, er hvilke handlingsbetingelser helseforetaksreformen kan ha skapt for ledelse i norske sykehus. I artikkelen gis det et bilde av kontekster for ledelse, slik klinikksjefer, direktører og avdelingsledere i form av surveydata rapporterer om sine erfaringer med helseforetaksreformen. Her ser det ut til at handlingsbetingelser varierer avhengig av hvilke helseforetaksregioner lederne befinner seg i, og det ser ut til at kjønnsforskjeller og utdanningsforskjeller påvirker verdipreferanser og ulike aspekter ledere vektlegger i sitt lederskap. Fortolket i relasjon til idealmodellen, logikk-konseptet, ser det ut til at medisinere i ledelse fremdeles vektlegger en profesjonelle logikken, men de aksepterer samtidig enhetlig ledelse og nye ledelsesformer. Her indikeres det imidlertid forskjeller mellom kvinnelige og mannlige ledere med medisinsk bakgrunn. Kvinnelige medisinere ser her ut til å ligge i grenselandet mellom foretakslogikken og en faglig logikk. Mannlige medisinere i lederposisjoner derimot, har stort sett fremdeles sitt lederfokus innenfor den faglige logikken (kontinuitet og helsefaglige tradisjoner), slik figur 1.2 viser (se side 29).

Det interessante som her bør forfølges videre er forskjellen mellom kvinnelige vs. mannlige medisinere i ledelse, dvs. at kvinnelige ledere med medisinsk bakgrunn representerer en ”*integrasjonstilpasning*”.¹⁷

Surveydata kapittel 3 bygger på viser også at flertallet av leger som er ledere, selv når de er klinikksjefer, arbeider klinisk og medisinere som er ledere identifiserer seg ennå først og fremst med egen profesjon. Ledelse blir ikke en fulltidsbeskjeftigelse. Dette kan ha sammenheng med at de vil bevare aksept blant kolleger og ta vare på sin ”dyrekjøpte” kliniske spesialkompetanse. På denne bakgrunn og andre undersøkelser er det mye som tyder på at

¹⁶ Datasettet ble i første omgang benyttet i Stigen, Finstad, Gjernes og Torjesen (2005).

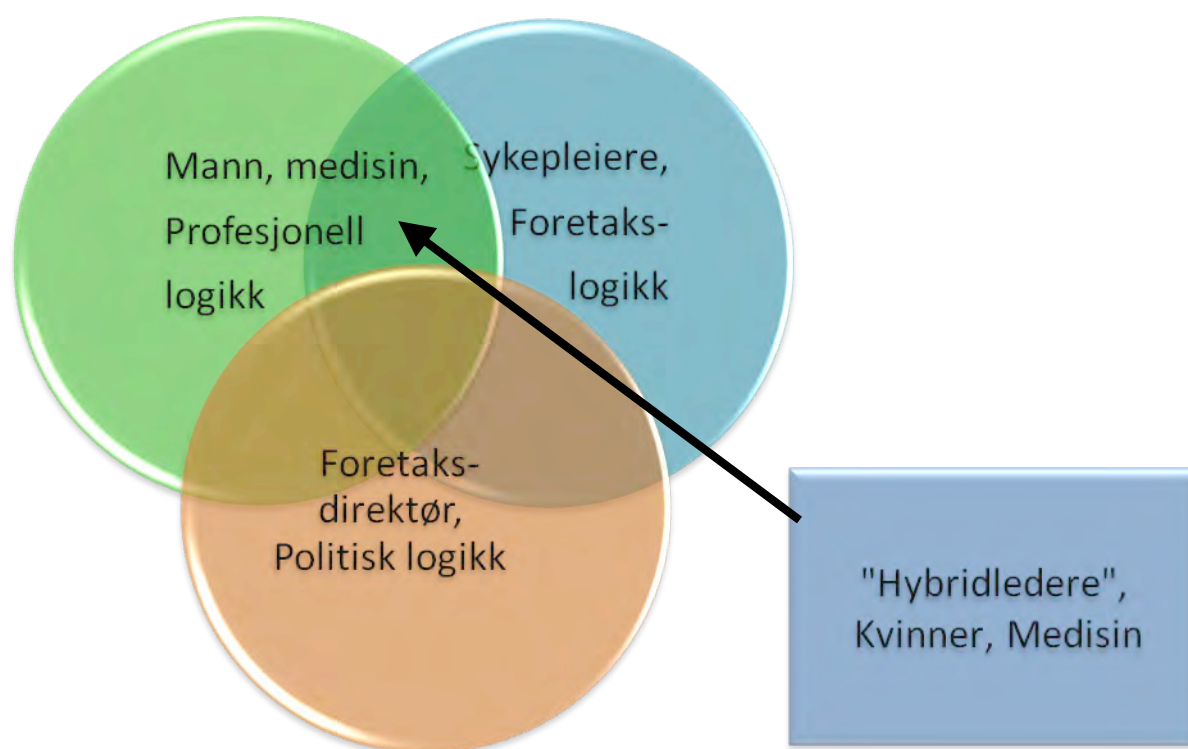
¹⁷ Det har f.eks. vært egne lederutviklingsprogram i regi av Den Norske Lægeforening for å få flere kvinnelige medisinere inn i ledelse. At kvinnelige medisinere går mer aktivt inn i ledelse kan kanskje også ha sammenheng med at ”medikratiet” er et maskulint uformelt hierarki som kvinner ønsker å distansere seg fra ved å gå aktivt inn i ledelse. Når det signaliseres fra DNL at kvinner er ønsket i ledelse er det i seg selv et viktig signal. Kvinner er kanskje også mer samvittighetsfulle og vil da også fremstå mer lojale til overordnet ledelse når de går inn i ledelse.

legene forhandler seg frem til avtaler, slik at de kan opprettholde sin kliniske praksis. Dette ser også ut til å være tilfelle når de påtar seg ledelse på klinikksjefnivå (Kragh Jespersen 1999b, Busund, Iversen & Wiik 2006).

For sykepleiere eller andre helseprofesjonelle i de samme ledelsesposisjonene er identifikasjon med egen fagprofesjon er betydelig mindre (eller helt ”utvisket”) enn hos legene. Det betyr at sykepleiere og andre helseutdannede i en helt annen grad enn medisinerne profesjonaliserer seg i generell ledelse, velger ledelse som en karrierevei og er mer knyttet til et NPM-relatert styringsunivers, mens legene i ledelse fortsatt befinner seg innenfor en faglig logikk, der de er ”først blant likemenn”. De kvinnelige medisinerne, ser ut til å kunne integrere både en faglige logikk og en foretakslogikk – og fremstår på den måten som ”hybridledere”. De ser på denne bakgrunn ut til å kunne integrere to verdener (Llewellyn 2001). Slik situasjonen ser ut for lokale helseforetaksdirektører, er den politiske logikk fremdeles en viktig forandringsimpuls som legger de sentrale føringer for direktørers autonomi og handlingsrom. Politiske signaler rangeres som den viktigste forandringsimpuls blant topledere i norske sykehus (jf. kapittel 5).

Troen på ledelse og identifisering med general management, er tydelig langt større blant sykepleiere i lederposisjoner enn blant mannlige medisinerne, noe som vinner støtte i andre surveydata. Hele to av tre ”enhetlige ledere” som er sykepleiere er enig i en påstand om at ledelse er å betrakte som et eget fag uavhengig av helsefag.¹⁸ Funnene finner også støtte i sammenliknbare kvalitative studier hvor leger vs. sykepleiere i ledelse har vært undersøkt (Johansen 2005). Her rapporteres det forøvrig om forskjeller kontrollert for type klinisk virksomhet. Ledere i kirurgisk virksomhet erfarer større økonomisk handlingsrom, versus ledere i medisinsk virksomhet. Det kan indikere at ledere i medisinsk virksomhet, med flere ”ulønnsomme pasienter”, erfarer innsnevring i deres autonomi. Ledere i kirurgisk virksomhet vil dermed kunne harmonere mer med de økonomiske og foretaksøkonomiske styringsunivers, mens deres medisinske kolleger i sterkere grad er antagonistiske overfor økonomiske, markedsmessige styringsprinsipper (Lian 1996, Kragh Jespersen 2005).

¹⁸ Surveydata deltakere Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene 2004, N= 34 ledere/sykepleiere.



Figur 1.2

I kapittel 3, påvises det også store forskjeller i lokale oversettelser av reformens innhold, f.eks. i forhold til variasjoner i formell struktur. Fremvekst av klinikkjefstruktur og divisjonsstruktur ser ut til å være mest fremherskende innen Helse Sør, Helse Vest og Helse Øst. Det betyr at i mange helseforetak pågår det en sentralisering av ledelse i helseforetakenes toppledergrupper, der klinikkjefer, klinikkdirektører og divisjonsdirektører befinner seg. I andre helseforetak opptrer en blandet struktur mellom "gammel" linjeorganisering og divisjonsformer på tvers av sykehus. Lokale oversettelser om hva formell struktur dreier seg om, har på denne bakgrunn ført til betydelige variasjoner. Gamle strukturer møter nye, og faglig ledelsesbetegnelser inkorporeres med modeller for foretaksorganisering i forskjellige varianter av formell struktur. Det interessante her er at den uformelle styringen og den faglige dominans også etter foretaksreformen lever i beste velgående i sykehusene. Der legene er i flertall i toppledelsen i de lokale helseforetakene, slik som i Helse Nord, rapporteres det om betydelig grad av uformell styring som bidrar til å undergrave det helhetlige resultatansvaret i tråd med økonomisk styringslogikk. Teorien om helseforetak som autonome, rasjonelle velkoordinerte organisasjoner, der alle følger ledelsens signaler og – "tenker organisasjon og ikke profesjon" (jfr. Brunsson og Olsen 1993), vinner dermed liten støtte i undersøkelsesmateriale. Reformen har kanskje slik ført til mer sentralisering og styring hos eier, staten, og mindre autonomi til lokale helseforetak og deres ledere enn det reformresepten hadde foreskrevet, slik denne og

flere andre studier viser (Byrkjeflot & Grønlie 2005, Grønlie 2006). Mer enn det er snakk om autonomisering, snakker vi da om ”pervertert etatsstyring” (Danielsen, Hagen og Sørensen 2004). Den norske helseforetaksreformen, med sine tendenser til mer byråkrati,¹⁹ sentralisering og styring, avspeiler da generelle erfaringer som er påvist i kjølvannet av NPM-tidsalderen i en rekke andre land (Christensen og Læg Reid 2007). De norske sykehus befinner seg da langt unna en rendyrket foretakslogikk. Reformen har kanskje mer blitt forvandlet til en hierarkisk styringslogikk.²⁰ Helseforetaksreformen har dermed bidratt til å forsterke Helsedepartementet og den politiske ledelsens styringsevne i sektoren, mer enn reformen har autonomisert ledelse og sykehus.

Bildet er likevel ikke entydig. Går en tilbake til eget materiale, kontrollert for klinikksejfer, divisjonsdirektører og avdelingsdirektører i lokale helseforetak i kapittel. 3, rapporterer disse lederne om relativt høy grad av autonomi. Det kan indikere en viss form for avpolitisering lokalt, men handlingsrommet varierer imidlertid avhengig av hva slags funksjoner og områder det er snakk om. Her skal en ta høyde for at ledere fortolker sin egen betydning, og at de sannsynligvis tolker den større enn den i virkeligheten er (Weich 2001). Autonomien kan også være fortolket i en lokal sykehus- kontekst, dvs. avdeling, klinikk, divisjon, og i forhold til områder der først og fremst den profesjonelle logikken er avgjørende og der profesjonelle jurisdiksjoner ligger klart. Når norske helseforetaksledere rapporterer om begrensninger i autonomi, er dette innenfor trange økonomiske rammer de regionale helseforetakene og staten har satt: lønnsutgifter, innkjøp, disponering av eiendommer og beslutninger om organisasjonsstruktur, altså på områder hvor politikk og statlig detaljstyring spiller seg ut.

På områder som reguleres av faglige forhold, dvs. kliniske funksjoner, fremstår autonomien til disse lederne som gjennomgående stor. Dette kan indikere at de faglige preferanser fremdeles har stor betydning i ledelse, og at klinikken, profesjonelle i ledelse og klinisk praksis ikke umiddelbart lar seg diktere i forhold til foretaksøkonomisk styring i tråd med helseforetaksmodellen.

Undersøkelsen drøfter også variasjoner i lederautonomi mellom helseregioner. Handlingsrommet ser ut til å være størst blant ledere i Helse Vest og Helse Midt og minst i Helse Nord. Autonomien til disse lederne ser ut til å henge nært sammen med styringsrelasjonen til det regionale helseforetaket. Der styringsrelasjonen oppleves god, er autonomien større (Helse Midt) og motsatt, der styringsrelasjonen erfares mindre god til det

¹⁹ Undersøkelser og registreringer i norske sykehus viser at det foregår en overgang fra rendyrket linjeorganisering til en kombinasjon og linje og stabsorganisering. Kilde: INTORG- Organisering og ledelsesstrukturer ved norske sykehus. SINTEF 2006.

²⁰ I perioden 2001 til 2005 har antall nivå økt. I 2001 hadde 12% av sykehusene fire ledernivå, i 2005 hadde 50% fire formelle nivå. Kilde: Intorg. Organisering og ledelsesstrukturer ved norske sykehus 2006.

regionale helseforetaket, erfares det mindre lederautonomi. (Jf. Stigen, Finstad, Gjernes, & Torjesen 2005).

Når det gjelder lederes evne til å ta inn over seg de premisser som reformen la opp til, (en integrasjonstilpasning) ser ledere i Helse Sør ut til å ha tyngdepunktet i tråd med en foretakslogikk, dvs. de er opptatt av fornyelse og innovasjon, lojalitet til overordnet ledelse og budsjettdisiplin (i tråd med "enterprising values"), mens ledere i Helse Nord vektlegger helsefaglige tradisjoner og kontinuitet. Det gjennomgående trekk i denne undersøkelsen er likevel at de fleste ledere fremdeles ser ut til å ivareta faglige preferanser.²¹ 58 prosent av lederne i denne undersøkelsen har helsefaglig bakgrunn og det er mye som tyder på at disse lederne fremdeles er bærere av faglige identiteter. Det er klinikken, avdelingen, sykehuset eller det lokale helseforetak (ikke konsernet/helseforetaket) som representerer de mest relevante referansepunkt blant disse lederne. Her må det bemerkes – slik kapittel 3 indikerer, at ledelsesfunksjonen i sykehus ser ut til å ha blitt forsterket, og at helseforetaksreformen har bidratt til å styrke den økonomiske oppmerksomheten blant sykehusledere. Hvor tyngdepunktet ligger mellom politikk-, fag- og foretakslogikk, er avhengig av hvilke ledere du spør og hvor de befinner seg geografisk, hierarkisk og faglig.

Helseforetaksreformen ser ikke ut til å ha omformet sykehusorganisasjoner til flate, responsive, innovative og "veltrimmede" virksomheter. At en integrasjonsstilpasning mellom fag og ledelse finner sted, kan tenkes blant sykepleiere, dvs. en kontinuitet av sykepleiers ledelsesprosjekt – der de harmonerer mer med en general management forståelse. Dette ser imidlertid ikke ut til å prege medisinernes tilpasning som utgjør flertallet av ledere som inngår i dette undersøkelsesmaterialet (58 %). Her er "vegring" mot å inngå i nye grenseoverskridende "hybridroller" stor og det faglige tyngdepunktet er fremdeles fremtredende spesielt blant de mannlige medisinere i ledelse, mens de kvinnelige medisinere i ledelse ser ut til å ta inn over seg moderne reformideer.

Økt politisering etter helseforetaksreformen viser at politiske føringer fremdeles er med på lasset og utgjør et betydelig rasjonale ledere i lokale helseforetak må forholde seg til. Økt byråkratisering med flere ledere, flere nivå og økt sentralisering som en konsekvens av reformen, indikerer at det er mer snakk om statlig nærstyring enn autonomisering av ledelse som finner sted i norske sykehus.

²¹ Totalt blant ledere i norske sykehus hadde 36 % medisinsk bakgrunn i 2003, mens 35 % hadde medisinsk bakgrunn i 2005, med andre ord ingen store endringer etter helseforetaksreformen i 2002. Kilde: Intorg. Organisering og ledelsesstrukturer ved norske sykehus 2006.

Når lokale sykehusledere forsøker å tilpasse seg nye rammebetingelser i tråd med helseforetaksmodellen

Kapittel 4 ”*Ledelse mellom autonomi og innsyn i helseforetaket*”, er skrevet i sammen med Hallgeir Gammelsæter og er publisert i Nordiske Organisasjonsstudier (nr. 2 – 2005). Artikkelen fremstår her uforandret. Artikkelen handler om klinikkjefers fortolkninger av *foretakslogikken* og indikerer deres muligheter til å lede i tråd med nye roller, krav og forventninger. Artikkelen bygger empirisk på kvalitative data, dvs. gruppeintervju med klinikkjefer og direktører i et mellomstort lokalt helseforetak. Artikkelen viser hvordan ledere fortolker sine nye handlingsbetingelser, som en avspeiling av foretakslogikken, og hvordan de nye handlingsbetingelsene brynes mot en faglig logikk og den transparente ledere utsettes for i et mellomstort lokalt helseforetak. De nye rammer betraktes som et brudd med tradisjon for faglig ledelse, og empirisk påviser artikkelen hvordan de nye klinikkjefene forsøker å tilpasse seg til en ledelsestenkning (performance management) preget av ansvar for resultat og lojalitet i forhold til overordnet ledelse innen helseforetakets styringskjede, i tråd med en entreprenørisk forventning til det nye lederskap. Resultatene tyder på at de nye lederne, som i dette caset også er medisinerer, har påtatt seg resultatansvar og adopterer den tilhørende ledelsestenkningen. Dette kan tolkes som et uttrykk for at disse lederne på denne tiden var inne i en tidlig tilpasnings- og læringsfase av reformene. Når disse lederne opplevde store forventninger og betydelig avstand mellom det formelle resultatansvar og mulighet til å påvirke resultatene, kastes deler av den profesjonelle logikk på båten og ledelsen tar innover seg, mer aktivt, en foretakslogikk. Et av artikkelens hovedfunn er likevel at ledere i sykehus, fortsatt etter helseforetaksreformen, ikke kan opptre som bedriftsledere og heller ikke realisere en organisasjonsform (foretakslogikk) som er fremmed for den faglige logikk i sykehusverden. De økonomiske hensyn som de nye lederne tydelig har tatt innover seg, krever at de faglige og etiske spørsmål underordnes. I offentligheten og innenfor det ”medikratiske samfunn” er dette neppe realistisk og faglig etisk akseptabelt, og resultatet kan bli at man må renonsere ambisjonene om å kombinere en foretakslogikk (fokus på økonomisk resultatsuksess) med en faglig logikk. Her er det interessant og viktig å bemerke at den faglige transparensen og ”medikratiske” egenregulering har spilt en betydelig rolle, slik at det faglige uakseptable ble kjent og justert i tråd med de faglige normer og forventninger.

Artikkelen belyser på denne måten hva som kan skje i lederes fortolkninger og tilpasninger når de blir underlagt nye handlingsbetingelser (performance management), dvs. økonomiske incitamentstrukturer og innsattsstyrt finansiering – og samtidig hvordan transparente rapporterings- og tilbakemeldingssystem kan avsløre deres handlinger og tilpasninger. Her viser artikkelen tydelig hva som kan skje når incitamentsystemer blir misbrukt, som i tilfelle manipulering av DRG-koding, langt utover den medisinske forsvarlige, men innenfor en

økonomisk konsekvenslogikk. Det indikerer at innføring av sykehusenes nye innsatsstyrte finansieringssystem – hvor mellom 30 - 60 prosent av sykehusenes inntekter i perioden fra 1997 til i dag, har vært innsatsstyrt, fremstår som kanskje den viktigste handlingsbetingelse for ledelse i norske sykehus. På denne bakgrunn er det kanskje finansieringssystemet som forklarer de store endringer i norske sykehus, men som kan forsterkes av nye prestasjonsbetingede ledelsesbetingelser. Slik er det kanskje ikke helseforetaksreformen isolert som er virksom, men hvordan den virker sammen med andre reformer, f.eks. Innsatsstyrt finansiering fra 1997 som gjør forskjellen. Finansieringssystem, ledelsessystem og organisatoriske formelementer bør derfor studeres i sammenheng, slik enkeltreformer til sammen ”bretter ut et nytt landskap” av handlingsbetingelser for ledelse i norske sykehus.²²

Hva betyr den nasjonale kontekst? Dansk forvaltningskontekst for ledelse versus en norske helseforetakskontekst?

I kapittel 5 undersøkes helseforetakskonteksten som ledelsesbetingelse i et komparativt perspektiv. Kapitlet er i sin helhet en uforandret artikkel, ”*Sygehuslederes oppfattelse af ledelsesvilkår i Danmark og Norge*”, skrevet sammen med Karsten Vrangbæk og publisert i Nordiske Organisasjonsstudier 2. 2005. Denne artikkelen sammenlikner danske sykehusledere og norske helseforetaksledere mht. oppfatning av forandringsimpulser og omverden, samt personalmotivasjon og verdiorientering. Artikkelen er basert på to sammenstilte surveyer, og belyser ledelsesdiskurser og ledelsesbetingelser i de to landene, og især i hvilken grad den norske helseforetaksreformen har påvirket lederes oppfatning av ledelsesvilkår. Resultatene viser at både norske og danske ledere står i spenningsfeltet mellom forskjellige krav og forventninger: til en faglig, til en økonomisk og en politisk logikk. På den ene side finnes NPM-inspirerte forestillinger om sterkere ledelse, større autonomi og foretaksdrift av sykehus, og på den annen side finnes orientering mot den politisk-administrative styringskjeden og faglige logikk. Den styringsmessige kompleksiteten oppleves relativt likt i de to landene til tross for forskjellene i sykehusenes tilknytningsform. På bakgrunn av den norske helseforetaksreform konteksten, ser det ut til at norske ledere erfarer større grad av hierarki og økonomiske incitamenter enn sine danske kolleger, mens de danske er mer orientert mot brukere og konkurranse mellom sykehusene. Artikkelen indikerer dermed at helseforetaksreformens rammebetingelser, slik de erfares av norske ledere peker mer i retning av styring og mindre i retning av fristilling, marked og konkurranse. Dette er funn som også kan støttes opp av andre undersøkelser, kapittel. 3 i avhandlingen og i Stigen, Finstad, Gjernes

²² Andre undersøkelser påpeker bl.a. at et av de mest åpenbare endringstrekkene i sykehusenes interne organisering er synliggjøring av avdelingenes inntekter og utgifter i avdelingsvise budsjetter. Innsatsstyrt finansiering og rutine rundt DRG-grupperinger er sannsynligvis en viktig premissleverandør for ansvarliggjøring av avdelingsledelse. (INTORG 2006).

& Torjesen (2005). Om dette er effekter av den norske helseforetaksreform eller har sin forklaring i ”sti-avhengighet”, dvs. kontinuitet i styringstradisjoner, innen begge lands sykehusledelse er for tidlig å avgjøre. Både i Norge og Danmark ser det imidlertid ut til at det politisk- administrative styret på regionalnivå er svekket, og at det sentrale nivået mer og mer styrkes. Dette kan varsle et skifte i retning av nye handlingsbetingelser hvor hierarkisk styring blandes med foretaksøkonomiske og profesjonelle styringshensyn i en sentralisert ”helsestat”, slik også den danske strukturreformen fra 2007 bærer bud om (Byrkjeflot 2004). Dette setter igjen nye krav til ledere om å balansere ulike hensyn og krav mellom en faglig, politisk og økonomisk styringslogikk.

Avhandlingens konklusjoner

Faglig ledelse står fremdeles sterkt i norske sykehus, men management-ideer har fått fotfeste blant sykepleiere og andre helseprofesjonelle. ”Enhetlig ledelse” og helseforetaksreform har formelt tatt i bruk på papiret, men uformelle hierarki og fagorientert ledelse eksisterer fremdeles. De fleste enheter og sykehus har pliktoppfyllende iverksatt enhetlig ledelse formelt med en leder som kan være sykepleier, lege eller andre helseutdannede.²³ De lokale oversettelsene og tilpasninger er likevel svært utbredt, slik at legene kan forenes med nye ikke-leger som ledere, så lenge de slipper unna administrative funksjoner og gjøremål. Disse funksjonene overlates til enhetsledere, i praksis sykepleiere som kontorsjefer, så lenge legene har kontroll over den faglige virksomheten. Legelederes erfaringer med ledelsesreformen er dermed gjennomgående positive, slik bildet viser i kapittel 3.

Også i øverste ledelse ser vi det samme skille mellom fag, økonomi og administrasjon. Klinikksjefer som er lege, finnes stort sett innenfor medisinske klinikker og divisjoner i helseforetakene. Disse utgår likevel fra faget, de arbeider klinisk, og er faglige representanter – utgått fra ”medikratiet” som institusjonsforsvarere av medisinske spesialer og deres interesser.²⁴ På denne måten utøves det kanskje mer en form for *representativt lederskap*, og *forhandling*, mer enn rendyrket general management i sykehusenes toppledelse. Nye ledere

²³ 87 % av alle norske sykehus hadde innført ”enhetlig ledelse” i 2005. Kilde: INTORG – Organisering og ledelsesstrukturer ved norske sykehus, SINTEF 2006.

²⁴ Av medisinerer som er ledere (jf. kap. 3) svarer 60 % (n= 56) av at de i stor grad identifiserer seg med egen profesjon. Blant ledere med annen helsefaglig bakgrunn oppgir 31 % (n= 32) i noen grad, men ingen i stor grad.

som rekrutteres utenifra kan bære med seg nye kulturer og tankemønstre. Lite tyder på at reformen har medført en invasjon av næringslivsledere. Enkelte hadde en slik bakgrunn, men andelen av leger i toppledelsestillinger har faktisk økt noe siden reformen (Hegrenes 2005, Stigen 2005). Den representative funksjonsfordeling avspeiles ikke minst i dagens lederstrukturer. I den grad andre helseprofesjoner enn leger, eller generalister er representert i sykehusenes toppledelse, leder disse service, personal, merkantile eller tekniske deler av sykehusenes virksomhet. Og i den grad andre faggrupper enn leger har lederposisjoner i kliniske funksjonsområder, ledes fremdeles de faglige medisinske spørsmål av en såkalt medisinsk faglig rådgiver som indikerer at den gamle overlegen eksisterer i beste velgående. Mer enn vi snakker om general management, kan vi snakke om *representativt fagstyre*. Når en modell for faguavhengig ledelse introduseres i sykehus tilpasses denne i praksis til klassisk rolledeling mellom fag og administrasjon i sykehus.

Hensyn til økonomi, politikk og fag er på denne måten inkorporert i ulike lederfunksjoner, representert ved ledelsesgeneralister og økonomer som tar seg av organisatoriske og økonomiske spørsmål. Leger som klinikksjefer representerer sine spesialer, sykepleiere, sengeposter og servicefunksjoner, og ingeniører leder sykehusenes tekniske drift og bygningsmasse. Komplekse multistandardorganisasjoner som sykehus kan dermed leve med nye og gamle institusjonaliserte standarder samtidig.

Hensyn til økonomiske og budsjettmessige forhold brer likevel om seg gjennom sykehusenes nye styringssystemer, slik at forsøk på økonomi og budsjett disiplin har nedfelt seg i normer og praksis i ledelse. De fleste ledere i dette materialet er fra sine utkikksposter enige i at sykehusreformen har ført til mer fokus på økonomi og kostnadshensyn (jf. kap. 3, 4 og 5)

Når det gjelder det store spørsmålet om ledelse har forandret seg og adoptert nye NPM-inspirerte forestillinger om ledelse, spriker bildet. Avhengig av hvilke ledere du spør, hvor de befinner seg hierarkisk, hva slags profesjonell bakgrunn og kjønn de har, får du forskjellige svar.

For det første ser det ut til at ledere, klinikksjefer, divisjonsdirektører og avdelingssjefer o.a., på dette hierarkiske nivå som det her er kontrollert for, gjennomgående har blitt mer resultatorientert og at de mer tvangsmessig må forholde seg til, styringsindikatorer, finansieringssystem, trange budsjett og økonomi, slik kapittel 3, 4 og 5 gir en pekepinn på.

For det andre er mange av disse lederne fremdeles godt forankret i faglige tilhørigheter, dvs. innenfor en profesjonell logikk, spesielt blant medisinere som er i flertall. Der moderne managementorienterte ledelsesformer blir ignorert eller overlatt til andre. Unntaket er her

klinikkisjefer og andre ledere på tilsvarende nivå som er kvinnelige medisinere, dvs. en gruppe ledere som harmonerer mer med hybridledelse, slik kapittel 3 indikerer.

For det tredje, der ledere blir mer managementorientert og fanger opp reformideer om ledelse, dreier dette seg om andre helseprofesjonelle enn leger. Det vil si sykepleiere, fysiokjemikere, fysioterapeuter o.a. som velger å gå aktivt inn i nye lederroller. Dette er tendenser som ikke nødvendigvis er nye, eller brudd med det etablerte, men kan forstås som en kontinuitet eller stivhengighet av gamle mønstre og profesjonelle strategier, som i tilefelle sykepleien, slik det historiske kapittel 2, i denne avhandlingen viser. Den faglige logikken belyser fremdeles sentrale aspekter med hvordan ledelse utøves i norske sykehus. Min påstand er at vannet sannsynligvis har tatt nye veier. Beslutninger knyttet til økonomiske og overordnede strategiske spørsmål er delvis flyttet opp til et toppledernivå, men profesjonelle (klinikkisjefer) er samtidig representert på dette nivå. Deres prioriteringer blir inkorporert, og det skjer på denne måten en form for foryngelse av legenes makt innenfor nye ledelsesstrukturer.

For det fjerde ser det ut til at det en har kunnet observere og erfare (Stigen 2005, og kapittel, 3 og 5), tyder på at reformen som skulle gi mer autonomi til toppledere i norske sykehus og regionale helseforetak isteden har fanget disse lederne inn i statlig styring (der en rapporterer og venter på tildelingsbrev) og et politisk styringsunivers som minner mer om ledelse i tradisjonell forvaltning. Helseforetakene og deres ledes forsøk på integrasjon, struktur og funksjonsfordeling gjennom strategisk endringsledelse – med forsøk på økonomiske innsparinger, fusjoner og sykehusnedleggelse har ofte møtt mye motstand fra faglige hold, lokalsamfunn, og politikere. Strategiske ledelsesmessige disposisjoner, sentralisering og stordrift, blir ikke nødvendigvis tatt for gitt som passende og korrekte i institusjonaliserte omgivelser, men gir sykehusene derimot svekket legitimitet og omdømme. En indikasjon på dette legitimitetsproblemet kan være den raske omløphastigheten blant toppledere. De har kommet og gått.²⁵ Staten har heller ikke lagt noe reelt press bak sine sparekrav, slik at helseforetakenes akkumulerte underskudd har fortsatt å øke i perioden.²⁶ Det som kanskje gir helseforetakene mest legitimitet er status quo.

Paradokset er at til grunn for helseforetaksreform og enhetlig ledelse, lå bl.a. en forestilling om at byråkratisk administrasjon og profesjonell autonomi ikke fungerte. Weber ble på en måte tilsidesatt, men er gjennom reformenes oversettelser tilbake i beste velgående. Fag leder fag,

²⁵ 31 direktører har trukket seg eller blitt sparket. Hvert tredje helseforetak har hatt tre eller flere direktører på fire og et halvt år. Kilde: Sykepleielederen nr. 1-2007.

²⁶ De regionale helseforetakene har samlet sett hatt driftsmessig underskudd fra 2002, samtidig har det vært en forutsetning at sektoren skal drives i økonomisk balanse. Stortinget har satt krav om at økonomisk balanse skal oppnås i 2006 uten at dette har blitt innfridd. Jf. Inst. S. Nr. 240 (204 – 2005). Det samlede underskudd for 2006 er anslått til 1,8 milliarder Jf. Inst. S. Nr. 167 (2006 – 2007).

politikk instruerer, og direktører forsøker så godt de kan å tilpasse seg trange økonomiske rammer og legger tilside strategiske planer om f.eks. nedlegging av lokalsykehus. Politikken forsøker å stagge veksten i pengebruk, men lykkes ikke – reformiveren har uintendert virkning. Når myndighetene innfører markedsliknende rammebetingelser står en i fare for at alle blir egoister og rasjonelle aktører i sykehussektoren. Pasienter maksimerer rettigheter, politikere maksimerer stemmer gjennom mer lovnader og økte helsebevilgninger, profesjonelle maksimerer lønninger og sykehusledere maksimerer inntjening, DRG-poeng og aktivitet. Spørsmålet blir da ikke hva som sømmer seg, men hva som lønner seg ut i fra den enkelte aktørs posisjon. Til sammen bidrar dette til vekst, økonomiske underskudd og tillitskrise mellom fag, borgerne og helseforetakenes nye lederskap. Her står toppledere, uten styringsmuligheter og handlingsrom, diktert av staten og politisk ledelse.

Tidligere selvstendige sykehus er innlemmet i lokale helseforetak og formelt slått sammen i større lokale- og regionale helseforetak, men faktisk organisasjonsidentitet er noe annet. Det er vanskelig å spore felles konsern- eller helseforetaksidentiteter blant sykehusenes ledere eller i befolkningen. En lokal forankring og politisk aktivitet er fremdeles tilstede. Den instruerende myndighet til den politiske ledelsen i Helsedepartementet har spilt en betydelig rolle. Etter Soria Moria-erklæringen, men også i den foregående borgerlige perioden, har det vært sendt ut fredningsvedtekter av lokalsykehus. Politikken er på denne bakgrunn fremdeles et av sykehusene mest førende rasjonaler og tidligere politikere er tilbake i foretakstyrene.²⁷ Forsøk på sentralisering og stordrift behøver heller ikke utelukkende være et resultat av at økonomiske og endringsstrategiske disposisjoner fra toppledelsen i helseforetakene, men kan vel så mye være en kamp mellom ulike underspesialiteter innenfor medisinen selv. Det er en kjent sak at det er avdelingsoverlegene innenfor de prestisjefylte høyspesialiserte felt innen medisinen i storbyområder, som trekker i sentraliserende retning. Det betyr at foretakslogikken, med stordrift og bedre ressursutnyttelse og den medisinsk faglige logikken, med sin høyspesialiserte og kostbare medisinske teknologi og kompetanse virker symbiotisk, slik at dette til sammen trekker i sentraliserende retning. Mer enn en faglig logikk og en foretakslogikk behøver å være konkurrerende motsetninger, fremstår de på denne bakgrunn som siamesiske tvillinger.

²⁷ Fra 2006 er styremedlemmer i de regionale helseforetakstyrene med folkevalgt bakgrunn i sammen med ansattes representanter i flertall i styrene.

Avslutning: Har sykehusledelse og sykehusorganisasjoner forandret seg som en konsekvens av reformene, eller er det en konsekvens av medisinenes egne grep?

Selv om en rekke tidligere studier i sykehussektoren viser til at profesjonelle kan tilpasse seg nye lederroller og at innslaget av profesjonelle ledergeneralister blir større i kjølvannet av NPM-inspirerte reformer i sykehus (Fitzgerald & Ferlie 2000, Kitchener & Whipp 1997, Bolton 2005, Kragh Jespersen 2005), behøver imidlertid denne tendensen ikke være et entydig uttrykk for økt managerial kontroll og svekket klinisk autonomi. Det norske eksemplet indikerer mer ledelse og sentralisering av lederfunksjoner i sykehus, men samtidig beholdes mye av autonomien i kliniske kjerneområder og klinikere er godt representert i strategiske toppledergrupper. På denne bakgrunn vil sykehus kunne fremstå som ”skilte verdener”, mellom en klinisk versus en ledelsesverden (Østergren & Sahlin-Andersson 1998), eller som ulike styringsunivers (Glouberman og Mintzberg 2001), eller som ”celledelte virksomheter” (Marstein 2003). Forsøk på reformering av sykehussektoren gjennom NPM-inspirerte reformer, selv i lovs form som det norske caset, er for så vidt nok et eksempel i rekken av ignorerte og ”forvandlede” reformer i sykehussektoren som i liten grad blir omsatt til handling i sykehusenes operative kjerneområder. Det betyr at *motstands- og vegringstesen* blant leger og legeledere mot reforminitiativ utenifra (jf. Berg 1991), delvis vinner oppslutning. Det behøver imidlertid ikke bety at intet forandrer seg, at alt er som før, at dekopling av reformer finner sted og at fagbyråkratiet lever i beste velgående.

Poenget er her at mange av de endringer som finner sted i sykehus, like gjerne kan være et resultat av den indre regulering og sentralisering i medisinsk arbeid *per se*. Innenfor de enkelte medisinske spesialer utvikles guidelines og standarder som leder til ”kokebok-medisin” (Berg 1998). Det betyr at ”den gamle” fagbyråkrati-typologien (Mintzberg 1989), med stor grad av profesjonell autonomi og skjønnsutøving ikke nødvendigvis er representativ for den standardisering og regulering av arbeid som finner sted i sykehus. Denne reguleringen er imidlertid først og fremst faglig og ikke managerial. Sissel Vinge (2005) peker bl.a. på denne tendensen og trekker fagbyråkratiforståelsen i tvil, dvs. at sykehus beveger seg mer i retning av maskinbyråkrati. Vinge forklarer dette med at selve produksjonskjernen i sykehusene organiseres og koordineres rundt skiftordninger, vaktlister og gjennomregulerte standardiserte prosedyrer. Dette er utviklingstrekk som lenge har vært en kjent sak i medisinsk sosiologi. Her pekes det på at medisin forandrer seg til ”teknisk arbeid” eller: ”*Sykehusene gjøres i stigende grad om til industripregede bedrifter*” (Berg 2005:98).

I tillegg kan en trekke frem alle de økte former for transparens som synliggjør medisinsk arbeid (Blomgren & Sahlin-Andersson 2007) og intensivert elektronisk overvåking (Berg 1991). De samme tendenser forsterkes ytterligere når bruk av incitamentstyring og

økonomiske styringsverktøy griper om seg i sykehusene. I forbindelse med DRG-systemet og innsatsstyrt finansiering har det, f.eks. vært registrert en tiltakende monetarisering av medisinsk arbeid over lang tid, så vel i en norsk sammenheng (Lian 2003) som internasjonalt (Samuel, Dirsmith og McElroy 2005). Kliniske beslutninger vil ikke lenger utelukkende kunne betraktes som medisinske skjønnsbaserte avgjørelser, men vil i tillegg kunne påvirkes av økonomiske betraktninger (Jf. kapittel 4 her) og gjennom det omfattende kvalitetsarbeide som har bredt om seg i sykehussektoren (Hallandvik 2005).

Sentraliseringstendensene er ikke nødvendigvis genuint administrative, men kan også være et resultat av de faglige standardiserings- og reguleringstendenser avledet av medisinenes egen logikk – slik f.eks. *Evidence Based Medicine* har vunnet fram (Johannessen 2004) og f.eks. slik Marc Berg (1997) viser til i artikkelen ”*Problems and Promises of the Protocol*”. Men en kan også finne eksempler på administrativ og faglig styringsutvikling i skjønn forening. DRG-systemet indikerer en slik styringsutvikling som ikke bare er et administrativt styringsprosjekt *per se*, men vel så mye en dugnad basert på konsensusdiskusjoner mellom medisinske spesialistforeninger (der medisinske spesialister deltar aktivt i utviklingen av systemet) og administrative helsemyndigheter (Torjesen & Byrkjeflot 2006). Det betyr at den medisinsk-faglige egendrift, gjennom forskning, ny teknologi og behandlingsregimer, fremdeles har stor betydning, vel å merke i transformert form, slik at denne ikke nødvendigvis konkurrerer med en administrativ foretaksøkonomisk logikk. Økonomisk administrative styringshensyn kan gi næring til en mer transparent, effektiv, og gjennomregulert medisin, og vise-a-versa – som kanskje vil tvinge medisinen mer og mer inn i grenseoverskridende lederroller.

På denne måten viser det norske eksemplet at i den grad profesjonelle og ledere endrer adferd, forståelser og virkelighetsoppfatninger, skyldes det sannsynligvis sykehusenes nye styringssystemer, faglig standardisering, sentralisering og økonomiske incitamentmer enn ledelse og helseforetaksreform i seg selv. Det forteller oss at det mer er en symbiotisk sameksistens mellom en faglig logikk og en foretakslogikk i en sentralisert helsestat, som fremstår som de sentrale rammebetingelser for ledere i norske sykehus.

Metodisk refleksjoner – etterskrift

Siden denne avhandlingen er artikkelbasert, har de metodiske tilnærminger og utledninger blitt redegjort for i de enkelte artikler. I denne delen omhandles derfor de mer overordnede metodologiske refleksjoner for hele avhandlings- arbeidet.

Et sentral tilnærming i denne studien har vært å benytte det som går under betegnelsen ”metodisk triangulering”, eller ”mixed methods” (Jick 1979, Ryen 2002). Triangulering, har sitt opphav i landmåling og vil si en form for sikker posisjonsmåling ved at en sammenstill

ulike orienteringspunkt i terrenget. I dette arbeidet har jeg for så vidt gjort det samme ved at ulike data, observasjoner og målinger i sykehuslandskapet, representert i enkeltartikler, dvs. surveydata, kvalitative data og historiske skrivebordsdata er sammenstilt – slik at jeg har opparbeidet en dypere forståelse og et sikrere grunnlag til å si noe om mine forskningsspørsmål.

Det betyr at avhandlingens konklusjoner for det første bygger på et **”historisk orienteringspunkt”** i kapittel 2: *”Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste”*. Her belyses hvordan faglige ledelsesformer konstituerte seg i sykehussektoren historisk, men også hvordan fagnøytrale ledelsesformer har vokst frem og peker fremover mot dagens ledelsesformer i norske sykehus. I denne fortidige situasjonen er det historiske kilder, tekster og tidligere forskning på området som danner grunnlag for mine studier.

For det andre har jeg selv foretatt målinger og observasjoner i et **”samtidspunkt”**, dvs. etter at helseforetak og nye fagnøytrale ledelsesformer ble tatt i bruk, jf. kapittel 3: *”Statlig eierskap og foretaksmodell – nye rammebetingelser for ledelse i norske sykehus”*. Her har jeg først og fremst benyttet surveydata og representative utvalgsdata som dermed har gitt meg muligheten til å generalisere omkring dagens situasjon og si noe om det samlede lederuniverset i norske sykehus, dvs. et samtidspunkt i et ”fugleperspektiv”. I dette samtidspunktet har jeg også gått i dybden – ved at dagens situasjon og betingelser for sykehusledelse er belyst på et lokalt sykehusnivå i kapittel 4: *”Ledelse mellom autonomi og innsyn i helseforetaket”*. Her er det først og fremst benyttet kvalitative intervju og gruppeintervju, men også sekundærkilder (media, aviser) som datagrunnlag.

Til slutt: Et tredje **”komparativt perspektiv”** og orienteringspunkt er benyttet i kapittel 5 – der ledelsesbetingelser i en norsk helseforetakskontekst sammenliknes og kontrasteres med danske ledere i en forvaltningskontekst (der de danske lederne utgjør ”kontrollgruppe” og de norske en ”testgruppe” (Cook og Campbell 1977) ved bruk av surveydata. På denne måten har jeg oppnådd muligheten til å si noe om hvorvidt den norske helseforetakskonteksten gjør noen forskjell som ledelsesbetingelse i forhold til en forvaltningskontekst.

Avhandlingens tema og problemstillinger er således belyst og utforsket fra mange vinkler, dvs. et historisk-, et samtids- og et komparativt orienteringspunkt. Fortolkninger av et datasett har vært et inntak til å fortolke et annet datasett og vise-a-versa og bidratt til å styrke avhandlingens samlede konklusjoner. Mens de kvalitative deler av datasettet i avhandlingen har sin styrke i gyldighetsbegrunnelser, har de kvantitative deler en styrke i generaliserbarhet og sammenliknbarhet (Brannen 2005).

Kombinasjon av kvantitative surveydata og kvalitative data i tolkninger og analyser kan sies å ha vært en nødvendighet. Siden kvantitative data i utgangspunktet ikke er selvforklarende, har det vært påkrevd å foreta hermeneutiske og teoretiske fortolkninger. Ved å supplere kvantitative surveydata med kvalitative intervju, og med det jeg ellers har kunnet observere og erfare i feltet, f.eks. gjennom feedback fra fagprofesjonelle og ledere, har det vært mulig å etterprøve de kvantifiserende indikatorers gyldighet (Riis 2001:120). Det betyr at en veksling mellom harde og myke data har gitt større muligheter til å etablere meningsfulle hermeneutiske fortolkninger.

Erstatningsobservatører, undervisningsbasert forskning og dialoger med aktører i feltet

I denne studien har jeg også gjennom hele forskningsprosessen styrket mitt tolkningsgrunnlag på bakgrunn av det jeg har hørt og erfart gjennom egne studenter, dvs. masterstudenter i offentlig politikk og ledelse som jeg har veiledet i deres masteroppgaver om reformer i sykehussektoren. Samtidig har dialogbasert undervisning, parallelt med mitt avhandlingsarbeid ved masterstudiet i helse- og sosialinformatikk ved Høgskolen i Agder, gitt meg en unik mulighet til å høste erfaringer fra hva som rører seg i feltet.

På denne bakgrunn har det i relasjon til egne problemstillinger i hele avhandlingsperioden kunnet tilflyte konkrete erfaringer fra studenter med ett bein i academia og ett bein i spesialisthelsetjenesten. Flere av disse studentene har direkte kjennskap til ledelsesreformer og er selv innehavere eller har vært innehavere av lederstillinger i sykehus. På denne måten har jeg ikke drevet feltarbeid i normal betydning, men jeg har likevel, gjennom mine ”erstatningsobservatører”, vært en form for ”deltaker i empirisk forstand” (Czarniawska-Joerges 1992).

Denne undervisningsbaserte kontakten med aktører i feltet har også gitt meg mulighetene til feedback når egne data, funn og resultat har blitt presentert i undervisning og seminarer. Studenter med feltnære erfaringer i sykehus har bidratt med nyttige refleksjoner og kommentarer. Dette har gitt meg et større tolknings-mangfold – slik at data har blitt mer nyansert fortolket og belyst. Slik vil mine tolkninger og funn kunne fremstå mer troverdige og valide enn om jeg kun hadde operert på egen hånd i et lukket forskerkontor. Problemet her er at mine egne tolkninger i for stor grad kan ha blitt preget av bestemte holdninger og verdier blant disse uformelle informantene og for opphengt i sektorens interne problems beskrivelser. Jeg tør likevel hevde at jeg har kunnet opprettholde en kritisk distanse gjennom min institusjonelle tilknytning, med fast stilling som forsker og foreleser ved Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag ved HIA. Selve avhandlingsarbeidet er ikke knyttet til noen form for anvendte prosjekter eller konsulentoppdrag. De teoretiske analyser og verktøy jeg har benyttet har samtidig gjort det mulig for meg å distansere meg på nøktern kritisk distanse fra feltet.

Miljøstøtte og avhandlingens del av ATM-prosjektet ved Rokkansenteret

I avhandlingsarbeidet har jeg hatt betydelig miljøstøtte gjennom et større forskningsprosjekt jeg har vært knyttet til, dvs. ATM-prosjektet ved Rokkansenteret. Formålet med ATM-prosjektet har vært å studere aktuelle reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren, men også gjøre sammenlikninger med Sverige, Danmark og andre land. Her har den norske ledelsesreform fra 1999 og helseforetaksreform fra 2002 vært sentrale forskningsområder der en har forsøkt å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene og gjøre vurderinger av konsekvenser for organisasjon og ledelse. Hovedtemaene i ATM-prosjektet har langt på vei tangert problemstillinger og hovedtema i min egen avhandling. I studiet av ledelse- og helseforetaksreformen i ATM-prosjektet har de tre begrepene *Autonomi*, *Transparens* og *Management* vært benyttet som utgangspunkt. Med *Autonomi* menes den forhåpning som helseforetaksreformen la opp til, dvs. om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå i sykehusene, parallelt med sentralisering av statlig eierskap og helseforetaksregioner. Dette forutsetter også en autonomisering av ledelse, dvs. *Management* – som betyr at reformen har hatt en innebygd forventning om å utvikle en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivå i sykehusene. Det er hvordan denne rollen eventuelt har endret seg etter helseforetaksreformen som har vært mitt hovedfokus og anliggende, men også et av de tre forskningsområdene i ATM-prosjektet. Et tredje hovedområde i ATM-prosjektet har vært transparens, hvor en har studert ambisjonen om å redusere kostnader og etablere pasienters frie sykehusvalg gjennom helsemyndighetenes tiltak for økt bruk av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Selv om transparens-dynamikken ikke har vært mitt hovedfokus, har likevel kunnskapsoppbygging knyttet til transparens-begrepet i ATM-prosjektet vært viktig in-put i relasjon til mine egne problemstillinger og et viktig bakteppe for å forstå sammenhenger mellom audit, målinger, rapporteringssystemer og prestasjonsbestemte betingelser for ledelse i norske sykehus. Transparens-dynamikken er berørt spesielt i avhandlingens kapittel 4, men også i andre arbeider som jeg har valgt å ikke ta inn i selve avhandlingen (Torjesen & Byrkjeflot 2006).

Avgjørende for mitt eget avhandlingsarbeid har vært miljøstøtten jeg har hatt tilgang til som deltaker i ATM-prosjektet ved Rokkansenteret. Den kunnskapsoppbyggingen som ATM-miljøet har avfødt, har kunnet tilflyte meg rikelig i hele avhandlingsperioden. Min egen og andres deltakelse i prosjektseminarer, forskningskonferanser, prosjektmøter, på mail, web og ved telefonkontakt har vært viktige møteplasser i løpet av prosjektets gang. Slik har jeg fått rikelig med feedback på egen forskning, og jeg har kunnet bryne erfaringer og innsikter med andre stipendiater og forskere i en stor forskergruppe som også har innbefattet et nordisk nettverk. I det nordiske forskernettverket har spesielt kontakten med FLOS-miljøet (Forskning om ledelse og organisering i sykehusvæsenet), i dag Center for Health Management ved

Copenhagen Business School, vært en sentral link for kunnskapsutveksling. Siden ledelsesreformer i Danmark har løpt i forkant av de norske reformer, har de tidligere forskningsresultater fra FLOS-prosjektet, dvs. fra slutten av 1990-tallet vært et viktig teoretisk og empirisk referansepunkt da jeg startet opp avhandlingsarbeidet i 2002, men også et sentralt tolkningsmessig empirisk og teoretisk holdepunkt. Siden de nordiske land er rimelig like med hensyn til kultur, forvaltningsoppbygging, profesjoner i sektoren og institusjonelle forhold, vil sammenfall eller kontraster i funn mellom danske og norske studier i seg selv kunne fremstå som en form for validering. Med andre ord vil konsensus om likheter i hvordan ledelsesreformer i de nordiske land inkorporeres eller frastøtes i sykehusverden, fremstå som en "method of agreement" (Ragin 1987).

KAPITTEL 2

Kunnskap, profesjoner og ledelse – kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste¹

Etter at sykehusene innførte såkalt enhetlig ledelse fra 1999 og ble selvstendige helseforetak fra 2002, har debatten om hvem som skal lede norske sykehus fått ny aktualitet.² Hvordan sykehusene skal ledes og hvilke kvalifikasjoner ledere i norske sykehus skal ha, er stadig et hett tema. En sentral kontrovers i denne debatten har vært om det nå er lederkvalifikasjoner *per se* og i mindre grad helsefaglige kvalifikasjoner som skal legges til grunn ved rekruttering av ledere i helseforetak. Legene er nå stilt på lik linje med andre helseprofesjoner i kampen om helseforetakenes lederstillinger. Også i kommunehelsetjenesten og sentral helseforvaltning har nye profesjoner og profesjonelle administratorer utfordret medisinen i kampen om lederposisjoner.

Et kunnskapsperspektiv på ledelse i helsetjenesten

Selv om ledelse har fått stor utbredelse og oppslutning i mange sektorer og samfunnsområder, har organisasjonsforskningen likevel kritisert den generiske ledelsesforskningen. Dette skyldes at kunnskapsgrunnlaget om ledelse aldri har vært i stand til å fremstå som sikker vitenskap - med rot i en konsensuspreget entydig vitenskapelig basis (Drucker 1954, Guillen 1994, Byrkjeflot 1999, Sørhaug 2004). Forskning om ledelse har langt på vei oppgitt tidligere universelle ambisjoner om teoribygging og i stedet tilnærmet seg en kontekstuell og komparativ orientering (Strand 2007). Ledelse bygger dermed ikke på et universelt kunnskapsgrunnlag, men må studeres i sammenheng med andre forhold. Det være seg vitenskaper, fag, profesjon og kunnskapsproduksjonen om ledelse innen akademia, konsulentbransjen og motepreget praksis (Røvik 1998).

På denne bakgrunn skal jeg studere vitens- og kunnskapsproduksjonen i forhold til de to mest dominerende profesjonene i helsetjenesten, dvs. legene og sykepleierne. Spørsmålet er hvordan henholdsvis sykepleiernes og legenes vitenskaper og kunnskapsproduksjon har bidratt til å autorisere og legitimere disse profesjonene i forhold til ledelse. Her vil jeg først undersøke hvordan legene kunnskapsmessig forankret seg i forhold til faglig ledelse i den offentlige

¹ Artikkelen er tidligere publisert i Tidsskrift for Samfunnsforskning Nr. 2/2007.

² I 1996 bad Stortinget regjeringen innføre enhetlig ledelse på alle nivå i sykehusene. Enhetlig ledelse ble senere fremmet av Steine-utvalget (NOU 1997:2 Pasienten først!) og lovfestet i 1999 i en egen paragraf i en ny spesialisthelsetjenestelov. (Ot.prp.nr.10 (1998 – 1999) § 3.9). Lovparagrafen slår fast at ”sykehusene skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer”.

helseforvaltning utenom sykehusene. Deretter blir den samme problemstillingen undersøkt innen sykehusledelse. Til sist er spørsmålet hvordan sykepleiernes egen kunnskapsproduksjon bidro til å konstituere sykepleien til ledelse i sykehusene. I den avsluttende delen diskuteres og kontrasteres de to profesjonenes ledelsesmessige stilling i forhold til dagens fagnøytrale ledelsesformer (General Management) i helseforetakenes ledelsesstrukturer.

Legens ledelse av offentlige helsetjeneste utenom sykehusene

Legenes innflytelse i ledelse av helsetjenesten kan trekkes langt tilbake i tid. I etterkrigstidens norske helsevesen kommer en likevel ikke utenom Karl Evang som i stor grad kom til å sette sitt preg på den sentrale helseadministrasjon i Helsedirektoratet med underliggende virksomheter. ”Systemet Evang” vies betydelig oppmerksomhet av Rune Slagstad (1998), men også Trond Nordby trekker frem Evangs og hans ”generalstab” i Helsedirektoratet som et stjerneeksempel på Arbeiderpartistatens teknokratiske styringssystem (Nordby 1989, 1993). Helsedirektør Evang hadde en fot i legeprofesjonen og en fot i arbeiderbevegelsen. Som sosialistisk lege var hans bane i utgangspunktet preget av tankegods fra marxistisk samfunnsplanlegging, men sammen med sine administrative leger kom han samtidig til å bli preget av historiske koplinger krigen skapte til USA. Her ble det etablert bånd til den såkalte Public Health-tradisjonen.³ Dette var en skoleretning innen sosialmedisin som hadde utviklet seg i kjølvannet av pragmatismen og den teknokratiske framtidsoptimismen som preget det amerikanske samfunnet ved begynnelsen av 1900-tallet. Ved århundreskiftet var effektiviseringsbestrebelsene den amerikanske nasjonens grunnleggende etos og kom til å prege alle samfunnsområder – helsesektoren inklusive. Streben etter stadig høyere nasjonale produksjonsmål var ikke bare et spørsmål om optimal konservering av skog, land, vann og mineraler, men også et spørsmål om ”*the conservation of human life*” (Hays 1959) - slik dette kom til uttrykk i Public Health-skolen. Disse tankestrømningene kom ved begynnelsen av 1900-tallet til å materialisere seg i eugenikk (steriliseringsprogram, ekteskapslovgivning), befolkningsplanlegging, vaksineprogram, sykdomsbekjempelse og allmenn folkehelse gjennom kost og idrett. Helsestellet i USA var preget av privatrettslige forhold. Paradoksalt nok kunne dette ”fordøyes” av marxisten Evang, siden Public Health-tradisjonen harmonerte med Evangs egne teknokratiske visjoner om fagstyre. Demokrati betydde i denne sammenheng ”*styre for folkets beste*” - basert på partnerskap mellom eksperten og folket (Haber 1964).

Kontaktene som Evang opparbeidet i eksil ved Johns Hopkins University innen Public Health ble et sentralt studiested for etterkrigstidens administrative leger og link for

³ I 1910 fikk University of Michigan en egen grad i Public Health. Johns Hopkins School of Hygiene opprettet samme grad i 1918. Karl Evang var gjennom sine engasjement i WHO en pådriver i å bygge ut denne administrative grunnutdanningen internasjonalt.

kunnskapsoverføring til Norge. Gjennom stipendordninger fra Rockefeller Foundation fikk administrative leger fra Norge undervisning i fag som biologi, samfunnsvitenskap, statistikk, medisin, biokjemi og administrasjon. Disse fagene kom til å bli viktige redskapsfag i planlegging og realisering av et norsk folkehelseprogram. Her fikk også de norske legene innsikter i hvordan den medisinske fagkunnskapen kunne benyttes politisk og administrativt (Nordby 1993:109). De fleste kandidatene fra Public Health-skolene kom senere til å bli plassert inn i sentrale stillinger i Helsedirektoratet og fylkeslegeembetene. Da Evang gikk av som helsedirektør i 1972 hadde samtlige av landets fylkesleger utdanning innen Public Health. De samme amerikanske forbilder og kunnskapsfelt ble tatt i bruk hjemme i Norge i etterutdanning av leger i offentlig helsearbeid. Med Evang som arkitekt ble det formidlet kunnskap innen kontrollerende helsearbeid, attføring, hygiene, medisinallovgivning og lokal helseadministrasjon.⁴ Legenes ledelse i sentral og lokal helseforvaltning var ikke bare et medisinsk ledet styre utledet av Public Health *per se*. Røttene til folkehelse, sykdomsbekjempelse, vaksine og hygieneprogram må også ses i lys av biomedisinens gjennombrudd på 1800-tallet. De grunnleggende forutsetningene til suksessen kan tilbakeføres til Kochs og Pasteurs oppdagelse av bakterier og virus omkring 1870. Denne oppdagelsen gjorde det mulig gjennom vaksiner og vaksinasjonsprogrammer, antiseptiske midler, isolasjon, befolkningskontroll og sykehusutbygging å bekjempe sykdom langt mer effektivt enn tidligere. Medisinen som anvendt vitenskap fikk på denne bakgrunn en betydelig anerkjennelse og status (Myrvang 2004).

Legenes administrative herredømme

Helsedirektoratet fikk i de første tiår av etterkrigstiden en sterk administrativ stilling i utvikling av helsepolitikken og ledelsen av helsetjenesten. Selv om Evang og hans administrative leger måtte kjempe mot forvaltningsjurister og senere politikere, fikk Helsedirektoratet en administrativ særstilling. Helsedirektoratet fikk status som såkalt blandet direktorat, dvs. at det var både fagdirektorat og departementsavdeling (sekretariat for statsråden) i en og samme organisasjon. Legenes kunnskapsproduksjon og vitenskaplige rasjonalisering i Helsedirektoratet gled på denne måten rett inn i Arbeiderpartistatens tro på teknokratisk fagstyre. Hele helsetjenesten fikk imidlertid ikke Evang gjort til gjenstand for planstyre. Hans sosialistiske planøkonomiske styring møtte motstand fra privatpraktiserende leger og i Legeforeningen og heller ikke i forhold til sykehusene fikk ”systemet Evang” noen stor betydning. Siden sykehusorganisasjonskomiteens innstilling (1963) og sykehusloven (1969) først kom på tampen av Evangs virketid som helsedirektør, kom Evangs sentrale helseforvaltning i mindre grad til å prege sykehussektoren. De fleste offentlige sykehus var eid

⁴ Ifølge Nordby (1993:112) hadde sosialmedisinen også aner tilbake til en tysk tradisjon fra Rudolp Virchow.

av fylkene, dvs. et administrativt-politisk system og dermed ikke en ”selvfølgelig” del av Evangs ”medikrati”. Det statlige fagstyre, fra Helsedirektorat til fylkesleger og distriktsleger, kom samtidig på 1960-tallet under press. Forvaltningsloven som kom i 1962 med større krav til åpenhet i forvaltningen reduserte Evang-systemets instrumentelle muligheter og autonomi. De statlige distriktslegene ble gjort kommunale etter kommunehelseloven som kom i 1984 og innlemmet i kommunal administrasjon. På sentralt nivå kom ”den siste spikeren i kista” etter at Helsedirektoratet ble flyttet ut av departementet i 1983 (Berg 1996:438-439).

Medisinen og ledelse i sykehus fra 1945

I tråd med den medisinsk-teknologiske utvikling kom en stadig større andel av medisinsk virksomhet til å bli knyttet til sykehus utover på 1900-tallet. Her kom legene til å spille en viktig rolle i forhold til ledelse. I en generalplan for landsomfattende sykehusutbygging ble behov for modernisering, spesialisering og stordrift fremmet fra legehald allerede i 30-årene (Martinsen 1987, Hansen 2001).

Ved krigens slutt var norske sykehus preget av små blandede sykehus og såkalte tredelte sykehus.⁵ Medisinens vitenskapelige fremskritt og kliniske muligheter materialiserte seg imidlertid ikke umiddelbart i sykehusutbygging – det trengtes også en finansiell side til sykehusbygging. Her stilte sykehusene bak industrisektoren i køen av gjenoppbyggingsoppgaver (Schønby 1999). I de første etterkrigsårene var behov for administrasjon beskjedent og utover overlegene klarte sykehusene seg stort sett med en forvalter (Berg 1991:159). I de blandede og tredelte sykehusene, dvs. kirurgi, indremedisin og røntgen, ledet overlegene de enkelte avdelinger. Ledelsesfunksjonen var mer avledet av klinisk praksis enn en selvstendig ledelsesaktivitet. Sykehusledelse var en kollegial struktur, dvs. et faglig selvstyre der legene var selvskrevet til å lede med utgangspunkt i den medisinske fagkunnskap. Sykehusene kunne dermed karakteriseres som ”medikratiske” institusjoner (Berg 1996:436-437). Legenes selvskrevne posisjon illustreres svært tydelig i Sosialdepartementets rundskriv fra 1946 - ”ingen over ingen ved siden”:

”Legen som den enestående øverste leder for alle funksjoner ved sykehuset: Han ivaretar anstaltens interesser i enhver henseende.”

(Sosialdepartementets rundskriv nr. 69/1946)

Frem til 1970-årene styrte overlegen ved de fleste sykehusavdelinger, mens en administrerende overlege gjorde det samme på vegne av sykehusene. Mens den tidligere autoriteten toppet seg i

⁵ Blandede sykehus hadde ingen funksjonell inndeling av avdelinger, og var oftest ledet av en kirurg. I 30-årene utviklet blandede sykehus seg til tredelte sykehus, dvs. kirurgiavdeling, indremedisinsk- og røntgenavdeling (Hansen 2001).

overlegen (monokratisk autoritet), har sykehus fra 1970-årene fått mer og mer preg av byråkratisk, teknokratisk og merkantil autoritet (Berg 1987). Etter at sykehusloven kom i 1969, og fylkeskommunen senere overtok eierskapet i 1976, vokste det frem en ekspanderende sykehusadministrasjon. Ytre styring og kontroll med utgiftsbruken økte, og den medisinske autonomien ble gradvis svekket.⁶ Ledelse kom nå i større grad til å handle om å gjøre valg mht. å begrense utøvelse av medisin, og det ble vanskeligere å utøve ledelse som en forlengelse av faglig virksomhet (Opdahl-Mo 2005). Etter hvert som ”det ytre styret” og politikk presset seg på, ble ledelse stadig mer skilt fra klinikken (Berg 1998). I takt med personellmessig vekst, teknologisk og medisinsk kompleksitet ekspanderte de administrative funksjoner. Nye administrative funksjoner som personal, budsjett og økonomistyring bidro til ytterligere profesjonalisering av sykehusenes ledelse. Selv om medisinen fortsatt fikk dominere i kliniske sammenhenger var det ikke lenger selvsagt at den skulle dominere i ledelsesmessige sammenhenger. Jurister, offiserer, økonomer og samfunnsvitere gjorde seg mer og mer gjeldende i relasjon til stabsmessige eller sentrale lederstillinger. Sykepleierne spilte en stadig viktigere rolle i forhold til pleie- og omsorgsledelse, men etter hvert også innenfor mer strategiske og profesjonaliserte ledelsesposisjoner. Sykepleiens kunnskapsmessige legitimering i forhold til ledelse vil bli omhandlet nærmere i de neste avsnitt.

Sykepleierne i etterkrigstidens ledelse i sykehus

Fra begynnelsen av 1980-tallet begynte sykehusene å innføre såkalt todelt ledelse der avdelingsoverlege og oversykepleier hadde det enhetlige ansvaret for avdelingens drift, administrasjon og budsjett (NOU 1997:2:521-22). I denne todelte modellen tok sykepleielederen hånd om pleiefunksjoner og pleiepersonale, men også mesteparten av de administrative oppgaver, mens avdelingsoverlegen brukte mesteparten av tiden til pasientrettet virksomhet (Johansen m.fl. 1992, Opdahl-Mo 2006). Da lovfesting av enhetlig ledelse kom i 1999, innbar det i prinsippet at ledelse i sykehus ble frigjort fra en bestemt helsefaglig tilhørighet, og andre kunne rykke enda nærmere inn på legenes ledelsesdomene. Her har sykepleierne rykket frem og historisk benyttet ledelse som en strategi for anerkjennelse og frigjøring fra de medisinske hierarkier. I denne prosessen har utvikling av et selvstendig kunnskapsgrunnlag i sykepleien spilt en viktig rolle.

⁶ Legene gav likevel ikke fra seg administrative oppgaver uten kamp. I forarbeidet til Sykehuslov i 1969 ville legene ha lovfestet legeekspertise i alle administrasjonsorganer, dvs. sykehusnemnd, sykehusstyre og som sykehusets administrative leder. (Martinsen 1987).

Sykepleien oppdager seg selv – identifisering av sykepleieledelse gjennom vitenskap

Det som i 50- og 60-årene kom til å hete ”Den Norske Amerika-linje” ved Norges Sykepleierhøgskole skulle bli avgjørende for konstituering av den tidlige sykepleievitenskap i Norge. Eksempelvis tok nestoren i faget, Helga Dagsland, sammen med flere andre pionerer fra Norges Sykepleierhøgskole mastergrad i sykepleievitenskap i USA på 50- og 60-tallet ved Columbia-universitetet. Sykepleieutdanningen i USA var så langt tilbake som 1899 etablert innen universitetssektoren. Her ser amerikansk behaviorisme ut til å ha vært spesielt forbilledlig i den administrative sykepleie ved Norges Sykepleierhøgskole, dvs. fag som personlighetspsykologi, pedagogikk, ledelse og organisasjonsteori. Et tidlig referansepunkt for denne amerikanske sykepleie i norsk ”oversettelse”, er Helga Dagslands arbeider. Her benyttes referanser til f.eks. Bernard Bass, *”Leadership, Psychology and Organization”* (Bass 1960), rolleteori (Argyris 1953), men også tidlige spor til managementlitteratur (Drucker 1954) og beslutningsteori (Simon 1957). Med denne teoretiske ballast gjennomførte Helga Dagsland i 1958 sine første forskningsarbeid om oversykepleierstillingene. Pionerarbeidet representerte de første anslag av vitenskapelige arbeider omkring ledelse i sykepleien i Norge hvor det innenfor en fremvoksende objektiv norm ble benyttet kvantitative forskningsmetoder, dvs. ”instrumenter”: sjekklister, rapporter, observasjon. I såkalte *funksjonsanalyser* av sykepleiernes arbeidsprosess fokuserer Dagsland spesielt på administratorers stilling og sykepleiernes lederskap (Dagsland 1958). *Funksjonsanalysene* ser siden ut til å ha blitt et viktig kunnskapsgrunnlag til å definere sykepleiernes autonomi, territorium, autoritet, oppgaver og funksjoner i forhold til medisin, men også til andre underordnede pleiegrupper. Gjennom behavioristisk vitenskap ble sykepleien satt i stand til å fri seg fra ”lege-åket” og etablere tydeligere autoritet til andre underordnede pleiegrupper (Fause & Micaelsen 201:294).

Anni Langeland (1968): *”Personlighetstrekk og rolleoppfatning”* er et senere eksempel på en vitenskapelig studie som bidrar til å identifisere sykepleien i forhold til ledelse, men også et godt eksempel på konstituering av norsk sykepleievitenskap innenfor et samfunnsvitenskapelig spor med amerikanske røtter. Utenom resepsjonen av relevant litteratur i sykepleievitenskap fra USA, Storbritannia og Skandinavia, er kanskje det mest interessante med denne studien hvordan Langeland konstruerer og identifiserer *mangel på ledelse* innen sykepleie. Kunnskapsproduksjonen til Langeland foregår ”korrekt” og ”objektivt” innenfor en kvantitativ tradisjon – med tydelige referanser til en forbilledlig behavioristisk psykologi. Her påviser Langeland sykepleieres manglende identifisering med lederskap som et vitenskapelig faktum i ”sann forskertale” – med anvendelse av Gordon Allports *”personlighetsinventorium: Manual for Survey of Interpersonal Values”* (Allport 1960).

Det er tydelig at den tidlige norske sykepleievitenskapen bevisst støtter seg på fagtradisjoner utenfor medisinen, dvs. behaviorismen, men samtidig strebes det etter samme epistemologiske status. Akademisering av sykepleien i fortolkningsfellesskap med harde samfunnsfag kan samtidig forstås som en frigjøringsstrategi bort fra underdanigheten i Nightingale-tradisjonen og de mannsdominerte medisinske hierarkier (Melby 1990). Frigjøringsprosjektet inneholder også kunnskapsproduksjon og tidlig anvendelse av ideer fra ledelsesfag (general management) i motsetning til legenes sterke forankring i faglig ledelse. Tidligere studier av sykepleiernes ledelsesprosjekt peker på dette (Sommervold 1996, Byrkjeflot 1997). Ved å ta i bruk kunnskapsområdet innenfor General Management, sto sykepleierne langt sterkere rustet i forhold til å frigjøre seg fra medisinske kliniske hierarkier. På dette grunnlag fikk sykepleien ”bevist” sine administrative kunnskaper og ferdigheter og fikk etter hvert tyngde nok til å utfordre den offentlige helsepolitikken og få lovfestet rett til ledelse på avdelingsnivå. Sykepleiernes fremvoksende vitenskapelige legitimitet manifesteres ytterligere ved inklusjon av sykepleievitenskap som selvstendig universitetsfag fra 1984. På mange måter representerer dette den foreløpige sluttstrek for en lang reise fra å ha vært et hjelpefag, senere utdanningsbasert yrke til en vitenskapsbasert disiplin (Lerheim 2000).

Den interne kampen om kunnskapsgrunnlaget – positivismestriden i sykepleien

Sykepleiernes marsj mot et selvstendig vitenskapelig kunnskapsgrunnlag har ikke bare vært en ytre faglig demarkasjon mot andre helsefag, men har også vært en intern kamp om kunnskapsgrunnlaget. Denne interne striden blant forskere innen sykepleievitenskapen velger jeg å tolke som positivismestriden i sykepleien. Det er en strid der du finner de tidlige sykepleiepositivister, dvs. passasjerene på Den Norske Amerika-linje fra Norges Sykepleierhøyskole på den ene siden, mot på den andre siden, de tyske og danske fenomenologer, dvs. Bergenskolen, Tromsøskolen med Kari Martinsen i spissen).⁷ Sterkt inspirert av den danske filosofen og hermeneutikeren Knut Ejler Løgstrup, og gjennom nylesning av fagets pionerer (formødres liv), gjenreiser Kari Martinsen metafysikken i sykepleien, gir kallstanken og omsorgstanken en ny dimensjon, og tar et kraftig oppgjør med de instrumentelle og positivistiske tendenser i sykepleievitenskapen:

⁷ Kampen kan også fortolkes i lys av hvilke sykepleiere som hadde behavioristiske tradisjoner fra USA og andre som hadde studert disipliner som sosiologi og filosofi. Det vokste utover på 80-tallet opp et miljø ved Universitetet i Tromsø med kritiske røster mot positivisme og vitenskapeliggjøringen av sykepleien.

”Boken er et oppgjør med tankestrømninger og retninger som setter individet og menneskets egen skapelse i sentrum. Vårt vestlige industrisamfunn er bærere av et individualisert menneskesyn som uttrykker seg i en teknisk-instrumentell livsforståelse. ”

(Martinsen 1993:176)

”*Fra Marx til Løgstrup*” kan leses som et opprør mot den amerikansk-inspirerte sykepleien, men kritikken har samtidig klare paralleller til positivismestriden som på 60- og 70-tallet raste i samfunnsvitenskapene mellom Bergenskolen (Hans Skjervheim) og Osloskolen (Arne Næss). Kari Martinsens omsorgsfilosofi er på en måte to prosjekt. For det første verner hun om sykepleiens omsorgsrasjonale og naturlige historiske plass som leder av klerikale pleieinstitusjoner. Det andre prosjektet er Martinsens positivismekritikk og hermeneutiske tilnærminger som er en del av de generelle tendenser i de samfunnsvitenskapelige fag. Hennes positivismekritikk er på denne måten et viktig bidrag til å konstituere ”de myke” samfunnsvitenskapenes plass i sykepleievitenskapen. Spørsmålet her er om dette kan ha hatt noen betydning for sykepleievitenskapens gjennomslag på samfunnsnivå og i forhold til ledelse? Selv om positivismedebatten skapte mange kontroverser og fikk gjennomslag i enkelte myke samfunnsvitenskaper (sosialpedagogikk, kvinnesosiologi), ser det ikke ut til at denne kritikken fikk noen betydning i de dominerende samfunnsfagene. Johan Galtung hevder i sitt biografiske tilbakeblikk at positivismekritikken stort sett ikke var i stand til å gjøre mer enn å påpeke problemet. Den evnet verken å fornye samfunnsforskningens praksis eller å legitimere dens autonomi (Jakobsen 2002).

Her er min påstand at Galtung og Kjetil Jakobsen sannsynligvis har vært for pessimistiske på vegne av ”de myke samfunnsvitenskaper”. Det er mulig å trekke frem enkelte unntak. Sykepleievitenskapen og dens innveving i nasjonale kunnskapsregimer er ett eksempel (Slagstad 1998:416). Spesielt ser sykepleievitenskapen, kombinert med kvinnesosiologi, kvinneforskning og likestillingsforskning, ut til å ha blitt en viktig premissleverandør for politikk og samfunnsplanlegging. Det ”*statsfeministiske regime*” er en merkelapp på dette kunnskapsregime som Helga Hernes viste til (Hernes 1987). Slagstad forfølger dette videre og benytter begrepet: ”*feministisk kunnskapsproduksjon*”. Slagstad poengterer her hvordan kvinnebevegelsen har utfordret posisjoner innen det vitenskapelige bestående og reiser spørsmålet om det med basis i en ”kvinnelig verdiverden” eksisterer en feministisk vitenskap med spesifikke kvinnelige normer for vitenskap. Det interessante i denne sammenheng er at Slagstad viser til fornyelsen av sykepleien som eksempel – og hvordan Kari Martinsen, sammen med Kari Wærness, bidro til å gi sykepleien en ny faglig identitet uavhengig av mannsdominerte medisinsk-vitenskapelige tradisjoner (Slagstad 1998:424). Denne prosessen – om hvordan feministisk kunnskapsproduksjon ble forankret i politikk og statsinstitusjoner – analyserer Slagstad (2004) videre i ”*Thesis Eleven*”. Her beskrives det nye

kunnskapsregimets fremvekst som et symbiotisk vekselspill mellom kvinnebevegelsen og statens regulerende makt, forhandlet frem av samfunnsvitenskapelig reformisme; en kombinasjon av feminisering nedenfra og statsfeminisme fra oven. Sykepleiens kunnskapsproduksjon, innvevd i myke samfunnsvitenskaper, har dermed blitt satt på dagsorden. Andre holdepunkter for dette gjennombruddet finner jeg hos Kjellaug Lerheim når hun oppsummerer erfaringer med sykepleieforskning i Norge: ”*Sykepleieforskningen har langt større innflytelse enn vi er klar over, med vide ringvirkninger*” (Lerheim 1986:153). Sykepleieforskningen har, ifølge Lerheim, ikke bare styrket sykepleiens fagidentitet, den har også bidratt til å sette helhetlig, pasientorientert praksis på dagsorden. Hvis vi tar for oss noen av de nasjonale helse- og velferdspolitiske planer og dokumenter gjennom de senere år, er eksemplene mange på holistisk sykepleietenkning. Spesielt pasientrettighetslovgivningen, helhetlig, integrert tjenesteutforming og individuelt pasientfokus har kommet i sentrum for politikkutforming og lovgivning. Sykepleievitenskapens dreining bort fra det objektifiserte, medisinske og partikularistiske er på denne måten blitt gyldig premissleverandør i de helsepolitiske diskurser.⁸

Her oppstår det samtidig en interessant milepæl ved at statens satsing på generell faguavhengig ledelse i sykehussektoren integreres med en fornyet oppmerksomhet om pasientrettigheter. General Management har blitt det nye trylleformularet for å sikre større og mer helhetlig pasientfokus i helsepolitikken: ”*Pasienten først!, men også mer ledelse!*” (NOU 1997:2). Sykepleiens suksess ligger kanskje her ved at den historisk har hatt en kunnskapsproduksjon som bygger opp om både holisme (pasient) og ledelse samtidig. Når individet i sentrum blir omskrevet i pakt med markedsliberal rettighetslovgivning, dvs. pasienten som den suverene markedsaktør – er min påstand at det oppstår en slags symbiose mellom sykepleievitenskapens kunnskapsproduksjon (om den suverene pasient) og økonomisk, markedsliberal kunnskapsproduksjon (om den suverene markedsaktør). Til sammen bygger denne kunnskapsproduksjonen opp om den nye ledelsesforståelse i norsk helsetjeneste. Vi skal se litt nærmere på den markedsliberale kunnskapsproduksjon og hvordan denne kan relateres til sykepleiernes og legenes ledelsesprosjekt.

⁸ Her er nok av eksempler: Lov om pasientrettigheter (1999), St. meld. nr. 25 (1996 – 97): *Åpenhet og helhet*, NOU 1997:2: *Pasienten først*, NOU 2005:3: *Fra stykkevis til helt*, St.meld. nr. 21 (1998 – 99) *Ansvar og meistring*, St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*.

Det markedsliberale kunnskapsregimets fremvekst og profesjonsstatens sammenbrudd

Det er mye som tyder på at en fra 1980-årene kan registrere en overgang til en ny dominerende kunnskapsproduksjon – mer og mer preget av markedsliberale og foretaksøkonomiske diskurser. Helsepolitikken preges av de samme diskurser, og bekymringen knyttes mer til ”syke statsøkonomier” enn syke mennesker (Porter 1997). I boka ”Fra politikk til økonomikk” skriver Ole Berg (2005) utførlig om helsepolitikken klimaskifte og refererer her bl.a. til Finn Kydlands Nobelpris i økonomi som et uttrykk for en ny økonomtale som skulle få store implikasjoner for helsepolitikken:⁹

”For ikke lenge siden hadde de mest toneangivende økonomer sett hen til Keynes for inspirasjon Nå vendte mange blikket i en annen retning... ”Rules rather than discretion” het det i overskriften på en artikkel i 1977. (...) Implikasjonene var klar: staten skulle lage og overvåke spillereglene, ”the rules”, men ellers intet.”

(Berg 2005: 69-70)

Politikken blir fra denne tid stigmatisert og bedt om ”å binde seg til masta” i tråd med økonomenes nye vitensproduksjon og dekreter. Helseutgiftene og helseforetakenes underskudd fortsetter å vokse – selv etter innføring av handlingsregelen er politikerne ikke helt handlingslammet av denne og Finansdepartementets forordninger. Mye tyder faktisk på at den politiske aktivitet i tilknytning til helsepolitikken øker i intensitet utover på 90-tallet og inn i det nye århundre. Selv etter at styringen av sykehussektoren fra 2002 ble overlatt til nye merkantile ledereliter i helseforetakene, har det, stikk i strid med reformens intensjoner vist seg at politisk aktivitet i tilknytning til sykehussektoren har økt (Opedal og Rommetvedt 2005). Trond Nordby stadfester for noen år tilbake klimaskiftet og den økte politisering som har funnet sted som ”*fagstyrets undergang*”, dvs. hvordan planstyret utover på 70-tallet blir erstattet av mer og mer politisering: ”*et vanskelig beregnbart politisk spill av ressurser*” (Nordby 1993:119). Samtidig skjer det en forskyvning av makt fra fagdepartement til Finansdepartement, og internt i Sosial- og helsedepartementet registreres det utover på 1990-tallet en tiltakende økonomisering av stabene, der helseøkonomer og samfunnsvitenskapelige kandidater erstatter leger som helsepolitisk ekspertise i tilknytning til helsetjenestens reformarbeide. Symptomatisk for denne utviklingen er f.eks. at en statsviter overtok som leder for departementets helseavdeling og en reformteknokratisk sosiolog, med bakgrunn fra Johns Hopkins (Gudmund Hernes) overtok helseministerposten etter en lege (Werner Christie) i 1995 (Erichsen 1996).

⁹ Kydland Finn og Edward C. Prescott (1977), ”Rules Rather Than Discretion: The Inconsistency of Optimal Plans“, i *Journal of Political Economy*. Artikkelen har bl.a. inspirert til den såkalte norske handlingsregelen for bruk av oljepenger, første gang tatt i bruk av regjeringen Stoltenberg fra 2000.

Vibeke Erichsen konkluderer i 1996 om legenes retrett fra fagstyrets posisjoner med det hun kaller ”Profesjonsstatens sammenbrudd”:

” (...) helsereformene i 1980- og 1990-årene førte til endringer i de institusjonelle relasjonene. Andre profesjonsgrupper har langt på vei erstattet legene som helsepolitisk ekspertise på sentralt og lokalt nivå, og helsepolitikken har blitt mer og mer politisert og integrert i den videre velferdspolitikken. Dermed er det klare indikasjoner på at profesjonsstatens dager er over.”

(Erichsen 1996:85)

På denne måten skjer det et brudd med de gamle vitensregimer avledet fra biomedisin- og Public Health-tradisjonen. Det gamle helsepolitiske imperativ; om å bekjempe sykdom – koste hva det koste vil, utfordres av en ny type logikk basert på økonomiske nyttebetraktninger (Hagen 2006). I relasjon til helse legger nyttemodellene klare premisser for pasientprioritering (Samuel, Dirsmith & McElroy 2005), f.eks. hva slags helsegevinster en kan få av behandlingen, målt i kroner og øre? Hvor mye er et leveår verdt beregnet i forhold til medisinkostnader og behandling? Når sykdom får en prisfastsettelse ved stykkprisfinansiering basert på DRG-systemet fra 1997, monetariseres medisinen for fullt (Solstad og Opdahl 1993). Nyttelogikken gir samtidig føringer i forhold til medisinsk forskning, slik dette kommer til uttrykk i Evidence Based Medicine (Johannessen 2004).

En ny type økonomisk vitensregime med sine bestemte verdier og markedsliberale politikk kommer på denne måten til uttrykk i helsetjenestens nye fordelingslogikk (Lian 1996). Et dagsaktuelt eksempel kan være hvordan økonomiske incitamenter gjennom stykkprisfinansiering (fra 1997), vil kunne favorisere store sykehus som kan operere med stordriftsfordeler. Små lokalsykehus i distriktene kjemper nå for sin eksistens og vil ikke lenger kunne opprettholde det samme tilbudet av spesialistfunksjoner underlagt det nye vitensregime. På denne bakgrunn ser en tendenser til stadig større sentraliserte enheter, igjen forsterket etter overgangen til fristilte helseforetak fra 2002 (Kjekshus 2004). Den nye økonomiske fordelingslogikk (konsekvenslogikk), visker ut den gamle faglige logikken, f.eks. ved at stadig friskere pasienter blir behandlet, eller ved at sykehus ”fløteskummer” pasienter med lønnsomme diagnoser.¹⁰ Den gamle medisinske etikk og logikk vil på denne måten kunne perverteres i forsøk på tilpasning til de nye økonomiske incitamentstrukturer (Gammelsæter & Torjesen 2005). I sammenheng med ledelse innen helsesektoren har den økonomiske nytteologikk åpnet opp et helt nytt landskap for General Management. Forsøk på økonomisk

¹⁰ Terje Hagen NRK Brennpunkt 08.02. 2005.

kontroll og styring fra nye toppledere som henter sine handlingsimperativ fra et faguavhengig kunnskapsgrunnlag preger hverdagen i norske helseforetak.¹¹

Fra faglig ledelse til General Management

Historisk har helsefaglige kvalifikasjoner vært en forutsetning for å kunne bekle ledende stillinger i den norske helsesektoren (Berg 1987). Personlige egenskaper har vært underordnet, mens de fagspesifikke, ekspert- og profesjonsrelaterte kvalifikasjonene har vært nøkkelen til å forstå hvordan ledelse har blitt konstituert i helsesektoren (Byrkjeflot 1997). Helsefagene og profesjonenes kunnskapsproduksjon har dermed legitimert faglig ledelse innen profesjonelle revir og funksjonsområder. På denne bakgrunn har det utviklet seg parallelle strukturer og faghierarki i sykehusene. Ett av hierarkiene har hatt forankring i et medisinsk vitenssystem, mens det andre har hatt forankring i et sykepleiefaglig kunnskapssystem med ansvar for omsorg- og pleiefunksjoner. I tillegg ble gjerne disse to faghierarkiene støttet opp av et tredje hierarki av administrative støttefunksjoner.

Innføring av enhetlig ledelse i sykehusene fra 1999 – hvor myndighet samles i en leder, har en kunnskapsmessig forankring innen såkalt General Management. Med utspring i amerikanske storkonsern kom denne ledelsestenkningen inn i norske industribedrifter i forbindelse med Marshall-hjelpen og bedriftskonsulenten George Kenning (Kalleberg 1991). Tusenvis av norske ledere gjennomgikk fra 1955 til 1990-tallet kursing i Kennings teser om ledelse. De samme modeller fra amerikansk foretaksledelse fikk i 1990-årene innpass i offentlig sektor. Etter den store fristillingsbølgen på 90-tallet innen statsområdet fikk ledelse utgått fra General Management større betydning som virkemiddel i forvaltningspolitikken (Christensen & Læg Reid 2002, NOU: 1989:5).

De første anslag av tilsvarende ledelsestenkning kom i sykehussektoren da Andersland-utvalget i 1990 foreslo å innføre Kenning-ledelse i sykehusene (Sosialdepartementet 1990). Her ble det for første gang med utgangspunkt i en kritikk av fagledelse foreslått å oppheve legenes monopol på lederstillinger i sykehussektoren. Utvalgets innstilling fikk i første omgang liten betydning i forhold til å profesjonalisere ledelse i sykehusene før Steine-utvalgets utredning *Pasienten først!* forelå (NOU 1997:2). Her ble det tatt til orde for en mer helhetlig tenkning omkring pasienten der et organisasjonsfokus skulle avløse et profesjonsfokus. Mer ansvarliggjort og enhetlig ledelse ble da svaret på de problemer pasientene tidligere møtte med et for profesjonsdominert ledelsesfokus i sykehusene. I 1999 ble enhetlig ledelse lovfestet i en

¹¹ Fra 1999 ble enhetlig ledelse forankret i den nye spesialisthelsetjenesteloven. Rammebetingelsene for enhetlige hierarkiske ledelsesstrukturer ble ytterligere forsterket gjennom helseforetaksreformen fra 2002.

ny spesialisthelsetjenestelov.¹² Tidligere parallelle faglige ledeshierarki mellom leger og sykepleiere ble avløst av et prinsipp om at den som er best til å lede skal lede. Kunnskapsmessig hviler denne tenkningen på en idé om at ledelse er et fag i seg selv og at den som er best til å lede *per se* skal lede virksomheten. Denne ledelsestenkningen har i kontrast til helsesektorens faglige ledelsestradisjoner, sitt kunnskapsmessige opphav innen den amerikanske management-tradisjonen. Der har ledelse først og fremst hatt et pragmatisk formål om å tjene ”business” og økonomisk nytte (Byrkjeflot 1999).

Fra fag til ledelse og tilbake igjen

Slik den foregående analysen har vist, sto legene i en særstilling i norsk helsebyråkrati i de første tiårene etter 1945. Helsedirektoratet og de offentlige leger var i denne perioden en av de få institusjoner der Arbeiderpartiets vitenskapelige planstyre fikk utfolde seg med full tyngde. Vi snakker her om et helseplanstyre bygd på Public Health, sosialmedisin og biomedisin som applisert vitenskap. Legene er i denne fasen ikke bare gudgitt et embete, men i kraft av legevitenskapens suksess som det dominerende kunnskapssystem i forhold til helsepolitikk, planlegging og ledelse. Helsedirektoratet og Evangs planstyre fikk imidlertid ikke i samme grad som i sentral og lokal statlig helseforvaltning sette sitt preg på sykehusene. Utover på 60-tallet gikk helseplanstyret inn i sin livskveld. Politikken tok mer kontroll og Helsedirektoratet i betydning planstyre gikk sakte men sikkert mot sin ”undergang”.

I de første årene etter 2. verdenskrig var sykehusene relativt lukkede virksomheter som ble ledet og styrt som ”medikratiske” institusjoner der ledelse fungerte som en forlengelse av klinikken. Etter hvert som sykehusenes indre kompleksitet øker og innlemmes i fylkeskommunal administrasjon og politikk utfordres ”medikratiet”. Kunnskapssystemer utgått fra klinikken er ikke lenger det enerådende kunnskapssystem mht. organisering og drift av sykehus. Økonomi, administrasjon og prioriteringsmessige hensyn får større betydning som innebærer svekkelse av legenes ledelsesautonomi i sykehusene. Ironien ligger her i legevitenskapens egen suksess. Den avledet stadig dyrere spesialiserte behandlingsregimer, medisinsk teknologi og vekst i de paramedisinske profesjoner. Medisinen kom på denne måten til å bli fragmentert innenfra, kritisert av pasienter og helseprofesjoner den selv hadde avledet nedenifra og administrert ovenifra av profesjonelle administratorer (Berg 1996:438). Et resultat av dette var at profesjonelle administratorer og direktører samt andre helsegrupper får en større rolle å spille i forhold til ledelse i sykehus. Sykepleiernes tidlige fokus på ledelsesfag i tillegg til deres fagpolitiske kamp i 70-årene, gav dem etter hvert rett til å lede den sykepleiefaglige virksomheten i sykehusene (Melby 1990). Parallelle faghierarkier mellom medisin og

¹² Lov av 1999-07-02 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

sykepleiere basert på komplementær ledelsesdeling blir en standard som vedvarer til 1999 ved introduksjon av enhetlig ledelse i sykehusene.

Nye kunnskapsregimer – helseøkonomi og enhetlig ledelse

Den økonomiske utilitarismes renessanse i kjølvannet av 1980-årenes nyliberalisme kom til å utfordre helsefaglige kunnskapssystemer som helsepolitikkenes premissleverandør. En fremvoksende kunnskapsproduksjon i helseøkonomi og sterkere satsing på fagnøytrale privatsektorinspirerte modeller for ledelse ble fra slutten av 1990-årene et sentralt statlig virkemiddel i forsøk på å effektivisere, styre og lede sykehusene ut av sitt økonomiske uføre. Nye lederroller vokser fram støttet og autorisert på basis av kunnskapsproduksjon innen General Management, New Public Management og Public Governance.

Legene er fremdeles i ledelse, men leder med utgangspunkt i fag

Selv om den medisinskfaglige logikk utfordres stadig mer, er legene godt representert i avdelingslederstillinger (anlagsvis 67 %) i helseforetakene (Gjerberg & Sørensen 2006), men også i mer strategiske stillinger som klinikkjefer og divisjonsdirektører (anlagsvis 58 %) (Torjesen 2005). Paradokset her er likevel at legene fortsatt ser ut til å vegre seg i forhold til å gå fullt og helt inn for ledelse – slik situasjonen ble beskrevet på 1990-tallet (Berg 1996). Legeledere vil fremdeles helst være i nærheten av klinikken. Selv klinikkjefer (i profesjonalisert toppledelse) i lokale helseforetak arbeider klinisk ved siden av ledelsesoppgaver (Fjeldbraaten & Torjesen 2006). For legenes del er dette forståelig. Ved å bli ledere fjerner de seg fra det som gir autoritet i egne rekker, dvs. faglig videreutvikling og spesialisering og muligheter for en retrett til en faglig stilling. Legen er i stort flertall på alle ledernivå, men lederrollene fylles fremdeles i relasjon til medisinskfaglige normer og tradisjoner (medisinsk lederskap). Legeledere står fremdeles med begge beina i klinikken og internaliserer neppe tankegods fra General Management.

I den grad en økonomisk styringslogikk påvirker atferd blant legeledere er det sannsynligvis mer overgang til innsatsstyrt finansiering i 1997 enn enhetlig ledelse og helseforetaksmodellen som forklarer bildet. Eksempler viser at selv medisinske klinikkjefer kan velge å gå på akkord med en faglig etikk og logikk når økonomiske incitamenter blir sterke nok. Når medisinerne i lederstillinger underlegges økonomiske incitamenter (stykkprisfinansiering og DRG) samtidig som lederskapet blir målt opp mot prestasjoner (performance management), kan den økonomiske logikk ta overhånd – slik kodeskandalen i norske helseforetak for noen år tilbake illustrerte (Gammelsæter & Torjesen 2005). Det er det økonomiske forventningspresset i kombinasjonen med nye styringssystemer som gjør forskjellen. De ledelsesmessige

styringsdialoger blir m.a.o. mer og mer fylt av økonomiske indikatorer og mer og mer tømt for faglig innhold. Sentralisert ledelse i hierarkiske styringskjeder tømt for faglig innhold, slik det erfarer i helseforetakene, skaper avstand til kliniske miljø og ledelse. Resultatet har vist seg i konfliktfylte styringsrelasjoner, skepsis og tildels misnøye blant kliniske ledere vis-à-vis det sentrale managementet i helseforetakene (Stigen, Finstad, Gjernes & Torjesen 2005). Denne misnøyen blant kliniske ledere er imidlertid ikke ny i norske sykehus. Ole Berg påpekte det samme fenomenet for ti år siden, lenge før helseforetakenes tid:

”Min påstand er at dette i fundamentale henseender skyldes den utvendige og objektifiserende, eller om man vil, den anonymt autoritære, ledelsen og administrasjonen.”

(Berg 1998:55)

Sykepleierne leder med utgangspunkt i en management-forståelse

Sykepleiere i lederstillinger i norske helseforetak ser i motsetning til legene ut til å harmonere mer med en lederrolle i tråd med en General Management-forståelse. Her kan sykepleierne vise til lange tradisjoner i administrasjon og ledelse som har vært en del av deres profesjonaliseringsstrategi. Siden sykepleiere i enhetslederstillinger ikke vinner støtte i de medisinske fagkollektiv på samme måte som legelederne – identifiserer de seg sterkere med et New Public Management-relatert styringsunivers, dvs. de er mer resultat-, innovasjons-, fornyelses-, og serviceorientert, og de viser større lojalitet i forhold til helseforetakenes overordnede ledelse (Fjeldbraaten & Torjesen 2006). Ledere med sykepleiebakgrunn har på denne bakgrunn langt større oppmerksomhet om å fremstå som en leder innenfor en management-forståelse enn leger i ledelse. Sykepleierne selekterer og reflekterer rundt sitt eget lederskap som en kontinuerlig prosess, mens legeledere ”rømmer” tilbake til klinikken. Sykepleiere i avdelingsledelse og klinikkjefstillinger i helseforetak er likevel fremdeles enkelttilfeller innenfor medisinske domener. Derfor blir de ikke anerkjent på andre områder enn det de er gode til som ledere, dvs., organisere daglig virksomhet, service, personale og drift (Kragh Jespersen 2005:5, Opdahl-Mo 2006). Dette er samtidig oppgaver legene er tilfreds med å slippe (Johansen 2005). Sykepleiere som enhetlige ledere blir avdelingens ”kontorsjefer” der medisinsk-faglig ansvar overlates til en medisinsk faglig rådgiver, dvs. overlege. De konturene vi ser av reformen med enhetlig ledelse vitner dermed mer om en kontinuitet av det tidlige parallele systemet, dvs. det er fremdeles mer snakk om en ledelsesmessig komplementaritet mellom leger og sykepleiere enn konkurranse.

KAPITTEL 3

Statlig eierskap og foretaksmodell – nye rammebetingelser for ledelse i norske sykehus ¹

Bakgrunn

Etter innføring av helseforetaksreformen fra 2002 har oppmerksomheten om ledelse blitt større i norske sykehus. Enhetlig og generell ledelse har erstattet tidligere parallelle kollegiale ledeshierarkier i sykehusene. Etter at staten overtok eierskapet til sykehusene, er ikke lenger sykehusene koplet til lokal folkevalgt fylkeskommunal styring, men underlagt profesjonelle foretaksstyrer i fem helseforetaksregioner. Den politiske styringen av sykehussektoren i Norge er nå i sin helhet lagt til Stortinget (Byrkjeflot 2005, Stigen 2005, Gammelsæter & Torjesen 2004). Den norske reformen representerer på samme tid både en statliggjøring og en regionalisering av sykehuspolitikken (Grønlie 2005). Denne artikkelen gir et tidlig bilde av hvilke rammebetingelser den nye reformen gir for ledelse i norske sykehus, dvs. hvilke erfaringer ledere i norske helseforetak har med organisering og styringsrelasjoner i helseforetakene.

Helseforetak og ledelse

En naturlig konsekvens av NPM-inspirerte reformer er gjerne en sterkere vektlegging av ledelse. Ledere blir sentrale bærere av reformer og ansvarliggjort for gjennomføring og iverksetting av reformer (Brunsson og Olsen 1997). Sykehus har samtidig gjennom helseforetaksreformer blitt selvstendige rettssubjekt som selvstendige foretak. Slik sett ligger det innebygd en forventning til reformen at helseforetakene skal fremstå som én rasjonell organisasjon med egen autonom ledelse, identitet, hierarki, rasjonell styring og kontroll (Brunsson & Olsen 1997).

En tidlig påminnelse om betydningen av å samle mer makt i og omkring ledelse i sykehussektoren, ble manifestert gjennom ”Pasienten først!” (NOU 1997: 2).

”Det vil være rettslige grenser, og da særlig på det medisinsk-faglige området, for hvilken styring som toppledelsen kan utøve i forhold til de utøvende medisinsk faglige miljøene. Begrensningene i styringsaktivitetene som toppledelsen kan utøve i forhold til de operative avdelingene gjør det særlig viktig å markere at ansvaret også inkluderer de faglige resultatene. Det helhetlige ansvaret inkluderer derfor alle sider ved driften.”

(NOU 1997:2 s. 89).

¹ Denne artikkelen er tidligere presentert på *The 18th Scandinavian Academy of Management* (NFF)

Etter at helseforetaksreformen kom blir styrking av ledelse manifestert ytterligere. Ledere blir for det første ansvarliggjorte (responsible) ved at de enkelte enheter i helseforetakene er underlagt fullt og helt resultatansvar. For det andre må lederne som det nå settes stor lit til, synliggjøre sine resultat og stå til regnskap (accountable) overfor foretaksstyrene og overordnet ledelse (Gammelsæter & Torjesen 2004). Slik reformen legger opp til, impliserer på denne måten sykehusenes status og autonomi som strategiske tilpassere og som økonomisk bærekraftige enheter med referanse til lederes beslutninger og handlinger. Sykehus er imidlertid ikke enkle organisasjoner å lede og styre i tråd med ideen om en rasjonell organisasjon.

Sykehusene betraktet som ekspertorganisasjoner, representerer imidlertid bestemte kontekster for ledelse som kanskje mer begrenser enn gir rom for ledelse (Strand 2007). Administrativ ledelse har historisk vært svak (Vrangbæk 1999) og har måtte forholde seg til utstrakt profesjonelt sjølstyre – der sykehus har hatt mer preg av å være komplekse forhandlingsarenaer mellom ulike profesjoner og faggrupper enn enhetlige kommando organisasjoner. Andre beskrivelser vektlegger at sykehus kan beskrives som celledelte organisasjoner med skarp avstand mellom administrative og operative praksiser (Vinge & Knudsen 2003, Marstein 2003). Tidligere studier av sykehus i Skandinavia har vist at denne typen organisasjoner er relativt immune mot NPM-inspirerte reformer (Kragh Jespersen 2001, 2003). I land og kulturområder hvor en var tidligere ute med introduksjon av general management og foretaksmodeller, USA (Freidson 2001) og Storbritannia, konkluderes det gjerne med det New-Public-Management-inspirerte moderniseringsarbeidet i denne sektorene har en tendens til å føre til redistribusjon av makt og autonomi og dominans til sterke faggrupper. Det foreligger m.a.o. lite empirisk belegg i tidligere studier av administrativt initierte reformer i sykehusene for at det finner sted en styrking av autonomien til profesjonelle ledere (general management) på bekostning av helsefaglige grupper i sykehusene. På denne bakgrunn kan man spørre om den norske helseforetaksreformen har innebygd en overdreven tro på betydningen av ledelse basert på general management prinsipper i sykehus.

På denne bakgrunn reises det tre sentrale spørsmål. Det første spørsmålet er om helseforetaksreformen som rammebetingelse har gitt større handlingsrom til ledere i sykehus? For det andre: Hvordan varierer eventuelt handlingsbetingelsene blant ledere i de ulike regioner? Og for det tredje: Hva betyr utdanning og kjønn i forhold til helseforetakslederens verdier og tilpasninger mellom fag og ledelse? Har faglige føringer og preferanser fremdeles betydning eller har foretakslogikken blitt det viktigste rasjonale i lederes vektlegging og overveielser?

Datagrunnlag

Data og analyse tar utgangspunkt i en survey som ble gjennomført høsten 2004/våren 2005.² Et postalt spørreskjema ble sendt ut til alle registrerte avdelingssjefer, avdelingsdirektører, klinikkdirektører, kliniksjefer, divisjonsdirektører o.a. i samtlige lokale helseforetak, dvs. i alt 149. Dette var universet av ledere på dette nivået, dvs. ledergruppen i direkte linje under administrerende direktør i lokal helseforetak. Undersøkelsen oppnådde en svarprosent på 72 prosent (N=108) som må sies å være tilfredsstillende i denne typen undersøkelse. (se vedlagte spørreskjema i Apendix 2) Dette datasettet danner ryggraden for diskusjonen. Surveyen bygger på data fra en tidligere nasjonal evaluering av helseforetaksreformen som ble gjennomført i et samarbeid mellom Norsk institutt for by- og regionsforskning, Rogalandsforskning, Nordlandsforskning og Rokkansenteret (Stigen, Gjernes, Finstad & Torjesen 2005).

Svarprosent			
	Utsendt:	Mottatt	%
Øst	29	22	76
Sør	29	24	83
Vest	23	17	74
Midt	25	21	84
Nord	43	24	56
Totalt	149	108	72

Utdanning	
Medisinere	58%
Annen helse- og sosialfaglig utdanning	31%
Annen utdanning	11%

Av de som har svart på undersøkelsen, i alt 108 ledere har flertallet medisinsk bakgrunn (58 %). 32 % har annen helse- og sosialfaglig bakgrunn, mens 11 % har annen bakgrunn (økonom, ingeniører, samfunnsvitere, offiserer, jurister og humanister).

Det geografiske ansvarsområde varierer til disse lederne. Noen helseforetak har organisert faglige enheter og funksjonsinndeling på tvers av sykehusene, med en felles ansvarlig leder og benytter da en divisjonsmodell, med divisjonsdirektører. Denne modellen dominerer i Helse

² Dette var et felles spørreskjema mellom Rokkansenteret, NIBR, Nordlandsforskning, AFI og Rogalandsforskning – for å unngå konkurrerende, forstyrrende og dupliserende surveys og dermed muligheten for lav svarprosent. Datasettet har tidligere vært anvendt i flere artikler i Opedal, S. og I. M. Stigen (red.)(2005) Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen.

Øst. Klinikksjefmodellen med foretaksovergrepene klinikk dominerer i Helse Sør, men etter hvert også i Helse Vest. Andre lokale helseforetak kan ha sykehus som er organisert i flatere struktur, der avdelinger er organisert i direkte linje under administrerende direktør og der lederne ikke har et utvidet geografisk ansvarsområde på tvers av sykehus. I Helse Midt og spesielt i Helse Nord har det vært en kombinasjon av sykehusovergrepene klinikkledelse og flat struktur, der avdelinger er organisert i direkte linje under administrerende direktør. Omlag halvparten av helseforetakene var på denne tiden organisert i divisjoner og sykehusovergrepene klinikk med en leder for hver divisjon eller klinikk. (Stigen 2005:41). I 2005, var fire formelle ledelsesnivå mest utbredt i sykehusene (Sintef-helse, INTORG 2006).

Autonomi

Det første tema undersøkelsen tar for seg er ledernes vurdering av hvilken handlefrihet de erfarer på ulike områder. Intensjonen bak ledelsesreformen og foretaksreformen har bl.a. vært delegasjon av utvidede myndighetsområder til ledelse parallelt med enhetlig resultatansvar. Skal ledere i norske helseforetak innfri de forventninger om ledelsesautonomi som reformen la opp til, må de ha autonomi for å kunne forplikte seg (Walton 1985).

I tråd med en slik forventning er det undersøkt hva 108 norske ledere i lokale helseforetak erfarer med egen autonomi på en del sentrale beslutningsområder. Dette er ledernes selvrapporterte (selvrefererte) handlefrihet på ulike områder slik den fremgår av tabell 3.1. Sett med ledernes øyne, ser autonomien gjennomgående ut til å være stor. De fleste rapporterer om stor handlefrihet alt i alt (alle 76 %). Spørsmålet er her om lederne kan ha svart strategisk, dvs. at de gir uttrykk for at de er mer betydningsfulle enn rammene gir dem mulighet til. Tallene er likevel såpass sterke og gjennomgående i alle helseregionene, med unntak av lederne i Helse Nord, at de kan indikere en viss lederaautonomi på dette hierarkiske nivå i lokale helseforetak.

Autonomi						
Hvor stor handlefrihet vil du si at enheten du leder har når det gjelder:						
Svarkategori: ("Nokså stor frihet" + "Svært stor frihet"), andre svarkategorier var: "Både og", "nokså liten frihet", "svært liten frihet og vet ikke". N= 89-104.						
	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
	%	%	%	%	%	%
Disponering av tildelt budsjett	61	82	75	75	52	68
Personalforvaltning	70	77	81	76	70	74
Planlegging av enhetens tjenestetilbud	70	91	88	95	61	80
Valg av organisasjonsstruktur	61	73	81	80	35	64
Pasientinntak	76	73	53	88	87	79
Medisinsk behandling	81	86	80	100	87	87
Disponering av senger	65	75	71	81	74	73
Innkjøp av utstyr og rekvisita	43	41	69	60	26	46
Disponering av lokaler	52	50	75	75	39	59
Handlefrihet alt i alt	86	76	75	79	65	76

Tabell 3. 1

Handlefriheten ser imidlertid ut til å variere i forhold til hvilke områder det er snakk om. Innenfor de områder som tilhører sykehusenes kliniske kjerneoppgaver ser autonomien ut til å være større (medisinsk behandling, planlegging av enhetens tjenestetilbud, pasientinntak, disponering av senger) enn på områder som berører økonomi, f.eks. økonomiske disposisjoner som innkjøp av utstyr og rekvisita, disponering av lokaler og valg av organisasjonsstruktur.

I forhold til valg av organisasjonsstruktur ser autonomien eller handlefriheten ut til å være mest omfattende blant lederne i Helse Midt (80 %) og Helse Vest (81 %) sammenliknet med lederne i de andre helseforetakene (alle 64 %). Innkjøp av utstyr, rekvisita og disponering av lokaler ser ut til å være mer sentraliserte beslutningsområder i alle helseforetak. Dette kan tyde på at disse beslutningsområdene i mindre grad berører det hierarkiske nivå det er kontrollert for: avdelingsdirektører, klinikksjefer og avdelingssjefer (alle 46 %). Svarene gir forøvrig en pekepinn på at autonomien til disse lederne er størst på de kliniske og fagorienterte beslutningsområder, og mindre på økonomisk administrative styringsfunksjoner. Medisinsk behandling og planlegging av tjenestetilbud, gir rom for mer autonomi enn disponering av budsjett enn valg av organisasjonsstruktur. Lederne i Helse Nord peker seg her ut ved at disse lederne rapporterer om lite autonomi når det gjelder valg av organisasjonsstruktur, innkjøp av utstyr og rekvisita og mht. handlefrihet alt i alt.³

³ Disse funnene og variasjonene er tidligere beskrevet i Stigen, Finstad, Gjernes & Torjesen (2005).

Verdiorientering

Den andre dimensjonen som undersøkelsen omhandler, er hvilken betydning ulike verdier har for utøvelsen av det daglige arbeidet som leder (Tabell 3.2). Spesielt vektlegges ”lojalitet overfor overordnet ledelse” som en sentral verdi. Det kan indikere at ledere i norske helseforetak er lojale i forhold til formell hierarkisk styring i tråd med individmodellens forventninger. De fleste ledere som har svart i denne undersøkelsen, betrakter ”lojalitet til overordnet ledelse” som en sentral verdi, dvs. (90-100 %) i alle foretak med unntak av HN som ligger lavere (74 %). Den gjennomgående høye lojaliteten gir heller ikke utslag hvis en kontrollerer for kjønn og utdanning. Både kvinnelige og mannlige medisinere skårer høyt på lojalitet, dvs. 87% av de kvinnelige medisinere og 88% av de mannlige medisinere svarer at lojalitet til overordnet ledelse har nokså stor til stor betydning. Av ledere med annen helseprofesjonell bakgrunn er denne lojaliteten ennå sterkere dvs. 100% for begge kjønn.

Andre fremtredende verdier ser ut til å være fornyelse og innovasjon, effektivitet og kostnadshensyn, offentlig innsyn og styrket brukerdemokrati. Den gjennomgående høye vektingen av disse verdiene kan indikere at lederne er opptatt av modernisering og fornyelse og at lederne i undersøkelsen, kanskje ikke så overraskende, har høy bevissthet om økonomiske spørsmål. Samtidig vektlegger de fleste et sterkere pasientfokus, med styrket brukerdemokrati og ivaretagelse av pasientrettigheter som en sentral verdi.

Hvilken betydning har følgende verdier for deg i utøvelsen av det daglige arbeidet som leder?						
Svarkategori: "Svært stor betydning" + "nokså stor betydning" i prosent. Andre svarkategorier var: "Liten betydning", "nokså liten", og "både og". N=102-104						
	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
Lojalitet overfor overordnet ledelse	100	100	100	90	74	92
Offentlig innsyn	96	95	94	90	74	89
Effektivitet og kostnadshensyn	100	100	100	95	78	
Kontinuitet og helsefaglige tradisjoner og normer	74	86	69	65	86	77
Fornyelse og innovasjon	96	95	88	90	82	90
Styrket brukerdemokrati og ivaretagelse av pasientrettigheter	83	91	81	95	82	86
Overskride sektorgrenser og utvikle nettverk	83	86	88	74	68	79

Tabell 3. 2

Når det gjelder kontinuitet og helsefaglige normer finner en de sterkeste tendenser i Helse Nord, der lederne vektlegger kontinuitet og helsefaglige tradisjoner først og i mindre grad reformens kjerneverdier: effektivitet og kostnadshensyn. I tokningen bør det tas høyde for at

andelen medisinere blant lederne er større i HN. Den gjennomgående sterke preferansen norske sykehusledere på dette nivået gir uttrykk for når det gjelder ”lojalitet i forhold til overordnet ledelse”, kan vitne om en sterk tro og forpliktelse (commitment) i forhold til foretakstyring. Det er imidlertid ikke sikkert dette gjelder alle grupper av ledere hvis det kontrolleres for bakgrunn.

Hva betyr kjønn og utdanning for lederes verdiorientering?

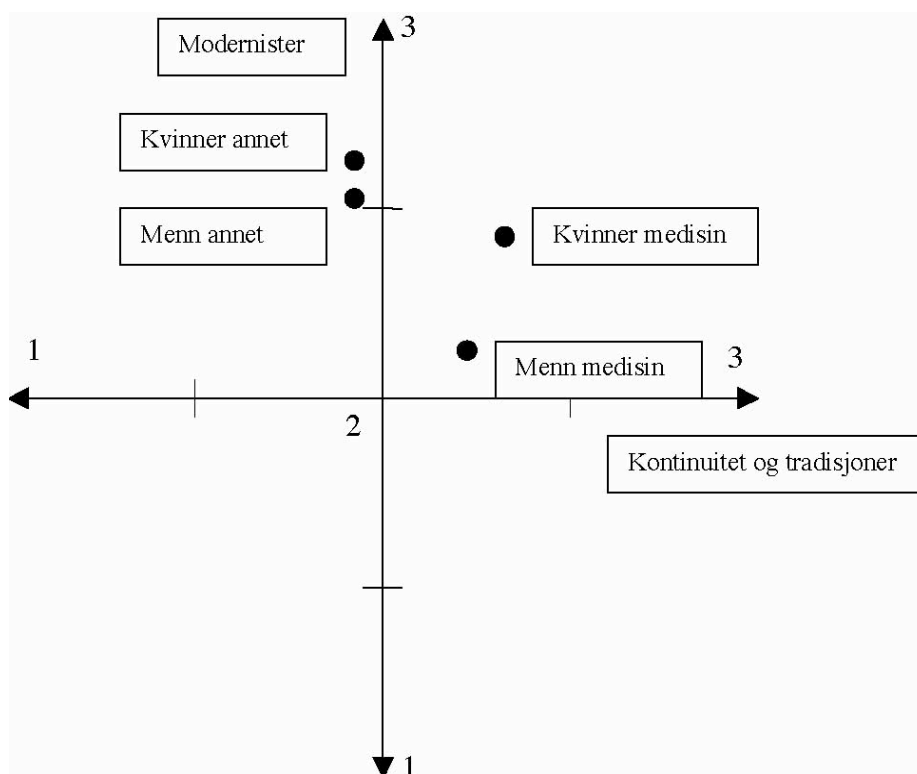
I figur 3.1 representerer den vertikale aksene en indeks bestående av verdivariablene: ”lojalitet overfor overordnet ledelse”, ”offentlig innsyn”, ”fornyelse og innovasjon”, ”brukerdemokrati og pasientrettigheter”, ”overskride sektorgrenser” og ”utvikle nettverk”. Denne indeksen er døpt *Modernister*, som betyr at indeksen representerer variabler som står for NPM-inspirerte verdier knyttet til styring av offentlig sektor. Den horisontale aksene i fig. 3.1, representerer utelukkende en variabel, dvs. kontinuitet og helsefaglige tradisjoner og er døpt ”*tradisjonister*”. Indeksen er konstruert på grunnlag av forutgående faktoranalyse.⁴

Fig. 3.1 gir et bilde av at mannlige ledere med medisinsk bakgrunn er relativt mindre orientert mot sentrale New Public Management verdier (Modernistindeksen) og mer orientert mot kontinuitet, helsefaglige tradisjoner og normer. De mannlige legelederne fremstår da som sykehusenes ”*tradisjonister*”. De er tydeligvis rimelig resistente mot NPM-relaterte verdier. Sykepleiere og andre profesjoner i samme type lederposisjoner (avdelingsdirektør, klinikksjef, avdelingssjef) skårer betydelig høyere på Modernist-indeksen. Disse lederne med annen helsefaglig bakgrunn representerer sykehusenes ”*modernister*”. Samtidig ser det ut til at kvinnelige medisinere skårer høyere på modernitetsindeksen enn mannlige medisinere, slik det fremgår av figuren.

Kvinnelige medisinere har tydeligvis en verdiorientering, hvor de kombinerer det tradisjonelle med det moderne. Kvinnelige medisinere i ledelse skårer også høyere på tradisjonsindeksen enn de mannlige medisinere. De er med andre ord både opptatt av kontinuitet, helsefaglige tradisjoner og normer samtidig som de er opptatt av modernisering i tråd med NPM-inspirerte verdier. Det betyr at kvinnelige medisinske ledere fremstår som ”*hybridledere*”, der de beveger seg i både en faglig og managerial verden samtidig (Kragh Jespersen 2005).

⁴ De to dimensjonene, modernister og kontinuitet og helsefaglige tradisjoner utgjør 63% av den totale variansen til verdivariablene.

Figur 3. 1: Sykehuslederes verdiorientering "modernister" og "tradisjonister".⁵



⁵ 1 = verdi både og, 2 = verdi nokså stor betydning, 3 = verdi svært stor betydning

Forskjell mellom utdanningskategorier totalt: 0,35. 95 % konfidensintervall: 0,17-0,53.

Forskjell mellom kjønn totalt: 0,3. 95 % konfidensintervall: 0,11 – 0,49

Indeks modernister: lojalitet overfor overordnet ledelse, offentlig innsyn, fornyelse og innovasjon, brukerdemokrati og pasientrettigheter, overskride sektorgrenser og utvikle nettverk.

Cronbachs Alpha = 0,78. Cronbachs Alpha er et mål på intern reliabilitet og en funksjon av korrelasjon mellom variablene og antall variabler som inngår i indeksen. Et mål har tilfredsstillende høy reliabilitet hvis alpha er over 0,7 (Ringdal 2001). Dette målet sier hvor god indeksen er som samlet begrep (Hair et al. 1998).

Identifikasjon med enheter og grupper

I tabell 3.3 er det undersøkt for hvilke enheter og grupper disse lederne identifiserer seg med. I tabellen er det i øynefallende, og kanskje heller ikke så overraskende, at disse lederne først og fremst oppgir at de identifiserer seg med egen divisjon/klinikk/avdeling (alle 98 %). Klinikken fremstår som den sentrale identifikasjonsmessig relevante kategori for disse lederne. Identifikasjon med det regionale helseforetaket er derimot svak. Imidlertid fremkommer likevel interessante variasjoner hvis det kontrolleres for det regionale foretaket. Identifikasjonen blant lederne i HM med regionnivået er f.eks. betydelig sterkere enn i de andre foretaksgruppene (30 %). At HM skiller seg markant – kan eventuelt forklares ved at det innen denne regionen kan eksistere et mer balansert og harmonisk styringsforhold mellom det regionale helseforetaket og de enkelte enheter og lokale helseforetak på dette tidspunktet. Forskjellene er samtidig betydelig mellom Helse Nord og de andre regionene på spørsmålet identifikasjonen med egen fagprofesjon. Med referanse til foregående tabell 3.2, er lederne i HN mindre lojale overfor overordnet ledelse. Samtidig identifiserer de seg signifikant sterkere med egen fagprofesjon sammenliknet ledere i de andre regionene.⁶

Hvor sterkt identifiserer du deg med følgende enheter og grupper?						
Svaralternativ: "I stor grad". Andre svaralternativer var: "I noen grad", "ikke i det hele tatt", "i liten grad" i. I prosent.						
	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
Det regionale helseforetaket	13	9	6	30	9	14
Mitt lokale helseforetak	96	82	94	79	61	82
Divisjonen/klinikken/avdelingen som jeg leder	96	96	100	100	100	98
Pasientene	96	82	75	95	87	90
Egen fagprofesjon	35	18	0	35	55	

Tabell 3. 3

Den lave identifisering som ser ut til å prege bildet når det gjelder hvor sterkt disse lederne identifiserer seg med egen fagprofesjon ser ut til å henge sammen med profesjonsbakgrunn. Blant leger som er medisinerer svarer nærme halvparten (48%) av de mannlige medisinere og 71% av de kvinnelige medisinere at de i stor grad identifiserer seg med egen fagprofesjon. Mange av disse medisinere som er ledere arbeider også klinisk i kombinasjon med en lederjobb. Hele 78% av de mannlige medisinere og 58% av de kvinnelige rapporterer om klinisk

⁶ En mulig forklaring kan være at avdelingssjefene i de enkelte lokale helseforetak i Helse Nord står nærmere klinisk praksis, at mange av dem arbeider klinisk ved siden av lederoppgaver og at de leder mindre enheter enn klinikkssjefene og divisjonsdirektørene i de andre regionene. Svarprosenten fra lederne i Helse Nord er også betydelig lavere (56%) og kan være et resultat av selvseleksjon.

praksis utenom sine lederoppgaver på dette relativt høye ledernivået. For de andre helseprofesjonelle utdanningsgruppene er klinisk aktivitet betydelig lavere, 23% blant menn og 10% blant kvinnene. Det betyr av faglige identiteter viskes ut når de går inn ledelse og at ledelse blir en fulltidsbeskjeftigelse for andre helseprofesjonelle.

Enhetlig ledelse

I tabell 3.4 fremgår gjennomsnittsskår på ulike påstander som respondentene har tatt stilling til i forhold til reformen om enhetlig ledelse. Reformen ble innført mer eller mindre parallelt med helseforetaksreformen i 2002.

Vi ber deg ta stilling til følgende påstander om enhetlig ledelse på avdelingsnivå.

Gjennomsnitt på skala fra 1-5: Svarkategori: Helt uenig, nokså uenig, både og, nokså enig og helt enig. N=(96-103)

	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
Erfaringene med ledelsesreformen er overveiende positive	3,9	4,2	4,1	4,1	3,8	4,0
Innføring av enhetlig ledelse har styrket ledelsesfunksjonen	4,3	4,7	4,5	4,7	4,2	4,6
Innføring av enhetlig ledelse har ført til at ledelsen har fått mer makt og innflytelse	4,1	4,2	4,3	4,2	4,0	4,2
Innføring har bidratt til bedre økonomistyring på avdelingene	4,0	4,1	4,4	4,0	3,7	4,0
Enhetlig ledelse gjør det lettere å få til økt produktivitet på avdelingene	3,6	4,0	4,0	4,1	4,0	3,9
h)Enhetlig ledelse har gitt rom for mer innovasjon på avdelingsnivå	3,5	3,9	3,9	3,7	3,5	3,7

Tabell 3. 4

Tallene bør tolkes i lys av at det her er snakk om ledere innen den sentrale ledergruppen i de enkelte lokale helseforetak som har svart, dvs. 2. nivået i en hierarkisk styringskjede under administrerende direktør. Lederne (divisjonsdirektører, klinikksjefer og avdelingssjefer) har sannsynligvis søkt mot lederposisjoner. En kan samtidig forvente at disse lederne er bærere av bestemte kjennetegn, dvs. at de søker utfordringer, makt og innflytelse og at de har et ønske om å lede og påvirke organisasjonen gjennom egen lederutøvelse. De høye gjennomsnittsskårene i forhold til positive erfaringer med ledelsesreformen bør på denne bakgrunn tolkes varsomt.

Tallene gir en klar pekepinn på at ledelsesreformen har styrket ledelsesfunksjonen, at den har gitt lederne mer makt og at erfaringene med ledelsesreformen gjennomgående er positive. Når ledere selv mener de har fått mer makt og innflytelse, er det kanskje en pekepinn om større lederautonomi, men vi må ta høyde for at lederne her er selvrefererende og kanskje slik idylliserer et bilde av egen betydning. Det er enighet om at økonomistyringen og produktiviteten har fått bedre vilkår og at lederreformen har gitt mer rom for innovasjon på avdelingsnivå. Ledelsesreformen har, i følge denne ledergruppen, tydeligvis hatt en sporbar betydning. Dette bildet er entydig, og det foreligger heller ikke store forskjeller mellom lederne i ulike regioner. Hvis en kontrollerer for utdanning og kjønn finner en her også høye skår blant medisinere – hvor 70%, dvs. 32 av 46 av de mannlige og 72%, dvs. 8 av 11 av de kvinnelige medisinere i ledelse stiller seg nokså enig til helt enig til at erfaringene med enhetlig ledelse har vært positive. Dette er kanskje oppsiktsvekkende, hvis en tenker tilbake på alt oppstyret som var omkring reformen i forkant (Gjerberg og Sørensen 2006), men det kan også være et uttrykk for at reformen har gått seg til og at legene er komfortable med reformen, der de har forhandlet seg fram til avtaler, slik at de kan opprettholde klinisk praksis og kontroll og overlate til andre grupper å ta seg av administrative gjøremål (Johansen 2005). Her må vi være klar over at legene fremdeles sitter i flertall i lederposisjoner på det nivået det her er kontrollert for 58%. Slik vil det være naturlig at de også svarer bekræftende på at innføring av enhetlig ledelse har styrket lederfunksjonen i sykehus. Om ledelsesreformen innebærer mer makt og innflytelse til ledelsen – betyr imidlertid ikke det mer makt og innflytelse til andre – så lenge legene selv sitter i flertall i sentrale lederposisjoner og slik ivaretar de enkelte kliniske områders interesser.

Konsern, bedrift, sykehus eller offentlig forvaltning?

Helseforetaksreformen representerer på mange måter et radikalt brudd med tidligere organisasjonstenkning i sykehussektoren. Spørsmålet er om fristilling, ny foretakstilknytning og foretaksmodell endrer hvordan sykehusenes ledere oppfatter egen organisasjon. Hvordan ledere i de enkelte regioner betrakter egen organisasjonen fremkommer i tabell 3.5.

Hvor dekkende mener du følgende begreper er dersom du skal karakterisere helseforetakene i regionen?

Svaralternativ: "Svært dekkende". Andre svaralternativ var "Lite dekkende" og "noe dekkende". N= (98-101) Alle svar angitt i prosent.

	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
a) Konsern	9	18	12	20	5	13
b) Bedrift	24	5	24	17	10	15
c) Sykehus	87	86	59	81	70	77
d) Offentlig forvaltning	10	19	18	10	25	16

Tabell 3. 5

Tabellen gir et bilde hvordan ulike organisasjonsformer anses som dekkende. Konsernmodellen ser ikke ut til å være noen gyldig karakteristikk, med unntak av en litt sterkere tendens blant lederne i HM (20 % svært dekkende). Bedrift har en viss oppslutning i HS (24 % svært dekkende) og i HV (24 % svært dekkende). Lederne i HN (25 %), HØ (19 %) og i HV (18 %) ser fremdeles ut til å karakterisere helseforetakene i regionen som offentlig-forvaltning. "Sykehus" er den dominerende karakteristikken de fleste finner dekkende som igjen avspeiler fagorganisasjon og faglige identiteter. Store deler av disse lederne har lang fartstid i sykehusorganisasjoner. Det betyr at de har omfattende medisinsk og helsefaglig utdanning og fremdeles er bærere av medisinskfaglige identiteter. Nærmere halvparten av disse lederne oppgir samtidig at de arbeider klinisk ved siden av sine lederoppgaver (48,5 %). Tilbøyeligheten til å skjele til karakteristikken sykehus vil derfor bli nærliggende. Helseforetaksreform gjør tilsynelatende liten forskjell. Et sykehus er og blir et sykehus.

Endringer i arbeids- og funksjonsfordeling

Skal helseforetakene kunne opptre i tråd med reformenes intensjoner, må deres ledere være handlingsdyktige. I tabell 3.6. fremgår hvilke endringer lederne selv har erfart innen egen klinikk, divisjon, avdeling, med hensyn til arbeids- og funksjonsfordeling.

Har det skjedd endringer i arbeids- og funksjonsfordeling innenfor divisjonens/klinikkens/avdelingens arbeidsområde etter at sykehusreformen trådte i kraft, og hvor omfattende har disse endringene vært?

Omfang av endringer i prosent, N= 104

	Små eller ingen endringer	En del endringer	Omfattende endringer
HS	27	64	9
HØ	15	30	55
HV	29	24	47
HM	14	67	19
HN	41	42	17
Total	26	28	46

Tabell 3. 6

Her bør minnes om at de rapporterte endringene, slik de kommer fram i tabell 3.7, er ledernes subjektive fortolkninger av organisasjonsendringer. Svarene gir derfor ikke nødvendigvis et korrekt bilde av de faktiske endringene som har funnet sted i de enkelte regionene etter at foretaksreformen ble introdusert. Et utfyllende bilde vil kreve andre typer data og opptellinger. Lederne kan likevel sitte på sentrale utkikksposter og fremstå som ”erstatningsobservatører” i forhold til faktiske endringer i helseforetakene. Tallene viser signifikante utslag ved at lederne i HØ og HV opplever de mest omfattende endringer. Over halvparten av lederne i HØ (55 %) og nærmere halvparten av lederne i HV (47 %) svarer bekreftende på svaralternativet: omfattende endringer. For landet totalt rapporteres det videre om at 46 % har erfart omfattende endringer i arbeids- og funksjonsfordelingen. Endringstakten, slik den erfares, ser ut til å ha vært minst omfattende i HN. Mange ledere i HS hadde på denne tiden erfart en del endringer (64%), men lite omfattende endringer.

Betydning av statlig eierskap for lederes handlingsrom, organisering og byråkrati.

Tabell 3.7 tar for seg en rekke tema hvor en forsøker å få frem lederes fortolkning av effekter relatert til sykehusreformen innen ledernes ansvarsområder. Det er igjen viktig å understreke at dette dreier seg om lederes egen ”sense making”. Historiske hendelser kan gjennomgå ulike former for redigering og idyllisering (Weick 2001).

Slik det fremgår av tabell 3.7 er det mest iøynefallende at lederne i Helse Vest og Helse Midt har de høyeste gjennomsnittsskår med hensyn til at ”sykehusreformen har ført til bedre

organisering”. For de andre helseforetakene finner en lite bekreftelse av bedre organisering – med Helse Sør og Helse Nord betydelig lavere.

Når det gjelder erfaringer med at ”sykehusreformen har medført større handlingsrom for meg som leder”, går det samme trekket igjen, dvs. handlingsrommet ser ut til å være størst i HV og HS.

Det ser også ut til at der lederne opplever positive reformeffekter, slik som i HV og HM, der erfares det også mindre byråkrati som reformeffekt enn i regioner der lederne har erfart mindre positive reformeffekter, slik som i HS og HN.

Et trekk blant lederne i alle regioner, er en bekreftelse og konsensus om at ”sykehusreformen har ført til mer fokus på effektivitet og kostnadshensyn” – med en høy gjennomsnittsverdi på 4.0 for alle.

Hvilken betydning vil du si at sykehusreformen (statlig eierskap og foretaksorganisering) har hatt for driften av divisjonen/klinikken/avdelingen?						
Mean (skala fra 1 til 5). Svaralternativer: "Helt uenig", "nokså uenig", "både og", "nokså enig", "helt enig". (*= Intergruppeforskjellene er signifikante Sig.<0,001, **Sig<0,005 på ANOVA, N=104						
	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
Sykehusreformen har ført til bedre organisering innenfor mitt ansvarsområde *	2,6	2,9	3,7	4,1	2,5	3,1
Sykehusreformen har medført større handlingsrom for meg som leder *	2,5	3,1	3,8	4,0	2,4	3,1
Sykehusreformen har ført til bedre samarbeid mellom ulike profesjoner **	2,4	2,8	3,2	3,4	2,4	2,8
Sykehusreformen har ført til mer byråkrati *	4,2	4,1	2,8	2,5	4,3	3,6
Sykehusreformen har ført til for mye fokus på effektivitet og kostnadshensyn	4,1	3,8	3,8	3,9	4,5	4,0

Tabell 3. 7

Slik bilde ser ut er det dermed en del opplevde forskjeller avhengig av hvilke regioner disse lederne befinner seg innenfor. Kontrollert for utdanningsbakgrunn, er flertallet, 67%, av alle medisinerne enig i påstanden at reformen har ført til mer byråkrati, mens andre helseprofesjonelle her skårer lavere, 35%, og ikke i samme grad som medisinerne erfarer byråkratiseringseffekter av reformen.

Tabell 3.8 under gir et mer utfyllende bilde av hvilke områder reformen eventuelt kan ha bidratt til forbedringer i slik ledere ser det.

Ut i fra dine erfaringer med sykehusreformen så langt; i hvilken grad vil du si at det har skjedd forbedringer på følgende områder for ditt foretaks vedkommende?
 Mean, skalering fra 1 til 5: "I svært liten grad", "i nokså liten grad", "både og", "i nokså stor grad", "i svært stor grad". (* = Intergruppeforskjellene er signifikante Sig.<0,001, **Sig<0,005 på ANOVA), N= 101-104

	HS	HØ	HV	HM	HN	Alle
Kortere ventelister **	3,5	3,6	3,5	4,1	2,6	3,5
Mer effektiv økonomistyring **	3,4	3,6	3,7	3,7	2,6	3,3
Utvikling av kvalitetsindikatorer	3,2	3,9	3,8	3,7	3,1	3,5
Mer ressurser til tjenesteyting – mindre til byråkrati og administrasjon **	2,2	2,1	2,5	3,2	1,9	2,3
Mer profesjonell og resultatfokusert ledelse *	3,2	3,7	3,9	4,0	2,3	3,4

Tabell 3. 8

De største variasjoner finner vi her i forhold til kortere ventelister, hvor HM (4,1) igjen skiller seg ut med positive erfaringer i kontrast til HN (2,6), hvor lederne ikke stiller seg enig i en slik påstand.⁷ Tallene bør tolkes i lys av andre forhold, og det bør tas høyde for at det sannsynligvis er problematisk å henføre et slikt funn til reformen alene. Innføring av innsatsstyrt, aktivistertsbasert finansiering fra 1997, kan kanskje vel så mye forklare reduksjoner i ventelister gjennom de senere år.

Mer profesjonell og resultatfokusert ledelse er tydeligvis noe alle lederne har erfart (3,4) – mest i HM (4,0) og igjen mindre blant lederne i HN (2,3). De relativt høye skårene på mer profesjonalisert og resultatfokusert ledelse er kanskje igjen et resultat av at det er ledere som svarer, men det kan også være et resultat av omfattende satsing på ledelse og lederutvikling i helseforetakene. Innføring av en sterkere kostnadsbevissthet og mer profesjonalisert ledelsesdimensjon har vært et sentralt mål med helseforetaksreformen og har tydeligvis, sammen med innføring av enhetlig ledelse, bidratt til å forsterke oppmerksomhet om ledelse i sykehus. Funnene må likevel tolkes kontekstuellt og kan vel så mye være lederes ønsker og

⁷ I den offisielle evalueringen av reformen til Norges Forskningsråd (2007), fremkommer også kortere ventetider og behandling av flere pasienter som en reformeffekt.

normative orientering om det å være leder. Mange av disse lederne har vært gjennom egne lederutdanningsprogram og arbeider aktivt med sitt eget lederskap.⁸

Spm. 19) Alt i alt hvor vellykket mener du sykehusreformen har vært så langt?			
Helseforetak	Svært mislykket – nokså mislykket	Verken mislykket eller vellykket	Nokså vellykket – svært vellykket
HS (n=23)	26%	57%	17%
HØ (n=22)	18%	32%	50%
HV (n=16)	-	38%	62%
HM (n=20)	5%	15%	80%
HN (n=23)	48%	35%	17%

Tabell 3. 9

Et ”kardinalspørsmål” i denne undersøkelsen har vært hvordan ledere på dette strategiske nivå i lokale helseforetak har erfart overgangen til helseforetaksmodell, slik tabell 3.9 viser. Her forekommer tydelige variasjoner når en kontrollerer for helseregion. Det ser ut til at ledere i HM og HV i langt større grad erfarer sykehusreformen som vellykket enn deres kolleger i HN – der nærmere halvparten har erfart at reformen alt i alt har vært svært mislykket til nokså mislykket. Her er det også mange som har svart verken ”mislykket eller mislykket”.

Diskusjon

“And I am tempted to claim that doctors’ resistance to being treated just like other scientists stems from their awareness that their position is still that of the Master, which is why we do not expect the doctor just to tell us the unvarnished (objective) truth.”

(Zizek 2004:140)

Denne artikkelen gir ingen klare og entydige svar på spørsmål om rammebetingelser for ledere i norske helseforetak. Norske sykehusledere står i spenningsfeltet mellom en rekke forskjellige krav og hensyn. For det første skal disse lederne bære frem New Public Managementinspirerte forestillinger gjennom reformen, dvs.tilfredsstillende krav om større autonomi og et mer entydig og ansvarliggjort ledelsesideal. For det andre skal de ivareta faglige hensyn og krav. I hvilken grad ledere i norske helseforetaksledere lykkes med dette, ser ut til å variere. Det er betydelige

⁸ I regi av Helsedepartementet, senere Helsedirektoratet har det vært arrangert nasjonale lederutviklingsprogram for ledere i helseforetak. I tillegg har mange av helseforetakene arrangert interne program og kurs.

variasjoner mellom regioner når det gjelder hva slags autonomi og handlingsrom ledere i norske sykehus har til rådighet. En del aktuelle funn har likevel pirret nyssgjerrigheten omkring hvilke spørsmål som trenger videre gransking, teoretiske tolkninger og kontekstuelle analyser i de enkelte helseregioner og foretak. Likevel her har jeg til slutt gjort et forsøk på å dra sammen de mest i øynefallende variasjoner og funn i denne undersøkelsen.

For det første er det relativt *store strukturelle variasjoner* mellom regionene mht. hvordan de enkelte foretak er organisert, hvilke stillingsstrukturer som er utbredt, hvor mange hierarkiske nivå som er innført og hvor stort geografisk område den enkelte leder er ansvarlig for.

Relasjonen til helseregionen som disse lederne har vært underlagt, kan også ha spilt en rolle, dvs. gode eller mindre gode styringsrelasjoner (Jf. Stigen, Finstad, Gjernes & Torjesen 2005) Regionene har i de første årene etter foretaksreformen hatt betydelig variasjon i lederstabilitet (toppleder-turnover) på regionnivået. Helse Midt-Norge, Helse Øst og Helse Vest har hatt færrest utskiftninger av ledere sammenliknet med Helse Nord og Helse Sør som har erfart mer turbulens (og utskiftninger av den regionale ledelsen) på dette tidspunktet. Dette kan være med på å forklare at foretakene i disse regionene ikke har lyktes med å bygge opp klare og tillitsbaserte styringsrelasjoner. De ulike regionene drasser også med seg ulik historisk strukturell ballast. Helse Sør hadde fra starten mange små likeverdige sykehus i intern konkurranse om ressurser og funksjoner. Samtidig har Helse Sør sine universitetssykehus i Oslo, Radiumhospitalet og Rikshospitalet. I utgangspunktet har dette vært dominerende enheter som har tiltrukket seg ressurser fra distriktene i regionen. I tillegg har konkurransen mellom Helse Sør og Helse Øst om pasienter virket uheldig. Denne situasjonen har bl.a. ført til fusjoner av sykehus i Oslo-området og den senere sammenslåingen mellom Helse Sør og Helse Øst i 2006.

Helse Nord var i perioden før reformen preget av regionale konflikter, mens Helse Midt har videreført modeller fra den fylkeskommunale epoken – med nettverksbasert samarbeid på tvers av fylkesgrenser i den nye foretaksmodellen (Stigen, Finstad, Gjernes & Torjesen 2005). Det kan her legges til at ulike styringsfilosofi og trekk ved den regionale ledelsens evne til å manøvrere mellom kryssende hensyn og krav (mellom profesjon, foretaksstyring og nasjonal politikk). Tefen blant helseforetakenes toppledere til antesipering av sentrale politiske signaler har variert mellom regiondirektørene, slik som tidligere funn visere til. Slik kan teorien om kreative rolleinnehavere ha forklaringskraft (Hallingstad 2004).⁹

⁹ Suksessen til Helse Midt, ser også ut til å ha vært betinget, slik avgangen til regiondirektør Paul Hellandsvik, på bakgrunn av store akkumulerte underskudd, vitner om i 2006.

For det andre finner vi *variasjoner mellom regionene mht. ledernes resultatansvar og autonomi*. Disse ser ut til å være størst i HV og HM og minst i HN, noe som sannsynligvis kan forklares på bakgrunn av stillingsstruktur. Klinikksjefene i denne undersøkelsen har normalt flere geografiske ansvarsområder i sykehus og enheter innen helseforetakene HM, HV HS, HØ, enn f.eks. avdelingssjefer i HN. I den grad ledere rapporterer om begrensninger i autonomi, dreier dette seg om administrative beslutninger som innkjøp, disponering av lokaler og beslutninger om organisasjonsstruktur. I relasjon til de mer kliniske funksjoner og beslutningsområder fremstår autonomien til norske avdelingssjefer, klinikksjefer og divisjonsdirektører som gjennomgående stor. Dette kan indikere at faglige hensyn, fremdeles står sterkt, og at klinikken fremdeles ikke lar seg diktere i forhold til en administrativ overordnet foretaksstyring i tråd med reformen.

For det tredje er det her brettet ut et bilde av *ledernes verdipreferanser* i norske helseforetak. I Helse Sør er f.eks. lederne mest opptatt av fornyelse og innovasjon, det samme i Helse Øst. Igjen kan kanskje dette forklares på bakgrunn av stillingsstruktur og det geografiske ansvarsområde. Det forventes kanskje mer såkalt "change management aktiviteter" blant klinikksjefer med et større geografisk ansvar. Demonstrasjon av reformvilje og handlingskraft er kanskje den viktigste form for "sense making" blant lederne i disse regionene. I de andre regionene, f.eks. Helse Vest og Helse Midt, gjør andre verdipreferanser seg sterkere gjeldende. Lederne i HV er mer opptatt av å overskride sektorgrenser og utvikle nettverk, mens lederne i HM tydeligvis skiller seg fra ledere i de andre regioner – med en sterkere vektlegging av å styrke brukerdemokratiet.¹⁰ I Helse Nord ser tradisjonelle sektorspesifikke verdier fremdeles ut til å stå sterkt. Lederne her vektlegger helsefaglige tradisjoner og kontinuitet, mens de samtidig er mer "skeptiske" og mindre lojale til overordnet ledelse. I HN er 17 av 24 ledere medisinere. Slik vil det være nærliggende at disse lederne i større grad har faglige preferanser.

Når det gjelder verdipreferanser avdekkes interessante forskjeller mellom utdanningsgrupper og kjønn. Mannlige medisinere i ledelse, ser i større grad ut til enn å ha sin forankring innen den profesjonelle logikken, de er mer opptatt av kontinuitet, helsefaglige tradisjoner og normer. De mannlige legene som er ledere fremstår da som sykehusenes "**tradisjonister**". Er du mannlig medisinere og leder, er sannsynligheten for at du opplever negative konsekvenser av reformen større.¹¹ Deres kvinnelige kolleger derimot, viser tendenser til å håndtere flere verdiverdener samtidig. De integrerer en faglig logikk med en helseforetakslogikk og fremstår

¹⁰ Et funn som i tillegg er blitt støttet opp av annen informasjon; at det faktisk er omfattede brukerrettet prosjektaktivitet i denne regionen

¹¹ Av mannlige medisinere i undersøkelsen (n=44) svarer 30 prosent at de erfarer helseforetaksreformen som "nokså mislykket til svært mislykket".

da i sine verdipreferanser som sykehusenes ”*hybridledere*”. Andre helseprofesjonelle er opptatt av de nye foretaksverdiene og fremstår da som sykehusenes ”*modernister*”.

For det fjerde fremkommer det regionale variasjoner i forhold til hvem disse lederne oppfatter som relevante ”Andre” innenfor helseregionene. I HM har man tydeligvis fått til et mer harmonisk og balansert forhold mellom de ulike ledernivåene i regionen og det regionale helseforetaket (Hallingstad 2004). Det regionale helseforetaket i HM fremstår med mer anerkjennelse og legitimitet blant lokale helseforetaksledere i HM. Ideen om konsernmodell og styring i samsvar med ideen om organisasjon med ett hode og én stemme, gir sannsynligvis mer mening blant lederne i HM enn i de andre helseregionene. Her bør en imidlertid ta høyde for at det er en medisin som har ledet denne regionen, og at dette kan være uttrykk for en indre kollegialitet og medikratiets tilbakekomst. Underskuddene er skjøvet under teppet, og på den måten har den faglige utvikling kunnet fortsette inntil det hele sprakk i 2006 og Riksrevisjonen påpekte mangel på økonomisk edruelighet.

Motsatt, det andre ytterpunkt i HN, hvor identifikasjon med det regionale helseforetaket ser ut til å være lav. At vi snakker om sykehus vekker fremdeles gjenkjennelse blant ledere i alle regioner. Blant ledere på dette nivået i den norske sykehussektoren – er den kliniske faglige identiteten svært fremtredende og 58 % av disse lederne har medisinsk bakgrunn. Ledere i norske sykehus på dette nivå kan på denne bakgrunn karakteriseres som institusjonsforsvarere som fremdeles er bærere av faglige og lokale identiteter med ett bein godt planta i klinikken eller eget sykehus. Det er egen klinikk, avdeling eller lokale helseforetak som representerer de mest relevante kategoriene disse lederne har identifisert seg med.

For det femte har *enhetlig ledelse styrket ledelsesfunksjonen i sykehus* og gitt mer makt og innflytelse til ledelsen, slik disse lederne selv rapporterer. Lederne i denne undersøkelsen er i tillegg enige om at en styrking av ledelsesfunksjonen har bidratt til en mer årvåken og bedre økonomistyring. Autonomien til disse lederne rapporteres å være gjennomgående stor. Denne imidlertid betinget av hvilke ledelsesområder det er snakk om. Deres autonomi på faglige og kliniske områder er stor, men er betydelig mindre på områder som involverer omorganisering og økonomiske forhold. Mellom regionene eksisterer det her også variasjoner. Her vil sannsynligvis overordnet foretaksstyring, politiske og statlige styringshensyn gjøre seg sterkere gjeldende, slik at lokale helseforetak og deres ledere har mindre autonomi. Der det rapporteres om mest autonomi som i Helse Midt, er også styringsrelasjonen til det regionale helseforetaket god. Motsatt, der autonomien er mindre, er styringsrelasjonen til det regionale helseforetaket mindre god, f.eks. slik som i Helse Nord og Helse Sør.

For det sjette har data vist at den *uformelle styringen fremdeles gjør seg sterkt gjeldende* i Helse Nord, men også til en viss grad i Helse Sør. Dette kan bero på nedarvede tradisjoner for

stor faglig autonomi i sykehusene og at den faglige logikken i nord fremdeles gjør seg sterk gjeldende. Flertallet av lederne vi her har kontrollert for, kommer fra legeprofesjonen, og mange av dem tar fremdeles aktivt del i klinisk arbeid. Initiativ til fornyelse og endringer vil gjerne i denne typen profesjonelle organisasjoner vokse ut av nye behandlingsformer og medisinsk teknologi i tilknytning til klinikken, mer enn gjennom administrativt initierte reformforsøk, og vi står igjen med utvanning av NPM-inspirerte reformer og styringsinitiativ som resultat. At såpass mange ledere på dette nivået i norske sykehus fremdeles er medisinere – kan i seg selv være en manifestasjon av at foretaksreformen egentlig ikke har gjort den store forskjellen; m.a.o. at reformforsøk reproducerer den eksisterende forhandlede orden (det uformelle ”medikrati”) og at dominante profesjonelle grupper i sykehus i liten grad ser grunn til å endre sin atferd (Denis, Lamothe, Langley & Valette 1999).

Ledergruppene i alle regioner rapporterer om trange vilkår mht. handlingsrom omkring budsjett, organisasjonsstruktur og et større økonomisk styringsfokus – som igjen sannsynligvis reflekterer de akkumulerte underskudd helseforetakene har opparbeidet de senere årene.

For det sjuende har endringstakten i arbeids- og funksjonsfordeling i flg. ledernes erfaringer, vært størst i HØ, minst i HN. I Helse Sør erfares det en del endringer.¹²

Strukturelle og kontekstuelle forhold i de enkelte regioner og ulike endringsprosesser bør her undersøkes mer inngående skal en kunne forklare årsakene til variasjoner mer spesifikt.

Til slutt: ”byråkrati” følger med på lasset. At reformen har ført til mer byråkrati, er en sammenfallende erfaring blant lederne i norske sykehus. Forsøk på økt kontroll og bedre styring gir ubønhørlig mer byråkrati. Umiddelbart fremstår dette som et paradoks i forhold til reformens intensjoner. Re-byråkratisering som reform-output er imidlertid en velkjent sak i forbindelse med introduksjon av NPM- inspirerte reformer (Pollitt & Bouckaert 2004). I den grad det rapporteres om forbedringer relatert til foretaksreformen, fremstår kortere ventelister, mer effektiv økonomistyring og mer fokus på kvalitet som positive erfaringer i alle regioner.

Konklusjon

Sykehusreformene har hatt en innebygd forutsetning om at ledelse skal spille en mer framtrædende rolle i styring og måloppnåelse i spesialisthelsetjenesten. Helseforetaksreformen og innføring av enhetlig ledelse i sykehusene skulle således skape nye rammebetingelser for

¹² Det er f.eks. kun ett lokalsykehus, Farsund, som har blitt helt lagt ned i perioden (Eilertsen 2006). Storfusjonen mellom Helse Sør og Helse Øst var ikke påbegynt da undersøkelsen fant sted.

ledelse. Denne undersøkelsen og analysen viser at man bare *delvis* har oppfylt reformenes intensjon om å endre betingelsene – ved å bemyndige og autonomisere sykehusene og deres ledere. Dette betyr for det første at bildet ikke er entydig på tvers og på langs av Helseforetaks-Norge. For det andre at grad og form av handlingsbetingelse og endringer i disse varierer så vel mellom som innen foretakene. På den ene siden opplever norske sykehusledere større autonomi, at ledelsesdimensjonen er styrket og en større normativ oppmerksomhet om ledelse. På den andre siden gjør sentralisering, administrative styringssystemer, så vel som politiske styringssignaler, seg også gjeldende som rammer for utøvelse av ledelse i sykehusene. Den autonomien, innflytelsen og handlingsrommet som lederne har, er mer faglig enn ”managerial”. Helseforetaksreformen synes derfor ikke å være et gjennombrudd for ledelse som eget fag i sykehusene, men heller som en befesting og styrking av det profesjonelle selvstyret, eventuelt en kombinasjon mellom tradisjonell faglig ledelse og moderne profesjonell ledelse.

Funnene og konklusjonene i denne undersøkelsen er således i tråd med hva som rapporteres fra andre land der lignende reformer er innført, slik det er gjort rede for innledningsvis i denne artikkelen. De er også i tråd med den betydelige mengde forskning som viser at utfallet av reformer sjelden er helt etter ”oppskriften”, eller den vilje og visjon som reformatorene har lagt til grunn (se. feks. Brunsson og Olsen 1997, Brunsson 2006). Således viser også denne undersøkelsen at administrative reformer er et heller lite presist styringsredskap, også når det gjelder sykehus.

KAPITTEL 4

Ledelse mellom autonomi og innsyn i helseforetaket¹

Sammendrag

Gjennom foretaksreformen og loven om helsepersonell er det forsøkt å endre ledelsesformen i norske sykehus. Enhetlig og generell ledelse skal erstatte den tradisjonelle kollegiale ledelsesformen. Samtidig har det skjedd en utvikling som har gitt offentligheten større innsyn i sykehusene. Artikkelen viser hvordan toppledergruppen i et sykehusforetak tilpasset seg de nye organisatoriske rammebetingelsene. Lederne aksepterte forutsetningene om resultatansvar, linjeledelse og skille mellom fag og ledelse, men opplevde også avstand mellom ansvar og myndighet. En respons på dette var å utnytte finansieringssystemets muligheter for økonomisk inntjening. Denne handlingsmåten ble av helsepersonellet opplevd som å stå i motsetning til fagetikken. Da offentligheten ble gjort kjent med handlingene, fikk lederne på en brutal måte oppleve at det finnes grenser for deres autonomi.

1. januar 2002 ble eierskapet for de offentlige sykehusene i Norge overført fra fylkeskommunene til staten. Det ble etablert fem regionale helseforetak (RHF) som hver ble ledet av egne styrer oppnevnt av Helsedepartementet. Helseministeren er generalforsamling for alle foretakene. De fem RHF organiserte til å begynne med 47 lokale helsesforetak (LHF) med 250 sykehus av forskjellig størrelse. I dag er antallet LHF redusert til 30.

Statens overtakelse av sykehusene kom i kjølvannet av innføringen av fritt sykehusvalg (loven om pasientrettigheter, 2000), og beslutningen om at enhetlig ledelse skulle innføres i sykehusene (loven om spesialisthelsetjenesten, 2001). Gjennom reformene skulle sykehusene få større ansvar og autonomi og en mer resultatansvarlig ledelse, og pasientene skulle få bedre informasjon som grunnlag for å kunne velge sykehus. Reformene var uttrykk for ambisiøse forsøk på å gjøre ansvar og myndighet mer desentralisert, skape bedre ledelse og skape større innsyn for pasientene.

Med beslutningen om at alle sykehusavdelinger skulle ha enhetlig ledelse fra 2002, ble det formelt gjort slutt på tradisjonen med kollegial ledelse, dvs. likestillingen mellom faglige og administrative ledere (Vareide 2001). Beslutningene kan forstås som et nytt skritt i forsøket på å få realisert mål- og resultatstyring, hjørnesteinen i den rådende ideologien om hvordan offentlig sektor skal styres (Gammelsæter 2002). For å kunne styre etter mål må ledere ha fullt

¹ Tidligere publisert i Nordiske Organisasjonsstudier Nr. 2/2005. Artikkelen er uforandret.

resultatansvar for sine enheter. Kollegiale ledelsesformer oppfattes ikke å fremme en slik ansvarlighet.

I denne artikkelen studerer vi hvilke ledelsesroller som utvikles i forsøket på å realisere resultatstyring og resultatansvar i sykehusene. Erfarer lederne at de nye betingelsene hjelper dem til å realisere sine egne og andres forventninger til rollen? I hvilken grad kommer tiltak for å styrke pasientenes rettigheter og offentlighetens innsyn i sykehuset i konflikt med forventningene om mer resultatansvarlige ledere?

Ledelse mellom autonomi og innsyn

Hvordan kan vi forstå utviklingen av organisasjoner og ledelsesformer? Noe forenklet kan vi skille mellom en formativ og en transformativ forståelse (Stacey et al. 2000)². Om vi tror at endring er *formativ*, tror vi at det finnes en måte å organisere på som er funksjonell for den aktiviteten vi organiserer. Konsistente prinsipper for organisering er allerede tilgjengelige. Det handler bare om å identifisere delene som former helheten – og få dem til å folde seg ut. Endring handler om å avdekke ”hemmelighetene” og ta konsekvensene blant annet ved å få aktørene som skal virke innenfor formen, til å forstå sine ”naturlige” roller. Gjennom forskning, undervisning og rådgiving kan prinsippene underlegges kontroll og rasjonell handling.

Formativ endring tillater at ulike virksomheter organiseres ulikt, men likevel funksjonelt. Læring på tvers av ulike organisasjoner kan imidlertid oppleves som en måte å komme på sporet av den forutbestemte formen på. Gjennom imitasjon koples det formative og det universelle, og organisasjonsformer forstås dermed som anvendelige over et bredt spekter av organisasjoner.

Reformene innenfor offentlig sektor blir gjerne forstått som formative av reformatorene selv. I kjølvannet av den enorme spredningen av den såkalte divisjonsformen i store foretak (Whittington & Mayer 2000) har lederne i offentlig sektor ”oppdaget” at også offentlige organisasjoner primært bør styres etter mål og resultater. Dette har medført at en rekke nye prinsipper for organisering er ”foldet ut” og tatt i bruk (Gammelsæter 2002):

² Teleologisk kan endring også forstås som evolusjonær eller som et resultat av naturlige lover (Stacey et al. 2000).

- **Lederens autonomi.** Hvis en organisasjonsenhet skal være ansvarlig i forhold til å nå noen predefinerte mål og ikke i forhold til *hvordan* mål opp- nås, må ledelsen av enheten gis størst mulig autonomi for å finne måter å nå målene på.
- **Avstand og strategi.** Det må skilles mellom strategisk og operativ virksomhet. Mål- og resultatstyring forutsetter at den resultatansvarlige ledelsen ikke går inn i reglene, detaljene og arbeidsutførelsen i organisasjonens produksjon. Den ville da undergrave den autonomien som ledere for lavere resultatenheter trenger for å kunne holdes resultatansvarlige, samt forsømme de strategiske oppgavene som knytter seg til å plassere organisasjonen i forhold til omgivelsene.
- **Klare enheter og mål.** Organisasjonen må deles inn i separate enheter med sine egne avgrensede og målbare mål. Uten at enhetene er klart definert, er det vanskelig å utforme klare mål og ansvarsforhold og å opprettholde skillet mellom strategisk og operativ virksomhet.
- **Personlig ledelsesansvar.** De resultatansvarlige lederne må ta et personlig ansvar. De står og faller med resultatene. I motsetning til når ledelsen deles på flere, gjør ”*unity of command*” (Gulick & Urwick 1937) det lettere å knytte resultatansvaret til enkeltpersoner. Men dette innebærer også at lederne får stor myndighet, og at de blant annet kan velge å avskjedige personell.
- **Konkurransen.** Å nå mål er nærmest meningsløst dersom man ikke kan sammenligne resultatene mellom organisasjoner. Gjennom sammenligningen skapes det konkurranse om å komme lengst, med størst gevinst. Når organisasjoner er inndelt i resultatenheter, dannes det grunnlag for slik konkurranse.

Innenfor en formativ forståelse forutsetter disse ideene hverandre rent logisk; mål- og resultatstyring kan ikke realiseres fullt ut uten at alle implementeres samtidig. Mål- og resultatstyring er en substansiell logikk (Weber 1968/78) som handlinger blir akseptert og rasjonalisert i forhold til (Kalberg 1980). Denne handlingslogikken «tvinger» organisasjoner inn i en ny konsistent form som forutsettes å være funksjonell i den forstand at den øker organisasjonens autonomi. Vurdert på samfunnsnivå, og fremdeles innenfor en formativ forståelse, kan man imidlertid hevde at det er behov for noe mer. Fordi konkurransemekanismene ikke vedlikeholder seg selv, men tvert imot tenderer til å skape monopolister, er det nødvendig å kontrollere konkurransen. Også rent empirisk er det derfor slik at reformene inkluderer reguleringsregimer som utformer og håndhever regler for innsyn i konkurransen. Konkurransen skal sikres gjennom at myndigheter og kunder/pasienter får innsyn. Paradokset er at mål- og resultatstyring dermed forutsetter regelstyring, noe som igjen

innebærer at organisasjoners og lederes autonomi begrenses av regler pålagt dem utenfra. Motsetningen mellom mål- og resultatstyring og regelstyring følges altså av motsetningen mellom autonomi og innsyn. Selv om det ikke er slik at økt regelstyring alltid fører til bedre innsyn (kompliserte regler kan også komplisere innsynet), vil økte muligheter for innsyn nødvendigvis begrense organisasjonens eller lederens autonomi. Disse motsetningene må håndteres, noe som i praksis betyr at både autonomi og innsyn må begrenses bevisst. Innenfor den formative forståelsen forutsettes det at dette kan gjøres på en kontrollert måte, slik at effektene av innsynet på autonomien kan forutsies.

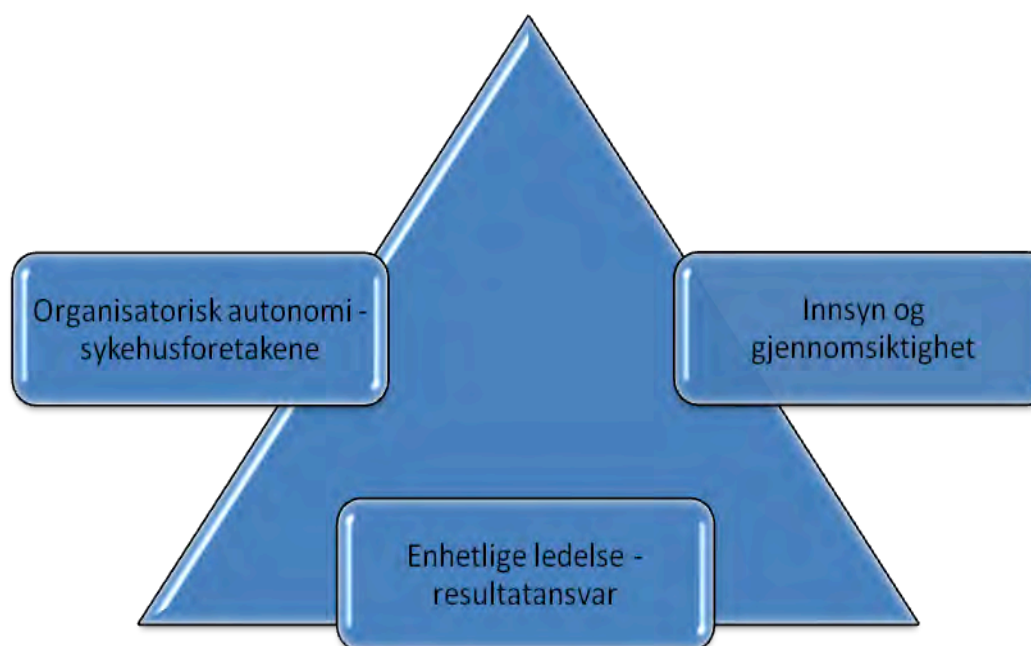
Transformativ tenkning skiller seg fra formativ tenkning. *Transformativ* endring forutsetter ikke forutbestemte organisasjonsformer. Tvert imot, endringens form og utfall er grunnleggende uforutsigbar. Endringens form er resultat av endringens prosess. Veien blir til mens man går, men de som går, er mange, og de går sjelden i takt og mot samme mål. Endring er dermed ikke alene et resultat av at noen vil endre og vet hvordan de vil endre. Endring er tvert imot kontekstuell og resultat av interaksjoner mellom aktører som er innvevd i ulike institusjonelle sammenhenger i organisasjoner, sektorer, nasjoner og internasjonalt. Den er ikke kun resultat av reformer og store endringsprosjekter, men også av stabile prosesser i organisasjoner og organisasjoners omgivelser (March 1981).

Innenfor offentlig sektor blir organisasjonsendringer ofte beskrevet som NPM-inspirerte uten at det alltid er klart hva NPM (New Public Management) er (Ferlie et. al. 1996, Gammelsæter 2002). Kanskje finnes kjernen i NPM i måten mål- og resultatstyring tvinger fram endringer i organisasjonsform og ledelse på, slik det er beskrevet ovenfor? Kanskje er det en formativ idé som får tilhengerne til å presse fram mer autonome organisasjoner og ledelsesroller, en idé som gir ledere større myndighet og resultatansvar, samtidig som de forutsettes å ha sin lojalitet til organisasjonens eier?

Ifølge et transformativt perspektiv stopper ikke historien her. Der lederne tidligere kunne utøve sine lederroller i relativt lukkede organisasjoner, møter dagens offentlig ledere helt andre krav til offentlighet. Autonomien og ansvaret skal utøves i konturene av rettsliggjøringen av politikken (NOU 2003:19), et framvoksende revisjonssamfunn (Power 1997, Pentland 2000) og en nyhetsjournalistikk som i økende grad er maktkritisk (NOU 2003:19) og bevisst søker informasjon om resultatene i offentlige organisasjoner (Christensen & Lægred 2001). Ifølge Byrkjeflot (2002) bidrar mediene på denne måten til å undergrave lederes posisjoner i stedet for å styrke dem. Det er ikke lenger mulig «å skjule sine kort» i de lukkede styrerom. Resultatsystemene som bygges opp for å måle produksjon, lar seg ikke reservere til internt bruk. De kan best forsvares som grunnlag for diskurser om offentlige organisasjoners berettigelse (Townley et. al. 2003). Og siden offentlige organisasjoners eiere i siste instans

ikke bare er brukere og konsumenter, men også velgere, er de dypest sett politiske organisasjoner.

I mål- og resultatstyringens møte med politikken logikk kan det være vanskelig å indoktrinere ansatte om nye formers fortrefelighet, ikke minst ansatte som har tilkjempet seg kunnskaps- og profesjonsmakt. Samtidig vil offentligheten kontrollere og dermed kreve innsyn i offentlige organisasjoner, uavhengig av om de heter foretak eller forvaltning.



Figur 4. 1 Kontekst for utformingen av nye ledelsesroller

Det opphøyde fokuset på styring og ledelse i moderne reformer henger sammen med den nøkkelrollen som gis til lederne når resultater skal skapes gjennom mål- og resultatstyring. Samtidig må vi tro at lederne autonomi begrenses av det økende kravet om offentlig innsyn. Når kompliserte aktiviteter i økende grad uttrykkes i målinger og evalueringer, skapes det også mer konkrete data som kan brukes av mediene, revisjons- og tilsynsorganene, pasientombud og interesseorganisasjoner. Behovet for mål- og resultatstyring og de instrumentene slik styring fører med seg, legitimeres ofte gjennom behov for kostnadsutt og bedre kvalitet på tjenestene (i sykehusene blant annet som kortere ventelister), men i en offentlig kontekst blir målesystemene et tveegget sverd. Lederne må være beredt til å svare for sine resultater ikke bare når det passer dem selv, men også når det passer omverdenen. Dermed kan de bli fanget i spenningen mellom autonomi og innsyn (jf. figur 4.1).

Offentlig innsyn kan også forsterkes av at det er i interne aktørers interesse at intern informasjon gjøres offentlig. Resultatsystemene og den informasjonen som produseres, kan lett bli gjenstand for definisjoner, oversettelser, forhandlinger og kanskje konflikter som

bringes ut i offentligheten. Enhetlig ledelse i institusjoner som tradisjonelt har bygget på kollegiale ledelsesstrukturer, kan for eksempel representere en trussel mot profesjonelle grupper som tidligere hadde stor innflytelse. Reformen kan oppleves som anti-profesjonalisme (Ackroyd 1995) og provosere interne aktører til å gjøre intern informasjon offentlig.

Organisasjons- og ledelsesformer vinner ofte fram fordi de settes inn i en formativ fortelling. Planlagte endringer foregår imidlertid innenfor kontekster der mangt verken er oversiktlig eller kan styres. Forståelsen av hvordan endringer skjer, er derfor mer realistisk når endringene settes inn i en transformativ fortelling.

Den norsk foretaksreformen og enhetlig ledelse

Fram til 2002 ble fylkeskommunale sykehus finansiert ved statlige tilskudd som ble fastsatt med bakgrunn i de nasjonale helseplanenes ”objektive” kriterier for helsebehov i fylkene. Målet var lik rett til helsetjenester over hele landet. En viktig forutsetning for dette systemet var en nasjonal sertifiserings- og lønnspolitikk, spesielt for den medisinske profesjonen som deltok både i planleggingen og i fordelingen av posisjoner og ressurser (Erichsen 1996). Dermed fulgte det også med et statlig ansvar for å finansiere avvikene mellom planlagte og faktiske driftskostnader. Som et forsøk på å hindre stadige budsjettoverskridelser og tilleggsbevilgninger ble det fra 1997 innført stykkprisfinansiering basert på såkalte diagnoserelaterte grupper (DRG)³.

De nye foretakene er autonome resultatenheter. Styrene har ansvaret for ressursallokering, kostnadskontroll og økonomisk inntjening og skal ikke kunne vende seg til Stortinget for å dekke underskudd. Utover basisbevilgningen fra Stortinget må foretakene skaffe sine egne inntekter og kontrollere sine kostnader for å balansere budsjettene. Foretakenes ledere forventes å skape resultater i tråd med vedtatte mål. Det følger av modellen at disse målene primært er økonomiske, og at mål om kvalitet eller uenighet om hva som faktisk er gode helsetilbud etc., ikke er i konflikt med de økonomiske målene. Slike mål skal med andre ord ikke kunne utløse kostnader utover det foretakene kan dekke gjennom tildelte budsjettammer og egen inntjening. Hvis det ikke var slik, måtte det nødvendigvis bety at de regionale foretakene nettopp kan gå til Stortinget og kreve dekning av underskudd.

Ideer om en sterkere vektlegging av ledelse i norske sykehus kan spores tilbake til slutten av 1980-tallet. Næringslivsledere som hadde gått i skole hos den særnorske amerikanske ”ledelsesguruen” George Kenning, gikk sterkt imot måten offentlige sektor ble ledet og

³ DRG ble innført fra 1997 (St.meld. nr. 44 (1995–1996) Ventelistegarantier – kriterier og finansiering).

organisert på⁴. Deres stemmer fikk også stor innflytelse i Andersland-utvalget, som foreslo å innføre ”*Kenningleidelse*” i sykehusene (Byrkjeflot 1997:443). Synspunktet var at mange av problemene i helsevesenet hadde sin årsak i for stor faglig autoritet og legenes monopol på lederstillinger. Forslaget møtte mye motstand fra faglig hold i sykehusene og måtte legges til side. Lignende tanker ble imidlertid reaktivert i ny forklledning i forbindelse med det såkalte ”Pasienten først”-utvalget som slo fast at ”*Lederen er leder av en organisatorisk enhet – ikke for en enkelt yrkesgruppe. Ledelsen bør være enhetlig.*” (NOU 1997:2, s. 14). Denne ledelsesforståelsen kom senere til uttrykk i lovfestingen av prinsippet om enhetlig ledelse (spesialhelsetjenesteloven 1999) og i stortingsproposisjonen som foranlediget dannelsen av helseforetak (Ot.prp. nr. 66 2000–2001).

De nye lovene påla alle organisatoriske enheter å ha en leder som i siste instans bærer ansvaret for enheten. Myndighetene uttrykte på denne måten store forhåpninger til enhetlig ledelse som et middel til bedre styring (Vareide 2002). Utformingen av lederrollene skjer imidlertid innenfor en kontekst der den nye foretaksmodellen *på den ene siden* forutsetter resultatenheter og ledere som har strategisk og operasjonell autonomi, mens organisasjonen *på den andre siden* også skal utvikle informasjonssystemer og -strategier som gir pasientene og offentligheten en mer komplett innsikt i behandlingskvalitet og resultater (jf. figur 4.1). Sykehusene skal altså samtidig bli både mer resultatorienterte og mer gjennomsiktede.

Data og metode

For å kunne forstå utviklingen av lederroller etter foretaksreformen har vi valgt å fokusere på ledere på det lokale foretaksnivået. En viktig begrunnelse for dette er antakelsen om at de spenningene som er knyttet til endringene i ledelse, vil manifestere seg tydeligere på det lokale enn på det regionale foretaksnivået. Avstanden fra lederne til fag- og behandlingsmiljøene er kortere her enn på det regionale nivået. Vårt helseforetak hadde før det ble fusjonert, ansvaret for en befolkning ca. 80 000 innbyggere. Med sine vel 1 800 ansatte hadde det både spesialist-, akutt- og lokalsykehusfunksjoner.

Empirisk bygger denne artikkelen på semistrukturerte gruppeintervjuer og individuelle intervjuer med klinikkjefer og direktører i vårt helseforetak. Vi har også hatt tilgang til intervjudata fra avdelingsledernivået, i tillegg til strategiplaner, omstillingsplaner, stillingsinstruksjoner og styredokumenter. Videre har vi benyttet avisartikler som har omhandlet organisasjonsprosesser i helseforetaket, og en metoderapport fra to journalister som redegjør

⁴ Fremst blant disse sto administrerende direktør i Næringslivets Hovedorganisasjon, Karl Glad.

for sitt arbeid med den såkalte ”kodeskandalen”. Vi har kombinert flere datakilder i den hensikt å styrke konklusjonene og gi oss en mer nyansert forståelse av de forholdene vi har valgt å undersøke (Ryen 2002).

Gruppeintervjuet med alle lederne i direktørens sentrale ledergruppe (dvs. lederne for psykiatri, medisin, kirurgi, service og drift, økonomi og administrerende direktør) sto sentralt i datainnsamlingen. Lederne hadde ulik profesjonsfaglig bakgrunn (sykepleie, medisin, fysiokjemi). Intervjuet hadde karakter av en åpen dialog der lederne tok ordet mer eller mindre spontant i forhold til tema som ble reist av intervjuer. Ordvekslingen kan karakteriseres som erfaringsutveksling og rekonstruksjon av erfaringer lederne hadde gjort i helseforetakets korte historie. Sentralt sto spørsmål som hvordan lederne hadde tilpasset seg de nye rollene, hva de la vekt på i sin ledelsesutøvelse, hvilke dilemmaer og konflikter de opplevde, hva slags autonomi de erfarte, og hva slags samarbeidsrelasjoner de opplevde i ledergruppen. Gruppeintervjuet varte ca. tre timer.

Gruppeintervjuet har den fordel at deltakerne kan følge opp hverandres svar og gi kommentarer underveis (Thagaard 1998). På denne måten kan dybden i argumentasjonen komme bedre fram enn ved individuelle intervjuer. Ulempen er at ”gruppetenkning” kan overskygge nyanser og usikkerhet i enkeltindividets synspunkter fordi gruppemekanismer bidrar til homogenisering av deltakernes uttrykte synspunkter og forståelse (Janis 1972). Hvis slike sosiale mekanismer er sterke, kan imidlertid gruppeintervjuet gi bedre uttrykk for de tankemønstrene som styrer ledelsens handlinger enn det individuelle intervjuer kan.

Gruppeintervjuet fant sted i mai 2003, 16 måneder etter at enhetlig ledelse ble innført. Denne tidlige iverksettingsfasen var også preget av fusjoner, nedbemanninger og flytting av funksjoner mellom og innenfor sykehus. Et halvt år etter at intervjuene ble gjennomført, ble ”vårt” helseforetak fusjonert med to andre helseforetak i regionen. Tre av deltakerne i gruppeintervjuet fikk plass i den nye toppledergruppen som ble etablert.

Før gruppeintervjuet ble det gjort et semistrukturert kvalitativt telefonintervju med en representant for ledergruppen i det regionale helseforetaket (desember 2002). Etter gruppeintervjuet ble klinikkjefene for henholdsvis psykiatri og service intervjuet (april 2003). Sistnevnte var sekretær for en intern omstillingsgruppe og hadde dermed omfattende oversikt over organisasjonsendringene i helseforetaket.

I analysen benyttes også et tilfang av individuelle intervjuer med to administrerende direktører – den ene fra et av de senere fusjonerte helseforetakene, den andre fra et helseforetak et annet sted i landet. Videre har vi hatt tilgang til transkriberte intervjudata fra åtte avdelingsledere og to

lokalt foretakstillitsvalgte fra henholdsvis Den Norske Legeforening og Norsk Sykepleierforbund⁵.

Ny organisering – mer autonome ledere?

Gruppeintervjuet gir inntrykk av at foretaksreformen representerer et gjennombrudd for å kunne realisere en ny ledelsesforståelse. Klinikksjefene synes å merke forventninger om at de skal utvikle en annen rolle enn den fagbaserte ledelsesrollen de kjenner fra tidligere. Ledelsesansvaret hevdes å være tydeligere forankret i linjen. Klinikksjefene opplever likevel at de ikke har den myndigheten som retorikken om den nye ledelsen gir løfter om. Dels er det snakk om manglende handlingsrom som følge av knappe budsjetter, dels om manglende påvirkning innad i fagmiljøene. Til tross for dette snakker de svært positivt om den nye rollen. Dette kan tolkes som at de har bundet seg til masten og ser problemene knyttet til manglende myndighet som forbigående.

Bevisstheten blant lederne om å rendyrke lederrollen understrekes for eksempel når en av lederne hevder at ”Et ideal for å lede en klinikk er at du er interessert i å lede, det vil si at du har en kombinasjon av entusiasme, er interessert i å lede og har et ønske om å lede, og at du har en faglig ballast med deg.” Når faglig ballast fremdeles nevnes som en kvalifikasjon, er det ikke snakk om en spesiell profesjon som skal ha monopol på ledelse i sykehuset, men i større grad om å ha en helsefaglig bakgrunn. Ledelse blir satt opp mot fag, og ifølge ordvekslingen nedenfor bør valget for en leder være åpenbart:

Klinikksjef 1: “Jeg synes rollen som klinikksjef er mye tydeligere, og selv om det er i samme spenningsfeltet, så er det en rolle som klart har fokus på ledelse. Det jeg opplever personlig, er at lederansvaret og ledelseslinja er veldig mye tydeligere, og at vi utfordrer dem nedover i klinikken. Så jeg tror på en måte det er mye mer reindyrka linje i det systemet vi har nå enn det som var før. Vet ikke om dere er enig i det?”

Klinikksjef 2: ”Jeg er veldig enig i det du sier – at vi på en måte må fokusere på ledelse og forsøke å få det nedover i et system som tidligere også var økonomistyrte, men hvor man ikke brydde seg så mye om økonomiforutsetningene.”

Klinikksjef 3: “Enten så velger man ledelse, eller så er man en fagperson.”

⁵ Intervjuene er foretatt av Anne Mia Myhre (2004): *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus – påvirkning på avdelingslederrollen*. Masteroppgave, Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag, Høgskolen i Agder.

Med sin tilleggsutdanning i ledelse og administrasjon har våre informanter tilsynelatende valgt ledelse, men de har ikke dermed kunnet fri seg fra behovet for å forstå og håndtere det faglige: *”I klinikkjefstillingen kan du ikke velge bort ledelse. Det er det vi driver med i veldig reindyrka form; altså både ledelse og administrasjon, men i spenningsfeltet mellom fag og overordnede styringsprinsipper.”* Det er i dette spenningsfeltet at helsefaglig innsikt og innsikt i fagprofesjonene til syvende og sist likevel blir en viktig del av den «rendyrkede» ledelsen.

Har overgangen fra delt til enhetlig ledelse likevel ført til en ledelse som er mer opptatt av budsjettstyring, økonomisk årvåkenhet og resultatansvar? Lederne er nå alene om ansvaret for enhetenes overordnede mål og resultater:

”Som gammel avdelingsoverlege opplevde jeg den tiden da man yndet å gå rundt og si: ”Man blir schizofren av dette her – å være fagperson og samtidig være leder.” Man har nå fått definert ut klinikkjef til en ren lederposisjon, slik at avdelingssjefer lenger ned i systemet kan lene seg tilbake og konsentrere seg om faget.”

At ansvaret og beslutningsmyndigheten ifølge lederne er tydeligere plassert i organisasjonen, betyr imidlertid ikke at lederne opplever samsvar mellom dette ansvaret og den påvirkningsmuligheten de har. Tvert imot uttrykker flere at deres manøvreringsrom som ledere fremdeles er begrenset av interne forhold. En av årsakene til dette er manglende desentralisering av beslutningsmyndighet og budsjetter, noe som gir lite rom for valg:

”Det er fortsatt en lang veg å gå når det gjelder å legge beslutningsmyndighet ned på klinikkjefnivå. Vi er for sterkt økonomistyrte, og budsjettene er så finurlig lagt opp at hver eneste lille pinsett blir tatt med på budsjettet.”

En annen årsak er avmakt i forhold til å påvirke relativt autonome underordnede:

”Av og til smiler man bare av at man lever i en ganske vanskelig verden som direktør og klinikkjef og da skal ha et lederfokus. For en skal levere en tjeneste hvor andre definerer tjenestene og kvaliteten på tjenestene, og du har ingen mulighet til å definere prisen på tjenestene. Du har ledere under deg som du sier skal holde budsjettene, men du har ikke lykkes med det ennå, og da er det umulig å holde budsjettene. De vil ikke holde seg til de aktivitetsmål som har vært satt. De sier ja, men i prinsippet så tar de det ikke inn i marginen. De er ikke så overanstrengt på å holde budsjettene, for de har tradisjon med å bare be om mer penger neste år. I prinsippet skulle jeg ha sparka et par av avdelingslederne mine i fjor fordi de ikke har holdt budsjettene.”

En annen legger til:

”Når det gjelder ansvar, så er det ganske tydelig. Det har alltid vært tydelig på sykehus. Men det å ta ansvaret og gjøre noe med det er en stor utfordring. Vi lever i en absurd situasjon som klinikksjefer.”

Denne ”absurde situasjonen” synes å være et resultat av at lederne ikke bare aksepterer, men nærmest markedsfører seg selv som ansvarlige resultatledere. De har påtatt seg utfordringen med å utvikle en ny ledelsesrolle i sykehusene, men opplever at de ikke har myndigheten og virkemidlene til å påvirke tilstrekkelig det de har ansvaret for. På sikt er det ikke usannsynlig at denne kognitive dissonansen (Festinger 1957) vil bli oppfattet som et enda større problem og framtinge krav om at mer myndighet må legges til resultatenheter. Slike erfaringer er også kjent fra industriforetak som innfører resultatenheter (Gammelsæter 1991). Som vi skal se, i denne ”absurde situasjonen” ble det å påvirke inntektssiden en sentral strategi for ”våre” ledere.

Økt autonomi gjennom økt ”verdiskaping”?

Det er vanlig å anta at ekspert- og fagorganisasjoner, slik som sykehus, tradisjonelt ikke har tillatt noe særlig rom for aktiv ledelse utenom det å utøve fagkompetanse (Strand 1992). Når sykehus delvis må basere sin virksomhet på innsatsstyrt finansiering og konkurranse om pasientene, skjer det også noe med forventningene til ledelsesrollen. Ledere forventes å utnytte mulighetene i et (kvasi-)marked. De forventes å påvirke inntektssiden i organisasjonen på andre måter enn gjennom politisk lobbying for økte budsjetter. Om de ikke vinner den interne budsjettkampen, kan de utnytte enhetens kreativitet til å vinne i ”markedet”.

En slik ledelsestenkning kan ha ulike innpakninger, gjerne avhengig av hvilke konsepter som får fotfeste til enhver tid (Røvik 1998). Da vi gjorde intervjuene i helseforetaket, var *verdibasert ledelse* et stikkord for ledelsesfilosofien. En av de toneangivende direktørene uttrykte det på følgende måte i et telefonintervju som ble gjort før det som skulle bli kjent som ”kodeskandalen”, ble avslørt:

”Fra et hvilket som helst konsern i det private vil du kunne kjenne igjen prinsippene fra verdibasert ledelse. [...] Det vil si at man sørger for ledelsesprinsipper som setter fokus på verdiskaping. Det er ikke etikk og moral, men det dreier seg om å tvinge frem styringsindikatorer og å sette et økt press på økt verdiskaping. Det som er interessant, er verdiskaping. Den skjer ute i hvert enkelt sykehus, den.”

I gruppeintervjuet var en av klinikkjefene enda mer konkret:

”Hvilke triks bruker man for å få til ting med reformene? Da kommer en tilbake til ”what’s in it for me?” Det er jo ikke tvil om at man bruker dynamikken og omveltningene i helsesektoren til å få frem resultater på egen klinikk. Altså, plutselig blir det sånn at du må produsere mer. Hvis ikke, blir du radert ut. Det bruker man bevisst. Det er jo teknikken her.”

Forut for dette, den 7. mars 2003, skrev Aftenposten at dette helseforetaket var registrert med påfallende mange mandelopererte barn som også var operert for snorking⁶. Avisen avdekket at foretaket hadde registrert barn som hadde fjernet mandlene i kombinasjon med søvnapnoe (snorking) i et omfang som langt overskred det andre sykehus hadde gjort. Avisen hadde sjekket opplysningene i Norsk pasientregister og funnet at en av klinikkene i foretaket hadde ”operert” over halvparten som hadde denne diagnosen i hele landet i 2002. Avsløringen fikk store dimensjoner, ikke minst fordi det ble kjent at toppledelsen i det regionale helseforetaket hadde anbefalt avdelingene i foretaket å inngå avtaler med en assistentlege fra Rikshospitalet som hadde utviklet et system for å rekode diagnoser innenfor øre–nese–hals. Ledelsen forventet at rekodingen ville gi merinntekter på flere millioner kroner. Det ble også avslørt at legen fra Rikshospitalet skulle honoreres med 10 prosent av merinntektene.

Saken førte senere til at direktøren for helseforetaket gikk av. Helsedepartementet satte et eksternt revisjonsfirma til å granske saken. Flere andre helseforetak ble også gransket fordi de var registrert i pasientregisteret med en markert økning i diagnoser som ga en bedre DRG-uttelling, og Helsedepartementet innførte strengere kontroll med sykehusenes kodepraksis.

”Kodeskandalen” har flere sider av spesiell interesse for oss. Den ene gjelder relasjonen mellom organisering og utformingen av ledelsesrollen. Foretaksstrukturen skulle fremme et ledelsesideal om resultatansvarlige og økonomisk proaktive ledere. Etter kodeskandalen uttrykker en avdelingsleder dette svært så tydelig:

”Det er et veldig press på økonomien, også på inntjeningsbiten. Det går på dette med innsatsstyrt finansiering hvor vi ved hjelp av å kode riktig på pasienter som har vært innlagt, kan øke inntjeningen enormt. Du kjenner til denne kodeskandalen, eller triksing med koding som vi sier, hvordan det har vært et resultat av det evinnelige presset vi som ledere blir utsatt for. Det er ingen som har noe personlig vinning av å trikse med koder. Vi har heller ikke trikset, men vi er utrolig presset av sykehuseiere og sykehusledelse på å øke inntjeningen og bli bedre og bedre. Vi må gå på kurs og får all verdens råd – og da

⁶ I en metoderapport til Stiftelsen for kritisk og undersøkende presse (SKUP) er det redegjort for saken, kildene og journalistisk metode (Hafstad og Gedde Dahl 2004).

grenser det opp til hva som er etisk riktig. Det er feil at den enkelte avdelingsleder blir hengt ut. Det er systemet – hvor det nærmer seg triksing. Det er ikke gøy. Det er et press om økonomistyring og inntjening som noen ganger er veldig vanskelig.”

Den andre interessante siden ved kodeskandalen gjelder måten den ble avslørt på, og bakgrunnen for avsløringen. Til det siste hører en undersøkende presse og offentlighetens tilgang til korrespondanse og registreringer. En av klinikksjefene kommenterte i ettetid hendelsene på følgende måte:

”[Avisen] hadde ei greie med ledelsen i det regionale helseforetaket.”

”[Avisen] var ute etter skalpen på direktøren. Den fikk tak i korrespondansen mellom ledelsen og assistentlegen ved Rikshospitalet. De fleste postjournalene er offentlige.”

Journalistenes versjon er at de fikk et tips fra en ukjent, men identifiserbar person om et systematisk rekodningsprosjekt innad i det regionale helseforetaket. Tipset kom i kjølvannet av at avisen hadde slått opp flere saker om lobbyister og dobbeltroller i foretaket (jf. Hafstad og Gedde-Dahl 2004). Journalistene beskriver helseforetakene som lukkede systemer der viljen til lekkasjer er liten, og deres første henvendelser til sentrale personer i vårt helseforetak ga ikke mer informasjon enn at ”*noe har foregått*” (op.cit. s. 6). Først da de konfronterte lederne med detaljene i det tipset de hadde fått, fikk de tilgang til en e-post som var sendt ut til avdelingsoverlegene med anmodning om å utlevere datafiler som assistentlegen kunne rekode. Journalistene fikk også vite at Helsedepartementet var tipset og hadde satt i gang granskning. For å dokumentere feilkoding måtte journalistene sette seg inn i de faglige sidene ved DRG-koding, skaffe seg statistikk-kjøringer fra Norsk pasientregister og knytte den aktuelle assistentlegen til suspekte kodinger. Journalistene lyktes. De kunne ved hjelp av tilgangen til pasientregisteret dokumentere at kreativ koding hadde gitt et enkelt sykehus 4 millioner kroner ekstra over to år, noe Helsedepartementet senere korrigererte til 6,6 millioner. I perioden fra journalistene ble tipset i februar 2003 til de skrev sin rapport om saken et knapt år senere, publiserte de 33 avisartikler om saken og dens konsekvenser.

Selv om noen kan være uenig i journalisters motiver, arbeidsmetoder og framstillinger, viser den såkalte kodeskandalen på en dramatisk måte hvordan kritisk nyhetsjournalistikk bidrar til innsyn i offentlige virksomheter. Eksemplet viser dermed hvordan ledernes muligheter til å definere sitt handlingsrom også er begrenset av sektorens transparens, og at denne transparensen blant annet bygger på offentlig tilgjengelighet til registre som inneholder informasjon om virksomhetenes produksjon. Til tross for foretaksorganisering, resultatstyring og resultatansvarlig ledelse er sykehussektorens krav til offentlighet antakelig strengere enn de kravene foretakenes forbilder innenfor det private næringslivet møter.

Kodeskandalen illustrerer sammenhengen mellom intern og ekstern transparens. Interne aktører har tilgang til informasjon som etterspørres av organisasjonens omgivelser. Når toppledelsen i helseforetaket måtte korrigere sin utøvelse av *”verdibasert ledelse”*, så er det grunn til å tro at det også kom som følge av at interne aktører var interessert i å sette grenser for denne virksomheten. Det meste av våre egne intervjudata ble innhentet før skandalen ble avdekket, og omhandler derfor ikke spørsmålet om lekkasje, men journalistene som avdekket saken, hevder at *”avdelingsoverlegene reagerte til dels kraftig”* selv om de også *”til en viss grad”* samarbeidet med ledelsen (op.cit. s. 6). Journalistene hevder videre at samtlige sykehusavdelinger som ble invitert til å være med på det store omkodingsprosjektet, satte foten ned *”fordi de er kritiske til om det er faglig holdbart. Også de opplever at prosjektet lukter svidd”* (op.cit. s. 6).

Flere fagfolk i helseforetaket hadde etter hvert følt at de var på defensiven i forhold til den nye proaktive styringseliten. Enkelte var på faglig grunnlag overrasket og irritert over den høye inntjeningen ved øre-nese-hals-avdelingen. Den var vanskelig å forklare på faglig grunnlag. Sett i sammenheng med at det pågikk debatter om fusjoner og funksjonsfordelinger mellom ulike foretak innenfor det regionale foretaket, var det også mange som opplevde kodepraksisen som uredelig konkurranse. Spørsmålet fikk dermed også en lokalpolitisk dimensjon. Gjennom lekkasjen til mediene, og dermed avdekkingen av saken, kunne de som mislikte utviklingen i foretaket, utfordre ledelsen. Toppledelsens forståelse av *”verdibasert ledelse”* kom slik i konflikt med etablerte normer og verdier. Den nye ledelsesrasjonaliteten ble utfordret av både lokalpolitikkenes logikk, av den fagetiske rasjonaliteten og av den kritiske journalistikken.

Avsluttende diskusjon

Vårt case er kanskje et ekstremtilfelle, men nettopp fordi det viser mekanismene så tydelig, illustrerer det også hvordan en spesiell organisasjons- og ledelsesmodell kan utvikle seg innenfor en tjenestesektor som både dominerer i det offentlige budsjettet og i så sterk grad berører den enkelte borger og skattebetaler. At DRG-registreringene er blitt gransket i flere helseforetak (Helsetilsynet 2004)⁷, tyder på at problemstillingene er av generell karakter.

Foretaksreformen, enhetlig ledelse, fritt sykehusvalg og den tidligere innføringen av innsatsstyrt finansiering (DRG) kan alle forstås som forsøk på å realisere en formativ filosofi om mål- og resultatstyring. Gjennom disse reformene har man prøvd å få sykehusene til å holde seg innenfor tildelte budsjetttrammer, sette fokus på effektiv drift og hindre at

⁷ Aftenposten 16. juni 2003: Sykehusene har krevd en halv milliard for mye.

fylkespolitikere kommer løpende til Stortinget med spørsmål om mer penger når budsjettene ikke holder. Tre år etter foretaksreformens iverksettelse vet vi at foretakenes underskudd har fortsatt å vokse,⁸ og i stedet for fylkespolitikerne er det nå stortingspolitikerne som ber om at regjeringen dekker sykehusenes underskudd, noe som til dels er imøtekommet (Opedal og Rommetvedt 2004).

Artikkelen har vist at spørsmålet om resultatansvar og autonomi i overskyggende grad handler om det økonomiske ansvaret i sykehus. Samtidig eliminerer ikke foretaksorganiseringen krav til faglige normer og offentlig innsyn. Dette betyr kanskje at ledelse i organisasjoner som produserer helsetjenester, om de aldri så mye er organisert som statlige foretak, ikke kan leve opp til den formative forestillingen om hvordan næringslivsledere fungerer?

Et interessant funn i vårt case er at ledere som selv har helsefaglig bakgrunn, forsøker å skille fag fra økonomi eller fag fra ledelse. Dette skillet lar seg imidlertid ikke så lett gjennomføre fordi det ikke aksepteres på det operative nivået. Forklaringen kan være at legeprofesjonen har styrt helsebyråkratiet (Berg 1987). Profesjonen har hatt et langvarig monopol på å definere hva som er faglig forsvarlig. Mestringen av legevitenenskapen har vært en ufravikelig forutsetning for å oppnå posisjoner. Sett fra et styringsperspektiv har det vært snakk om et system dominert av en normativ passenhetslogikk i stedet for en økonomisk konsekvenslogikk (March & Olsen 1989). Arbeidsplassen er blitt oppfattet som en arena for profesjonell arbeidsutøvelse snarere enn for produksjon (Brunsson & Sahlin-Andersson 2000). Siden profesjonelle ikke vil la seg underordne de nye hierarkiene og målesystemene, blir realiseringen av nye organisasjons- og ledelsesformer uklar (Sahlin-Andersson 2003).

Denne forklaringen kan imidlertid vendes i lys av kodeskandalen. I sin jakt på økt inntjening neglisjerer de nye lederne både faglige og lokalpolitiske, ja, sågar også samfunnsøkonomiske konsekvenser. Det overordnede hensynet for resultatansvarlige ledere blir at de leverer tilfredsstillende økonomiske resultater. Det er på den måten de prøver å legitimere sine posisjoner.

Spørsmålet om organisering og ledelse i sykehussektoren blir dermed et spørsmål om de faglige og økonomiske rasjonalitetene lar seg forene på en nøytral måte (Llewellyn 2001). I sine nye roller framstiller lederne i foretaket skillet mellom ledelse og fag som verdiskapende, som en konstruksjon som begunstiger økonomien uten at det går ut over den faglige kvaliteten. Ledelsen skal bare sørge for at den faglige ekspertisen innordnes et økonomisk system. Den økonomiske konsekvenslogikken tilsier at fagekspertisen også bør utnytte sitt faglige skjønn til å registrere de diagnosene som er økonomisk mest gunstige. Sett fra faglig hold er imidlertid

⁸ Sunnmørsposten 28. mai 2004, Sjukehusa tilbake på 90-tallsnivå.

ikke denne konsekvenslogikken akseptabel. Den skaper en økonomisk konkurranse mellom fagmiljø som ikke bare utfordrer den faglige kollegialiteten, men som på en mer grunnleggende måte definerer medisin og behandling som økonomi.

Det tvilsomme i kodeskandalen var nettopp at medisin ble gjort til økonomi, slik også journalistene illustrerer det etter at de har fått fatt i e-posten fra assistentlegen som tilbyr seg å foreta omkodingen (Hafstad & Gedde- Dahl 2004, s. 7):

”Vi tror det nesten ikke selv, sett i lys av at alle diagnoser skal settes av pasientenes behandlende lege. Her har vi en lege, som uten å kjenne pasientene eller har undersøkt dem, tilbyr seg å gi dem nye diagnoser som skal gi sykehusene bedre inntekter. Og legen skal ha 10 prosent av merinntektene. Dette er oppsiktsvekkende og kan ikke være medisinsk eller etisk forsvarlig”.

Det er underordningen av medisinske og behandlingmessige forhold sett i forhold til økonomi det reageres på også hos journalistene.

I forlengelsen av denne erkjennelsen ligger spørsmålet om hvordan sykehus skal organiseres og ledes, og om det faktisk er slik at de økonomiske og medisinske logikkene ikke lar seg kombinere uten en form for over- og underordning. I vårt case har de toneangivende lederne ikke fortsatt med klinisk arbeid, men tvert imot forsøkt å distansere seg fra det. Mange av de nye lederne i norske foretak har imidlertid fortsatt med klinisk praksis ved siden av å fungere som ledere. Om man skal oppnå et mindre konfliktfylt forhold mellom ulike forståelsesmåter, er det kanskje nødvendig at ansvaret for fag og økonomi integreres i en og samme person (Llewellyn 2001). Ideen om den autonome lederen som opererer bortenfor faget må i så fall oppgis.

KAPITTEL 5

Sygehuslederes opfattelse af ledelsesvilkår i Danmark og Norge¹

Indledning

I denne artikel vil vi sammenligne danske og norske sygehuslederes opfattelse af vilkår for ledelse. Vi vil særligt fokusere på fire dimensioner: 1) Opfattelser af sygehusenes indplacering i forhold til omverdenen, 2) opfattelser af personalemotivation, 3) opfattelser af forandringsimpulser og 4) værdiorientering.

Sammenligningen mellem de to lande er særlig interessant fordi de set i et bredere internationalt perspektiv startede fra en nogenlunde ens struktur med formelt decentral demokratisk styre af sundhedsvæsenet. Vejene skiltes imidlertid i 2002, hvor Norge introducerede en større strukturreform, som flyttede ansvaret for sygehusvæsenet til dekoncentrerede statslige helseforetak med udpegede bestyrelser frem for demokratisk valgt ledelse. Samtidig indførtes større frihedsgrader for de enkelte sygehuse, som blev underlagt privatretsligt lovgrundlag med status som egne retsenheder.

Dette leder til overvejelser om, hvorvidt eventuelle forskelle i lederes opfattelse af vilkår kan tilskrives strukturreformen i Norge. Har forsøgene på at styrke sygehusledelse gennem formel adskillelse af politik og drift i Norge ført til væsentligt andre opfattelser af vigtige ledelsesdimensioner end i Danmark? Kan der identificeres en anden vægt i forandringspres og omverdensforståelse i Norge end i Danmark?

Hvis der ikke kan iagttages væsentlige forskelle i opfattelser blandt de to landes sygehusledere, tyder dette på grundlæggende ensartethed i institutionelle pres og et vist mål af institutionel træghed overfor formelle reformer (March & Olsen 1989).

Hvis der derimod kan konstateres forskelle i ledernes opfattelse af omverden, personalemotivation, forandringsimpulser og værdier, kan dette give anledning til fortolkninger om forskelligartede institutionelle pres i de to lande, enten som følge af reformen, eller fordi de to landes styringsmæssige traditioner og ledelsesmæssige kulturer er mindre ensartede, end det kunne se ud til ved første øjekast. Dette ville svare til iagttagelser fra litteraturen om kulturspecifikke forskelle i ledelsesvilkår (Mouritzen & Svava 2002, Byrkeflot 2001) og til den umiddelbare observation, at norsk sygehuspolitik trods den formelle decentralisering har haft mer centralistiske indslag end i Danmark, særligt i forhold til finansiering.

¹ Opgjort efter lægeforeningens vejviser.

Vi vil benytte begreberne om tvangsmæssige, normative og imitative isomorfiske forandringsimpulser i de to landes sygehusfelter til at diskutere disse spørgsmål (jf. DiMaggio & Powell 1983).

Hovedsigtet med artiklen bliver dermed:

1. At undersøge variation i opfattelsen af ledelsesvilkår på tværs af lande, som kulturelt set, og ud fra et bredt internationalt perspektiv er ensartede.
2. At præsentere indledende betragtninger om hvorvidt den norske reform er slået igennem i ledernes opfattelse af ledelsesvilkår.
3. At udlede generelle udsagn om sygehusledelse på baggrund af data fra de to forskellige lande.

Dette er en ambitiøs dagsorden, som vanskeligt kan indløses indenfor rammerne af en enkelt artikel. Særligt, når den bygger på enkeltstående surveyundersøgelser frem for tidsseriedata. Artiklen må derfor ses som første skridt på vejen mod besvarelsen af disse spørgsmål, og dermed mod beskrivelse af institutionelle vilkår for sygehusledelse i de to lande og forandringer heri.

Metode

Opfattelser af ledelsesvilkår kan undersøges med forskellige metoder. I denne artikel tager vi udgangspunkt i spørgeskemabesvarelser fra danske og norske sygehusledere. Sygehusledere er interessante, fordi mange af de nye reformtiltag skal formidles gennem sygehusledelser, og i flere tilfælde sigter de eksplicit mod ændring af ledelsesmæssige vilkår gennem skabelse af mere autonomi og nye incitamentstrukturer (Gammelsæter & Torjesen 2004, Christensen & Læg Reid 2004). Samtidig kan man hævde, at sygehusledere udgør et fokuspunkt hvor mange af de forskellige hensyn i sundhedssektoren mødes og brydes (Vrangbæk 2003, Borum 2003).

Når vi sammenligner spørgeskemaresultater fra Danmark og Norge, kan vi få elementer til et billede af ledelsesdiskurs og ledelsesbetingelser i de to landes sundhedsvæsen. Vi kan ikke hævde, at der er tale om en sammenligning af "objektive" ledelsesbetingelser, men derimod af hvordan meningsdannelse og funktionsbetingelser bliver sammenkædet og præsenteret af ledere i de to lande (jf. Weick 2001). Vi konstruerer dermed fortolkninger af den sociale virkelighed, som sygehuslederne præsenterer gennem deres svar på spørgeskemaets spørgsmål.

Fordelen ved surveydata er, at de giver stemme til relativt mange ledere i sundhedsvæsenet. Dermed reduceres risikoen for, at ekstreme positioner forrykker billedet af sygehusledernes fortolkninger.

En ulempe er, at vi med spørgeskemaet binder os til bestemte spørgsmål og svar. Dermed afgrænses feltet af mulige konstruktioner. En anden ulempe er, at vi ikke umiddelbart har mulighed for at gå i dybden og efterprøve vores fortolkninger, ligesom vi ikke med sikkerhed ved hvordan respondenterne har opfattet spørgsmålene.

På trods af disse åbenlyse usikkerhedsmomenter ved surveydata vil vi i denne artikel opfatte de afgivne svar som nogenlunde retvisende udtryk for ledernes opfattelse af ledelsesvilkår. Vi vil endvidere antage, at der er en vis sammenhæng mellem deres opfattelse og deres praksis. Med henvisning til Weick (2001) vil vi hævde, at surveydataene giver et billede af sygehuslederes "sense making" i forhold til deres funktionsvilkår, og med henvisning til Røvik's virusteori vil vi hævde, at retorik og praksis næppe kan forblive fuldt dekoblede (Røvik 1998:149).

Den danske spørgeskemaundersøgelse rummer svar fra sygehusledere i hele landet. Der er i 2001/2002 udsendt skemaer til i alt 74 sygehuse, hvilket er den totale population². Sygehusdirektionerne har selv kunnet vælge hvilken respondent fra topledelsen, som har svaret. Der er indkommet svar fra 50 ledelser svarende til en samlet svarprocent på 68 %, men med mindre variation for de enkelte spørgsmål (jf. n-angivelser i de enkelte tabeller nedenfor).

Den norske spørgeskemaundersøgelse er svar på tilsvarende variable fra 25 sygehusledere i alle fem helseregioner. 17 af disse er udvalgt via deres deltagelse i et ledelseskursus, de resterende 7 stammer fra supplerende undersøgelser. Der er dermed ikke tale om en tilfældig stikprøve, men en vurdering af spredning på geografi og sygehusstørrelse tyder ikke på systematisk bias. Da den samlede population på indsamlingstidspunktet (foråret 2004) var 34 lokale helseforetak, udgør 25 en forholdsvis stor andel, hvilket afspejles i estimering af konfidensintervaller (jf. nedenfor).

De anvendte spørgsmål er oversat, så de skulle betyde det samme i de to lande. Men dels er der sproglige nuancer og dels forskellig kontekst. Dette må overvejes ved sammenligning. Generelt kan man ifølge Hofstede forvente, at der er små kulturelle forskelle mellem Danmark og Norge (Hofstede 1980). Dog indikerer hans undersøgelse, at danskere er mere risikoorienterede end nordmænd og på den måde vil kunne tåle større grad af usikkerhed i organisationer. En bred tolkning af Hofstede ift. vores arbejde kunne indebære, at danske respondenter vil kunne tage større risiko og være mere ekstreme ved svargivning, mens nordmænd vil være lidt mere

² Opgjort efter lægeforeningens vejviser.

forsigtige. Det er måske det som ligger bag den observation, at der i alle tabeller er en tendens til, at danske ledere anvender de ekstreme svarkategorier mere end deres norske kolleger. Under alle omstændigheder maner denne observation til forsigtighed i forhold til direkte sammenligning på tværs af landene.

Hofstedes undersøgelse indikerer også, at dansk kultur er en kende mer egalitær end den norske. Dette kan give anledning til forventninger om, at danske ledere vil lægge mere vægt på horisontale relationer og mindre på formelle ledelsesdimensioner.

For hver tabel er angivet et 95 % konfidensinterval udregnet på baggrund af samlet antal sygehuse (DK = 74 og NO = 34) på tidspunkt for indsamling af data. Konfidensintervallerne er udregnet som om der er tale om en tilfældig stikprøve uden udvalgsbias og med kendt population (jf. Kalton 1983:16). Konfidensintervallet angiver, at vi med 95 % sikkerhed kan hævde, at svarprocenten ligger indenfor intervallet.

I tabelfortolkningen vil vi tage udgangspunkt i en rangordning af den vægt lederne i hvert land tillægger de forskellige udsagn. Der vil blive kommenteret iøjnefaldende forskelle og ligheder i rangordning. Tabellerne sorteres i forhold til den danske rangorden, men tilsvarende norske placeringer angives i en separat kolonne i hver tabel. I nogle tilfælde kommenteres også særligt markante forskelle i procentangivelser i de to lande.

Ledernes fortolkning af ændringer i omverdensrelationer

Det første tema handler om ledernes fortolkning og præsentation af omverdensrelationer. På svartidspunktet var de danske sygehusledere del af en amtslig styringsstruktur med 15 amtslige styringsenheder (13 amter plus Bornholms region og Hovedstadens Sygehusfællesskab bestående af Københavns og Frederiksberg kommuner).

Den amtslige styringsmodel i Danmark bygger på betydelig grad af formel autonomi til amterne, som siden 1970-erne har været ansvarlige for både drift og finansiering af sygehusvæsenet. Den amtslige styring foregår dog indenfor en overordnet ramme bestående af formelle lovregler og mere uformelle årlige aftaler om økonomiske og organisatoriske forhold, som indgås mellem Amtsrådsforeningen og regeringen. Amtsrådsforeningen forhandler på vegne af amterne, og der etableres en rammeaftale med loft for den gennemsnitlige stigning i skatteprocent. De rent økonomiske elementer i aftalen er i stigende grad blevet suppleret med aftaleelementer, som introducerer nye organisatoriske og styringsmæssige elementer. Det gælder eksempelvis ”funktionsbærende enheder”, brug af kvalitetsudviklingsværktøjer, hensigts erklæringer om IT-anvendelse, rammeaftaler om ventetidsindsats mv.

De amtslige sundhedsvæsen er finansieret hovedsageligt via amtsskatterne, men herudover tildeles hvert amt et bloktilskud fra staten baseret på ”objektive” kriterier relateret til beskatningsgrundlag. Dette generelle bloktilskud er i de senere år i stigende grad blevet suppleret med øremærkede puljer hvor betaling baseres på dokumenteret aktivitet og til DRG-takst. Aktivitetsbaseret finansiering har dog ikke nået samme niveau som i Norge.

Amternes styring af sygehusene i Danmark er i de fleste tilfælde baseret på forhandlede kontrakter. Kontrakterne indeholder ofte mål for aktivitet, service og kvalitet. Kontrakterne er ikke juridisk bindende, men opfattes som meget forpligtende.

Der er indført frit sygehusvalg i Danmark i 1993, og betaling for udenamtslige patienter har i en årrække været baseret på DRG-takster. Dette har ændret incitamentstrukturen for amterne, men ikke nødvendigvis for sygehusene, idet amterne har kunnet beslutte, om de ville lade betalingen for fritvalgspatienter tilgå sygehusene. Tendensen i de seneste år har været, at flere og flere amter arbejder med modeller, hvor sygehuse får delvis eller hel betaling for udenamtspatienter. Hertil kommer hel eller delvis betaling for særlig udpegede patientgrupper. Der har siden 2002 eksisteret et ”udvidet frit sygehusvalg”, som giver patienter ret til behandling på visse private sygehuse, såfremt hjemamtet ikke kan tilbyde behandling indenfor en 2 måneders frist.

Samlet set har DRG afregning for fritvalgspatienter kombineret med puljeordninger givet nye udfordringer og muligheder for danske sygehusledere, idet man dog samtidig har holdt fast i det meget dominerende styringsprincip om, at sygehusenes rammebudgetter skal overholdes.

I sammenligning med Danmark har den norske ”foretaksreform” indebåret at finansieringsansvar (via skatter) og ejeransvar er samlet i statsligt regi. Til den løbende drift er etableret 5 helseregioner med udpegede bestyrelser. Til hver region er knyttet et antal relativt autonome sygehusvirksomheder, som finansieres gennem grundtilskud fra helseregionerne (60 %) og aktivitetsbaseret indtjening (40 %). Sygehusene (lokale helseforetak) er privatretsligt organiseret. Reformen kan ses som et forsøg på etablering af en mere integreret og centralt styret sundhedspolitik på de overordnede linier. På det lokale niveau har der også været tendens til integration idet 250 helseinstitusjoner er lagt sammen til 34 lokale ”helseforetak” (Opedal & Rommetveit 2005). Den norske styringsmodel bygger på en udstrakt brug af aktivitetsbaseret finansiering baseret på DRG-point (op mod 60 % af sygehusenes budget), ligesom der i løbet af de seneste år er sket en styrkelse af patienternes valgmuligheder³.

³ Princippet for indsatsstyret (aktivitetsbaseret) finansiering (ISF) er beskrevet i Stortingsmelding nr. 44 (1995–96) og blev taget i brug som nationalt finansieringssystem fra 01.07.1997. Fra 2005 vil ISF øges til 60 %.³

I både Danmark og Norge har et af hovedtemaerne i debatten været behovet for at styrke ledelse på sygehusniveau ved at give større autonomi fra politisk og administrativt styre. (Se f.eks. den danske rapport fra Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg 2003.) Den implicite antagelse har været, at ledere behøver bedre kompetencer og mere autonomi til at træffe ledelsesmæssige beslutninger. Der er brug for en professionalisering af ledelse og en større grad af frihed fra den politiske sfære.

Styrket ledelse og løsere kobling til de politisk/administrative myndigheder kan i teorien fremstå som et attraktivt svar på vanskelige problemstillinger i ledelsen af offentlige organisationer (Hughes 2003, Osborne & Gabler 1992). Tidligere studier maner imidlertid til en vis skepsis omkring virkningen af ledelsesmæssige forandringer på sygehuse (Bentsen, Borum, Sahlin-Andersson & Erlingsdottir 1999, Ferlie et. al. 1996). Både organisationsteori og forvaltningslitteratur peger på kompleksitet i omverdensvilkår, opgaver og målfunktioner som grundvilkår, der kan skabe forhindringer for nye ledelsesmodeller i sundhedsvæsenet. Der kan rejses tvivl om hvor reel ledelsesmæssig autonomi kan blive i en offentlig og politiseret kontekst med stærke interne og eksterne interesser.

Følgende tabel illustrerer sygehusledernes opfattelse af ændringer i deres omverdenssituation i de to lande. Dermed giver den et billede af gennemslaget af en række af de omtalte reformtiltag og forandringstendenser.

I Danmark er den vigtigste forandringstype ”øget deltagelse i forskellige netværk”. En tolkning kan være, at svaret afspejler betoningen af amtslige sygehussystemer i Danmark, og de senere års fokusering på skabelse af ”funktionsbærende” enheder på tværs af fysiske sygehusmatrikler. Danske sygehuse er dog ikke kun netværksorienterede. Konkurrence om patienter og ressourcer spiller også en rolle, og brugen af puljemidler og DRG-afregning for fritvalgspatienter har skabt nye betingelser herfor (Vrangbæk og Bech 2003, Regeringens takstrapport). Omfanget af incitamentstyring er ikke så stort som i Norge, og udformning varierer i nogen grad på tværs af amterne.

På hvilke af nedenstående punkter er der sket forandringer i deres organisations indplacering i forhold til omverdenen?			
	Danmark	Norge	
	Pct.	Pct.	Rang*
Øget deltagelse i forskellige netværk	62	25	4
Øget kompetence i forhold til nærmeste overordnede myndighed/enhed	58	42	2
Sammenlægninger med andre organisationer	40	25	4
Opsplitning af organisationen/enheden i flere organisationer/enheder	38	29	3
Reduceret kompetence i forhold til nærmeste overordnede myndighed/enhed	28	14	5
Formel organisationsstatus (f.eks. ved ændring fra offentligretlig status til privatretlig)	20	73	1
n=	43-47	22-24	
95% konfidensinterval circa:	+/- 5pct point	+/- 5pct point	

Tabell 5. 1

Svarkategori: "Særdeles væsentlige forandringer" + "væsentlige forandringer". Andre s varmuligheder var: "knap så væsentlige", "mere perifere", "ingen forandringer» og «ved ikke". *Tabellerne i artiklen er sorteret efter danske data. Rangorden for norske data er i denne og efterfølgende tabeller angivet i separat kolonne.

Den næst vigtigste forandringstype i Danmark er øget kompetence. Når 58 % af dedanske sygehusledere oplever øget kompetence, skyldes dette formentlig anvendelsen af rammestyring kombineret med kontrakter, hvilket har medvirket til at give sygehusledere mere råderum i forhold til driftsmæssige beslutninger. Et typisk udsagn blandt danske sygehusledere er, at så længe der er orden i sagerne og man lever op til kravene i de forhandlede kontrakter, så har man mulighed for strategiske beslutninger (egen kommunikation). Den stigende brug af aktivitetsbaseret finansiering kan udvide dette spillerum, men effekten vil afhænge af det konkrete styringsregime i de enkelte amter. Det er formentlig forskelle i styringsregime som ligger bag, når hele 28 % af de danske sygehusledere svarer modsat, nemlig, at deres kompetence i forhold til overordnede myndigheder er reduceret. Det ser ud til, at tendensen kan være forskellig i forskellige dele af landet og på forskellige typer sygehuse, afhængigt af den konkrete historiske og økonomiske kontekst. En anden faktor, som kan ligge bag de 28 %, er den stadige strøm af nye styringstiltag og politiske indgreb, som binder ressourcer og opmærksomhed på sygehusniveau. På den ene side har man fået større formelt råderum. På

den anden side er kravene blevet mere mangfoldige og forandringshastigheden hurtigere (Vrangbæk 2004, FLOS 2004).

Den vigtigste forandringstype i Norge er ændring i formel (juridisk) organisationsstatus, hvilket afspejler "foretaksreformen" og overgangen til privatretlig organiseringsform.

Den næst vigtigste forandringstype er øget kompetence. Det er interessant, at øget kompetence rangerer som nr. 2 i både den danske og den norske undersøgelse. I norsk sammenhæng var dette forventeligt, idet foretaksreformen netop sigtede mod etablering af større frihedsgrader via ændring i formelt ejerskab og juridisk status. Det er imidlertid kun 42 % af de norske ledere, som reelt opfatter større frihedsgrader. Dette kan skyldes, at relationer til de regionale helseforetak fortsat er stærke, og at sygehusledere ydermere har relativt dårlige erfaringer med de regionale helseforetak, som opleves som forsinkende og "bureaukratiske" mellemlid.

Den begrænsede vægt på netværksdannelse i Norge kan afspejle, at der siden midten af 1990-erne har været fokus på de enkelte sygehusenheders in- dividuelle produktion (via DRG-afregning) og dermed på organisationer som "lukkede" enheder frem for som medlemmer af et bredere produktionsnetværk.

I begge lande er sammenlægninger med andre organisatoriske enheder en forholdsvis vigtig forandringstendens. Målet med overgangen til helseforetak i Norge var blandt andet at skabe mere rationel drift og styring gennem sygehussammenlægninger og bedre funktionsfordeling. De aktuelle sammenlægninger sigter især mod mulighederne for at skabe større specialisering af funktioner, mens der i dag tages mindre hensyn til lokale geografiske ønsker (Kjekshus & Hagen 2003, Kjekshus 2004).

I Danmark er der tilsvarende igennem de seneste årtier gennemført en løbende proces med sammenlægning af behandlingsenheder og nedlæggelse af akutfunktioner (Borum 2003).

Hovedkonklusioner på tabellen er dermed, at danske ledere opfatter netværksdannelse som en vigtig udviklingstendens, mens norske ledere især lægger vægt på ændring i formel organisatorisk status (statslig ejerskab og privatretlig organiseringsform). I begge lande opfattes øget autonomi (kompetence) som den næst vigtigste forandringstendens. 58 % af de danske ledere har denne opfattelse, mens det lidt overraskende "kun" er 42 % af de norske ledere. Som vi skal se senere, kan dette hænge sammen med norske lederes generelt stærkere orientering mod hierarkisk (tvangsmæssigt) styringspres. Billedet af større autonomi er dog ikke entydigt. I Danmark er der en del ledere (28 %) som føler at deres kompetencer er reduceret.

Personaleforhold og lederes opfattelse af hvad der motiverer personalet på sygehuse

Det næste tema handler om ledernes fortolkning og præsentation af de ansattes, og dermed primært de fag-professionelles, motivationsfaktorer. Svarene må fortolkes som en blanding af erfaring, almene forestillinger og måske et vist mål af ønsketænkning.

Hovedbilledet er, at sygehusledere i begge lande opfatter deres personale som primært fagligt motiveret. Det er det professionelle faglige engagement, muligheder for udvikling på jobbet, det gode forhold til brugerne og sociale faktorer, som ifølge sygehuslederne står stærkest i billedet. Alle disse elementer kan tolkes som del af en faglig-professionel baseret rationalitet kombineret med brugerhensyn (Bentsen & Borum 2003:72). Man skulle derfor også forvente, at ”kollegers anerkendelse” ville ligge højt i begge lande. Det er da også tilfældet for Danmark, mens norske ledere rangerer denne faktor lidt lavere. Dette kan hænge sammen med en anden forskel, nemlig at norske ledere i højere grad end deres danske kolleger opfatter personalet som værende motiveret af ledelsens anerkendelse, engagement i organisationens rolle/mission og overholdelse af økonomiske rammer. Det kan med andre ord se ud til, at norske ledere tror mere på generiske og hierarkiske ledelsesredskaber i tillæg til eller måske endda som erstatning for professionsbaserede.

At 54 % af de norske ledere angiver økonomi som motivationsfaktor, afspejler sikkert, at økonomiske styringsindikatorer og forsøg på større budgetdisciplin er blevet en del af hverdagen i det norske sygehusfelt. Sygehuslederne opfatter (eller håber) at dette pres er slået igennem som motivationsfaktor for deres personale. De mange eksempler på manglende budgetdisciplin gør, at dette får større betydning, og at der generelt er meget stor opmærksomhed om dette tema i Norge.

Danske sygehusledere er mere skeptiske i forhold til økonomiske motivationsfaktorer (24 %). Dette kan indikere, at kravene om overholdelse af økonomiske rammer nok især opleves som motiverende for de administrative og ledelsesmæssige niveauer på trods af, at budgetoverholdelse været en integreret del af styringsregimet siden 80-erne, og amterne har haft relativt stor succes med at forhindre budgetunderskud.

God løn tillægges relativt mindre betydning i Danmark end i Norge. Dette afspejler formentlig, at danske sygehusledere har haft relativt begrænsede muligheder for at variere på lønforhold

indenfor de gældende nationale overenskomster. Norske sygehusledere har haft bedre muligheder for dette, og der har været et generelt stigende lønniveau i Norge⁴.

Godt forhold til brugere opfattes af sygehuslederne i begge lande som en vigtig motivationsfaktor for personalet. Det er nærliggende at tolke dette i lyset af en gennemgående brugerorientering som ledere ser ud til at have snappet op og identificerer sig med. I Norge er fokus på brugere blevet større de seneste år, blandt andet gennem patientrettighedslovgivning. Da loven om helseforetak kom (Ot.prp. 66 (2000–2001)), var det blandt andet hensigten at styrke brugernes stilling og etablere markedslignende vilkår med henblik på bedre udnyttelse af ressourcer via frit valg (Vrangbæk og Østergren 2004). Senere er dette blevet institutionaliseret og lovfæstet i lov om patientrettigheder i Norge.

Hvad motiverer efter Deres mening i særlig grad det personale, der varetager organisationens kerneopgaver?			
Svarkategori: "overordentlig stor betydning" + "stor betydning". Andre svarmuligheder var: "nogen betydning", "mindre betydning", "ingen betydning", "ved ikke".			
	Danmark	Norge	
	Pct.	Pct.	
Professionelt/fagligt engagement	100	88	2
Udvikling på jobbet	98	88	2
Godt forhold til brugere	96	86	3
Kollegaers anerkendelse	89	65	6
Sociale faktorer som f.eks. et godt samarbejde	89	96	1
Ledelsens anerkendelse	67	83	4
Engagement i organisationens rolle/mission	65	78	5
Karrieremuligheder	61	54	7
En god løn	35	54	7
Overholdelse af økonomiske rammer	24	54	7
Et godt forhold til overordnede myndigheder	22	29	8
n=	46-47	22-24	
95 % konfidensinterval cirka	+/- 5pct point	+/- 5 pct point	

Tabell 5. 2

⁴ Gennemsnitlig løn i topadministrationen på norske sygehuse steg med 35 % fra 1001 til 2002. Kilde SSB; *Aftenposten* 13.11.04.

Opsummerende ser vi, at sygehusledere i begge lande opfatter professionelt- faglige og brugerrelaterede motivationsfaktorer som vigtige. Samtidig ser norske ledere ud til at have mere tiltro til generiske og hierarkiske ledelsesformer end deres danske kolleger. God løn tillægges en større betydning i Norge end i Danmark. Dette afspejler bedre muligheder for at differentiere lønmæssigt i Norge og for den generelt hastige lønudvikling i norsk sundhedsvæsen.

Forandringsimpulser

Næste tema er forandringsimpulser. Med udgangspunkt i diskussionen om autonomisering af sygehusledelse kunne man forvente, at sygehuslederne især i Norge lægger relativt mindre vægt på krav fra administrative myndigheder og relativt mere vægt på ledelse og brugere som forandringsimpuls. Du fra sociologisk nyinstitutionelle teorier kunne vi endvidere forvente, at lederne i begge lande på grund af høj opgavekompleksitet og usikre ledelsesvilkår i denne sektor vil orientere sig mod imitative og normative isomorfe forandringspres. Dermed skulle vi forvente at professioner, ”søsterorganisationer” og andre horisontale relationer vil spille en stor rolle som forandringsimpuls.

Det første, som springer i øjnene er, at politiske signaler rangeres som meget betydningsfuld forandringsimpuls i de to lande. Krav fra administrative myndigheder står også ret stærkt. Dette illustrerer, at selvom der har været meget snak om autonomisering, så spiller både de generelle politiske forhold og de nære styringsmæssige relationer til administrative myndigheder fortsat en stor rolle. Vi ser med andre ord, at tvangsmæssigt isomorfe kanaler opleves at spille en stor rolle i begge lande.

I det norske tilfælde er det lidt ironisk, at helsereformen, som delvis havde til hensigt at afpolitisere sektoren lokalt, skabte en situation, som på det nationale niveau er mere politiseret end nogen sinde. Sundhedsministeren og departementet må til stadighed redegøre overfor lokalsamfund og Storting (mindretal) for hvad der foregår i tilknytning til reformen, og har ved flere anledninger de sidste par år ændret styringsbeslutninger i helseforetakene. Dette tyder på en vis uklarhed i styringsrelationer, som tvinger sygehuslederne til opmærksomhed på politisk-administrative forandringsimpulser.

Det er bemærkelsesværdigt, at ledere i begge lande tillægger sig selv stor betydning. Man kan konstatere, at retorikken om aktiv ledelse i den offentlige sektor i de seneste årtier og satsningen på opkvalificering af ledelseskompetence er slået igennem, i hvert fald i ledernes selvforståelse.

Hvor lederne så får deres impulser fra, ved vi ikke med sikkerhed. Ud fra supplerende kvalitative data og personlig kommunikation ser det ud til, at ledere lægger vægt på rollen som oversætter og formidler af tvangsmæssigt isomorfe pres fra politikere og administration. Desuden peges på både imitativ og normativ spredning eksempelvis via konsulenter og ledelsesmæssige netværk.

I lyset af den foregående tabel om personalemotivation er det bemærkelsesværdigt, at norske sygehusledere tillægger brugerne relativt ringe betydning som forandringsimpuls. Dette kan afspejle, at lokale brugere i Norge har mistet deres direkte indflydelsesmuligheder i forhold til det regionale niveau, mens de i Danmark opleves som mere nærværende. En supplerende forklaring er, at sygehuse i Danmark gennem længere tid har skullet forholde sig til frit valgspøblematisken, mens dette er relativt nyt i Norge, og grundet de geografiske forhold mindre betydningsfuldt. Man kan også se resultaterne som udtryk for, at norske ledere anerkender retorikken om brugerorientering, mens de i praksis ikke opfatter brugerne som en direkte og stærk forandringsimpuls.

Det er bemærkelsesværdigt at inspiration fra søsterorganisationer tillægges relativt ringe vægt i Norge sammenlignet med Danmark. Dette underbygger ovenstående fortolkning om, at norske sygehusledere i højere grad end danske orienterer sig mod hierarkisk (tvangsmæssigt) eksternt pres frem for imitative isomorfe pres. Denne fortolkning understøttes yderligere af ovenstående observationer om ringe brugerrelateret forandringspres og det forhold, at danske ledere i langt højere grad end norske oplever mediepres som en selvstændig forandringsfaktor.

Opsummerende er de vigtigste pointer, at politiske og administrative signaler fortsat står centralt som styringsimpuls i begge lande, men at ledere samtidigt tillægger sig selv stor betydning. Dette kunne tyde på en vis indbygget skizofreni i ledelsesopfattelser. På den ene side står idéerne om autonomisering og styrket ledelse. På den anden side politisk-administrative styringsrelationer, der bestemmer den overordnede forandringskurs, eller ihvertfald fra tid til anden griber ind. Spørgeskemaet skelner ikke mellem nationale og regionale politiske niveauer. Vi ved derfor ikke om de danske ledere mener, at de politiske signaler primært kommer fra nationalt eller regionalt politisk niveau. I Norge kan man tolke resultatet som udtryk for det nationale politiske niveauets betydning.

Forandringsimpulser: Hvilke af nedenstående faktorer har efter Deres mening været med til at udløse og forme forandringer i Deres enhed?			
Svarkategori: "Særlig vigtig rolle" + "vigtig rolle". Øvrige svarmuligheder var: "knap så vigtig rolle", "relativ uvigtig rolle", "betydningsløs" og "ved ikke".			
	Danmark	Norge	
Politiske signaler (f.eks. ændrede prioriteringer, ny lovgivning o.l.)	87	79	1
Påvirkninger fra brugerne (f.eks. nye brugergrænseflader, mere krævende brugere, aktive brugerorganisationer)	87	17	6
Krav fra overordnet administrativ myndighed	81	70	2
Ledelse (f.eks. ny ledelse, nye ledelsesmetoder o.l.)	80	79	1
Teknologiske gennembrud	77	79	1
Inspiration fra «søsterorganisationer» (der producerer lignende ydelser)	60	29	5
Mediepres (f.eks. dårlig omtale eller blot fokus på organisationen/enheden og dens opgaver).	59	33	4
Interne problemer (f.eks. kronisk dårlig økonomi, alderspukkel, dårligt image)	44	46	3
n=	46-47	23-24	
95 % konfidensinterval cirka	+/- 5pct point	+/- 6 pct point	

Tabell 5. 3

Tabellen giver dermed anledning til en fortolkning om, at danske ledere tillægger horisontale (imitative) isomorfe pres fra søsterorganisationer og brugere relativt større betydning end deres norske kolleger. Norske ledere har en anden profil, idet de især lægger vægt på hierarkiske (tvangsmæssige) isomorfe pres, samt ledelse og teknologi. Dette afspejler sikkert "foretaksreformen", som jo er en omfattende politisk initieret forandringsproces i denne periode.

Værdiorientering

Den næste tabel (tabell 5.4) angiver lederens svar på spørgsmålet om forskellige værdiers vigtighed i forhold til udførelsen af det daglige arbejde i organisationen.

Hvilken betydning har følgende værdier ved udførelsen af det daglige arbejde i Deres organisation/enhed?			
Svar kategori: "grundlæggende, dette skal vi kendes på" + "normalt af betydning". Andre svarmuligheder var: "lejlighedsvis ganske vigtig", "tilbagetrukket rolle", "irrelevant" og "ved ikke".			
	Danmark	Norge	
Høj produktivitet	98	96	1
Uafhængige professionelle standarder (dybtgående fagkyndig indsigt og evnen til at udøve et kvalificeret professionelt skøn)	97	63	7
Fornyelse og innovation	97	92	2
Opfyldelse af individuelle brugerbehov her og nu med tilfredse brugere som resultat.	95	61	8
Et generelt ansvar over for samfundet og det almene vel	91	83	3
Offentlig indseende (således at borgerne og andre altid kan stille spørgsmål og kigge os i kortene).	88	80	4
Sikring af gode karrieremuligheder for personalet	83	71	5
Ligestilling (ikke at diskriminere på grund af køn, etnisk tilhørsforhold og religion i kontakten med vore brugere, og når vi rekrutterer nye medarbejdere)	81	50	12
Politisk styrbarhed (f.eks. loyalitet overfor de valgte politikere)	72	96	1
Kontinuitet (fastholde nogle lange linier og traditioner)	65	54	11
Hensyn til opinionen (sikre sammenhæng mellem den offentlige opinion og vore aktiviteter)	59	42	13
Retssikkerhed (f.eks. upartisk og neutral regelefterlevelse)	55	71	5
At gå på tværs og udvikle netværk for at overskride sektorgrænser og forældede jurisdiktioner	53	58	9
Styrke brugerdemokratiet (f.eks. hjælpe brugere til at bruge eksisterende muligheder eller skabe nye)	52	57	10
	Danmark	Norge	
Afvejning af forskellige eksterne interesser (f.eks. tage hensyn til interesser, samtidig med at undgå at særinteresser dominerer)	46	67	6
n =	45–46	23–24	
95 % konfidensinterval cirka	+/- 5 pct point	+/- 6 pct point	

Tabell 5. 4

Hovedindtrykket fra tabellen er, at sygehusledere i begge lande må forholde sig til mange forskellige og til dels konflikterende værdityper. De anvendte værdier kan groft opdeles i fem kategorier⁵:

Faglighed og brugerbehov	Drift og udvikling heraf	Generelt samfundsansvar og offentlig styringskæde	Retfærdighed og lighed	Arena for forhandlingsspil og direkte demokrati
Uafhængige professionelle standarder Individuelle brugerbehov Karrieremuligheder	Produktiviteten Fornyelse, innovation Gå på tværs, udvikle netværk	Generelt samfundsansvar Politisk styrbarhed Offentlig indseende Hensyn til opinionen	Ligestilling Retssikkerhed	Balancering af eksterne interesser Styrke brugerdemokrati

Tabell 5. 5

Med denne opdeling ser vi, at de danske ledere lægger størst vægt på de første grupper af værdier: Faglighed og brugerorientering, drift og fornyelse, samt generelt samfundsansvar og værdier knyttet til offentlig styringskæde. Brugerdemokrati og afvejning af eksterne interesser spiller en begrænset rolle. Der er med andre ord tale om professionelle og produktionsorienterede organisationer, som i betydelig grad opfatter sig som del af en offentlig styringskæde med tilhørende værdisæt. Der lægges vægt på servicedimensionen i forhold til individuelle brugerbehov, frem for brugerdemokrati.

De norske ledere placerer produktivitet, politisk styrbarhed og fornyelse højest. Dertil kommer en række andre værdier knyttet til den offentlige styringskæde. Professionelle og brugerrelaterede værdier kommer overraskende længere nede af listen. En tolkning som ligger i forlængelse af ovenstående tabeller, er at norske ledere i øjeblikket er relativt stærkt fokuseret på hierarkiske (tvangsmæssige) styringspres og de værdier som knytter sig hertil. Det er dog ikke sådan at professionelle og brugerrelaterede værdier falder helt ud. Henholdsvis 63 % og 61 % af de norske ledere tillægger dem stor betydning.

Der er blot andre værdier, som samlet set tillægges større betydning for tiden. Opsummerende ser vi altså, at både danske og norske ledere skal håndtere flere forskellige typer værdier i deres daglige arbejde. Produktionsmæssige, faglige og traditionelle offentlige sektor værdier har alle stor betydning, men med lidt forskellig rangorden i de to lande. Norske ledere lægger især vægt på produktion samt værdier knyttet til generelt samfundsansvar og offentlig styringskæde. Danske ledere peger i højere grad på faglige og brugerrelaterede værdier i tillæg til de to andre

⁵ «Kontinuitet» er udeladt, da denne værdi ikke kan placeres entydigt i typologien. Dette gælder til dels også «retssikkerhed», som også kan knyttes til «generelt samfundsansvar og offentlig styringskæde», samt «innovation», som også kunne vedrøre «faglighed og brugerbehov».

grupper. De forskelligartede værdier kan give anledning til konflikt og usikkerhed. Sygehusorganisationer skal på samme tid være innovative og politisk styrbare, de skal fremme individuelle brugerbehov og samtidigt lægge vægt på lighed, de skal fremme produktivitet og samtidigt sikre kontinuitet. Sådanne forskellige værdipræmisser aktualiserer behovet for på en gang at være strategisk, fleksibel og robust i sin ledelse, således at de forskellige eksterne og interne krav kan imødekommes. Sygehusledere kan dermed siges at have mange fællestræk med andre offentlige topledere, som ofte er underlagt en situation, hvor mål og kausalsammenhænge er uklare, magtgrundlaget omdiskuteret og ressourcegrundlaget begrænset (March & Olsen 1979, Christensen og Lægheid 2002, Beck Jørgensen & Vrangbæk 2004).

Afsluttende bemærkninger og diskussion

Både danske og norske ledere står i et spændingsfelt mellem en række forskellige forestillinger og krav. På den ene side er der New Public Managementrelaterede forestillinger om større autonomi, stærkere ledelse og krav om forretningsgørelse, og på den anden side en fortsat stærk forankring i generelle offentlig sektorværdier og orientering mod den politisk-administrative styringskæde. En tredje dimension i spændingsfeltet er professionslogikken, især i forhold til personaleledelse og motivation. Sygehuse er fagligt baserede driftsorganisationer, som er indlejrede i et offentligt styringsunivers med både vertikale og horisontale styringsrelationer. Det er ledelsens rolle at håndtere dette og at balancere de forskellige eksterne og interne krav.

I teoretiske termer kan man sige, at ledelse i de to landes sygehuse består af flere overlappende og delvist forbundne kredsløb, som skal tilgodese forskellige typer hensyn og opgaver (Beck Jørgensen & Melander 1992, Melander 1999, Christensen & Lægheid 1998, samt Kvande & Rasmussen i Byrkjeflot (red.) 1997). Et ledelseskredsløb knytter sig til økonomiske styringsparametre med målsætninger om udgiftskontrol og effektivisering. Et andet kredsløb knytter sig til bruger/borgerkontakt, servicetilbud og samarbejde med de øvrige dele af behandlingssystemet. Et tredje kredsløb knytter sig til klinisk faglige styringsbeslutninger om organisering af praksis, introduktion af nye behandlingsformer, placering af specialiserede funktioner, udvikling af praksisrelateret viden mv. Endelig kan der identificeres et fjerde kredsløb som handler om demokratisk beslutning, offentlig indsigt og kontrol baseret på ansvarlighedsmekanismer i forhold til den parlamentariske styringskæde, samt mediedækning.

To pointer er vigtige i forhold til dette billede. For det første, at kredsløbene ikke nødvendigvis er sammenfaldende og velkoordinerede. De griber ganske vist ind i hinanden f.eks. i form af økonomiske beslutninger, som træffes i demokratiske fora med konsekvenser for klinisk

praksis, men der er ikke nødvendigvis overensstemmelse i styringslogik og funktionsmåde. Dette indebærer for det andet, at de samme forandringsimpulser kan have forskelligt gennemslag i forhold til de forskellige kredsløb.

Sygehusledere er afhængige af disse forskellige styringskredsløb. Deres forskellige og til dels modsatrettede funktionsmåder mødes og brydes på sygehusledelsesniveau, og det er sygehusledernes opgave at afbalancere, samstemme, afskærme eller omforme de enkelte styringskredsløbs krav på bestemte tidspunkter. Nogle iagttagere vil hævde, at denne opgave er blevet vanskeligere eftersom nogle typer styringskrav (økonomisk/administrative) har fået relativt større vægt i relation til andre (demokratisk/politiske og klinisk/professionelle). Andre lægger vægt på, at mangfoldigheden af nye styringsimpulser repræsenterer en udfordring i sig selv. Vore data og fortolkninger giver en antydning af kompleksiteten og hvor de aktuelle spændingsfelter ser ud til at ligge i de to lande.

Hovedindtrykket af styringsmæssig kompleksitet er fælles for de to lande. Ud fra denne betragtning er der således en vis ensartethed i opfattelsen af institutionelle betingelser.

Hvis vi dykker dybere ned i materialet, kan vi imidlertid også spore vigtige nuancer i opfattelserne hos de to landes sygehusledere. Især i forhold til forandringspres og ændring i omverdensrelationer. En nyinstitutionel tolkning af disse forskelle kunne være, at sygehusfelterne i de to lande ikke er helt så ensartede, som man skulle tro ud fra umiddelbare sammenligninger. Dette kan forklares med nationalt specifikke kulturelementer og nationalt udviklede ledelsestraditioner, eksempelvis i samspillet mellem centrale og decentrale aktører. Disse forskelle har fået ekstra dimensioner med den norske reform. Vi kan se spor heraf i norske leders større tiltro til hierarkiske og økonomiske motivationsfaktorer, og i deres vægt på drifts- og udviklingsprægede værdier i tillæg til generelle samfundsværdier. I Danmark er sygehusledere både orienterede mod hierarkiske og mod horisontale (imitative og normative) pres i form af netværksorientering, inspiration fra søsterorganisationer og opmærksomhed på pressedækning og brugerindflydelse. Brugere og marked står generelt stærkere i Danmark end i den norske offentlige sektor (se også Byrkjeflot et al. 2001). Vi kan dermed ane konturerne af variation indenfor den skandinaviske model for organisering af velfærdsstat og sundhedspolitik.

Vi ved ikke, om forskellen i relativ vægt af de forskellige isomorfe pres er vedvarende eller blot et midlertidigt udtryk for reformens betydning. Hvis den er vedvarende, kan den ses som udtryk for en ny type dynamik i det sundhedspolitiske felt, hvor staten og statsmagten kommer til at spille en større rolle for udviklingsprocesser i tillæg til decentrale, normative og imitative forandringspres. Aktuelle reforminitiativer i Danmark peger i samme retning. Det niveau, som tilsyneladende svækkes i begge lande, er det regionale politisk-administrative niveau. Vi kan

dermed være på vej mod at forlade det decentrale demokratiske velfærdsspor, som hidtil har præget de Skandinaviske lande (Byrkjeflot & Neby 2004, Vrangbæk & Christiansen 2005), og vi ser måske nu konturerne af en ny type dynamik i feltet, hvor tvangsmæssigt isomorfe pres fra centralt hold blandes med forretningsmæssige, brugerrelaterede og professionelle dynamikker. I forhold til ledelsesopgaven ville en sådan dynamik medføre en ny type kompleksitet i forhold til de ovenfor omtalte overlappende styringskredsløb. Der vil blive behov for mere strategisk tænkende ledere, som fleksibelt kan håndtere de forskellige typer pres. Hverken traditionelle bureaukrater, fag-professionelle eller virksomhedsledere vil være nok i sig selv. Der er brug for hybride ledelsesprofiler med godt kendskab til flere forskellige typer dynamik.

Vi har hermed præsenteret en række komparative data om sygehuslederes opfattelser af ledelsesvilkår i Danmark og Norge. Vi har også antydnet forskellige teoretiske tolkninger af disse data. Der er væsentlige usikkerhedsmomenter forbundet med tolkning af enkeltstående snapshots baseret på surveyemetoden. Vi ser det derfor som en vigtig og interessant opgave af følge op på de fremlagte komparationer og fortolkninger ved at inddrage andre typer data og ved at gentage surveysspørgsmål, så der kan dannes tidsserier. Derved vil vi kunne se, om ovenstående tal udgør tilfældige observationer, eller om de kan bekræftes som del af et bredere fortolkningsbillede. Vi har med denne artikel taget de første spæde skridt til en sådan vurdering.

Litteratur

- Ackroyd, S. (1995) "From Public Administration to Public Sector Management: A Consideration of Public Policy in the United Kingdom" i *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 8 (2): 4–24.
- Allport, G.W. (1960) *Personality* (andre utgave). New York: Henry Holt & Company.
- Argyris, C. (1953) *Executive leadership: An appraisal of a manager in action*. New York: Harper & Brothers.
- Barnard, C. (1938) *The Function of the Executive*. Cambridge, Mass: Harvard University Press
- Bass, B. M. (1960) *Leadership, Psychology and Organizational Behavior*. New York: Harper & Brothers.
- Beck Jørgensen, T. & Melander, P. (red.) (1992) *Livet i offentlige organisationer*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Beck Jørgensen, T. & Vrangbæk, K. (2004): *Det offentlige styringsunivers. Fra government til governance?* Magtudredningen, Århus: Universitets Forlag.
- Bentsen, E. Z. & F. Borum (2003) "Legitimering i et konfliktfyldt felt – en topledelses håndtering af en radikal organisationsændring" i Borum, F. (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Bentsen, E. Z., Borum, F., Erlingsdóttir, G. & Sahlin-Andersson, K. (red.) (1999) *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*, København: Handelshøjskolens Forlag.
- Berg, M. (1997) "Problems and Promises of the Protocol" i *Soc. Sci. Med.* Vol 44. No. 8, pp. 1081-1088. 1997.
- Berg, O. (2005) *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo: Tidsskriftets skriftserie.
- Berg, O. (1998) "Modernisering, eksistensialisme og medisin" i *Tidsskrift for velferdsforskning*, 1:50-58.
- Berg, O. (1996) "Meta-Medicine: The Rise and Fall of the Norwegian Doctor as Leader and Manager" i Larsen, Ø (red.) *The Shaping of a Profession. Physicians in Norway, Past and Present*. Canton, USA: Science History Publications.
- Berg, O. (1991) "Medikrati, hierarki og marked" i Album, D. & Midre, G. (red.) *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Oslo: Ad Notam.
- Berg, O. (1987) *Medisinens logikk. Studier i medisins sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Blomgren, M. & Sahlin-Andersson, K., (2007) "Quests for transparency: Signs of a New Institutional Era in the Health Care Field?" i Christensen, T. & Lægveid P.(red.) *Transcending New Public Management*. Aldershot: Ashgate (kommer).

- Bolton, S. C. (2005) ““Making up” managers: The case of NHS nurses” i *Work, Employment and Society*. Volume 19(1):5-23.
- Borum, F. (2003) ”Sygehusledelse under forandring” i Borum, F. (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. Handelshøjskolens Forlag, København.
- Borum, F. (2004) ”Means-end frames and the politics and myths of organizational fields” i *Organization Studies* 2004; 25; 897.
- Brannen, J. (2005) “Mixing Methods: The Entry of Qualitative and Quantitative Approaches into the Research Process” i *Int. J. Social Research Methodology* Vol. 8, No. 3, July 2005, pp. 173-184.
- Brekke, O. A., Sirnes, T. & Høstaker, R. (2003) *Dimensjoner i moderne sosialteori*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Brunsson, N. (2006) *Mechanisms of Hope. Maintaining the Dream of Rational Organization*. Copenhagen: Copenhagen Business School Press.
- Brunsson N. & Olsen, J.P. (1997) *The Reforming Organization*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Brunsson, N. & Sahlin-Andersson, K. (2000) “Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform” i *Organization Studies*, Vol. 21, No. 4: 721–746.
- Busund, L.T., Iversen, N. & Wiik, P. (2006) *Primadonnaledelse*. Nasjonalt topplederprogram 2005-2006.
- Byrkjeflot, H. (2005) *The Rise of a Healthcare State? Recent Healthcare Reforms in Norway*, Bergen, Rokkansenteret Working Paper 15 – 2005.
- Byrkjeflot, H. (2004) “The making of a health care state? An analysis of the recent hospital reform in Norway” i Andresen & Grønlie (red.) *Hospitals, Patients and Medicine in Modern History*. Rokkan Rapport 2004.
- Byrkjeflot, H. (2002) ”Ledelse på norsk: Motstridende tradisjoner og idealer?” i Skogstad, A. & Einarsen, S. (red.) *Ledelse på godt og vondt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. (red.) (2001) *The Democratic Challenge to Capitalism: Management and Democracy in the Nordic Countries*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. (2000) ”Fortolkning av Webers byråkratiske idealtyper i organisasjonsteorien” i *Nordiske Organisasjonsstudier* 2(2), 5-28.
- Byrkjeflot, H. (1999) *Modernisering og ledelse – om samfunnsmessige betingelser for demokratisk lederskap*. Bergen: Los-senter Rapport 9905.
- Byrkjeflot, H. (red.) (1997) *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. & Grønlie, T. (2005) ”Det regionale helseforetaket – mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring” i Opedal, S. & Stigen, I. M. (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Byrkjeflot, H. & Neby, S. (2004) *The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison*. Working paper 2-2004. Bergen, Rokkansenteret.

- Christensen, T. & Læg Reid, P. (red.) (2007) *Transcending New Public Management. The Transformation of Public Sector Reforms*, Aldershot: Ashgate.
- Christensen, T. & Læg Reid, P. (2002) *Reformer og lederskap. Omstilling i den utøvende makt*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T. & Læg Reid, P. (2001) *New Public Management: The Transformation of Ideas and Practice*. Aldershot: Ashgate.
- Christensen, T. & Læg Reid P. (1998) *Den moderne forvaltning. Om reformer i sentralforvaltningen*. Oslo: Tano Aschehaug.
- Christensen, T., Helgesen, S.B. & Læg Reid, P. (2003) "En revitalisert riksrevisjon" i Tranøy, B.S. & Østerrud, Ø. (red.) *Den fragmenterte staten*. Oslo: Gyldendal.
- Clarke, J., Gewertz, S. & McLaughlin, E. (2000) "Reinventing the Welfare State" i Clarke, J., Gewertz, S. & McLaughlin, E. (red.) *New Managerialism, New Welfare*. London: Sage.
- Clarke, J. & Newman, J. (1997) *The managerial state: power, politics and ideology in the remaking of social welfare*. London: Sage.
- Cook, T. D. & Campbell, D.T. (1979) *Quasi-experimentation. Design and Analysis Issues for Field Settings*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Czarniawska-Joerges, B. (1992) *Exploring Complex Organizations. A Cultural Perspective*. Newbury Park: Sage.
- Dagsland, H. (1980) *Mennesker og ledere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Danielsen, Å., Hagen, T. P. & Sørensen, R. J. (2004) "Den norske sykehusreformen: Hva som er galt og hvordan den kan forbedres" i *Økonomisk forum* 58: 36-42.
- Davis, D. R. & Herrold, K. F. (1957) "Leadership in Action in" i Croft, A. C. *Dynamics in Group Action*. New London.
- Denis, J.L., Lamothe, L., Langley, A. & Valette, A. (1999) "The Struggle to Redefine Boundaries in Health Care Systems" i Brock, D. Powell, M. & C.R. Hinings (red.) *Restructuring the Professional Organization*. Routledge, London.
- DiMaggio, P.J. & Powell, W. (1983) "The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields" i *American Sociological Review*, 48:147-160.
- Doolin, B. (2001) "Doctors as Managers – New Public Management in a New Zealand hospital" *Public Management review*, 3(2), 231-244.
- Drucker, P.F. (1954) *The Practice of Management*. New York: Harper & Row.
- du Gay, P. (1996) "Entrepreneurial Governance and Public Management" i Hall, S. & du Gay, P. *Questions of Cultural Identity*. London: Sage Publications.
- du Gay, P. (1994) "Making up managers: Bureaucracy, Enterprise and the Liberal Art of Separation" i *The British journal of Sociology*, Vol. 45, No. 4 (Dec. 1994), pp. 655-674).

- Eilertsen, R. (2006) *Hva skjer med lokalsykehusene?* Defacto, Kunnskapssenter for fagorganiserte: Oslo.
- Eilertsen, R. (2003) *Når sykehus blir butikk. Om etablering av et sykehusmarked i Norge.* Defacto, Kunnskapssenter for fagorganiserte: Oslo.
- Erichsen, V. (1996) ”Reformer i helsetjenesten: Profesjonsstatens sammenbrudd?”. I: Olaug S. Lian, (red.), *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Erichsen, V. (red.) (1996) *Profesjonsmakt – På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Eriksen, E.O. (1993) *Den offentlige dimensjon*. Tromsø/ Bergen: Tano A/S.
- Fause, Å. & Micaelsen, A. (2002) *Et fag i kamp for livet: Sykepleiefagets historie i Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Festinger, L. (1957) *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Ferlie, E., Ashburner, L. Fitzgerald, L. & Pettigrew, A. (1996) *The New Public Management in Action*, Oxford: Oxford University Press.
- Fitzgerald, L. & Ferlie, E. (2000) “Professionals: Back to the future?” i *Human Relations*, Vol. 53(5):713-739.
- Fjeldbraaten, E. & Torjesen, D. O. (2006) *Changing roles and identities among clinical managers. Does a health enterprise reform make any difference?* Paper Nordic Workshop on Health Management and Organization. København, 7.-8. desember 2006.
- FLOS (2004) “Forskning i sygehuse under forandring. Hovedpointer fra fem års studier af ledelse og organisering i det danske sygehusvæsen” i *Nyt fra samfundsvidenskaberne*, København.
- Flyvbjerg, B. (1991) *Rationalitet og makt. Det konkrètes videnskap*. Bind 1. København: Akademisk Forlag.
- Freidson, E. (2001) *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.
- Gammelsæter, H. (2002) *The Conceptualization of Management in Public Sector. Coherence and Contradiction*. Paper 18th EGOS Colloquim, Barcelona 4-6 2002.
- Gammelsæter, H. (1991) *Organisasjonsendring gjennom generasjoner av ledere: en studie av endringer i Hafslund, Nycomed, Elkem og Norsk Hydro*. Doktoravhandling, Møreforskning Molde.
- Gammelsæter, H. og Torjesen, D. O. (2005) ”Ledelse mellom autonomi og innsyn i helseforetaket” i *Nordiske Organisasjonsstudier*, 7:77-95.
- Gammelsæter, H. & Torjesen, D. O. (2004) *Management between Autonomy and Transparency in the Enterprise Hospital*. Working paper 1. Stein Rokkan Centre for Social Studies: Bergen.
- Gjerberg, E. og Sørensen, B. Å. (2006) ”Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet”. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126:1063-6.

- Glouberman, S. og Mintzberg, H. (2001) "Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part 1: Differentiation" i *Health Care Management Review*, 26(1), pp. 56-92.
- Grønlie, T. (2006) "Norwegian General Hospitals 1970 – 2002: County Ownership – an Intermezzo between Welfare Localism and State Direction?" i *Medical History*, Vol. 50, No 2.
- Guillen, M.F. (1994) *Models of Management*. Chicago: University Press.
- Gulick, L. & Urwick, L. (1937) *Papers in the Science of Administration*. New York: Institute of Public Administration.
- Hagen, R. (2006) *Nyliberalismen og samfunnsvitenskapen*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Haber, S. L. (1964) *Efficiency and Uplift: Scientific Management in the Progressive Era, 1890-1920*. Chicago: University Press.
- Hafstad, A. & Gedde-Dahl, S.(2004) *Helse Sør-saken*. Metoderapport til SKUP.
- Hallandvik, J.E. (2005) *Forandring, endring eller kontinuitet?: Den nye kvalitetspolitikken i helsetjenesten*. Skriftsserie ved Det Samfunnsvitenskapelige Fakultet, UiO. Oslo: Unipub forlag 2005 IV, no 20.
- Hallingstad, R. (2004) *Regional styring i lys av foretaksorganisering: En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge og Helse Midt-Norge RHF*. Publisert som rapport nr 2 2004 ved Rokkansenteret.
- Hansen, F. H. (2001) "Sykehusstruktur i historisk perspektiv" i Hansen, F.H. *Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen de siste tiår*. Trondheim, NIS-rapport 3/01.
- Hays, S.P. (1959) *Conservation and the Gospel of Efficiency*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hegrenes, O. R. (2005) *Profesjonell ledelse i sykehus. En studie av styresammensetning og topplederrekruttering i helseforetak*. Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Hovedoppgave.
- Helsetilsynet (2004) *Tilsyn med kodepraksis*. Rapport 10/2004.
- Hernes, H. (1987) *Welfare State and Women Power: Essays in State Feminism*. Oslo: Norwegian University Press.
- Hinings, C.R. og Reay, T. (2006) *Actors, Logics, and Interests in an Organizational Field: The Okanagan Valley Wine Industry*. Paper Presented at subtheme 25, "Actors, Interests and power – Their Role and Relevande in Industrial Theory", EGOS Conference, Bergen, Norway, July 2006.
- Hood, C. (1991) "A Public Management for All Seasons?" I *Public Administrations* Vol. 69 Spring 1991(3-19). Royal Institute of Public Administration.
- Hofstede, G. (1980) *Culture's Consequences. International Differences in Work – Related Values*, London: Sage Publications.

- Hughes, O.E. (2003) *Public Management and Administration. An introduction*, New York: Palgrave Macmillan. 3rd ed.
- INTORG – *Organisering av ledelsesstrukturer ved norske sykehus*. SINTEF Helse 2006.
- Jakobsen, K. (2002) ”Maktutredning: Kunnskapsregime eller motmakt?” i Meyer, S. og Myklebust, S. (red). *Kunnskapsmakt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Janis, I. L. (1972) *Victims of Groupthink*. Boston: Houghton Mifflin.
- Jick, T. D. (1979) “Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action.” I *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, No. 4, Qualitative Methodology, (Dec., 1979), pp. 602-611.
- Johannessen, B. F. (2004) *Ledelse og evidens i den psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*. Working paper 22-2004. Bergen, Rokkansenteret.
- Johansen Bjerklund, T. E. m.fl. (1992) ”Medisinsk og sykepleiefaglig ledelse i sykehus. Oppgaver og opplevelser” i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 112:518-23
- Johansen, M. S. (2005) *Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske helsevesenet*. Notat 16-2005, Bergen: Rokkansenteret.
- Kalberg, S. (1980) “Max Weber's types of rationality: Cornerstones for the analysis of rationalization processes in history” i *American Journal of Sociology*, 85/5:1145–1179.
- Kalleberg, R. (1991) ”Kenning-tradisjonen i norsk ledelse” i *Nytt Norsk Tidsskrift* 8:218-44.
- Kalton, G. (1983) *Introduction to Survey Sampling*. London & New Delhi: Sage.
- Kjekshus, L.E. (2004a) ”Når sykehus blir butikk – effekter på styring, profesjoner og brukere” i *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift* vol. 19 s. 444–459.
- Kjekshus, L. E. (2004b) *Organizing for Efficiency. A Study of Norwegian Somatic Hospitals*. Oslo: Department of Political Science, University of Oslo.
- Kjekshus, L.E. & Hagen, T.P. (2003) ”Ga sammenslåinger av sykehus høyere effektivitet? Erfaringer fra Norge i 1990-årene” i *Tidsskrift for velferdsforskning* vol. 6, no. 1. s. 3–16.
- Kragh Jespersen, P. (2005): *Mellem profession og management*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Kragh Jespersen, P. (1999a) ”Hvordan håndterer profesjonene de nye styringsbetingelser?” i Bentsen, E.Z., Borum, F., Erlingsdottir, G. og Sahlin-Andersson, K. (red.) *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling av sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.

- Kragh Jespersen, P. (1999b) "New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen" i Bentsen, E.Z., Borum, F., Erlingsdottir, G. og Sahlin-Andersson, K. (red.) *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling av sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Kvande, E. & Rasmussen, B. (1997) "Omorganisering av helse- og omsorgsarbeid: Nye muligheter for kvinnelig ledelse?" i Byrkjeflot, H. (red.) *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvåle, G. & Wæraas, A. (2006) *Organisasjons og identitet*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Kydland, F. & Prescott, E.C. (1977) "Rules Rather Than Discretion: The Inconsistency of Optimal Plans" i *Journal of Political Economy* 22 (4): 293–318.
- Langeland, A. (1968) *Personlighetstrekk og Rolleoppfatning. En undersøkelse som belyser vordende sykepleieres personlighetstrekk og deres syn på sykepleierens oppgave*. Oslo: Norges Sykepleierforbund.
- Lerheim, K. (1986) *Fra høyskole til universitetsinstitutt – Norges Sykepleierhøyskole 1925–1984 – En vitenskap under utforming*.
- Lerheim, Kjellaug (2000) *Et perspektiv på sykepleieforskningen i Norge i fortid og nåtid*. Oslo: Forlaget Sykepleien.
- Lian, O. (2003) *Når Helse blir en vare*. Høyskoleforlaget, Kristiansand.
- Lian, O. (1996) "Helsegodenes fordelingslogikk" i O. Lian, (red.) *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Llewellyn, S. (2001) "Two-way windows: Clinicians as Medical Managers" i *Organization Studies*, 22 (4), Berlin/New York: Wallter de Gruyter.
- Lounsbury, M. (2005) "Institutional Variation in the Evolution of Social Movements. Competing logics and the spread of recycling advocacy groups" i Davis et. al *Social Movements and Organization Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- March, J.G. (1981) "Footnotes to organizational change" i *Administrative Science Quarterly*, 26: 563–577.
- March, J. G. & Olsen, J.P. (1989) *Rediscovering institutions: The organizational basis of politics*. New York: Free Press.
- March, J. G. & Olsen, J.P. (1979) *Ambiguity and Choice in Organizations*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marstein, E. (2003) *The influence of stakeholder groups on organizational decision-making in public hospitals*. Series of Dissertations Nr. 2-2003 BI, Oslo.
- Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano.
- Martinsen K. (1987) "Helsepolitiske problemer og helsepolitisk tenkning bak sykehusloven av 1969" i *Historisk Tidsskrift*, 66: 357-72.

- Melander, P. (1999) "Økonomistyring og organisatorisk skizofreni – om fattige sprog, løse koblinger og onde circler" i Bentsen, E.Z., Borum, F., Erlingsdóttir, G. & Sahlin-Andersson, K. (red.) *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Melby, K. (1990) *Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Mouritzen, P.E. & Svava, J. H. (2002) *Leadership at the apex. Politicians and administrators in western local governments*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Myhre, A. M. (2004) *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus – påvirkning på avdelingslederrollen*. Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag, Høgskolen i Agder. Masteroppgave.
- Myrvang, R. (2004) *Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger – muligheter og barrierer*. Avhandling Dr. Polit. Institutt for sosiologi. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø.
- Newman, J. (1998) "Managerialism and Social Welfare" i Hughes, G. & Lewis, G. (red.) *Unsettling Welfare: the Reconstruction of Social Policy*. London: Routledge.
- Nordby, T. (1993) "Det offentlige helsevesenet – en fagstyrt høyborg" i Nordby T. (red.) *Arbeiderpartiet og planstyret 1945 – 1964*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Nordby, T. (1989) *Karl Evang – En biografi*. Oslo: Aschehoug.
- Nordby, T. (1987) "Profesjonskariertets periode innen norsk helsevesen – institusjoner, politikk og konfliktemner" i *Historisk Tidsskrift*, 66: 301-23.
- Norges Forskningsråd (2007) *Resultatevaluering av sykehusreformen*. Lest på: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Sykehusreformen%20endelig%20rapport%20evaluering.pdf>
- NOU (2005:3) *Fra stykkevis til helt*.
- NOU (2003:19) *Makt og demokrati*.
- NOU (1999:15) *Hvor nært skal det være?*
- NOU (1997:2) *Pasienten først! Organisering og ledelse i sykehus*.
- NOU (1989:5) *En bedre organisert stat*.
- Olsen, J. P. (2007) *Europe in Search of political Order*. Oxford: Oxford University Press.
- Opdahl-Mo, T. (2006) *Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus*. Doktorgradsavhandling, Trondheim: NTNU.
- Opedal, S. & Rommetvedt, H. (2005) "Foretaksfrihet eller stortingsstyring?" i Opedal, S. & Stigen, I. M. (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Opedal, S. & Stigen, I. M. (red.) (2005) *Helse-Norge i støpeskjeen: søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Osborne, D. & Gabler, T. (1992) *Reinventing Government. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Ot. Prp. 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m.*
- Outwaite, W. (1997) *Habermas – en kritisk analyse*. København: Hans Reitzels Forlag A/S.
- Pollitt, C. Bouckaert, G. (2004) *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. Oxford University Press.
- Porter, R. (1997) *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity*. W.W. New York: Norton & Company.
- Ragin, C. C. (1987) *The Comparative Method. Moving beyond Qualitative and quantitative strategies*. University of California Press, Berkeley.
- Rennison, B. W. (2004) "Ledelsesbegrepets historie i den offentlige sector" i Pedersen, D. (red.) *Offentlig ledelse i managementstaten*. Fredriksberg, Forlaget Samfundslitteratur.
- Ringdal, K. (2001) *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruef, M. & Scott, W.R. (1998) "A multidimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments" i *Administrative Science Quarterly*, Vol. 43, No. 4, pp. 877-904.
- Ryen, A. (2002) *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K.A. (1998) *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sahlin-Andersson, K. (2003) "I forandringens krydsfelt: Ledelse på distance" i Borum, F. (red.) *Ledelse i sykehusvesenet*. København: Handelshøgskolens forlag.
- Samuel, S., Dirsmith, M.W. & McElroy, B. (2005) "Monetized medicine: from the physical to the fiscal" i *Accounting, Organization and Society*, 30, pp. 249-278.
- Schjønby, H. P. (1999) "Vekst og stagnasjon – utviklingen av helsevesenet på 1900-tallet" i *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 119: 4501-5.
- Scott, W.R. (2001) *Institutions and Organizations*, 2nd ed. London: Sage Publications.
- Simon, H. (1957) *Administrative Behavior*. New York: The Free Press.
- Slagstad, R. (2004) "Shifting Knowledge Regimes: The metamorphosis of Norwegian reformism" i *Thesis Eleven*, 77:65-83.
- Slagstad, R. (1998) *De nasjonale strateger*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Solstad, K. & Opdahl, T.O. (1993) *Stykkprisbetaling – økonomi eller medisin?* Rapport nr. 4 Trondheim: SINTEF/NIS.

- Sommervold, W. (1996) "Ledelse i sykepleien: forståelsesmåter i endring" i Erichsen V. (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sosialdepartementet (Andersland-utvalget) (1990) *Ledelse i sykehus*. Rapport fra en arbeidsgruppe ledet av Geir Kjell Andersland. Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosialdepartementet rundskriv (nr. 69/1946).
- Stacey, R.D., Griffin, D. & Show, P. (2000) *Complexity and Management: Fad or radical challenge to systems thinking*. London: Routledge.
- Starr, P. (1982) *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- Stigen, I.M. (2005) "Innledning" i Opedal S. & Stigen, I.M. (red.) *Helse-Norge i Støpeskjeen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stigen I. M., Finstad, N., Gjernes T. & Torjesen, D. O. (2005) "Regional styring av lokale helseforetak – fri dressur eller samspill?" i Opedal, S. og Stigen, I. M. (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*.
- St.meld. nr. 21 (1998-1999) *Ansvar og meistring*.
- St.meld. nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet*.
- St.meld. nr. 44 (1995-96) *Ventelistegarantier – kriterier og finansiering*.
- Strand, T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Strand, T. (1992) "Ledelse – noe vi tror på eller noe som virker?" i Strand, T. (red.) *Kan ledelse læres? Artikler ved Administrativt forskningsfonds 40 årsjubileum*. Bedriftsøkonomens forlag.
- Sykepleielederen* nr. 1-2007.
- Sørhaug, T. (2004) *Managementaltet og autoritetens forvandling: ledelse i en kunnskapsøkonomi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (1998) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torjesen, D.O. (2007) "Kunnskap, profesjoner og ledelse, Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste" i *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, Vol. 48, Nr 2, 275-290.
- Torjesen, D.O. (2005) *Er sykehus suverene individ eller flerhodede troll? Statlig eierskap og foretaksmodell - nye rammebetingelser for ledelse i norske sykehus*. Paper: The 18th Scandinavian Academy of Management (NFF) Århus.
- Torjesen, D.O. & Byrkjeflot, H. (2006) *When Disease is Being Priced. The Translation of The American DRG-system to the hospital sectors in Norway and Denmark. A Tentative Study Aimed at a Comparison between Norway and Denmark. Paper at the 22nd EGOS Colloquium July 6.-July 8, 2006, Bergen*.

- Townley, B., Cooper, D.J. & Oakes, L. (2003) "Performance Measures and the Rationalization of Organizations" i *Organization Studies*, 24 (7): 1045–1072.
- Vareide, P.K. (2001) *Hospitalreformen: Et hamskifte i styring av helsetjenestene*. SINTEF Unimed. Ledelse, organisasjon og samhandling, STF78 A013503.
- Vareide, P.K. (2002) *Reformering av hospital gjennom nye lederroller*. Notat/ upublisert.
- Vinge, S. (2005) "Arbeidsorganisering og organisasjonsforståelse i sygehusektoren" i *Nordiske Organisasjonsstudier* nr. 2/25. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vrangbæk, K. (2003) "Vilkår for sygehusledelse – Ekstern kontrol og handlerum" i Borum, F. (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Vrangbæk, K. (1999) "New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser" i Bentsen, E.Z., Borum, F. Erlingsdóttir, G. & Sahlin- Andersson, K. (red.) *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*, p. 33–56, København: Handelshøjskolens Forlag.
- Vrangbæk, K. & Bech, M. (2004) "Organizational Responses to the Introduction of DRG Rates for "Extended Choice" hospital patients in Denmark" i *Health Policy* 67(1):25-57.
- Vrangbæk, K. & Christiansen, T. (2005) "Health Policy in Denmark, Leaving the Decentralized Welfare Path?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, no. 1–2, Feb.–April 2005.
- Vrangbæk, K. & Torjesen, D.O. (2005) "Sygehuslederens opfattelse af ledelsesvilkår i Danmark og Norge" i *Nordiske organisasjonsstudier* nr.2/2005.
- Vrangbæk, K. & Østergren, K. (2004) *The Introduction of Choice in Scandinavian Hospital Systems. Arguments and Policy Processes in the Danish and Norwegian Case*, Rokkansenteret. Working Paper 5-2004.
- Walton, R. E. (1985) "From control to commitment in the workplace". i *Harvard Business Review*, Vol. 63 No. 2, pp. 77-84.
- Weber, M. (1979) *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Weber, M. (1968/1978) *Economy and Society*, University of California Press.
- Weick, K.E. (2001) *Making sense of the organization*, Oxford: Blackwell.
- Whittington, R. & Mayer, M. (2000) *The European Corporation: Strategy, Structure and Social Science*. Oxford University Press.
- Žižek, S. (2004) *Iraq: the Borrowed Kettle*. London: Verso
- Østergren, K. & Sahlin-Andersson, K. (1998) *Att hantera skilda världar: läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Appendix

Appendix 1

Faktoranalyse verdiforskjeller

Communalities

	Initial	Extraction
Lojalitet	1,000	,638
Kontinuitet og tradisjoner	1,000	,878
Fornyelse og innovasjon	1,000	,587
Brukerdemokrati og pasientrettigheter	1,000	,544
Overskride sektorgrenser og utvikle nettverk	1,000	,616
Offentlig innsyn	1,000	,491

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component	
	1	2
Lojalitet	,648	-,467
Kontinuitet og tradisjoner	,204	,914
Fornyelse og innovasjon	,766	-,028
Brukerdemokrati og pasientrettigheter	,722	,154
Overskride sektorgrenser og utvikle nettverk	,784	,039
Offentlig innsyn	,701	-,006

Extraction Method: Principal Component Analysis.

^a. 2 components extracted.

Pattern Matrix^a

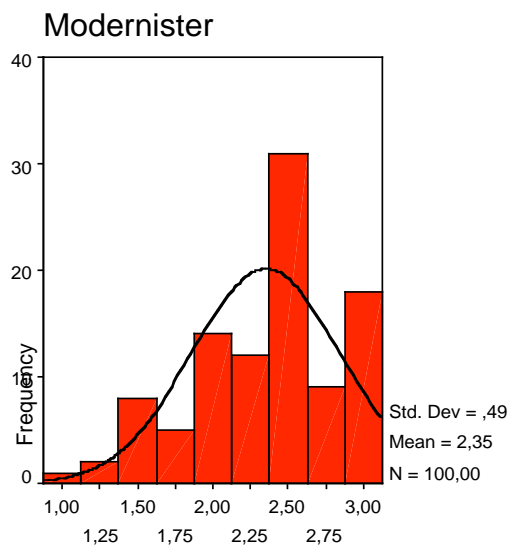
	Component	
	1	2
Lojalitet	,682	-,440
Kontinuitet og tradisjoner	,134	,923
Fornyelse og innovasjon	,766	,004
Brukerdemokrati og pasientrettigheter	,708	,184
Overskride sektorgrenser og utvikle nettverk	,779	,072
Offentlig innsyn	,700	,023

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

^a. Rotation converged in 4 iterations.

De to dimensjonene, modernitet og kontinuitet og tradisjoner forklarer til sammen 63 % av den totale variansen til variablene.



Modernister

Appendix 2

Evaluering av statlig eierskap og foretaksmodell Spørreskjema til divisjonsdirektører/klinikksejfer/avdelingsledere

Våren 2002 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Rogalandforskning (RF) og Nordlandsforskning (NF) i oppdrag fra Helsedepartementet å evaluere deler av reformen med statlig eierskap og foretaksmodell innenfor spesialisthelsetjenesten. Som ledd i evalueringen sender vi nå ut spørreskjema til divisjonsdirektører, klinikksejfer og et utvalg avdelingsledere i helseforetakene. I 2003 ble det sendt ut spørreskjema til styremedlemmer og administrative toppledere i de regionale helseforetakene og i helseforetakene. Denne undersøkelsen er gjentatt høsten 2004.

Referansegruppen for evalueringen har bred deltakelse fra forskning, fra RHF og HF nivå (både styre og administrasjon), organisasjoner i helsesektoren og fra departementer og direktorater. Professor Tore Hansen, Institutt for statsvitenskap ved Universitetet i Oslo leder referansegruppen. Undersøkelsen vil bli rapportert i sluttrapport og i bok som utgis på Fagbokforlaget vinteren 2005.

Spørreskjemaundersøkelsen sendes ut i samarbeid med Rokkansenteret ved Universitetet i Bergen og Arbeidsforskningsinstituttet (AFI), som også gjennomfører større prosjekter om reformprosesser i helsesektoren, finansiert av Norges Forskningsråd. Instituttene samarbeider om spørreundersøkelsen for å unngå at ledere i helseforetakene blir unødig belastet i forbindelse med datainnsamling til forskningsprosjekter.

Vi ber deg svare på spørreskjemaet. Det er en frivillig sak å svare, men høy svarprosent vil gjøre undersøkelsen mer pålitelig. Spørreskjemaet vil gi verdifull kunnskap om status for reformarbeidet i de ulike regionene og innsikt i erfaringene så langt. En del ledere kan ha fungert i stillingen i relativt kort tid. Dersom du mener at du ikke har tilstrekkelig erfaringsbakgrunn for å besvare enkeltspørsmål, kan du krysse av for "vet ikke", eller hoppe over spørsmålet.

Opplysningene som samles inn blir behandlet konfidensielt og i henhold til Datatilsynets regler. Datamaterialet blir bare brukt til statistiske analyser i forskningssammenheng, og materialet blir presentert på en form som gjør at enkeltpersoner ikke kan kjennes igjen. Som forskere er vi underlagt taushetsplikt.

Datamaterialet vil bli arkivert hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste etter prosjektslutt 31.12.2006. Dataene arkiveres uten identifiserbart respondentnummer, men med bakgrunnsopplysninger (for eksempel kjønn, alder, utdanning, helseforetak osv.). Lagringen foretas med tanke på eventuelle oppfølgingsundersøkelser. En hver respondent står fritt til på hvilket som helst tidspunkt å trekke seg fra undersøkelsen. Undersøkelsen er i henhold til Personopplysningsloven meldt inn til Personvernombudet for forskning.

Eventuelle spørsmål om undersøkelsen kan rettes til forsker Ståle Opedal, Rogalandforskning tlf. 51 87 50 98 staale.opedal@rf.no eller forsker Inger Marie Stigen, NIBR tlf. 22 95 89 88 inger.stigen@nibr.no. Bruk vedlagte frankerte svarkonvolutt. **Svarfrist: 15. desember**

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Inger Marie Stigen
NIBR

Ståle Opedal
RF

Nils Finstad
NF

Haldor Byrkjeflot
Rokkansenteret

Elisabeth Gjerberg
AFI

1. I hvilken region ligger helseforetaket hvor du er ansatt?

- ¹ Helse Sør
² Helse Øst
³ Helse Vest

- ⁴ Helse Midt-Norge
⁵ Helse Nord

2. Hvordan er divisjonen/klinikken/avdelingen du er leder for organisert?

- ¹ Den dekker kun ett sykehus i foretaket ² Den dekker flere sykehus i foretaket

3. Hvor stort resultatansvar har divisjonen/klinikken/avdelingen på følgende områder?

	Fullt resultatansvar	Begrenset resultatansvar
a) Budsjett	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
b) Personalforvaltning (ansettelser/stillingsforhold)	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
c) Pasientinntak	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
d) Disponering av senger	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
e) Innkjøp av utstyr og rekvisita	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
f) Disponering av lokaler	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>

4. Hvor stor handlefrihet vil du si at enheten du leder har når det gjelder:

	Svært liten frihet	Nokså liten frihet	Både og	Nokså stor frihet	Svært stor frihet	Vet ikke
a) Disponering av tildelt budsjett	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Personalforvaltning (ansettelser, stillingsinnhold)	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Planlegging av enhetens tjenestetilbud (strategier, satsningsområder)	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Valg av organisasjonsstruktur	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Pasientinntak	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Medisinsk behandling	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Disponering av senger	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
h) Innkjøp av utstyr og rekvisita	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
i) Disponering av lokaler	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

5. Alt i alt, hvor stor handlefrihet vil du si at du har i stillingen som divisjonsdirektør/klinikkjef/avdelingsleder?

- Svært liten frihet Nokså liten frihet Både og Nokså stor frihet Svært stor frihet Vet ikke
¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁸

6. Hvilken betydning har følgende verdier for deg i utøvelsen av det daglige arbeidet som leder?

	Liten betydning	Nokså liten betydning	Både og	Nokså stor betydning	Svært stor betydning	Vet ikke
a) Lojalitet overfor overordnet ledelse	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Offentlig innsyn (slik at borgerne alltid kan stille spørsmål og kikke helsesektoren i kortene)	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Effektivitet og kostnadshensyn (best mulig utnyttelse av ressurser, og kostnadseffektiv drift)	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Kontinuitet og helsefaglige tradisjoner og normer	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Fornyelse og innovasjon (i forhold til arbeidsformer, teknologi og behandlingspraksis)	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Styrket brukerdemokrati og ivaretagelse av pasientrettigheter	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Overskride sektorgrenser og utvikle nettverk	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

7. Hvor sterkt identifiserer du deg med følgende enheter/grupper?

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke
a) Det regionale helseforetaket	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Mitt lokale helseforetak	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Divisjonen/klinikken/avdelingen som jeg leder	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Pasientene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Egen fagprofesjon	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

8. Har divisjonens/ klinikkens/avdelingens ansatte en felles forståelse av hva som ligger i medisinsk faglig ansvar?

- | | | |
|---|--|---|
| ¹ <input type="checkbox"/> Ja, i stor grad | | ⁴ <input type="checkbox"/> Nei, ikke i det hele tatt |
| ² <input type="checkbox"/> Ja, i noen grad | | ⁸ <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| ³ <input type="checkbox"/> Nei, i liten grad | | |

9. Hvordan har ordningen med pasientansvarlig lege (PAL) virket på avdelingene? Du kan sette flere kryss.

- ¹ Ordningen med PAL har ikke kommet i gang her ennå
- ¹ Ordningen med PAL har skapt bedre kontinuitet i pasientoppfølgingen
- ¹ Ordningen med PAL har skapt bedre betingelser for å sikre en medisinsk forsvarlig behandling
- ¹ Ordningen med PAL er en viktig støtte i utviklingen av enhetlig ledelse

10. Vi ber deg ta stilling til følgende påstander om enhetlig ledelse på avdelingsnivå:

	Helt uenig	Nokså uenig	Både og	Nokså enig	Helt enig	Vet ikke/ uaktuelt
a) Erfaringene med ledelsesreformen er overveiende positive	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Innføringen av enhetlig ledelse har styrket ledelsesfunksjonen	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Innføringen av enhetlig ledelse har ført til at ledelsen har fått mer makt og innflytelse	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Det er vanskelig å få oppslutning om enhetlig ledelse blant fagpersonell	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Innføring av enhetlig ledelse har bidratt til bedre økonomistyring på avdelingene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Innføring av enhetlig ledelse har bidratt til bedre kvalitet på tjenestene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Enhetlig ledelse gjør det lettere å få til økt produktivitet på avdelingene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
h) Enhetlig ledelse har gitt rom for mer innovasjon på avdelingsnivå	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
i) Innføring av enhetlig ledelse har bidratt til bedre ivaretagelse av HMS-arbeidet	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
j) Innføring av enhetlig ledelse har så langt ikke hatt noen sporbar betydning	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
k) Innføring av enhetlig ledelse har bidratt til kompetanseutvikling på avdelingene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
l) Innføring av enhetlig ledelse har bidratt til bedre oppfølging av pasientene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
m) Ansattes representanter er gode medspillere i utøvelsen av rollen som enhetsleder	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

11. Hvis du alt i alt mener at ordningen med enhetlig ledelse er ganske vellykket, kan du peke på spesielle forhold som har bidratt til dette?

.....

.....

.....

12. Hvor enig eller uenig er du i disse påstandene om arbeidsformer og styringsrelasjoner innenfor ditt helseforetak?

	Helt uenig	Nokså uenig	Både og	Nokså enig	Helt enig	Vet ikke
a) Jeg er forpliktet i forhold til foretakets mål og resultater, men opplever at mangelfull autonomi og handlingsrom begrenser min evne til å handle etter disse forpliktelsene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Jeg opplever en detaljregulering gjennom målstyring, planer og resultatrapportering som i realiteten gir meg lite handlingsrom som leder	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Den interne styringen i helseforetaket er preget av dialog og samarbeid	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Min enhet blir for lite involvert når det treffes beslutninger i foretaket	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Den interne styringen mellom ledelsesnivåene i helseforetaket er preget av mye uformell styringsdialog	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Den uformelle styringen har fått større betydning etter hvert	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Den uformelle styringen er viktig for utviklingen av tjenestetilbudet	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
h) Den uformelle styringen bidrar til å undergrave det helhetlige resultatansvaret	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
i) Den uformelle styringen er et problem for HF-styrets arbeid	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
j) Styringsdokumentene gir for liten fleksibilitet for lokal planlegging	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
k) Mesteparten av våre økonomiske tildelinger blir bundet opp i lønnsmidler, slik at jeg som leder i realiteten har svært lite økonomisk handlingsrom	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

13. Hvor dekkende mener du følgende begreper er, dersom du skal karakterisere helseforetakene i regionen?

	Lite dekkende	Noe dekkende	Svært dekkende	Vet ikke
a) Konsern	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Bedrift	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Sykehus	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Offentlig forvaltning	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

14. Har det skjedd endringer i arbeids- og funksjonsfordeling innenfor divisjonens/klinikkens/avdelingens arbeidsområde etter at sykehusreformen trådte i kraft, og hvor omfattende har disse endringene vært?

- ¹ Ja, det har skjedd omfattende endringer i arbeids- og funksjonsfordeling
- ² Det har skjedd en del endringer i arbeids- og funksjonsfordeling
- ³ Det har skjedd små eller ingen endringer i arbeids- og funksjonsfordeling (gå til spm 17)
- ⁸ Vet ikke (gå til spm 17)

15. Dersom det har skjedd endringer av et visst omfang (spm 14, 1-2), kan du kort angi hvilke endringer som har funnet sted:

.....

.....

.....

16. Hvilke erfaringer har du med endringene i arbeids- og funksjonsfordeling på divisjonens/klinikkens/avdelingens arbeidsområde?

	I svært liten grad	I nokså liten grad	Både og	I nokså stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
a) Endringen(e) har gitt økt kvalitet på tjenestetilbudet	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Endringen(e) har gjort det lettere å rekruttere fagfolk	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Endringen(e) har ført til økonomiske innsparinger	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Endringen(e) har ført til et klarere skille mellom akutt og elektiv behandling	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Endringen(e) har ført til et mer geografisk spredt og tilgjengelig tilbud til pasientene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Endringen(e) har ført til en sterkere geografisk sentralisering av tjenestetilbudet	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Endringen(e) har ført til større regionale forskjeller i tilbudet til pasientene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

17. Hvilken betydning vil du si at sykehusreformen (statlig eierskap og foretaksorganisering) har hatt for driften av divisjonen/klinikken/avdelingen?

	Helt uenig	Nokså uenig	Både og	Nokså enig	Helt enig	Vet ikke
a) Sykehusreformen har hatt liten betydning innenfor mitt ansvarsområde	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Det er mye motstand mot sykehusreformen blant de ansatte	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Sykehusreformen har ført til bedre organisering innenfor mitt ansvarsområde	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Sykehusreformen har medført større handlingsrom for meg som leder	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Sykehusreformen har ført til bedre samarbeid mellom ulike enheter innenfor mitt ansvarsområde	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Sykehusreformen har ført til bedre samarbeid mellom ulike profesjoner	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Sykehusreformen har ført til bedre samarbeid mellom ledere og ansatte	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
h) Sykehusreformen har ført til mer byråkrati	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
i) Sykehusreformen har ført til for mye fokus på effektivitet og kostnadshensyn (utnyttelse av ressurser og kostnadseffektiv drift)	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

18. Ut fra dine erfaringer med sykehusreformen så langt; i hvilken grad vil du si at det har skjedd forbedringer på følgende områder for ditt foretaks vedkommende?

	I svært liten grad	I nokså liten grad	Både og	I nokså stor grad	I svært stor grad	Vet ikke/uaktuelt
a) Kortere ventelister/ventetider	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Mer effektiv økonomistyring	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Sterkere pasientinnflytelse/ brukermedvirkning	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – døgnplasser	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Bedre helsetilbud til psykiatriske pasienter – polikliniske tilbud	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Styrket kreftomsorg	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Bedre utnytting av personellressursene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
h) Bedre arbeids- og funksjonsfordeling innad i helseforetaket	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
i) Bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
j) Økt fokus på utdannings- og forskningsoppgavene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
k) Økt fokus på pasientopplæring	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
l) Utvikling av kvalitetsindikatorer	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
m) Færre korridorpasienter	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
n) Mer ressurser til tjenesteyting – mindre til byråkrati og administrasjon	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
o) Bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
p) Større likhet i tjenestetilbudet i regionen	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
q) Mer profesjonell og resultatfokuset ledelse	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

19. Alt i alt, hvor vellykket mener du sykehusreformen har vært så langt?

- | | | |
|--|--|---|
| ¹ <input type="checkbox"/> Svært mislykket | | ⁴ <input type="checkbox"/> Nokså vellykket |
| ² <input type="checkbox"/> Nokså mislykket | | ⁵ <input type="checkbox"/> Svært vellykket |
| ³ <input type="checkbox"/> Verken mislykket eller vellykket | | ⁸ <input type="checkbox"/> Vet ikke |

Til sist ber vi deg besvare noen spørsmål om din bakgrunn og yrkeskarriere

20. Innenfor hvilket fagområde har du din høyeste fullførte utdanning? Sett ett kryss

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Medisin | 6 <input type="checkbox"/> Humanoria (f.eks historie, språk, pedagogikk) |
| 2 <input type="checkbox"/> Annen helse- og sosialfaglig utdanning | 7 <input type="checkbox"/> Naturvitenskap og teknikk (f.eks ingeniør, sivilingeniør) |
| 3 <input type="checkbox"/> Økonomi (f.eks siviløkonom, sosialøkonom) | 8 <input type="checkbox"/> Annet: _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> Samfunnsvitenskap | |
| 5 <input type="checkbox"/> Jus | |

21. Hvor lenge har du jobbet i:

- | | | |
|-----------------------------------|-------|-----------|
| 1 nåværende stilling: | __ __ | Antall år |
| 2 andre stillinger ved sykehuset: | __ __ | Antall år |
| 3 helsesektoren totalt: | __ __ | Antall år |

22. Hvor mange timer arbeider du i gjennomsnitt i uken med følgende typer oppgaver:

- | | | |
|-------------------------|-------|--------------|
| 1 Rene ledelsesoppgaver | __ __ | Antall timer |
| 2 Kliniske oppgaver | __ __ | Antall timer |

23. Alder

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> 20-29 år | 4 <input type="checkbox"/> 50-59 år |
| 2 <input type="checkbox"/> 30-39 år | 5 <input type="checkbox"/> 60 år og mer |
| 3 <input type="checkbox"/> 40-49 år | |

24. Kjønn

- 1 Mann 2 Kvinne

Tusen takk for hjelpen!

Errata

Kapittel 1

SAMMENDRAG AV AVHANDLINGENS ARTIKLER OG HOVEDFUNN

Side 31,

2 avsnitt

Når det gjelder lederes evne til å ta inn over seg de premisser som reformen la opp til, (en integrasjonstilpasning) ser ledere i Helse Sør ut til å ha tyngdepunktet i tråd med en foretakslogikk, dvs. de er opptatt av fornyelse og innovasjon, lojalitet til overordnet ledelse og budsjettdisiplin (i tråd med ”enterprising values”), mens ledere i Helse Nord vektlegger helsefaglige tradisjoner og kontinuitet. Det gjennomgående trekk i denne undersøkelsen er likevel at de fleste ledere fremdeles ser ut til å ivareta faglige preferanser.²¹ 58 * prosent av lederne i denne undersøkelsen har helsefaglig bakgrunn og det er mye som tyder på at disse lederne fremdeles er bærere av faglige identiteter. Det er klinikken, avdelingen, sykehuset eller det lokale helseforetak (ikke konsernet/helseforetaket) som representerer de mest relevante referansepunkt blant disse lederne. Her må det bemerkes – slik kapittel 3 indikerer, at ledelsesfunksjonen i sykehus ser ut til å ha blitt forsterket, og at helseforetaksreformen har bidratt til å styrke den økonomiske oppmerksomheten blant sykehusledere. Hvor tyngdepunktet ligger mellom politikk-, fag- og foretakslogikk, er avhengig av hvilke ledere du spør og hvor de befinner seg geografisk, hierarkisk og faglig.

*Skal være 89 prosent

