

Tone Opdahl Mo

# Ledelse til begjær eller besvær

-om reformer, fag og ledelse i sykehus

Doktoravhandling  
for graden Doctor rerum politicarum

Trondheim, januar 2006

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

**NTNU**

Norges teknisk-naturvitenskapelige  
universitet  
Doktoravhandling  
for graden Doctor rerum politicarum  
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

©Tone Opdahl Mo

ISBN 82-471-7771-4 (trykt utg.)  
ISBN 82-471-7770-6 (elektr. utg.)  
ISSN 1503-8181

Doktoravhandling ved NTNU 2006:16

Trykt av NTNU-trykk

## **Forord**

Denne avhandlingen er finansiert av Norges forskningsråd, gjennom et strategisk instituttprogram kalt "Living Knowledge" som ble tildelt SINTEF Teknologi og samfunn i 2000. Jeg har vært en av tre stipendiater tilknyttet programmet. I utgangspunktet planla jeg å gjøre en studie av kunnskapsarbeid i ulike typer virksomheter. Etter hvert er det blitt en avhandling om ledelse av kunnskapsarbeid i sykehus. Et typisk eksempel på at veien blir til mens man går!

Studien baserer seg på intervjuer med ledere på flere nivåer i et stort universitetssykehus. En varm takk til mine informanter, som velvillig stilte opp og delte sine opplevelser og erfaringer med meg. Takk også til mine kontaktpersoner i sykehuset, som bisto med informasjon i forbindelse med datainnsamlingen.

Jeg har hatt mitt arbeidssted på SINTEF IFIM, som foruten å bidra med finansiering i sluttfasen av arbeidet, hele tiden har vært uvurderlig som sosialt pusterom, "krisepsykiatrisk" senter og diskusjonsforum. Takk til alle mine kolleger! Siden jeg begynte med avhandlingen har jeg hatt tre sjefer, Tore Nilssen, Torunn Lauvdal og nå Berit Berg. Takk til alle tre for støtte – og spesielt til Berit som sørget for ekstra tid på slutten.

Min veileder har vært professor Bente Rasmussen ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU. Du har en sjelden evne til å inspirere andre, og har en faglig kapasitet som har vært et overflødigshorn å øse av. Takk for at du alltid har tatt deg tid, og hatt tro på og interesse for mitt store prosjekt!

Tusen takk til seniorforsker Tove Håpnes, SINTEF IFIM, forsker Arnfinn Andersen, Senter for kvinne- og kjønnsforskning ved UiO, og professor Inger Johanne Pettersen ved Handelshøgskolen i Bodø, som har lest avhandlingen i forskjellige stadier underveis. Jeg er glad for at dere har vært villige til å bruke tid og energi på å bidra til at jeg kom meg videre, både ved å kommentere tekst og gjennom faglige diskusjoner. En spesiell takk til Tove for at du også stilte opp som en slags ”second opinion” og leste det (nest) siste utkastet!

Takk til professor Ann Sætnan, ISS, førsteamanuensis Nora Levold, KULT, (NTNU) og lektor Peder Kragh Jespersen, universitetet i Aalborg, Danmark, for at dere har lest og kommentert et kapittel hver.

Også ”språkvasker” lektor Solveig Dæhlin, Trondheim Katedralskole, skal ha stor takk. Du har gjort en fin jobb med å lese det siste utkastet, og luke ut over-akademiske formuleringer og lette språket. Hvis det fortsatt er språkblomster igjen, er det ikke din feil!

Institutt for sosiologi og statsvitenskap har bidratt med 3 mnd. avslutningsstipend i 2005. Det holdt nesten akkurat!

Til slutt: Tusen takk til Pernille og Jørgen: Dere har kontinuerlig sørget for å minne meg om at livet først og fremst handler om viktigere ting enn å skrive avhandling.

Trondheim, januar 2006

Tone Opdahl Mo

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Introduksjon.....</b>	<b>1</b>
1.1	Avhandlingens fokus .....	2
1.2	Faglighet og avdelingsledelse.....	5
1.3	Profesjon, fag og ledelse – spenninger og ambivalenser.....	10
1.4	Avhandlingens oppbygning.....	11
<b>2</b>	<b>En faglig forståelse av ledelse .....</b>	<b>14</b>
2.1	Et institusjonelt perspektiv på faglighet og ledelse .....	15
2.1.1	Grunnlaget for legitimitet .....	19
2.1.2	Sammenheng og frikobling .....	22
2.1.3	Forhandling og oversettelse.....	26
2.2	Det medisinske rasjonalet: fag og ledelse som sammenvevd.....	28
2.2.1	Den medisinske kunnskapsperspektivet .....	31
2.2.2	Klinikken som basis for faglig autoritet .....	34
2.2.3	Ledelse av faglig aktivitet .....	37
2.2.4	Spesialisering og organisering – to sider av samme sak .....	41
2.2.5	Spesialiseringens konsekvenser for avdelingsledelse .....	43
2.2.6	Profesjonelle relasjoner og over- og underordning .....	46
2.3	Oppsummering .....	52
<b>3</b>	<b>New Public Management i sykehussektoren.....</b>	<b>54</b>
3.1	Nye krav til offentlig sektor: inntoget til New Public Management .....	54
3.1.1	NPM som løsning på offentlig sektors problemer.....	55
3.1.2	NPM som ny forståelse av sykehusfeltet.....	61
3.1.3	En NPM-inspirert ledelsesforståelse .....	65
3.2	Fagpersonell som ledere .....	68
3.2.1	I spenningsfeltet mellom klinikk og ledelse.....	72
3.3	Overgangen til enhetlig ledelse i norske sykehus .....	75
3.3.1	På hvilken måte endrer reformen avdelingsledelse? .....	77
<b>4</b>	<b>Metodetilnærming .....</b>	<b>82</b>
4.1	En studie av forhandling.....	82
4.2	Å studere brudd .....	84
4.3	Datainnsamling og omfanget av datamaterialet .....	86
4.3.1	Utvalgskriterier .....	87
4.3.2	Intervjumaterialet.....	88
4.3.3	Intervjusituasjonen .....	90
4.3.4	Andre kilder til informasjon om prosessen i sykehuset .....	91
4.3.5	Avisdebatten .....	92
4.4	Analyse av datamaterialet.....	93
4.4.1	Etiske betraktninger.....	95
4.5	Vurderinger av datamaterialets troverdighet.....	96
4.6	Vurderinger av gyldighet og generaliserbarhet .....	99

<b>5</b>	<b>En debatt om faglig ledelse .....</b>	<b>103</b>
5.1	En omstridt lovendring .....	104
5.2	På feil plass? .....	106
5.3	Sammenhengen mellom ansvar og myndighet.....	113
5.4	Profesjon mot profesjon?.....	116
5.5	Et ”gammeldags” perspektiv på ledelse .....	120
<b>6</b>	<b>Faglig autoritet og ledelse .....</b>	<b>124</b>
6.1	En fot i klinikken .....	125
6.2	Forhandling med det kliniske ”kravet”.....	134
6.3	Leger som avdelingssjefer: å bli ”noe annet” .....	140
6.3.1	Ledelse som karriere.....	141
6.3.2	Fra lege til leder? .....	145
6.4	Leder og ikke lege .....	150
6.5	Autoritet og ambivalens .....	159
<b>7</b>	<b>Den nye enhetlige lederfunksjonen .....</b>	<b>165</b>
7.1	Fra administrasjon til ledelse? .....	166
7.2	Et helhetlig blikk på avdelingen .....	172
7.3	Ledelse i forhandling mellom fag og økonomi .....	180
7.3.1	Fra funksjon til organisasjon – skifte av fokus.....	190
7.4	Ansvar for faglig aktivitet og utvikling .....	193
7.5	Ledelse, faglighet og systemansvar .....	201
<b>8</b>	<b>Profesjonsnøytral ledelse .....</b>	<b>211</b>
8.1	Å gå ut over sine grenser .....	212
8.2	Avdelingen som faglig enhet.....	215
8.3	Ikke-medisinsk avdelingsledelse .....	221
8.4	Ikke-medisinsk ledelse som unntak.....	227
8.5	Organisering av ansvar og myndighet.....	230
8.6	Fag = medisin = ledelse? .....	237
<b>9</b>	<b>Ledelse til begjær eller besvær? .....</b>	<b>243</b>
9.1	Hva viser denne studien?.....	244
9.2	Ledelse som håndtering av kunnskapsregimer.....	248
9.3	Fag og ledelse – kollegium og linje.....	251
9.4	Nettverkets betydning.....	255
9.5	Hvorfor må det være faglig ledelse i sykehus? .....	256
	Litteraturliste .....	260
	Liste over siterte avisartikler og andre innlegg i avisdebatten .....	275
	Vedlegg 1: Intervjuguider .....	278

## Sammendrag

Avhandlingen handler om ledelse av kunnskapsarbeid, og sykehuset brukes som arena for å utforske dette temaet. Utgangspunktet for studien er Specialisthelsetjenesteloven fra 2001, som påla sykehusene å innføre enhetlig ledelse på alle nivåer. Denne reformen ses som et eksempel på hvordan en New Public Management (NPM)-inspirert styringsforståelse kommer inn i sykehuset. Sykehuset er preget av det medisinske fagfeltets forståelser av fag, organisasjon og ledelse, og disse utfordres på flere måter gjennom ledelsesreformen og de forståelser den bygger på. Det teoretiske grepet i avhandlingen er å analysere det vi kan kalle ”forhandlinger” mellom disse ulike forståelsene. Problemstillingen som utforskes er hvilken betydning fagkunnskap har for ledelse av sykehusavdelinger. Dette relateres både til betydningen av fagkunnskap for autoritet og legitimitet i lederrollen, til hvordan et helhetlig ansvar for avdelingene skal kunne ivaretas, og til hvilke fag eller profesjoner som skal kunne lede avdelinger.

Prosjektet er gjennomført som en casestudie ved et større universitetssykehus. Det viktigste empiriske materialet er 19 dybdeintervjuer med avdelingssjefer, senterdirektører og sykehusets direktør i perioden 2001-2002, samt innlegg i en avisdebatt om ikke-medisinere som avdelingssjefer sommeren 2002.

Analysen av avisdebatten viste klare motsetninger i synet på avdelingsledelse, og at legene i liten grad fikk støtte for sitt synspunkt om at ivaretagelse av ansvaret for avdelingen er et faglig ansvar, og at avdelingssjefen dermed må være lege. Analysen av intervjumaterialet fra sykehuset viste imidlertid i større grad medisinsens sterke posisjon som institusjonalisert forståelse av medisinfagets betydning i ledelsen. Legene forankrer sin autoritet som ledere i rollen som fagekspert. Legenes perspektiv på lederrollen innebærer både et helhetsperspektiv på lederansvaret for avdelingen og en klar forankring i egen profesjon. Denne forankringen blir viktig fordi lederansvaret knyttes til et faglig systemansvar i forhold til sykehusets ulike roller, som både omfatter forskningsbasert virksomhet med ansvar for å bringe fram ny kunnskap, og

en funksjon som profesjonell servicebedrift. Den medisinske systemforståelsen som ledere må ha for å forstå utviklingen av den faglige virksomheten, oppfattes som grunnleggende for å ivareta dette ansvaret. NPMs forståelse av profesjonell ledelse får derfor ikke legitimitet innenfor universitetssykehuset på dette nivået. Lege-lederne skisserer et lederansvar som vektlegger ledelse i større grad enn den tradisjonelle faglige lederen, men med en klar faglig forankring. Dette er fordi virksomhetens faglige utvikling er en så sentral del av ledelsesansvaret. Det faglige kunnskapsgrunnlaget til lederne er derfor en forutsetning for å utøve avdelingsledelse.

Avhandlingen gir innsikt i forhandlingene omkring nye forståelser av fagkunnskap i ledelsen på det utøvende nivået i sykehuset som kunnskapsorganisasjon, og illustrerer dermed en utvikling og en debatt som også andre kunnskapsbaserte virksomheter er inne i. Diskusjonen om ledelse som del av en faglig aktivitet eller som separat funksjon berører grunnleggende utviklingstrekk ved både offentlig og privat sektor de siste tiårene.



innenfor hvilke rammer disse hybridene kan få autoritet og legitimitet i en medisinsk-faglig kontekst.

Prosjektet er gjennomført som en casestudie ved et større universitetssykehus. Det viktigste empiriske materialet er 19 dybdeintervjuer med avdelingssjefer, senterdirektører og sykehusets direktør i perioden 2001-2002. Ut over dette består datamaterialet av skriftlig materiale fra omorganiseringsprosesser i sykehuset, og av innlegg i en avisdebatt om ikke-medisinere som avdelingssjefer som pågikk sommeren 2002.

Avisdebatten er det første empirikapittelet i avhandlingen, og beskriver de viktigste standpunktene i debatten omkring profesjonsnøytralitet i lederfunksjonen. Debatten ble utløst av at en jordmor ble ansatt som sjef for kvinneklinikken ved et annet stort norsk sykehus. Data fra avisdebatten viser konfliktnivået i denne saken, og hvordan legene mobiliserte mot reformen og utfordret den overordnede politiske NPM-inspirerte styringsforståelsen. Analysen viser at legene i liten grad fikk støtte for sitt synspunkt om en faglig ivaretagelse av ansvaret for avdelingen, og dermed for at avdelingssjefen må være lege. Dette kan forklares med at det synet på ledelse som reformen innebar, hvor ledelse forstås som ”noe annet enn fag”, hadde legitimitet, ikke minst fordi det var i tråd med ”moderne” oppfatninger av hva som er god ledelse i offentlig sektor. Innenfor sykehuset har medisinen imidlertid en sterkere posisjon, som den videre analysen viser.

Analysen av intervjumaterialet fra sykehuset presenteres i tre kapitler som tar for seg ulike temaer som lederreformen aktualiserer. Først analyseres avdelingsledernes håndtering av den nye lederrollen og hvordan reformens skille mellom fag og ledelse aktualiserer spørsmålet om legitimitet og autoritet. Legene forankrer sin autoritet som ledere i fortsatt klinisk aktivitet og tilknytning til egen

faggruppe, dvs. til rollen som fagekspert. Det å påta seg en slik lederfunksjon innebærer dermed å velge bort den aktiviteten og tilknytning som er grunnlaget for autoritet. Etter hvert som spesialisering innenfor avdelingen og kapasitetsproblemer vanskeliggjør legelederes mulighet til fortsatt å delta i klinisk praksis, blir selve legeidentiteten viktigere for å sikre den faglige autoriteten. Analysen viser at leger og sykepleiere oppfatter dette spørsmålet ulikt. Sykepleiere forankrer i større grad autoriteten i administrasjon og drift og oppfatningen om at det overordnede systemansvaret er noe annet enn ansvaret for faglig yrkesutøvelse. Her understrekes mao. skillet mellom ledelse og fag som reformen legger opp til, og at faglige hensyn kan ivaretas gjennom et system med kompetente rådgivere og forankring av beslutninger gjennom bred deltakelse i beslutningsprosesser.

Videre analyseres hvordan en enhetlig profesjonell lederrolle utøves innenfor universitetssykehuset som medisinsk-faglig kontekst. Legenes perspektiv på lederrollen innebærer både et helhetsperspektiv på lederansvaret for avdelingen og en klar faglig forankring i egen profesjon. Ved å ta et helhetlig ansvar for avdelingen vil avdelingssjefene bøte på oppdelingen og fragmenteringen som beskrives som en av sykehusets utfordringer. Det argumenteres likevel for at lederfunksjonen må forankres i medisinske prioriteringer og i det medisinske fagområdet. Dette er fordi lederansvaret knyttes til et faglig systemansvar som innebærer en balanse mellom på den ene siden sykehusets rolle som profesjonell servicebedrift og på den andre siden dets rolle som forskningsbasert virksomhet med ansvar for å bringe fram ny kunnskap. Analysen viser videre at ledernes handlingsrom må sees i lys av institusjonaliserte omgivelser i form av behandlingsbehov, som til dels oppfattes som ”ustyrbare”, og medisinsk-faglige forståelser som legger begrensninger på ledernes handlingsfrihet.

I det siste kapittelet i analysen settes det søkelys på hvorfor prinsippet om profesjonsnøytral ledelse har blitt oppfattet så problematisk i legemiljøene i forbindelse med innføring av enhetlig ledelse. Analysen viser at den medisinske systemforståelsen som ledere må ha for å forstå utviklingen av den faglige virksomheten, oppfattes som grunnleggende innenfor et medisinsk-faglig rasjonale. Som en konsekvens av dette er det bare legene som har de faglige forutsetningene for å fatte informerte beslutninger om avdelingenes strategi og utvikling. På bakgrunn av dette oppfattes ikke sykepleiere som ”faglige” nok til å kunne konstituere en tilstrekkelig faglig tung hybridposisjon til å få autoritet som ledere i kliniske avdelinger.

Siste kapittel diskuterer avhandlingens funn i forhold til dynamikken i relasjonen mellom tre ulike kunnskapsregimer kalt linje, kollegium og nettverk, og som viser hvordan relasjonene mellom ulike regimer og legitimiteter er et forhandlet felt. Studien konkluderer med at vi ser konturene av en ny form for medisinsk ledelse, hvor avdelingssjefene blir mer ledere enn leger, men hvor den medisinske kunnskapen fortsatt er en viktig komponent. Studien viser også at en NPM-inspirert forståelse av profesjonell ledelse ikke gir legitimitet innenfor universitetssykehuset, fordi virksomhetens faglige utvikling er en så sentral del av ledelsesansvaret, og det faglige kunnskapsgrunnlaget til lederne derfor er en forutsetning for å utøve ledelse på dette nivået.



# 1 Introduksjon

Sommeren 2002 gikk det en opphetet debatt i norske aviser om ledelse av sykehusavdelinger. Debatten oppsto etter at en jordmor hadde fått stillingen som avdelingsleder for Kvinneklinikken ved Haukeland sykehus i Bergen. En journalist skarpstilte stridstemaet ved å stille et spørsmål: *"Hvilken spesialist vil jobbe med en sykepleier som sjef?"* (Johansson og Madsen 2002:21).

Spesialisthelsetjenesteloven (Ot.prp.10 1998-99) fra 2001 har pålagt sykehusene å innføre enhetlig ledelse på alle nivåer, og gjennom å innføre et prinsipp om profesjonsnøytrale lederposisjoner, åpner loven for at også andre helseprofesjoner enn leger skal kunne bli avdelingsledere. De første ikke-medisinske ansettelsene utløste imidlertid sterke reaksjoner fra medisinske miljøer, og de fikk også klare motsvar, både fra andre profesjonsgrupper og fra politikere innenfor helsefeltet. De som i avisdebatten argumenterte for at posisjonen som avdelingsleder må ivaretas av leger, hevdet at det er leger som har de faglige forutsetningene for å kunne lede en enhet som *"faglig og forskningsmessig skal være i front"* (Midbøe m. fl. 2002). Motsvarene understreket at stillingen som avdelingsleder er en lederstilling, ikke en legestilling, og at ledelse er noe annet enn utøvelse av fag. *"De rent medisinske beslutningene ved kvinneklinikken skal fremdeles tas av den som har det medisinske ansvaret, nemlig legen. Jeg skal ha et systemansvar og et overordnet driftsansvar"* (Dommerud 2002a), uttalte jordmoren som hadde fått den omstridte stillingen i et avisintervju. Debatten utløste et engasjement helt fra avdelingsnivået opp til helseministeren, og viser at utforming av avdelingsledelse har både faglig, profesjonspolitisk og helsepolitisk betydning. Hva er så engasjementet og temaene i denne debatten et uttrykk for, og hvordan kan vi forstå det at ansettelse av en jordmor, dvs. en ikke-medisiner som avdelingsleder, kan utløse slike reaksjoner?

## 1.1 Avhandlingens fokus

Spørsmålet om enhetlig avdelingsledelse kan godt studeres som en profesjonskonflikt. Debatten illustrerer klare motsetninger i synet på hvem som kan ivareta lederansvaret for avdelingene. Jeg har i stedet tatt utgangspunkt i at den tydeliggjør kontroverser mellom ulike syn på hvilken betydning fagkunnskap har i ledelsen av avdelingene. Debatten gjør det tydelig at ideen om profesjonsnøytral ledelse er problematisk i et faglig felt. Som konstruksjon er det profesjonsnøytrale interessant, fordi det ved sin definisjon befester og forutsetter et profesjonssystem. Det profesjonsnøytrale, som innebærer at faget skal være uten betydning, konstrueres mao. med referanse til at fag *har* betydning. Realiseringen av dette prinsippet i lederreformen utfordrer derfor faglige aspekter ved ledelsen, og det utfordrer en tradisjon for faglig ledelse av avdelinger i sykehus. Med ideen om profesjonsnøytralitet som utgangspunkt vil jeg derfor bruke denne lederreformen til å utforske betydningen av fag som grunnlag for ledelse av sykehusavdelinger, ved å studere hvordan innføringen av et skille mellom ”fag” og ”ledelse” håndteres av de nye avdelingslederne<sup>1</sup>.

Avhandlingen er en studie av hvordan nye ideer om styring og ledelse utfordrer sykehusfeltets faglige rasjonaler<sup>2</sup>. Jeg bruker en reform som et inntak til å studere det jeg ser som et møte mellom en New Public Management (NPM)-inspirert styringsforståelse, og sykehusets medisinsk-faglige forståelser av ledelse av faglig aktivitet. Dette møtet analyseres primært gjennom å studere de nye

---

<sup>1</sup> Jeg bruker både betegnelsen ”avdelingsleder” og ”avdelingssjef” om denne stillingen, fordi begge betegnelsene er i bruk. Den omstridte ansettelsen i Bergen gjaldt f.eks. en avdelingsleder, mens mine informanter i sykehuset ble ansatt som avdelingssjefer.

<sup>2</sup> Jeg benytter i tråd med Vrangbæk (Vrangbæk 1999) begrepet ”rasjonaler”, og bruker det her synonymt med ”forståelser” eller ”logikker” for å variere språket. Vrangbæk påpeker at rasjonaler kan betraktes som en slags weberianske idealtyper, som ikke kan sies å avspeile virkeligheten, men som heller har til hensikt å fungere som innspill til en diskusjon av observerte fenomener.

avdelingsledernes håndtering av lederreformen i innføringsfasen av reformen<sup>3</sup>. Avdelingslederne er fagpersoner som går inn i en ny lederfunksjon hvor de i større grad enn før skal fungere som ”profesjonelle” ledere<sup>4</sup>, og de skal dermed i større grad enn avdelingsledelsen gjorde tidligere, ivareta ledelsesmessige hensyn. Jeg betrakter derfor aktørenes håndtering av reformen som ”forhandling” mellom en hegemonisk<sup>5</sup> faglig basert forståelse av kunnskap, organisasjon og ledelse, og en forståelse som innebærer at profesjon, i betydningen egen faglig bakgrunn, skal få redusert betydning, og at ledelse som en generell og generalisert størrelse, skal få større plass. Når reformen innføres representerer den i forenklet forstand et møte mellom gammelt og nytt, i tillegg til at det er et møte mellom et konsept og den konkrete hverdagen i sykehuset. Forhandlingene vil derfor både representere prinsipielle forståelser av *hvordan* og *av hvem* faget bør ivaretas, og avveininger i forhold til hva som betraktes som praktisk gjennomførbart til enhver tid. Reformen er ett av mange tiltak som de senere årene er satt i verk for å bedre styringen av sykehusene, og representerer i så måte ikke noe ideologisk brudd med andre effektiviseringstiltak innenfor sektoren. Som ledelsesreform representerer den likevel et brudd med den eksisterende medisinsk-faglig forståelse av betydningen av fag som utgangspunkt for ledelse på avdelingsnivået.

---

<sup>3</sup> Det jeg kaller ”reformen” er Spesialhelsetjenestelovens § 3-9 Ledelse i sykehus. Lovteksten er som følger (Sosial- og helsedepartementet 1999): ”Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner”. Loven trådte i kraft 1. januar 2001, og perioden for datainnsamling til denne studien strakte seg fra våren 2001 til august 2002.

<sup>4</sup> Begrepsbruken knyttet til ledelse er en utfordring i denne sammenheng. I mangel av et bedre begrep bruker jeg ”profesjonell” ledelse om den ledelsesformen som innføres på avdelingsnivå, selv om den ivaretas av helsepersonell. Tradisjonelt har avdelingsnivået vært betraktet som et faglig ledelsesnivå, men reformen innebærer at lederens faglige aktivitet skal ha redusert plass i forhold til lederfunksjoner også på dette nivået. I så måte innebærer reformen en ”profesjonalisering” av ledelsen på avdelingsnivået.

<sup>5</sup> Begrepet hegemoni bygger på Antonio Gramscis analyser av klasserelasjoner, og kan defineres som ”the cultural dynamic by which a group claims and sustains a leading position in social life” (Connell 1995:77). Det innebærer å ha en dominerende posisjon når det gjelder å definere hvordan man skal forstå sosiale sammenhenger.

Reformen tar sikte på å styrke ledelsen av avdelingene i sykehus gjennom å omforme lederfunksjonen fra en faglig til en profesjonell lederfunksjon, ivaretatt av helsepersonell. Den innebærer en overgang fra todelt ledelse med avdelingsoverlege og oversykepleier i formelt likestilte lederposisjoner, til enhetlig ledelse. Den faglige ledelsesforståelsen ser ledelse av faglige enheter som en del av det faglige ansvaret, ivaretatt av fagpersonell og med utgangspunkt i deres faglige autoritet (Borum 1999:27). Reformen bryter med denne ledelsesforståelsen på flere punkter:

- 1) For det første ved å definere funksjonen som avdelingsleder som ”profesjonsnøytral”. Dette innebærer at andre enn leger kan få lederansvaret for avdelingene, inkludert hovedansvaret for den faglige virksomheten.
- 2) For det andre ved at ledelsen er enhetlig, dvs. at lederen har lederansvar for alle arbeidstakere, også utenfor egen profesjon.
- 3) For det tredje ved at ledelse av avdelinger i langt større grad skal være en profesjonell ledelsesfunksjon, som innebærer at avdelingssjefene primært skal arbeide med ledelse, ikke egen fagutøvelse (Ot.prp.10 1998-99).

Reformen definerer ledelse som en selvstendig aktivitet, og i prinsippet uavhengig av lederens egen faglige bakgrunn. Reformen kan derfor ses som en konkretisering av det som i den internasjonale litteraturen om reformering av offentlige virksomheter kalles "managerialism" (Clarke og Newman 1997), og som er et viktig element i New Public Management (NPM). Gjennom vektlegging av ledelse som profesjonell aktivitet legger ”managerialism” økt vekt på styring av aktivitet og på lederens frihet til å fatte beslutninger, og på målbare kriterier for utøvelse av ledelse (performance management) (Boston m. fl. 1996; Hoggett 1996). For å vise hva slags brudd denne reformen representerer, og hvilke sider ved forholdet mellom fag og ledelse jeg dermed vil fokusere på, skal vi ta et kort tilbakeblikk på organiseringen av lederfunksjonen på avdelingsnivået. Dette er

---



samtidig utgangspunktet for å identifisere noen utviklingstrekk som har spesiell betydning i forbindelse med denne studien.

## **1.2 Faglighet og avdelingsledelse**

Sykehusene ble etablert som institusjoner i sammenheng med vitenskapeliggjøringen av medisinen på slutten av 1800-tallet, og utviklet seg som den mest medisinsk dominerte delen av helsesystemet. Legene rangerte sosialt og faglig over alle andre grupper i sykehuset; de ledet sykehusene og avdelingene, og hadde kontroll med ansettelse. Da man begynte å utvikle en avdelingsstruktur på 1900-tallet, tok man utgangspunkt i de medisinske fagspesialiteter, og avdelingsstrukturen har senere fortsatt å utvikles i tråd med denne medisinsk-faglige logikken. Dette var en "intra-kollegial" struktur med lite innblanding utenfra. Inntil 1960-70-tallet kan sykehusene med utgangspunkt i disse forholdene karakteriseres som "medikratiske" institusjoner (Berg 1996:436-437). Avdelingene har hatt en tradisjon som selvstendige enheter, dvs. at de i størst mulig grad har vært selvhjulpne og uavhengige av hverandre. Den sentrale betydningen som den faglige lederfunksjonen har hatt på avdelingsnivået, innebærer at sykehusene har hatt en desentralisert faglig ledelsesstruktur og et sterkt faglig selvstyre (Vik 1992:92-93).

Fra 1970-tallet har det medisinske selvstyret i sykehusene gradvis forvitret; sykehusene har fått nye eiere, og eierne har hatt en annen og mer aktiv holdning til styringen av sykehusene. Den medisinske autonomien er dermed redusert i forhold til tidligere. Lederen av avdelingene er etter hvert blitt en mellomleder som ivaretar et delegert arbeidsgiveransvar, og har som del av den totale ledelsen i sykehusene ingen selvstendig lederautoritet (Berg 1996:440-441). Ettersom sykehusene er blitt langt mer komplekse organisasjoner, innebærer dessuten

ledelse helt andre oppgaver og utfordringer enn tidligere, så avdelingsledelse er de senere årene blitt en tvilsom "ære" som mange leger kvier seg for å påta seg. En grunn er at det å gå inn i lederfunksjoner i stadig større grad innebærer å måtte gjøre mer definitive valg om å begrense utøvelsen av faget. Det er mao. blitt stadig vanskeligere å utøve ledelse som en forlengelse av den faglige aktiviteten, slik en faglig ledelsestradisjon innebærer. Dette betyr at ledelse i sykehus i økende grad er blitt skilt fra klinikken (Berg 1998). Blant annet av denne grunn har temaet avdelingsledelse også vært mest kontroversielt i kliniske avdelinger, dvs. avdelinger som driver med direkte pasientrettet virksomhet.

En annen grunn til at avdelingsledelse ikke alltid ses som attraktivt, er at legene i stadig større grad, også på avdelingsnivået i sykehus, har fått ansvar for en stadig strengere fordelingspolitikk - *"den etisk tunge oppgave å sørge for å fordele de for knappe goder mellom ulike pasienter og grupper av pasienter: Legene har fått (beholde) en frihet det er særlig utakknemlig å ha"* (Berg 1991:163). Økende styringsbehov med utgangspunkt i økte krav til effektivisering og ressursutnyttelse, bidrar til å redusere betydningen av faglige i forhold til andre (i særlig grad økonomiske) vurderinger og normer. Dette gjør at legen beskrives som å ha kommet under dobbelt ledelse, og at medisinsk-faglige vurderinger stilles under "administrativ kommando" (Berg 1991:166). Felles for disse utviklingstrekkene er at de reduserer betydningen av (medisinsk-) faglige i forhold til andre hensyn.

Sykepleiernes rolle i avdelingsledelse er av spesiell betydning her. Sykepleierne har i økende grad arbeidet for profesjonalisering av eget fag, og også for retten til å lede eget fag. Sykepleiefaglig ledelse på avdelingsnivået har vært et viktig mål i den sammenheng (Melby 1999:297-301). Prinsippet om todelt avdelingsledelse mellom leger og sykepleiere var gjenstand for flere offentlige utvalg og utredninger fra 1970-tallet. Disse ble utgangspunkt for en debatt om sykepleie skulle betraktes

som medisinsk assistanse, eller som en selvstendig yrkesutdanning ”*der medisinske fag spilte en grunnleggende, men begrenset rolle som støttfag*” (Melby 1990:299). Sykehusene begynte å innføre todelt ledelse fra tidlig på 1980-tallet. Den profesjonsspesifikke delingen av lederansvaret innebar at avdelingsoverlege og oversykepleier hadde ansvar for hver sine fagområder og faggrupper, og understreket at ledelse på dette nivået ble oppfattet som et faglig anliggende. I den todeltede ledelsesmodellen var avdelingsoverlege og oversykepleier ansett som ”*enhetlig ansvarlig for avdelingens drift, administrasjon, budsjettoppfølging og resultater*” (NOU 1997:2:521-22). I praksis innebar den todeltede ledelsen en videreføring av den enkelte profesjons ledelsestradisjoner, hvor sykepleieledere har hatt overveiende administrative oppgaver og har brukt mye tid blant annet på personalarbeid, mens avdelingsoverlegen har brukt mesteparten av sin tid på direkte pasientrettet arbeid, og relativt mindre tid på personalarbeid og personlig veiledning av medarbeidere (Johansen m. fl. 1992). Todelt ledelse var samtidig et likestillingsprosjekt som ga sykepleierne lederansvar for egen faggruppe, noe som var i tråd med profesjonsstrategiene som markerer sykepleie som eget selvstendig fagfelt, og ikke underordnet medisinen (Melby 1990; Erichsen 1996c:55-56; Sommervold 1997). Todelt ledelse var lederstrukturen på avdelingsnivået i over 90 prosent av norske somatiske sykehus da lovfestingen av enhetlig ledelse ble vedtatt i juli 1999<sup>6</sup> (NOU 1997:2:40).

En viktig grunn til at forholdet mellom fag og ledelse er et så sentralt tema i sykehuset, er betydningen av fagkunnskap som grunnlag ikke bare for utøvelsen av sykehusets ”produksjon”, men også som basis for ledelsens autoritet. Profesjonene har en sterk rolle i sykehuset, og et viktig prinsipp er betydningen av å kunne det man skal lede. Hva slags faglig kunnskap som kan være basis for ledelsesposisjoner er gjenstand både for faglige, organisatoriske og

---

<sup>6</sup> Lov 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Sosial- og helsedepartementet 1999)

profesjonspolitiske vurderinger (Freidson 1986). En faglig utfordring ligger i spesialiseringen av medisinen, som har ført til opprettelse av et stort antall spesialiteter og grenspesialiteter, og til strukturering av organisatoriske enheter med utgangspunkt i disse faglige områdene (Mo og Buhaug 1994).

Spesialiseringen gjør at grunnlaget for ledelse av eget fag er blitt problematisk på avdelingsnivået, noe som kan eksemplifiseres ved at subspecialister (dvs. eksperter innenfor en avgrenset del av en medisinsk spesialitet) ikke nødvendigvis forholder seg til hele avdelingens fagområde som sin faglige referanse, men heller refererer til selve subspecialiteten og subspecialister ved andre sykehus (Berg 1991:167). Dette betyr at den gamle "naturlige" autoriteten som lå i avdelingsoverlegens posisjon er endret. På grunnlag av spesialiseringen og andre organisatoriske utviklingstrekk tematiseres avdelingsledelse også av medisinen selv (se f.eks. Hanao 2001).

For det andre ser vi at den stadig økende spesialiseringen av det medisinske fagfeltet har bidratt til en økende intern arbeidsdeling og en utvikling av "nye" yrker og funksjoner. Sykehusene har derfor fremstått som stadig mer komplekse, og fremveksten av mange atskilte yrkesgrupper har vært sett som en av flere grunner til at det er vanskelig å endre arbeidsorganiseringen i sykehuset (Östergren og Sahlin-Andersson 1998:198), samtidig som det øker behovet for ledelse (Berg 1991:157). Utviklingen i sykdomspanoramaet sammen med stadig nye teknologiske og behandlingmessige muligheter, innebærer endringer som også påvirker forholdet mellom profesjonene, og gjør at det medisinske hierarkiet i sykehuset ikke er like entydig i alle sammenhenger. Dette åpner for at nye ideer om hvem som kan lede avdelingene vinner terreng, og innebærer at andre profesjoners profesjonaliseringsstrategier og ønsker om å komme i lederposisjoner utfordrer det medisinske "selvfølgelige" lederskapet i avdelingene (Sommervold 1997).

En tredje faktor er det store blikket på sykehuset: krav om effektivisering og bedre utnyttelse av ressurser, sammen med ivaretagelse av pasienters rettigheter og behov. Dette innebærer et fokus på ventelister, innføring av fritt sykehusvalg og ulike typer tiltak for å gjøre sykehustjenestene mer tilgjengelige og utnytte ressursene bedre, med et sterkt fokus på kundeaspekter og tilfredshet som mål på hvor godt sykehusene gjør jobben. Oppmerksomheten har blant annet vært rettet mot problemer med den profesjonelle autonomien, og en manglende evne til fornyelse som overskrider den faglige spesialiseringen og den profesjonelle organiseringens logikk (Borum 1999:24). De fagprofesjonelles (og i særlig grad medisinen) hegemoniske definisjonsmakt i forhold til problemstillinger og løsninger, som tidligere var sett som et viktig utgangspunkt for å kunne løse folks helseproblemer, har i økende grad blitt sett som årsak til at man ikke får til å effektivisere innenfor sykehusvesenet. Dette plasserer den faglige autonomien og de faglige logikkene som problematisk sett fra et New Public Management-inspirert ståsted. Denne tenkningen ser styrking og profesjonalisering av ledelse som et viktig tiltak for å bidra til å løse disse problemene (Pollitt 1990).

I sykehuset utgjør medisinen kunnskapsforståelser en forståelsesramme for virksomheten. Det innebærer at medisinen forståelser av forholdet mellom fag og ledelse har vært institusjonalisert som den "riktige" måten å forstå organisasjonen på. Denne forståelsen har satt "faget" (medisinen) på toppen, og lagt premisser også for fortolkning av reformer og organisatoriske tiltak.

Avisdebatten illustrerer hvordan denne lederreformens elementer bryter med de medisinsk-faglige forståelsene, og reiser spørsmålet om medisinen forståelser av ledelse kanskje ikke er like selvfølgelig lenger. Derfor er det interessant å studere fagets betydning i ledelse som et uttrykk for at nye ideer forhandles i forhold til eksisterende oppfatninger. Lederreformen er bærer av en annen tenkning om ledelse, som baner vei for å si at det er andre "målekriterier" enn medisinen som er kommet inn i sektoren, og dette gir "faget" og faglig autonomi et annet betydning enn tidligere. Det baner dermed også vei for at man kan tenke seg en

annen utforming av denne ledelsesfunksjonen, og i prinsippet for at andre faggrupper kan ta ledelsesansvaret for avdelingene.

Avdelingsledelse har altså vært en ledelsesaktivitet hvor det faglige selvstyret har vært relativt omfattende. Den utviklingen og de utfordringene jeg har skissert, innebærer at sykehusfeltets faglige logikker utfordres fra mange hold, både faglig gjennom spesialisering, profesjonspolitisk gjennom profesjonenes endrete status i helsefeltet, og organisatorisk gjennom økte effektivitetskrav og endrede perspektiver på betydningen av ledelse. Det siste har fått økt styrke og betydning gjennom New Public Management-tenkningen som i et par tiår, og særlig siden midten av 1990-tallet, har preget både forståelser og løsninger på organisatoriske problemer mer generelt i offentlige virksomheter, og ikke minst i sykehusene. Dette er en utvikling som kan sies å destabilisere og problematisere forholdet mellom faglighet og ledelse, og som det derfor er interessant å utforske.

### **1.3 Profesjon, fag og ledelse – spenninger og ambivalenser**

Denne studiens utgangspunkt er at den institusjonaliserte forståelsen av faglig ledelse på avdelingsnivå i sykehuset er blitt utfordret av en reform som innebærer profesjonalisering av lederfunksjonen. Fokus for studien er *på hvilken måte fag har betydning i ledelsen av avdelinger i sykehus*. Jeg er særlig opptatt av to kontroverser som blir tydelige gjennom reformen. Den ene berører forholdet mellom *fagkunnskap og ledelse*, som er en tett relasjon innenfor et medisinsk-faglig rasjonale. Reformen aktualiserer i særlig grad to aspekter ved dette forholdet. For det første betydningen av fagkunnskap som utgangspunkt for ledelsesmessig autoritet og legitimitet som leder, og for det andre det medisinsk-faglige rasjonalets forståelse av administrative funksjoner som støttefunksjoner til medisinen (Walby m. fl. 1994:152). Disse temaene er beslektet, og handler om

hvordan forhold knyttet til autoritet og legitimitet er sentrale for å forstå hvilken betydning faget har i ledelsen av avdelingene.

Den andre kontroversen gjelder spørsmålet om *hvem* som kan lede avdelingene, i betydningen *hvilken profesjon/hvilket fag*. Dette spørsmålet tematiserer ivaretagelsen av faget i ledelsen ved å problematisere det faglige rasjonalets oppfatning om nødvendigheten av å lede eget fag. Reformen legger opp til å håndtere behovet for faglig innsikt ut over avdelingssjefens eget fagfelt gjennom å etablere team av faglig rådgivere rundt avdelingssjefen. Reformens skille mellom ledelse og fag aktualiserer dermed ikke bare selve profesjonsspørsmålet (hvilket fag skal lede avdelingene), men også hvordan det medisinsk-faglige ansvaret for avdelingen skal ivaretas når avdelingssjefen ikke er lege, og mer generelt hvordan man skal sørge for at andre faglige hensyn skal ivaretas. Jeg ser det som viktig å rette oppmerksomheten mot kontekstens betydning for forståelsen av den nye ledelsens utforming, og av mulighetene for å ivareta ansvaret for avdelingen som faglig enhet.

I starten av dette kapitlet skrev jeg at jeg skal utforske betydningen av fag som grunnlag for ledelse av sykehusavdelinger, ved å studere hvordan innføringen av et skille mellom ”fag” og ”ledelse” håndteres av de nye avdelingssjefene. Med utgangspunkt i det ovenstående spør jeg derfor: *Hvorfor må det være faglig ledelse på avdelingsnivået i sykehus?*

#### **1.4 Avhandlingens oppbygning**

I kapittel 2 presenterer jeg avhandlingens teoretiske rammeverk. Jeg viser hvordan institusjonaliserte medisinske kunnskapsforståelser strukturerer forholdet mellom fag og ledelse, og forståelsen av hva som gir ledelsesmessig autoritet. Jeg viser også hvordan disse forståelsene møter utfordringer fra flere hold, både

faglig, organisatorisk og profesjonelt, noe som bidrar til å destabilisere medisinsens selvfølgelige grep om ledelse av avdelingene, og åpner for andre forståelser og fortolkninger. I kapittel 3 gjør jeg rede for New Public Management (NPM) som en effektivitetsorientert ”utfordrer” til de medisinske forståelsene, og som leverandør av andre og mer markedspregete løsninger, og i den sammenheng en annen ledelsesforståelse enn den vi finner i sykehuset. Jeg argumenterer for at ledelsesmessige ”hybridposisjoner” (Ferlie m. fl. 1996) hvor leger gjøres til ”profesjonelle” ledere av medisinske enheter, kan betraktes som inspirert av NPM. Jeg kommer videre inn på hvordan den norske ledelsesreformen bryter med tradisjonen for medisinsk ledelse ved å gjøre disse stillingene profesjonsnøytrale, og dermed understreker reformens skille mellom ledelse og fag.

I kapittel 4 presenterer jeg valg av metoder og drøfter konsekvenser av de valgene jeg har gjort. Jeg har brukt intervjuer med et utvalg avdelingssjefer og deres overordnede som hoveddatakilde i avhandlingen, supplert med et datamateriale som fremstiller den avisdebatten jeg refererte til i starten av dette kapitlet.

Kapittel 5 gir en beskrivelse av avisdebatten, og viser hvordan det å ansette en ikke-medisiner som avdelingssjef ble fremstilt som en profesjonskonflikt, samtidig som debatten fremstår som en forhandling mellom en politisk forstått reformtenkning og en faglig forstått profesjonsvirkelighet. Jeg bruker den først og fremst som et bakteppe som viser hvordan de ulike interessentene argumenterte for sitt syn og hvordan de ble forstått.

Det første av de tre kapitlene som bygger på datamaterialet fra sykehuset (kapittel 6) konsentreres om de nye avdelingssjefenes håndtering av sin nye lederrolle, og hvordan reformens skille mellom fag og ledelse aktualiserer spørsmål om autoritet og legitimitet, og peker på ambivalenser som det nye lederskapet innebærer både for leger og andre profesjoner. I kapittel 7 er



oppmerksomheten rettet mot reformen innenfor sin organisatoriske kontekst, for det første gjennom vurderingene av de organisatoriske endringene og mulighetene som reformen gir, og for det andre gjennom vurderingene av avdelingssjefens ansvar for avdelingen som faglig virksomhet, og de avveiningene dette ansvaret innebærer. Kapittel 8 utforsker profesjonsnøytral ledelse og analyserer argumentasjonen knyttet til mulighetene for at andre enn leger kan være avdelingssjefer. Temaet diskuteres både som et spørsmål om autoritet og legitimitet hos den enkelte utøver, og i sammenheng med forståelsen av hva slags organisatoriske kontekst avdelingssjefen skal virke innenfor. I avhandlingens siste kapittel diskuteres avhandlingens funn i lys av institusjonell teori og ut fra et perspektiv på sykehuset som kunnskapsorganisasjon.

## 2 En faglig forståelse av ledelse

Organisatoriske reformer brukes i stadig større grad for å endre virksomheten i offentlig sektor. Den utstrakte bruken av reformer er imidlertid ingen god indikator på hvor effektive reformene er som endringstiltak. Det er fordi det kan være vanskelig å si når en reform er gjennomført, og hva gjennomføring egentlig innebærer. Det er heller ikke lett å ”måle” hva som er de direkte konsekvensene av organisatoriske reformer. Det har f.eks. vært pekt på at det i en del evalueringer av New Public Management-inspirerte reformer har vært vanskelig å skille mellom endringer i språkbruk og endringer i verdier og atferd (Hood 1991; Pollitt 1995:150). En reform vil bygge på noen generaliserte forestillinger om sammenhengen mellom problemer og hvordan de kan løses, men hvordan reformens elementer faktisk tas i bruk eller ”oversettes” i en konkret kontekst, vil være avhengig av hvordan den forstås og fortolkes i forhold til denne kontekstens spesielle vilkår og særtrekk.

Denne studien fokuserer på en reform som bryter med de etablerte forståelsene av forholdet mellom fag og ledelse i sykehuset. Møtet mellom et medisinsk-faglig rasjonale og New Public Management (NPM) innebærer en forhandlingssituasjon hvor ulike oppfatninger om fag og ledelse vurderes i forhold til hverandre, og hvor nye strukturelle løsninger vurderes opp mot kjente ordninger. Jeg studerer dette møtet med utgangspunkt i et ny-institusjonelt perspektiv på meningsdannelse. Det er for å kunne vise hvordan de etablerte oppfatningene av faglig ledelse har vært institusjonalisert som selvfølgelige forståelser, og hvordan ledelsestenkningen i New Public Management, gjennom sin økende betydning som meningsleverandør om ledelse i offentlig sektor, utfordrer legitimiteten til den faglige tenkningen om ledelse. Det

konstruktivistiske perspektivet utgjør et teoretisk utgangspunkt for min analyse av lederreformen som et møte mellom NPM og et medisinsk-faglig rasjonale. Jeg vil derfor først trekke opp et institusjonelt perspektiv som bakteppe for presentasjonen av sykehusets medisinsk-faglige rasjonale. Deretter vil jeg vise hvordan dette rasjonalets særtrekk bidrar til å legge grunnlaget for måten ledelse forstås på i sykehuset, men samtidig også gjennom kunnskapsutviklingen og endringer i relasjonene mellom profesjonene, bærer kimen i seg til å undergrave legitimiteten til det ”selvfølgelige” medisinsk-faglige lederskapet.

## **2.1 Et institusjonelt perspektiv på faglighet og ledelse**

Når jeg betrakter møtet mellom en profesjonsbasert og en management-orientert ledelsesforståelse som forhandlinger mellom ulike rasjonaler, er jeg interessert i hvordan disse rasjonalene fremstår som ”selvfølgelige” og uavhengige av de enkeltpersoner som er bærere av dem, og hvordan de dermed får tyngde og legitimitet som noe annet enn den enkeltes mening. Det vil si at jeg er opptatt av hvordan de representerer institusjonaliserte forståelser av hvordan virkeligheten ser ut. Jeg har tatt utgangspunkt i det som kalles et ny-institusjonelt perspektiv på studiet av organisasjoner (Meyer og Rowan 1977; DiMaggio og Powell 1991; Scott 1995). Ny-institusjonell teori bygger på en fenomenologisk tradisjon hvor Peter Berger og Thomas Luckmann var blant de sentrale teoretikerne. De var i sin klassiker ”A Treatise in the Sociology of Knowledge” (Berger og Luckmann 1966) opptatt av at kunnskapssosiologien må fokusere på de prosesser som fører til at kunnskap blir etablert sosialt som ”virkelighet” (Berger og Luckmann 1966:15). De prosesser som fører til konstruksjon av virkeligheten definerte de som institusjonalisering. Kunnskap som institusjonaliseres blir sosialt objektivert som kunnskap, dvs. at den får betydning som objektiv virkelighet uavhengig av

de individer som til enhver til ”bekler” institusjonen. Den får dermed betydning som et slags regellignende faktum (Røvik 1998:36).

Ny-institusjonell teori betrakter institusjoner som helt sentrale for å forstå samspillet mellom organisasjoner og deres omverden, og fokuserer spesielt på hvordan kulturelle elementer har innflytelse på beslutninger og formelle strukturer. En ganske vid definisjon av institusjoner er formulert av Scott (Scott 1995): *”Institutions consist of cognitive, normative, and regulative structures and activities that provide stability and meaning to social behavior. Institutions are transported by various carriers – cultures, structures, and routines – and they operate at multiple levels of jurisdiction”* (Scott 1995:33). Scott understreker imidlertid at denne definisjonen sammenstiller tre elementer ved institusjoner som det er viktig å holde fra hverandre, og som har vært vektlagt i ulik grad av ulike institusjonsteoretikere. For mitt formål er det de kognitive dimensjonene ved institusjoner som gir nødvendig forståelse<sup>7</sup>. Dette perspektivet understreker betydningen av at mening skapes gjennom aktørens interaksjon med omgivelsene. For å forstå handlinger må man derfor ta hensyn ikke bare til de omkringliggende betingelsene, men også til aktørens subjektive fortolkning av dem. Et viktig poeng er dermed at ny-institusjonell teori behandler symbolske systemer og kulturelle regler som objektive og eksterne i forhold til individuelle aktører (Scott 1995:33). Vi oppfatter at de sosiale systemer vi bidrar til å skape, har en eksistens uavhengig av oss, at de er ”virkelige” utenfor oss selv.

Kunnskapen er nedfelt blant annet i strukturer, rutiner og prosedyrer, og blir på den måten ikke forstått som sosiale konstruksjoner, men som en objektiv og ikke

---

<sup>7</sup> Den tidlige kritikken mot institusjonell teori gikk blant annet på at den ikke hadde noen god forklaring på endring. Gjennom sitt syn på institusjoner som ”naturlige” systemer har institusjonalistene sett på stabilitet som norm og forandring som avvik. Innenfor det som Czarniawska kaller ”skandinavisk institusjonalisme” (Czarniawska og Sevón 1996a:5) får endring større oppmerksomhet, og organisasjoner betraktes som en kombinasjon av stabilitet og forandring –man åpner mao. for paradoksene i organisatorisk liv. Gjennom vektlegging av kognitive aspekter og konstruksjon av mening ivaretas dermed endringsaspektet i større grad.

menneskeskapt virkelighet (Berger og Luckmann 1966:79). Avvik fra den institusjonelle orden vil derfor bli oppfattet som et avvik fra den ”riktige” måte å gjøre ting på. Dette perspektivet peker på at det vi oppfatter som virkelighet er sosialt skapt, og at vi kontinuerlig deltar i forhandlinger om hvordan denne virkeligheten skal forstås. Scott sier det slik: *”Individuals do construct and continuously negotiate social reality in everyday life, but they do so within the context of wider, preexisting cultural systems: symbolic frameworks, perceived to be both objective and external, that provide orientation and guidance”* (Scott 1995:41).

Scott peker på at det kan identifiseres ulike typer kognitive elementer, men han fremhever spesielt det han kaller *konstitutive regler*. De brukes til å skape kategorier og konstruere symboler eller bilder (typifications), noe som innebærer at ulike typer individuelle og unike erfaringer kategoriseres i forhold til mer generelle meningskategorier som er knyttet til forskjellige typer sosiale situasjoner. Disse reglene er så grunnleggende i den sosiale strukturen at vi har lett for å overse dem. De bidrar til sosiale sorteringsprosesser ved at handlinger som forstås som selvfølgelige eller naturlige i bestemte sammenhenger, kan oppfattes som upassende eller unaturlige i andre (Scott 1995:40-43). Et slikt perspektiv kan bidra til å forklare hvordan oppfatningene om faglighet og ledelse i sykehusavdelinger har fått en selvfølgelig status og tas for gitt, og hvorfor en reform som bryter med noen av de grunnleggende elementene i den eksisterende forståelsen, blir problematisk og kan oppfattes som ”naturstridig”.

Ettersom institusjoner nedfelles i våre omgivelser og blir en del av det vi oppfatter som selvfølgelig eller ”naturlig”, vil de øke sannsynligheten for bestemte typer handlinger (Barley og Tolbert 1997). Dette innebærer at institusjonalisering bidrar til å kanalisere handlinger i bestemte retninger, selv om andre er teoretisk mulige. I sykehuset er det det medisinsk-faglige som skaper

mening i organisering og struktur, og dette innebærer at kunnskap og faglighet er institusjonalisert som forståelsesramme for sykehusets aktivitet og relasjoner. Dermed vil også lederreformens utforming og implikasjoner vurderes med utgangspunkt i disse faglige forståelsene. Dette er bakgrunnen for å forklare hvordan det som oppfattes som "sannheten" om faglig ledelse i sykehuset er en sosialt konstruert sannhet, som gjennom institusjonaliseringsprosesser har fått en selvfølgelig status som den riktige og legitime utforming av avdelingsledelsen.

Det ligger derfor makt i å kunne definere hvilke elementer som skal inngå i institusjonelle ordninger, dvs. i det som skal oppfattes som den "naturlige" måte å løse ting på. I den institusjonaliserte forståelsen av ledelse av sykehusavdelinger er det faglige det konstituerende elementet, og kontroll over arbeidet er et viktig element her. Denne kontrollen er først og fremst knyttet til kontroll over definisjonene eller det abstrakte kunnskapsgrunnlaget, og det å kunne legge premisser for konkret arbeidsutførelse. Ifølge Abbott (Abbott 1988) er det karakteristisk for profesjonene. *"(P)ractical skill grows out of an abstract system of knowledge, and control of the occupation lies in control of the abstractions that generate the practical techniques"* (Abbott 1988:8). Abbott påpeker at den konkrete utøvelsen, dvs. selve bruken av teknikkene, godt kan delegeres til andre yrkesutøvere. Det er kontrollen over "abstraksjonene" eller kunnskapsgrunnlaget som gjør at profesjonene kan redefinere problemstillinger og oppgaver, eller trekke nye oppgaver inn under profesjonens virkeområde. En slik kontroll kan dermed også gi mulighet til å posisjonere seg med tanke på å opprettholde eksisterende institusjonelle ordninger i tilknytning til arbeid og ansvar i lederposisjoner.

Posisjoner som innebærer å kunne definere hvordan en situasjon skal forstås, er verdt å trakte etter fordi de er en kilde til makt. Med utgangspunkt i sin definisjon av institusjoner, peker Scott på profesjonenes ønsker om kontroll, ikke bare over

arbeidsbetingelser, men over selve arbeidet: ”Professionals attempt to employ their power to shape the institutional frameworks supporting their activities in the broadest possible terms: They seek cognitive control – insisting that they are uniquely qualified to determine what types of problems fall under their jurisdiction and how these problems are to be categorized and processed; they seek normative control, determining who has the right to exercise authority over what decisions and actors in what situations; and they seek regulative control, determining what actions are to be prohibited and permitted and what sanctions are to be used” (Scott 1995:x). Profesjoner som (i større eller mindre grad) har kontroll over disse institusjonelle elementene, vil gjerne ha en hegemonisk posisjon som bærere av de institusjonelle ordningene som er knyttet til arbeidet. Dette er posisjoner som innebærer makt, og når de utfordres vil de ha mye å forsvare. Det vil blant annet innebære forhandlinger om legitimitet i forhold til eksisterende ordninger, og på hvilken måte nye organisatoriske elementer utfordrer denne legitimiteten.

### **2.1.1 Grunnlaget for legitimitet**

For at en institusjonell ordning skal få støtte, må den oppfattes som legitim, dvs. at legitimeringens funksjon er å sørge for at ordningen oppfattes som troverdig (Berger og Luckmann 1966:112). Ut fra et institusjonelt perspektiv er legitimitet ”a condition reflecting cultural alignment, normative support or consonance with relevant rules or laws” (Scott 1995:45). Berger og Luckmann peker på at en institusjons legitimitet tas for gitt i institusjonaliseringens første fase, men at utfordringen kommer når en institusjonell orden som er blitt historisk, skal opprettholde legitimitet hos nye ”generasjoner”. For å opprettholde legitimitet blir det viktig å fastholde at de institusjonelle definisjoner av situasjonen har forrang fremfor nye forsøk på å definere situasjonen (Berger og Luckmann 1966:113). I sammenheng med reformen betyr dette at det blir viktig å opprettholde den institusjonaliserte forståelsen av medisinsk-faglig

avdelingsledelse i en situasjon hvor avdelingsledelse omdefineres som profesjonsnøytral, og dermed potensielt ikke-faglig. Reaksjonene på de første ikke-medisinske ansettelsene kan f.eks. forstås som et forsøk på å fastholde medisinsk-faglig avdelingsledelse som den legitime institusjonaliserte forståelse av avdelingsledelse.

Scott peker på ulike grunnlag for legitimitet i de tre institusjonelle ”søylene” regulering, normer og kognisjon. Den regulative søylen legger vekt på at lovverket sanksjonerer hva som er legitimt, mens den normative søylen peker på et moralsk grunnlag for legitimitet. Den kognitive søylen bygger legitimitet på kulturell støtte, dvs. at man deler forståelsesramme eller måten man oppfatter en situasjon på (Scott 1995:35, 47). Hva som tas som uttrykk for at noe har legitimitet, varierer med andre ord ut fra hvilke elementer ved institusjonen man fokuserer på. Ut fra et institusjonelt perspektiv vil alle institusjonelle ordninger ha en sentral logikk, definert som et sett av materielle praksiser og symbolske konstruksjoner, som konstituerer ordningens organiserende prinsipper (Friedland og Alford 1991:248). I helsefeltet har profesjonell dominans og autoritet vært den dominerende logikk, noe som innebærer at legitimitet vurderes opp mot den tekniske/faglige kvaliteten på tjenestene. Siden legenes kunnskapsforståelse og profesjonelle logikker har vært ansett som den legitime basis for sykehusfeltets organisasjon og praksis, blir prioriteringer foretatt ut fra disse logikkene sett på som legitime og riktige. Grunnlaget for prioriteringene har vært en medisinsk-faglig etikk. Dette er en pliktetikk hvor hensynet til pasientenes behov for behandling står over andre hensyn, og hvor den enkelte lege har et personlig ansvar for behandlingen av pasientene (Jespersen 1999:146). Denne grunnholdningen har bestemte konsekvenser for hvilke prioriteringer og handlinger som oppfattes som rimelige eller selvfølgelige i en bestemt situasjon.



Ifølge Kitchener forsterkes prioriteringen av det faglig-etiske grunnlaget for legitimitet innenfor det profesjonelle byråkratiet, som understøtter sterke profesjonelle posisjoner (Kitchener 2002:391). Med andre ord understøtter den profesjonelle organisasjonen et *faglig* forankringspunkt for aktivitet. Fremveksten av det som karakteriseres som "*loosely linked 'new public management' doctrines*" (Kitchener 2002:392), som blant annet inkluderer nye måter å betrakte forholdet mellom profesjon og ledelse på, har imidlertid påvirket den politiske agenda på dette området, og har resultert i ulike former for ledelsesmessige innovasjoner med andre utgangspunkt for legitimitet. Kitchener skriver at "*reformers intend that the implementation of these doctrines will establish managerial criteria for legitimacy assessment that will 'normatively fragment' the logic of professionalism and 'deinstitutionalize' its structural manifestations*" (Kitchener 2002:392). Vi kan ut fra dette stille spørsmål om hva som skjer når en ny ordning kommer inn og bryter med den eksisterende ledelsesstrukturen: hva skjer med den etablerte forståelsen av faglighet i ledelsen?

NPM som doktrine inneholder elementer som på grunnleggende måter utfordrer de faglige logikkene som ligger hos profesjonene, og åpner for styrking av ledelsen. Den voksende legitimiteten til "managerialism" bygger på en uttalt kritikk av andre fremgangsmåters evne til å koordinere og kontrollere sosial velferd. I stedet for å forholde seg til politikere og administratorer og bygge legitimitet på profesjonelle bedømmelseskriterier, forholder et NPM-inspirert ledelsesregime seg i større grad til brukere og "kunder" og oppnår legitimitet på grunnlag av oppnådd tilfredshet (Clarke og Newman 1997:65-66). Utfordringene ligger her i at nye tiltak bygger på andre legitimitetsbaser enn før, og at andre forhold brukes som målestokk for hva som betraktes som relevante tiltak og resultater. Et interessant spørsmål i denne sammenheng er dermed hvordan man forhandler om grunnlaget for legitimitet.

### 2.1.2 Sammenheng og frikobling

Jeg skrev innledningsvis at jeg betrakter lederreformen som en NPM-inspirert reform, noe som gir rom til å problematisere forholdet mellom reformen som strukturelt tiltak, og den tenkning eller institusjonaliserte forståelse av ledelse som reformen representerer. Institusjoner kan betraktes som bindeledd mellom ulike nivåer i den sosiale virkelighet, og kan studeres innenfor og utenfor organisasjoner. Ut fra dagens språkbruk kan de også betegnes som diskursive<sup>8</sup> forståelser av virkeligheten (Søndergaard 2000), der diskursene som institusjonaliserte forståelser befinner seg på et overordnet nivå, mens deres utforming eller nedfelling i praksis befinner seg på et lokalt og lavere plan. Jeg forstår dette som at endringer gjennom f.eks. å gjøre strukturelle forandringer, dermed kan være et utgangspunkt for diskursiv forandring. Hoggett (Hoggett 1996) kom med et interessant eksempel fra utviklingen i offentlig sektor i England som belyser dette forholdet. Han pekte på at vanlige forsøk på å endre organisasjonskulturer ved opplæring o.l. hadde vært lite vellykket. Markedsmekanismer og konkurranseelementer som store deler av offentlig sektor i England har innført etter 1987, hadde likevel hatt effekt på atferden til et stort flertall av de ansatte i sektoren. Hoggett skilte mellom begrepene organisasjonskultur og diskurs for å forklare denne effekten av markedet. *"The crucial difference seems to be this - for a culture to be operative within an organization, actors must, to some extent, adopt the values and beliefs of that culture; for a discourse to be operative however, actors simply need to participate in the practices that comprise it"* (Hoggett 1996:15). Diskursbegrepet tar oss etter hans mening lengre enn de relaterte begrepene om organisasjonskultur og ideologi, fordi dominansen i en diskurs *"is not so much inscribed in people's consciousness as in the practices and technologies to which they are subjected"* (Hoggett 1996:15). Han pekte på at konkurranse som *praksis*

---

<sup>8</sup> Jeg bruker diskursbegrepet her for å vise et poeng, men velger i avhandlingen å benytte de tidligere introduserte begrepene "rasjonaler", "forståelser" eller "logikker".

hadde stor innvirkning på atferden også til de som hadde verdisystemer som var mer i tråd med dem vi tradisjonelt finner i offentlig sektor. Dette skjedde fordi det var vanskelig over tid å leve med forskjeller mellom verdier og praksis. Ut fra logikken om dissonansreduksjon (Festinger 1964) vil man enten forlate den nye praksis, eller så vil verdiene tilpasse seg den nye formen for praksis. Ideen her er at holdninger har en tendens til å følge etter praksis, og ikke omvendt (Hoggett 1996:15-16).

Dette resonnementet gir et innspill til å forstå hvordan strukturelle og praktiske endringer kan bidra til å forandre atferd, selv om det verdimeslige grunnlaget er et annet enn det som praksis bygger på (når du konkurrerer, så konkurrerer du, selv om du er uenig i idégrunnlaget). Her ser vi relevansen av å se på innføringen av reformen som en forhandling mellom ulike rasjonaler. De konkrete endringene i lederreformen, som en type strukturell premiss, legger opp til en praksis som ikke trenger å være understøttet av de oppfatningene som ellers ligger i organisasjonens verdiforståelser, men over tid kan man likevel forvente en viss holdningsmessig tilvenning til den nye ordningen, blant annet med utgangspunkt i et ønske om at organisasjonen skal fungere bedre.

Alternativt kan man forvente en form for organisatorisk frikobling (Meyer og Rowan 1977) mellom idéer og praksis. Frikobling som fenomen betraktes innenfor institusjonell teori som et uttrykk for manglende samsvar mellom de krav og forventninger som stilles til en organisasjon, og de strukturer og handlinger som er nødvendige for effektiv produksjon (Meyer og Rowan 1977; Brunsson og Olsen 1993). Frikobling forklarer enkelt sagt at grunnen til at organisasjoner kan drive på med mange og tilsynelatende motsetningsfylte aktiviteter samtidig uten å få problemer, er at man unngår å se dem i sammenheng (Røvik 1998:298). Perspektivet er dermed også spesielt relevant for å studere administrative reformer (Brunsson og Olsen 1993), og kan bidra til å

forklare hvordan reformer i en del tilfeller får liten effekt. Meyer og Rowans klassiske artikkel fra 1977 sier at ”*decoupling enables organizations to maintain standardized, legitimating, formal structures while their activities vary in response to practical considerations*” (Meyer og Rowan 1977:357). De understreker altså at frikoblingen gjerne skjer mellom formelle strukturelle forhold og det vi kan kalle det "utførende ledd": de som sørger for produksjonen. Fordelene ved frikobling mener de er åpenbare: troen på at formelle strukturer virker eller er effektive, beskyttes mot den manglende sammenhengen og de motstridende kravene i handlingsorganisasjonen. Frikobling kan dermed betraktes som en mer eller mindre viljesstyrt strategi for å unngå konflikt og tap av legitimitet (Røvik 1998:299). Selvfølgelig kan man også se frikoblingen som en strategi for å tilfredsstille handlingsorganisasjonens behov for sammenheng og entydighet (Jespersen 1999:163). Dette betyr at frikobling tematiserer forholdet mellom tiltak og effekt, mellom intensjon og praksis, og viser at et tiltak som er gjennomført på papiret ikke nødvendigvis trenger å ha fått tilsvarende effekter. Det er stor sannsynlighet for visse tilpasninger av den organisatoriske utformingen av lederreformen i tråd med de faglige forståelsene i sykehuset, selv om man på overflaten har gjennomført en enhetlig lederreform. Frikobling som strategi, dvs. som buffer som gjør at en "ytre" handling, f.eks. en reform, får begrensede konkrete konsekvenser inn i organisasjonen, problematiserer dermed forholdet mellom formelle strukturer og konkrete aktiviteter. Det problematiserer imidlertid også forholdet mellom de strukturelle reformene og den tenkningen som er grunnlaget for reformen, dvs. den virkelighetsforståelsen som den bygger på (jfr. Hoggetts poeng ovenfor).

Et perspektiv på løse koblinger eller frikobling kan åpne for å betrakte strukturer som noe som organisasjoner *gjør* i stedet for noe de *har* (Orton og Weick 1990:218), og frikobling kan derfor forstås som et uttrykk for et forsøk på å skape orden i en motsigelsesfylt organisatorisk virkelighet. Jespersen påpeker

f.eks. at inkonsistensen mellom NPM-tenkningen og den "sundhedsfaglige professionelle logik" (Jespersen 1999:143) har hatt negative konsekvenser for utvikling og styring i sykehusene i Danmark, først og fremst pga. "ikke realiserede eller dekomplekse reformer" (Jespersen 1999:143). Tiltak basert på NPM-tenkning har hatt vanskelig for å vinne innpass, og en av grunnene til dette er at de i liten grad har tatt inn over seg de spesielle vilkårene i sykehusfeltet (Jespersen 1999:158-160). Dessuten er det et viktig poeng at det kan være hensiktsmessig både for ledelse og politikere at legene bevarer tilstrekkelig autonomi til å sikre at det er de, og ikke politikerne, som får ansvaret for mikrobetlutninger knyttet til prioritering mellom pasienter (Harrison og Pollitt 1994:110). Aktivitetene må rasjoneres med utgangspunkt i de økonomiske rammene, og ansvaret for dette delegeres til de som skal fatte beslutninger om og utføre behandlingen av pasientene. Det er dette Berg peker på når han sier at legene får "beholde" en frihet det er utakknemlig å ha (Berg 1991:163). Poenget viser det tvetydige i den profesjonelle autonomien. Ifølge Jespersen er dette trekket spesifikt offentlig, og står i motsetning til alle mål- og kvalitetsstyringstanker fra privat sektor (Jespersen 1999:160). Frikobling kan dermed også være en konsekvens av en "arbeidsdeling" mellom profesjoner, ledelse og politikere. Sett i en slik sammenheng kan lederreformen betraktes som et tiltak for å innføre NPM via helseprofesjonene, gjennom at lederne fungerer som statens "forlengede arm" i styringen av sykehusene (Annandale 1998:238), og som et legitimt bindeledd mellom ledelse og fagutøvere. Imidlertid åpner medisinmiljøenes motstand mot å slippe til andre enn leger i lederposisjonen for å spørre om det å bli ledere er et trekk for å beholde kontroll på medisinen hender (Hunter 1994). Disse ulike perspektivene viser at dette er et politisk felt hvor møtet mellom ulike forståelser også har betydning i forhold til makt. Dette kan forklare engasjementet i reformens første fase, da en ny forståelse om enhetlig ledelse skulle på plass. Dette gjør det også tydelig at det blir viktig hvilken tyngde man forhandler reformen inn med, i forhold til dagens virkelighet.

### 2.1.3 Forhandling og oversettelse

Røvik peker på at mange studier av reformer i organisasjoner fokuserer på hva reformen gjør med organisasjonen (Røvik 1998:302). Min avhandling er i større grad en analyse av hva organisasjonen gjør med reformen: hvordan avdelingsledere innenfor et faglig rasjonale forhandler reformens elementer i forhold til en faglig forståelse av fag og ledelse. Med bruken av begrepet "forhandling" understreker jeg at jeg ser avdelingsledernes vurderinger som argumenter med utgangspunkt i det som er institusjonalisert som gjeldende forståelse av avdelingsledelse i sykehuset, overfor reformens måte å tenke ledelse på.

Et begrep som brukes i forbindelse med organisatoriske reformer er "oversettelse" (se f.eks. Czarniawska og Sevón 1996b). Røvik (Røvik 1998) peker på fire hovedtyper av oversettelsesprosesser: Konkretisering (en slags "operasjonalisering" av et generelt konsept for å tilpasse det til organisasjonens rutiner og aktiviteter), delvis imitering (man bruker deler av konseptet), kombinerings (bruk av elementer fra ulike konsepter) og omsmelting (den mest radikale oversettelsen, hvor oppskrifter brukes og omformes til noe nytt) (Røvik 1998:304). Gjennom oversettelse kan det med andre ord skje en forskyvning av modellens rasjonale og innhold i forhold til utgangspunktet (Bentsen 1997). Vi kan dermed se for oss et rom for forhandling om de elementene som reformer representerer og som bryter med profesjonsorganisasjonen. De som ofte fungerer som oversettere eller "translatører" er de som er ansatt i personal- og organisasjonsavdelinger, som vil fungere som profesjonelle "idé-arbeidere" (Røvik 1998:160 og 305). Det er også velkjent at ledere kan fungere som organisasjonsinterne oversettere (Røvik 1998:159). Jeg forstår "oversettelse" slik det brukes her som en beskrivelse av hvordan reformers elementer helt eller delvis og på ulike måter tas i bruk i en virksomhet. Når jeg velger å bruke *forhandling* som begrep, er det fordi jeg er spesielt interessert i hvordan det

forhandles om forståelsene. Jeg gjennomfører en studie av forhandling om ulike oppfatninger, ikke en studie av den konkrete iverksettelsen av en reform. Jeg oppfatter det slik at oversettelsen er mer direkte knyttet til den utformingen reformen får i den konkrete organisatoriske virkeligheten, mens jeg ser på hvordan avdelingslederne *forstår* denne virkeligheten. Et viktig poeng er at forhandlingene hele tiden dreier seg om hva som *går an* innenfor et faglig rasjonale: dvs. hva som kan tenkes å få legitimitet i en faglig kontekst.

Avdelingslederne som oversettere i denne studien er som ledere og fagpersoner i større grad i en dobbeltrolle enn ulike administrative translatører. De er "bærere" av organisasjonens faglige rasjonale, noe som spiller en rolle for den autoriteten de forhandler reformen med, og hvilken legitimitet de har som aktører i en faglig kontekst. De er samtidig ledere og skal dels fungere uavhengig av, og dels som overordnet i denne faglige konteksten. Konsekvensene av denne tvetydige posisjonen er en viktig problemstilling i forskningen om "medical management" (se f.eks. Hoff 2001; Llewellyn 2001), som avdelingslederne i denne studien er et eksempel på. Denne forskningen kommer jeg tilbake til i kapittel 3.

Jespersen peker på at situasjonen i sykehusene tradisjonelt har vært beskrevet som "*et relativt løst koblet system præget af forhandlet orden*" (Jespersen 1999:161). Organisasjoner som er preget av forhandlet orden er gode til å justere kursen innenfor en ramme av "relativ fred". I perioder med uro dannes nye posisjoner, og man finner fram til en ny forhandlet orden i relativ balanse og ut fra en aksept av hverandres posisjoner. Den forhandlede orden innebærer en overordnet aksept av de eksisterende profesjonelle over- og underordningsforhold i sykehuset, samt av at det profesjonelle arbeidet utøves ut fra en faglig-etisk grunnholdning og med en viss autonomi. Det vil si at forhandlingene foregår innenfor rammene av en institusjonalisert forståelse av sykehuset som *faglig* konstituert. Den forhandlede orden kan imidlertid bryte sammen hvis maktbalansen forrykkes avgjørende mellom partene. Jespersen

peker på at NPM kan bidra til dette fordi både *form* (teknikker og strukturer som kan skaffe innsikt i og kontroll med det profesjonelle arbeidet) og *innhold* (den grunnleggende tankegangen) bryter med den medisinske rasjonaliteten.

Lederreformen representerer en forståelse av ledelse og faglighet som utfordrer viktige sider ved den faglige ledelsen, og bidrar til å problematisere relasjonene både innbyrdes mellom profesjonelle og mellom profesjonelle og ledere.

For å gi et grunnlag til å analysere hvordan reformen møtes og forhandles i avdelingene, vil jeg i fortsettelsen av dette kapittelet vise hvordan den medisinske rasjonaliteten er institusjonalisert som forståelse av fag, organisasjon og ledelse i det norske sykehusfeltet. Ifølge Hernes (Hernes 2001) er medisinen stadig økende makt i det 20. århundre knyttet til to forhold: for det første veksten i kunnskapsgrunnlaget og troen på at leger kan gjøre noe med sykdom. For det andre den posisjonen de har i arbeidsmarkedet, relatert til andre yrkesgrupper. Jeg skal vise hvordan utviklingen på disse områdene har vært grunnlaget for institusjonalisering av medisinen som hegemonisk forståelse av faglighet og ledelse i sykehusfeltet, men samtidig paradoksalt nok også hvordan den samme utviklingen innebærer utfordringer for det faglige lederskapet.

## **2.2 Det medisinske rasjonale: fag og ledelse som sammenvevd**

Innenfor en tradisjonell styringslogikk i offentlig tjenesteproduksjon har ansvaret for kvalitet ligget hos utøverne, hos profesjonene, som er eksperter på utøvelse av sitt fag, og som er ansatt for å utøve det de kan til beste for brukerne: i dette tilfellet pasientene. Denne plasseringen av ansvar har vært begrunnet med at fagpersonellet har de faglige forutsetningene for å vurdere og tilpasse tjenestene i forhold til den enkelte pasient. Profesjonene har dermed betraktelig kontroll over eget arbeid, noe som innebærer at de utøver sitt fag med stor grad av faglig autonomi. Dette gjelder spesielt medisinen, som har et lovfestet ansvar knyttet til



pasientbehandlingen<sup>9</sup>. Profesjonene fatter selvstendige beslutninger i tilknytning til behandlingen av pasienter med utgangspunkt i sin faglige kompetanse og autorisasjon. Dette er grunnlaget for en ”tillitskontrakt” mellom profesjonene og samfunnet (se f.eks. Lian 2003: kap. 8) om at profesjonene yter behandling ut fra sine etiske normer og faglige skjønn til det beste for pasienten. Som en forutsetning for denne tilliten ligger en grunnleggende tro på at profesjonene har et altruistisk utgangspunkt for sitt virke: at profesjonene tjener samfunnets interesser. Saks (Saks 1999) poengterer at dette synet på profesjonene har hatt en bred og relativt ukritisk aksept innen profesjonsforskningen inntil slutten av 1960-tallet. Det var særlig tydelig hos forskere som var opptatt av å identifisere hvordan profesjonene skilte seg fra andre yrkesgrupper, slik som Greenwood (Greenwood 1957) og Wilensky (Wilensky 1964). De identifiserte altruisme som en karakteristikk ved profesjoner, sammen med slike trekk som lang utdanning og en eksklusiv kunnskapsbase. Da et mer kritisk perspektiv på profesjonene ble utviklet utover 1970-tallet, lå noe av kritikken mot denne forskningstradisjonen i et manglende teoretisk rammeverk for å vurdere om profesjonene faktisk tjente samfunnets interesser. Ved å bygge altruisme-idealet inn i selve definisjonen av en profesjon, måtte konklusjonene til forskere innenfor denne tradisjonen anses som selvoppyllende (Saks 1999:14-15).

Troen på fagkunnskapen og den medisinske ekspertise har helt fra mellomkrigstiden og i tilknytning til utviklingen av den norske velferdsstaten hatt et sterkt fotfeste, og har fått prege utformingen av det norske helsesystemet. Dette har lagt grunnlaget for at den medisinske fagkunnskapen har vært oppfattet som det legitime grunnlag for utformingen av behandlingsmessige og strukturelle forhold knyttet til helsetilbudet i Norge. Det innebærer med andre ord at

---

<sup>9</sup> Helsepersonelloven fra 2001 understreker at alt helsepersonell på generelt grunnlag har ansvar for å opptre forsvarlig og skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Det er spesifisert at leger har ansvar i konkrete diagnose- og behandlingssituasjoner og skal ta beslutninger om spesifikke medisinske spørsmål (Ot.prp.13 1998-99:45). Se for øvrig helsepersonellovens §4 s. 259 i samme dokument.

medisinen har hatt en posisjon som kunnskapsmessig utgangspunkt for utformingen av sykehussektorens løsninger. Ansvar for sykehuset som virksomhet ligger imidlertid i den formelle organisasjonen, som både har et ansvar for å legge til rette for forsvarlig pasientbehandling, for best mulig ressursutnyttelse og for at sykehuset holder budsjettene. Men i og med at de ressursutløsende beslutningene fattes i avdelingene, har sykehuset en reelt desentralisert beslutningsstruktur, uavhengig av hvordan den formelle ledelsesorganisasjonen er innrettet (Jeppesen 1997:203). Med utgangspunkt i dette kan man si at sykehus i realiteten styres både ovenfra og nedenfra.

Den relativt ukritiske aksepten av at profesjonene tjente samfunnsinteressene har fra slutten av 1960-tallet og inntil i dag i økende grad blitt supplert med, og etter hvert avløst av, mer kritiske perspektiver på profesjonenes rolle (Erichsen 1996c:41; Saks 1999). Dette kan blant annet knyttes til økende problematisering av medisinske profesjonelle dominans i helsefeltet (Hafferty og Light 1995). I tillegg til å bidra til kritisk analyse av profesjonenes maktposisjoner i helsefeltet, har denne utviklingen også bidratt til å skape det rommet som New Public Management har fått til å argumentere for at reformer innenfor ledelse er ett av svarene på styringsproblemer i sektoren.

I det følgende skal vi se nærmere på noen sider ved den medisinske kunnskapsforståelsen, og jeg vil legge spesielt vekt på betydningen av spesialisering, det kliniske arbeidets betydning for faglig autoritet, og på den hierarkiske inndelingen av oppgaver og ansvar. Jeg skal vise hvordan den medisinske kunnskapsforståelsen innebærer at faglighet er tett sammenvevd med strukturering av arbeid og med profesjonelle relasjoner. Videre skal jeg vise hvordan forhold knyttet nettopp til utviklingen av spesialisering og forholdet til andre profesjoner utgjør sentrale utfordringer for medisinerne når det gjelder ledelse av avdelingene.

### 2.2.1 Den medisinske kunnskapsperspektivet

Sykehuset som kunnskapsorganisasjon preges i stor grad av den sterke posisjonen til det medisinske kunnskapsområdet, noe som medfører at en medisinsk reduksjonistisk<sup>10</sup> og naturvitenskapelig basert kunnskapsforståelse har vært et viktig grunnlag for utviklingen og utøvelsen av den faglige virksomheten. Denne kunnskapsforståelsen fikk sin moderne utforming i det 19. århundre, da den kliniske observasjon ble tatt i bruk som metode, og kunnskapen om kroppen og dens sykdommer ble vitenskapeliggjort<sup>11</sup>. Reduksjonismen som kunnskapsforståelse er opptatt av å skaffe kunnskap om enkeltdeler/enkeltsystemer gjennom kunnskapsmessig avgrensning og konsentrasjon. Den stimulerer derfor til spesialisering<sup>12</sup>. Innenfor det medisinske fagfeltet innebærer dette en stadig grundigere kunnskap om mindre deler av kroppen, noe som representerer et brudd med den før-vitenskapelige holistiske tenkningen i medisinen. Faglig utvikling innebærer derfor et driv i retning av å skaffe ny og stadig mer spesialisert kunnskap som kan være utgangspunkt for behandling på nye områder, mens det som allerede er kjent, kan delegeres og utføres av andre. Som faglig logikk innebærer dette at ny kunnskap utvikles

---

<sup>10</sup> Reduksjonismen (dvs. biologisk reduksjonisme) innebærer at mennesket forstås som biologisk organisme og den humane medisin som en gren av biologien. En slik forståelse plasserer legevitenenskapen som en rent naturvitenskapelig disiplin, mens man med utgangspunkt i et bredere menneskesyn vil insistere på at medisinen både er en naturvitenskapelig og en humanistisk disiplin (Wulff m. fl. 1993:64, 135)

<sup>11</sup> Med den vitenskapelige ”revolusjon” endret medisinen kunnskapsgrunnlag seg fra å være forholdsvis generelt, lite presist og svakt rent diagnostisk, til å bli mer sykdomsdifferensiert og presist. Kunnskapen om kroppen og dens patologi fikk en biologisk forankring, og behandling kunne kalkuleres på nye måter. Dette førte til at medisinen ble en anvendt vitenskap (Berg 1987:35-37), som baserte behandling av sykdom på forståelser av kausale sammenhenger mellom biologiske, fysiologiske eller mikrobiologiske funn og pasientenes symptomer, mao. det som kan kalles en biologisk sykdomsteori. Ifølge denne teori betraktes sykdom som en feil i det biologiske maskineriet, noe som har gitt denne forståelsen betegnelsen ”apparatfeilmodellen” (Wulff m. fl. 1993:63). Denne biologisk baserte sykdomsforståelsen har en dominerende posisjon innenfor moderne medisin, selv om den de siste tiårene har møtt utfordringer fra andre forståelser av kropp, sykdom og helse (Berg og Mol 1998:1-12).

<sup>12</sup> En medisinsk spesialitet er en formelt godkjent, avgrenset del av det medisinske fagområde. Avgrensningen følger i hovedsak organer eller organsystemer, sykdomsgrupper, pasientaldersgrupper eller spesielle undersøkelses- og/eller behandlingsmetoder. En grenspesialitet betegner en ytterligere avgrensning av en hovedspesialitet. Utdanningen til en grenspesialitet bygger på hovedspesialiteten og

”ovenfra”. Dette blir tydelig ved at den faglige autoritet topper seg i subspesialitetene (Berg 1987:43), dvs. at den høyeste faglige kunnskapen og prestisjen ligger i de smaleste faglige kunnskapsområdene. Spesialisering som prosess bidrar dermed gjennom avgrensning og oppdeling av kunnskapen om et felt og den arbeidsdelingen som følger av dette, til utvikling av et kunnskapsbasert hierarki.

Faggruppens betydning og relasjoner i det faglige hierarkiet må ses i forhold til sykehusenes oppgaver, som er diagnostisering og behandling av pasienter, utdanning av personell til helsevesenet, og forskning og utvikling (NOU 1997:2:31). Gjennom at legene har et lovfestet ansvar for behandlingen, understrekes medisinsens betydning som det sentrale fagfeltet i sykehusets hierarki. Dette understøttes også av at det som ”måles” som sykehusets produksjon er det antallet pasienter som behandles medisinsk (Vike 2002:224-225). Sykepleierne har tradisjonelt vært underordnet legene, og beskrives også i nyere offentlige dokumenter som en del av sykehusets medisinske funksjoner (se f.eks. (NOU 1997:2:33). På dette grunnlaget er det rimelig å argumentere for at reduksjonistisk tenkning også vanskeliggjør samarbeidet med andre profesjoner (Martinsen 1991:262). Det faglige hierarkiet konstituerer et system av over- og underordning av kompetanser,<sup>13</sup> både innenfor den enkelte profesjon og mellom profesjoner, med utgangspunkt i den medisinske behandlingen og spesialiseringen av kunnskap. Det fører til en inndeling i hoved- og støttefunksjoner i forhold til behandlingsaktiviteten, og har blant annet hatt som konsekvens at sykepleie og andre fagfelt har vært forstått som støttefunksjoner for medisinen (Carpenter 1993). Profesjonelle relasjoner kan imidlertid ta ulike former avhengig av hvilke typer virksomhet man snakker om, og behovene til

---

utdyper et avgrenset område av den. En subspesialitet betegner en ikke godkjent undergruppering av en spesialitet uten formelle utdanningskrav og uten formell kompetanse (Legeforeningen 2001a).

<sup>13</sup> Det kan argumenteres for at ”profesjonenes kjønns sammensetning, mer enn deres kunnskapsgrunnlag, blir bestemmende for hierarkier” (Erichsen 1996c:45).

den aktuelle pasientgruppen (se f.eks. Walby m. fl. 1994:kap.2). I kapittel 2.2.3 går jeg nærmere inn på betydningen av det faglige hierarkiet som utgangspunkt for oppfatninger om ledelse innenfor et medisinsk-faglig rasjonale.

På bakgrunn av medisinsens posisjon i det faglige hierarkiet er det rimelig å oppfatte den medisinske rasjonalitet som en hegemonisk forståelse av sykehusets faglige virksomhet. Kjernen i den dominerende medisinske rasjonalitet formuleres av Jespersen (Jespersen 1999:146) i følgende punkter:

1. Medisinen følger sin egen logikk styrt av vitenskapelige metoder og funn.
2. Vitenskapelige fremskritt i form av nye behandlingsmuligheter må tas i bruk så raskt som mulig.
3. Spesialisering er viktig for at legene skal kunne mestre nye behandlingsformer på et teknisk forsvarlig nivå.
4. Legetikken er en pliktetikk som vektlegger pasientenes behandlingsbehov over andre hensyn, og den enkelte lege har et personlig ansvar for behandlingen av pasientene.

Som forståelse innebærer dette at faget er drivkraft i utviklingen i sykehuset og at faglige hensyn må prioriteres foran andre hensyn, med utgangspunkt i en pliktetikk. Faget blir premissleverandør for handling, og blir dermed et grunnleggende utgangspunkt for prioriteringer og for planlegging av virksomheten i sykehuset.

”Faget” handler i vid forstand om tilknytning til en type faglig fellesskap, som både innebærer at man deler profesjonens normer og oppfatninger, og at man deltar i en type praksis. Legene viser sin tilhørighet til faget gjennom arbeidet i klinikken. Jeg påpekte i kapittel 1 at avdelingsoverlegen har hatt faglig aktivitet som basis for ledelsesmessig autoritet, og at dette har vært et viktig grunnlag for

posisjonens tyngde i fagmiljøet. Arbeidet i klinikken er sentralt for å vise at man er fagperson, og det synliggjør også koblingen mellom den medisinske profesjonen og profesjonens arbeid – det som Abbott (Abbott 1988) kaller jurisdiksjon. I neste delkapittel skal jeg vise hvordan det kliniske arbeidet er sentralt for medisinen sin posisjon som faglig tyngdepunkt i sykehuset.

### **2.2.2 Klinikken som basis for faglig autoritet**

Diskusjonene om hvilke oppgaver som ligger til lederfunksjonen og hvilken kompetanse som kreves for utøvelse av denne funksjonen, handler om grunnlaget for å hevde rett til ledelse av dette faglige området. Abbott (Abbott 1988) peker på at det sentrale fenomenet i profesjonelt liv er forbindelsen mellom profesjonen og dens arbeid, og denne forbindelsen kaller han *jurisdiksjon*. Profesjonell utvikling kan ut fra dette analyseres ved å studere hvordan denne forbindelsen *skapes* i arbeid, hvordan den er *forankret* ved formelle og uformelle sosiale strukturer, og hvordan *interaksjonen* av jurisdiksjonelle forbindelser mellom profesjoner bestemmer deres individuelle historie (Abbott 1988:20). Profesjoner konkurrerer ved å overta hverandres oppgaver, og derfor blir det viktig å forstå hva som konstituerer oppgavene, og hvordan denne prosessen skaper sårbarhet. Sett fra et slikt perspektiv vil diskusjonen om retten til å være avdelingssjef i stor grad bygge på hvilke oppgaver lederfunksjonen innebærer, og på koblingen til medisinen sin jurisdiksjonelle område. Dette området har utgangspunkt i klinikken, i den kliniske arbeidsvirkeligheten og i medisinen sin diagnostisering og behandling av pasienter.

Basis for den medisinske behandling av syke mennesker er møtet mellom lege og pasient, det kliniske møtet. Foucault (Foucault 1973) peker på at medisinen har oppfattet dette møtet som en konstant og stabil erfaring, i motsetning til teorier og systemer som har vært i stadig forandring. ”*In the non-variable of the clinic,*

*medicine, it was thought, had bound time and truth together*” (Foucault 1973:55). På bakgrunn av denne oppfatningen ligger medisinen forståelse av at dens opprinnelse ligger i klinikken, og at møtet mellom sykdom og den som letter sykdommen, personifisert gjennom møtet mellom lege og pasient, har en grunnleggende betydning. Atkinson (Atkinson 1997) påpeker at medisinerer med utgangspunkt i ”det kliniske blikk” har gjort krav på en privilegert posisjon med tanke på å vurdere pasientens symptomer. Sykehusleger understreker sin spesielle posisjon ved å knytte seg til sin egen pre-teoretiske kliniske erfaring; en type kunnskap som kan karakteriseres som ”ubestemt” og som defineres som kontrast til den tekniske rasjonaliteten til de vitenskapelige disiplinene. Denne ubestemte kunnskapen knyttes til idéen om klinisk erfaring, og har styrket ”bedside teaching” som kulturell overføring av kunnskap (Atkinson 1997:6). Betydningen av kunnskapens ubestemte og erfaringsbaserte karakter bidrar til å understreke at denne kunnskapen bygger på medisinerens spesielle forutsetninger, og at dette er en type kunnskap som ikke kan reduseres til sine enkelte rasjonelle forklaringslementer – det introduserer ”legekunsten” (Hippokrates 2000). Dette poenget understreker også den betydningen som det kliniske arbeidet har som identitetsskapende prosjekt, med en betydning som går ut over dette møtets kliniske implikasjoner. Det tydeliggjør også at medisinen innenfor et medisinsk rasjonale oppfattes som en helhetlig eller ”omfattende” kunnskap om behandling som andre fag inkorporeres i eller blir en del av. Det som kan kalles profesjonell autoritet (Berg 1987:117) og som teknisk sett bygger på vitenskapelig innsikt og kompetanse, er dermed bare en del av grunnlaget for den autoriteten som legeprofesjonen utøver. Kunnskapen får en symbolsk betydning ut over de tekniske sidene av dette kunnskapsområdet og ansvaret som er knyttet til utøvelsen av arbeidet. Denne kunnskapsmessig overordnede posisjonen kan bidra til å forklare hvordan den medisinske kunnskapen strukturerer arbeidet i sykehuset, og dermed også til hvordan det kliniske arbeidet blir så sentralt.

Videre blir det viktig hvilken betydning utøvelsen av legekunsten har for mulighetene til å styre dette arbeidet. Hvis yrkesutøvelsen er preget av skjønnsutøvelse, vil den ytre reguleringsmulighet være begrenset (Berg 1991:148). Nettopp av denne grunn er medisinen særlig avhengig av en indre kollegial regulering. For at tilliten til denne reguleringen skal opprettholdes, er det nødvendig at dette fortsatt oppfattes som en legitim ordning for å ivareta styring i helsefeltet. Det er nettopp det som problematiseres gjennom endringene i forståelsene av ledelse og styring i sykehuset. På den ene siden kan man altså understreke betydningen av det kliniske arbeidet som grunnleggende viktig for legenes funksjon og identitet som leger, og som grunnlag for utøvelse av legekunsten. Legekunsten innebærer vekt på det udefinerbare og skjønsmessige, det erfaringsmessige, det som bygger på den tause kunnskapen (Polanyi 1958). Det hippokratiske idealet var f.eks. at pasientens lidelser skulle speiles i legens blikk. Denne forståelsen av det ”kliniske blikk” innebar at legen skulle ”lese” pasienten (Martinsen 1991:156). På den andre siden bygger utviklingen innenfor moderne medisin i økende grad på vitenskapeliggjøring av kunnskapsgrunnlaget for medisinen, og fører gjennom dette til en økende standardisering av det medisinske kunnskapsfeltet, og til et redusert rom for utøvelse av skjønn - til det som kan karakteriseres som en *industrialisering* av medisinen (Berg og Haug 1997:1165). Ettersom klinikken blir mer opptatt av klassifisering av sykdom, skjer en dreining bort fra å se sykdommen i pasienten, til å se pasienten som et tilfelle av sykdommen. Sykdommen får dermed en autonom eksistens atskilt fra personen, og det kliniske blikk blir dermed også i større grad et ”klassifikatorisk” blikk knyttet til sykdommen (Martinsen 1991:157). Da blir heller ikke tilknytningen til den enkelte utøveren like sterk.

Innenfor et medisinsk rasjonale er altså klinikken (personifisert i møtet mellom lege og pasient) sentral, og det kliniske arbeidet er grunnleggende for den medisinske profesjonelle identiteten. Vi snakker om en kunnskap som baserer



seg på et faglig skjønn, og som dermed er vanskelig for andre å ha innsikt i. Dette er grunnlaget for å si at denne aktiviteten er vanskelig å lede, og for at ledelse av faglig aktivitet gjerne gjøres av fagpersonell. I det følgende skal jeg vise hvordan faget er knyttet til ledelse innenfor et medisinsk rasjonale.

### **2.2.3 Ledelse av faglig aktivitet**

I mange organisasjoner hvor profesjonelle arbeider, er det fagpersonellet som også utfører ledende funksjoner. I den grad arbeidet er basert på et kunnskapsbasert skjønn, er det utøveren selv som definerer og utfører sine oppgaver, og det er vanskelig for andre å organisere og overvåke arbeidet fordi oppgavene ikke er fastsatt detaljert på forhånd. Slik sett kan man si at de ledende funksjonene ligger i selve arbeidet (Freidson 1986:145-149). Den viktigste koordineringsmekanismen innenfor et faglig rasjonale ligger i den felles utdanningen og opplæringen ekspertene har innenfor faget sitt, og den kommunikasjonen som skjer på grunnlag av det. De som ansettes i det vi kan kalle "handlingsorganisasjonen" har lang utdanning, som på den ene siden innebærer høy faglig kompetanse, og på den andre siden innebærer sosialisering til bestemte faglige normer og regler som er tjenlige for pasienten og som koordinerer det profesjonelle arbeidet (Mintzberg 1983). De profesjonelle vet selv hva som skal gjøres og hvordan det skal gjøres, og de søker faglig anerkjennelse primært innenfor det faglige systemet. Det er fordi det er her kunnskapen ligger om hvordan arbeidet skal utføres ut fra faglige kvalitetsstandarder. Samtidig har de sine faglige autoriteter og målestokker utenfor arbeidsorganisasjonen, i de faglige standarder som ligger i profesjonssystemet, og som er uavhengig av den enkelte virksomhet. Dette er grunnlaget for at profesjonenes lojalitet blir sagt å ligge *utenfor* organisasjonen (Gouldner 1957:288).

På grunn av at koordineringsmekanismene i fagorganisasjonen ligger i kunnskapen til fagutøvere, er det lite rom for mellomledere. Fagpersonell tar selv ansvaret for sitt arbeid. For å opprettholde den profesjonelle friheten er de imidlertid avhengige av at noen utøver lederfunksjoner, og de vil gjerne søke kollektiv kontroll over de administrative beslutningene som har innvirkning på deres situasjon. Dette kan dreie seg om beslutninger knyttet til ansettelse eller forfremmelse av kolleger, og distribuering og prioritering av ressurser (Haffner m. fl. 2000b). Kontrollen over slike beslutninger kan de oppnå gjennom å sørge for at mellomlederposisjoner besettes av personell med samme utdanning som de selv (Mintzberg 1983). Slik kan profesjonen opprettholde profesjonell autonomi og fatte administrative beslutninger med konsekvens for eget arbeid (Hunter 1994:18).

I og med at faget er kjernen i aktiviteten til profesjonsutøvere, blir også ledelse av eget fag et viktig prinsipp (Sognstrup 2003:201). Dette innebærer at man må kunne det man skal lede, og det forventes at lederen forstår de faglige implikasjonene av de avgjørelsene som tas i tilknytning til den faglige aktiviteten eller ”produksjonen”. Den direkte ledelsen av aktiviteten utføres derfor av fagpersoner med lang erfaring, og gjerne av enere innenfor sitt fagfelt. Med utgangspunkt i medisinenes posisjon i sykehuset har dette gjort avdelingsoverlegen til en viktig leder, som også har hatt symbolsk betydning som faglig frontfigur for avdelingen. Gjennom den tette koblingen mellom fag og ledelse i denne posisjonen har avdelingsoverlegen personifisert medisinen som helhetlig, og dermed tydeliggjort det faglige utgangspunktet for ledelsen av avdelingene. Som jeg var inne på i kapittel 1, har imidlertid denne posisjonen møtt utfordringer fra mange hold, og har ikke minst vært diskutert blant legene selv (se f.eks. Haffner m. fl. 2000a, b; Hanoa 2001).

Endringene i krav som stilles til avdelingsledelse gjør det også tydeligere enn før at legene har et tvetydig forhold til ledelse som aktivitet. På den ene siden har det ligget prestisje i å bli avdelingsoverlege. Avdelingsoverlegens tyngde har først og fremst ligget i funksjonens faglige betydning, og tradisjonelt har avdelingsoverlegen hatt det kliniske arbeidet som hovedfunksjon og lederfunksjonene som tilleggsarbeid. Mye administrativt arbeid knyttet til avdelingens drift har vært ivaretatt av oversykepleier. Avdelingsnivået har vært oppfattet som et faglig ledernivå, men mens avdelingsoverlegen først og fremst har hatt et faglig tyngdepunkt som leder, har oversykepleier vært mer administrativt innrettet i sitt lederskap<sup>14</sup>. På den annen side har mange leger en oppfatning av at ledelse som aktivitet ikke har særlig karrieremessig interesse. Mange leger vil ønske å slippe administrasjon for å kunne konsentrere seg om sitt faglige arbeid (Ferlie m. fl. 1996:187). Behovet for administrativ og ledelsesmessig tilretteleggelse av faglig aktivitet gjør at personell som ivaretar slike oppgaver har en viktig funksjon i sykehuset, men administrative oppgaver blir i et faglig perspektiv til støttefunksjoner uten faglig tyngde. Fitzgerald fant f.eks. i en studie at legers syn på ledelse var preget av en relativt utbredt oppfatning av at ledere er dårlig kvalifisert, og at ledelse er lett å lære (Fitzgerald 1994:39). Med utgangspunkt i det foregående ser vi at faglig kunnskap er et

---

<sup>14</sup> Avdelingsledelse i sykehus har inntil lederreformen vært et faglig ledernivå med avdelingsoverlege og oversykepleier som samarbeidende ledere i en todelt ledelsesmodell. Faglig ledelse bygger på formelle kunnskapskriterier knyttet til den enkelte profesjon, og har tradisjonelt vært basert på kollegial vurdering, ikke først og fremst på ansiennitet (Byrkjeflot 1997:424). Dette gjelder spesielt den medisinsk-faglige avdelingsledelsen, dvs. avdelingsoverlegen. Avdelingsoverlegen har i hovedsak vært rekruttert på grunnlag av medisinsk-faglige kvalifikasjoner, og formell lederutdanning og personlige ledelses kvalifikasjoner har hatt mindre betydning. Koordinering av avdelingens aktivitet har blant annet skjedd med utgangspunkt i det felles faglige grunnlaget for fagutøvelse og standardisering av aktivitet som utdanningen gir, og i profesjonelle normer, verdier og kvalitetskriterier. Lederfunksjonene til avdelingsoverlegen har derfor vært lite synlige som egen aktivitet, og har vært tett integrert i det faglige.

Oversykepleiere har ikke i samme grad profilert seg på egen sykepleiefaglig klinisk dyktighet, men heller fremhevet administrativ og ledelsesmessig formell og uformell kompetanse som grunnlag for lederposisjoner. Oversykepleiers profesjonelle forankring har vært sammensatt: dels har det vært en overordnet sykepleiefaglig lederfunksjon og dels har det vært en administrativ koordineringsfunksjon for ulike sider av avdelingens pasientaktivitet. Lederfunksjonen på sykepleiersiden har vært tydeligere som egen funksjon og mer separat fra faget (i betydning klinikken) enn det vi finner hos legene. De legger seg dermed nærmere opp til det som kan kalles profesjonell ledelse enn det legene gjør.

viktig utgangspunkt for ledelse på dette nivået, men at legenes forhold til ledelse som aktivitet fremstår som ambivalent. Ambivalensen gjenspeiler kanskje antakelsen om at fagprofesjonelle og ledere generelt har et konfliktfylt forhold til hverandre (Exworthy og Halford 1999a). Klausen argumenterer med utgangspunkt i Goldsmith (Goldsmith 1997) for at mange offentlige organisasjoner lider under å være ”ledelsesfremmede”, noe som forklares med utgangspunkt i den sterke fagprofesjonelle forankringen, og en oppfatning av at profesjonsutøvere betrakter seg som likeverdige med lederne, og dessuten i stand til å lede seg selv. Ledelse har med et slikt utgangspunkt liten legitimitet som selvstendig aktivitet (Klausen 2001:222-223). Fordi man fastholder det faglige kollektivet som utgangspunkt for virksomheten, blir det vanskelig å praktisere noen annen form for ledelse enn den som oppfattes som legitim innenfor en faglig forståelse, og da er det i første rekke lederen som ”primus inter pares”<sup>15</sup>, som gjøres tydelig. Dette understreker også lederen som fagpersonellets talsperson<sup>16</sup>, mens en separat lederfunksjon i større grad vil skille lederen fra fagkollektivet og bringe ham/henne inn i et organisatorisk ledelseshierarki som understreker funksjonen som direktørens og de overordnede ledernes forlengede arm (Klausen 2001:228-229).

Konsekvensen av at ledelse har sitt utgangspunkt i faget, er for det første en oppfatning om at profesjonen må lede eget fag, slik den todelte ledelsen var et eksempel på. For det andre kan det innebære en oppfatning av at medisinen må lede det som forstås som den medisinske behandlingsaktiviteten, noe som også vil omfatte støttefunksjoner til medisinen. For det tredje kan det være at et

---

<sup>15</sup> Denne lederrollen innebærer å være faglig sparringperson og fagutvikler og har røtter i 1970-årenes ledelsesideal (Klausen 2001)

<sup>16</sup> Klausen diskuterer i denne sammenheng fagforeningenes dobbeltrolle i forhold til ledelse, og mener at de i dag spiller en rolle som vanskeliggjør ledelse i det offentlige. Dels er dette knyttet til at både ansatte og ledere er organisert i samme forbund, noe som medfører et innebygget strukturelt dilemma. Han peker på at fagforeningenes spiller en dobbeltrolle på flere områder, som bidrar til å forhindre at ledelse slår igjennom i det offentlige. Det gjelder manglende interesseorganisering, svakt fokus på ledelse og mangelfull ledelsesforståelse (Klausen 2001:223-229).

fagprofesjonelt utgangspunkt for ledelse vil innebære skepsis til ledelse som separat funksjon. Et perspektiv som knytter ledelse til profesjon innebærer det vi kan kalle en kollektiv ledelsesforståelse. Når kravene til lederstillinger tar utgangspunkt i profesjonens faglige kvalifikasjoner, åpnes lederstillinger i prinsippet for hele profesjonen, og det blir også et grunnlag for å kunne stenge for andre faggrupper som kunne ønske samme type stilling, med utgangspunkt i at de har feil fagbakgrunn. Dette står i motsetning til en management-inspirert ledelsesforståelse, som er mer opptatt av individuelle kvalifikasjoner (Sommervold 1996:201; Klausen 2001:231). I det videre skal vi se at den faglige ledelsen av avdelingene møter utfordringer når oppfatningene endres om hvordan ledelsen av avdelingen skal utøves. En av disse utfordringene er spesialiseringen av faget og funksjonene i sykehuset.

#### **2.2.4 Spesialisering og organisering – to sider av samme sak**

Den medisinsk-faglige rasjonalitet beskrives av flere som den sentrale drivkraft i sykehusenes utvikling frem til 1970-årene (Vallgård 1992; Erichsen 1996d), og ser vi på det moderne sykehusets historie, er den tett knyttet til legeprofesjonens interne faglige utvikling. Særlig gjelder dette spesialiseringen av det medisinske fagområdet og den organisatoriske inndelingen av sykehusenes funksjonelle enheter, som har fulgt av den. Gjennom spesialiseringen etableres et kunnskapshierarki hvor logikken er at jo smalere avgrensning og jo større faglig konsentrasjon av fagområdet, jo høyere ekspertise har man. Generalisten kan deler av det som ulike spesialister kan, men dekker en større bredde. På grunn av den stadig voksende kunnskapsmengden utgjør dette en stadig mindre del av spesialkunnskapen. Spesialistene på sin side har kunnskap om en avgrenset del av det medisinske fagfeltet, og kan dermed mye om et mindre felt, men dekker ikke den bredden som generalisten gjør. Spesialistens, og i enda større grad grensespecialistens kompetanseområde, vil gjerne være smalere enn det mange

pasienters helseproblemer skulle tilsi. Mange pasienter har f.eks. flere ulike diagnoser som spenner over flere spesialiteters fagfelt. For å gi pasienten en tilstrekkelig medisinsk behandling må derfor flere spesialister samarbeide. Hvordan koordinering og ledelse av aktivitet foregår, er dermed en viktig problemstilling i et spesialisert profesjonssystem.

Gjennom etableringen av avdelinger med utgangspunkt i de faglige spesialitetene kan den medisinske utvikling sies å "oversettes" til organisatoriske ordninger og til prosedyrer og prosesser (Berg 1987). Berg mener at oversettelsen må forstås som *"en søken etter strukturer og virkemåter som tillater en mest mulig hensiktsmessig utnyttelse av den til enhver tid eksisterende kunnskap"* (Berg 1987:12). Spesialiseringen strukturerer praksis gjennom å danne basis for organisering av virksomheten i avdelinger, poster og seksjoner i sykehusene. Sykehusets organisering i fagavdelinger kan karakteriseres som en "medikratiske" håndtering av det medisinske selvstyre (Berg 1991). Avdelingene har vært relativt uavhengige av hverandre, og et viktig poeng i den sammenheng er for det første at ledelse av fagavdelingene dermed ikke framstår som en selvstendig aktivitet, men betraktes som en forlengelse av den faglige praksis. For det andre at behovet for koordinering av aktivitet på tvers vil være større jo flere ulike faglige enheter som finnes, og at *"(j)o mer gjensidighet som ble bygget inn i sykehuset, jo mer ble man avhengig av en ytre koordinerende virksomhet i form av administrasjon"* (Berg 1991: 157). Spesialiseringen har med andre ord etter hvert som den utvikles, skapt et behov for å samordne kompetansen til de ulike fagene/spesialitetene, og har konsekvenser for sykehusets mulighet til å framstå som organisatorisk samlet. Her ligger det også en betydelig ledelsesmessig utfordring.

Man har antatt at den raske kunnskapsutviklingen resulterer i et behov for spesialisering av kunnskapsområder. Organiseringen av avdelingene blir i den

sammenheng sett som en "naturlig" konsekvens av den faglige utviklingen, og har i liten grad vært problematisert (Jespersen 1999). Montgomery (Montgomery 1990) imøtegår denne forklaringen og sier at forskere, blant annet på grunnlag av mangelen på en konsistent klinisk eller vitenskapelig logikk i begrunnelsene for ulike spesialiteter, lenge har avvist en rent funksjonalistisk forklaring på yrkesmessig spesialisering. I stedet for at arbeidsdeling vil skje som respons på krav om spesialisering som skapes av økende kompleksitet i kunnskap, vil spesialisering eller segmentering ofte gå *forut* for utviklingen av kompleks kunnskap, og oppstå som et svar på endrede strukturelle betingelser som påvirker arbeidsmarkedet for profesjonene. Spesialisering handler ut fra dette også om å ha institusjonelle ressurser til å redefinere arbeid og gripe nye muligheter for avgrensning av arbeid (Montgomery 1990:180-181). Her trekkes med andre ord de profesjonspolitiske aspektene ved spesialiseringen inn og nyanserer de faglige begrunnelsene. Å lage mange små faglige områder med en faglig overordnet over hvert av disse, er derfor ikke bare et resultat av kunnskapsmessige utviklingsprosesser, men kan altså også forstås som resultat av individuelle og kollektive maktstrategier. Spesialisering forstås i et slikt perspektiv som individuell kamp om overordnede autonome posisjoner. Spesialiseringen blir dermed ikke bare et koordineringsproblem, men også et maktpolitisk problem. Dermed blir det også tydelig at dette er et politisk tema og at det aktualiserer spørsmålet om styring. Dette gjelder også innenfor det enkelte sykehus og den enkelte avdeling.

### **2.2.5 Spesialiseringens konsekvenser for avdelingsledelse**

Spesialiseringen kan over tid føre til problemer med ledelse av faglig aktivitet. Det er fordi en faglig forståelse av ledelse innebærer å utøve lederfunksjoner innenfor eget fag. Det å bli avdelingsoverlege har vært en faglig karrierevei, og stillingen har vært en lederstilling med utgangspunkt i faglig dyktighet og

erfaring. Ledelse av avdelingene har ikke framstått som en selvstendig aktivitet, men heller som en forlengelse av den faglige praksis (Berg 1991:158). Ledelse som har sitt utspring i andre fagområder enn det de skal lede, vil ut fra en slik forståelse mangle en vesentlig forutsetning for å kunne utøve sin funksjon. Den økende formelle og uformelle spesialiseringen har imidlertid i stadig større grad vært en utfordring for ledelse av det medisinske fagfeltet. I større avdelinger er det ikke lenger mulig å utøve en faglig lederfunksjon slik den tradisjonelle avdelingsoverlegen tidligere gjorde det, som ”primus inter pares”, den beste blant likemenn, som faglig senior med oversikt over avdelingens totale fagfelt. Dette blir særlig synlig i de større sykehusene, hvor spesialisering og subspecialisering av fagområdene gjenspeiles i avdelingenes organisatoriske utforming gjennom seksjonering: inndeling i mindre organisatoriske enheter knyttet til faglige subspecialiteter, og man ser en tendens til at seksjonsoverlegene i økende grad avviser avdelingsoverlegens autoritet (Berg 1991:166-167). I denne sammenheng er dette viktig fordi det illustrerer hvilke utfordringer lederne på avdelingsnivået møter. Når det opprettes gren- og subspecialiteter, må lederen i større grad ha en koordinatorrolle, som bygger på en prinsipiell legitimitet mer enn en faglig. Ingen av grenspesialistene er faglig overlegen de andre grenspesialistene. Avdelingssjefen har lederansvar for grenspesialistene, men kan ikke (som tidligere) utøve dette ansvaret med utgangspunkt i at han/hun *kan mest*. Spesialiseringen endrer med andre ord faglederens rolle og hva som kan være grunnlaget for ledelsesmessig legitimitet. Medisinen er fortsatt det faglige utgangspunktet, men ut over dette må lederen skaffe seg og forhandle om legitimitet.

Gjennom behovet for redefinering av ledelse som spesialiseringen fører med seg, er den selvfølgelige medisinske ledelsen derfor ikke like selvfølgelig som før. Avdelingsoverlegen har etter hvert gått fra å være en faglig overordnet leder til å bli én blant flere spesialister som har hatt en spesiell funksjon som avdelingens



faglige leder, men som ikke i samme grad har hatt denne rollen som faglig nestor. På bakgrunn av spesialiseringen har det blitt slik at avdelingsoverlegen har fungert som faglig leder for de som arbeidet på hans eller hennes fagområde. Seksjonsoverleger i seksjoner i avdelingen har hatt egen grenspesialitet og faglige kolleger innen samme grenspesialitet ved andre sykehus som faglig referanse, ikke hele avdelingens ansvarsområde (Berg 1991:167). Denne utviklingen innebærer at avdelingsledelse må bygge på et annet legitimitetsgrunnlag enn tidligere. Det paradoksale i denne situasjonen er godt formulert av Berg og Haug: *”Den medisinske drevne oppgavedifferensieringen har skapt et voksende behov for koordinering. Samtidig har medisinen krav om at autoritet i helsevesenet skal springe ut av faglig innsikt, gjort at ikke bare sykehusdirektørens autoritet undergraves, men også avdelingsoverlegens. Satt på spissen: Medisinen har skapt behov for ledelse, men svekket grunnlaget for å lede”* (Berg og Haug 1997:1165). Denne utviklingen bidrar til å åpne for at avdelinger i større grad kan betraktes som noe annet enn faglig ledete enheter, og medisinen selv bidrar dermed som fagfelt med en utfordring til det faglige lederskapet gjennom den utstrakte spesialiseringen.

Som vi har sett fører spesialisering som prosess til avgrensning og oppdeling av kunnskap, og gjennom den arbeidsdelingen som følger av dette, til utvikling av et kunnskapsbasert hierarki. De profesjonelle relasjonene i sykehuset er imidlertid også i utvikling. Dette kan dermed i seg selv utgjøre en utfordring for forståelsen av det medisinsk-faglige kunnskapsgrunnlaget som selvfølgelig i forhold til ledelse av avdelingene, og dermed for hvem som kan oppfattes som aktuelle ledere.

## 2.2.6 Profesjonelle relasjoner og over- og underordning

I tråd med denne studiens problemområde vil jeg sette søkelyset på relasjonene mellom leger og sykepleiere i forhold til det dominerende kunnskapssynet i sykehuset. Sykehuset som et profesjonelt hierarki tar utgangspunkt i bestemte oppfatninger om de ulike profesjonenes kunnskap og betydning i forhold til behandlingsaktiviteten. Endringer i de profesjonelle relasjonene skyldes blant annet i endringer i hvilken kunnskap det er behov for. Endringer i sykdomssammensetningen i befolkningen gjør at andre typer kunnskap og perspektiver etterspørres i større grad og på andre områder enn tidligere<sup>17</sup>. Vi ser for eksempel at utvikling og endring i sykdomspanoramaet fra ”*preventing death to handling life*” (Svensson 1996) åpner for at sosiale dimensjoner får betydning i forbindelse med pasientbehandling. Kronisk sykdom stiller andre krav enn akutt sykdom eller skade når det gjelder å ta hensyn til pasientens egen oppfatning av sin situasjon. Sykepleiernes helhetlige tilnærming til pasienten gjør at deres kunnskap i slike sammenhenger får større betydning i samarbeidet med legen (Svensson 1996). Vi skal derfor kaste et kort blikk på dette forholdet og dets utvikling.

Utviklingen i relasjonene mellom leger og sykepleiere har vært gjenstand for mye forskning<sup>18</sup>. I en klassisk artikkel beskriver Stein (Stein 1967) dette forholdet som et spill, ”the doctor-nurse game”, som innebærer at de inngår i et

---

<sup>17</sup> Den naturvitenskapelig baserte sykdomsforståelsen har de siste tiårene blitt utfordret av etterspørselen etter et mer helhetlig perspektiv på mennesket som ivaretar andre sider enn de biologiske. Dette er spørsmål som samtidig berører det epistemologiske grunnlaget for medisinen, og flere ulike bidrag, både utenfor og innenfor medisinen selv, reiser kritiske spørsmål eller kommer med alternative eller supplerende perspektiver på den tradisjonelle medisinske kunnskapsforståelsen (Wulff m. fl. 1993), f.eks. gjennom å utforske det metodologiske potensialet til en hermeneutisk tilnærming til helsefaglige problemstillinger (Nerheim 1996), eller ved å utfordre det tradisjonelle dualistiske skillet mellom kropp og sjel (Thornquist 1993). Kritisk samfunnsvitenskapelig forskning på helse og sykdom viser hvordan våre oppfatninger om hva som er sykt og friskt er kulturelt og historisk betinget, og konstrueres i samspill med kunnskapsforståelser og profesjonelle verdier (Elvebakken og Solvang 2002:10). Denne utviklingen er også noe av grunnen til at det etter hvert snakkes om at det tradisjonelle medisinske paradigmet er i krise (se f.eks. Kirkengen 1998).

hierarki som begge er innforstått med, hvor åpen uenighet dem imellom ikke skal forekomme, og hvor anbefalinger fra sykepleiere skal skje så diskret at det virker som om legen har kommet på dem selv. Et element i dette er over- og underordning av kunnskap, og usynliggjøring av det som oppfattes som støttefunksjoner til medisinen. Dette understøttes av Wicks (Wicks 1998), som fant at kunnskapen som sykepleierne bidro med i den konkrete pasientsituasjonen "forsvant" i den institusjonelle prosessen rundt spørsmål og svar mellom lege og sykepleier. Sykepleierens bidrag i forbindelse med å fremskaffe nødvendig informasjon og kunnskap ble borte i de medisinske handlingene som fant sted på basis av denne kunnskapen. *"This was a hierarchical structure of knowledge, which constituted nursing knowledge as "information" and medical knowledge as the requisite for analysis and diagnosis"* (Wicks 1998:138). Her illustreres dermed hvordan kunnskapsforståelser og profesjonelle relasjoner i sykehuset synliggjør den medisinske kunnskapen fordi legen fatter beslutninger om behandling. Behandlingen er definert som en medisinsk-faglig handling, og de som bidrar til å fremskaffe grunnlaget for de medisinske beslutningene, usynliggjøres som kompetanse når beslutningene fattes. Gjennom denne praksisen konstrueres medisinen som helhetlig eller "omsluttende", og de andre faggruppene blir dermed en underordnet del av den medisinske utøvelsen.

I en artikkel fra 1990 diskuterer Stein m.fl. (Stein m. fl. 1990) endringer i relasjonene mellom leger og sykepleiere som peker på økt likestilling mellom profesjonene. Her viser forfatterne at legenes offentlige anseelse er redusert, noe som blant annet innebærer økt bevissthet om at også leger kan ta feil, og at de ikke har kunnskap om alle sider ved medisinen. Leger er dessuten i økende grad kvinner, og selv om kvinnelige leger også er blitt opplært i "the doctor-nurse game", mangler de elementene i relasjonen som reflekterer roller preget av stereotyp mannsdominans og kvinnelig underordning. Fordi det etter hvert er blitt

---

<sup>18</sup> Se f.eks. (Turner 1987: kap. 7; Walby m. fl. 1994; Allen 1997; Wicks 1998; Allen 2001). For norsk

mangel på sykepleiere, og sykepleiere ikke lenger er håndlangere for legene, men spesialiserte profesjonsutøvere med selvstendige plikter og ansvar overfor pasientene, er legene også i økende grad avhengige av sykepleiernes spesielle ekspertise. Artikkelen peker dessuten på at interdisiplinært samarbeid i team, slik det er vanlig f.eks. i forhold til pasienter innenfor geriatri, pediatri og psykiatri, utfordrer den hierarkiske strukturen til "the doctor-nurse game". Forfatterne skriver: *"The 1967 game was an intricate interaction carefully developed over time in which both players were willing participants. What is happening now is that one of the players (the nurse) has unilaterally decided to stop playing that game and instead is consciously and actively trying to change both nursing and how nurses relate to other health professionals"* (Stein m. fl. 1990:546-7). Sykepleiernes profesjonaliseringsstrategier de senere årene kan ses i sammenheng med denne utviklingen.

Vi ser også at nye måter å organisere sykepleiernes arbeid på har endret vilkårene for kunnskap og samarbeid mellom pasient og lege. Organisering av primærsykepleie eller gruppesykepleie fører til to ting: Sykepleierne får god kunnskap om den enkelte av de pasientene de har ansvar for. Samtidig blir den enkelte sykepleier i større grad ansvarliggjort. Mens det tidligere kunne være avdelingssykepleier som deltok på previsit og visitt og var en mellomperson mellom legene og menige sykepleiere i avdelingen, er det nå mange flere sykepleiere som deltar i visittene og diskuterer pasientene med legen. Dermed får vi en utvikling som innebærer bedre kunnskap om pasienten og mer direkte samarbeid med legen. Legen blir også mer avhengig av den kunnskapen som sykepleierne har når pasientenes situasjon er en annen, og den kunnskapen som er relevant ligger mer innenfor det arbeidet som sykepleierne ivaretar (Svensson 1996). Legenes kunnskapsmessige posisjon innebærer at de definerer hvilke elementer som er viktige i behandlingen av pasientene, men mange av de

---

forskning på dette feltet, se (Erichsen 1996c; Gjerberg og Kjølrsrød 2001; Abrahamsen og Gjerberg 2002).

konkrete oppgavene delegeres til annet personell, som gjennom sine funksjoner har tettere kontakt med pasientene enn det legene har. Det er altså utviklingstrekk som utfordrer legenes faglige posisjoner og åpner for en ikke-medisinsk ledelse, med grunnlag i kunnskapsutviklingen og organiseringen av arbeid. Sykepleiernes tilstedeværelse og kontinuitet i oppfølgingen av pasientene i sengepostene gjør at de har innsikt i og oversikt over flere sider av pasientenes situasjon, og de får dermed en viktig rolle i behandlingen. Spesialiseringen av det medisinske kunnskapsfeltet gjør at en enkelt lege ikke nødvendigvis alene har oversikt over en pasients medisinske behov, og bidrar til en kompleksitet som medfører et økende behov for koordinering og ledelse av aktiviteten rundt pasienten. Utviklingen i behovene knyttet til et endret sykdomspanorama gjør også at andre profesjoners kunnskap etterspørres i økende grad, slik som f.eks. sykepleiernes kunnskap etterspørres på andre måter når det er snakk om pasienter som lever med kroniske sykdommer.

Annandale (1998) peker med utgangspunkt i forholdene i England på strukturelle årsaker til endringer i grenseoppgangene mellom leger og sykepleiere. For det første gjelder det kostnader: sykepleiere er billigere arbeidskraft, og på grunn av spesialiseringen er det i noen tilfeller åpent for at avgrensede oppgaver kan delegeres til arbeidstakere med lavere kompetanse. Det kan derfor være fristende å bruke sykepleiere for å spare penger. For det andre peker hun på den omfattende endringen i arbeidstid for underordnede leger som ble gjennomført i England i 1993-94, og som førte til mangel på (billig) arbeidskraft i sykehusene, men åpnet muligheter for sykepleiere og jordmødre som "nurse practitioners". Begge disse forholdene eksemplifiserer det Abbott kaller "workplace assimilation"(Abbott 1988:65). Han refererer her til at den reelle arbeidsdelingen i de fleste sammenhenger hvor profesjoner arbeider, vil etableres gjennom forhandling og tradisjoner som innebærer *situasjonsspesifikke* regler for profesjonell jurisdiksjon. Det betyr at arbeidsdelingen mellom profesjoner

tilpasses konkrete organisatoriske forhold, og dermed vil være i stadig forandring. Et konkret eksempel er at når det er for mye arbeid for en profesjon, så læres (deler av) arbeidet bort til andre relaterte yrkesgrupper, som utfører det som en delegert funksjon. Abbott peker på at assimileringen er omfattende på de fleste arbeidsplasser, og at de store forskjellene innenfor profesjonsgruppene bidrar til dette. De beste innenfor en underordnet yrkesgruppe kan vite mer om en overordnet gruppes konkrete arbeidsutførelse enn enkelte av den overordnede gruppens egne utøvere (Abbott 1988:66). I den konkrete arbeidssituasjonen blir man konsentrert om å få jobben gjort, og dermed vektlegges betydningen av det den enkelte kan utføre mer enn formell status/utdanning, noe som igjen selvfølgelig utfordrer de juridiske grensene mellom profesjonene. Derfor vil man i et profesjonelt hierarki se at en overordnet profesjon vil understreke at det er klare grenser i forhold til de underordnede, mens de underordnede vil understreke assimilasjon – at de i praksis utfører en del av det samme arbeidet som de overordnede. Dermed kan det sies at det er lett å undervurdere betydningen av at medisinsk kontroll og sykepleiefaglig underordning kan være situasjonsbestemt (Hughes 1988), ettersom de tradisjonelle grensene mellom sykepleiearbeid som pleie og medisinsk arbeid som behandling blir mer utydelige (Annandale 1998:244)<sup>19</sup>.

Diskusjonen om sykepleiere som ledere kan ses i sammenheng med denne utviklingen, hvor sykepleiere arbeider for å flytte seg fra en underordnet posisjon i forhold til legene, og argumenterer for en posisjon på like fot med dem, og for å kunne innta lederposisjoner som også omfatter lederansvar overfor leger (Sommervold 1997:255). Et interessant spørsmål i denne sammenheng er under hvilke betingelser sykepleierne slipper til når det er snakk om posisjoner som innebærer makt over den medisinske faglige aktiviteten. I et faghierarki er faget et viktig utgangspunkt for lederskap, men det er også grunn til å anta at den

---

<sup>19</sup> Se også (Walby m. fl. 1994) for en diskusjon om endringer i relasjonene mellom leger og sykepleiere.

plassen et fag inntar i forhold til andre fag, har betydning. Det faglige hierarkiet har utgangspunkt i at forskjellig kunnskap tillegges ulik verdi i forhold til profesjonelle normer og kriterier og i forhold til sykehusets viktigste oppgaver, og dermed danner kunnskapsbaserte over- og underordningsforhold. Det betyr at kriterier for å konstruere forskjell blir en viktig kilde til å forstå utformingen og utviklingen av profesjonelle relasjoner.

Med økende kompleksitet både i problemstillinger og kompetanser stilles det stadig større krav til koordinering, ledelse og styring av virksomheten. Dette gjør f.eks., som vi har sett, at problemstillinger omkring utøvelsen av faglig ledelse blir mer og mer aktuelle i takt med økende spesialisering. Dette har bidratt til å problematisere avdelingsledelse som faglig ledernivå, også på et faglig grunnlag og av legeprofesjonen selv. Sykepleiernes bestrebelser på å dyktiggjøre seg i ledelse gjennom formell utdanning og konkret erfaring har også bidratt til å sette avdelingsledelse på dagsorden som tema og som medisinsk-faglig ansvarsområde (Sommervold 1996). Todelt ledelse kan f.eks. forstås som et resultat av forhandlinger om relasjonen mellom leger og sykepleiere. Den todelte ledelsen var en faglig ledelse som ga sykepleierne en relativ autonomi ved at de skulle få styre seg selv. Overgangen til enhetlig ledelse gjør at det kan se ut som en overgang fra likestilte lederposisjoner mellom avdelingsoverlege og oversykepleier til en åpnere prosess hvor lederegenskapene sammen med kjennskap til avdelingens fagområde bestemmer hvem som får jobben.

## 2.3 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentert et ny-institusjonelt perspektiv på sykehusfeltet og på lederreformens møte med den medisinsk-faglige forståelsen av ledelse og organisering. Dette innebærer at jeg oppfatter den eksisterende forståelsen av ledelse som institusjonalisert, og etablert som hegemonisk forståelse av ledelse av avdelinger i sykehuset. Jeg har presentert den medisinske kunnskapsforståelsen som naturvitenskapelig og reduksjonistisk, noe som innebærer utvikling av spesialisering og faglige hierarkier. Ledelse utøves med utgangspunkt i faglig tyngde og autoritet, noe som har gjort avdelingsoverlegen til den hegemoniske lederfiguren. Legenes kunnskapsposisjon gir definisjonsmakt i forhold til problemstillinger og relevante handlinger innenfor et gitt område. Det er i forhold til denne posisjonen man kan diskutere endringer i vilkårene for avdelingsledelse og i relasjonen til sykepleierne. Med utgangspunkt i spesialiseringen av det medisinske kunnskapsfeltet og utviklingen i profesjonelle relasjoner ser vi at den faglige forståelsen av ledelse møter utfordringer innenfor egen organisasjon. Spesialiseringens konsekvenser for avdelingsoverlegens funksjon viser f.eks. at det er grunnlag for å snakke om ledelse som separat fra faget. Legenes ambivalente forhold til ledelse sammen med sykepleiernes klare profesjonaliseringsstrategier er også et grunnlag for å diskutere ledelse av avdelingene. Den tradisjonelle avdelingsoverlegens ”død” åpner et rom for å diskutere en ny utforming av avdelingslederfunksjonen. Vi ser altså at annen kunnskap etterspørres i større grad, medisinen ”industrialiseres”, og organisasjonen stiller andre krav til ledelse. Alt dette er utviklingstrekk som innebærer at medisinsk avdelingsledelse ser ut til å tape terreng som hegemonisk posisjon. Gir dette et tilstrekkelig rom for en annen forståelse av ledelse av faglige enheter? Lederreformen introduserer en annen forståelse av ledelse og av sykehusfeltet og dets problemer enn den faglige forståelsen, og utgjør derfor en utfordring fra et annet ståsted enn det jeg har skissert i det foregående. Neste



kapittel starter derfor med en presentasjon av NPM som reformbølge og forståelse av ledelse, før jeg skal diskutere fagprofesjonelle som ledere med utgangspunkt i internasjonal forskning og erfaringer. I denne konteksten skal jeg så plassere den norske reformen.

### **3 New Public Management i sykehussektoren**

Det medisinsk-faglige rasjonalet som jeg presenterte i forrige kapittel representerer en kunnskapsbasert forståelse av virkeligheten i sykehuset. Det er denne virkeligheten som lederreformen utspiller seg innenfor, og som de nye avdelingssjefene har sin forankring i. Den reformen som de imidlertid *også* representerer som ledere, og som de dermed forhandler i forhold til den faglige virkeligheten, har sitt utspring i reformbølgen New Public Management (NPM). I det følgende skal jeg presentere noe av bakgrunnen for NPM og vise hvordan den forståelsen av ledelse som NPM representerer bryter med det medisinsk-faglige rasjonalet.

#### **3.1 Nye krav til offentlig sektor: inntoget til New Public Management**

En generell tendens som vi ser i flere europeiske land er at velferdsstaten i økende grad kritiseres for å være i utakt med selve problemstrukturen i dagens samfunn (Eriksen 1993:74; Dent m. fl. 1999). Økt individualisme, økte brukerrettigheter, større valgfrihet og mindre autoritetstro er elementer i en utvikling som gjør at betydningen av kollektive løsninger tematiseres, og at vi i økende grad er villige til å problematisere velferdsstatens utforming (Hunter 1991). Dette er ideologiske strømninger som også påvirker vårt syn på helsetjenester og sykehus, og resulterer i at sykehuskøer, ventelister, korridorpasienter m.m. tas som tegn på at det forvaltningspregete og byråkratiske sykehusfeltet ikke gjør jobben bra nok. En omfattende forskningslitteratur om endringer innenfor offentlig sektor generelt, og sykehusfeltet spesielt, peker på de skjerpede og etter hvert endrede krav som stilles til sektoren fra ulike hold (se f.eks. Røvik 1992:10; Bentsen m. fl. 1999). Det er primært kostnadene i sektoren som blir sett på som problematisk, men det er også en oppfatning av at sektoren er for stor, for regelbundet og for mye styrt

av profesjonelle hensyn (Eriksen 1993:74). I økende grad etterspørres også en mer "kundeorientert" sykehussektor. Med utgangspunkt i de problemene jeg har påpekt, ser vi at det er et misforhold mellom det vi i vid forstand kan kalle tilbud og etterspørsel, noe som har resultert i problemer med tillit og legitimitet i forhold til både problemforståelse og eksisterende løsninger. Dette har bidratt til å gi New Public Management (NPM) et grunnlag for å etableres som forståelse av sektorens problemer, og hvordan de kan løses.

### **3.1.1 NPM som løsning på offentlig sektors problemer**

Framveksten av New Public Management (NPM) har vært karakterisert som en av de mest slående internasjonale trender innen offentlig administrasjon de siste 25 år (Hood 1991). NPM kan sies å være en samlebetegnelse på et knippe av ideer eller tenkemåter av liberalistisk tilsnitt, knyttet til produksjonen av offentlige tjenester (Klausen 2001:43-44). Den karakteriseres både som mangfoldig og motsetningsfylt, og består av ulike typer ideer uten noen enhetlig kjerne (Ferlie m. fl. 1996:10), men med et dominerende teoretisk grunnlag som er økonomisk og organisasjonsteoretisk (Hood 1991; Lian 2003). Det kan pekes på to hovedtemaer i NPM, som begge stammer fra private virksomheter (Klausen 2001). Det første er orientert mot økonomi og marked, og det andre mot ledelse og organisasjon. Det første temaet tar utgangspunkt i et ønske om å få til en sterkere markedsorientering av og i det offentlige, gjennom å ta i bruk konkurranselignende virkemidler. Privatisering og konkurranseutsetting av offentlige tjenester, fritt sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering av sykehustjenester er norske eksempler på tiltak som gjenspeiler denne tenkningen. Dette kan ses på som grep som skal disiplinere aktivitet for å møte behovene bedre, og tar utgangspunkt i en oppfatning om at aktørene vil velge de handlinger som lønner seg økonomisk. Når det gjelder ledelse og organisasjon, pekes det på styrking og tydeliggjøring gjennom å ta i bruk f.eks. strategisk ledelse,

teamledelse e.l., bruk av konsepter som Total Quality Management og Business Process Reengineering<sup>20</sup>, og strategier som f.eks. mål- og rammestyring (Klausen 2001:46). Dette bringer inn et syn på lederen som en aktiv agent for å skape handling og/eller forandring (Byrkjeflot 1997). Klausen peker på at *”felles for begge grupper af anbefalinger er en forestilling om, at der er tale om universelt applicerbare redskaber eller såkaldt ”generiske” redskaber, der er uafhængige av den sektormæssige kontekst”* (Klausen 2001:47). Noe av hovedkritikken mot NPM er imidlertid nettopp at oppfatningen om at prinsippene som forfektes er universelle og generelt anvendbare (Hood 1991), og også at reformspråket framstår som ”nøytralt” i forhold til offentlig sektors særtrekk og skaper et bilde av offentlig og privat sektor som sammenlignbare med tanke på styrbarhet og ledelse mot oppsatte mål og standarder (Rennison 2000). Reformene gjenspeiler bestemte forståelser av hva som er sektorens problemer, og av hva som kan være virksomt for å løse problemene. På denne bakgrunn snakkes det om et paradigmeskifte i forståelsen av offentlig sektor, og *”a major break point in public sector management”* (Ferlie m. fl. 1996:9, se også Dunleavy og Hood 1994).

NPM eller ”managerialism” preger i ulik grad de reformene som har vært gjennomført for å fornye velferdsstatene i en rekke land (Pollitt 1990; Hood 1991; Pollitt 1995; Clarke og Newman 1997). De har noen felles trekk, men preges også av nasjonale variasjoner. Norge har f.eks., i likhet med andre land med sterke velferdsstater, vært forsiktig med å gjennomføre økonomiske reformer, selv om reformeringen av sektoren har skutt fart etter 1995 (Christensen og Læg Reid 2001). Land som England og New Zealand har med utgangspunkt i en sterkt presset offentlig økonomi gått lengre i å innføre markedselementer i offentlige virksomheter (Doolin 2001; Halligan 2001). Norge har i internasjonal sammenheng vært karakterisert som en ”nølende reformator” (Mellempvik og

---

<sup>20</sup> Se f.eks. (Moltu 2004).

Pettersen 1998:185; Halligan 2001; Pettersen 2001a), som tar i bruk noen prinsipper, men som i hovedsak er ”gammeldags” og bygger på bearbeiding og langsom tilpasning (Halligan 2001; Lian 2003). En grunn til dette er at den allmenne støtten til velferdsstatens målsetning om et offentlig finansiert og likeverdig helsetilbud for alle, gjør at løsninger som er kjent fra private virksomheter blir fremmede, selv om retorikken om effektiviseringsbehov og budsjettbalanse i økende grad møter forståelse i befolkningen. Vi har ikke betraktet oss som kunder i samfunnets helsebutikk; velferdsstatens tenkning om et statlig ansvar for befolkningens helse har gitt oss en grunnleggende forståelse av helsetjenestene som et offentlig ansvar og et demokratisk basert gode. Dette står i motsetning til NPMs individuelle rettighetstenkning og verdsetting av valgfrihet, som nå i økende grad får innpass også i Norge.

En annen grunn til vår nølende reformvilje er medisinenes plass og betydning både i forvaltning og utøvelse av helsetjenester. Legene og den medisinske fagkunnskapen har hatt og har innflytelse på utviklingen i helsesektoren på flere måter (Slagstad 1998). Legenes posisjon i behandling og forvaltning i Norge har blant annet sitt grunnlag i oppbygningen av velferdsstaten og i tenkningen om den medisinske fagkunnskapens rolle som fikk fotfeste der. Karl Evang, som var helsedirektør fra 1938 til 1972, karakteriseres av Rune Slagstad som en av arkitektene bak velferdsstaten. Han ønsket å skape ”*et effektivt, sentralisert helsevesen i offentlig regi, styrt av den medisinske fagkunnskap*” (Slagstad 1998:309), med leger både innen sykdomsbehandling og i administrative funksjoner. Evang var opptatt av at helsepolitikken burde avpolitiseres og overlates til den medisinske sakkyndighet i direktoratet<sup>21</sup>. Gjennom understrekningen av at avgjørelser måtte overlates til ekspertene, ble det vist stor

---

<sup>21</sup> Helsedirektoratet ble opprettet i 1945 som en administrativ nyvinning og med helsedirektøren (Evang) som ansvarlig for å ”foredra alle direktoratets saker for statsråden” (Slagstad 1998:310). Helsedirektøren hadde dermed direkte tilgang til statsråden, og hadde fått et helsepolitisk instrument for å gjennomføre planene om et nytt helsevesen i Norge etter krigen.

tillit til fagkunnskapen, noe som ga den medisinske profesjon en helt spesiell plass i forhold til staten. Dette har medført at forholdet mellom profesjonene og staten har vært tett, blant annet med utgangspunkt i oppfatningen om at velferdsstaten har hatt som oppgave å ta vare på folk: folkehelsen har vært et statlig ansvar. Erichsen karakteriserer helsesystemet i etterkrigstiden som en profesjonsstat med utgangspunkt i legenes institusjonelle integrering i offentlige styringsstrukturer, og det rom de dermed har hatt for innflytelse i helsepolitikken. Hun påpeker at helsetjenesten under Evang utviklet seg til ”*et system hvor medisinsk spesialisering og byråkratisk medisin i fellesskap utgjorde en sentral akse i staten*” (Erichsen 1996b:90, se også Nordby 1993).

Parallelt med fremveksten av den sosialdemokratiske velferdsstaten ble det etablert en sykehusbasert elite innenfor den medisinske profesjon, blant annet som et resultat av at det norske helsesystemet slik det ble bygget opp etter krigen, utviklet seg til å bli et av de mest sykehussentrerte<sup>22</sup> i Europa (Erichsen 1996a). Selv om dette er et trekk som de senere år er dempet noe, har de lagt grunnlaget for en sterk tro på den medisinske ekspertise som det viktige og riktige grunnlag for beslutninger i helsefeltet, ikke bare i forhold til behandlingen av pasienter, men også når det gjelder beslutninger på mer overordnet nivå i ulike deler av forvaltningen. Legenes kunnskapsforståelse og profesjonelle logikker har vært ansett som den legitime basis for sykehusfeltets organisasjon og praksis, og prioriteringer som bygger på et faglig-etisk grunnlag har hatt større støtte og appell enn prioriteringer med en økonomisk begrunnelse. Denne holdningen har hatt konsekvenser for medisinenes betydning, og dermed også for maktforhold, både når det gjelder hvilken tyngde som tillegges de medisinsk-faglige posisjonene, og for maktforhold i relasjoner mellom profesjonene i helsefeltet

---

<sup>22</sup> Sykehussentrering henspiller her på at en stor andel av ressursene til helsetjenesten kanaliseres gjennom sykehusene, og knyttes gjerne til ”*en teknologisk tilnærming til helseproblemer, fokusering på akutt og episodisk heller enn kronisk sykdom, kurativ heller enn preventiv orientering og individuell heller enn kollektiv innretning*” (Erichsen 1996a:34).

(Erichsen 1996d). De siste tiårenes restrukturering av velferdsstaten problematiserer imidlertid medisinenes sterke posisjon på flere måter, noe som også utgjør en utfordring for den medisinske kunnskapens posisjon som selvfølgelig grunnlag for utøvelse av ledelse i sykehuset. Vedtaket om å redusere det medisinske fagets betydning i avdelingsledelsen i sykehus kan derfor i tillegg til å være et styringstiltak ut fra effektiviseringshensyn, også ses som et inngrep for å dempe medisinenes faglige hegemoni som forståelsesramme for organisasjon og ledelse i sykehusene.

En tredje grunn til at vi i Norge ikke har gjennomført markedsstyrte reformer i større grad, er at vi har en sterk og rik stat. Grunnene for at staten skulle eie sykehusene, er for eksempel mer ønsket om å stimulere til økt aktivitet og at man vil ha en oversiktlig og mer styrbar struktur, enn at man vil spare penger (Ot.prp.66 2000-2001). Et annet uttrykk for dette er at det er etablert en praksis med etterbevilgninger når sykehusene går med underskudd. Pettersen påpekte at i Norge har sykehusene som enheter lært at budsjettunderskudd fungerer som budsjett drivere: det "lønner seg" å gå med underskudd (Pettersen 2001b). Økonomien har dermed vært mulig å forhandle politisk, noe som også kan illustreres ved eksempler på at krav om nedskjæringer i mange tilfeller møtes med forslag om nedleggelse av avdelinger eller enheter<sup>23</sup>. Økonomiske forhold har derfor ikke vært en like sterk drivkraft for reformer i helsesektoren som f.eks. i England, hvor det økonomiske presset har vært høyt.

Siden midten av 1990-tallet er innslaget av markedselementer imidlertid kommet sterkere inn også i Norge (Christensen og Lægreid 2001). Et eksempel på dette er

---

<sup>23</sup> Aftenposten skrev f.eks. 28.02.2004 at "Haraldsplass Diakonale sykehus i Bergen har fått 6 millioner kroner ekstra etter at de truet med å legge ned hvis de ikke fikk mer penger fra Helse Vest. Partene kom til enighet på et hastemøte sent torsdag kveld, etter at sykehuset først hadde sendt ut en pressemelding der de fortalte om avviklingsplanen" (Aftenposten 2004).

innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997<sup>24</sup>, som innebærer bruk av økonomiske incentiver for å stimulere til økt aktivitet og kostnadseffektivitet i sykehusene. Et annet eksempel er eierskapsreformen fra 2002<sup>25</sup>, som innebærer statlig overtakelse av eierskapet for sykehusene og etablering av sykehusene som selvstendige foretak utenfor statsforvaltningen. Et tredje eksempel er pasientrettighetsloven fra 2001<sup>26</sup>, som understreker pasienters rettigheter på nye områder, blant annet gjennom fritt sykehusvalg. Når det gjelder ledelse ser vi at to av de norske helselovene som kom i 2001<sup>27</sup> bidrar til å løfte frem ledelse som generell aktivitet og understreke helsepersonells individuelle ansvar for å opptre forsvarlig, og de understreker at det å tilhøre en profesjon ikke automatisk gir rett til bestemte posisjoner. Reformene innebærer økt bruk av økonomiske virkemidler, større vekt på resultatmål, innføring av skille mellom helsepolitikk og driften av helsetjenestene, økt vekt på lederfunksjoner, samt større vekt på kundespektet gjennom vektlegging av rettigheter og valgfrihet for pasienter og brukere. Dette er sentrale virkemidler som brukes i NPM-inspirerte reformer også internasjonalt (Hood 1991). Her ser vi altså at det offentlige gjennom lovverket etablerer New Public Managements tenkning som forståelse av hvilke virkemidler og hvilken tenkning som skal ligge til grunn for løsninger i sykehusene også i Norge.

---

<sup>24</sup> Den tidligere rammefinansieringen av sykehusene hvor finansieringsnivået ble fastsatt uavhengig av aktivitet og kvalitet, ble erstattet av en kombinasjon av rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering. Ordningen innebærer sammenheng mellom behandlingsaktivitet og sykehusenes inntekter, ved at 40% (2004) av utgiftene til behandling av pasienter refunderes med utgangspunkt i DRG-systemet, som er et system for klassifisering av pasienter basert på diagnosegrupper.

<sup>25</sup> Sykehusene eies fra 1. januar 2002 av staten, men skilles ut fra forvaltningen og gjøres til selvstendige foretak. Dette betyr at de blir organisert som egne rettssubjekter, og ikke som en del av den statlige forvaltning. Man ønsker gjennom denne reformen å samle det offentlige eieransvaret, samtidig som foretaksnivået får økt myndighet og ansvarlighet i forhold til egen virksomhet. Det understrekes likevel at staten har det øverste ansvaret, at overordnede helsepolitiske mål vil fastsettes av staten og vil ligge til grunn for styringen av foretakene, og at foretakene ikke kan gå konkurs (Ot.prp.66 2000-2001).

<sup>26</sup> Gjennom den nye pasientrettighetsloven som trådte i kraft 1. januar 2001 har pasienter rett til fritt sykehusvalg for elektive tjenester. Pasientrettighetsloven styrker også pasientenes rettigheter på andre områder, slik som rett til journalinnsyn, rett til helsehjelp og rett til medvirkning, og den understreker særskilte rettigheter for barn (Ot.prp.12 1998-1999).

<sup>27</sup> Spesialisthelsetjenesteloven (Ot.prp.10 1998-99) legger sterkere vekt på lederfunksjoner gjennom blant annet lovfesting av profesjonsnøytral enhetlig ledelse som prinsipp på alle sykehus, mens



### 3.1.2 NPM som ny forståelse av sykehusfeltet

Det er særlig de ledelsesmessige sidene av NPM-tenkningen, og elementer i det som karakteriseres som ”managerialism” (Clarke og Newman 1997), som jeg har konsentrert meg om i min studie. Jeg er spesielt opptatt av NPM-tenkningen som ideologi. Det er nettopp gjennom å oppnå en hegemonisk posisjon som *forståelsesramme* for sektorens problemer, at NPM etter hvert får tyngde som ”leverandør” av løsninger for å bøte på manglene ved den offentlige byråkratiske forvaltningskulturen, og for å bidra til å løse sykehussektorens problemer. Jeg betrakter New Public Management (NPM) som en institusjonalisert forståelse av hva som er gjeldende og nåtidig ”riktig” tenkning om løsninger for organisering i offentlig sektor.

I en sosiologisk avhandling fra 1994 viste Hugemark (Hugemark 1994) hvordan nasjonaløkonomenes begrepsbruk og problemforståelse siden begynnelsen av 1970-tallet er blitt norm for hvordan man vurderer problemer og løsninger innenfor offentlig sektor i Sverige. I sin studie av økonomiske eksperter og velferdsstaten poengterte Hugemark at de markedsinnrettede løsningene som etter hvert ble foreslått utover 1980-tallet, kom med utgangspunkt i en uenighet i grunnleggende spørsmål om ressursfordeling, innflytelse og makt i helsetjenesten. Hun viste hvordan økonomene lyktes i å forankre spørsmålet om velferdssektorens effektivitet og organisasjonsformer i abstrakt økonomisk teori. Økonomenes forslag til endringer av velferdsstaten var et brudd med den tidligere velferdstenkningen og det effektivitetssyn som dominerte da den svenske velferdsmodellen ble bygget opp, og som har fått en betydelig svakere stilling fordi denne velferdsprofesjonelle diskursen ble erstattet av en markedsprofesjonell diskurs.

---

helsepersonelloven (Ot.prp.13 1998-99) bidrar ytterligere til nedtoning av profesjonsspesifikke posisjoner gjennom understreking av det individuelle ansvaret (forsvarlighetskravet) til alt helsepersonell.

Hugemark argumenterer for at endringen også kan forstås som en profesjonsstrategi. Økonomene har, gjennom å integrere velferdssektorens effektivitetsproblematikk i sin profesjonelle diskurs, oppnådd en ekspertstatus som innebærer at de kan uttale seg om *at* den offentlige sektoren har et effektivitetsproblem, og om at tiltak som innebærer markedstilpasning i en eller annen form er det som skal til for å løse problemene (Hugemark 1994:10-18). Et lignende perspektiv på utviklingen i Storbritannia understrekes av Clarke og Newman (Clarke og Newman 1997), som mener at den økte vektleggingen av ledelse i offentlig sektor i Storbritannia ikke bare må betraktes som en teknisk fremgangsmåte for å oppnå nye politiske mål, men at "managerialism" har spilt en viktig rolle i legitimering av endring og etablering av en ny orden. De påpeker at det ikke bare er snakk om organisatorisk omstrukturering, men om en omfattende kulturell endring (Clarke og Newman 1997:36). Clarke og Newman mener at man kan diskutere hvor dyptgripende endringene i sektoren er, men de påpeker at det er vanskelig å finne noen reform i offentlig sektor i Storbritannia det siste tiåret som ikke har bygget på og bidratt til installeringen av en "*managerial mode of coordination*" (Clarke og Newman 1997:60). Diskusjonene om ledelse i sykehus som har resultert i lovfesting av enhetlig ledelse som prinsipp her i landet, gjenspeiler den samme troen på ledelse som tiltak for å løse sykehusenes styringsproblemer. Lederreformen kan derfor forstås som et utslag av hvordan vi i Norge tar i bruk elementer fra NPM-tenkningen.

Clarke og Newman påpeker at managerialisme som tenkning bidrar til utviklingen i retning av å være mer opptatt av handling enn refleksjon og analyse, gjennom å være "*oriented towards means rather than ends, and towards action rather than reflection. The 'can do' culture of management has a strong preference for practical prescriptions over mere academic analysis*" (Clarke og Newman 1997:xii). Denne tenkningen finner vi igjen i sterkere aktivitetsorientering gjennom f.eks. innsatsstyrt finansiering, som kan ses som et

tiltak for å styre praksis i ønsket retning, men som også kan undergrave det medisinsk-etiske ved at man kan få en vridning i retning av å behandle det som lønner seg økonomisk (Lian 2003:80), se også (Solstad og Mo 1993). Vi finner det også igjen i den nye ledelsestenkningen som målbærer at sterkere ledelse kan løse problemene som den profesjonelle autonomien bidrar til å skape i sykehusene. NPM-tenkningen gjør det med andre ord legitimt å snakke om sykehusledelse på bestemte måter, med utgangspunkt i økonomisk teori og med referanse til private virksomheter (Hugemark 1994). Disse måtene åpner for nye oppfatninger av når sykehussektoren når sine mål, og hvilke kriterier aktiviteten måles etter. Kjernen i det som Jespersen (Jespersen 1999) karakteriserer som "den nye administrative professionelle rationalitet" kan oppsummeres slik:

1. Den legefaglige utvikling på sykehusene kan ikke tas som gitt. Den må påvirkes og prioriteres i forhold til andre ønskede utviklinger i og utenfor helsesektoren.
2. Nye behandlingsformer må prioriteres i forhold til kjente ut fra kjennskap til kostnader og nytte.
3. Ledelse, produktivitet og organisasjon på sykehus skiller seg prinsipielt ikke fra tilsvarende spørsmål i andre organisasjoner.
4. Etikken hos de nye profesjonelle er en nytteetikk. Innsatsen i helsevesenet skal i større grad prioriteres etter cost-benefit-betraktninger (Jespersen 1999:148).

Her ser vi at den økonomiske forståelsen i NPM blir tydelig, samtidig som det generelle aspektet ved ledelse understrekes. Det kan imidlertid hevdes at NPM kolliderer med "produksjonsvilkårene" i sykehuset, som er preget av samarbeid på tvers og krav til gjensidig tilpasning og avhengighet, forhandling og tillit som betingelser for organisering og styring. NPM legger vekt på måloppnåelse, og revitaliserer "management-by-objectives" (målstyring) fra 80-og 90-tallet, noe som oppfordrer enhetene til å se seg selv som lukkede enheter som skal holde et

budsjett og nå bestemte resultater. Dette kan føre til neglisjering av sykehusenes bredere allmenne oppgaver knyttet til forskning, beredskap, sykdomsforebygging og pleie, som er vanskeligere å gjøre målbare. Målstyring av den enkelte enhet gjør dessuten at betydningen av samspillsrelasjoner på tvers av enheter kan undervurderes og erstattes av konkurranse (Vrangbæk 1999:50-51). Slike tendenser gjør at det ikke nødvendigvis stilles spørsmål om relevansen av f.eks. å bruke markedsbaserte styringsprinsipper i en sektor hvor markedets vilkår i utgangspunktet ikke er tilstede. Når økonomisk effektivitet er tilstrekkelig etablert som verdi blir det relevant å snakke om ineffektivitet hvis virksomheter ikke holder budsjettene. Satt på spissen kan vi da spørre om sykehusavdelingen er ”flinkest” når den holder budsjettet og avviser å motta flere pasienter, eller når den behandler dem og går med underskudd? Disse spørsmålene setter en faglig-etisk og en økonomisk forståelse opp mot hverandre, og illustrerer dermed hvordan ulike verdsett aktualiseres i problemstillinger som avdelingssjefene må forholde seg til.

Det offentlige som politisk system byr på spesielle utfordringer for den tenkningen som NPM representerer. En av disse er det vi kan kalle grenseløsheten i velferdsstatens ytelsesnivå. I motsetning til de fleste andre organisasjoner kan det sies at velferdsstaten mangler grenser som markerer hvem som har rett til å motta tjenester og regulerer tilgangen til disse tjenestene. Mulighetene til å bruke f.eks. pris for å regulere tilgangen er vanskelig på grunn av tjenestenes karakter som *”praktisk talt et universelt gode uten klare avgrensninger”* (Vike m. fl. 2002:11). Imidlertid hviler styringen av velferdsstatens organisasjonsapparat på den antakelsen at det faktisk *har* grenser. Dermed blir budsjetter relevante som styringsredskaper og det kan stilles krav om budsjettbalanse (Vike m. fl. 2002:11). Det at offentlige virksomheter har et politisk forhandlet utgangspunkt for sitt virke, gjør imidlertid at budsjettene også har et politisk definert tak som i prinsippet kan forhandles i forhold til det politiske målet om ”lik helse for alle”,

som er en målsetting for helsetjenestens ytelsesnivå. Slik oppstår et styringsdilemma: systemets legitimitet hviler på at det er i stand til å yte de tjenestene befolkningen har behov for, noe som i utgangspunktet er et grenseløst krav. Dette innebærer en demokratisk oppfatning av legitim autoritet, dvs. knyttet til at individet har rettigheter som ikke kan avhendes i forhold til andre hensyn og mål (Eriksen 1993:18). Når det stilles krav om prioritering og effektivisering slik at budsjettene kan holdes, forutsettes det imidlertid at tjenestene som ytes relateres til budsjettenes størrelser. Dette bygger på en forståelse av at resultater og effektivitet i seg selv gir opphav til legitimitet, og bryter dermed grunnleggende med en demokratisk forståelse. Dette motsetningsfylte utgangspunktet er en del av det som NPM møter i sykehussektoren.

### **3.1.3 En NPM-inspirert ledelsesforståelse**

Jeg har allerede nevnt at troen på en sterk og profesjonell ledelse er et viktig trekk ved New Public Management<sup>28</sup>. I økende grad setter man inn profesjonell (dvs. ikke-faglig) ledelse i kunnskapsbaserte virksomheter. Dette er ikke et nytt fenomen i offentlig sektor, men det har tidligere blitt møtt med motargumenter som støttet profesjonell kontroll og autonomi. Fra 1980-tallet har imidlertid det som kalles ”managerialism”, fått stadig større innpass (Hoggett 1991), og den voksende legitimiteten til ledelsen i sektoren gjør at denne utviklingen karakteriseres som en fundamental utfordring for det profesjonelle paradigmet.

Et hovedprinsipp i NPMs ledelsesforståelse er at ledelse er en selvstendig organisatorisk funksjon, som spiller en grunnleggende viktig rolle i planlegging, implementering og måling av virksomhetens fremgang (Pollitt 1990:2).

Endringene i den offentlige ledelsens form og innhold er blitt beskrevet som en

---

<sup>28</sup> I dette ligger det en generell anbefaling om å ”indføre ledelsesprinsipper og konsepter fra det private (så som konsernledelse, direktørbetegnelser, Service Management, Total Quality Management og

overgang fra "old public administration" til "new public management" i en artikkel av samme navn (Dunleavy og Hood 1994), noe som understreker det aktive aspektet ved den "nye" offentlige ledelsen. Clarke og Newman sier at "*one of the key characteristics of managerial discourse is the way in which it constitutes managers as active agents – as change mobilisers, dynamic entrepreneurs, shapers of their own destinies and controllers of their own environments*" (Clarke og Newman 1997:93). Med andre ord betraktes lederne som sosiale aktører som skal bidra aktivt til å forme den organisasjonen de er en del av. For å kunne fylle denne betydningsfulle rollen er det viktig at lederne har "the right to manage", dvs. manøvreringsrom til å fatte beslutninger om bruk av organisatoriske ressurser for å få til det man vil<sup>29</sup> (Pollitt 1990:2-3). Ifølge Clarke og Newman er det kapasiteten til å fatte beslutninger som utgjør kjernen i denne friheten til å lede, som både er et ideologisk krav og et praktisk spørsmål om organisatorisk makt, dvs. makt til å skjære igjennom og fatte beslutninger. Dette gjør samtidig "managerialism" til et omstridt regime, fordi retten til å lede nødvendigvis bringer ledere inn i konflikter omkring ulike typer avgjørelser om organisasjonens ressurser (Clarke og Newman 1997:56). Retten til å lede innebærer at lederen skal kunne fatte beslutninger som går på tvers av f.eks. faglige hensyn eller andre forhold, hvis det etter hans/hennes vurdering er riktig å gjøre det. Dette gjør det også tydelig at ledelsen er separat fra den aktiviteten som skal ledes.

Rennison påpeker med utgangspunkt i danske forhold at noe av det som karakteriserer offentlig ledelse, er nettopp at de *ikke* har denne friheten til å lede. Offentlige ledere inngår i komplekse organisatoriske omgivelser med mange ulike nettverk som omfatter både markedslignende relasjoner og ulike typer autoritetsrelasjoner. De kommer dermed gjerne i krysspressituasjoner som gjør

---

*Business Process Reengineering*) – dvs. væk fra administratoren og den fagprofesjonelle orientering og henimod ledelse med stort L og ledergrupper, der fungerer som strategiske fora" (Klausen 2001:46).

<sup>29</sup> Se Davies 1995 for en beskrivelse av hvordan hun ser på "the new manager" (Davies 1995: 168-169).

beslutningsprosesser vanskelige (Rennison 2000:17), se også (Newman og Clarke 1994:27-28). Begrepet "the right to manage" tydeliggjør lederens aktive rolle ved å understreke betydningen av lederens manøvreringsrom som beslutningstaker, og ved å se ledelse som kontrast til administrasjon. Det som skiller administrasjon fra ledelse, er at mens administratorers oppgave er å fortolke og iverksette beslutninger som andre har fattet, er det lederes oppgave å aktivt fatte beslutninger selv (Clarke og Newman 1997:64). Dermed tydeliggjøres også motsetningen til den gamle forvaltningstenkningen, hvor ledelse i stor grad dreide seg om å forvalte fellesskapets ressurser best mulig, men ikke aktivt fatte beslutninger av mer strategisk art.

De nye lederrollene som beskrives innenfor denne tenkningen innebærer å "kle av seg" den klassiske byråkratiske administratorrolle og den primus inter pares-rolle som knytter seg til å være faglig sparringspartner og fagutvikler (Klausen 2001:230). Det innebærer at lederen må definere sin rolle med utgangspunkt i den funksjonen han/hun skal ha når det gjelder å fastsette organisasjonens mål og strategier, og når det gjelder å fatte beslutninger for å nå disse målene. Det er her forståelsen av lederen som noe annet enn en av fagpersonellet, blir tydelig.

Klausen uttrykker det slik: *"Så længe ledere i det offentlige betrakter sig som fagpersoner og kolleger først og som ledere dernæst, er det svært at skabe ledelse som andet end administration og fagudvikling. Det, der skal til, er, at ledelse bliver betragtet som en profession"* (Klausen 2001:239). For å oppnå en profesjonalisering av lederfunksjonen må lederne med andre ord gå fra å knytte sin identitet som leder til fagligheten, til å utvikle en egen lederidentitet. Dette innebærer å skape en avstand til faglige kolleger og definere seg som noe annet enn en som tilhører det faglige fellesskapet. For fagpersonell i lederposisjoner inneholder dette et dilemma knyttet til det tradisjonelle grunnlaget for ledelsens autoritet og legitimitet, og gjør det tydelig at det å gå inn i lederfunksjoner kan innebære å måtte velge bort det faglige fellesskapet.

Disse perspektivene gjør det tydelig at vi her snakker om fagpersonell i nye lederroller. I det følgende skal jeg ta utgangspunkt i noen internasjonale erfaringer for å vise hvordan NPM-tenkningen gjenspeiles i utformingen av nye lege-lederroller. Videre skal jeg vise hvordan den norske lederreformen kan ses i sammenheng med de internasjonale erfaringene, og gjøre rede for utformingen av lederreformen i sykehuset der studien ble gjennomført.

### **3.2 Fagpersonell som ledere**

Sykehusfeltet er sterkt preget av en medisinsk-faglig kunnskapsforståelse. Dette har vært en utfordring for mange land som har prøvd å innføre sterkere ledelse i sykehus. I økende grad settes fagprofesjonelle (les: leger) inn i lederposisjoner hvor de skal ivareta lederansvar for avdelinger eller klinikker som økonomiske enheter. Slike lederposisjoner kombinerer erfaring og kunnskap både fra en medisinsk-faglig og en ledelsesmessig sfære og integrerer dem i det som kan betraktes som en unik diskurs, hvor lege-lederen både besitter kunnskapen og kontrollerer dens utvikling (Llewellyn 2001:593). Å bruke fagprofesjonelle som ledere begynte i England rundt 1990, etter mislykkede forsøk på å innføre profesjonell ledelse (general management) i helsesektoren på midten av 1980-tallet (Harrison og Pollitt 1994:kap.3). I England og New Zealand, som var tidlig ute med å reformere helsesektoren med utgangspunkt i en liberalistisk orientert tenkning, var utgangspunktet for å sette inn sterkere ledelse i sykehusene at man ville spare penger gjennom å styre den ressursutløsende aktiviteten. Man begynte å arbeide med et nytt utgangspunkt: *(A) new strategy was developed around the discursive notion of clinical leadership. (...) Accountability was to be moved one step closer to the patient*” (Doolin 2001:236). Ledelse skulle ut fra dette innebære å få legene både til å ”eie” problemet og løse det (Thorne 1997). Parallelt med innføringen av interne markeder i National Health Services (NHS) ville man styrke ledelsen, og ville forsøke å ”turn doctors into managers rather than setting



*managers to control doctors*” (Walby og Greenwell 1994:60). Ved å bruke leger som ledere kunne man omgå problemene med manglende autoritet som generelle ledere opplevde innenfor det faglige systemet (Llewellyn 2001). Etablering av *clinical directorates*<sup>30</sup> beskrives som ledelse ”fra innsiden”, i motsetning til det å styre klinikere ved hjelp av ledere med en profesjonell lederkompetanse, dvs. ”fra utsiden”. Motstanden mot dette viste seg å være langt mindre enn mot innføringen av profesjonell ledelse, noe som blant annet ble forklart med at leger fikk kontroll med budsjettene. Det å involvere leger i budsjettmessige beslutninger som del av det å gjøre dem til ledere, ble sett som et ledd i desentraliseringen av ansvar som ligger i den nye ledelsesforståelsen (managerialism) (Walby og Greenwell 1994:60).

Innføringen av enhetlig profesjonsnøytral ledelse i norske sykehus kan betraktes som en norsk utgave av utviklingen av ”klinisk lederskap” (Doolin 2001:236). Idéen om den nye avdelingsledelsen representerer et kompromiss mellom faglig og profesjonell ledelse, som innebærer at personell som kjenner behandlingsaktiviteten fra et faglig ståsted, også tar lederansvaret for virksomheten. På den måten kan et ”profesjonelt” lederskap utføres ved hjelp av ledere med innsidekunnskap om den faglige virksomheten. Reformen innebærer at kunnskapsbakgrunnen til de som søker vurderes i det enkelte tilfelle, og åpner dermed for at andre enn leger kan bli enhetlige avdelingssjefer. Den medisinsk-faglige kompetansen skal kunne trekkes inn i form av rådgivning eller ivaretas som et delegert lederansvar uten at avdelingssjefen selv har medisinsk fagbakgrunn. En slik endring innebærer en omdefinering av den rollen som den medisinske kompetansen skal ha i avdelingsledelsen. Mens den tidligere har vært

---

<sup>30</sup> ”Clinical directorates” er enheter som ledes av leger, og som omfatter en medisinsk spesialitet eller en type medisinsk støttefunksjon. Intensjonen er at de skal ha egne budsjetter. Hensikten med å etablere slike enheter var å få klinikere aktivt med i håndteringen av ressurser, ut fra den erkjennelse at det er de kliniske beslutningene som er de primære kostnadsdriverne i sykehuset (Llewellyn 2001:595). Tenkningen bak den norske lederreformen har visse likhetstrekk med det som lå bak etableringen av ”clinical directorates”, selv om norske sykehusavdelinger ikke foreløpig har det samme budsjettmessige ansvaret som i England.

det viktigste utgangspunktet for styring og generering av aktivitet, struktur og organisasjon, reflekterer tenkningen omkring profesjonsnøytral ledelse at medisinen i større grad defineres inn som en av flere viktige kompetanser i virksomheten, og at den i større grad enn tidligere kan sies å tenkes inn i en mindre autonom rolle i forhold til andre, og kanskje mer lik andre arbeidstakere (Berg 1991:169).

En bred internasjonal erfaring er at enhetlig ledelse i stor grad dreier seg om leger som ledere (Ashburner og Fitzgerald 1996:203; Fitzgerald og Dufour 1997; Doolin 2002; Sognstrup 2003). Sykepleiere opptrer hovedsakelig som ”nurse managers” i samarbeid med leger (Fitzgerald og Sturt 1992), med sykepleiere som ledere for egen yrkesgruppe. Sognstrup fant f.eks. i en studie av avdelingsledelse i danske sykehus at legene ville oppfatte det som en trussel mot sin posisjon som dominerende gruppe i ledelsen hvis andre enn leger ble ansatt som enhetlige ledere (Sognstrup 2003:197). Denne erfaringen påpekes også i andre studier i sykehus (se f.eks. Walby m. fl. 1994:54). Den norske tanken om å prinsipielt åpne for ikke-medisinere som ledere av faglige enheter, kan selvfølgelig også vise seg å bli en papirbestemmelse, som i praksis i det enkelte sykehus resulterer i at det stort sett er leger som får stillingene som avdelingssjefer. Utviklingen på dette området vil være avhengig av hvordan det ”profesjonsnøytrale” eller ikke-faglige fortolkes i en faglig kontekst, og hvordan det ikke-faglige (les: ikke-medisinske) kan tenkes å få legitimitet. Dette er noe av det som min avhandling skal bidra til å belyse.

Thorne fant i en studie av clinical directors<sup>31</sup> i et stort NHS-universitetssykehus i England at til tross for stor variasjon, hadde alle clinical directors to fellestrekk: profesjonell troverdighet og organisatorisk aksept (legitimitet). Profesjonell troverdighet var knyttet til profesjonell kompetanse, og organisatorisk aksept

handlet om uformell støtte som troverdig bærer av ansvaret for avdelingen/enheten, samt støtte fra direktøren. Den ”doble” kunnskapsbasen ga dem spesielle muligheter i forhold til profesjonelle ledere: *”The dual power base of medicine and management meant that clinicians could straddle the whole organization, whilst managers were deemed unqualified to criticize or comment on professional conduct and clinical matters as a defensive device”* (Thorne 1997:211). Den kliniske bakgrunnen åpnet dermed flere dører for lederne enn en ren lederbakgrunn. Det gjør det imidlertid også interessant å spørre seg hvilken betydning en sykepleierbakgrunn vil ha for en leder. Sykepleieren kjenner helsefeltet slik helsepersonell gjør, men har ikke den medisinsk-faglige bakgrunnen som åpner alle dører. Med utgangspunkt i et endret syn på sykepleiernes kunnskapsmessige posisjoner i forhold til legene og et endret syn på ledelse, kan man spørre seg om andre fagprofesjonelle enn leger kan tenkes å få tilstrekkelig autoritet som ledere av kliniske enheter.

Vi ser altså at klinikere i stadig større grad går inn i lederposisjoner i avdelinger og enheter hvor de har et mer omfattende og profesjonelt lederansvar enn det tradisjonelle faglederansvaret. Et tema i forskningen om leger i lederposisjoner er hvordan håndteringen av balansegangen mellom ulike rasjonaler eller verdener gir seg uttrykk på forskjellige områder (se f.eks. Hoff 2001). Spørsmål om legitimitet, autoritet og troverdighet blir særlig aktuelle når de er snakk om ledere som forsøker å balansere tilhørighet både til faget og fagkollegene og til et større lederfelleskap, og håndtere ulike og kanskje motstridende hensyn i daglige beslutninger om avdelingens virksomhet og videre utvikling<sup>32</sup>. Et viktig forhold i

---

<sup>31</sup> ”Clinical directors” er medisinerer som er ledere av ”clinical directorates”, som kan være enheter eller avdelinger med selvstendig budsjettansvar innenfor et større sykehuskompleks.

<sup>32</sup> Forskningen om leger som ledere har blant annet også dreid seg om hvilke konsekvenser den økte vektleggingen av ledelse i sykehuset har for legenes autonomi. Ferlie et al. påpeker at det på bakgrunn av NPM-inspirerte lederendringer ikke ser ut til ha skjedd en endimensjonal overføring av makt fra profesjonelle til ledere. De peker på at sammenhengene er mer komplekse og konsekvensene mer sammensatte enn som så, hvor noen profesjonelle grupper har hatt fordeler av endringene og andre har tapt (Ferlie m. fl. 1996:240). Som Freidson understreker, kan også det at ledere er fagprofesjonelle være et argument for at den profesjonelle kontrollen opprettholdes (Freidson 1994:139).

forskningen om det som kalles ”hybrid-roller” (Fitzgerald 1994; Kitchener 2000), er betydningen av å opprettholde legitimitet hos de gruppene som lederne har lederansvaret for. Forskning viser at mange leger opplever det som vanskelig å kombinere lederfunksjoner med klinisk arbeid, og at dette oppfattes som en trussel mot legitimiteten og mulighetene for videre karriere som lege. Hoff (Hoff 1999a) fant at å arbeide klinisk hadde flere konsekvenser: det økte troverdigheten til medisinske ledere blant vanlige medisinere, det fremmet flere lojaliteter og bidro dermed til at det ble lettere å bygge broer mellom kliniske og organisatoriske interesser. I tillegg dempet det den personlige følelsen av å måtte velge bort medisinen for godt (Hoff 1999a). Det å fortsette arbeidet i klinikken har altså betydning på flere områder: både for å opprettholde legitimitet, å bevare forbindelsen og lojaliteten til det fagprofesjonelle miljøet, og å opprettholde kliniske ferdigheter som er relevante for egen fortsatt karriere som fagprofesjonell. Økt innslag av lederoppgaver på bekostning av kliniske oppgaver er en av legenes sterkeste innvendinger mot å påta seg lederansvar, og erfaringer fra sykehus som har lyst ut slike stillinger viser at det har vært vanskelig å få rekruttert leger til profesjonelle lederfunksjoner. Vi skal derfor gå litt nærmere inn på denne balansekunsten og dens implikasjoner.

### **3.2.1 I spenningsfeltet mellom klinikk og ledelse**

Forskningen på lege-lederroller har vært rettet mot leger i stillinger på ulike nivåer, og finner at ledere i stillinger på høyere nivåer i liten grad arbeider klinisk (Hoff 1999a:54). Forskning om profesjonell legitimitet understreker imidlertid betydningen av at leger fortsetter med det kliniske arbeidet for å beholde et legitimt faglig grunnlag for å utøve lederskap overfor profesjonen (Hoff 1999b, a, 2000), og for å bevare den unike kompetansen de har som ledere som også har klinisk kunnskap (Schneller m. fl. 1997). Leger har tradisjonelt vært faglige

---

ledere med mer eller mindre omfattende lederansvar, i sykehus f.eks. som seksjonsoverlege, avdelingsoverlege eller sjeflege. I disse sammenhengene har de vært ledere med utgangspunkt i sitt fag og sin spesialitet. Faget har vært overordnet, og de administrative og ledelsesmessige funksjonene har vært integrert i det faglige eller delegert til annet personell. I de nye lederrollene får de en mer ”profesjonell” lederfunksjon, med ansvar for flere profesjoner og også for andre områder enn de medisinske. I et kunnskapsperspektiv kan man si at de er spesialister som tar på seg en generalistrolle (Ferlie m. fl. 1996:185). Det som er spesielt med denne type lederrolle er dens hybrid-karakter, og flere understreker at disse rollene ikke bør kopiere en mer allmenn lederrolle, men heller understreke styrken til kombinasjonen av klinisk kunnskap og lederkompetanse (Fitzgerald 1994; Ferlie m. fl. 1996; Schneller m. fl. 1997; Hoff 2001).

Llewellyn bruker begrepet ”two-way window” (Llewellyn 2001:595) som en metafor for den medierende rollen medisinerne i lederposisjoner har mellom sine ulike kunnskapsområder, og lar metaforen illustrere økt utveksling og transparens mellom de to og vektlegger den ”grenserollen” slike ledere har. Metaforen understreker balansegangen mellom de ulike kompetanseelementene og konsekvensene av disse for lege-lederens autoritet og legitimitet. Blandingen av ”medical” og ”management”, som gjerne oppfattes som representanter for ulike diskurser om styring og faglighet (Exworthy og Halford 1999b), gir samtidig en mulighet til å få frem at det ikke alltid er nyttig å diskutere ut fra en binær logikk om forholdet mellom styring og autonomi, men at nye sammenstillinger av kompetanser også inneholder mellomposisjoner, paradokser og motsetninger (Hoggett 1996). Kitchener (Kitchener 2000) viser f.eks. hvordan innføringen av kvasi-markeder i England i 1991 sammen med ulike typer institusjonelt press, har ført til de-institusjonalisering av de grensene som eksisterte mellom de medisinske og de administrative områdene i sykehus. Selv om nye Labour avskaffet markedet på helsefeltet i 1997, kan man se en videreutvikling av

medical manager-orienteringen hos mange leger i engelske sykehus (Llewellyn 2001). Dette understreker at de legene som inngår i slike posisjoner, deltar i prosesser som også innebærer redefinering av hvordan lege-lederrollen kan utøves.

Imidlertid er det flere studier som viser at legene har vanskelig for å "slippe" den tette tilknytningen til klinikken. Thorne (Thorne 1997:214) ser kliniske ledere som en ny subkultur av klinikere som har verdier fra begge "verdener", mens de fortsatt har sin identitet rotfestet i sin profesjon. Selv om klinisk ledelse har flere elementer av profesjonelt lederansvar, tar lederne utgangspunkt i sitt fag og knytter sin lojalitet til sitt faglige ståsted. Dette betyr at vi fortsatt snakker om en form for (medisinsk)faglig basert lederskap. Forskning tyder på at det er problematisk for lege-lederne å forlate et faglig rasjonale. Jespersen (Jespersen 1999) hevdet at det å trekke inn leger og sykepleiere i lederoppgaver på flere nivåer i sykehusene i Danmark, har vært et forsøk på å få legene til å endre sin tradisjonelle rasjonalitet og supplere den med en økonomisk/administrativ logikk. Målet var å få legene til å flytte blikket fra avdelingen og spesialiteten over på den større virksomheten, dvs. å ivareta hensyn både til avdelingen/faget og den større virksomheten. Strategien ble karakterisert som vellykket på sykehusnivå, men ikke på avdelingsnivå. Dette skyldtes hovedsakelig to ting: at de nødvendige instrumenter i form av informasjonssystemer og økonomistyringssystemer har vært dårlig utviklet, og i særlig grad at avdelingsledelsen ikke har brutt med den tradisjonelle faglige logikk. *"Afdelingsledelserne ser stadig deres viktigste rolle som forsvarere af afdelingsspecialet i forhold til andre afdelinger og sygehusledelsen"* (Jespersen 1999:153). Balansegangen mellom det å være kliniker og leder er altså blant annet spørsmål om håndtering av tilhørighet, av motstridende hensyn og oppfatninger av ledelsens funksjon og oppgaver. Tidligere erfaringer viser at balansegangen mellom klinikk og ledelse er en utfordring for mange leger. Fagets plass i ledelsen problematiseres ytterligere

gjennom spørsmålet om hvorvidt andre fagprofesjonelle enn legene kan ivareta lederansvaret for avdelingene. I neste delkapittel skal jeg vise hvordan den norske lederreformen ble utformet og hvordan den plasserer seg inn i diskusjonen om fagets betydning i ledelsen.

### 3.3 Overgangen til enhetlig ledelse i norske sykehus

Inspirasjonen fra NPM ser vi svært godt i Steineutvalgets<sup>33</sup> innstilling. Den vektlegger betydningen av å oppgradere ledelsesfunksjonen i sykehus gjennom at *”ledelsesaktivitetene må være lederens hovedfunksjon og prioriteres foran andre oppgaver som lederen eventuelt vil gjøre”* (NOU 1997:2:87). I forslaget til ny lov om spesialisthelsetjenesten pekes det blant annet på at sykehusene må forholde seg til at *”endringer i behov, sterkere brukerinnflytelse, flere konkurranselementer, fordelingspolitiske mål og rask utvikling av medisinsk teknologi og metode, vil blant annet innebære sterkere krav til omstillinger og tilpasninger av virksomhetene”* (Ot.prp.10 1998-99:12). Departementet understreker at eier og ledelse skal ha frihet til å utforme virksomheten i forhold til disse kravene, og vil derfor i liten grad regulere organisatoriske forhold. Forslaget om å lovfeste at det skal være én ansvarlig leder på alle nivåer i sykehus kan i så måte betraktes som et unntak, som skal understøtte muligheten for å kunne utøve helhetlig styring av virksomheten. Tilrådingen om én ansvarlig leder på alle nivåer ble av Steineutvalget ansett som en *”forutsetning for å kunne få en utvikling i retning av de lederroller utvalget mener at det er viktig å få innført ved norske sykehus”* (Ot.prp.10 1998-99:67). Generelt understreker utvalget et behov for å oppgradere ledelsesfunksjonene gjennom at lederens tid i hovedsak brukes

---

<sup>33</sup> Steineutvalget ble oppnevnt våren 1996 under Vidar Oma Steines ledelse, og fikk som mandat å kartlegge de viktigste problemene ved dagens organisasjons- og ledelsesstruktur i sykehus og foreslå tiltak som kan bedre disse strukturene med utgangspunkt i *”Pasienten først”* (s. 113). Dette er retningslinjer som gir et bilde av hva sykehus må svare på for å oppfylle pasientbehov (s. 9).

til ledelsesarbeid, at han/hun må fungere som ansvarlig for hele avdelingen, og at det skjer en integrering av faglig og administrativ ledelse (Ot.prp.10 1998-99:88).

Så langt kan vi si at reformen føyer seg pent inn i rekken av andre lands lederreformer, slik de er beskrevet i NPM- og managerialism-litteraturen, og slik jeg var inne på tidligere i dette kapitlet<sup>34</sup>. Der hvor den norske reformen imidlertid bryter med de internasjonale erfaringene, er når den åpner for at andre helseprofesjoner enn leger skal kunne være ledere av avdelinger. Som jeg har pekt på tidligere, er det vanligvis leger som er ledere av avdelinger som økonomiske enheter, og sykepleiere i lederfunksjoner leder enten egen yrkesgruppe eller avdelinger/enheter i samarbeid med lege. Derfor er den norske reformen et spennsting og radikalt grep som åpner for nye forhandlinger og fortolkninger av betydningen av fag og ledelse i avdelingsledelsen.

Steineutvalget peker på at både strukturelle og holdningsmessige forhold vil bestemme hvordan de konkrete lederrollene innvirker på utøvelsen av ledelse. Den formelle ledelsesstrukturen dreier seg om fordeling av ansvar, fullmakter og virkemidler på ulike nivåer og i ulike stillinger. Det holdningsmessige handler om hvordan lederen og de som ledes oppfatter sitt ansvar og sine roller, og hvordan de forholder seg til ledelse. Utvalgets oppfatning er at ledelsesproblemene i sykehus er mer knyttet til holdningsmessige enn til strukturelle forhold (NOU 1997:2:87-88). Utvalget peker på at det er vanskelig å ”vedta” nye holdninger, og at de derfor *”råder sykehusene til å skape organisatoriske strukturer/ledelsesstrukturer som bygger opp under holdningsendringene som utvalget ønsker å initiere”*. (NOU 1997:2:93). Elementene i lederreformen kan derfor betraktes som et forsøk på å konkretisere organisatoriske vilkår for å bidra både til holdningsmessige og konkrete endringer (Jfr. skillet mellom kultur og diskurs som Hoggett (Hoggett 1996) påpeker, og som jeg trakk frem i kap. 2).

---

<sup>34</sup> Jeg har spesielt bygget på erfaringer fra England, og i noen grad også fra New Zealand og USA.



Utfordringen som det profesjonsnøytrale lederskapet utgjør for den medisinsk-faglige forståelsen av ledelse, kan også på forskjellige måter, både gjennom holdninger og praksis, bidra til etablering av nye forståelser av ledelse.

### 3.3.1 På hvilken måte endrer reformen avdelingsledelse?

Begrunnelsen for at det ikke ble definert bestemte kompetansekrav til stillingen som avdelingssjef under forarbeidene til lovteksten, knyttet i Ot. prp.10 til sykehusenes mangfold. Der heter det at *”på bakgrunn av kompleksiteten i sykehusenes virksomhet fant departementet at det ikke var hensiktsmessig å foreslå et generelt krav til kompetanse for ledelse av sykehusavdelinger”* (Ot.prp.10 1998-99:67). Dermed åpner man for at aktiviteten i sykehuset ikke i alle sammenhenger defineres primært som medisinsk. Sykehusledelsen i sykehuset der studien ble gjort, gjennomførte en omfattende prosess for å gi klare signaler om at den lederendringen som nå skulle gjennomføres, krevde noe nytt av avdelingssjefene i forhold til det som kjennetegnet ledernes rolle i den todelt ledelsen<sup>35</sup>.

Utformingen av avdelingsledelsen i sykehuset besto av disse elementene<sup>36</sup>:

- Avdelingssjefen har totalansvar<sup>37</sup>, dvs. et uavkortet resultat- og driftsansvar innenfor gitte rammer, samt uavkortet personalansvar og ansvar for at det drives en faglig forsvarlig utøvelse av virksomheten i avdelingen

---

<sup>35</sup> I januar 2001 var det søknadsfrist til de nye stillingene som avdelingssjefer ved sykehuset.

<sup>36</sup> Elementene i utformingen av avdelingsledelsen er beskrevet i utlysningsteksten til avdelingssjefstillingene. Beskrivelsene av hvordan faglig rådgiveransvar skal ivaretas er dels hentet fra forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven (Ot.prp.10 1998-99) og dels fra samtaler med min kontaktperson i sykehuset.

<sup>37</sup> Ansvar som avdelingssjef innebærer ifølge utlysningsteksten (Adresseavisen 2001) et uavkortet ansvar for drift og resultater innenfor gitte rammer, samt for faglige og personellmessige problemstillinger i tilknytning til avdelingens aktivitet. Det innebærer både ansvar for at dagens aktivitet utøves forsvarlig og i tråd med gjeldende lover og forskrifter, og for å utarbeide visjoner, strategier og målsettinger for fremtidig aktivitet og utvikling av kompetanse, både behandlings- og forskningsmessig. Avdelingssjefen har også ansvar for koordinering av virksomheten i avdelingen overfor andre enheter.

- Lederen skal ha ledelse som sin hovedaktivitet, men det er åpent for en viss (faglig) tilleggsaktivitet
- Lederstillingen er profesjonsnøytral, dvs. åpen for personell fra ulike yrkesgrupper
- Stillingen skal bekles av helsepersonell
- Avdelingsledelse skal utøves ved hjelp av et tverrfaglig lederteam
- Funksjoner som faglig systemansvarlige skal opprettes innenfor de faglige hovedfunksjonene som er knyttet til avdelingene

Det ble bestemt å etablere team med faglige systemansvarlige innenfor alle de faglige hovedfunksjonene som er knyttet til avdelingene, uansett om avdelingssjefen er lege eller ikke. Sykehuset tok utgangspunkt i NOU 1997:2, og peker på at de faglig systemansvarlige skal ta ansvar for at

- de som utfører de faglige oppgaver har den nødvendige kunnskap
- de systemmessige rammebetingelser ligger til rette for fagutøverne
- samarbeidsspørsmål av systemmessig karakter i forhold til andre er tilstrekkelig avklart
- det skjer en nødvendig fagutvikling og oppfølging av at den faglige utførelsen er i henhold til aksepterte normer og vedtatte retningslinjer (NOU 1997:2:90)

Ettersom reformen innebærer at avdelingssjefer fortsatt skal ha profesjonsbakgrunn, kan man argumentere for at den representerer en videreføring og videreutvikling av en faglig ledertradisjon. Imidlertid er det flere elementer i denne reformen som bryter med den faglige ledelsesforståelsen, som gjør at jeg heller vil se den som et uttrykk for hvordan en NPM-inspirert ledelsesforståelse kommer inn i norske sykehus. Det er spesielt tre elementer jeg vil peke på i denne sammenheng:

---

1) Reformen innebærer at de nye avdelingssjefene skal ha totalansvar for avdelingen, dvs. et ansvar for virksomheten som helhet både resultats- og driftsmessig, samt uavkortet personalansvar og ansvar for at det drives en faglig forsvarlig utøvelse av virksomheten i avdelingen. Bruddet her ligger primært i overgangen fra et fagfokus til et virksomhetsfokus, noe som også innebærer et sterkere vekt på økonomistyring, og i å skulle ha lederansvar for alle yrkesgrupper, også for de man ikke kjenner faget til. Reformen legger dermed større vekt på ledelse som funksjon og understreker at lederen skal ha et *organisatorisk* perspektiv på virksomheten, i motsetning til tidligere avdelingsoverleges medisinske lederansvar og oversyklepleiers sykepleiefaglige ansvar.

2) Lederen skal videre ha ledelse som sin hovedaktivitet, selv om det er åpent for forhandling om en viss faglig aktivitet ved siden av. For legene har avdelingsledelse tidligere vært en kombinasjon av klinisk aktivitet og ivaretagelse av lederfunksjoner, og grunnlaget for ledelse har ligget i lederens profesjonskunnskap og -erfaring. Bruddet som reformen utgjør ligger her i at faget gjøres mindre viktig som grunnlag for ledelse. Reformen skaper dermed et skille mellom fag og ledelse, og understreker at autoriteten til lederen i større grad enn tidligere skal ligge i posisjonen.

3) Lederstillingen er profesjonsnøytral, dvs. åpen for personell fra ulike yrkesgrupper. For å ivareta krav til forsvarlighet opprettes funksjoner som faglig systemansvarlige innenfor de faglige hovedfunksjonene som er knyttet til avdelingene. Denne bestemmelsen var i lovverket knyttet spesielt til tilfeller hvor avdelingssjefen ikke selv er medisiner, og hvor medisinsk-faglige forhold tenkes ivare tatt av en medisinsk-faglig rådgiver. Bruddet her ligger i at andre enn medisiner skal kunne ha lederansvar også i forhold til legene. Dermed åpnes det for at legene ikke lenger er selvfølgelige innehaver av beslutningsposisjoner i

avdelingsledelsen, og at medisinske forhold kan tenkes ivaretatt gjennom f.eks. en rådgiverfunksjon. Reformen bryter dermed med det faglige hierarkiet, og bidrar gjennom å redusere betydningen av fagbakgrunn for utøvelse av lederfunksjonen, til skillet mellom fag og ledelse.

Utøvelsen av lederfunksjonen på avdelingens forskjellige faglige og profesjonelle områder tenkes ivaretatt gjennom delegering. Det understrekes i lovteksten til Spesialisthelsetjenesteloven (Ot.prp.10 1998-99) at når kravet til forsvarlig ledelse krever det, skal det pekes ut medisinsk-faglige rådgivere. Denne bestemmelsen er særlig ment for de tilfeller der lederen ikke har medisinsk kompetanse, og skal bidra til å legge til rette for at det skal kunne ansettes ledere som ikke er leger. Ledere som ikke har medisinsk-faglig kompetanse får på denne måten faglige innspill som grunnlag for beslutninger fra en medisinsk-faglig rådgiver som ikke selv har formelt lederansvar. Modellen innebærer at avdelingssjefens kunnskapsbase blir mindre viktig, ettersom relevant kunnskap innhentes fra andre som er mer direkte involvert i den faglige aktiviteten og kan representere kunnskapsfeltet sitt i ledelsen. Den innebærer mao. en åpning for at spesifikk profesjonskunnskap ikke er like viktig i lederposisjonen. Dette forutsetter imidlertid at man klarer å se *gruppen* som viktig, og ser mer bort fra den individuelle lederen. Ut fra et profesjonsperspektiv på kompetanse er dette fremmed; der er det nettopp den enkelte profesjonelle og dennes kompetanse som er i fokus gjennom et individuelt perspektiv på kunnskap. Som organisatorisk grep bidrar det til å flytte fokus fra den enkelte leders faglige kompetanse og over til den samlede kompetansen som ledergruppen besitter.

Spesielt i en situasjon hvor leger i stadig større grad går inn i lederfunksjoner, vil forholdet mellom faglighet og ledelse være under utvikling. Lederreformen går ganske direkte inn i det motsetningsfylte forholdet mellom fag og ledelse i sykehuset, og problematiserer ulike sider av dette forholdet. Når

profesjonsutøvere påtar seg lederansvar, vil de på ulike måter fungere som et bindeledd mellom fagmiljøene og ledelsen, og vil være bærere av ulike og dels motstridende rasjonaliteter. Causer og Exworthy (Causer og Exworthy 1999) mener at forholdet mellom profesjonelle og ledere er mer komplekst enn det som en dikotom forståelse ivaretar, og argumenterer for at dette forholdet kan studeres med utgangspunkt i tre brede roller:

1. Profesjonsutøvere med og uten leder/veilederfunksjoner
2. Profesjonsutøvere som formelle ledere, med eller uten klinisk arbeid i tillegg
3. Profesjonelle ledere uten direkte ledelse av den daglige faglige utøvelse, med eller uten profesjonsbakgrunn (Causer og Exworthy 1999:83-84)

Gruppe 1 vil ha sin selvfølgelige identitet i profesjonen, mens gruppe 3 gjerne har foretatt et definitivt valg mht. å "forlate" profesjonen. Gruppe 2 inneholder ledere som kombinerer to ståsteder, og de representerer dermed den mest utfordrende posisjonen når det gjelder håndtering av ulike identiteter og forståelser i forhold til egen rolle som leder. Ut fra denne typologien kan vi si at vi i Norge går fra gruppe 1 og beveger oss i retning av gruppe 2 og evt. 3. Vi er ute i et felt hvor man skal forlate det medisinsk-faglige som det viktigste grunnlaget for utøvelse av lederfunksjonen. Leger som ledere vil ha mindre klinikk som basis for autoritet og legitimitet. Det profesjonsnøytrale åpner for leger som har mindre klinisk aktivitet som autoritetsgrunnlag, men også for sykepleiere eller annet personell som ikke har den medisinsk-faglige autoriteten. De skal utforme den nye lederfunksjonen i tråd med profesjonell ledelse, og dette åpner for nye mulige posisjoner og fortolkninger. I neste kapittel skal jeg vise hvordan jeg har gått frem for å skaffe til veie og analysere datamaterialet til studien av hvordan disse posisjonene og fortolkningene forhandles.

## **4 Metodetilnærming**

Denne avhandlingen bygger på kvalitative data innsamlet ved et sykehus i perioden 2001-2002, og på en avisdebatt fra sommeren 2002 knyttet til innføringen av enhetlig profesjonsnøytral ledelse. Jeg ønsker å forklare og forstå hvordan aktørene forholder seg til en strukturell endring, og hvordan de gjennom sine vurderinger av forhold knyttet til utformingen av den nye strukturen, ”forhandler” om betydningen av fagkunnskap i den nye avdelingsledelsen. De inntakene jeg har til disse forhandlingene er for det første intervjuene jeg gjorde på sykehuset, og for det andre de ulike innspillene i avisdebatten. Jeg ønsker gjennom analysene å finne frem til hvordan aktørene konstruerer sin virkelighet, og hvordan de argumenterer for sitt syn i forhold til det som er den institusjonaliserte oppfatningen om betydningen av fag i avdelingsledelse i sykehuset.

### **4.1 En studie av forhandling**

Denne studiens hensikt er å undersøke hvordan en strukturell endring fører til forhandlinger om sosial orden i en bestemt type kontekst. Det innebærer utforsking og forklaring av et fenomen, og det er sentralt i dette å vise hvilke temaer som problematiseres og på hvilke måter de kan belyse det fenomenet jeg studerer. I studien beskriver og analyserer jeg innføringen av en lederreform som et møte mellom to ulike forståelser av forholdet mellom fag og ledelse. For å få tilgang til de avveiningene som de nye lederne og deres overordnede har gjort i forbindelse med innføringen av lederreformen, har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Et slikt valg begrunnes med interesse for opplevelsesfenomeners

meningsinnhold snarere enn deres utbredelse og styrke. Fortolkende metoder kan karakteriseres som fenomennære og kontekstsensitive (Haavind 2000:16-17). Konteksten omfatter de betingelsene informantene forholder seg til i sitt arbeid som ledere for avdelingene, og kan være forhold som hvilke pasientgrupper avdelingen behandler, avdelingens kapasitet i forhold til pågangen av pasienter, den økonomiske situasjonen, eller samarbeidsrelasjonene i avdelingen. Konteksten gjøres tydelig ved måten betingelsene fortolkes på og hvordan avdelingssjefene forholder seg til dem. Hvordan de forstår de normative institusjonaliserte grensene for handling og hva de oppfatter at de kan gjennomføre, blir et utgangspunkt for hvordan de vurderer hva som er en mulig og ønskelig utforming av den nye ledelsen.

Ettersom lederreformen som studien konsentreres om kan betraktes som en ”hybrid” mellom faglig og profesjonell ledelse, skal de nye lederne representere både en faglig og en profesjonell ledelsesforståelse, selv om de som fagpersonell antas å ha sin sterkeste forankring i sitt fag og i ”*den professionelle organiserings logik*” (Borum 1999:24). Avdelingssjefene kan betraktes som brobyggere, og med dette utgangspunkt har jeg valgt å se deres vurderinger omkring reformens iverksettelse og deres håndtering av utfordringene som ligger i reformens elementer, som *forhandlinger* mellom disse ulike forståelsene. Jeg bruker dermed begrepet forhandling som et teoretisk grep, knyttet til ledernes avveininger. Når reformen innføres, representerer den i forenklet forstand et møte mellom gammelt og nytt, i tillegg til at det er et møte mellom et konsept og den konkrete hverdagen i sykehuset. Forhandlingene vil derfor både representere prinsipielle forståelser av hvordan og av hvem ledelse bør ivaretas, og avveininger i forhold til hva som betraktes som praktisk gjennomførbart til enhver tid. En forenklet fremstilling av forhandlinger innebærer et møte mellom de forståelsene som lederne har med seg fra tidligere, og de nye ideene som reformen bygger på. Forhandlingene vil dermed fremstå som avveininger mellom

det gamle og det nye, med utgangspunkt i det som anses som selvfølgelig og "naturlige" organisatoriske grep ut fra et medisinsk-faglig rasjonale. Når noe nytt skal iverksettes blir etablering av nye "sannheter" viktig, og gjerne med utgangspunkt i etablerte måter å definere situasjonen på. Man får et behov for å finne ut for hvordan den nye ordningen skal utformes. Som vi skal se i neste kapittel, kan slike definisjonsforhandlinger skape sterkt engasjement. De utgjør derfor også en anledning til å studere meningskonstruksjoner i forhold til den virkeligheten som utfordres av reformens løsninger, dvs. av det som bryter med den eksisterende ordningen.

## **4.2 Å studere brudd**

Organisasjonsforskere har en tendens til å konsentrere seg om organisatorisk endring. Ifølge Czarniawska og Sevón er det minst to grunner til dette. Den første har med persepsjon å gjøre: Det som er i bevegelse, er synlig, mens statiske bilder sløver sansene. For det andre: Under stabile forhold tar folk sin virkelighet for gitt og er ikke i stand til å åpenbare sine konstruksjoner, verken for seg selv eller for andre. Når det skjer forandringer ødelegges gamle praksiser og nye skapes, og dette inviterer til en problematisering og dekonstruksjon av tidligere sosial orden (Czarniawska og Sevón 1996a:1). Dette skaper en "åpen" situasjon, som gjør det lettere å studere meningsdannelser og kontroverser, før vanen igjen legger et selvfølgelighetens slør over oppfatningene av tingenes tilstand.

Lederreformen er derfor en god anledning til å studere betydningen av fag i denne lederposisjonen, ettersom den gjennom sin utforming aktualiserer nettopp dette, og fordi det er nettopp i reformens innføringsfase at nytt og gammelt brytes mot hverandre.



Når man konsentrerer seg om det som kan kalles en bruddsituasjon, er det snakk om å fokusere på de diskursaspekter som bruddene provoserer: hvilke koder er det bruddene kommer i opposisjon til? Her er det ikke snakk om individer som velger å bryte med etablerte forståelser, men at selve *utformingen* av reformen innebærer et brudd med en gjeldende faglig forståelse av ledelse. Den har riktignok vært diskutert i lengre tid, men har ikke blitt utfordret så tydelig som i denne reformen. Lederreformen innebærer f.eks. at stillingen som avdelingssjef skal være profesjonsnøytral. Det å innføre ”nøytralitet” i et system som struktureres med utgangspunkt i det som skal nøytraliseres, bidrar gjerne til å utløse reaksjoner og synliggjøre betydningen til det som skal nøytraliseres.

Når jeg snakker om reformen som et brudd, betyr det imidlertid ikke at jeg forventer at den innebærer brå endring av praksis, men heller at de strukturelle løsningene som reformen bringer inn, representerer en annen forståelse av ledelse og faglighet i forhold til tidligere, og at de dermed oppfattes som et brudd med den eksisterende forståelsen i sykehuset. Et viktig poeng her er imidlertid at den utviklingen som jeg skisserer i sykehusene er en kontinuerlig prosess, slik at det kan være vanskelig å snakke om forskjellen mellom noe gammelt og noe nytt. I praksis er man underveis, og det er vanskelig å definere hva som er start og slutt i en kontinuerlig utvikling. Jeg har imidlertid valgt å ta utgangspunkt i at lederreformen innfører noen konkrete endringer som representerer et brudd med en etablert ledelsestenkning, og dermed i større grad enn i en stabil situasjon gir anledning til å utforske de forståelsene som reformen aktualiserer. Debatten om profesjonsnøytral ledelse er et godt eksempel på hvordan dette elementet i reformen utløste sterke reaksjoner, og dermed de temaer det bringer på dagsorden.

### 4.3 Datainnsamling og omfanget av datamaterialet

Studien ble gjennomført ved et større universitetssykehus<sup>38</sup> i løpet av en ettårsperiode fra våren 2001 til sommeren 2002. I likhet med mange andre har sykehuset gjennomført flere organisasjonsendringer de senere årene. I forkant av ansettelsen av nye profesjonsnøytrale avdelingssjefer, hadde de foretatt en omfattende restrukturering av sentre og avdelinger. Da jeg kom inn våren 2001, hadde sykehuset en senterstruktur med 9 sentre og et 30-talls avdelinger under disse. I løpet av første halvår i 2001 ansatte sykehuset nye enhetlige avdelingssjefer ved de fleste avdelingene. Prosessen med å utforme lederfunksjonen var derfor i en tidlig fase da jeg kom inn, og avdelingssjefene var relativt nyansatte.

Forberedelsene til innføringen av enhetlig ledelse hadde vært forholdsvis omfattende. Sykehusledelsen hadde gitt tydelige signaler om at de ville at ledelse skulle vektlegges sterkere og mer entydig på avdelingsnivået når man gikk fra todelt til enhetlig ledelse. De eksisterende lederne ble fristilt fra sine stillinger, og det ble gjennomført samtaler med alle for å presentere tenkningen om den nye lederfunksjonen og berede grunnen for nye søkere. I forbindelse med et par av ansettelsene av sykepleiere ble det uro knyttet til at det var en annen enn en lege som ble ansatt eller planlagt ansatt som sjef, og i ett tilfelle fikk dette uttrykk som formell protest fra legeföreningen mot en ansettelse. Det var også uro knyttet til

---

<sup>38</sup> I en rapport som utredet overgangen fra regionsykehusstilskudd til universitetssykehusstilskudd defineres universitetssykehus slik: "Med universitetssykehus menes likeartede, likeverdige og høyt spesialiserte hovedsykehus. Universitetssykehuset er tett integrert med de medisinske fakultetene, samt andre forskningsmiljøer, særlig basalforskning på universitetet. (...) Universitetssykehuset skal ligge i front medisinsk sett og være slik utstyrt at de kan forestå hovedtyngden av den høyspesialiserte og mest ressurskrevende pasientbehandlingen. Dette innebærer at universitetssykehuset skal ivareta de vanskeligste, mest kompliserte og kostnads-krevende pasienter spesielt der det er sjeldne sykdommer som er aktuelt, særlige risikomomenter, flere samtidige sykdommer, utprøvende behandlingsopplegg, og andre faglige krevende behandlingsrelaterte oppgaver. Universitetssykehus har – i samarbeid med universiteter og høyskoler - i tillegg store oppgaver innen klinisk forskning og innen utdanning av både leger og andre helseprofesjoner. Utover dette skal universitetssykehuset, som andre sykehus, ivareta sitt ansvar for å drive med veiledning overfor pasienter, pårørende og øvrig tjenesteapparat" (Arbeidsgruppe 2002).

oversykepleierne og spørsmålet om hvilken plass de skulle ha i den nye strukturen. Posisjonen deres var borte, men ikke funksjonen de hadde ivaretatt<sup>39</sup>. Bortsett fra dette ble prosessen rundt innføring av enhetlig ledelse beskrevet som lite konfliktfylt fra sykehusledelsens side.

#### 4.3.1 Utvalgskriterier

I en kvalitativ studie er hensikten å sette sammen et utvalg av enheter/personer som kan gi forståelse og innsikt i et bestemt fenomen. Målet mitt var å finne frem til et utvalg av intervjupersoner som det teoretisk var grunn til å anta ville variere langs dimensjoner ved det fenomenet som jeg var interessert i. Maykut og Morehouse (Maykut og Morehouse 1994) skriver at et utvalg basert på maksimal variasjon kan være nyttig for å forstå et fenomen, ettersom det gir tilgang til personer eller miljøer som representerer forskjeller i synet på dette fenomenet. Deltakere velges strategisk med tanke på at hver ny person vil bidra med noe nytt og utvide bredden i erfaringsmaterialet. Strategisk utvelging øker sannsynligheten for at variasjon som er vanlig i sosiale fenomener vil bli representert i datamaterialet. *In an emergent research design the composition of the sample itself evolves over the course of the study* (Maykut og Morehouse 1994:45). Vurdering av hvordan datamaterialet må suppleres, gjøres etter hvert som analysen viser hvilke fenomener man dekker.

Et utvalgskriterium i studien var at lederne skulle representere avdelinger som var ulike langs en del dimensjoner som jeg anså som relevante i forhold til synet på avdelingsledelse. Jeg valgte derfor avdelinger som var forskjellige når det gjelder størrelse og seksjonering (avdelingene hadde mellom 30 og 400 ansatte, og mellom en og syv seksjoner), andel øyeblikkelig hjelp-innleggelses (fra 20-25

---

prosent til oppunder 100 prosent), og om det var kliniske avdelinger eller medisinske serviceavdelinger. Som karakteristika ved avdelingssjefenes organisatoriske kontekst representerer dette ulikheter både når det gjelder faglig innretning, pasientsammensetning og ulike typer organisatoriske forhold. Dette er omstendigheter som både har betydning for styrbarhet, samarbeidsrelasjoner i og utenfor avdelingen og vilkår for å utøve ledelse, som er grunnlag for ulike hverdager i sykehuset og vil prege informantenes erfaringer. Når jeg la hovedvekten på kliniske avdelinger, var det fordi det er her tanken om profesjonsnøytral ledelse har vært mest kontroversiell.

Utvelgelsen av avdelingssjefer skulle ivareta forskjell i profesjon (lege og sykepleier), kjønn, og om de kom fra stilling i ledelsen da de begynte som enhetlige avdelingssjefer. Senterdirektørene som ble intervjuet var overordnet til de avdelingssjefene som var valgt ut, så det ga seg selv hvem som var aktuelle fra denne gruppen.

#### **4.3.2 Intervjumaterialet**

Hovedmaterialet består av til sammen nitten intervjuer, med et utvalg på fjorten avdelingssjefer, fire senterdirektører, samt sykehusets direktør. Jeg ønsket i hovedsak å konsentrere intervjuene med avdelingssjefer om kliniske avdelinger, men hadde også tre intervjuer fra medisinske serviceavdelinger og laboratoriefunksjonene. Det var minst én søker til hver av avdelingssjefstillingene; mange avdelinger fikk representanter for flere fagprofesjoner som søkere<sup>40</sup>, og så og si alle avdelinger fikk en eller flere leger som søkere til stillingen som avdelingssjef. I de totalt 31 stillingene som avdelingssjefer i sykehuset ble det ansatt 22 leger (2 kvinner, 20 menn), 7 sykepleiere (5 kvinner,

---

<sup>39</sup> Denne uroen kom også til uttrykk i fagtidsskriftet, se f.eks. (Fonn 2002) som blant annet peker på at oversykepleierne er den gruppen som mest føler denne omstillingen på kroppen, blant annet gjennom at de har mistet innflytelse, og at sykepleiergruppen gjennom reformen kan bli svakere representert.

2 menn), 1 fysioterapeut (kvinne) og 1 bioingeniør (mann). Jeg valgte ut 11 kliniske avdelinger, 2 medisinske serviceavdelinger og 1 avdeling fra labororiesenteret.

I de avdelingene som jeg hadde definert som aktuelle, var det fire sykepleiere ansatt som avdelingssjefer, og alle ble bedt om intervju. De resterende informantene blant avdelingssjefene var leger. Utvalget av avdelingssjefer består av 8 mannlige og 2 kvinnelige leger og 4 kvinnelige sykepleiere. Alle sykepleierne og en av legene hadde ett års lederutdanning eller mer, mens resten av legene hadde kortere kurs i ledelse.

De intervjuede avdelingssjefenes alder på intervjutidspunktet varierte fra 47 til 59 år, med et gjennomsnitt på knapt 51 år. Dette tilsvarer variasjonen i det totale utvalget.

8 av avdelingssjefene i utvalget kom fra stillinger i avdelingsledelsen (4 sykepleiere og 4 leger), og 6 hadde ikke vært ledere tidligere (alle er leger). I ledergruppen totalt hadde 16 av de nye avdelingssjefene vært ledere på avdelingsnivå tidligere, og 15 kom fra andre stillinger. Alle var interne søkere.

Intervjuene ble foretatt over en periode på nesten ett år. Den som hadde vært kortest i stillingen på intervjutidspunktet, hadde vært avdelingssjef i ca 5 uker, og den som hadde vært der lengst, hadde ca 9 mnd. bak seg i stillingen.

Blant de 4 senterdirektørene og sykehusdirektør var det 4 kvinner og 1 mann. Alle hadde helsefaglig utdanningsbakgrunn og tilleggskompetanse fra ulike typer administrativt arbeid eller lederposisjoner.

---

<sup>40</sup> Sykehusledelsen kommenterte imidlertid at det var skuffende få sykepleiere som søkte stillingene.

### 4.3.3 Intervjusituasjonen

Etter å ha fått formell tillatelse fra direktøren tok jeg direkte kontakt med de enkelte lederne for intervju. I de fleste tilfellene hadde jeg ført kontakt med informantene pr. telefon, hvor jeg fortalte om prosjektet. Deretter fikk de et brev hvor det ble beskrevet i større detalj, og siste skritt var å ta kontakt på nytt for å få en avtale. I to tilfeller tok jeg kontakt direkte på et internt seminar, men også disse lederne fikk skriftlig informasjon om prosjektet før de bekreftet at de ville delta i studien. Alle de jeg kontaktet svarte ja til intervjuet. Intervjuene ble foretatt på kontoret til informantene og varte stort sett rundt 1,5 timer. Tre intervjuer varte opp mot 2,5-3 timer. Med to unntak ble intervjuene tatt opp på bånd og skrevet ut i sin helhet. I ett tilfelle ønsket ikke lederen at intervjuet skulle tas opp, og i et annet tilfelle virket ikke opptaksutstyret, slik at jeg måtte notere fra intervjuet i stedet. (Intervjuguider i vedlegg 1)

Jeg utviklet en omfattende intervjuguide til intervjuet med den første avdelingssjefen, og inkluderte temaer både knyttet til ledernes nye funksjon som ledere og til forhold av mer faglig art. Det ble tydelig for meg at jeg intervjuet lederen som bærer av to hatter; både lederen og fagpersonen ble med i intervjuet. Det ble en interessant påminnelse om avhandlingens tema, som nettopp berører denne balansegangen. Etter å ha skrevet ut det første intervjuet og vurdert hva slags informasjon det ga, utformet jeg en ny intervjuguide som var kortere og mer direkte rettet inn mot ulike forhold i tilknytning til lederreformen, og håndtering av balansegangen mellom den faglige og den ledelsesmessige funksjonen og avdelingens virksomhet. Denne intervjuguiden var dermed mindre rettet mot det man kan kalle det "rent" faglige. I hvert intervju la jeg vekt på å følge opp temaer som informantene var opptatt av, slik at jeg fikk belyst ulike sider av virksomheten og med ulike tyngdepunkt.

Sykehusdirektøren ble intervjuet våren 2001, og senterdirektørene høsten 2001 om temaer i tilknytning til lederreformens hensikt og sykehusets strategier i forbindelse med den nye avdelingsledelsen. Senterdirektørene ble i tillegg spurt om hva slags utfordringer de så med tanke på gjennomføring av den nye lederfunksjonen på avdelingsnivået.

#### **4.3.4 Andre kilder til informasjon om prosessen i sykehuset**

I tillegg til intervjumaterialet fikk jeg tilgang på skriftlig materiale (rapporter, notater o.l.) fra omorganiseringsprosjekter som sykehuset hadde gjennomført før lederreformen, og som ga innsikt i forberedelsene til overgangen til enhetlig ledelse. Jeg hadde flere kontaktpersoner i løpet av prosjektperioden, som blant annet bidro med informasjon om avdelinger og ledere på ulike nivåer, og dermed med beslutningsgrunnlag for utvelgelse av intervjupersoner. Dette var personer som satt sentralt i staben til sykehusledelsen, og som hadde omfattende kjennskap til sykehuset og de organisatoriske prosessene som gikk forut for ansettelsen av enhetlige ledere. De bidro derfor med viktig informasjon om temaer som var sentrale i forbindelse med reformen.

Som ledd i tilretteleggingen av lederreformen ble det i denne perioden arrangert to seminarer for ledere på alle nivåer. Et lederseminar ble gjennomført sommeren 2001 og et seminar om etikk ble arrangert høsten 2001. Disse deltok jeg i som tilhører, og fikk særlig gjennom lederseminaret et inntrykk av hva som var sykehusets offisielle perspektiver på denne reformens betydning og innretning. Kunnskapen jeg fikk fra disse seminarene utgjør en del av den generelle bakgrunns materialet om reformarbeidet i sykehuset.

#### 4.3.5 Avisdebatten

I tillegg til intervjuene analyserte jeg innlegg i en avisdebatt som dreide seg om på profesjonsnøytral ledelse. Jeg bruker debatten som datamateriale både fordi den skarpstiller noen viktige temaer som reformen aktualiserer, samtidig som den illustrerer hvordan reformen ble forhandlet i det offentlige rom. Avisdebatten og de reaksjonene den utløste gikk over en periode på tre måneder, fra siste halvdel av mai og til begynnelsen av august 2002. I starten så jeg avisoppslagene som en interessant påminnelse om aktualiteten i avhandlingens tema, men etter hvert som engasjementet vokste så jeg at de også kunne fungere som et spennende datamateriale. Debatten begynte i bergensavisene og ble senere fulgt opp av oppslag i riksdekkende aviser. Jeg har tatt utgangspunkt i ulike typer oppslag (debattinnlegg eller leserinnlegg skrevet av leger eller andre som var direkte involvert i kontroversen, intervjuer som journalister gjorde med leger, jordmødre, fagforeninger og helsepolitikere i anledning den kontroversielle ansettelsen, og ledere i de forskjellige avisene) i Bergens Tidende, Bergensavisen, Dagens Medisin, Dagens Næringsliv og Aftenposten, foruten at både Tidsskrift for den norske lægeforening og Tidsskriftet sykepleien hadde innspill til debatten i form av debattinnlegg eller ledere. Jeg søkte i de nevnte avisene på stikkord som sykehus, ledelse, avdelingsledelse, kvinneklinikk, jordmor, og enhetlig ledelse, for å få tak i de artiklene som var relatert til lederdebatten i denne perioden. Referanse til avisartiklene står i litteraturlisten bak i avhandlingen.

En diskusjon om samme tema og med en del direkte kommentarer til oppslagene i avisene gikk samtidig på Eyr, som er et nettsted for allmennpraktiserende leger (<http://www.uib.no/isf/eyr/eyr.htm>). Debatten på Eyr gikk mellom 27. mai og 1. juli 2002, og startet med et innlegg fra leder i offentlige legers forening (OLL), som argumenterte mot ansettelsen av jordmoren ved kvinneklinikken i Bergen. Debattantene var allmennpraktikere som på ulike måter var engasjert i eller



hadde meninger om temaet, og som gjennom sin argumentasjon bidro til å belyse ulike sider ved det å ansette en ikke-medisiner som avdelingssjef.

Intervjuene var allerede gjennomført på det tidspunktet da debatten oppsto, og jeg fant argumentasjonen i debatten i avisene og på nettet spennende og utfyllende i forhold til den informasjonen som lå i intervjumaterialet.

Debattformen ga en annen type innsikt enn det mine intervjuer gjorde.

Argumentasjonen på nettstedet fungerte supplerende til avisdebatten, men jeg har i liten grad brukt innleggene fra nettet direkte i avhandlingen. I den grad jeg bruker sitater fra nettstedet gjøres det anonymt, men nettstedet er allment tilgjengelig<sup>41</sup>.

#### **4.4 Analyse av datamaterialet**

På et abstrakt nivå er jeg opptatt av hvordan kunnskap konstituerer struktureringen av arbeid. Dette er ikke et tema man kan spørre om direkte. Når man leter etter ”det usagte” må man ”lese ut” holdninger og oppfatninger av de vurderingene og beskrivelsene som intervjuet gir, dvs. man må foreta en fortolkning av materialet i forhold til de temaene man vil si noe om. Jeg plasserer meg med andre ord innenfor en fortolkende tradisjon. Haavind (Haavind 2000) karakteriserer fortolkning som en form for transformasjon av et meningsinnhold til et annet, og for at transformasjoner skal kunne dokumenteres, må meningsinnholdet ha form som en fremstilling. Fortolkningsprosessen beskriver hun som en slags bevegelse frem og tilbake mellom ulike fremstillinger, hvor disse er relatert til hverandre som ulike grader av spesifisitet, forenkling eller presisering, og hvor fortolkningen beskrives som ”*en måte å bearbeide*

---

<sup>41</sup> Jeg var i kontakt med Datatilsynet angående bruk av sitater fra slike offentlig tilgjengelige nettsteder, og fikk muntlig bekreftelse på at denne type meningsyttringer kan brukes uten å innhente spesiell tillatelse fra de som har kommet med dem. I så måte kan de betraktes på linje med uttalelser i aviser e.l.

*fremstillinger på ved å forbinde meningsinnholdet*” (Haavind 2000:28). Dette innebærer en bearbeidingsprosess som går gjennom flere stadier hvor fremstillingen av datamaterialet gradvis ”løftes” og blir til forskerens ”eget” gjennom fortolkning av meningsinnholdet. Dette kan stå som en beskrivelse av hvordan analyseprosessen i min studie har foregått.

Analyseprosessen i et kvalitativt orientert prosjekt begynner gjerne samtidig med datainnsamlingen, ved at forskeren danner seg inntrykk av hvilke temaer som er viktige i et intervju i forhold til hovedtema for studien. Min intervjuperiode gikk over nesten ett år, og dette betyr at jeg begynte analysen av materialet lenge før det siste intervjuet var gjennomført, og arbeidet med de første intervjuene parallelt med at jeg foretok nye intervjuer. Dette gjorde at jeg ble spesielt oppmerksom på hvordan de nye intervjuene supplerte kunnskapen fra de som allerede var gjennomført, og jeg kunne bruke de første som grunnlag for vurderinger av hvilke andre avdelingssjefer jeg ønsket å få en avtale med og hvilke temaer jeg skulle følge opp.

Analysen av intervjuene er gjort uten tekniske hjelpemidler. Intervjuene ble gjennomlest og teksten markert ut fra det jeg anså som hovedtemaer i studien. Utsagn som innholdsmessig hørte sammen ble deretter satt sammen, slik at jeg etter hvert satt med mer tematisk tydelige grupper av intervjuutsagn. Disse hovedtemaene fikk foreløpige overskrifter, og de ble grunnlag for de første utkastene til empirikapitler. Etter hvert som analysearbeidet utviklet seg endret imidlertid grupperingene seg og fikk nye overskrifter, slik at det totale analysearbeidet gjennomgikk flere faser av kategorisering og systematisering før empirikapitlene fikk sin endelige form. I dette arbeidet var hensikten å komme frem til tydelige tematiske avgrensninger som kunne fungere som utgangspunkt for en ”arbeidsdeling” mellom de ulike temaene som analysen konsentreres om. Jeg brukte altså en tematisk strukturering av intervjumaterialet, og har dermed

løsrevet utsagnene fra den totale avdelingskonteksten, selv om jeg hele tiden var oppmerksom på om det var forskjeller mellom avdelinger som burde komme tydelig frem. Jeg så etter hvert at avhandlingens temaer først og fremst berører rasjonaler som er gjennomgående over avdelingsgrensene. Derfor fikk spesifikke lokale forhold oppmerksomhet i den endelige teksten kun i noen sammenhenger hvor det var relevant. De er likevel viktige som grunnlag for vurderingene av betydningen av den enkelte avdelingssjefs utsagn.

Avisdebatten oppsto idet jeg var ferdig med intervjuene i sykehuset. Jeg valgte å analysere debatten som et selvstendig datasett, selv om det tematisk handler om det samme som intervjuene. Analysen ble gjort ut fra to hensikter. For det første laget jeg en kronologisk fremstilling av presentasjonen av konflikten slik den fremsto i media. For det andre gjorde jeg en analyse av argumentasjonen i debatten med henblikk på hvilke forhold som fremheves, og på hvilken måte argumentene belyser de motsetningene som reformen aktualiserer. Jeg bruker altså avistekstene som et skriftlig materiale som belyser et bestemt fenomen, og er opptatt av hvordan argumentene, slik mediene fremstiller dem, bidrar til å skape et bestemt bilde av både debattantene og av argumentasjonen. Ut fra min fortolkning skapte debatten også ”vinnere” og ”tapere” av diskusjonen om ledelse av avdelinger. Debatten fremstår dermed også som et element i forhandlingene om hvordan man skal forstå enhetlig ledelse på avdelingsnivået i sykehus.

#### **4.4.1 Ethiske betraktninger**

I en studie foretatt i én institusjon og med informanter som det bare finnes en av i hver enhet, er naturlig nok spørsmål om anonymitet sentralt. Dette handler om å ivareta personvern overfor enkeltpersoner, og gjøres gjerne ved å unnlate å oppgi kjennetegn som navn, ansettelsessted, alder eller andre forhold som kan bidra til

identifisering. I utvalget av lege-ledere er det to kvinner og åtte menn. Jeg har valgt å anonymisere kvinnene ved å betegne alle som ”han”. Presentasjonen av intervjumaterialet er gjort uten henvisning til avdeling, og jeg har heller ikke fortalt hvilket sykehus undersøkelsen er gjennomført ved. Når jeg har valgt å oppgi en del data om avdelingene, kan det være at noen skjønner hvilket sykehus det er snakk om, men mitt hovedanliggende har vært å sørge for at man selv med kjennskap til sykehuset ikke skal kjenne igjen enkeltpersoner. Avdelingsnavn, utøverkategorier og bestemte prosedyrer som gjør avdelinger identifiserbare, er byttet ut med mer generelle betegnelser som står i parentes i sitatene, uten at dette endrer selve sitatets meningsinnhold. Slike typer grep understreker også at informantene ikke står som representanter for seg selv, men at de representerer sin kategori.

Etter at studien ble gjennomført har sykehuset gjennomgått nok en omfattende omstrukturering, og både stillingskategorier og enheter er endret. Dette bidrar også til å gjøre det vanskeligere å finne den virkeligheten som jeg hentet mine informanter fra, noe som derfor bidrar ytterligere til anonymitet hos mine informanter.

#### **4.5 Vurderinger av datamaterialets troverdighet**

Datamaterialets troverdighet og gyldighet må vurderes i forhold til studiens problemstilling og hensikt. Dette kan kalles en ”intern logikk”, og kan defineres som en harmoni mellom forskningsspørsmål, datainnsamling og analyseteknikk (Larsson 1994:168). Denne studien tar utgangspunkt i en konstruktivistisk teoriforståelse, men utgangspunktet for studien ligger også i min forhistorie som forsker innenfor helsetjenestefeltet siden 1990, og spesielt i erfaringene med prosjekter knyttet til organisering, profesjon og ledelse (av spesiell relevans for

denne studien er Dahl og Mo 2000). Både min langvarige interesse for feltet og erfaringene med ulike typer metodebruk har bidratt til utformingen av denne studien. Det har dermed også bidratt til den forforståelse jeg har med inn både i forbindelse med datainnsamling og analyse/fortolkning av materialet.

Spørsmål om troverdighet og gyldighet er grunnleggende i all forskning, og henspiller for det første på om forskningsarbeidet er gjennomført slik at man kan ha tillit til forskningens resultater. For det andre henspiller det på om det fenomenet som er gjenstand for forskning, har gyldighet ut over seg selv, dvs. om man kan anta at det har relevans for andre ut over den empiriske konteksten som studien omfatter. Haavind understreker i tillegg at metodisk relevans er et viktig kriterium som bestemmer om resultatene fra et prosjekt blir utsagnskraftige, og at relevans ikke kan erstattes av nøyaktighet selv om det kanskje kan bidra til at resultatene ikke avvises. Dette er et argument for at metoden som benyttes må formes og begrunnes med utgangspunkt i det empiriske feltet som skal undersøkes, og ikke bare som generelle kriterier fra metodelitteraturen for hva som er akseptabel vitenskapelig metode (Haavind 2000:10-11).

Ifølge Silverman (Silverman 1993) er studiens troverdighet knyttet opp i hele forskningsprosessen. Ved å beskrive den settes leseren i stand til å bedømme forskningsresultatenes relevans og troverdighet. I det foregående har jeg beskrevet hvilke valg jeg har gjort og hvordan jeg har gått frem i denne studien. Jeg ser at disse valgene har hatt noen konsekvenser som jeg skal kommentere her.

En intervjusituasjon kan betraktes som en utveksling av synspunkter mellom to personer som snakker om noe som har felles interesse (Kvale 1994:15). Det kvalitative intervjuet karakteriseres av åpenhet og fleksibilitet, og de mange

beslutninger som må tas på stedet gjør at det stilles krav til intervjueren (Kvale 1994:92). Jeg valgte intervju som metode for å få tilgang til avdelingssjefenes meningskonstruksjoner. I og med at reformen representerte noe nytt som til dels ble oppfattet som kontroversielt, var forhold som profesjonsnøytralitet og fagets betydning i avdelingsledelsen temaer som alle hadde gjort seg tanker om. Som sentrale aktører i reformen var intervjupersonene opptatt av reformen på forskjellige måter, og det var derfor lett å få svar på spørsmål som hadde med disse temaene å gjøre. Det at jeg intervjuet med utgangspunkt i en endring, ble derfor en tydelig fordel med tanke på å få tak i informantenes oppfatninger om ulike sider ved reformen og hvordan de vurderte konsekvensene av dem. Samtidig var de forholdsvis nye som avdelingssjefer, og satt derfor midt i en prosess for å etablere nye lederteam og tenke igjennom nettopp hvordan kunnskap skal brukes og være tilgjengelig i ledelsen av avdelingene.

Noen av temaene som jeg ønsket å berøre i intervjuene var kontroversielle, og fremkalte reaksjoner som at ”ja, dette er vanskelig”, eller ” dette må du ikke sitere meg på”. Spesielt gjaldt dette temaer som forholdet mellom profesjonene og oppfatningene om det profesjonsnøytrale lederskapet. Hvis man kommer inn på kontroversielle spørsmål, kan det være at intervjupersonen ønsker å være diskret og derfor forteller lite om det de egentlig tenker på. Jeg oppfattet det likevel slik at mine informanter stort sett var åpne i intervjusituasjonen og at de også var opptatt av å begrunne de ulike synspunktene de kom med.

Det er også et viktig poeng at dette var ressurssterke informanter som er vant til å formulere seg, og som på grunn av sine stillinger hadde gjort seg opp meninger om de forhold som jeg intervjuet dem om. Dette gjør at intervjumaterialet er rikholdig, og at jeg fikk forklaringer og resonnementer rundt det stoffet som ble tatt opp i intervjusituasjonen. Dette har bidratt positivt i fortolkningsprosessen, og jeg mener også at dette styrker materialets troverdighet.

Jeg har presentert det å studere en bruddsituasjon som et valg som gir anledning til å få tak i kontroverser knyttet til fag og ledelse. Det å gjennomføre en studie idet en reform innføres, har imidlertid også begrensninger som jeg vil påpeke her. Ettersom intervjuene ble foretatt i en tidlig fase, var det ingen som hadde erfaring med hvordan denne lederfunksjonen ville fungere i praksis. Enhetlig ledelse eksisterte derfor først og fremst som forestillinger og fremtidsperspektiv (Se også Sognstrup 2003:210). En studie gjennomført på et senere tidspunkt kunne kanskje gi en del andre svar, fordi avdelingssjefenes synspunkter i større grad ville bygget på erfaringer med den nye strukturen, og på hva de ser at de får gjort.

#### **4.6 Vurderinger av gyldighet og generaliserbarhet**

Spørsmålet om gyldighet handler om undersøkelsens resultater også gir kunnskap av mer generell karakter. Dette regnes som et kvalitetskriterium for forskningen. For å markere at dette er noe annet enn et positivistisk inspirert krav til generaliserbarhet, brukes blant annet begreper som gyldighet eller utsagnskraft (Haavind 2000). I forbindelse med kvalitative undersøkelser snakker man gjerne om analytisk generalisering, som innebærer *"en velovervejet bedømmelse af, i hvilken grad resultaterne fra en undersøgelse kan være vejledende for, hva der kan ske i en annen situation"* (Kvale 1994:228). Forskeren baserer sine generaliseringer på det som kan kalles en "assertorisk logikk". Denne logikken brukes som grunnlag for å påstå at funn i én bestemt sammenheng kan ha gyldighet i sammenhenger med tilsvarende kjennetegn (se også referanse til Polkinghorne 1991 i Annfelt 1999:54). Dokumentasjonen som konklusjonen baseres på er et viktig grunnlag for å kunne vurdere generaliseringspåstandens holdbarhet, dvs. at den er omfattende, relevant og at argumentasjonen er tydelig

og presis både når det gjelder datainnsamling, presentasjon av funn og analyser og konklusjoner (Kvale 1994:229).

Dette er en studie av forholdet mellom fag og ledelse *som fenomen*. Det er ikke en studie av hva leger og sykepleiere mener om fag og ledelse. Denne distinksjonen innebærer at selv om jeg bruker leger og sykepleiere som informanter, er det ikke profesjonene og deres perspektiver som sådanne jeg fokuserer på, men det fenomenet de forteller om. Jeg har undersøkt hvordan et utvalg ledere ved ett enkelt sykehus vurderer forholdet mellom fag og ledelse i forbindelse med innføringen av en reform. Dette sykehuset har gjort sine lokale valg når det gjelder gjennomføringen av den, mens både tenkningen som reformen bygger på og de medisinsk-faglige forståelsene av ledelse og faglighet som vi finner i sykehuset, er av mer generell karakter, med forankring hhv. i profesjonsfellesskapet og i det politiske systemet. Jeg studerer dermed et møte mellom rasjonaler som har en bredere gyldighet enn den lokale konteksten gjennom å bruke empiriske studier fra dette ene sykehuset som eksempel. Jeg vil derfor ikke forvente at den lokale kontekstens særtrekk og sykehusets utforming av reformen vil veie tyngre enn disse mer bredt forankrede rasjonalene. Spørsmålet som må stilles er da om det kan forventes at de erfaringene som kommer frem ved dette sykehuset kan antas å ha gyldighet også i andre sykehus. Jeg finner det rimelig å forvente lignende erfaringer ved andre sykehus av omtrent samme størrelse og utforming, selv om det kan være lokale variasjoner i fremgangsmåter. Dette sykehuset hadde en eksplisitt målsetting om å etablere en enhetlig avdelingsledelse som tok opp i seg tenkningen som reformen bygger på. I den grad resultatene skal være relevante for andre sykehus, vil det særlig være der hvor prosessen i sykehuset ligner på den som ble gjennomført her.

Jeg behandler avisdebatten som et skriftlig datamateriale som gir en noe annen innsikt om det samme fenomenet som intervjuene, men fra et annet ståsted og



formidlet gjennom mediens uttrykksform. Deres ambisjon er å informere, og de ønsker å fange folks interesse i konkurranse med andre medier. De bruker i den sammenheng en form som spisser argumentene. Virkemiddelbruken bidrar derfor til å skape en virkelighet av motsetninger, noe som for så vidt også er en parallell til tenkningen om reformen som forhandling mellom ulike rasjonaler. Jeg ser debatten som en styrking av datagrunnlaget i avhandlingen gjennom at den bekrefter temaenes relevans og betydning, samtidig som den gir anledning til å betrakte argumentasjonen som en forhandling mellom et medisinsk-faglig og et politisk ståsted.

Jeg har valgt å intervjuer forholdsvis bredt innenfor sykehuset der studien er gjennomført, fordi dette er et sammensatt fenomen, og jeg ville sikre variasjon i forhold som kunne være av betydning. Jeg antok at situasjonen til den enkelte leder og den enkelte avdeling ville farge deres synspunkter på betydningen av den lederfunksjonen de hadde. Etter hvert så jeg at det var mange likhetspunkter i det som informantene snakket om, selv om de også på et annet plan var ulike. Man kan derfor si at jeg nådde et slags ”metningspunkt” (Maykut og Morehouse 1994:62), som innebar at jeg opplevde å ha fått den variasjonen i materialet som jeg anså som nødvendig.

I empirikapitlene har jeg brukt sitater for å levendegjøre analysene og gi et bilde både av personer og kontekst. Jeg har lagt vekt på å vise hva som er sagt og hvordan jeg tolker utsagnene. Enkelte steder har jeg skrevet inn forklarende ord i parentes der hvor informantene snakker innforstått eller med henvisning til noe som er sagt tidligere i intervjuet, og som ikke gjentas i sitatet. Jeg har også foretatt enkelte språklige redigeringer for å få flyt, uten at dette har endret meningsinnholdet. Jeg veksler også noe mellom bruken av betegnelsen ”avdelingsleder” og ”avdelingssjef”, noe som gjenspeiler at disse brukes litt om hverandre om lederen for avdelingene. I sykehuset der studien ble gjennomført,

heter det ”avdelingssjef”, mens de andre steder har valgt betegnelsen ”avdelingsleder”.

I neste kapittel presenteres avisdebatten, som jeg har valgt å plassere før de andre analysekapitlene, selv om debatten kom etter intervjuene i tid. Jeg bruker debatten som et bakteppe for resten av analysen og har derfor vært forholdsvis deskriptiv i dette kapittelet. Jeg viser her hvordan ulike aktører posisjonerte seg og hvilke argumenter de kom med, og hvordan debatten dermed bidro til å gi et bilde av hvorfor enhetlig profesjonsnøytral ledelse ble så kontroversielt.

## 5 En debatt om faglig ledelse

I introduksjonen til avhandlingen refererte jeg til en avisdebatt om ledelse av sykehusavdelinger, som tok utgangspunkt i ansettelsen av en jordmor som avdelingssjef ved kvinneklinikken (KK) ved Haukeland sykehus i Bergen. Under overskriften ”*Så, så, søster*” refererte Dagens Næringsliv et spissformulert retorisk spørsmål som skarpstilte noe av det debatten handlet om: *Hvilke spesialister vil jobbe med en sykepleier som sjef?*” (Johansson og Madsen 2002:21). De første reaksjonene på ansettelsen ble karakterisert som et opprør fra legene ved KK, men reaksjonene kom fra flere hold også utenfor sykehuset. Bergens Tidende skrev 24. mai 2002 om ”*Legeopprør mot jordmor i sjefsstolen*”, og refererte til en uttalelse fra leder i Offentlige legers landsforening, som var kritisk til at sykehusets ledelse gjennom denne ansettelsen nedprioriterte det medisinsk-faglige, og i foreningens medlemsblad Paraplyen karakteriserte den som en ”kollektiv administrativ hjerne kollaps”. Oppfatningen til jordmoren, som ble støttet av flere andre, er at ”*dette er ikke en legestilling, men en lederstilling*” (Bergens Tidende 2002). Debatten kan tolkes som et forsøk på å nøytralisere betydningen av profesjon ved å understreke at dette handler om noe annet, nemlig ledelse.

Intensiteten i debatten illustrerer at avdelingsnivået har spesiell betydning som en medisinsk-faglig arena. På dette nivået fattes beslutninger som angår behandlingsaktiviteten, og det legges premisser for den faglige utviklingen. Avdelingene har en tradisjon for faglig ledelse, og i og med at lovendringen innebærer en endring av lederfunksjonen, kan debatten betraktes som en forhandling om utformingen av forholdet mellom fag og ledelse på dette nivået, og om medisins definisjonsmakt når det gjelder ledelse av faglig virksomhet. Legene som gruppe hadde i debatten imidlertid ikke ett syn på lege-ledelse, så

selv om legeföreningen og mange leger argumenterte mot at en ikke-medisiner kunne være avdelingssjef, kom det også synspunkter fra leger som mener at avdelingsledelse kan ivaretas av andre profesjoner, med utgangspunkt i at spesialiseringen av medisinen også har bidratt til å svekke grunnlaget for faglig lederskap på avdelingsnivået. De andre som engasjerte seg i dette ordskiftet var på den ene siden andre profesjoner med interesse for avdelingsledelse, i første rekke sykepleiere og jordmødre, og på den andre siden representanter for helsemyndighetene og den politiske allmennheten. Jeg skal i dette kapittelet presentere debatten og vise hvordan argumentene tydeliggjør spenninger i synet på fag og ledelse på avdelingsnivået.

## **5.1 En omstridt lovendring**

Spesialisthelsetjenesteloven, som trådte i kraft 1. januar 2001, lovfester at avdelinger og enheter i sykehus skal ha én leder som skal ivareta totalansvaret for alle aspekter ved virksomheten, både faglig, personellmessig og økonomisk, og at lederposisjoner i utgangspunktet er profesjonsuavhengige (Ot.prp.10 1998-99:66-70). Da sykehusene begynte å omstrukturere avdelingsledernivået, kom det spredte avisoppslag som illustrerte at ansettelsene i disse posisjonene var omstridt på flere måter. Vest-Agder helseforetak (HF) innførte profesjonsnøytral ledelse av avdelinger allerede i 2000 som et av de første sykehusene i landet. Da det skjedde, vurderte legeföreningen å saksøke Vest-Agder fylkeskommune (daværende sykehuseier) for å få omgjort ansettelsene av en jordmor og en sykepleier som ledere for hhv. kvinne- og barneavdelingen ved sykehuset, fordi sykehuset ikke hadde definert spørsmålet om medisinsk ansvar (Andersen 2000). Etter to års erfaring med profesjonsnøytral ledelse, sa assisterende direktør til Tidsskrift for den norske legeförening at sykehuset hadde positive erfaringer med profesjonsnøytral ledelse, og at flere avdelinger ved sykehuset ble ledet av sykepleiere, jordmor og psykolog. Ikke-medisinsk ledelse anses som en ikke-sak

ved sykehuset, sa han (Høie 2002). De åpne konfliktene som ansettelsen av ikke-medisinere utløste var mao. borte, ifølge sykehusledelsen.

Dagens Medisin skrev i november 2001 at Rikshospitalet (RH), etter å ha lyst ut stillinger for avdelingsledere til kliniske avdelinger, kun hadde ansatt mannlige leger i slutten av 50-årene (Vollebæk 2001a)<sup>42</sup>. Som mulig forklaring på mangelen på variasjon i ansettelsene, ble det i en kommentar pekt på at ledelsen hadde signalisert at stillingene skulle besettes av leger (Vollebæk 2001a) og at kompetansekravene til stillingene var svært høye (Vollebæk 2001b). Sykehusets direktør sa til Dagens Medisin at *”Det er min jobb å sørge for at sykehuset driver fremragende pasientbehandling og slåss for det. Vi har valgt ledere ut fra det. Så er det en rekke andre ting som foregår på sykehuset, men for meg er det viktigste at vi kan drive Norges mest avanserte behandling”* (Vollebæk 2001a). Ledelse ble her avgrenset til å dreie seg om det øverste medisinske ansvaret, noe som er i tråd med mange legers perspektiv på avdelingsledelse. Direktørens påpekning av at det foregår ”en rekke andre ting” på sykehuset, impliserer at disse andre tingene er aktiviteter og oppgaver som i mindre grad involverer legene direkte, og som dermed har mindre betydning i forbindelse med ansettelse av avdelingssjefer. Slik sett bidro direktøren til å definere avdelingsledelse ved RH som medisinsk ledelse.

Vedtaket om å gjøre ledelsen profesjonsnøytral innebærer at man går fra en institusjonalisert profesjonsspesifikk lederfunksjon, og over til å vurdere hvilken kompetanse som betraktes som nødvendig utgangspunkt for ledelse ved hver

---

<sup>42</sup> I etterkant av disse ansettelsene ble det påpekt både et generasjons-, et kjønns- og et profesjonsproblem: Kravene som ble stilt til søkerne gjorde at det ville være vanskelig for yngre søkere å oppfylle dem, og det ble pekt på at ansettelsesprosessen ikke kan ha vært rettet mot å inkludere andre enn legene. Prosessen ble også kritisert for å være lite bevisst på å tilstrebe kjønnsmessig balanse i ledelsen. *”Her har det sittet menn og ansatt, og man har bevisst eller ubevisst valgt å ansette kloner av seg selv”*, sa Ligestillingssenterets direktør Ingunn Yssen i en kommentar til ansettelsene ved RH (Vollebæk 2001b). Mangelen på kvinnelige søkere til stillingene ble også problematisert i en leder i Dagens Medisin, som kommentar til mangelen på annet enn mannlige leger som søkere (Folge 2001).

enkelt utlysning. Ansettelsen av de nye avdelingssjefene gjøres i en sammenheng hvor det er tradisjoner for medisinsk-faglig lederskap, og muligheten for at det i praksis skal ende med at leger får jobben som enhetlig leder, er dermed større enn sannsynligheten for å finne sykepleiere eller jordmødre i disse stillingene<sup>43</sup>. I vedtaket om å gjøre stillingen profesjonsnøytral, ligger imidlertid også kimen til transformering av avdelingsledernivået. Spørsmålet om hva ledelse på dette nivået skal innebære, og betydningen til lederens faglige bakgrunn, står på dagsorden. Debatten som oppsto sommeren 2002, peker nettopp på noen av de viktige elementene i denne transformeringen.

## 5.2 På feil plass?

Reaksjonene på ansettelsen av en jordmor<sup>44</sup> som avdelingsleder ved Kvinneklinikken i Bergen (KK) illustrerer at mange leger var skeptiske til konsekvensene av profesjonsnøytral ledelse for ivaretagelsen av medisinskfaglig ansvar og utvikling (Midbøe m. fl. 2002). En overlege ved KK sa opp stillingen sin i protest mot ansettelsen, og hovedtillitsvalgt for de 300 overlegene ved sykehuset uttalte at han var redd at situasjonen ville skape dårlig arbeidsmiljø, og at han var bekymret både for pasientbehandling, forskning, undervisning og fremtidig personellrekruttering. Han uttalte at disse forholdene medfører ”*til syvende og sist vanskeligere forhold for pasientbehandling*” (Dommerud 2002a). Et debattinnlegg i Bergens Tidende 3.7.2002 fra en gruppe leger argumenterte slik for en faglig forståelse av avdelingsledelse:

---

<sup>43</sup> Andelen leger som er avdelingsledere oppgis i Tidsskrift for den norske legeforening til ”mer enn 85%” (Andersen 2002) og i Tidsskriftet Sykepleien til rundt 90% (Fonn 2002).

<sup>44</sup> Andre ikke-medisinske ansettelser resulterte også i protester fra legemiljøene uten at dette ble debattert i samme grad i media, blant annet ved det sykehuset hvor jeg har samlet inn data. Ved flere avdelinger i ulike sykehus opplevde man også at sykepleiere som hadde søkt stilling som avdelingsleder, valgte å trekke søknadene sine.

*En avdeling ved et universitetssykehus skal faglig og forskningsmessig være i front, og det er her det til enhver tid må avgjøres hvordan begrensede ressurser best skal nyttiggjøres i pasientbehandlingen. Det er store avdelinger med mange funksjoner, og hver seksjon innenfor en avdeling vil kjempe for sin pasientgruppe. Det er udiskutabelt at det kun er leger som har tilstrekkelig faglig innsikt til å kunne vurdere pasientgrupper mot hverandre og til å legge faglige strategier for avdelingens virksomhet. En avdelingsleder som ikke er lege vil altså ikke ha nødvendig faglig innsikt til, på et selvstendig grunnlag, å vurdere hva som bør prioriteres. Vedkommende vil ikke ha nødvendig fagkunnskap til å stille de rette spørsmålene, og hun/han vil i begrenset grad kunne bedømme rådernes faglige innhold (Midbøe m. fl. 2002).*

Her argumenteres det for at prioriteringer innenfor en avdelings virksomhet er et faglig anliggende og må være faglig begrunnet, og lederen selv må ha den nødvendige faglige innsikt for å kunne fatte relevante og gode beslutninger. Dermed blir avdelingsledelse rettet inn både mot å sikre medisinen i forhold til andre profesjoner, og å sikre en faglig-etisk fremfor en økonomisk-rasjonell styringslogikk. Argumentasjonen mot ikke-medisinsk lederskap ble særlig knyttet til det ansvaret som ligger til avdelingsledelsen, og til det som vurderes som faglige forutsetninger for å kunne utøve dette ansvaret. ”Å lede en sykehusavdeling innebærer at man blant annet har ansvaret for diagnostikk, behandling, fagutvikling og forskning. Virksomheten på en sykehusavdeling er høyt spesialisert og krever inngående kunnskap om virksomheten. Det har ikke en sykepleier, rett og slett fordi vedkommende mangler den nødvendige utdanning”, uttalte en overlege ved KK Haukeland til Dagens Medisin (Dommerud 2002a), og poengterte med dette at ledelse av virksomheten er knyttet til lederens kunnskap innenfor avdelingens medisinske fagområde. Jordmorens svar på dette utspillet markerte et syn på at lederen ikke er avhengig av *selv* å inneha denne faglige kompetansen. ”Det medisinske ansvaret er på to nivåer (...) legene har ansvaret

*for behandlingen, jeg for systemet*”, understreker jordmor og avdelingsleder ved kvinneklinikken på Haukeland sykehus i Bergen (Fonn 2002). Hun sier til avisen at hun har vanskelig for å forstå legenes bekymring over at hun ikke skal være i stand til å forstå legenes råd og anbefalinger: *”Alle ledere er avhengige av gode rådgivere. De rent medisinske beslutningene ved kvinneklinikken skal fremdeles tas av den som har det medisinske ansvaret, nemlig legen. Jeg skal ha et systemansvar og et overordnet driftsansvar*”, sier hun (Dommerud 2002a).

Jordmoren understreker videre at hun ikke skal ta ansvar for ting som hun ikke har forutsetninger for å ta ansvar for. Debatten problematiserte dermed også hva slags faglig kunnskap som er viktig i forbindelse med avdelingsledelse. Hovedaktiviteten ved KK er knyttet til fødsler, og det er dette fagområdet jordmoren sier at hun kjenner best til etter mange år som jordmor. Når det hevdes at hun ikke kan noe om kvinnehelse, peker hun på at pga. spesialiseringen er det heller ingen leger som på egen hånd kan ta stilling til alt, og at det arbeidet hun tidligere har gjort har vært knyttet til kvinnehelse på ulike måter (Dommerud 2002a). En debattant som støttet ansettelsen, påpekte at *”en jordmor ikke er hvem som helst i forhold til en lege, når det gjelder fødselsfaglige spørsmål*” (Rosland 2002). Her understrekes det at hun som jordmor ikke nødvendigvis har dårligere forutsetninger på dette området enn en lege, selv om de ikke har den samme kunnskapen. Ved å peke på den kompetanse hun har i tilknytning til fødsler, og at hun på ulike måter har opparbeidet erfaring i forhold til kvinnehelse gjennom sin karriere, bidrar hun for det første til å problematisere hvilken profesjonskompetanse som kan betraktes som tilstrekkelig og/eller relevant for arbeidet i stillingen som leder ved KK. For det andre inviterer argumentasjonen hennes til å problematisere profesjon som ”kompetansepakke” i forhold til ledelse. Hun sier altså at relevant bakgrunn for å lede virksomhet på dette fagområdet ikke trenger å være profesjonsspesifikk. Hun forklarer på denne måten også hva hun mener med systemansvar.



Protestene fra legene illustrerer at de ser ikke-medisinsk faglig kompetanse som et utilstrekkelig utgangspunkt for ledelse. Et (lege-)innlegg i debatten argumenterte mot innleggene fra jordmoren ved å påpeke at det medisinske ansvaret er mer enn å gi hver enkelt pasient riktig behandling: *”Det overordnede medisinske ansvar innebærer blant annet å prioritere pasienter, sørge for den totale kompetanse i legegruppen, at vaktberedskap og systemer er forsvarlige. Det viktigste er imidlertid å kunne lede avdelingens utvikling, bestemme satsningsområder og lignende ut fra utviklingen innen medisinen”* (Gulowsen 2002). Her argumenteres det for sammenheng mellom behandlingsansvar, driftsansvar og systemansvar på det medisinske området. Debatten ble med andre ord også en diskusjon om hvordan det man kan kalle (det medisinske) systemansvaret eller det overordnede organisatoriske ansvaret kan ivaretas: om andre enn medisinerere, assistert av en medisinskfaglig rådgiver, kan være sjef i avdelingen, eller om det er legene selv som må ha systemansvaret. Diskusjonen problematiserer dermed hva det medisinske ansvaret inneholder, og hvor grensene går for det medisinske ansvaret.

To poenger gjøres tydelige gjennom jordmorens argumentasjon i debatten: Det ene innebærer at ledelse er et særlig ansvar som er noe annet enn faglig aktivitet og ansvar, og som går *ut over* behandlingsansvaret. Med andre ord tydeliggjøres et skille mellom ansvar for utøvelse av pasientbehandling og ledelse av den samme aktiviteten. Det andre poenget innebærer at ulike (relevante) fagpersoner kan være prinsipielt like kvalifisert for lederoppgaver, fordi ingen kan dekke alle fagområder selv. Enhver fagperson vil måtte rådføre seg med andre på områder hvor de selv ikke har kunnskap. Det første argumentet understrekes gjennom en kommentar til debatten fra Norsk Sykepleierforbunds leder Bente Slaatten: *”NSF mener profesjonskampen ikke er poenget i denne sammenhengen. Målet er en best mulig helsetjeneste gjennom best mulig ledelse. Det er ikke profesjonen som best sikrer at man får en god administrator, leder og en som kan utøve lederskap.*

*Det er personlige egenskaper, faglig og administrativ utdanning, og erfaring og tidligere oppnådde resultater, som gir en leder den nødvendige autoriteten”* (Stormyr 2002b). Hun sier videre at de tre sentrale begreper administrasjon, ledelse og lederskap som ble brukt i ”Pasienten først!” (NOU 1997:2) uttrykker hva den administrative lederen har å gjøre, og hun fremhever at dette er profesjonsnøytrale oppgaver.

Debatten gikk både mellom leger og jordmor/sykepleier og mellom leger med ulike syn på lederansvar og medisinsk-faglig ansvar, og poenget om likeverdige fagområder målbæres både av sykepleier/jordmor og noen av legene. Det argumenteres f.eks. også fra legehold for at det viktigste ikke er at lederen er lege, men at det er en god leder. En overlege ved kvinneklinikken ved Haukeland kom med et innlegg i Bergens Tidende 04.07.2002, som nyanserte det medisinske perspektivet på faglig avdelingsledelse:

*Vi er enige om at Kvinneklinikkens leger er autorisert til å behandle pasienter. Men den medisinske utviklingen har gjort at ingen av oss behersker alt like godt, og vi har måttet konsentrere oss innen hvert vårt spesialfelt for å yte best mulig, spesielt på universitetsnivå. Derfor er klinikken oppdelt i seksjoner (svangerskap og fødsel, fostermedisin og ultralyd, generelle kvinnesykdommer, kunstig befruktning og gynekologisk kreft). Det vil være seksjonsoverlegene som sitter med et særlig faglig ansvar for disse enhetens diagnostikk og behandling, og som bør ha en tilsvarende innsikt i fagets forskning og utvikling. Så langt opp i hierarkiet stemmer det, stort sett, at «den som skal ha den faglige lederfunksjonen må nødvendigvis ha faglig innsikt som er på høyden med de medarbeidere som vedkommende har faglig lederansvar for.» En leder over dette nivået igjen - enten lederen er lege eller ikke - vil imidlertid ikke kunne beherske alle feltene på samme måte, men må støtte seg på seksjonenes ressurser. Det ser ut til at vi er uenige om hvor høyt opp i hierarkiet vi må ha lege for at pasientbehandling og*

*sykehusdrift skal være forsvarlig ivaretatt. Jeg tror ikke klinikklederen nødvendigvis må være lege for å kunne sette seg inn i avdelingsdrift og gjøre de rette prioriteringer. Her tror jeg legenes innlegg 3.7<sup>45</sup> er i utakt med alminnelig forståelse og utvikling i samfunnet. (Kiserud 2002).*

Her argumenteres det for at de faglige vurderingene til seksjonsoverleger ol. vil legge premisser for beslutningene til avdelingssjefen, men at det ikke nødvendigvis trenger å være en lege som er avdelingssjef. Dette er i tråd med hvordan det profesjonsnøytrale lederskapet tenkes ivaretatt ut fra reformen. Innlegget tar utgangspunkt i at den faglige aktiviteten er basis for sykehusets virksomhet, men påpeker at avdelingen ikke trenger å ledes av en lege fordi det (i de store sykehusene) ikke er på avdelingsnivået at den faglige konsentrasjonen og utviklingen skjer. Det er i seksjonene, i de subspecialiserte faglige enhetene, man finner ekspertisen på de enkelte fagområdene. En kirurg ved et større universitetssykehus utdypet dette temaet gjennom å stille et spørsmål i et intervju i forbindelse med debatten: *”Er det sann å forstå at en øyelege ikke kan drive forsvarlig medisinsk virksomhet hvis ikke enhetslederen også er øyelege? Vil en røntgenlege eller anestesilog ansatt ved en kirurgisk avdeling, ha dårligere muligheter for forsvarlig yrkesutøvelse hvis sjefen er en kirurg og således ikke innehar den relevante spesialiteten?”* (Sundar 2002b) Argumentene for at spesialisering gjør avdelingsledelse vanskelig som faglig posisjon, og argumentene for at den faglige ekspertisen ligger på seksjonsnivået, kan både forstås som forsvar for et faglig lederskap på et lavere nivå enn avdelingene, og som argumenter for avdelingsledelse som ikke-faglig ledernivå. Poenget her blir å plassere faglig lederskap der den faglige ekspertisen befinner seg, dvs. der hvor man reelt kan lede en aktivitet man har faglig innsikt i. Dermed nyanseres det faglige perspektivet på ledelse også med utgangspunkt i den medisinsk-faglige utviklingen.

---

<sup>45</sup> Innlegget han refererer til står i begynnelsen av kap. 5.2.

Et innlegg på et nettsted<sup>46</sup> kommenterte innlegget fra Kiserud (på forrige side) slik: *Kiserud setter en strek over legers profesjonelle ansvar, over legers profesjonelle innsikt, og reduserer legens faglige kompetanse til et spørsmål om forklaringssevne. (Eyr, 29.06.2002)* Kiseruds poeng er at en avdelingsleder ikke kan beherske alle fagområder innenfor avdelingens faglige spesialområder, og at den som leder avdelingen derfor uansett må støtte seg på spesialister fra den enkelte seksjon. Ifølge motinnlegget fra nettstedet vil denne utviklingen redusere legenes faglige kompetanse til et spørsmål om ”forklaringssevne”, dvs. at legene går fra å være faglige premissleverandører for avdelingens aktivitet, til å være en av flere profesjoner som skal legge frem sitt faglige syn. Den medisinske eksperten flyttes fra en selvfølgelig overordnet posisjon i et faglig hierarki, til en posisjon hvor han/hun i likhet med andre må argumentere for sitt valg av løsninger på et problem. Det som skisseres her, er at det ikke-medisinske lederskapet kan bidra til forvitring av medisinsens autonome og overordnede posisjon i behandlingsaktiviteten. Dette er dermed en utvikling som utfordrer det faglige hierarkiet.

Reformen utfordrer med andre ord avdelingssjefen som faglig lederposisjon, og noe av argumentasjonen handler dermed om på hvilken måte det faglige ansvaret skal ivaretas på dette ledernivået. Presidenten i legeforeningen understreket fagets betydning i avdelingsledelsen i en artikkel som presiserte legeforeningens standpunkter i forbindelse med debatten: *”Valg av ledere og hvilken betydning de ulike kvalifikasjoner blir tillagt, kan tolkes som signaler om hvilke oppgaver som har høyest prioritet: fag, administrasjon, personalledelse, mv. Faget må stå sentralt når man skal ansette ledere for enheter som har som hovedoppgave å utrede og behandle pasienter, drive forskning og kompetanseutvikling”* (Bakke 2002). Her understreket presidenten signaleffekten som avdelingssjefens kompetanse kan ha når det gjelder hvordan faget prioriteres i forhold til andre

---

<sup>46</sup> (<http://www.uib.no/isf/eyr/eyr.htm>)

sider av lederskapet. Å ansette ikke-medisinere som avdelingssjefer kan oppfattes som nedprioritering av faget, medisinen, til fordel for oppgaver av administrativ art. Avdelingssjefens kompetanse tillegges med andre ord betydning også som markør for avdelingens hovedaktivitet.

### 5.3 Sammenhengen mellom ansvar og myndighet

Et viktig spørsmål i forbindelse med lederreformen er hvordan medisinsk-faglige hensyn skal ivaretas i ledelsen når avdelingslederen ikke er lege. I OT.prp. nr. 10 foreslås det at det i slike tilfeller skal gjøres bruk av tverrfaglige ledergrupper. Deltakerne i disse bør være personer som har et faglig systemansvar ved avdelingen. ”Rådgiveren skal ikke ha beslutningsmyndighet, men skal sørge for at de medisinsk-faglige premissene foreligger før ledelsesbeslutninger treffes” (Ot.prp.10 1998-99:70). Rådgiverfunksjonen opprettes ved behov, med utgangspunkt i kravet til forsvarlighet, men det understrekes i Ot.proposisjonen at medisinsk-faglig rådgiver ikke skal ha noen rådgiverfunksjon i forhold til individuell pasientbehandling.

I debatten fikk problemstillingen om samsvar mellom ansvar og myndighet stor oppmerksomhet, spesielt fra legeforeningen, og reaksjonen på det man definerte som *manglende* samsvar, var at de frarådet sine medlemmer å påta seg medisinske rådgiverroller (Legeforeningen 2001b)<sup>47</sup>. Dette temaet ble også tatt opp i debatten i avisene, hvor det blant annet ble pekt på at det kan bli problematisk å ivareta forsvarlighetskravet hvis legen ikke har myndighet til å iverksette beslutninger ut fra det som han/hun har ansvar for (Jensen 2002; Midbøe m. fl. 2002).

---

<sup>47</sup> Dette dokumentet lå på legeforeningens hjemmesider, men er nå fjernet.

Sv's sosialpolitiske talsmann Olav Gunnar Ballo, som selv er medlem av Den norske lægeforening, uttalte til Dagens Næringsliv 16. juli 2002 at legeforeningen må sees som ansvarlig for å bidra til det han betrakter som en systematisk motarbeidelse av andre enn leger som ledere, ettersom den ikke tar avstand fra verken atferden eller argumentene i debatten. Han uttalte at *"Leger som aktivt motarbeider ledere med en annen yrkesbakgrunn bør kunne sies opp fra sine stillinger"* (Haugli 2002), og ble støttet i dette synet av Høyres Sonja Sjølie. På direkte spørsmål om det er oppsigelsesgrunn å ha en annen mening enn Stortinget, svarte Ballo at det kan det være, hvis man aktivt bruker ressurser og energi på å gjøre det umulig for en leder å utøve sin jobb.

I juni 2002 vedtok legeforeningens landsstyre enstemmig en resolusjon hvor de understreket at de forutsatte at det er samsvar mellom det ansvaret legene er pålagt ved lov, og myndigheten til å påvirke forhold som er avgjørende viktige for ivaretagelsen av dette ansvaret: *"For spesialisthelsetjenesten vil det være ensbetydende med at ledere av medisinske spesialavdelinger skal være leger"* (Legeforeningen 2002a). SV-politiker Olav Gunnar Ballo mente at Legeforeningen i denne saken befant seg i forrige århundre, når de argumenterte for at lederen må være lege. *"Legene pisker en gammel hest. Med en slik uttalelse tror jeg motivasjonen blant politikerne bare øker for å slippe til andre enn leger i ledende stillinger,"* sa han til Dagens Næringsliv (Dommerud 2002b).

Helseminister Dagfinn Høybråten uttalte i en kommentar til legeforeningens vedtak at det er uakseptabelt at en fagforening fatter beslutninger som kan motarbeide norsk lov. *"Det er en forhistorisk holdning legene forfekter ved å mene at man ikke kan ledes av andre enn egen profesjon"*, sa han, og påpekte at vedtaket fra landsstyret legitimerer den motstanden man har sett mot ansettelsen av jordmoren ved KK i Bergen (Hafstad 2002).

Det er to poenger jeg vil peke på i helseministerens uttalelse: for det første markerer han at legeföreningen går over en grense når de ved sine standpunkter setter seg over det lovfestede vedtaket om profesjonsnøytral ledelse i sykehus. For det andre bidrar han til å etablere en norm for hvordan ledelse i sykehus skal forstås, gjennom å karakterisere legenes utspill om medisinsk avdelingsledelse som forhistorisk. Dermed innføres en normativ forståelse av profesjonsnøytral avdelingsledelse: den er ”moderne”, og den har visse kjennetegn som er bør være retningsgivende, og som den gamle avdelingsledelsen står i motsetning til. Høybråtens uttalelse belyser samtidig at det er et misforhold mellom oppfatningene i de medisinske fagmiljøene og den politiske ”allmennheten”.

Sentralstyret i legeföreningen fulgte i august 2002 opp med en presisering av landsstyrets resolusjon om avdelingsledelse i spesialisthelsetjenesten, og understreket at deres tidligere standpunkt om at avdelingssjefen skal være en lege skal forstås som en anbefaling (Legeföreningen 2002b). Høybråten sa seg tilfreds med presiseringen av at legeföreningen ikke stilte krav om at enhver avdelingssjef i sykehus må være lege. *”Det nye vedtaket fra legeföreningen er oppklarende og ikke i strid med lovverket. Presidenten har gjort den ryddejobben jeg ba ham om å gjøre,”* sa Høybråten til Tidsskrift for den norske legeförening (Sundar 2002a). Et rundskriv fra Helsedepartementet, som ble sendt ut til de regionale helseforetakene og landets sykehus i august 2002, tydeliggjorde myndighetenes perspektiv på avdelingsledelse, og kan ses som et forsøk på å bilegge sommerens debatt om hvordan ledelse av avdelinger skal forstås. Rundskrivet presiserte at regelen om at lege eller tannlege skal ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient, ikke er en organisatorisk bestemmelse. *”Den er derfor ikke til hinder for at en person som ikke er lege/tannlege kan være leder for en avdeling der leger/tannleger er ansatt”* (Helsedepartementet 2002:2). Legeföreningens president uttalte til Bergens Tidende at utspillet fra Helsedepartementet var

klargjørende, og at han regnet med at det heretter ville bli ro og ryddighet i debatten om enhetlig ledelse rundt om på sykehusene (Hov 2002).

Sykepleierforbundet berømmet også Helsedepartementets forsøk på opprydding i problematikken, og påpekte at rundskrivet bidro til å plassere totalansvaret meget tydelig hos lederen. *”Denne klargjøringen er helt i tråd med NSF’s oppfatning,”* uttrykte forbundsleder Bente Slaatten (Stormyr 2002a). Hun sa videre til Bergens Tidende at hun ikke var bekymret over at avdelingslederens autoritet kunne bli svekket av at en annen har det medisinske ansvaret for en avdeling. *”Enhver klok leder vil søke råd hos dem med den beste faglige kompetansen. Det er ikke noe unormalt med det. Det vesentligste er at avdelingsleder har driftsansvaret, sier hun”* (Hov 2002), og markerte med dette at sykepleierforbundets oppfatning er at lederansvaret kan ivaretas uavhengig av om avdelingssjefen selv sitter med den høyeste faglige kompetansen. I Tidsskriftet Sykepleien kommenterte Slaatten at sentralstyret i legeföreningen har nyansert sitt syn på ledelse ved sykehusavdelinger: *”Det er på høy tid at profesjon ikke lenger er tema for debatten om hvem som kan lede sykehusavdelinger. Nå må helseforetakene fokusere på å ansette de beste lederne, som kan tenke og handle helhetlig, motivere og inspirere, sette pasientens behov i sentrum og få til tverrfaglig samarbeid”* (Stormyr 2002c). Sitatet illustrerer sykepleierforbundets syn på ledelse, og at de støtter den ”offisielle” diskursen om profesjonell og profesjonsnøytral ledelse av sykehusavdelinger.

#### **5.4 Profesjon mot profesjon?**

Avisdebatten bidro til å tydeliggjøre spenninger mellom profesjonene i spørsmålet om avdelingsledelse. Legene argumenterte for at avdelingens sjef må være spesialist på et relevant fagområde, og dermed for å lukke andre



profesjonsgrupper ute fra lederposisjonen i sammenhenger hvor faglige forhold er viktige for avdelingens virksomhet. De hevder dermed at avdelingene, og i særdeleshet de kliniske avdelingene, fortsatt skal forstås som medisinsk-faglige virksomheter. Andre profesjonsgrupper (sykepleiere, jordmor) svarte med å peke på at reformen skiller mellom ansvaret for pasientbehandling og ansvaret for avdelingen som system. De gikk dermed inn for at andre profesjoner enn legene skal få slippe til, blant annet med utgangspunkt i at den nye lederfunksjonen stiller andre kompetansekrav enn den gamle. De ønsket også at ansvaret for avdelingen som virksomhet ikke lenger skal betraktes som et faglig anliggende, men et ”nøytralt” lederansvar, som det ikke lenger vil være en selvfølge at leger skal ha. Det profesjonspolitiske ser vi tydeligst hos legeföreningen, som først fattet et vedtak på tvers av stortingsflertallet som innebærer at avdelingsledere *skal* være leger, men som så modererte sitt standpunkt etter å ha blitt irettesatt av helseministeren. Avdelingsledelse blir tydelig som et felt som har profesjonspolitisk betydning, og som dermed er symbolsk og strategisk viktig for legene. Det er her premissene legges for prioriteringer i forhold til videreutvikling av faget, og det vil legene ha kontroll med. Det signaliserer makt og innflytelse på profesjonens vegne å inneha lederstillingen på det nivået hvor den kliniske og ressursutløsende aktiviteten foregår, og hvor lederen tradisjonelt har vært en ener innenfor sitt felt, og gjennom sin individuelle kompetanse og faglige posisjon har vært avdelingens ansikt utad.

Kjernen i avisdebatten er presentasjonen av ledelse, og her kommer argumentasjonen om behovet for endring inn: fra å ha vært et faglig anliggende for leger og sykepleiere, blir ledelse av avdelinger nå i større grad debattert og forstått som ”profesjonell” ledelse. Hvis man aksepterer det som premiss, er legenes krav om at en lege skal lede avdelingen ganske urimelig, og innspillet fra lederen i Dagens Næringsliv 18. juli 2002 helt på sin plass: ”*Det er ikke slik at kunnskap om menneskekroppen og dens funksjoner, virus og bakterier, brukne*

*armer og sår automatisk gir lederkompetanse. Det striden på mange sykehus handler om, er en god, gammeldags – ja nettopp; gammeldags – profesjonsstrid. Det som gjør den enda mer patetisk og håpløs enn tilsvarende andre steder, er at det ikke er eneretten til å utøve det yrket de er utdannet til det handler om, men at de mener seg suverene i ledelse. Legene later ikke til å ha oppfattet at ledelse er noe ganske annet enn medisin”* (Djuve 2002). Det reageres på at legene fremstiller seg som best egnet til å lede avdelinger med sitt medisinske kunnskapsgrunnlag. Slik jeg leser en del av innleggene i debatten, presenterer den en oppfatning om ledelse som noe annet enn utøvelse av fag, og ut fra en slik forståelse er det ikke vanskelig å si seg enig i at legene er urimelige og ”*har problemer med å tilpasse seg dagens virkelighet”* (Djuve 2002). Dagens (retoriske) virkelighet er nettopp at ingen profesjon skal kunne påberope seg at de ut fra sin helseprofesjonelle fagbakgrunn har spesiell kompetanse som ledere, og debattinnleggene i avisene bygget opp om denne diskursen. Forstår man imidlertid ledelse som en aktivitet som springer ut av en faglig virksomhet, og som er tett knyttet til medisinsk praksis og forskning, slik mange av legene og legeforeningen gjør, er argumentet om at en lege bør lede avdelingen ikke like urimelig eller uforståelig. Sykehuset er en medisinsk-faglig og profesjonsbasert arena. Dette innebærer at faglig-etiske normer fungerer som rettesnor for vurderinger og prioriteringer av aktiviteter. Med utgangspunkt i det har legene fått delegert et ansvar for sin profesjonelle virksomhet, som de ivaretar med en forholdsvis stor faglig autonomi. Dette kan betraktes som et element i legenes tillitskontrakt med samfunnet. Ut fra et slikt perspektiv blir profesjon et prinsipielt prosjekt, som innebærer visshet om at legene gjør sine valg og prioriteringer primært ut fra sin etikk, og ikke ut fra økonomiske hensyn. Avdelingsoverlegen blir her den arketypiske lederen, som den som ivaretar det prinsipielle. Hvis man forstår sykehuset innenfor dette profesjonelle bildet, *kan* ikke legene gi fra seg lederskapet for avdelingene. Når legene understreker legelederskap, viser de blant annet til det faglig-etiske grunnlaget, og

argumentasjonen for legenes lederskap følger som en konsekvens av denne forståelsen av sykehuset. Det å åpne for andre profesjoner som avdelingssjefer trenger imidlertid ikke nødvendigvis å rukke ved dette prinsippet, hvis man får etablert de ikke-medisinske ansettelsene som unntak, noe debatten om ikke-medisinske ledere kan forstås som et forsøk på.

Sykepleiere har utdannet seg til ledere, og har sett profesjonsnøytral avdelingsledelse som en ny karrieremulighet. Imidlertid presenterer sykepleierne erfaringer som illustrerer hvilke forståelser sykehusfeltet er bærer av, som kan bidra til problemer for ikke-medisinere som avdelingssjefer. At flere sykepleiere trakk søknadene sine til stillinger som avdelingssjefer, kan tyde på at dette er et problematisk felt å tre inn i for de som representerer realiseringen av det profesjonsnøytrale prinsippet. En artikkel i Tidsskriftet sykepleien peker på at over 90% av avdelinger med enhetlig ledelse har leger som ledere, og at det har vært harde konfrontasjoner når dette utfordres. I en spissformulering sies det i artikkelen: *"Profesjonsnøytral ledelse er innført. Vi er tilbake til 50-tallet: Legen er sjefen, sykepleieren er assistenten"* (Fonn 2002:9). Sykehuset betraktet som et profesjonelt hierarki innebærer at sykepleierne har en underordnet posisjon i forhold til legene, men den todelt ledelsen har plassert leger og sykepleiere som formelt likestilte avdelingsledere. Et spørsmål som kan leses ut av sykepleiernes reaksjoner på profesjonsnøytral ledelse er om reformen, når den settes ut i livet, resulterer i at man går fra reell likestilling tilbake til en underordning av sykepleie i forhold til medisin. Dette ville i så fall bety at todelt ledelse faktisk innebar reell likestilling mellom medisinsk og sykepleiefaglig ledelse av avdelinger. Sykepleiernes spissformulering kan forstås som en påstand om at realiseringen av prinsippet om profesjonsnøytral ledelse i praksis ikke har legitimitet til å gjennomføres. Et argument i samme retning er at tilsettingene av avdelingssjefer skjer ut fra etablerte forståelser av avdelingsledelse, og konsekvensen av dette er at det i hovedsak ansettes leger. Dette gir en indikasjon på hvilke eksisterende

forståelser om avdelingsledelse som de nye lederne skal forholde seg til. Sykepleierne argumenterer i debatten ut fra et annet hovedsyn, men opplever det som problematisk at medisinenes hegemoniske posisjon definerer hvordan ledelse skal forstås. Samtidig viser sykepleierne også at de oppfatter den dominerende forståelse av avdelingsledelse som medisinsk-faglig orientert. Dette ser vi i deres utspill om at de i praksis frykter å havne i en underordnet posisjon i forhold til legene, i og med at de fleste avdelingssjefene som ansettes er leger (Fonn 2002). Dette kan være noe av bakgrunnen for at det har vært vanskelig å få sykepleiere som søkere til stillingene som avdelingssjefer. Denne funksjonen er dermed ikke uproblematisk å gå inn i, verken for leger eller for sykepleiere.

## **5.5 Et ”gammeldags” perspektiv på ledelse**

Argumentene i debatten gikk ikke bare inn på hva ledelse på avdelingsnivå skal innebære, og hvilken fagbakgrunn man trenger for å kunne lede en avdeling. Debatten inneholdt også karakteristikk av deltakernes synspunkter, og blant annet av motstanden mot profesjonsnøytralt lederskap. Profesjonsspesifikk ledelse ble karakterisert som gammeldags, og profesjonsnøytral ledelse som faglig uforsvarlig. Det ble hevdet at legene er i utakt med den alminnelige forståelse og utvikling i samfunnet (Kiserud 2002), at de har problemer med å tilpasse seg dagens virkelighet (Djuve 2002), samt at de befinner seg i forrige århundre, og at legene pisker en gammel hest (Dommerud 2002b) og at de har en forhistorisk holdning (Hafstad 2002). Det siste var helseministerens uttalelse, noe som setter et offisielt stempel på karakteristikkene av motstanden mot profesjonsnøytral ledelse.

Det jeg vil fokusere på her, er ikke *at* det kommer kritiske kommentarer til legenes motstand mot lederreformen. Det interessante er ordlyden, at motstanden

beskrives som bakstreversk og gammeldags og ute av takt med utviklingen. Jeg betrakter dette som tegn på at den forståelsen av ledelse som lederreformen representerer, mottas som noe nytt og dermed prisverdig. Det plasseres som motsetning til faglig ledelse, som i denne sammenheng anses som umoderne. Clarke og Newman peker på en parallell i erfaringene fra utviklingen i England, hvor noe av det viktigste ved endringsdiskursen som oppsto i forbindelse med den økende innflytelsen fra "managerialism" i offentlig sektor, var at endringen gikk i én retning: "*all of the 'old' is to be discarded in favour of the 'new'*" (Clarke og Newman 1997:50). Røvik skriver om bruken av tidsmarkeringer i forhold til innføring av nye organisasjonskonsepter, og knytter behovet for å fremstille noe som nytt til den sterke utviklings- og fornyelsesesideologien som preger samfunnet i vår tid. Han viser at det i hovedsak er to typer grep som brukes for å fremstille noe som nytt: *kontrastering* og *kontekstualisering*. Kontrastering brukes for å demonstrere hvordan et konsept er forskjellig fra andre konsepter, mens kontekstualisering understreker forbindelsen mellom et konsept og andre populære aktuelle konsepter (Røvik 1998:97-100). Karakteristikkene av utspillene i debatten kan forstås som en kontrastering av enhetlig profesjonsnøytral ledelse i forhold til faglig profesjonsspesifikk ledelse, gjennom argumentasjonen om at profesjonskamp er gammeldags. Noe av det som skjer ved en slik polemikk, er at man avviser det gamle *fordi* det er gammelt, og ikke med begrunnelse i at det ikke fungerer, eller at elementene i den eksisterende ordningen ikke er viktige lenger. Nødvendigheten av utvikling gjør at argumentasjonen om noe nytt får stor egentyngde, riktignok ikke helt av seg selv, men fordi tenkningen reflekterer tidas "ånd", eller forståelse av en situasjon, i motsetning til den gamle ordningen.

Bruken av tidsmarkeringer i forbindelse med motstanden mot profesjonsnøytral ledelse, kan ses som tilrettelegging for nye måter å utforme organisasjoner på. Røvik sier at "*sannsynligheten for at en organisasjonsoppskrift skal få stor*

*utbredelse, øker dersom den tidsmarkerer riktig, dvs. at den settes inn i en tids- og utviklingssammenheng der den defineres som et moderne svar på omgivelsesdrevne endringsprosesser og fremstår som noe som er nytt, fremtidsorientert og bedre enn ”gamle” oppskrifter” (Røvik 1998:110).* Ut fra en slik forståelse kan man si at styrking av avdelingsledelse i sykehus gjennom å innføre enhetlig ledelse kan få stor gjennomslagskraft hvis den er i tråd med tidas forståelse av ledelse i offentlig sektor. Det er dette karakteristikkene av legenes perspektiver i debatten illustrerer. Et institusjonelt perspektiv vil betrakte reformprosjekter som tiltak for å påvirke den offentlige oppfatning til å ha tillit til at virksomheten er åpen for endring og fornyelse (Brunsson og Olsen 1993). Da blir endringen *som sådan* like viktig som innholdet i endringen, og det blir viktig å vise at man ikke henger igjen i tenkemåter som offentligheten oppfatter som utdatert. Endringsbehovet understøttes ytterligere av den stadig økende fokuseringen på offentlige virksomheters manglende evne til å yte de tjenester som samfunnet forventer. Mobiliseringen av argumenter for det gammeldagse ved faglig ledelse forsterker inntrykket av at reformen føyer seg inn i et større kompleks av betraktninger om nye organisatoriske løsninger i offentlig sektor, og synliggjør en sterk tro på at bedre og sterkere ledelse er nødvendig for å drive virksomheten mer effektivt, blant annet gjennom å styrke ledelsens innflytelse i forhold til profesjonene og dermed bidra til bedre styring av virksomheten.

Jeg betrakter argumentasjonen i debatten som forhandlinger om hvilken plass medisinen og faget skal ha når avdelingsledelsen omformes. De har mange aspekter. Debatten kan betraktes som en iscenesettelse av en kamp mellom det gamle, som representeres ved legeprofesjonens tradisjonelle forståelse av faglig ledelse og medisinsk systemansvar, og det nye, som innebærer reformiver og nye idealer for ledelse og styring gjennom å styrke ledelsesfunksjonen og dempe fagets betydning. Et slikt skifte i fokus på styringen av aktiviteten i sykehus, illustrerer samtidig en endring i forståelsen av offentlig virksomhets oppgaver og

funksjon, og av hva som betraktes som legitime problemstillinger og løsninger i sektoren (Hugemark 1994).

New Public Management (NPM)-tenkningen fungerer som et bakteppe for diskusjonene om forholdet mellom fag og ledelse. Gjennom å se hva det protesteres mot, blir det også lettere å oppdage hva som er de viktige elementene i den eksisterende faglige forståelsen av ledelse. Reformen har et element som tar konteksten på alvor: man bruker helsepersonell som ledere. ”Medical management” kan betraktes som et kompromiss. Som jeg har vært inne på, kan det også anses som en måte å innføre sterkere styring på, ved hjelp av fagmiljøets egne folk (Annandale 1998). Økt vektlegging av ledelse og redusert vekt på fag utfordrer profesjonenes muligheter til å virke innenfor en faglig definert sammenheng, slik det har vært rom for i en situasjon hvor profesjonell autonomi har vært sterk og (ikke minst) legitim (Sehested 2002). Lederreformens *form* får dermed betydning gjennom å legge opp til blant annet utvisking av etablerte grenser mellom ulike yrkesgrupper og destabilisering av kunnskapshierarkier gjennom en annen utveksling av kunnskap enn tidligere.

Debatten viser at dette er et politisk brennbart tema. Deltakerne markerte seg politisk med spissede argumenter for å gjøre poengene tydelige. Det blir et poeng for legene å understreke medisinsk ledelse på et prinsipielt grunnlag; legene skal ha de formelle posisjonene. Den koblingen som legene gjør mellom fag og ledelse, deles imidlertid ikke av politikerne, sykepleierne, enkelte av legene og den offentlige mening. Derfor kan man si at legene og legeföreningen har opinionen og tida imot seg, i hvert fall på et politisk og "offentlig" plan, og derfor ”taper” de debatten, som viser at det er sterke krefter som taler for en ny forståelse av ledelse i sykehusavdelingene. Derfor skal vi nå snu oss mot sykehuset og sette søkelyset på utformingen av den nye avdelingsledelsen, og håndteringen av forholdet mellom fag og ledelse i den nye lederfunksjonen.

## 6 Faglig autoritet og ledelse

Avisdebatten viste at det å ansette en ikke-medisiner som leder for en stor klinisk avdeling fremkalte sterke reaksjoner fra legemiljøene. Ut fra et overordnet politisk perspektiv på ledelse i sykehus, kan man argumentere for at legene ”tapte” denne debatten om ledelse av sykehusavdelinger. Den ”offentlige” ledelsesforståelsen er preget av New Public Management, og ut fra den er medisinenes hegemoniske og autonome posisjon umoderne, defineres som profesjonskamp, og er derfor uakseptabel. Legene ”tapte” fordi debatten foregikk innenfor et annet rasjonale enn de selv tok utgangspunkt i når de kom med sine argumenter. Videre fikk man illustrert at medisinermiljøenes tradisjonelle oppfatning av avdelingsledelse som faglig, ikke lenger er gjengs på et politisk plan. Vender vi oss fra avisdebatten og inn i sykehuset, er det imidlertid en annen situasjon. Legenes og sykepleiernes fagtidsskrifter oppgir at rundt 85-90 prosent av de nye avdelingssjefene er leger (Andersen 2002; Fonn 2002). Dette kan tyde på at holdningene til profesjonsnøytral ledelse som presenteres fra politisk hold, er frikoblet fra den utformingen som den enhetlige ledelsen har fått i sykehuset, og som fremdeles bygger på en faglig forståelse (Meyer og Rowan 1977; Brunsson 1989). Det betyr også at legenes argumentasjon om behovet for et medisinsk-faglig utgangspunkt for ledelse har tyngde i ansettelsesprosessene i sykehusene, og at vi kan forvente at lederreformens tenkning om profesjonell ledelse og redusert klinisk aktivitet ikke umiddelbart vinner gehør. Ansettelsen av sykepleiere og andre fagprofesjonelle i noen av lederstillingene, viser likevel at det også foretas valg som går på tvers av etablerte oppfatninger. Det jeg er opptatt av her, er imidlertid ikke ansettelsene som sådanne, men de vurderingene som gjøres omkring de nye avdelingssjefene, og de forståelsene av lederfunksjonen og dens grunnlag som avdelingssjefene er bærere av. Her ligger svaret på i hvilken



grad den nye avdelingsledelsen vil bryte med den faglige ledertradisjonen, og i større grad utforme den nye lederfunksjonen i tråd med en profesjonell ledelsestenkning.

Det er derfor nærliggende å se nærmere på hvordan avdelingssjefene forhandler sin nye posisjon som enhetlige ledere i en tilnærmet profesjonell lederfunksjon, i forhold til den faglige forståelsen av ledelse. I dette kapitlet skal jeg derfor se nærmere på betydningen av ”fag” i den nye lederfunksjonen. Det er to dimensjoner ved dette temaet jeg vil belyse. Den ene er knyttet til hvilken vekt avdelingssjefene legger på egen fagbakgrunn i sin nye funksjon. På hvilken måte relaterer de sitt lederskap til arbeidet i klinikken, og med hvilke begrunnelser kan dette kliniske ”kravet” modifieres? Den andre dimensjonen er knyttet til profesjonaliseringen av lederfunksjonen og skillet mellom ledelse og fag. Hvordan kan man innenfor et faglig rasjonale få autoritet gjennom å utøve profesjonell ledelse?

## **6.1 En fot i klinikken**

Avdelingssjefene i denne studien var i større eller mindre grad opptatt av å være ledere. Noen av dem hadde blitt sterkt oppfordret til å søke stillingen og var i utgangspunktet i tvil om de ønsket det. Flere av lege-lederne hadde erfaring med å være beordret som avdelingsoverlege tidligere, men understreket at det å bli avdelingssjef nå var et valg de hadde gjort. Andre hadde hatt et ønske om å ”prøve seg” i den nye lederfunksjonen, og syntes at det virket spennende å bli avdelingssjef for en periode. En sa f.eks. at det var et velkomment avbrekk i den kliniske karrieren, og en annen at han hadde tenkt på at det kanskje ikke var klinisk arbeid han ville holde på med resten av livet, og opplevde at dette var en mulighet til å prøve noe nytt. De fleste var imidlertid opptatt av forankringen i klinikken og faget, og hadde dette som et vesentlig utgangspunkt da de ble ledere.

Det å bli avdelingssjef presenteres av flere leger i denne studien som et valg om å *forlate* det faglige arbeidet. Sykehuset hadde imidlertid etter påtrykk fra legene åpnet for at de kunne ha en begrenset klinisk tilknytning også som avdelingssjefer. Intervjuene viste at mulighetene for fortsatt arbeid i klinikken hadde vært et viktig tema for de legene som hadde fått stillingene som avdelingssjefer. Halvparten av legene kombinerte ledelsesarbeidet med klinisk arbeid på intervjutidspunktet, tilsvarende ½-1 dag pr. uke eller noe mer. En grunn til at det ble åpnet for en klinisk tilknytning, var at legene også trengtes som fagpersoner i klinikken. De arbeidet da på forskjellige måter: tok vakter, hadde en andel tid i avdelingen pr. uke hvor de f.eks. opererte, arbeidet i poliklinikken eller steppet inn ved ulike behov. Alle legene hadde tanker om hvorfor og hvordan det medisinske arbeidet var viktig for leger i lederposisjoner. En av avdelingssjefene forteller at kollegene hans hadde gitt uttrykk for at det var viktig at han fortsatte med klinikk når han ble leder. Jeg spør hvordan han forstår dette spørsmålet fra kollegene, og han svarer slik:

*Jeg har oppfattet det på den måten at de vil at jeg skal ha beina litt på bakken, altså ha en fot i fagmiljøet fortsatt, det er vel det de sier. At jeg ikke skal miste kontakten med fagmiljøet. Og bakgrunnen for det er jo at (...) hvis du ikke kjenner faget, så vet du heller ikke hvordan det best skal ledes. Det er jo en gammel klassisk konflikt i ledelsesteori – kan du lede noe så kan du lede alt. At ledelse er noe du mestrer frikoblet fra den bedriften du leder. (...) Det står i hvert fall veldig sterkt blant leger at en skal være faglig sterk nok til å vite hva faget faktisk dreier seg om (avd 1 lege).*

Når avdelingssjefen understreker betydningen av å holde kontakten med faget også som leder, gjør han den faglige kunnskapen til et viktig grunnlag for vurderinger han gjør som leder. Jeg oppfatter at det rettes to forventninger til lederen ut av dette: for det første å bli ledet av noen innenfor egen faggruppe, og

for det andre at lederen må holde seg oppdatert på fagets problemstillinger. Det som fremheves er at kjennskapen til faget er en forutsetning for å kunne lede det, noe som tilsvarer en faglig ledelsesforståelse. Flere av avdelingssjefene i denne studien understreker at betydningen av den faglige tilknytningen er relatert til legitimiteten de får som avdelingssjefer. Legene har et faglig utgangspunkt for ledelse, og legitimiteten til en lege-leder vil derfor ut fra en medisinsk-faglig forståelse være knyttet til egen faglighet, og faget representeres i medisinen først og fremst gjennom arbeidet i klinikken. Avdelingssjefen kommenterer denne sammenhengen slik:

*Jeg vil veldig fort miste legitimitet blant kollegene mine hvis jeg melder meg helt ut av klinikken. Så det kommer jeg ikke til å gjøre. (...) Men det der har en annen side, og det kan jeg også fortelle deg. For sykepleierne har også spurt om det samme. Og de vil da at jeg skal ha lite klinikk. (...) De har fryktet at jeg skulle bli en leder bare for legene, siden det er legegruppa jeg kommer fra. For de vil at jeg skal være en leder på lik linje for alle de ansatte i avdelingen. Så det er en balansegang, altså, jeg må få legitimitet i de andre yrkesgruppene, og så må jeg ikke miste (legitimitet) i den (jeg selv tilhører). (avd 1 lege)*

Avdelingssjefen møter altså ulike forventninger fra ulike yrkesgrupper. De gjør det tydelig at det stilles andre krav til de nye avdelingssjefene som leder for flere enn egen profesjon, og han signaliserer en bevissthet om dette ansvaret. For legene er det viktig at sjefen ikke forlater klinikken, fordi det betyr at han ikke lenger vet hva han snakker om. Tilknytningen til klinikken gjøres til en forutsetning for å kunne utøve (faglig relevant) ledelse, men det gjøres også til et spørsmål om faglig identitet og tilhørighet. Det som illustreres her er hvordan legene blir ”enda mer” lege ved å være i klinikken – det er det leger *gjør*, og det er det som gjør dem til leger. For sykepleierne derimot, er det viktig at avdelingssjefen ikke er så mye i klinikken at han bare blir legenes leder. Ved å

være mindre i klinikken blir legene mer lik andre ledere, fordi de reduserer den sterke koblingen til legemiljøet. Det ”nøytraliserer” på et vis legens faglighet. Dette ses som nødvendig for at andre faggrupper skal oppleve at de er leder for dem også, men utfordrer samtidig legitimiteten i legegruppen. Mindre tid i klinikken bidrar altså til å styrke det profesjonelle lederskapet på bekostning av det faglige, men styrker også lege-lederens mulighet til å stå på to ben, som lege og leder for flere faggrupper (Hoff 2001). Her ser vi altså hvordan klinikken konstituerer legen (Atkinson 1997), mens ledelsesaktiviteten konstituerer lederen. Dilemmaet for lege-lederne er at det som gir legitimitet i den ene gruppen, reduserer den i den andre.

Kontakten med klinikken har flere aspekter: den understrekes som grunnlag for å opprettholde kunnskap og kunne fungere som lege, og symbolsk, ved at det illustrerer at avdelingssjefen er *innenfor* klinikken, og dermed kjenner feltet og vet hva han snakker om. En avdelingssjef forklarer:

*For det første så er det jo ens egne faglige kunnskapsnivå da, som fallerer veldig fort hvis du ikke har noe klinisk aktivitet. Og det er jo synd når man har bygget opp 20-30 år med klinisk praksis, å føle seg helt utenfor etter et par år.*

På spørsmål om det er håndverket eller andre forhold det dreier seg om, svarer han slik:

*Det er både et håndverk og en slags mental følelse av at du er med i faget fremdeles, at du ikke er kommet på etterskudd. Hvis du først er det, så tror jeg at du blir usikker, og da tror jeg du blir en dårlig leder. Hvis du ikke stoler på dine egne faglige vurderinger, da blir du en usikker og dårlig leder. Det er det ene. Og det andre er jo at jeg tror det er fryktelig viktig å vise seg litt rundt i avdelingen og være litt med, om man ikke akkurat er doktor på gammelmåten. Men at du i hvert fall er*

*til stede i avdelingen og prater med folk og sånn, det tror jeg er fryktelig viktig. (avd 2 lege)*

Klinisk aktivitet har også betydning for lege-ledernes trygghet som avdelingssjefer. Den medisinske kunnskapen om feltet betraktes som et direkte grunnlag for å utøve ledelse, selv om den ikke skal brukes i direkte pasientbehandling. Tilstedeværelsen i avdelingen er videre et viktig poeng. Å være fysisk tilgjengelig blir et symbolsk bilde og en faktisk markering av at lederen er *i avdelingen, i faget*, og dermed holder seg oppdatert og "hører til". Ved sitt nærvær markerer avdelingssjefen at han fremdeles har tilhørighet til den faglige aktiviteten og det faglige kollegiet, til forskjell fra ledelsen på andre nivåer, som befinner seg et annet sted og ikke er synlig i avdelingen. Å påta seg en lederfunksjon kan føre til at legene mister den faglige synligheten (Llewellyn 2001). Derfor er det viktig å demme opp for dette ved å være til stede på andre måter.

Avdelingssjefen forteller videre at han går i hvit frakk til daglig. *"Jeg er jo på alle morgenmøter og sånn, så for meg er det naturlig å gå i hvitt."* (avd 2 lege) Den hvite frakken markerer fellesskap med kolleger som arbeider klinisk, samtidig som det kan forstås som en markering av forskjellighet fra andre ledere som kler seg i privat tøy. Den hvite frakken er en beskjed om at her er det en lege-leder og ikke en administrativ leder – som underforstått ikke har greie på hva de fagprofesjonelle driver på med.

Det faglige understrekes altså som autoritetsgrunnlag for ledelse på flere måter. En avdelingssjef argumenterer for at avdelingssjefen bør være en faglig ener innenfor sitt felt, og også innenfor forskning. Jeg viser til at han er en etablert fagperson fra før, og spør om det ikke er nok å flyte på det for å ha faglig autoritet som leder. Må man fortsette som kliniker for å kunne opprettholde denne autoriteten? Han svarer at

det er han ikke helt sikker på, men at det er fort gjort å bli akterutseilt i et fag som er i såpass dynamisk utvikling som hans eget:

*Du skal ikke hvile på dine laurbær lenge før du er passé, altså. Så hvis du skal opprettholde faglig autoritet så må du følge med. Du må være med på kongresser, du må lese litteratur, du må passe på det som skjer. (avd 3 lege)*

Begrunnelsen for å fortsette i klinikken som leder er altså at det er viktig fordi den faglige utviklingen er så rask, og det gjør at det er krevende å holde seg oppdatert. Uten arbeidet i klinikken klarer man ikke å henge med. Dette gjaldt imidlertid en relativt liten avdeling. Flere av de som er ledere for store avdelinger med flere seksjoner har nettopp av denne grunn ”valgt bort” faget og driver som ledere på fulltid. Jeg ser det som to sider av samme sak: man må følge med i faget for å være god nok som fagperson og leder, men nettopp fordi kravene til å opprettholde fagkunnskap er så høye, kan det være at man må gjøre et valg, og f.eks. kutte ut faget og konsentrere seg om lederfunksjonen. En avdelingssjef ved en stor avdeling og med noen års administrativ erfaring forteller at han har prøvd å kombinere det faglige og det administrative, og funnet ut at det ble for krevende. Han problematiserer dermed betydningen av den faglige tilknytningen ytterligere:

*Jeg har gitt opp for lengst å drive på med klinisk arbeid.(...) Gjennom alle år har jeg hatt mye administrativt, og det har tatt veldig mye tid. Så (...) for meg har det vært en uløselig konflikt. Så jeg har på en måte gitt opp faget mitt for flere år siden. Jeg tror ikke det vil kreve meg så veldig mange ukene eller månedene å komme tilbake og være en brukbar fagmann, i hvert fall når det gjelder (fagavgrensning), så kan jeg nok det. Når det gjelder den totale (spesialiteten) så er det vel... der ville jeg nok brukt lang tid på ... attføring, for å si det sånn. (...) Kirurger kan jeg til en viss grad forstå, at de kan lokalisere en dag pr. uke på operasjonsstua og holde på med en bestemt type operasjoner for å holde*

*operasjonsteknikken sin ved like. (...) Men jeg har oppdaget at det er veldig vanskelig å holde et faglig nivå som er bra nok (avd 6 lege).*

Denne avdelingssjefen peker her på at det er vanskelig å opprettholde tilstrekkelig aktivitet til å holde et akseptabelt faglig nivå. Jeg oppfatter at han relaterer vurderingen av hva som er bra nok til kravene om fagkunnskap og teknikk som stilles til de fagprofesjonelle. "Problemet" er at disse kravene også gjelder selv om du har en lederfunksjon i tillegg til den faglige aktiviteten. Fordi det krever for mye å være en fullbefaren fagperson ved siden av å være leder, blir det faglige nivået man klarer å opprettholde over tid, ikke godt nok. Man kan kanskje si at den kliniske tilknytningen til lederen derfor i det lange løp kan bli symbolsk mer enn reell. I den nye lederposisjonen er da heller ikke fagutøvelsen det som står i fokus. Hvordan kan man så tenke seg en tilknytning til avdelingen hvor man ikke i samme grad legger vekt på avdelingssjefens arbeid i klinikken? En av avdelingssjefene er helt tydelig på at det ikke er nødvendig å ha pasienter for å lede avdelingen, men at kunnskapen som er nødvendig, bygger på et annet grunnlag:

*Jeg må vel kunne gjøre så mye at jeg kan se hvordan ressursene skal fordeles og hvordan nye ideer skal implementeres. Men det behøver ikke binde meg opp med enkeltpasienter. Det er ikke det det går ut på. Ikke sant - jeg kan være med i virksomheten når som helst, hvor som helst. Jeg kan gå en previsit eller en vanlig visitt sammen med en lege, om jeg ønsker det. Så det er egentlig mer dette her å kjenne til deres arbeidsmåte, og alles arbeidsmåte. Jeg må kunne gå inn på (funksjonen) og se hvordan en (utøver) fungerer i virkeligheten, hva deres daglige utfordringer består av. Og jeg må forstå det. Men jeg behøver ikke å gå ut og arbeide der. Sånn at det å være faglig oppdatert, det er egentlig å delta i arbeidsprosessen indirekte, i hele huset.(...) Jeg må vite hvem som sitter der inne og hva de gjør hele dagen. Og hvorfor de gjør det og hvordan de gjør det. Om ikke jeg vet det, da kan jeg knapt være sjef for dem. Altså, det er en ting som er viktig for*

*meg. Jeg skal ikke være sjef over folk som jeg ikke vet hva gjør - hvordan de gjør det og hvorfor de gjør det. Da har ikke jeg noe der å gjøre. Det er en uforskammethet å tro at man skal være sjef for noen som man ikke kjenner arbeidsprosessen til. Det burde egentlig være i spillereglene. (avd 12 lege)*

Denne avdelingssjefen fremhever kjennskapen til og overblikket over avdelingens arbeidsprosesser som grunnlag for sitt lederskap. Ved å understreke behovet for å kjenne utfordringer i forbindelse med arbeidssituasjonen til ulike profesjonsgrupper, fremheves ansvaret for avdelingen som organisasjon. Jeg tolker dette slik at avdelingssjefen prioriterer å kunne noe om situasjonen til de som arbeider i avdelingen, for å være i stand til å fatte avgjørelser som angår dem og på vegne av avdelingen som helhet. Gjennom kjennskap til organisasjonen og arbeidsoppgavene blir det mulig å se konsekvenser av beslutninger om virksomheten i avdelingen. Den innsikten man trenger for å være en god leder får man dermed på andre måter enn ved å arbeide med enkeltpasienter, ifølge denne avdelingssjefen. Dette er i større grad et organisatorisk perspektiv, der oversikten over virksomheten blir et viktigere grunnlag for å lede avdelingen enn eget arbeid med pasienter, og hvor ledelsens blikk hviler på avdelingen som helhet.

Dette perspektivet er forskjellig fra det de fleste andre avdelingssjefene gir uttrykk for. Denne avdelingssjefen snakker ikke om å kutte ut det kliniske arbeidet fordi det blir for krevende å kombinere med lederfunksjonen, som andre gjør, men mener at man skal ha et annet *fokus* som leder. Han har dermed et annet perspektiv på ledelse og fag enn andre lege-ledere. Understrekingen av at avdelingssjefene i større grad trenger kunnskap om avdelingen og arbeidsprosessene innebærer derfor en åpning for at autoritet kan bygge på et annet grunnlag enn en faglig ekspertposisjon, og i større grad fokusere på avdelingen som virksomhet, i tråd med den nye forståelsen av avdelingsledelse.



Når klinisk aktivitet og arbeidet på avdelingen blir så sentralt for lederens autoritet, fører det også til at de ansatte i avdelingen blir påvirket av dette. En avdelingssjef peker på at det kan være varierende aksept for de prioriteringene han gjør som leder, blant annet at han deltar i ulike typer møter framfor å arbeide i klinikken. Han fremhever imidlertid at en viktig del av ansvaret som leder nettopp er å ivareta det som er rundt og over avdelingen:

*Jeg tror at legitimiteten min blant kollegaene her nok etter hvert kan bli sviktende på den faglige biten, i og med at jeg har valgt å kjøre med veldig åpne kort og si at det er et bevisst valg jeg har gjort (å kutte ut klinikken). Fordi at det å lede og være deltaker i alle de prosessene som er knyttet til det å være leder, det blir en slags spesialisering i seg selv, kan du si. Så det må det være en slags aksept for. Og enkelte ser jo det der umiddelbart. Det er jo noen som sier at... når sjefen ikke er til stede så spør de, hvorfor er ikke sjefen her, nei han er på møter, ... det er han selvfølgelig ja, huff, kan ikke holde på på den måten der! Litt underforstått. Men jeg har jo kolleger som ser at det er der han skal være når han er sjef. Han skal være på det møtet, han skal være deltaker i de prosessene som finnes, rundt avdelinga og over avdelinga. Og det tror jeg er viktig. Men jeg skulle gjerne holdt på mer med fag, jeg... men jeg har prøvd i mange år å holde på med begge deler, og ... for meg har det vært vanskelig å få det til slik at det blir bra nok. (avd 6 lege)*

Denne avdelingssjefen har bevisst valgt bort det kliniske arbeidet som avdelingssjef, og karakteriserer det å fordype seg i arbeidet med ledelse som en slags spesialisering i seg selv<sup>48</sup>. Slik sett følger han en medisinsk-faglig logikk hvor konsentrasjon om bestemte avgrensede oppgaver betraktes som en spesialisering innenfor

---

<sup>48</sup> Tolket innenfor en faglig ramme kan avdelingsledelse også betraktes som en type spesialisering i retning av det økonomisk-administrative. Spørsmålet om å betrakte "medical management" som en egen spesialitet har vært tatt opp av flere forskere på dette feltet (se f.eks. Montgomery 1990).

kunnskapsområdet. Han møter aksept fra enkelte, og manglende forståelse fra andre når han prioriterer å delta i prosesser på høyere nivåer som har konsekvenser for avdelingens aktivitet. Det er altså en balansegang å håndtere de ansattes forventninger til hvordan det faglige arbeidet og lederskapet skal prioriteres i forhold til hverandre. Slik sett balanserer lederen på to fronter: forholdet mellom indre og ytre krav og forventninger, og forholdet mellom fag og ledelse. Når det forstås som viktig at avdelingssjefen også har en kobling til faget, og at prioritering av lederoppgaver kan være kritikkverdige, illustrerer det en forståelse av lederfunksjonen som en faglig funksjon. Legitimiteten baseres på en faglig tyngde, som man kan flytte på en stund, men som etter hvert kan svikte hvis den ikke opprettholdes gjennom klinisk arbeid. Avdelingssjefen selv markerer at hans ansvar også inkluderer rammevilkår for avdelingens aktivitet, og gjør det tydelig gjennom dette hva som ligger i hans forståelse av avdelingssjefens ansvar.

Legene vurderer det altså som viktig å ha en fot i klinikken, men betydningen av det kliniske arbeidet og hvilken form tilknytningen får, varierer. Avdelingssjefene har perspektiver på avdelingsledelse som spenner fra avdelingsoverlegen som faglig ener og frontfigur, og over mot den profesjonelle lederen som i større grad har blikket rettet mot avdelingen som virksomhet (Hunter 1992). Avdelingssjefene utformer tilknytningen til eget fag kontekstuellet, og bruker egen avdeling som utgangspunkt for sine valg. Det innebærer at det kan være mulig å tenke seg en modifisering av det som fremstår som et "absolutt" krav om klinikk for lege-ledere. Det skal jeg utdype i neste delkapittel.

## **6.2 Forhandling med det kliniske "kravet"**

Intervjuene viser at faglig autoritet i lederposisjonen kan tenkes opprettholdt på flere måter. Noen avdelingssjefer mener at det er viktigere at du allerede er en

etablert fagperson før du går inn i en lederposisjon. Et slikt perspektiv åpner for at man kan tre ut av faget for en periode og gjøre en jobb som leder. Det viser også at det kliniske arbeidet ikke er det eneste mulige autoritetsgrunnlaget for avdelingssjefene. Det å tenke seg muligheten av å være ute av faget for en periode uten å "tape" det, har særlig betydning for ledere i store avdelinger, hvor det er vanskelig å overkomme en klinisk delstilling på grunn av arbeidsmengden. En avdelingssjef ved en stor klinisk avdeling sier det slik:

*Jeg tror ikke det (kliniske arbeidet) har så stor betydning for avdelingssjefens autoritet. Men det er ikke så dumt å ha på seg en hvit frakk og gå ut for å se hvor skoen trykker. Jeg gjør det av og til av egoistiske grunner. Jeg har brukt 20 år av livet mitt på å spesialisere meg, og jeg vil vedlikeholde kompetansen min. Jeg arbeider klinisk en halv dag i uka, og jeg får gjort nok til å opprettholde kompetansen i (en bestemt prosedyre) og så videre. Men for autoriteten er det ikke viktig – da er det viktigere hva du har gjort før. At du allerede er etablert som fagperson.(...) Autoriteten til en lege i denne stillingen går mer på det han har gjort før enn på det jeg gjør nå i denne stillingen. (Kollegene) ville ikke forventet at jeg skulle arbeide videre og holde meg i toppen faglig og hatt en slik jobb. (avd 4 lege)*

Her fremheves betydningen av å være en etablert medisiner når du blir avdelingssjef. Ved å understreke at han har basis i en trygg faglig posisjon, viser avdelingssjefen at han har et tilstrekkelig grunnlag for sin lederfunksjon, og at han ikke nå trenger å prestere noe nytt faglig. Grunnen til det er at han er kjent i miljøet fra før; han har etablert seg som en som vet hva han snakker om. Han illustrerer samtidig en innforståthet knyttet til at kollegene ikke vil forvente ytterligere faglige prestasjoner mens han er sjef. Dette innebærer samtidig at han snakker om en midlertidig innsats. Jeg spør hvordan det vil bli om noen år, hvis han fortsetter som leder og ikke arbeider så mye i klinikken. Han sier at det kanskje ville blitt

problemer da. Men autoritet går ifølge ham på andre ting, på det du har gjort før, at du var en god fagmann før, at du nyter respekt. At du har en ”naturlig” autoritet. Denne avdelingssjefen har ikke tenkt å fortsette som sjef for alltid. Det er fagmann han er, forteller han. Han vil fortsette å arbeide med pasienter og studenter. Men han har også et stort engasjement i forhold til avdelingens videre utvikling, og på grunn av sin lojalitet og innsatsvilje, vil han fortsette i stillingen som avdelingssjef for å forsøke å påvirke noen av de beslutningene som ligger fremfor dem. Han forteller at det er mye uro fordi sykehuset er under omorganisering, og noen av de beslutningene som skal fattes, berører avdelingen direkte. Det er snakk om endringer som har innvirkning på hvordan behandlingen av ulike pasientgrupper organiseres, og som innebærer oppdeling av enkelte spesialiteter og sammenslåing av andre, ut fra nye kriterier. Betydningen av å være avdelingssjef med utgangspunkt i eget fag knytter han altså særlig til det overordnede ansvaret for avdelingen, og til den videre utviklingen av avdelingen som faglig virksomhet. Som avdelingssjef vil han være med og legge noen premisser for hvordan utviklingen skal bli; han vil ”kjempe for avdelingen,” som han beskriver det. Han understreker altså et engasjement for avdelingen som helhet, og vil ta sin tørn og passe på at utviklingen går i riktig retning. Senere kan han eventuelt bli fagmann igjen.

Å gjøre et endelig valg om å bli leder, og dermed forlate klinikken, presenteres som uaktuelt for flere av mine informanter. De avdelingssjefene som kom fra overlegestillinger hadde permisjon fra disse, og måtte ta et valg når permisjonstiden utløp. Dette presenterer de som et valg mellom faget og ledelse som karrierevei. En mulighet for avdelingssjefene er å ha et begrenset tidsperspektiv på arbeidet som leder, for så å bli fagperson igjen, slik informantene over forteller om.

En avdelingssjef understreker hvordan det å gi avdelingssjefene en retrettmulighet, også kan være en betingelse for å få reformen til å lykkes:

*Hvis de ikke er villige til å gi permisjon sånn at du kan gå tilbake til din faglige stilling, når du vil det, så syns jeg faktisk de har gjort et dumt valg. For da har de ikke lagt godt nok til rette for denne endringen. (...) For det er så mange av legene som har tatt den jobben av faglige grunner, først og fremst for å ha den gode administrasjonen rundt faget, og videreutvikle faget. Og ... hvis du da skal bli nødt til å tvinges inn i bare ledelse og ikke ha noen mulighet - og sitte der til du blir pensjonist, så er det ikke inspirerende nok det. Jeg føler det. Og mange har sagt det samme.(avd 10 lege)*

Det midlertidige perspektivet forklares slik av en annen av avdelingssjefene:

*Jeg skjønner de som gjerne vil ha en klinisk del i jobben sin, altså. Og jeg tror ikke det er noen som blir sittende i en sånn rent administrativ jobb som dette her i 4-5 år uten å ... Da blir det vanskelig å vende tilbake igjen til en klinisk stilling, i hvert fall. Og de fleste av oss regner vel med det. Det tror jeg. Det er ingen - ingen jeg vet, i hvert fall, som ser for seg at dette skal de bli sittende resten av livet med. Det er en slags økt de tar, for å gjøre noe annet, og kanskje sånn som jeg da - prøve å stake opp en kurs og sånn, og så regner i hvert fall jeg med å gå tilbake til en klinisk jobb igjen (avd 2 lege).*

Perspektivet på arbeidet som leder er derfor midlertidig for de fleste legene, mener denne avdelingssjefen. Han ønsker å bruke sin tid som avdelingssjef til å legge noen premisser for utvikling i avdelingen, og dermed legge et grunnlag som andre kan arbeide videre med. Samtidig får han satt sitt preg på den organisasjonen han er en del av. Da har han gjort sitt som leder. Ved å beskrive arbeidet som å ”stake opp en kurs” understreker han at han har et overordnet perspektiv på hva han som leder skal bidra med. Han viser dermed at han ser på ansvaret som et strategisk funksjon, som er rettet inn mot avdelingen som faglig virksomhet. Begrunnelsen for å påta seg lederfunksjonen ligger i å bidra til å gi avdelingen retning, legge premisser for en

utvikling, og deretter gå tilbake til klinikken. Flere av avdelingssjefene snakker om å bidra til utviklingen av avdelingen. Dette viser hvordan de ser på avdelingene som medisinsk-faglige enheter og avdelingssjefens ansvar som et medisinsk ansvar.

En av de andre avdelingssjefene forteller at han ikke vet hvor lenge han skal være i funksjonen, for han er i en fase hvor han vurderer om han skal fortsette som leder eller om han skal gå tilbake til å være fagperson. Han har ett års permisjon fra stillingen som overlege, og det et halvt år igjen av permisjonen på intervjuetidspunktet. Jeg spør om han ikke vil ha glemt for mye på et år, og han ler litt og sier at *"nei, det skal jeg nok klare. Og jeg har markert meg såpass mye i fagmiljøet at ryktet skal vel holde seg et år"* (avd 5 lege). Kommentaren viser at han knytter autoriteten som leder til sin faglige posisjon. Jeg sier at det kan virke som at det er viktig for leger at avdelingssjefen markerer at han fortsatt er doktor ved å arbeide klinisk. Om han har inntrykk av at det er sånn? Han svarer: *"Ja, det er i alle fall veldig viktig at du kan diskutere med dem faglig. At du er skolert og vet hva det dreier seg om. De setter deg ikke fast på faguttrykk og ... du er anerkjent på grunn av at de vet at du har vært en ener eller en nestor i det du holdt på med. Og da kan jeg gå og diskutere med hvem som helst om faglighet, og overprøve dem hvis de ikke kommer med holdbare argumenter"*.(avd 5 lege)

Jeg sier at det høres ut til at han flyter på det at han er en såpass etablert fagperson, og han svarer at ja, det gjør han absolutt. Jeg spør hva som skjer når han har vært avdelingssjef i ti år. Han svarer: *"Nei, hvis det da kommer alt for mange nyansatte som ikke har opplevd den tida, så kan det jo bli et større problem. (Nyansatte) som bare har sett meg som administrator"*.(avd 5 lege)

Når han sier at det kan bli vanskelig fordi de bare vil kjenne ham som administrator, er det underforstått at denne funksjonen betraktes som utilstrekkelig som autoritetsgrunnlag alene. Han er bevisst på at han har autoritet på lånt tid, og at den

går ut på dato. Hvis han ikke har noen historie eller noen faglig etablert og legitim posisjon å flyte på, oppstår et behov for legitimering. Når han utdyper hva som kan ligge i den posisjonen han som leder inntar overfor kolleger, viser han hvordan legitimitet forhandles. Det dreier seg om å være skolert, vite hva man snakker om, slik at man ikke settes fast på faguttrykk, og slik at man kan vinne en diskusjon eller overprøve en annen leges argumenter. Det at han kan "vinne" en medisinsk-faglig dispuutt blir hans forhandling om profesjonell autoritet, på tross av at han er leder på fulltid. Han skisserer altså en faglig seniorposisjon, hvor autoritet knyttes til hans overlegenhet og tyngde som lege, slik som i den institusjonaliserte forståelsen av avdelingsledelse. Han forutsetter at dette skal være mulig også innenfor den nye ledermodellen.

Lege-lederne har altså ulike perspektiver på betydningen av koblingen til klinikken for sin autoritet som leder. Bildet nyanseres gjennom ulike perspektiver på *hvordan* kontakten med klinikken kan håndteres. Den ulike utformingen den kliniske tilknytningen kan få, fra den tradisjonelle avdelingsoverlegen til heltids leder, viser at betydningen ikke trenger å være av praktisk art, selv om den for flere av dem er et bidrag til å holde døren åpen for en retrett til en faglig stilling. Betydningen det har som symbol på en faglig tilknytning, samtidig som det opprettholder opplevelsen av å være en del av det faglige fellesskapet, ser ut til å være like viktig. Hoff (Hoff 1999a) fant i en studie av lege-ledere at det er viktig for deres faglige autoritet at de klarer å balansere det å være en lege som forstår seg på ledelse, opp imot det å ha sin kjernekompetanse innenfor ledelse, som man *ikke* trenger å være lege for å kunne. Han påpeker at å arbeide klinisk har flere konsekvenser: det øker troverdigheten til medisinske ledere blant vanlige medisinere, det fremmer flere lojaliteter og bidrar dermed til at det blir lettere å bygge broer mellom kliniske og organisatoriske interesser, og det demper den personlige følelsen av å måtte velge bort medisinen for godt (Hoff 1999a).

Ikke alle avdelingssjefene var klinisk aktive ved siden av arbeidet som avdelingssjef. At avdelingen er stor kan være én viktig grunn til å prioritere bort det kliniske arbeidet som ledere. Ledere for store avdelinger understreker at de kan få autoritet på ulike måter. De snakker om at de flyter på det de har gjort før, og påpeker betydningen av å være en etablert fagperson når du blir leder, og dermed ha en faglig erfaringsbakgrunn. Det fungerer som en påminnelse om avdelingssjefens faglige utgangspunkt og en markering av tilhørighet til det medisinske miljøet. Ved å legge vekt på erfaring og å kunne diskutere med andre fagpersoner uten å bli "satt fast" markerer de på ulike måter at faget er viktig for autoriteten som leder. Jeg tolker det slik at denne autoriteten er knyttet til klinikken, og at alternativene som avdelingssjefene presenterer kan betraktes som forhandlinger med det faglige "kravet" om klinisk tilknytning. Det kliniske arbeidet beskrives også som retrettmulighet, som en måte å holde forbindelsen til klinikken åpen på. Hvis man er ute av det kliniske arbeidet for lenge vil det være vanskelig å holde seg oppdatert som fagperson, og det reduserer mulighetene til å kunne gå tilbake til en faglig stilling etter en periode som leder.

Den kliniske tilknytningen ser altså ut til å ha betydning både som markør for en faglig identitet, som en måte å opprettholde kunnskap og konkrete ferdigheter på, og som grunnlag for autoritet og legitimitet i lederposisjonen. Ambivalensen som legene gir uttrykk for når det gjelder det administrative lederskapet, understrekes av perspektivet på å være avdelingssjef som en midlertidig funksjon. Denne ambivalensen vil jeg utdype videre i neste delkapittel.

### **6.3 Leger som avdelingssjefer: å bli "noe annet"**

Betraktningene om forskjeller mellom det faglige og det administrative handler blant annet om sosiale konstruksjoner av forskjeller mellom "ledelsen", som befinner seg et annet sted og gjør andre, dvs. ikke-faglige ting, og de som "hører



til” i avdelingen, som er de fagprofesjonelle. I avdelingene er det vanlig å snakke om administrasjonen eller ledelsen som noen langt unna som ikke helt forstår hva som foregår på postene, dvs. som ikke forstår ”faget”. Dermed blir det også mulig å skape avstand (frikobling) mellom de prioriteringene som ledelsen gjør, og de vurderingene fagpersonellet gjør av disse prioriteringene. Når kategoriene ”fagperson” og ”leder” nærmer seg hverandre, vil det nettopp være viktig å opprettholde den faglig baserte autoriteten slik at man ikke blir plassert i kategorien av ”de som ikke skjønner hva som foregår”, eller som ikke har noen faglig betydning i avdelingen. Lege-ledernes vurdering av egen posisjon i forhold til kolleger er en del av dette bildet.

### **6.3.1 Ledelse som karriere**

Legene henter faglig autoritet gjennom å definere seg som lik andre leger. Derfor blir det et viktig tema om legene skal fortsette i klinikken selv om de går inn i en lederposisjon. Alle lege-avdelingssjefene, også de som ikke arbeider klinisk, har en mening om betydningen av det kliniske arbeidet. De forholder seg til det som en kraftfull definisjon av faglighet. Det utgjør dermed et legitimt grunnlag også for å være avdelingssjef. I lys av dette blir det forståelig at lege-lederne vurderer hvor lenge man kan være ute av det kliniske arbeidet før man mister grepet. De snakker om å ”gå tilbake til faget”, noe som tyder på at de forstår ledelsesfunksjonen som å være et *annet sted* enn i det faglige. Å bli leder er for en lege ikke et karrieremessig steg *opp*, det er et steg *bort*. På denne måten markeres en klar avstand mellom ”faget” og ”ledelsen”. Dette gjør ambivalensen i forholdet mellom fag og ledelse tydelig, fordi legene samtidig insisterer på at avdelingsledelse er et (medisinsk)faglig anliggende. Dette er i tråd med det Fitzgerald finner med utgangspunkt i en studie av en gruppe lege-ledere, hvor hun skriver at ”*It is evident that, for clinicians, all time spent on management activity is constantly assessed against the criteria of what could be achieved by using that*

*time for clinical practice*” (Fitzgerald 1994:43). Jeg forstår denne midlertidigheten som et uttrykk for ambivalens, som illustrerer et grunnleggende paradoks knyttet til denne lederfunksjonen: Arbeidet i klinikken er legens legitimitetsbase, og ved å bli ledere forlater legene det som gir dem autoritet og troverdighet som ledere. De vil ha funksjonen, men ved å få den må de renonsere på det som er grunnlaget og det sterkeste argumentet for at de skal ha denne funksjonen.

En av avdelingssjefene sa at valget om å bli avdelingssjef innebar en sorgprosess, ettersom det ville være vanskelig å kombinere faget med det han nå skulle inn i. Han svarte slik på spørsmålet om hvorfor han valgte å bli avdelingssjef:

*Ja, det er et godt spørsmål. Jeg var veldig i tvil. Jeg får vel starte der, da. Det er jo en litt defensiv start, på en måte, men... når en har vært tyve år i klinisk arbeid, altså pasientrettet arbeid, så er det et slags sorgarbeid, en tapsprosess, samtidig som en søker og går inn i en ny jobb. Altså, jeg har jo lederutdanning, og har en god del ledererfaring og organisasjonspraksis, sånn at den måten å arbeide på er ikke fremmed for meg, og den er heller ikke skremmende for meg i og for seg, og... Hvis jeg skal si noe om hovedgrunnen til at jeg har gått inn i det her, så er det nok at jeg har en lojalitet til det offentlige helsevesenet. Jeg vil at det skal bli så bra som mulig. Der tror jeg at jeg har noe å tilføre. Både mentalt, for å si det sånn, det at jeg har den lojaliteten, det tror jeg er viktig i en sånn stilling, og så har jeg fagbakgrunnen, en dobbel fagbakgrunn, som gjør at jeg tror jeg kan gjøre en god jobb. (avd 1 lege)*

Tvilen som kommer frem i vurderingene rundt det å bli avdelingssjef, viser at denne funksjonen oppfattes som noe annet enn den tidligere faglederfunksjonen, fordi den innebærer et mer definitivt valg mellom fag og ledelse. Mens ledelse har vært og er en karrierevei for sykepleiere, har legene sett det å gå inn i ledelse som et

brudd med det arbeidet som gjør dem til leger. Avdelingssjefen peker både på sitt engasjement i forhold til helsevesenet mer generelt, og på den utfordringen som ligger i å påta seg lederoppgaver, som en motivasjon for å påta seg denne funksjonen. Han understreker at han ikke er fremmed for å arbeide med ledelse, men understreker samtidig at han har to ben å stå på: både fagpersonens og lederens. Ambivalensen i forhold til valget om å bli leder, er knyttet spesielt til mulighetene han ser for å få autoritet i en administrativ lederposisjon:

I: Hvilken betydning har det karrieremessig for en lege å velge å jobbe med ledelse? *Ja, det er en... nedtur (han ler litt). Ja det tror jeg nok det er, i hvert fall er det et tilbakeskritt hvis du melder deg helt ut av klinikken. (...) Det der er et veldig interessant spørsmål egentlig, fordi at... for å opprettholde autoritet blant legekolleger så må du enten være en veldig flink leder, eller så må du beholde respekten ved at du fortsatt er en fagmann.(avd 1 lege)*

Avdelingssjefen synes det er vanskelig å avgjøre hva som ligger i å være en flink leder, men sier at det kan være det å drive avdelingen så godt at man blir respektert for den viktige jobben man gjør, og bare for den. *Men det er klart at hvis du ikke når opp som leder, og melder deg ut av faget, da har du mistet fotfestet i miljøet, altså, sier han videre.*

Betraktet innenfor et medisinsk-faglig rasjonale er det å bli leder altså et karrieremessig tilbakeskritt for en lege, hvis han/hun ikke opprettholder tilknytningen til faget. Det er likevel mulig å bevare sin legitimitet i fagmiljøet uten å delta i det kliniske arbeidet hvis man er dyktig nok som leder. Avdelingssjefen åpner altså for at autoritet kan oppnås ved å være en ”veldig flink leder”. Dermed kan man begynne å reflektere over hvordan andre enn leger kan få den nødvendige autoritet som ledere. Det tydeliggjør at man *kan* vinne støtte gjennom å utmerke seg som leder, noe som i prinsippet åpner muligheter for sykepleiere eller andre profesjoner som avdelingssjefer. Reformens krav om at avdelingssjefen primært

skal arbeide med ledelse gjør at lederens grunnlag for autoritet og legitimitet kan forhandles. Også annen kunnskap enn fagprofesjonens blir relevant.

En avdelingssjef forteller hvordan han håndterer balansegangen mellom det å være fagperson og leder ved å skille mellom den tiden han bruker som kliniker og som leder:

*Jeg har prøvd å tone det litt ned. At det er ikke noen lege som er leder, det er en leder. (...) Men hvis jeg da er i avdelingen, så er jeg der som lege, på en måte - altså at jeg ikke alltid må ta opp alle mulige ledelsesting. Den dagen jeg har poliklinikk så kan det ligge. Verden går ikke fortere ... Sånn at da kan jeg konsentrere meg om det, og så har jeg resten av tiden til det andre. Så jeg prøver å signalisere at ... selv om du er samme person, så har du av og til litt forskjellige hatter på deg. Selv om ikke hatten er på, så må folk forholde seg litt til det. (avd 7 lege)*

Avdelingssjefen understreker sin profesjonstilhørighet gjennom arbeidet i poliklinikken, og markerer en tydelig grense mot ledelsesarbeidet når han arbeider klinisk. Han viser at han betrakter legerollen og ledelsesrollen som atskilte i tid. I poliklinikken er han lege, ikke leder. Samtidig er han opptatt av at når han er leder, så er det det han er. Den "opprydningen" som dette skillet innebærer, kan forstås som et uttrykk for at de to funksjonene ikke skal få lov til å smitte over på hverandre, og det markerer samtidig tydelig at lederen er en "hel" fagperson når han først er på jobb som lege. Lederjobben blir da noe han gjør på bestemte tidspunkt, det er ikke noe han "er" (se også Thorne 1997). Den faglige lederfunksjonen så ledelse som noe du gjorde som den som kunne mest. Den nye lederfunksjonen innebærer større vekt på oppgaver og ansvar som har lavere status innenfor en faglig forståelse, og innebærer derfor dilemmaer for legene – administrative ledefunksjoner er ikke det som gir status i et faglig system (Llewellyn 2001).

Markeringen av at ledelse og utøvelse av fag kan være to forskjellige ting bringer inn en annen problemstilling: kan det være at man som enhetlig og ”profesjonell” avdelingssjef kan komme i en annen kategori enn kollegene – at man kan bli en av ”de andre”?

### **6.3.2 Fra lege til leder?**

Som faglige ledere har både leger og sykepleiere representert sine faggrupper og vært en del av et kollegium. Som avdelingssjefer kommer de i en annen posisjon i forhold til sine kolleger enn tidligere. Jeg sier til en av avdelingssjefene at det er vanlig blant fagpersonellet i sykehuset å snakke om ”oss” og ”ledelsen” som to forskjellige grupper. Kommer han til å bli putt i en annen kategori enn kollegene nå når han er avdelingssjef? Han svarer slik:

*Jeg tror ikke jeg blir ”ledelsen”. Enda. ... Det tror jeg egentlig aldri at jeg blir. (Tidligere avdelingsoverlege) har heller aldri vært det. Og jeg tror heller aldri oversykepleierne har vært det. Til det så står de tross alt for nær produksjonen. Og fysisk også. Altså, vi bor ikke i et annet hus. Det gjør de andre. (avd 1 lege).*

Å ha nærhet til produksjonen, både fysisk og faglig, er et viktig kriterium for å kunne regne med en fortsatt tilhørighet på avdelingen, og ikke bli sett som en del av ”ledelsen”, i betydningen noen som ikke har tilknytning til og forståelse av virksomheten i avdelingen. Avdelingssjefen påpeker at ”ledelsen” befinner seg et annet sted både praktisk og kunnskapsmessig, og dette gjør ham forskjellig fra dem, og gjør at han ikke blir sett som en av dem. Denne understrekningen av avstand til ledelsen er også fanget opp i andre studier. Llewellyn peker f.eks. på at leger har betraktet ledere som ”the other” (Llewellyn 2001). En annen av avdelingssjefene utdyper temaet videre, når jeg peker på at de som arbeider i

administrasjonen gjerne oppfattes å være et annet "sted" – i den betydning at de ikke forstår det faglige. Han svarer slik:

*Men det er jo helt reelt, det. Altså, administrasjonen i den klassiske utgaven, de sitter i et administrasjonsbygg og viser seg aldri på avdelingen. Og hvis de gjør det, så kommer de med jakke og slips. Og ser litt overfladisk og - (ler litt)*

I: Men det er jo ledere på andre nivåer også. Og nå er jo du også en leder her - en sjef?

*Ja, men jeg er avdelingssjef. Jeg hører til her, altså.*

I: Så du vil aldri bli en av "dem"?

*Nei, nei!! (latter)*

I: Er det derfor du har på deg hvit frakk, kanskje? For å markere en tilhørighet?

*Ja, blant annet... irriterer hele administrasjonen, vet du, når du stiller opp på sånne møter i hvit frakk, så - (ler) Nei, men det er jo naturlig - jeg har jo litt med pasienter å gjøre i det daglige, så - Jeg er jo på alle morgenmøter og sånn, så for meg er det naturlig å gå i hvitt.*

I: Så du tror ikke at avdelingssjefene kommer til å bli et nivå som man etter hvert tenker på som de som ikke skjønner hva vi holder på med?

*Nei, men det er en fare for det. På de store avdelingene så er det det. For det er så mye å gjøre, og du blir trukket vekk fra den daglige driften. Må sitte på et kontor og skrive brev og -*

I: Tenker du på denne avdelingen som så stor?

*Nei, men vi er på grensen, ja. Det koster veldig mye å holde kontakten. Det gjør det. Så jeg skulle vel ønske vi var halvparten så stor. Det hadde vært mye enklere for å gå inn i den daglige driften og vise at du er med der. (avd 2 lege)*

Her anses avdelingsledelse som et ledernivå innenfor den faglige virksomheten, mens de som er høyere opp i det administrative hierarkiet er "ledelsen", og dermed utenfor det faglige. Kriteriet for å være *innenfor* er tilknytningen til og

ikke minst innsikten i den daglige driften, som lederen gjør tydelig gjennom å iføre seg hvit frakk og delta i de møtene hvor behandlingsaktivitet og faglige strategier diskuteres. Det å være leder innenfor den faglige sfæren forutsetter faglig innsikt og tilstedeværelse ute i avdelingen. Når avdelingen blir stor nok, blir lederen trukket vekk fra den daglige driften og må prioritere administrativt arbeid, og står da i fare for å bli kategorisert blant de som ikke vet hva de snakker om. Dette er i tråd med annen forskning på dette feltet. Hoff (Hoff 1999b) fant at lege-ledere som holdt forbindelsen til medisinsk praksis fikk hjelp til å opprettholde profesjonell identitet og ”innsidestatus” hos vanlige medisinere. Både det å faktisk *utøve* klinisk arbeid og å opprettholde *troen* på at de var kompetent til dette arbeidet, hadde betydning her. Uten denne koblingen til faget fant Hoff at det var større sjanse for at legelederne ville re-orientere seg til å representere andre interesser i helsetjenesten, og det var også større risiko for at de andre legene oppfattet legelederen som en ”forræder” mot profesjonen og faget (Hoff 1999b). Med andre ord må lege-ledere balansere mellom ulike tilhørigheter og hensyn i slike hybridroller, men ikke nødvendigvis slik at lojaliteten til ”faget” og ledelsen” står i opposisjon til hverandre.

Når de påtar seg lederansvar for avdelingen, er det ikke lenger den faglige aktiviteten som er avdelingssjefenes hovedansvar. Dermed tar de et skritt ut av fellesskapet med kollegene. En avdelingssjef kommenterer at forholdet til kollegene har endret seg etter at han ble sjef:

*Formelt sett så står jeg jo i en annen stilling. Det gjør jeg. Så jeg er ikke så mye kamerat, for å si det banalt. Det ligger noe der. Ikke fullt så mye kollega. Det har jeg merket, både på meg selv og på de andre. Og sånn må det jo være. (avd 1 lege)*

Dette er en del av forhandlingen om å være faglig, om hvor grensene går mellom å være en del av "produksjonen" og ikke en del av ledelsen. Å bli leder innebærer bevegelse fra et kollegialt fellesskap til noe som ikke er fullt så kollegialt, selv om man som avdelingssjef kan oppleve seg som tilknyttet den faglige virksomheten i avdelingen. Det kan komme reaksjoner i form av signaler fra kollegene som oppfatter overgangen til ledelse som at man har "brutt" med faget.

Avdelingssjefene ga uttrykk for at enkelte kolleger kunne ha problemer med at de prioriterte ledelsesoppgaver, f.eks. møter, fremfor arbeid i klinikken. Dette viser at de andre legene kunne oppfatte avdelingssjefen som en av "ledelsen", selv om han selv mente at han ikke ble oppfattet slik, og selv på forskjellige måter markerte tilhørighet til det faglige fellesskapet heller enn til ledelsen. Fitzgerald (Fitzgerald 1994) fant i en studie at i den grad legeledere opplevde problemer som ledere, var det gjerne nettopp i relasjon til kolleger, enten det gjaldt medisinsk-faglige eller ledelsesmessige temaer. Problemer med fiendtlighet og isolasjon fra kolleger kunne være vanskelig for enkelte. Dette ble blant annet knyttet til ledernes rolle som formidlere mellom to ulike tenkemåter: *"Clinical managers see themselves playing a critical boundary role between management and clinical professionals. They describe part of their role as "translating" ideas from one forum to another"* (Fitzgerald 1994:42). Problemene knyttet til denne balansegangen understreker avstanden mellom de ulike forståelsene, og at man lett kan ta et "enten-eller" perspektiv på tilhørighet. Jeg vil imidlertid anta at denne type problemer ikke bare har med ulike verdigrunnlag og tenkemåter å gjøre, men også med at lederen skal fatte beslutninger som har innvirkning på og potensielt griper inn i fagpersonellens egne vurderinger (jfr. understrekningen av lederens behov for frihet til å fatte beslutninger, "freedom to manage", innenfor en NPM-inspirert forståelse av ledelse). Ledelsen bringer inn en form for overstyring på et annet grunnlag enn det faglige, og kan dermed i noen sammenhenger få "forræderens" rolle. Avdelingsoverlegen som profesjonens og fagets mann/kvinne erstattes av en fagperson som skal ta andre og mer



omfattende hensyn enn før, og kanskje blir det slik at lege-lederen må "bevise" sin tilknytning til faget gjennom konkrete og symbolske handlinger for å få autoritet som legenes leder. Den rollen som de nye avdelingssjefene er tildelt, innebærer en tydeligere lederfunksjon og en eksplisitt forpliktelse til å ta andre hensyn enn de faglige. I en slik hybridrolle vil man derfor nettopp måtte balansere ulike og til dels motstridende hensyn (Östergren og Sahlin-Andersson 1998).

Legene i min studie markerer kobling til faget for å få autoritet i lederposisjonen, og avstand til (den delen av) "ledelsen" som ikke skjønner fag. Dermed rekonstrueres det faglige lederskapet innenfor den enhetlige lederreformen. En annen effekt er å understreke at avdelingssjefene fortsatt regner seg som "en av legene", ved at de nedtoner de negative konsekvensene som lederfunksjonen eventuelt kan få for den felles kollegialiteten – jfr. den avdelingssjefen som opplevde seg som "ikke fullt så mye kollega". Hoff (Hoff 1999b) fant i sin studie av legeledere at elementer som spilte en rolle for gruppesamholdet, var posisjon i legelederhierarkiet og grad av direkte kontakt med klinisk praksis. Nye karrieremuligheter innen ledelse førte til oppsplitting av profesjonen i mindre subkulturer, og økte konfliktnivået og konkurransen innen profesjonen. Dette var ifølge Hoff fordi stratifisering som assosieres med legelederposisjonene var svært annerledes enn stratifisering basert på medisinsk spesialisering, hvor man fortsatte å være en del av et fellesskap som delte forståelsen av hva det vil si å være lege. Som legeleder skulle de rasjonalisere medisinsk arbeid og brakte dermed andre verdier inn enn de medisinsk baserte (Hoff 1999b). Dette betyr at det kan være viktig for lege-lederne å signalisere at de fremdeles er en del av profesjonen gjennom klinikken, og gjennom at de markerer at lederjobben er midlertidig ("gjøre en jobb"). Forhandlingene om klinikken som autoritetsbygger innebærer at fagets betydning i lederposisjonen ikke trenger å være basert på å utøve klinisk praksis som leder, men at den også er symbolsk. Dette illustreres f.eks. ved at man understreker betydningen av å være synlig i avdelingen. Et

problem med lederjobben kan være at den bidrar til at legen mister den kliniske synligheten (Llewellyn 2001:604). Vektleggingen av ytre markeringer som den hvite frakken kan også forstås i en slik sammenheng. Dette er en måte å gjøre *medisinen* synlig på; det er hele tiden legene som er bærere av den faglige autoriteten, og det er medisinen som er det relevante faglige grunnlaget for avdelingssjefen, slik det kommer frem i disse betraktningene.

Det er imidlertid flere avdelingssjefer som er sykepleiere. Det perspektivet på ledelse som sykepleierne har presentert i forbindelse med lederreformen, er mer i tråd med den NPM-inspirerte tenkningen om profesjonsnøytral ledelse. I det følgende skal jeg vise hvordan man fra et sykepleiefaglig ståsted som avdelingssjef kan vurdere sitt eget forhold til fag og ledelse, for å vise hvordan avdelingsledelse kan konstrueres med et sykepleiefaglig utgangspunkt.

#### **6.4 Leder og ikke lege**

Ved å bestemme at avdelingsledelsen skal være profesjonsnøytral har vi i Norge gjort et radikalt grep som vi ikke finner igjen i andre land som har enhetlig avdelings- eller enhetsledelse i sykehus. Den samme utviklingen som f.eks. førte til at ledelsen i engelske sykehus begynte å arbeide for å oppmuntre leger til å påta seg lederroller, innebar at sykepleiere effektivt ble holdt utenfor, og de mistet også retten til å bli ledet av egen profesjon (Allen 2001:99). Internasjonal forskning om fagpersonell som ledere viser at det stort sett er leger som har formelle posisjoner som avdelings- eller enhetsledere, og sykepleieledere opptrer hovedsakelig som ”nurse managers” i samarbeid med leger (Fitzgerald og Sturt 1992; Allen 2001:111). Profesjonsnøytral avdelingsledelse utgjør i så måte et brudd med en historisk tradisjon. Den todelte ledelsen som har vært vanlig ved de fleste somatiske sykehus siden slutten av 1980-årene, har gitt oversykepleier et formelt lederansvar for avdelingene sammen med avdelingsoverlegen, og har dermed anerkjent

sykepleiere som ledere i team med legene. Denne formaliseringen av sykepleiefaglig ledelse på avdelingsnivå har også bidratt til å danne grunnlaget for sykepleiernes lederaspirasjoner i sammenheng med overgangen til enhetlig ledelse.

Ledelse har lenge vært en attraktiv karrierevei for sykepleiere, og de som inngår i lederstillinger på ulike nivåer i helsetjenesten, har gjerne videreutdanning i økonomisk-administrative fag. Å få en lederstilling i sykepleie har vært en karrieremulighet som for sykepleiere gjerne har betydd et brudd med utøvelse av faget, i betydningen direkte arbeid med pleie av pasienter. En lederjobb har vært sett som en mulighet til å komme seg videre i forhold til arbeidet i sengeposten. En avdelingssjefene forteller hvilket forhold sykepleierne har hatt til ledelse sammenlignet med legene:

*Sykepleien har tradisjonelt hatt en karrierevei innenfor ledelse. De har hatt sin avdelingssykepleier-oversykepleier-sjefsykepleier-stige oppover. Og det har det vært i alle år. Har du vært oversykepleier så har du ikke hatt klinikk i tillegg, du har hatt din karriere som leder. Mens legene ikke har hatt den tradisjonelle karriereveien innenfor ledelse. De har hatt sin avdelingsoverlege, og de har vært klinikere i tillegg til det å være avdelingsoverlege. Men utover det så har de ikke hatt noen ledere på samme måten som det sykepleierne har hatt. (avd 8 spl)*

Sykepleiere og leger ser altså forskjellig på betydningen av ledelse som karrierevei. Sykepleierne har hatt en tradisjon for å skille ledelse fra fag, i betydningen klinisk arbeid, og de har tatt formell utdanning for å oppnå en administrativ ledelseskariere. Legene har derimot kombinert ledelse og fag. Sykepleiernes argumenter for at administrasjon er en viktig tilleggskompetanse til den faglige kunnskapen i lederposisjoner har utgangspunkt i Nightingale-tradisjonen, som ser administrasjon som del av det sykepleiefaglige arbeidet (Sommervold 1997). Som jeg var inne på i kapittel 2, har det å skaffe seg formell lederutdanning vært et ledd i

sykepleiernes strategi for å få lederansvaret for egen faglig aktivitet, og for å etablere egen profesjon som uavhengig av medisinen. Gjennom den formelle lederutdanningen tydeliggjøres ledelse som egen aktivitet og eget fagområde i forhold til den aktiviteten som skal ledes, noe som preger sykepleiernes ledelsesforståelse. Det kan med dette utgangspunkt argumenteres for at det innenfor sykepleien har vært en bevegelse fra en intern til en ekstern ledelsesforståelse. Det innebærer en utvikling fra ledelse *innen* sykepleien og underordnet det medisinske hierarkiet, til en forståelse av sykepleie som selvstendig fagfelt uavhengig av medisinen, noe som også problematiserer forholdet til medisinen (Sommervold 1996:204). Todelt ledelse har vært et skritt på veien i denne retningen. Den eksterne ledelsesforståelsen løsriver ledelse fra et bestemt fag, og knytter den i større grad til individuell kompetanse og egenskaper, og legger seg dermed opp mot en management-forståelse av ledelse (Sommervold 1997).

En sykepleier-avdelingssjef påpeker at det sykepleiefaglige lederansvaret har vært for omfattende til at man skal kunne være involvert i klinisk arbeid i samme grad som lege-ledere. Sykepleieledere har hatt et overordnet faglig ansvar for egen faggruppe i avdelingen, men har ikke på samme måte som legene involvert seg i faget gjennom egen klinisk medvirkning. Hun påpeker at sykepleiere i lederfunksjoner har beveget seg bort fra pleie og over til administrasjon og tilrettelegging for andres fagutøvelse. Hun forklarer:

*Tradisjonelt sett så har legene hatt sin fagleder, mens vi har vært veldig mye på drift også. Det er vi som har lagt til rette. Avdelingssykepleierne har hatt hånd i hanske med driften på den enkelte enhet og den enkelte sengepost. Mens legene er der og har faglig ledelse på sin bit. (avd 8 spl)*

En sykepleiefaglig lederfunksjon inneholder altså omfattende oppgaver knyttet til å legge til rette for behandlings- og pleieaktiviteten i avdelinger og poster. Det

beskrives her som et ansvar for virksomheten som sådan, mens legenes lederansvar beskrives som avgrenset og knyttet til medisinen som fag. Det overordnede ansvaret for driften presenteres her som et ansvar for systemet, og legenes lederansvar beskrives som et ansvar for medisinen, som her blir til ett av flere fag i et større hele. Ut fra et medisinsk rasjonale forstås medisinen imidlertid som overordnet med utgangspunkt i behandlingsansvaret. Det medisinske ansvaret konstituerer medisinen som hovedaktivitet og andre som støttefunksjoner. Å tilrettelegge for behandlingsaktivitet blir i det perspektivet en administrativ støttefunksjon innen klinikken, og ikke det samme som ledelsens systemansvar. Når legene snakker om hva lederjobben innebærer, snakker de om den faglige ledelsen av avdelingen. Fra et sykepleiefaglig ståsted er det snakk om driftsmessige problemstillinger, og det å ha et overordnet administrativt ansvar for avdelingen. Vi ser her at systemansvaret gis forskjellig betydning sett fra et legefaglig og et sykepleiefaglig ståsted i lederposisjonen, og at dette ansvaret relateres på forskjellig måte til profesjonsgruppens funksjon i avdelingene. Sommervold (Sommervold 1996:202) påpeker at sykepleierne i diskusjoner om hvem som skal lede avdelingene i sykehus har sett ut til å helle mot å se avdelingsledelse som en administrativ funksjon, noe som i vår sammenheng kan settes i forbindelse med NPM-perspektivet og profesjonell ledelse. Understrekingen av en administrativ komponent er nettopp viktig for å åpne dørene for andre enn leger som ledere, fordi kampen om det *faglige* utgangspunktet for ledelse er vanskelig å vinne for andre enn legene.

Det å bli leder har vært en vanlig karrierevei innenfor sykepleie.

Karrieremulighetene har vært sett som små i sengepostene, men innføringen av det som kalles klinisk fagstige<sup>49</sup> er et forsøk på å bøte på dette. Det har vært

---

<sup>49</sup> Klinisk fagstige er en betegnelse på interne opplæringsprogram utviklet for å gi avansementsmuligheter til sykepleiere som arbeider i direkte kontakt med pasienter og pårørende i sykehus. De første prosjektene om klinisk fagstige ved norske sykehus startet i begynnelsen av 1990-årene. Det er et redskap til hurtig å kunne gjenkjenne sykepleieekspertise, og til å få oversikt over det faglige nivå på tjenesten samtidig som kvaliteten på tjenesten blir dokumentert (Andersen 1997, Lyngra m. fl. 2002).

vanlig å ta videreutdanning innenfor operasjon, intensiv eller anestesi hvis man ønsket en faglig karriere. Jeg spør en avdelingssjef på hvilken måte sykepleiernes faglige aktivitet har betydning i ledelsen. Hun forklarer at det tidligere betydde mye at sykepleieledere deltok i stellet, men at dette etter hvert har endret seg:

*Før ble jo en sykepleierleder målt som en god avdelingssykepleier eller oversykepleier hvis man deltok mye i stellet, ute. Det var liksom, da, ... man deltok jo, man er jo en av dem, man tok jo pasientene i morrastellet og sånt. (...) Fordi man tok sin del av det daglige, du satt ikke på kontoret og var fjern. Det opplever jeg egentlig som litt misforstått. Ikke det at man ikke kan trø til hvis det er noe spesielt. Men i hvert fall som oversykepleier har jeg sagt at det kan ikke jeg gjøre, for jeg er en som skal ta meg av en del overordnede ting som skal legges til rette for dere, og jeg kan ikke gå inn i det daglige fordi om dere har det litt travelt. (...) Dere er tross alt flere å fordele det på, og hvis jeg går inn i det for å være synlig på den måten, så vil mye av det som er viktig for å berede grunnen for det dere skal gjøre, falle bort. Det er nok ikke like mye sånn i dag, tror jeg.”*  
(avd 9 spl)

Avdelingssjefen peker her på at forventningen om deltakelse i stellet bygger på et ideal om å være like – om likeverdighet uttrykt gjennom å være med på samme aktivitet, heller enn en forståelse av et hierarki hvor lederen står over dem hun leder. Implikasjonene av at pasientarbeidet er noe man kan gjøre seg ”for fin” til som leder, er at sykepleiefaglig pasientarbeid og ledelse har forskjellig status. Dermed understrekes en hierarkisk forståelse av forholdet mellom lederen og de som ledes. Bevegelsen fra sengeposten til en lederposisjon innebærer et skritt oppover i karrieren; sykepleierne ”løfter seg opp” ved hjelp av ledelse. Vi ser videre at det ikke er lederens egen faglige utvikling som er begrunnelsen for å bidra i stellet, slik som for legenes medvirkning i klinikken. Sykepleier-lederens deltakelse kan ses som en markering av likhet og nærhet til de kollegene og aktivitetene hun er leder

for. Dette understøttes av begrunnelsene for deltakelse (hjelp til) mens f.eks. arbeidets betydning for faglig utvikling eller for å opprettholde lederens autoritet ikke veier tungt slik det fremstilles her. Klinisk aktivitet og tilknytning får derfor en annen betydning for sykepleiere enn for leger i lederposisjoner.

For legene tillegges altså egen fagbakgrunn og medisinsk praksis betydning som grunnlag for legitimitet og autoritet i lederposisjonen. Sykepleie gir ikke samme ”uttelling” i en lederposisjon innenfor et medisinsk-faglig rasjonale. Sykepleierne mener ikke at deres faglige tilknytning er det viktigste grunnlaget for å få tillit som avdelingssjefer, men argumenterer på et generelt grunnlag for at de, som kvalifiserte ledere av avdelingens drift og som selvstendig profesjon ved siden av legene, er i stand til å lede sykehusavdelinger, og dermed også kan lede leger (Erichsen 1996c:56). En sykepleier forteller hvordan hun oppfatter sin faglige tilknytning i forhold til sin nye funksjon som avdelingssjef:

I: Blir du oppfattet som sykepleier i denne lederposisjonen?

*Vanligvis så gjør jeg ikke det. Men jeg hadde en sånn oj-opplevelse en morgen her. For jeg deltar på morgenmøtet for legene. De har fagmøte hver morgen, der de utveksler erfaringer fra vakta. Pluss at vi bruker det forumet til å gi informasjon, hvis det skal være noen ting. Og da var det den morgenen sykepleierstreiken var over - det var i går morges. Og så sier jeg: nå er streiken over, nå er det normal drift igjen, og folk er på plass. Og så sier en av legene: Ja, hvor mye fikk dere? Og egentlig så - det var kanskje ikke sånn ment, men da tenkte jeg: jøss, ser han på meg som en sykepleier som har vært i streik og som har drevet lønnskamp, eller hva ser han på meg som nå? Altså, jeg tror ikke det var noe sånn - det var bare helt ubevisst: Hvor mye fikk dere? Så da var det tydelig at da var jeg en representant for sykepleierne. Men det tror jeg er eneste gangen jeg har reagert på noe - at jeg har vært representant for sykepleierne, altså. Men det er jo ikke så lenge siden jeg satt som oversykepleier, og da var jeg representant for sykepleierne. Sånn at .... jeg skal*

*ikke kritisere vedkommende for den uttalelsen. Men jeg opplever ikke nå at de ser på meg som det – nei”.(avd 8 spl)*

Historien viser at avdelingssjefens fagbakgrunn lå langt fremme i bevisstheten til legen som kommenterte utfallet av streiken. Hans reaksjon tyder på at den dominerende forståelsen av ledelse er en oppfatning om faglig ledelse, og at tenkningen om det profesjonelle lederskapet er lite dominerende i den daglige interaksjonen. Dette tyder på at legene oppfatter sykepleierne som fagpersoner først og ledere etterpå fordi det er dette det profesjonelle systemets logikk innebærer. Avdelingssjefen markerer tydelig at hun ikke selv oppfatter seg primært som sykepleier lengre – det er ikke der hennes identitet ligger. Hun utdyper:

*Og så er det noe med fagbakgrunnen min. Jeg gikk jo på sykepleieskolen for tusen år siden. Altså, jeg er ikke sykepleier i dag. Jeg har gått ut på dato for lenge siden. Men det er det som blir satt i fokus. Og lederen i meg er ikke den som står i fokus i alle sammenhenger for andre. Så jeg hadde ønsket at de kunne ha sett det istedenfor å se på sykepleierbakgrunnen min. Jeg er stolt av den, for all del. Men den er så lite fremtredende, i og med at jeg, som jeg sier, har gått ut på dato, og ikke er sykepleier i dag. Hadde de villet gjøre akkurat det samme i forhold til en økonom, en medisiner som hadde gått ut på dato? (avd 8 spl)*

Avdelingssjefen nøytraliserer fagbakgrunn ved å fremheve at det er ledelseskompetansen som er viktig. Ledelse forstås her som en egen funksjon med et eget innhold, i motsetning til legene som understreker at ledelse tar utgangspunkt i faget. Legene oppfatter sykepleieren som administrativ leder med utgangspunkt i et ikke-medisinsk fag. Sykepleiere har kjennskap til sykehus og medisinsk virksomhet, men har ikke behandlingsansvar. For sykepleiere er egen utøvelse av faget derfor ikke en betingelse for ledelsesmessig autoritet, snarere tvert imot. Det



kan heller se ut til at *forskjelligheten* fra egen faggruppe brukes for å få legitimitet som leder. Dette markeres av avdelingssjefene f.eks. ved at de understreker at det er lenge siden man var sykepleier ("er gått ut på dato"), at det å være leder handler om å legge til rette for utøvelse av fag, men ikke å delta i den samme utøvelsen, og ved at de fremhever at det er identiteten som leder man ønsker at andre skal merke seg, ikke fagbakgrunnen som er grunnlaget for lederskapet. Fagbakgrunnen som sykepleier er ikke irrelevant, men har betydning i mer generell forstand som et grunnlag for å kjenne avdelingen og for å "vite hva man snakker om", og ikke med utgangspunkt i fortsatt arbeid med pasienter. Det er ikke som sykepleieledere de får faglig autoritet som avdelingssjefer, slik legene får det som lege-ledere. De markerer avstand til egen fagbakgrunn – som ledere slutter de å være sykepleiere, og leder er noe de *er*. De har en identitet som leder. For legene er det motsatt. For en lege knyttes identiteten til faget og det å være lege, mens ledelse betraktes som en *funksjon*. De er leger og henter sin legitimitet i fagmiljøet, blant kollegene, og utøver ledelse som leger. Lederidentiteten ser ikke ut til å "overta" som grunnleggende skaper av profesjonell identitet, slik det kan fortone seg hos disse sykepleierne.

Det kan trekkes en parallell fra dette til Witz' teori om at kvinner fremhever betydningen av individuelle kriterier for å bli inkludert i attraktive systemer, som strategi for å demme opp for mannlige eksklusjonsstrategier (Witz 1992; Sommervold 1996:213). Med utgangspunkt i Witz' poeng kan man si at man ved å argumentere for individuelle kriterier for ansettelse i lederposisjoner omgår problemet med at sykepleierne som kollektiv har et faglig utgangspunkt som oppfattes som utilstrekkelig for stillingen som avdelingssjef. Etterspørres et faglig grunnlag for ledelse, er det vanskelig å komme unna at legene har den tyngste kompetansen. Forstås avdelingsledelse som en administrativ funksjon (driftsledelse), åpnes det imidlertid for at ulike fag kan være aktuelle for å få en slik (profesjonell) lederposisjon. Dette er en understrekning av at sykepleierne

trenger administrativ kompetanse som forhandlingskort, fordi de ikke har et faglig ståsted som er virksomt å forhandle om legitimitet ut fra.

Reformen forsøker å plassere lederens autoritet i den formelle posisjonen, men dette er ikke tilstrekkelig i et kunnskapsbasert system. Lederne forhandler autoritet i forhold til medisinen, og de bruker sin medisinske status som sitt forhandlingskort. Derfor blir det å bli leder det samme som å ta et steg *bort* for legene, for ved å forlate klinikken forlater de det som er betingelsen for å oppnå autoritet i lederposisjonen. Dette er et grunnleggende paradoks som legene må forholde seg til. Sykepleiere har ikke et faglig forhandlingsgrunnlag ut fra sin yrkespraksis. Det problematiske for sykepleieren som ble sett som sykepleier etter streiken, er slik jeg tolker det, at hun opplevde seg som plassert "ned" på grunnlag av legens bemerkning om henne. Reaksjonen hennes kan tyde på at hun ikke vil assosieres med sengeposten, fordi hun da knyttes til en underordnet funksjon. Sykepleierne søker som ledere legitimitet hos leger og i ledelsessystemet over seg, og markerer avstand til sykepleiere som faggruppe – de signaliserer at de er *forskjellige* fra andre sykepleiere. Legene søker først og fremst legitimitet hos fagkolleger, dvs. at de viser gjennom sin argumentasjon at de betrakter seg som *lik* andre leger. Vurderingen av om de ulike profesjonsgruppene påtar seg rollen som profesjonell leder eller om ledelse er en funksjon man påtar seg som fagperson, får dermed ekstra relevans for diskusjonen om profesjonsnøytralitet. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 8.

Sykepleieres distansering fra egen fagutøvelse/fagbakgrunn bekrefter den hegemoniske forståelsen av medisinen som øverst i hierarkiet, samtidig som ledelse løftes frem som egen aktivitet. Slik sett kan det synes som om ideen om det profesjonsnøytrale lederskapet passer inn i en sykepleiefaglig ledelsesstrategi, mens den står i motsetning til en legefaglig forståelse av ledelse. Sykepleiernes argumentasjon knytter seg i større grad til New Public Managements forståelse av

ledelse. Kanskje er det slik at det for sykepleiere ligger et større potensiale i å klatre på NPM enn i å klatre på faget for å få autoritet som avdelingssjefer? Samtidig ser vi at argumentene til lege-ledere i store avdelinger (uten klinikk) og sykepleiere i noen tilfeller begynner å nærme seg hverandre. De begynner å snakke om det samme, og forhandle om autoritet med utgangspunkt i noe annet enn eget arbeid med pasienter. Vi ser altså at autoritet også innenfor et faglig rasjonale lar seg forhandle. Spørsmålet er bare om grunnlaget er fast; at medisinen ”må” være utgangspunktet?

## **6.5 Autoritet og ambivalens**

Legene forankrer sin autoritet i klinikken, og når de blir sjef, bygger de ned denne tilknytningen. Dette er et grunnleggende paradoks for legene i den nye lederfunksjonen, som gir dem et ambivalent forhold til ledelse. Sett fra et sykepleiefaglig ståsted forankres avdelingssjefens autoritet i administrasjon og drift. Sykepleiernes sterke argument er at disse områdene er svært viktig for avdelingens produksjon, men det gir dem likevel ikke autoritet som ledere på samme måte som medisinen gir legene. På den annen side er administrasjon og drift ansvarsområder som lege-ledere på avdelingsnivå ikke har hatt tidligere, men som avdelingssjefen nå tar hånd om. Det totale ansvaret for avdelingen gjør at sjefen har et mer omfattende og mindre faglig lederansvar enn avdelingsoverlegen hadde. Som enhetlige ledere får legene nå ansvar for områder som tidligere har vært sett som (usynlige) støttefunksjoner for medisinen, og de risikerer gjennom de valgene de gjør å miste respekt og klinisk synlighet (Llewellyn 2001). Dette forsterker ambivalensen til leger som avdelingssjefer, fordi det ikke er gjennom administrative funksjoner at de får autoritet som lege. Det kan man imidlertid få som sykepleier. Dette understrekes blant annet ved at legene ikke fremhever sin identitet som ledere, men som leger. Sykepleiere

fremhever at de er ledere. Utfordringen er å få en utforming av denne lederfunksjonen som gjør at motsetningene mellom lederfunksjonene og det faglige ansvaret ikke blir så store. Nøkkelen til dette ligger blant annet i ansvaret for avdelingen som virksomhet, dvs. for systemansvaret. Dette vil jeg komme nærmere inn på i neste kapittel.

Avdelingssjefene har ulike perspektiver på hva avdelingsledelse innebærer både når det gjelder egen fagutøvelse og hvilke funksjoner man skal ivareta overfor avdelingen som helhet. Den tette tilknytningen til det kliniske som en del av dem opprettholder, er stort sett bare mulig rent praktisk i de mindre avdelingene. Denne koblingen til det kliniske understreker et individuelt perspektiv på kunnskapsutøvelse, hvor avdelingssjefen som faglig ekspert er utøver av sitt fag i tillegg til å utøve en lederfunksjon på et fagområde han eller hun behersker. Denne måten å være leder på er faglederens, og ettersom grunnlaget for utøvelsen av ledelse ligger i faget, blir grensene mellom fagutøvelse og ledelse uklare. Den tilknytningen som det kliniske arbeidet gir til eget fag, markerer samtidig en avstand til andre fag. Dette kom godt til uttrykk da en avdelingssjef refererte sykepleiernes reaksjon på hans lederskap: han skulle helst være noe i klinikken, for det ga ham faglig tyngde blant legene, men ikke for mye, for da kunne han ikke være leder for alle. Den nye lederrollen omfatter et administrativt og et faglig ansvar for virksomheten i avdelingen, og det inkluderer også fagområder som lederen selv ikke behersker. Slik sett er dette et brudd med den faglige ledertradisjonen. Det overordnede ansvaret vil i større grad innebære å legge til rette for at *andre* skal kunne utøve sitt fag, og utøvelse av eget fag blir i denne sammenhengen i prinsippet ikke noen forutsetning for utøvelse av ledelse. Administrering og koordinering blir dermed synlig som egen aktivitet, og forskjellen mellom fagutøvelse og ledelse blir klarere. Samtidig innebærer dette en styrking av de sidene ved lederfunksjonen som utfordrer den medisinske autoriteten mest.

De vurderingene som både leger og sykepleiere gjør av ulike forhold knyttet til fag i lederposisjonen, illustrerer den institusjonaliserte medisinsk-faglige forståelsen av virksomheten. Den hvite frakken viser gjennom sin enkelhet hvor mett den er som symbol på legenes faglige autoritet. Den synliggjør også hvordan denne autoriteten er kontekstuell, og at den medisinske forståelsen er en del av det kontekstuelle. Fordi lederreformen omformer den tidligere faglige ledelsen, tematiseres grunnlaget for autoritet i den nye lederposisjonen. Den hvite frakken blir da en beskjed om at denne autoriteten fortsatt er viktig, selv om den nye lederfunksjonen ikke er faglig. Legene nyanserer tilknytningen til klinikken ved å komme med modifiseringer av kravet om klinisk aktivitet, dvs. faget som utgangspunkt for ledelse. Ettersom medisinsk autoritet også kan demonstreres gjennom den symbolske hvite frakken og ved å vise seg i avdelingen, ser det ut til at ledelsesautoriteten i stor grad handler om å vise lederens identitet som lege – dvs. det blir en videreføring av argumentasjonen om at lederen må være lege for å få autoritet.

Kunnskapen om virksomheten i avdelingen er viktig for både leger og sykepleiere, men det som varierer er hva som er grunnlaget for denne kunnskapen. På den ene siden finner vi argumenter for at den nødvendige kunnskapen har sitt utspring i utøvelsen av faget og tilknytningen til pasientbehandlingen, som igjen er basis for en faglig autoritetsposisjon. Dette minner om den tradisjonelle avdelingsoverlegens faglige seniorposisjon, som innebærer en tett kobling til faglig aktivitet, men er mindre tydelig når det gjelder et overordnet ansvar for andre av avdelingens ansatte. På den andre siden finner vi argumenter for at kunnskaps- og autoritetsgrunnlaget for avdelingsledelse ligger i å ha kjennskap til virksomheten og arbeidssituasjonen til de som er ansatt i avdelingen, men at det å ha egne pasienter ikke er noen forutsetning. Dette er en lederposisjon som i større grad bygger på profesjonelle ledelsesaspekter, men som også fremhever hensynet til avdelingens særegenhet som faglig arena og

kjennskap til vilkårene for fagutøvelse. Her finner vi eksemplene fra sykepleiernes argumentasjon, men tanken om et mer profesjonelt lederskap fremmes også av leger.

Avdelingssjefenes betraktninger om forholdet mellom egen faglighet og ledelse viser hvordan autoritet og legitimitet har ulik forankring i ulike faglige kontekster. I diskusjonen om det kliniske arbeidets betydning for lege-avdelingssjefer, tematiseres hvorvidt det å bli leder innebærer å forlate klinikken, og hvilken betydning det har for avdelingssjefens legitimitet i denne funksjonen. Dette finner vi også i annen forskning. Sognstrup fant i en studie i danske sykehus at legene hadde vanskelig for å slutte seg til et ”ledelsesprosjekt” som innebærer at de må gi avkall på klinikken (Sognstrup 2003). Det kliniske arbeidet er et viktig grunnlag for legenes faglige autoritet, og det er gjennom dette at legens faglige identitet konstitueres (Atkinson 1997). I utøvelse av et faglig lederskap som f.eks. avdelingsoverlege er det kunnskapsfundamentet og aktiviteten en viktig del, men i den nye stillingen som avdelingssjef nedtones fagets plass og det vektlegges profesjonelle aspekter ved ledelse. I sykehuset *forutsettes* imidlertid fagkunnskapen fordi den gir lederen autoritet. Dette innebærer en forståelse av faglighet som ”gitt” en gang for alle – er du lege, så er du lege. Perspektivet som legene har på å være i klinikken kan i motsetning til dette betraktes som et prosessuelt kunnskapsperspektiv: Legen skaper seg selv som fagperson gjennom kontinuerlig praksis. Forlater du klinikken, mister du faglig autoritet selv om du er utdannet lege – i hvert fall hvis du er borte for lenge. Dette er dels knyttet til den raske faglige utviklingen, men også til at klinikken konstituerer fagpersonens autoritet. Avgjørelsen om at avdelingsledelse skal være en profesjonsnøytral funksjon, illustrerer at det er andre typer kompetanse enn de rent fagspesifikke som etterspørres, og dermed at dette er tenkt som noe annet enn en faglig lederfunksjon. Avdelingssjefenes perspektiver på sammenhenger mellom

faglighet og ledelse forteller hvordan denne måten å tenke på tas imot og oversettes i forhold til etablerte faglige tenkemåter.

Som vi så i avisdebatten, ser sykepleiere og leger ulikt på sammenhengen mellom behandlingsansvar og systemansvar. Dette har med forståelsen av systemansvaret å gjøre. Mens behandlingsansvaret er entydig medisinsk og relatert til enkeltpasienter, er systemansvaret overordnet og knyttet til avdelingen som faglig virksomhet og driftsorganisasjon. Dette ansvaret inneholder derfor flere elementer som i større og mindre grad kan plasseres innenfor det medisinske fagområdet. Ut fra en medisinsk-faglig forståelse omfatter det medisinske ansvaret både det lovfestede behandlingsansvaret og en ikke lovfestet, men like fullt etablert forståelse av at ansvaret for avdelingens aktivitet og utvikling er medisinsk (Berg 1987:125; Jespersen 1999). Dette er noe av bakgrunnen for argumentet om at avdelingssjefen må være lege. Sykepleierne forstår systemansvar som et administrativt overordnet ansvar for avdelingen, hvor de forskjellige faglige hensyn og driftsansvaret inngår som deler i et hele som avdelingssjefen må ta stilling til. Sykepleierne argumenterer for at de kan håndtere faglige aspekter ved systemansvaret gjennom å organisere team hvor kompetente rådgivere ivaretar de faglige perspektivene. I denne forståelsen er behandlingsansvaret medisinsk, men systemansvaret er administrativt. Avdelingssjefen leder avdelingen og legger til rette for medisinsk aktivitet, og bygger på innspill fra faglige rådgivere for å fatte beslutninger. Når reformen konstruerer et skille mellom behandlingsansvar og systemansvar, kan det trekkes paralleller til andre typer virksomhet hvor vi finner et skille mellom produksjon og lederansvar. I organisasjonsteorien kalles dette vertikal jobbspesialisering (Mintzberg 1983:28), og innebærer en oppfatning av at det kreves ulike perspektiver for å utføre og lede et arbeid. Da vil imidlertid beslutninger fattes på et annet nivå og uavhengig av de som utfører arbeidet, mens når vi snakker om et kunnskapsbasert arbeid som i sykehuset, er vi avhengige av å integrere faglige perspektiver i grunnlaget for beslutninger. Dette er noe av grunnen til at ledelse av

kunnskapsarbeid gjerne gjøres av de som er fagets utøvere. Dette gjør også at behandlingsansvar og systemansvar i medisinens forståelse er to sider av samme sak.

I beskrivelsene av motivasjonen for å være avdelingssjefer peker både leger og sykepleiere på ansvaret for systemet, for avdelingen som helhet. Det å stå i spissen for avdelingen som virksomhet og bidra til å legge premisser for en videre faglig utvikling, fremheves som viktig her. I neste kapittel skal vi se nærmere på hvordan avdelingssjefene betrakter avdelingens aktivitet og utvikling, med legelederansvaret spesielt i fokus. Når legene er så ambivalente i forhold til ledelse, hvorfor er denne lederfunksjonen så viktig?



## 7 Den nye enhetlige lederfunksjonen

I forrige kapittel så vi at leger i de nye lederstillingene på avdelingsnivå hadde et ambivalent forhold til ledelse. De ga uttrykk for at de vil påta seg dette ”profesjonelle” lederansvaret, men det er en spesiell utfordring for dem, ettersom de står i fare for å miste synlighet som klinikere. Samtidig har ledelse innenfor en medisinsk kultur en sekundær status (Walby m. fl. 1994:152). Ambivalensen viser at de både vil og ikke vil ha denne posisjonen. Det man kan spørre om, er *hvorfor* de ønsker å ta ansvaret for ledelse av avdelingene. Hva er det som gjør at ledelse også anses som attraktivt for legene? For å besvare disse spørsmålene skal vi undersøke hvordan de nye avdelingssjefene ser på den nye enhetlige ledelsen og de mulighetene som reformen innebærer. I første omgang har jeg valgt å se på ledelse som et sett av funksjoner, som i større eller mindre grad kan forstås som uavhengige av den konteksten de utøves innenfor. Som jeg påpekte i kapittel 2, er ledelse i en profesjonsforståelse knyttet til det fagfeltet ledelsen utøves innenfor. Ledelse er sprunget ut av den faglige kunnskapen til lederne, og har derfor fått lite oppmerksomhet som selvstendig funksjon (Borum 1999:27). Det innebærer at beslutninger på det utøvende nivået har vært fattet med utgangspunkt i en faglig logikk. Ledelse ut fra en New Public Managements (NPM)-inspirert forståelse ses i motsetning til dette som en selvstendig funksjon uavhengig av den aktiviteten som ledes, og begrepet ”freedom to manage” står sentralt. Dette medfører at lederen må ha handlingsrom til å fatte beslutninger som han/hun mener er riktige ut fra en gitt situasjon, noe som kan innebære å gå på tvers av den enkelte leges faglige vurderinger. Spørsmålet jeg stiller i dette kapittelet er hvordan en lederrolle som er inspirert av NPM-tenkningen og som utøves innenfor et medisinsk-faglig rasjonale kan utformes. I hvilken grad forstås

ledelsen som innvevd i den organisatoriske konteksten, og hvordan kommer dette til uttrykk som forhandling mellom NPM og profesjonens forståelser?

I første del av kapittelet skal jeg vise hvordan avdelingssjefene forstår sine organisatoriske omgivelser, og hvordan de vurderer mulighetene for en mer aktiv ledelse knyttet til ulike administrative funksjoner og håndteringen av avdelingens budsjett. Her retter jeg oppmerksomheten i hovedsak mot funksjoner knyttet til daglig drift av avdelingen, og hvilke avveininger lederreformen åpner for. Dette betrakter jeg som ledelse som *funksjon*, med vekt på generelle ledelselementer. I andre del av kapittelet trekker jeg inn den spesifikke konteksten som universitetssykehuset utgjør, for å vise hvordan lege-lederne forstår ansvaret for avdelingen som faglig virksomhet. Jeg retter oppmerksomheten spesielt mot den faglige videreutviklingen av avdelingen og de avveiningene det innebærer, som også gir innhold til det medisinsk-faglige systemansvaret. Dette gjør det tydelig at avdelingssjefene leder en oppgavestruktur og en spesifikk arbeidslivskontekst (Barley og Kunda 2001) som stiller bestemte krav til lederfunksjonen. Kapittelet beveger seg altså fra å vise hvordan ledelse beskrives gjennom funksjoner som er mindre kontekstavhengige og mer NPM-inspirerte, til å trekke inn den organisatoriske konteksten knyttet til universitetssykehuset som forståelsesramme for den medisinsk-faglige oppfatningen av ledelse.

### **7.1 Fra administrasjon til ledelse?**

Sykehusene har møtt stadig sterkere forventinger om å drive mer effektivt. Tydelig og enhetlig ledelse er ett av svarene på hvordan de skal møte disse forventningene. Men forventningene kommer ikke bare utenfra; også inne i sykehuset uttrykkes det frustrasjon over organisatoriske og ledelsesmessige forhold. Informantene i denne studien beskriver sykehusorganisasjonen som fragmentert, med vanntette skott mellom funksjoner, og separate fagsøyler som

har planlagt innen egen gruppe uten å inkludere de som de samarbeider med i det daglige. Disse problemene blir blant annet knyttet til den todelte ledelsen, som kritiseres for å ha bidratt til at beslutninger ble tilfeldige og uten forankring i avdelingene. Samtidig sier flere at den todelte ledelsen fungerte bra i deres avdeling. En avdelingssjef beskriver det slik:

*Jeg synes at selv om todelte ledelse tilsynelatende fungerte bra – men det handlet jo om personkjemii, det handler jo om at det må fungere – så var jeg fint ferdig med det.(...) Det ble jo i mange tilfeller et spill for galleriet. Framfor alt så ivaretok det to søyler i linje, der oversykepleier hadde sykepleietjenesten og avdelingsoverlegen hadde legetjenesten. Og så har kontor vandret litt imellom. (...) Så vi dyrket jo delingen, og er det noe som tiden må være moden for, så er det virkelig dette å tenke team i stedet for å tenke organisatoriske søyler. (avd 11 spl)*

En viktig forklaring på at den todelte ledelsen ble et problem, var at den førte til at ansvaret var plassert flere steder, slik at beslutningsstrukturen ble uklar:

*Det var også veldig utydelig, at man ... løp til mor, og fikk man ikke svar der, så løp man til far, ikke sant. Enten til den ene eller den andre av de to søylene. Og da var det jo rom for forskjell og... jeg vet ikke om jeg skal si manipulering da, men ... det ble litt utydelig, det hele da. Og så var det veldig vanskelig å holde på den tydeligheten i ettertid. Fordi man ble litt overbevist om den ene eller den andre tingen, og så ble det ikke noe særlig utav det. (avd 7 lege)*

To poenger trekkes frem her. Det oppfattes som at den todelte ledelsen har bidratt til fragmentering av organisasjonen gjennom å understøtte at de enkelte profesjonene holdt seg til sine ”fagsøyler” og planla egen aktivitet isolert fra de andre. Videre påpekes at den todelte ledelsen har ført til svak forankring av

ansvaret for beslutninger. Jeg forstår det slik at avdelingssjefene oppfatter disse forholdene som noe som den enhetlige ledelsen kan bøte på. Gjennom den plasseres det samlede overordnede ansvaret for avdelingen hos én person, som dermed kan se avdelingen i sammenheng, og som er den som har det endelige beslutningsansvaret. Det ble imidlertid påpekt at det å delegere til de som skal sitte i lederteamet<sup>50</sup> kan føre til at ledelsen blir fragmentert, hvis ikke avdelingssjefen i tilstrekkelig grad holder i det samlende ansvaret. Flere bemerket at det i praksis kunne bety at man går tilbake til en slags todelt ledelse. Som jeg skrev i kap. 2 er et særtrekk ved profesjonsorganisasjonen at funksjoner og oppgaver er spesialisert, og at dette fører til oppdeling og fragmentering. Som fagprofesjonell er man opptatt av å utvikle egen kompetanse heller enn å koordinere sine aktiviteter med sine kolleger (Mintzberg 1979). Dette er grunnlaget for tenkningen om at det er viktig å lede eget fag, som også er et utgangspunkt for den todelte ledelsen. Det kan derfor argumenteres for at den todelte ledelsen er en *konsekvens* av profesjonenes forståelser av fag og ledelse, i like stor grad som at den har ført til en fragmentert organisasjon. Det vil derfor ikke være noen automatikk i at enhetlig ledelse fører til at man ser organisasjonen mer i sammenheng.

Flere avdelingssjefer peker på at endringer av strukturell art har ikke hatt så lett for å få konsekvenser inn i organisasjonen. Dette forklares med at ledelse ikke har vært så tydelig som aktivitet på avdelingsnivået:

---

<sup>50</sup>Hver avdeling skal ledes av en avdelingssjef og et team bestående av representanter for avdelingens faggrupper (faglige rådgivere) og merkantilt personell, som i økende grad er tenkt inn også på avdelingsnivået. Arbeidet med utformingen av teamene var underveis da jeg foretok intervjuene i sykehuset. I hovedsak var det to ulike modeller som ble utformet: en hvor avdelingssjef sitter sammen med en eller flere medisinsk-faglige rådgivere, en eller flere sykepleiefaglige rådgivere, evt. representanter for andre profesjoner og merkantilt personell. De medisinsk-faglige rådgiverne var gjerne seksjonsoverleger, og de sykepleiefaglige rådgiverne en representanter for hver funksjonell enhet (f.eks. seksjon) i avdelingen. Avhengig av avdelingens størrelse og antallet seksjoner kunne størrelsen på teamene variere fra 5-6 personer til over 10. Det ble påpekt at denne modellen var bedre egnet i små enn i store avdelinger. I den andre modellen ble det satt sammen et team av faglige rådgivere fra hver enkelt enhet, som skulle ivareta enhetens interesser uavhengig av profesjon. I tillegg til disse ble det satt inn en medisinsk-faglig og en sykepleiefaglig systemansvarlig for hele avdelingen. Denne modellen gikk altså mer på tvers av profesjoner enn i den første team-modellen.

*Det er vanskelig for endringer å nå avdelingsnivået. Eller i alle fall at du ser igjen noen synlige resultater. Man har hatt et direktørskikt og et mellomskikt som man har kalt klinikker eller sentre.(...) Og derfra og ned så har det blitt veldig lite ledelse, men mest administrasjon, at man har administrert de tingene man skal gjøre uten å peke ut noen ny retning som man vil gå. Man har gjort de tilpasninger etter signaler på et minimumsnivå, som man har måttet gjøre. Det har vært mer tilpasning enn egentlig å stake ut en annerledes kurs. Og synligheten har tapt seg nedover i organisasjonen, og trykket for at det skal gjennomføres har vært relativt lite. (avd 7 lege)*

Avdelingssjefen forklarer at man ikke så lett tar opp i seg endringssignaler som kommer fra ledelsen over avdelingene. På avdelingsnivået har det heller ikke vært særlig påtrykk for å endre kurs, noe som i praksis betyr at det meste fortsetter som før. Jeg tolker ham slik at ledelsen på avdelingsnivået har konsentrert seg om den daglige og faglige aktiviteten i tilknytning til pasientbehandlingen, og at eventuelle initiativ fra ledernivåer over avdelingen har vært betraktet som lite relevante for denne aktiviteten. En annen avdelingssjef som kom fra stillingen som avdelingsoverlege, bekrefter oppfatningen om at ledelsestenkningen ikke har vært uttalt på avdelingsnivået:

*Avdelingsoverlegestillingen var mye administrativt arbeid og lite ledelse. Jeg hadde ikke tid til å lede. Jeg tror (den enhetlige ledelsen) er en positiv utvikling, en riktig vei å gå. Men det setter store krav til lederen. Til samarbeidsevne, til å kunne delegere. Særlig til å finne de rette medarbeiderne. Det er vanskelig – jeg har spurt flere, og det er for eksempel ingen som vil være min stedfortreder.(avd 4 lege)*

På avdelingsnivået har man altså ikke vært spesielt opptatt av ledelse som sådan, slik denne avdelingssjefen ser det. Han har tro på at reformen kan føre til en

endring på dette området, men det ligger noen betingelser i reformen som ikke er så lette å oppfylle. Oppfatningen av at det har vært mest administrasjon på avdelingsnivået tidligere, gir et bilde av at ledelsesreformens vokabular og forståelse farger avdelingssjefens fortolkning av den tidligere utformingen av avdelingsledelse i sykehuset. Når entydig lederansvar og å se organisasjonen i sammenheng er løsningen, blir man lett ekstra oppmerksom på problemer omkring uklare ansvarsforhold og fragmentering. Fokuseringen på disse forholdene tolker jeg som et utslag av at avdelingssjefene representerer det tiltaket som skal løse problemene, noe som viser hvordan problem og løsning gjensidig konstruerer hverandre. Det betyr at det ikke er tilfeldig hvilke problemer det fokuseres på. Troen de har på at reformen vil få effekt på behandlings- og pleieaktiviteten, farges imidlertid av bildet av en kompleks organisasjon hvor rutiner er knyttet opp i behandlingsaktiviteten. Som jeg skrev i kapittel 2, har utformingen av de organisatoriske løsningene sitt utspring i inndelingen av de medisinske spesialitetene, slik at de henger tett sammen med faglige forståelser av virksomheten. Organisatoriske endringer kan derfor oppfattes som inngrep med faglige konsekvenser, og møtes derfor gjerne også med faglige argumenter. Dette er en forklaring på hvorfor det fagprofesjonelle engasjementet kan bli stort når sykehusorganisasjonen møter krav om organisatoriske tilpasninger og effektivisering. Samtidig vil fagpersonellet gjerne slippe å forholde seg til disse fordi de vil utøve sitt fag i fred, og ikke vil forstyrres av forhold som oppfattes som ”uvedkommende” i forhold til behandlings- og pleieaktiviteten. En avdelingssjef svarer tvilende på spørsmål om han tror at lederreformen vil få betydning på avdelingsnivået:

*Jeg har et visst håp om at den vil det. Men samtidig så... på avdelingen, det er jo der det produseres. Og produksjonen går jo sin gang. Og det vil jo si at pasienter kommer og går og melder sitt behov, enten (...) planlagt eller som ø-hjelp - at de kommer når det passer dem. Og det kan man jo ikke endre på. Man må ha et*

*apparat som tar seg av det der og da. Det må være organisert, på en måte. Men jeg vil nok tro at med endelt ledelse så vil det kunne gis tydeligere signaler i organisasjonen da, hvis leder vil, om hvordan veien skal gå, om hvordan samarbeidsformene blir annerledes. Men det er nok opp til hver enkelt avdeling hvordan det der kommer til uttrykk.(avd 7 lege)*

Avdelingssjefen uttrykker altså usikkerhet med hensyn til om reformen vil få innvirkning på avdelingens daglige aktivitet<sup>51</sup>. Usikkerheten har utgangspunkt i det han presenterer som det "tunge" styringselementet i sykehuset, som er det at pasientene kommer inn for å få behandling, og at avdelingene må ta seg av dem. Behandlingsbehovet virker ut fra dette perspektivet styrende på det avdelingene skal gjøre. Denne oppgaven springer ut av det medisinsk-etiske og konstituerer sykehusets "oppdrag". Det legger premisser for alt annet som skal skje, og ledelsens oppfatning av mulighetene til å gjøre ting på andre måter vil ha dette som utgangspunkt. Oppfatningen om det ustyrbare ved pasientinntaket skaper samtidig et "frirom" for den daglige aktiviteten, ved å fungere som buffer mot eksterne krav (se også Leicht og Fennell 2001:116). Derfor blir det også vanskelig for sykehusledelsen å få til endringer. I denne forståelsen blir organisatoriske og ledelsesmessige strukturer sett som rammer rundt faglig aktivitet, men uten direkte faglig relevans. Av denne grunn kan interessen for reformer som endrer dem, være liten.

En avdelingssjef sier at han tror at lederreformen vil merkes best på ledelsesnivået i avdelingen: *Altså, det er ikke definert enda, men jeg har sagt det før, jeg tror at mye av det her er gammel vin på nye skinnsekker. Det er nye begreper, men innholdet på mange områder kommer til å være det samme. (avd 1*

---

<sup>51</sup> I en studie av innføringen av enhetlig ledelse i en kirurgisk avdeling ved et stort norsk universitetssykehus, fant man at informantene hadde liten tro på at endringen vil løse noen problemer i forbindelse med utførelsen av det daglige pleie- og behandlingsarbeidet (Sveri 2004:77).

*lege*) Synspunktet er særlig knyttet til at sykehusets oppgaver er de samme som før, og at endringer i ledelsen derfor ikke trenger å få betydning inn i avdelingen. En annen avdelingssjef sier det slik: *Oppgavene ellers forandrer seg jo ikke så mye, pasientene er jo her, og vi må jo gjøre de samme tingene. (avd 9 spl)*

Lederreformen forholder seg altså til en virksomhet som går sin gang, uavhengig av reformen. Denne avstanden mellom strukturelle endringer og den produktive aktiviteten illustrerer det fenomenet som i institusjonell organisasjonsteori kalles frikobling (decoupling) (Meyer og Rowan 1977). Det innebærer som jeg var inne på i kapittel 2, at institusjonelle organisasjoner har en tendens til å se strukturelle elementer som separate fra produksjonen. I mitt tilfelle innebærer det å skape avstand mellom de formelle strukturene og arbeidet, og det blir altså en måte å håndtere manglende sammenheng i organisasjonen på. I praksis betyr det at reformen ikke egentlig berører selve produksjonen, og det betyr at den faglige logikken som ligger til grunn for struktureringen av arbeidet rundt pasienten blir dominerende i denne delen av virksomheten. Dette forhindrer at strukturelle endringer skaper ”problemer” for produksjonen, og man unngår konflikt og tap av legitimitet. I praksis kan det bety at man gjennom en reform gir de ulike elementene i organisasjonen nye navn, men at virksomheten fortsetter som før. Imidlertid skal vi se at avdelingssjefene har ambisjoner om at den nye ledelsen skal føre til en mer sammenhengende organisasjon, og at de dermed forventer at den vil ha en effekt.

## **7.2 Et helhetlig blikk på avdelingen**

Selv om lederne i denne studien ga uttrykk for en viss tvil mht. reformens effekt på aktiviteten i avdelingen, ga de uttrykk for et engasjement i forhold til den jobben og det ansvaret de nå hadde påtatt seg. Flere av lege-lederne knyttet begrunnelsen for å bli avdelingssjef til det å bedre vilkårene for faget



(medisinen), selv om de så at de nå hadde påtatt seg en annen og mer profesjonell lederfunksjon enn i den tidligere faglige avdelingsledelsen. De tok mao. sitt nye lederskap på alvor (se også Östergren og Sahlin-Andersson 1998:121). En viktig motivasjon for å bli avdelingssjef var å få en organisasjon som fungerte bedre og mer sammenhengende enn den hadde gjort tidligere, og de ga uttrykk for at tiden var overmoden for å håndtere avdelingen som en helhet. Slik ville man sikre bedre vilkår for utøvelsen av den kliniske virksomheten. En avdelingssjef pekte på at det de prøver på med den nye ledermodellen, er nettopp å jobbe for å få et mer samlende grep om avdelingen:

*Og derfor så er det spennende å ha jobben. Men som jeg sa til deg tidligere, det er den faglige begrunnelsen som - altså du vet at du må ha det administrative støtteapparatet for å få faget til å fungere. Og det er min hovedbegrunnelse for å ha jobben. Og foreløpig så er det en god nok begrunnelse for meg for å ha den. Mange har jo en sorg over at de taper faget, men jeg har ikke opplevd det ennå. Men det kan godt hende at jeg vil kunne oppleve det. Og hva jeg da velger ... Jeg tror jeg vet det. Men jeg skal ikke si det sikkert.(avd 10 lege)*

Her fremstår avdelingssjefen som tilrettelegger for den faglige aktiviteten i avdelingen. Han er tydelig på at begrunnelsen for å bli sjef ligger i interessen for faget, samtidig som han har et ønske om å kunne bidra til å få et bedre støtteapparat for faglig aktivitet. Han understreker at det samlende grepet også handler om å ha blikket rettet mot flere faggrupper enn sin egen:

*Det som har skjedd litt med meg er at jeg vet at jeg er sjef for alle. Og det må jeg ta på alvor. Og det betyr at jeg også i større grad må forholde meg til sykepleierne og det faget. Og det har nok åpnet øynene for meg, og forhåpentligvis så virker det litt nedover også, da. (avd 10 lege)*

Her beskrives en erfaring som krever en annen bevissthet enn den faglige lederfunksjonen. Denne avdelingssjefen var avdelingsoverlege tidligere, og peker på den nye stillingen krever noe annet: *Jeg vet at jeg har en annen rolle, og jeg har en annen makt. Og ja, det føles annerledes. (...) Jeg prøver å ikke gå akkurat i de samme sporene - jeg har mye mer samtaler med for eksempel sykepleierne, og vet at det er mitt ansvar. (...) Jeg snakket mye med sykepleierne før også, men på en litt annen måte. (avd 10 lege)*

Som avdelingssjef kommer han mer direkte i inngrep med sykepleierne, ettersom de ikke har en leder innenfor egen profesjon lengre. Den nye lederrollen innebærer derfor at han i større grad må tenke på hva er det som gagnar hele avdelingen. Han forteller at det er en opplevelse som han tror holder på å ”synke inn” hos alle etter hvert, at de får en sterkere følelse av å jobbe sammen. Det illustrerer samtidig fragmenteringen i det gamle systemet, som er utgangspunktet for denne erfaringen.

En annen avdelingssjef er opptatt av at det helhetlige blikket betyr at alle avdelingens aktiviteter må ses i sammenheng. Han peker på at virksomheten er rettet inn mot ulike typer pasienter, funksjoner og grupper, og at dette er et kompleks som bør henge sammen:

*Det er jo det at vi må tenke helhetlig, hele avdelingen. (...) Vi må ta hensyn til alle pasientgrupper, alle nivåer, både lokalsykehusfunksjonen, regionssykehusfunksjonen, forskning... Alt dette må være en helhet. Det har det ikke vært tidligere. (avd 2 lege)*

Jeg spør hvordan de skal få det til. Han svarer slik:

*Det er jo det som hele organisasjonsoppbyggingen skal tilgodese, da. At vi bringer inn alle som har med dette her å gjøre, at vi er et team - altså et lederteam. Så intensjonen er jo kjempebra. Det meste av frustrasjonen er vel det at vi ikke er nådd*

*dit enda. At det er for liten reell innflytelse pr. i dag. Det er for mange nivåer fortsatt. Og for lite handlekraft. Men jeg håper jo at det skal rette seg. (avd 2 lege)*

Denne avdelingssjefen har altså en ambisjon om å få avdelingens aktiviteter og funksjoner til å henge sammen i større grad enn tidligere, men savner handlingsrommet for å få det til. Han beskriver sykehusorganisasjonen som tungvint, og påpeker at han som avdelingssjef ennå ikke har fått mulighet til å utføre den funksjonen slik han ønsker. Vi ser altså at intensjonen i reformen vurderes som god, men at mulighetene til å realisere dem oppfattes som begrenset. Frustrasjonen er i første rekke knyttet til manglende innflytelse, at avdelingssjefene enda ikke har fått de mulighetene som de ble forespeilet.

For å kunne ha et helhetlig grep om avdelingen, må man altså kunne se ulike funksjoner i sammenheng. Når helhetstenkningen blir konkretisert, ser vi at det blant annet er snakk om å prioritere mellom ulike formål, og avveie behov og interesser mot hverandre. En avdelingssjef beskriver hva han tenker seg at hans overblikk over avdelingen kan innebære:

*Strategisk tenkning, hva slags grep kan man gjøre for å forbedre driften av avdelingen... Nå er vi jo inne i et prosjekt om å prøve å få til en dagkirurgisk drift på en del ting... Ha ansvar for økonomi, og følge opp, se at det er en balanse mellom de ressurser som finnes rundt omkring i en såpass kompleks organisasjon som dette her. Og at man får utnyttet virksomheten på en optimal måte. At det ikke plutselig oppstår ... altså at legeressurser som kunne ha blitt brukt til operasjon ikke kan operere fordi sykepleierne er nede for telling på grunn av hardt arbeidspress eller et eller annet, ikke sant. At du får balansen i organisasjonen, det er jo veldig viktig.(avd 3 lege)*

Det som understrekes her, er avveininger som trengs for å få den daglige driften til å fungere best mulig. Oppfølging av økonomi og personellressurser, og fordeling av ressurser mellom enheter for å få en best mulig utnyttelse av kapasiteten i forhold til behov, er et lederansvar.

En annen avdelingssjef forteller at han har oversikten over hvilke pasienter som skal opereres fra de enkelte seksjonene i avdelingen, og at han så foretar en prioritering. Jeg spør hvorfor det er han som tar denne type avgjørelser. Han forteller:

*Det er jo det som er mye av jobben min da. Jeg sitter jo her og fordeler ressursene som jeg disponerer, mellom seksjonene, og justerer meg frem ... Altså nå skal den seksjonen få fem operasjonsdager mer i uka. Det tar jeg fra den seksjonen, og så videre, ikke sant.(...) Du griper jo langt inn i hver enkelt seksjonsoverleges prioritering. Du overprøver og koordinerer alle delprioriteringene som er gjort. (...) Alternativet hadde jo vært å sette det på omgang blant seksjonsoverlegene. En måned hver eller noe sånt. Men jeg tror at de umulig kan føle samme ansvaret for helheten som jeg vil måtte gjøre da.(avd 5 lege)*

Et annet eksempel på at ressursene kan brukes på nye måter, er knyttet til bruken av personell. Flere avdelingssjefer pekte på et behov for å bruke pleieressursene mer fleksibelt mellom poster og seksjoner i forhold til variasjon i pasientbelegg, og at reformen gir dem en sjanse til å håndtere det på en annen måte enn før. En avdelingssjef forteller at han nå har mulighet til å styre ressursene dit hvor behovet er størst:

*Jeg mener at overgangen fra avdelingsoverlege til avdelingssjef er en fordel for driften. Gjennom denne endringen får jeg mer makt til å styre ansatteressursene, nærmere bestemt pleieressursene. Delingen mellom leger og sykepleiere mener*

*jeg har vært problematisk fordi det har vært vanskelig å se avdelingen i sammenheng. Det har ikke vært problemer egentlig, men akkurat slike ting som bruken av personell har vært vanskelig. Nå kan det lettere styres ut fra slik jeg ser behovet. (avd 4 lege)*

Avdelingssjefen ser for seg driften av avdelingen i et større perspektiv, og ønsker å bruke ressursene mer fleksibelt mellom postene. Han understreker at han nå vil kunne se avdelingen som én virksomhet, og viser dermed ambisjonen om at denne lederfunksjonen skal gå ut over den enkelte faggruppes område. Når det gjelder fleksibel bruk av pleieressurser, vil avdelingssjefen imidlertid fort kunne komme inn i en diskusjon med fagforeningene om inngåtte avtaler og arbeidstidsordninger, som kan gjøre den fleksibiliteten han etterlyser, vanskelig å utøve i praksis. De institusjonaliserte forståelsene av arbeidsdeling og arbeidsrutiner får ekstra tyngde gjennom at de også er nedfelt i avtaleverket. Reformens ambisjon om å bidra til et helhetlig blikk på avdelingen møter derfor en utfordring i den grad avdelingssjefenes beslutninger griper inn i inngåtte avtaler. Dette illustrerer Rennisons (Rennison 2000) poeng om at offentlige ledere har liten frihet til å lede på grunn av at det er så mange ulike hensyn og interesser inne i bildet.

Ansvarer til avdelingssjefene er også å sørge for at de ulike sidene ved den nye lederfunksjonen ses i sammenheng, slik at det ikke er viktige sider som blir for dårlig ivaretatt. Avdelingssjefen i en stor avdeling forteller at det tidligere har vært en del misnøye med personalledelsen. Den tidligere avdelingsoverlegen hadde nedprioritert denne siden ved lederfunksjonen til fordel for andre oppgaver. Avdelingssjefen mener at det var for omfattende for én person å påta seg alle de oppgavene som lå til avdelingsoverlegestillingen. Han tror at mye av forventningen som personalet har til reformen ligger i at en ser at de tingene nå blir prioritert opp:

*Personalhåndteringen, rett og slett det å bry seg om, har vært... ikke helt neglisjert, men det har i hvert fall vært et stebarn i avdelingen, og det tror jeg ikke bare er i denne avdelingen, det tror jeg er i store deler av sykehuset. Sånn at der tror jeg det er mye å ta fatt i. Det har jeg allerede sett, og der er det store forventninger også, blant personalet, om at en skal gå tyngre inn i den delen av lederarbeidet. Så der tror jeg det er noe å gjøre. Jeg tror ikke det får umiddelbare effekter, for det er veldig mange ting som spiller inn på personaltilfredshet og søkning på arbeid og sånt, men der er det en jobb å gjøre.*  
(avd 1 lege)

Avdelingssjefene gir uttrykk for at de vil noe nytt med å påta seg denne lederfunksjonen, og beskriver gjennom eksempler at det både dreier seg om en annen måte å tenke på og å få muligheten til å ta andre organisatoriske grep for å forbedre forhold knyttet til driften av avdelingen. Vurderingen av om lederreformen vil få konsekvenser inn i aktiviteten i avdelingen, farges imidlertid av en oppfatning om at behandlings- og pleieaktiviteten har sin egen logikk og ikke er så lett å forandre. Vurderingene tar utgangspunkt i at sykehusets oppdrag er det samme som før, og at virksomheten er etablert rundt behandling og pleie av pasientene. Det dreier seg om en virksomhet som ”går sin gang døgnet rundt” og med organisatoriske rutiner som går i sin egen takt. Et begrep som har vært brukt på dette, er *infrastruktur* (Star 1999), som kan defineres som de klassifikasjonssystemer og standarder som produserer konkret arbeid, arbeidsprosesser og arbeidsposisjoner (Vinge 2003:57). Infrastrukturer kan karakteriseres ved ikke å være det vi ser *på*, men de standarder og systemer vi ser *med*, og de er derfor selvfølgelig for de som er innenfor. De opparbeider en slags innforståthet som bygger på en inngående kjennskap til de standarder og systemer som *utgjør* arbeidets infrastruktur (Vinge 2003:56-57). Denne innforståtheten bidrar til den selvfølgelig karakteren som organisasjonen betraktes med av de som er del av den, og som jeg refererte til i kapittel 2 som en

institusjonalisert orden. Dette blir også en referanseramme for vurderingen av hvordan en organisatorisk reform kan komme i inngrep med denne aktiviteten, og er en utfordring for en leder som skal prøve å bryte med etablerte forståelser av tingenes tilstand. Det gjelder å finne relevante tilknytningspunkter mellom det tiltaket som settes i verk og den virksomheten som skal påvirkes. Intensjonene med lederreformen er forholdsvis generelle, og tiltakene som skal hjelpe avdelingssjefene til å nå målene er av strukturell og organisatorisk art. Samtidig som de beskriver en organisasjon hvor ting går litt i sin egen takt, har de ambisjoner om å snu på ganske grunnleggende strukturer og oppfatninger og se funksjoner og grupper i sammenheng der dette tidligere har manglet.

Andre studier har kritisert organisatoriske reformer for å være for dårlig i inngrep med sykehusets infrastruktur. Dette har vært brukt som forklaring på at organisatoriske reformer ikke nødvendigvis får effekt inn i produksjonsorganisasjonen (Vinge 2003). Intensjonen om å få til forandring må med andre ord ha noen "gripeflater" i forhold til det som skal endres; tiltaket må være relevant som løsning på problemet. I en svensk studie ble det f.eks. påpekt at reformer mange ganger er "tomme", og at de må fylles med innhold av hver yrkesgruppe for å virkelig gjøres i det daglige arbeidet (Östergren og Sahlin-Andersson 1998:136). Avdelingssjefenes utfordring ligger først og fremst i å finne en måte å gjøre ledelsens ansvar virksomt i prioriteringer og tenkning rundt behandlings- og pleieaktiviteten, dvs. å få de generelle prinsippene om styrking av ledelsen og et helhetlig grep om driften av avdelingen "oversatt" til daglig praksis. I fortsettelsen skal vi se hvordan avdelingssjefene oppfatter lederansvaret i forhold til en sterkere vektlegging av økonomiske hensyn i avdelingen.

### 7.3 Ledelse i forhandling mellom fag og økonomi

Styrkingen av ledelsen på avdelingsnivået innebærer at økonomisk-administrative funksjoner får mer tyngde. Et viktig spørsmål er derfor hvordan avdelingssjefene ser på avveiningen mellom medisinsk-etiske og økonomiske hensyn. Synet på delegering av budsjettansvar til avdelingene er en del av dette. Delegering av ansvaret for avdelingens budsjett skal gi avdelingssjefene mulighet til å styre aktiviteten. Da intervjuene ble gjennomført hadde de rapporteringsansvar<sup>52</sup> overfor sin nærmeste leder, men avdelingene var ikke definert som separate økonomiske enheter. De hadde svært ulike situasjoner økonomisk sett. Noen satt i en kontekst med det de beskrev som umettelige behov, og disse har vært ”politiserbare” – de har fungert som pressmiddel, og har ført til etterbevilgninger (Pettersen 2001b). En avdelingssjef ga uttrykk for at erfaringene med etterbevilgninger til sykehusene har lært dem at de ikke har vært nødt til å holde budsjettene - *vi har vel tenkt litt sånn at... det har alltid kommet penger noe sted ifra. (avd 12 lege)*. Flere pekte på at det nå ville bli stilt strengere økonomiske krav til dem, og ikke minst når sykehusene skulle bli statlige foretak<sup>53</sup>. Jeg sier til en avdelingssjef at han snakket om at budsjettansvar på avdelingsnivå ikke er blitt en realitet enda – kan det være at ledelsen lengre oppe ikke har så lett for å slippe ansvaret fra seg? Han nikker og sier: *Særlig gjennom den fasen som (sykehuset) har vært i, med så store underskudd, så har det vært*

---

<sup>52</sup> I Norge har budsjettansvar vært praktisert som rapporteringsansvar, og det har vært vanlig å få ”tilgivelse” for budsjettoverskridelser. Dette kan dermed sies å ha vært en institusjonalisert side ved vårt finansieringssystem for sykehusene. Nyland (2003) poengterer at vårt norske ansvarsbegrep omfatter de to engelske begrepene ”accountability” og ”responsibility”. ”Accountability” impliserer instrumentalitet og ekstern kontroll, mens begrepet ”responsibility” konnoterer til moral og indre kontroll (Lindkvist og Llewellyn 2003). Mens ”accountability” brukes i betydningen rapporteringsansvar, dvs. at underskudd må forklares, men at det ikke får noen konsekvens for lederen, innebærer ”responsibility” et konsekvensansvar, dvs. at ledere må ta konsekvensen av et underskudd ved f.eks. å slutte i lederstillingen. I en studie av forbindelsen mellom budsjetter og beslutningsprosesser i et stort norsk sykehus fant Nyland at budsjettoverskridelser ikke hadde noen negativ effekt på evalueringen av avdelingssjefers lederskap (Nyland 2003:162). Mangelen på sanksjoner kan altså bidra til at underskudd kan fungere som strategi for å utløse tilleggsbevilgninger. Hvis underskudd ikke får konsekvenser, kan det derfor være rasjonelt å overskride budsjettet (Pettersen 2001b).



*veldig mye fokus fra media, ikke sant, på dette her. (...) Det er mulig de ikke har følt at tiden har vært helt inne. Men jeg vil jo håpe at det går mot en sånn ordning. Ellers så er det veldig utilfredsstillende å sitte i en lederjobb når du ikke har noen innflytelse.(avd 2 lege)*

Han forteller at reelt kan han ikke bestemme om han vil ansette noen uten godkjenning fra nivået over seg. Det gjelder også ”det meste” av avgjørelser, sier han. Han karakteriserer systemet som veldig tungrodd: *Det sliter folk ut, tror jeg. For når du kommer fra en klinisk stilling og går over i en administrativ stilling, så ønsker du at ting skal skje litt fort, og at du skal få orden på ting. Og det er ikke så helt lett i dette systemet her. (avd 2 lege)*

En forutsetning for at lederreformen skal kunne få noen effekt, er at avdelingssjefene får redskaper til å utøve ledelse. I dette tilfellet handler det om å få delegert myndighet til å fatte nødvendige beslutninger innenfor det som er avdelingssjefens ansvarsområde. Muligheten til å ta reformen på alvor innebærer å få fullmakter til å drive avdelingen i forhold til de målsettingene som er formulert for den nye lederfunksjonen, også når det gjelder økonomi. Samtidig kan man si at hvis sykehusledelsen ikke delegerer fullmakter til avdelingssjefene, tar ikke *de* reformens intensjon på alvor. Avdelingssjefen peker på at forutsetningene for å drive økonomistyring i avdelingen ikke er oppfylt, men han forventer å møte et sterkere krav om budsjettbalanse. Han leder en avdeling hvor nesten alle pasientene kommer inn som øyeblikkelig hjelp, og forteller at han oppfatter budsjettsituasjonen til avdelingen som forholdsvis ”ustyrbar”:

*Budsjetter har vært nokså fiktive begreper for oss. Vi har alltid hatt underskudd, og har akseptert at sykehuset regner med at vi skal gå i underskudd. Det er sånn vi har sett på det. Sykehuset aksepterer at vi er nødt til å gjøre det og det med våre*

---

<sup>53</sup> Intervjuene ble gjennomført fra 2001-2002, dvs. i en periode før og etter at sykehusene ble gjort til

*pasienter, og ta imot alle sammen. Men de er ikke i stand til å skaffe oss penger til å gjøre det. Så vi opparbeider oss hvert eneste år et påregnelig underskudd. Det er blitt en god del bedre i år, det tror jeg, men fremdeles har vi et etterslep.(avd 2 lege)*

Pasientpågangen og avdelingens forpliktelse til å ta imot ø-hjelp blir her en forklaring på gjentatte budsjettunderskudd, og presenteres som en slags underforstått aksept av avdelingens situasjon. Forklaringen på at budsjettene ikke kan holdes, ligger altså i ansvaret knyttet til behandlingsaktiviteten (jfr. Jeppesen 1997:200). Avdelingssjefens svar på hvordan avdelingen kan gå i balanse, er å øke ressursene slik at det blir penger nok til å gjøre det de allikevel er nødt til å gjøre. Her får vi altså forklart hvordan pasientaktiviteten bestemmer aktivitetsnivået, og at det også bestemmer mulighetene til å styre etter budsjettet.

En avdelingssjef i en liten avdeling forteller at økonomiske vurderinger har fått stor plass lenge før lederreformen:

*Jeg syns jo vi har tenkt mye økonomi lenge. Men at vi blir målt veldig på det, og at vi ikke får tilgivelse hvis det går galt, det har vi jo skjønt nå. Og - jeg må si - det er vel nytt for sykehuset som helhet. Men samtidig, avdelingen vår har jo vært i den gunstige situasjon at vi stort sett har gått med overskudd. (...) Vi har bare enkelte år som har vært unntak. (...) Så vi har jo bidratt til å dekke underskuddet totalt for (sykehuset). Og - til en viss grad så er det greit og forståelig, men det er også litt demotiverende, ikke sant. Men det vi tror og håper, er jo at når vi får lov til å styre mer av økonomien, så har vi også muligheter både til å investere, til å jobbe litt annerledes, til å kunne jobbe på ettermiddager ... at vi rett og slett har større fleksibilitet. Så jeg sitter jo og snakker for en avdeling som går med overskudd. (...)Det er en helt annen situasjon (enn for mange andre avdelinger). Og derfor er*

---

statlige foretak.

*økonomi faktisk litt morsomt for meg, i større grad enn for de som sliter med svære underskudd. (avd 10 lege)*

Mens enkelte avdelinger beskriver en god økonomisk situasjon, er det andre som opplever at situasjonen er presset. Flere avdelingssjefer understreker at de opplever seg som klemt mellom faglige og økonomiske prioriteringer. En peker på at den problematiske økonomiske situasjonen gjør at det kan bli vanskelig å få noen effekt av en slik lederreform: *Jeg tror ikke det blir lett. Det gjør jeg ikke, altså, fordi at...vi står i et voldsomt klem mellom økonomi og det vi vil ha gjort. Det ligger svære begrensninger på oss økonomisk. (avd 1 lege)*

Her blir avdelingens (og sykehusets) økonomiske situasjon sett som en hindring mot å få effekt av lederreformen. Dette tolker jeg som at avdelingssjefen ikke oppfatter at han har handlefrihet som leder, og at mulighetene til å gjøre andre valg enn det de må pga. økonomiske hensyn, er begrenset. Handlingsrommet til avdelingssjefen påvirkes derfor både av hensynet til det "tvingende" ved behandlingsaktiviteten og av økonomien. Organiseringen av aktiviteten i avdelingene har bygget på en oppfatning om at pasientenes behov er styrende for aktiviteter og prioriteringer. Dette innebærer en medisinsk-etisk begrunnelse for aktivitet, og forestillinger om aktivitetenes verdi har ikke eksplisitt vært knyttet til pengeverdi (Vike m. fl. 2002:101). Det å spesifisere økonomiske mål på handlinger og konsekvenser av prioriteringer gjør at man får andre mål på det arbeidet som gjøres og hvilken betydning det har. I prinsippet er det behandlingsbehov som styrer aktivitet, ikke økonomi. Det har vært en grunnleggende forståelse i sykehuset, og ligger til grunn for utformingen av behandlingstilbud og tenkningen omkring økonomiske forhold<sup>54</sup>. Økonomi har vært oppfattet som en begrensning for produksjonen (Melander 1997). Med en NPM-inspirert forståelse av virksomheten kommer også sterkere krav til

---

<sup>54</sup> Innføringen av innstatsstyrt finansiering i 1997 har laget en kobling mellom sykdom og økonomi. Det kan stå som et eksempel på at aktørene deltar i diskursen om økonomiske beregninger av hva sykdom koster, men ikke nødvendigvis deler verdiene som diskursens praksiser bygger på (jfr. Hoggett 1996).

økonomistyring i sykehusene. Som ledere av avdelingsnivået sitter avdelingssjefene i nøkkelposisjoner i forhold til den ressursutløsende aktiviteten. Det er begrunnelsen for at man vil ha fagpersonell som ledere nettopp her, fordi de både har autoritet og innsikt til å kunne prioritere og fatte beslutninger om avdelingens aktivitet. De relaterer sine vurderinger til egen avdeling, slik at det er stor variasjon i hvordan de opplever sine muligheter til å håndtere økonomien. Generelt er det slik at de som har brukbar økonomi ser for seg nye muligheter med et delegert økonomiansvar, mens andre føler seg presset og opplever lite handlingsrom. Det er likevel enkelte som gir uttrykk for en paradoksalt optimisme knyttet til det handlingsrommet som budsjettansvaret vil gi dem, på tross av at avdelingen har hatt økonomiske underskudd over år. Dette er knyttet til at de ser for seg et få et budsjett som oppfattes som bedre tilpasset avdelingens aktivitetsnivå.

En avdelingssjef i en stor avdeling som har betydelig pasientpågang, beskriver de faglige dilemmaene rundt å prioritere mellom pasienter og være strengere for å holde budsjettet, noe som nå kommer sterkere inn som et ansvar for avdelingsledelsen, dels gjennom lederreformen, og i enda sterkere grad gjennom eierskapsreformen. Han gir uttrykk for frustrasjon over at de skal tenke økonomi i enda større grad enn de gjør i dag, og at det skal være noe mer å "hente" i hans avdeling:

*Vi har prioritert ned de pasientene som går an å avvise for lenge siden. Vi behandler øyeblikkelig hjelp og kreft og livstruende tilstander. I fjor hadde vi 133 pasienter som ikke hadde såkalt ventelistegaranti, som vel indirekte er et tegn på alvorlighetsgraden av sykdom.(avd 5 lege)*

Han forteller at av alle de innleggelsene de hadde, var det svært få de kunne latt være å behandle. De som de *kunne* avvist, er gjerne lokalsykehuspasienter, forteller han. Jeg ber ham om å utdype litt mer, og han svarer slik:

*Jeg har ofte et inntrykk av at de tror at vi holder på med noe slags unødvendig behandling, at vi kan begynne å si nei til pasienter. At vi har en opsjon, at vi egentlig har en mulighet til å redusere driften, men vi gjør det ikke, selv om vi blir pålagt det. (...) Vi har jo sagt det bestandig, at dette her dekker ikke utgiftene. Så da får vi beskjed om å redusere driften. Jeg tror at da har vi ikke vært gode nok til å kommunisere hva vi holder på med, og få forståelse for hvor liten mulighet vi har til å redusere driften. Når vi har behandlet kreften og øyeblikkelig hjelpen og de livstruende tilstandene som finnes for øvrig, så er det nesten ingen ting vi kan si nei til. (avd 5 lege)*

Jeg spør hva som skjer hvis budsjettet ikke rommer de alvorlige tilfellene. Han svarer:

*Da må jeg lære meg til å ikke ta på meg eierens ansvar. Jeg må gjøre det jeg får ressurser til, og så er det ikke mitt ansvar. Ansvaret mitt vil da bli å fortelle eieren at det kan jeg ikke gjøre for de ressursene jeg har. Sånn ser jeg det. Før har vi jo påtatt oss ansvar for ventelister, vi har tatt ansvar for de vi ikke har hatt kapasitet til å behandle. Nå bør vi jo tenke annerledes. Altså, jeg har ansvar for det jeg har kapasitet til å behandle.(...) Og de som da ikke kommer inn der nå, de må være noen annen sitt ansvar, tydeligvis. Men innenfor det der så har jeg jo ansvar for å utnytte kapasiteten, utnytte ressursene, for å få størst mulig kapasitet. Men når jeg bruker den kapasiteten jeg har, så må jeg jo si fra til eierne at de og de pasientene har jeg ikke kapasitet til. (...) Så jeg føler jo ofte at det er jo der vi har kommunikasjonsproblemer med både eierne og politikerne, om hva vi egentlig driver med. (avd 5 lege)*

Her ser vi hvordan det medisinsk-etiske møter en NPM-inspirert økonomisk forståelse. Avdelingssjefen forteller at de har skåret ned på aktiviteten for å spare penger. Disse nedskjæringene dreier seg først og fremst om reduksjon i avdelingens planer for inneværende år. Siden de har skåret ned aktiviteten så

langt som mulig, *må* de ut fra kriteriet om alvorlighetsgraden av pasientens sykdom eller skade, behandle resten, slik han ser det. Utgangspunktet for denne sorteringen er om pasientene har ventelistegaranti<sup>55</sup> eller ikke. De få pasientene som de får behandlet og som ikke har garanti, har de tatt "innimellom" for å utnytte ledig kapasitet. Det er bare disse som ut fra en medisinsk vurdering *kunne* vært kuttet ut, men siden de ikke ville kunnet redusere utgiftene ved å la være å behandle disse pasientene, vurderer han det som bedre å utnytte slakk til å ta unna noen av de som ikke har garanti. Når avdelingssjefen oppfatter at de har et kommunikasjonsproblem og at det virker som om eiere og politikerne tror at de driver med "unødvendig" behandling, tar han utgangspunkt i en medisinsk-etisk forståelse av behandlingsbehovet. Ut fra den *må* de gjøre alt det de gjør; de har ingen ting de kan kutte ned på. Hvis de skal gå ut over disse prioriteringene, må de slutte å la pasientens behandlingsbehov bestemme hvem avdelingen har et ansvar for, og gå over til å sette grensen for avdelingens ansvarsområde ved grensen for budsjettet. Dette innebærer en endring i forståelsen av hva det er som utløser behandling, da vil det være budsjettet i større grad enn pasientenes behandlingsbehov, og en økonomisk heller enn en medisinsk-etisk vurdering som ligger til grunn for prioriteringene. Hvis ressursene ikke gir rom til behandling av de som har krav på det, bringer dette inn en helt annen tenkning hvor kapasitet og ressursbegrensning står opp mot vurderinger av pasientens helsetilstand. Å måtte tenke "annerledes" innebærer derfor et brudd med den medisinsk-etiske forståelsen, og at man i går inn på et økonomisk resonnement. Ut fra en medisinsk-etisk logikk er alvorlighetsgraden av sykdom eller skade prioriteringsgrunnlag for behandlingsbehov, og dermed for hvem avdelingen har ansvar for (Jespersen 1999:146). Dette ansvaret strekker seg i prinsippet ut over behandlingsskapasitet. Bruddet med denne tenkningen kommer når man ikke har

---

<sup>55</sup> Ventelistegarantien innebærer at pasienter som henvises til offentlige sykehus eller spesialistpoliklinikk, skal vurderes innen 30 dager, og at de skal få tilbud om undersøkelse og eventuelt påbegynt behandling innen tre måneder etter at henvisning er mottatt, forutsatt at de oppfyller visse kriterier knyttet til konsekvensene av behandling (Sosial- og helsedepartementet 1997). Forskrift om ventetidsgaranti trådte i kraft 1. juli 1997.

ressurser til å behandle de som trenger det; da er det at økonomiske kriterier overstyrer de medisinske som grunnleggende prioriteringskriterium. Dette innebærer at en økonomisk basert i stedet for en medisinsk-etisk logikk får innpass. Etterbevilgningspolitikken i norske sykehus gjør at dette enda ikke har vært aktuell politikk, men innføringen av krav til budsjettbalanse for helseforetakene medfører at økonomien nå blir mer vektlagt, og at denne type problemstillinger derfor blir mer aktuelle.

Håndteringen av faglige og økonomiske vurderinger innebærer imidlertid ikke motsetninger mellom to ”absolutte” størrelser. En avdelingssjef peker på at det selvfølgelig finnes alternativer innenfor de faglige vurderingene. Han svarer slik på spørsmål om lederreformen gjør at man i større grad enn før kommer i klemme mellom medisinske og økonomiske hensyn:

*Den klemma har vi jo vært i hele tiden, men du kan si at kanskje ledelsesnivået har kjøpt fagargumentene uten å være spesielt kritisk til om de er de riktige i forhold til andre måter å gjøre det på. I medisinske fag er det jo ikke noen absolutt sannhet om mange ting. Ikke sant, en annen måte å gjøre det på kan være bedre. Og det går jo f.eks. på at må pasienten innlegges? Må han være her så og så lenge? Er det virkelig nødvendig, eller kan man skrive dem ut eller finne andre løsninger? Man har vært veldig tradisjonell i å oppfatte pasienten som en lidelse som man skal gjøre noe med, og er det det, så er man 14 dager i sykehus...(…)Kanskje går det like bra om man gjør det på andre måter. (...) Og det er klart, man har jo gått i den retningen hele veien. Men det har ikke vært noen tydelig omstilling og vært lagt ressurser i noen tydelige signaler. (avd 7 lege)*

Innenfor en tradisjonell styringslogikk i sykehusenes tjenesteproduksjon har ansvaret for kvalitet ligget hos de fagprofesjonelle, som er eksperter innen sitt fag, og er ansatt for å utøve det de kan til beste for pasientene. Denne

plasseringen av ansvar har bygget på at de fagprofesjonelle har de beste forutsetningene for å vurdere og tilpasse tjenestene i forhold til den enkelte pasient, ut fra et faglig skjønn. I denne forståelsen ligger begrunnelsen for den faglige autonomien som sykehusets yrkesutøvere har hatt, som har betydd et fravær av kontroll ”ovenfra”. Når avdelingssjefen peker på at sykehusledelsen kanskje ikke lenger kjøper fagargumentene uten å vurdere dem kritisk, viser han at de fagprofesjonelle ikke innrømmes en like stor autonomi, men at det også kan stilles spørsmål ved de vurderingene som gjøres med et faglig utgangspunkt. Ledelsen beveger seg dermed inn på områder som tidligere lå hos de fagprofesjonelle, og hvor andre ikke hadde innsyn. Avdelingssjefer med medisinsk bakgrunn har imidlertid en innsikt som gjør at de med profesjonell tyngde kan sette spørsmålstegn ved prioriteringer som bygger på et faglig grunnlag. Gjennom reformen inviteres de til å vurdere de medisinske prioriteringene opp mot økonomiske og andre faglige prioriteringer. Påpekningen av at det går an å gjøre andre vurderinger og prioritere på andre måter, er et argument for at de faglige vurderingene kan forhandles inn i forhold til andre typer vurderinger, som enten kan være faglige eller økonomisk begrunnet. Avdelingssjefene avviser idéen om at man kan styre aktiviteten ut fra økonomiske vurderinger, men demonstrerer ved å problematisere de faglige vurderingene, at også de kan revurderes.

Ansvar til de nye avdelingssjefene kan innebære også å stille spørsmål omkring de valgene som gjøres ut fra faglige kriterier og i tilknytning til behandlingen av pasientene. Det krever et mer bevisst forhold til de faglige beslutningene som fattes i avdelingen, som også tar andre hensyn enn de faglige med i betraktningen. Men det kommer stadig nye muligheter for behandling, og disse legger på ulike måter føringer på de valgene avdelingen kan gjøre mht. hvilke behandlingstilbud pasientene får (Jespersen 1999:148). Jeg sier til en avdelingssjef at kanskje det er slik at når den medisinske teknologien utvikler seg, så følger etikken med, slik at



det kan oppleves som uetisk å la være å bruke nye behandlingsmuligheter? Han svarer slik:

*Ja, helt klart. Og etikken er jo påvirkelig av trender, både nasjonalt og internasjonalt også. Vi kan ikke sette oss her i Trondheim og si at vi har ikke råd til å gjøre utredninger av de og de pasientene hvis de gjør det i Oslo, og hvis de gjør det i utlandet. Vi blir dratt med i et dragsug der, og vi er med helt i fronten, på godt og vondt. (avd 2 lege)*

Ifølge avdelingssjefen blir den faglige utviklingen ”tvingende”, fordi avdelingen som fagmiljø ikke kan melde seg ut av en utvikling som andre tilsvarende miljøer er inne i. Når de er med i den faglige fronten, driver de også behandlingsmulighetene fremover og legger premisser for det tilbud pasientene kan få. Dermed blir dilemmaet ved gapet mellom de faglige mulighetene og de ressursmessige begrensningene enda tydeligere (Lian 2003:35). Man kan riktignok vurdere hva man skal gjøre med den enkelte pasient, og man har kanskje vært for lite bevisst om alternative muligheter; jfr. utsagnet om at administrasjonen har godtatt de faglige argumentene uten å etterspørre andre muligheter. Man kan gjøre andre valg, men har gått i vante spor, f.eks. mht liggetider, eller mht. å sette grenser for hva slags inngrep man gjør på hvilke pasienter. Noen slike beslutninger kolliderer med en etisk måte å håndtere ansvaret på. Argumentet om at etikken også påvirkes av utviklingen i medisinske muligheter, innebærer at man blir trukket med i utviklingen av nye behandlingsmuligheter sammen med andre. Å stille spørsmålsteget ved de faglige vurderingene som gjøres, er avdelingssjefens jobb. Han presenterer det som et kommunikasjonsproblem mellom sykehuset og omverdenen når de ikke skjønner at det er en grense for nedskjæringer. Det må en faglig vurdering til for å sette grenser mellom hva sykehuset *kan* og *må* gjøre. Det åpnes likevel for at det kan diskuteres hva som er en god faglig beslutning.

### **7.3.1 Fra funksjon til organisasjon – skifte av fokus**

Påpekningen av at sykehuset er vanskelig å styre er en organisatorisk utfordring. Det er imidlertid også et retorisk poeng, som kan tyde på at nettopp dette er en filosofi som sykehusets medisinske aktivitet er preget av: at den er vanskelig å styre. Ifølge Vrangbæk (Vrangbæk 1999) er sikring av autonomi til behandlings- og forskningsfunksjonene en viktig målsetting for sykehusorganisasjonen, siden den er innrettet mot utvikling av kunnskap og bruken av denne kunnskapen til behandling (Vrangbæk 1999:37). Kanskje er dette den medisinsk-faglige logikkens måte å skape rom rundt behandlingsaktiviteten på. Studien viser imidlertid at lederne understreker sine muligheter til å ta et samlet ansvar og se avdelingen som én virksomhet. Her ligger utfordringen i å bryte med spesialiseringens og profesjonstenkningens tendens til fragmentering. Det handler i stor grad om at funksjoner som profesjonsorganisasjonen opplever som ”riktig” eller ”naturlig” å se hver for seg, må håndteres under ett. I den grad avdelingssjefene er konkrete mht. hvordan de forestiller seg at et helhetlig ansvar for avdelingen kan ivaretas, er det for det første ved å peke på at det er opp til sykehusledelsen å delegere fullmakter til dem så de kan fatte beslutninger og få mulighet til å foreta endringer, og for det andre ved å beskrive hvordan lederteamet kan bidra til et helhetlig perspektiv ved å representere ulike faglige ståsteder. De forankrer altså reformen og dens muligheter i dens utforming, i strukturen, og i de fullmakter de som ledere forventer å få. De har varierende tro på utsiktene til å kunne ta noen andre ledelsesmessige grep, og knytter sine vurderinger til forhold i avdelingen. Det er også ulike grader av optimisme når det gjelder delegering av fullmakter og hva det vil føre med seg av muligheter. Handlingsrommet til lederen beskrives imidlertid som lite, med utgangspunkt i organisasjonens institusjonaliserte langsomhet og byråkratiske beslutningsstruktur, de medisinske forpliktelsene knyttet til behandlingsaktiviteten, og i den økonomiske situasjonen. Jeg oppfatter at de har en paradoksal tro på ledelsens muligheter innenfor sine institusjonelle

omgivelser. På den ene siden forteller de at alt er ”gitt” og at produksjonen går sin gang, noe som også impliserer at det ikke er noe å lede. På den annen side skal de som ledere få til ”alt” og se avdelingen i sammenheng. Disse paradoksale perspektivene på ledelsens muligheter gjenspeiler at enhetlig ledelse har tilslutning, men at dens potensiale ikke er utløst, og at det kan være både organisatoriske og kulturelle hindringer mot det.

Mens perspektivene på ivaretagelse av et helhetlig og overordnet blikk på driften av avdelingene tar opp i seg elementer fra den nye ledelsestenkningen, finner jeg at oppfatningen av økonomiske forhold i større grad forankres i en faglig forståelse av grunnlaget for prioriteringer. Som fagpersoner og ledere bringes de inn i situasjoner hvor de må avveie ulike og til dels motstridende verdisett og hensyn, som kan innebære å måtte gå på akkord med egen overbevisning. Thorne (Thorne 1997) fremhever at mens tidligere reformer innenfor ledelse har skapt avstand mellom ledere og leger, har senere reformer prøvd å redusere denne konflikten. Men hun påpeker at *”unfortunately, the previous externally focused structural conflict between groups seems to have been, in part at least, replaced by the internalization of that conflict by the individual who takes on the role of clinical director”* (Thorne 1997:212). Slike erfaringer viser at det kan være problematisk å være et bindeledd mellom det som oppleves som ulike verdiforståelser. Problemstillinger knyttet til lojalitet overfor egen profesjon må avveies i forhold til et lederansvar som kan innebære beslutninger som ikke er i overensstemmelse med et medisinsk-etisk verdigrunnlag. Tar de for store hensyn til ledelsesmessige prioriteringer truer det fagligheten, og lar de faget veie for tungt, gjør de ikke jobben sin som ledere. Her blir forhandlingen med NPM tydelig, og vi ser altså gjennom denne studien at argumentene forankres i en faglig forståelse.

De funksjonene som hittil har vært berørt, har i første rekke vært knyttet til problemstillinger rundt daglig drift av avdelingene. Ved å se på disse ledelsesfunksjonene, kan vi et stykke på vei forstå hvordan lederne ser på avdelingssjefens handlingsrom og muligheter, og hvordan NPM-tenkningen dermed "forhandles inn". Men det er først når vi bringer inn den organisatoriske konteksten som universitetssykehuset utgjør, og perspektivet på avdelingens videre faglige utvikling, at vi ser konturene av det medisinsk-faglige systemansvaret og hvordan man kan tenke seg at den nye enhetlige avdelingsledelsen kan få betydning for avdelingen som en faglig virksomhet. Som jeg skrev innledningsvis, var det en viktig motivasjon for flere av legene i denne posisjonen å bidra til å legge premisser for den faglige utviklingen av avdelingen. Kan man så forvente at de som avdelingssjefer ser en mer aktiv lederrolle som griper inn i den faglige autonomien på dette området? Bildene av balansegangen mellom behandling og økonomi viser at aktiviteten oppfattes som medisinsk-faglig "styrte", men dette forstås som ustyrbart fordi aktiviteten knyttet til pasienters sykdom eller skade ikke alltid kan planlegges i forkant. Dette skarpstiller motsetningene mellom en profesjonsbasert normstyring og resultatstyring (Pettersen og Bjørnenak 2003:26-31). Men også *innenfor* en medisinsk forståelse ligger det motsetningsfylte interesser, og her finner vi en viktig motivasjon for avdelingssjefene til å påta seg lederfunksjonen. Dette er derfor et godt "sted" å undersøke hvordan de definerer sin lederrolle, og hva denne lederfunksjonen skal inneholde. Når avdelingssjefene peker på at en viktig del av deres ansvar innebærer å legge premisser for hvordan avdelingen skal utvikle seg faglig, relaterer de sin argumentasjon og sin forståelse av hva dette omfatter til avdelingen som en bestemt oppgavestruktur. Den er underlagt en del rammebetingelser som bidrar til å forklare hva slags arbeidslivskontekst vi snakker om. Den faglige utviklingen er samtidig et av de viktigste elementene i den medisinsk-faglige forståelsen av systemansvaret, dvs. ansvaret for avdelingen som

en faglig virksomhet. Håndteringen av dette ansvaret og hvilke hensyn det fører med seg, er tema for resten av dette kapittelet.

#### **7.4 Ansvaret for faglig aktivitet og utvikling**

Medisinens sterke posisjon bygger blant annet på dens oppgave mht. å imøtekomme befolkningens behov for helsehjelp, dvs. den gamle ”evangiske” tankegangen. Dette er del av samfunnets tillitskontrakt med legene; vi tror på at det de gjør handler om å ivareta vår helse. Den faglige logikken inneholder også et driv mot faglig spesialisering og videreutvikling av medisinen. Begge deler finner sin begrunnelse i den medisinske etikken som har omsorg for pasienten som utgangspunkt. Med et medisinsk-etisk utgangspunkt kan det formuleres to krav: Det ene er å behandle de som har behov for det, og det andre er å utvikle og bruke de nyeste/beste behandlingsmulighetene. Disse kravene er potensielt grenseløse, og kommer i konflikt med hverandre når ressursene er begrenset. Jo flere grupper medisinen kan gi et behandlingstilbud til, jo flere ”interessenter” har den, og behovet for prioritering øker i takt med dette. Mens spesialistene er interessert i de nye metodene, har innsatsen for folkehelse ikke alltid like sterke talsmenn i sykehuset. Universitetssykehusene har i tillegg en forpliktelse til å være i front faglig og forskningsmessig (NOU 2003: 1 kap. 16). Medisinske nyvinninger blir drevet frem av faglig interesse, og basert på kunnskap om det enkelte fagområde. Initiativet til videreutvikling og innovasjon oppstår i fagmiljøene, dvs. at det drives frem ”nedenfra”. Dette er ikke spesielt for sykehus, men skyldes at det i kunnskapsbaserte virksomheter er fagpersonellet selv som har de beste forutsetningene for å vurdere mulighetene for videreutvikling og satsning på ulike områder (Alvesson 2004). Det betyr imidlertid at faglige utspill gjerne blir gjort uten å være koordinert med hverandre. En avdelingssjef beskriver hvordan de vanligvis kommer i stand:

*Mulighetene vil du alltid finne, og (...) på en eller annen måte blir det brukt ressurser på sånne ting. Men ofte, i startpunktet i hvert fall, ofte begrunnet ut fra at noen finner sammen i en slags faglig interesse, og ikke ut fra at en eller annen sjef setter seg ned og finner ut at nå skal vi begynne med dette her.(...) Det som driver den medisinske utviklingen fremover det er jo det at det finnes et interessefellesskap mellom konkrete personer som "går" for ting. Og når man gjør det på den måten, så blir det gjerne en slags satsning. (...) Det er jo veldig mye det som driver utviklingen framover.(avd 6 lege)*

De faglige drivkreftene i sykehuset blir beskrevet som en slags "selvstendig næringsdrivende" leger som tar initiativ ut fra det de selv brenner for. Dette kan være et gode fordi de skaper faglig utvikling, men det betyr også at en slik innovasjon er lite styrbar for sykehuset, og at det kan være litt tilfeldig hva som skjer, fordi det er avhengig av hvilke leger som til enhver tid tar de faglige initiativene. Dette understreker at utviklingen i sykehus gjerne drives frem av enkeltindivider (Champagne m. fl. 1997). Fra sykehusledelsens side ble det i forbindelse med reformen gitt uttrykk for at det er viktig at den som blir avdelingssjef faktisk skal kunne være leder, og ta beslutninger omkring primærvirksomheten og påvirke de medisinske prioriteringene, så lenge det ikke gjelder behandling av enkeltpasienter. Det dreier seg blant annet om avgjørelser som påvirker avdelingens profil, det å være i stand til å vurdere nye behandlingsformer, avveie ressursbruken og bestemme når det er riktig å sette i gang noe nytt. Sykehusledelsen understreket at det er viktig at slike vurderinger blir løftet opp i organisasjonen. En senterdirektør forklarer:

*Det som har vært en svakhet i det gamle systemet er å se hvilke konsekvenser de faglige ambisjonene har for ulike funksjoner, hva de har å bety for andre faggrupper, hva de har å bety for andre pasientgrupper som ikke nyter godt av det tilbudet, for arealsituasjonen i avdelingen, for den økonomiske situasjonen. Så det*

*er jo der at avdelingssjefen nå skal balansere og se hva en kan få til. Og selvfølgelig være mottakelig for de faglige innspillene og jobbe for at avdelingen skal utvikle seg faglig. (Senterdirektør1)*

Det fremtrer altså som vesentlig for sykehusledelsen at avdelingssjefene tar et tydeligere lederansvar for den faglige utviklingen i avdelingene. Ønsket om å bidra på dette området var samtidig en av de viktigste grunnene til å bli avdelingssjef for mange av legene. En avdelingssjef i en stor avdeling var spesielt bevisst på dette temaet. Han forteller slik om sin lederambisjon:

*Jeg hadde jo flere motiver for å søke på jobben, men et av motivene var å være en aktiv bidragsyter og få lagt forholdene til rette for at faglige ting kan utvikle seg og at vi er bevisst på hva det er vi satser på. På hva slags måter satser vi? Hvor mye ressurser er vi villige til å bruke på dette her? Har vi høyt nok bevissthetsnivå på at det da er ting som blir gjort tilsvarende dårlig, eller i hvert fall får en tilsvarende mangelfull utvikling? Jeg ser for meg at det er en sjefsjobb å holde orden på det. (...) For det er sånn at når man er veldig interessert i den blodåren og i det trange området og i den nye stenten som nå er kommet, og for å få det til så kan man bli veldig sånn... altså, det blir hele verden. Men det må finnes noen som sier at ja, det er verden, men det finnes flere biter i verden, og vi må prøve å balansere dem i forhold til hverandre og ikke minst være bevisst på satsningsområdene (avd 6 lege).*

Avdelingssjefen skal vurdere på et overordnet nivå den beste strategien for avdelingens satsninger, som ekspertene har det faglige ansvaret for å utvikle. Dette innebærer vurderinger av hvordan det er best å prioritere. Han utdyper:

*Det blir jo et springende punkt for en som er i en lederposisjon da, sånn som meg - skal man la de hundre blomster blomstre og la alle få sjansen til å komme frem*

*med sine ting, eller skal man si at vi har gjort noen veivalg? (...) Jeg heller jo mer over til det at man må ha litt målrettet styring på tingene og prøve å pense avdelingen som helhet inn på noen satsningsområder, for å være god på noen områder. Man kan ikke være like god på alle ting. (avd 6 lege)*

Hvilke vurderinger er det viktig å gjøre for å vite hva man skal satse på?

*Det blir også en avdelingssjefsjobb å prøve å være litt i forkant av (prioriterings)situasjonene og se litt lengre fremover, og få hentet ut trender og ... for som sjef så kan man jo ikke være like god som superspesialistene på alle de områdene her, og jobben min den blir jo å hente ut av dem: hvor går trendene hen, hva tror dere nå, hva skjer, hvordan skal vi planlegge? Og det å få hentet opp og få dyrket frem de tingene der, altså prøve å ligge litt i forkant av det, og forvente at ja ha, her kan du få prioriteringsproblemer. Skal vi satse på det eller det eller det? Med antallet mannskaper, antallet leger og mannskaper for øvrig, med en viss plass, gulvareal, rom for å sette utstyret inni...(avd 6 lege)*

Avdelingssjefen beskriver sin oppgave som det å ha et helhetlig perspektiv på hvor avdelingen bør gå, og å kunne tenke mer overordnet enn spesialistene. Det gjøres ved å "hente ut" av dem den kunnskapen som er nødvendig for å vurdere hvordan avdelingen bør prioritere fremover, og for å ta beslutninger. En annen avdelingssjef forteller hvordan de går frem og hvilke avveininger det er nødvendig å gjøre:

*Det vi gjør i praksis, det er jo at vi har faglige diskusjoner innen ledergruppa eller med de som driver med akkurat den aktiviteten. Og hvis jeg blir overbevist om at dette er vi nødt til å gjøre, (...) så må vi jo tilrettelegge det, og så kanskje renonsere på andre krav, og så satse på det. Og det er jo - hele dagen går jo med til sånne prioriteringer og vurderinger. Og det skjer fryktelig mye i (spesialiteten), altså. Det er veldig mye forskning, fordi at det er store pengesummer involvert. (...) Vi*



*påvirkes jo av veldig mange eksterne faktorer hele tiden, som vi er nødt til å ta stilling til. (avd 2 lege)*

En tredje avdelingssjef sier det slik:

*Nyimplementering er noe av det viktigste en sjef skal sysselsette seg med. Jeg bruker å oppfordre dem til å komme med det. Jeg ønsker ikke å sitte her og komme med nye idéer.(...) Sjefen har en veldig viktig oppgave i å kjenne sine medarbeidere godt nok til at man vet at de også kan det som de snakker om. Det kan mange ganger være idéer som ikke er realistiske. (...) Vi må også vite at vi har ressurser, så det må finnes en plass i helheten. (...) Pluss at de andre får forståelse for akkurat det. (avd 12 lege)*

Avdelingssjefene beskriver altså her en tydelig lederrolle i forhold til avdelingens faglige videreutvikling. De argumenterer for at initiativ må komme fra de fagprofesjonelle, men også for at det er de selv som har det overordnede ansvaret. De skisserer ulike funksjoner i forhold til dette. En er fødselshjelperen, som bruker sin egen medisinske kunnskap som grunnlag for å vurdere realismen og prioriteten til faglige initiativ. Et annet ståsted er administratorens, hvor avdelingssjefen bidrar med å legge til rette og skape forståelse i avdelingen for de prioriteringene som gjøres på bakgrunn av de faglige innspillene, som er kommet uavhengig av ham selv. Avdelingssjefene beskriver sin rolle som en kombinasjon av disse funksjonene, med litt ulik vektning av den faglige og den administrative siden, men altså med en understrekning av at det overordnede ansvaret ligger hos dem. Gjennom dette skisseres en lederposisjon som fremstår som noe annet enn en administrator av andres beslutninger – man bygger på både egen og andres kompetanse for å fatte beslutninger om videre utvikling. De vil altså ikke ”slippe” faget, og heller ikke at denne lederfunksjonen har en faglig komponent.

Ansvar for den faglige virksomheten i avdelingen dreier seg ikke bare om avveining mellom ulike nye initiativ. Det innebærer også en balansegang mellom faglig utvikling og prioritering av lokalsykehusfunksjonen og befolkningens alminnelige helseplager. Dette er en viktig prioriteringsoppgave, forteller en avdelingssjef:

*Det er jo det som er utfordringen i hele jobben min. Det er jo hovedutfordringen det, å finne en avveining der. For, du vet, vi har doktorer som reiser på kongresser og plukker opp alt det nye som er, og er kjempeinteressert i å drive faget fremover hele tiden og gjøre nye ting og få til nye behandlingsmetoder. Og så har du det som henger igjen, altså den sekken som ligger igjen med lokalsykehuspasienter som bare skal inn og ha nødvendig pleie og ut igjen med et relativt enkelt opplegg. Det er en kjempeutfordring å få sveiset hele det systemet sammen til en enhet.(avd 2 lege)*

En annen avdelingssjef utdyper:

*Vi møter jo volumene, det er jo volumene som kveler oss. De spesielle tingene blir ikke opplevd på den måten. (...) Det er ofte der de store prioriteringene må gjøres... Hvor mye ressurser bruker vi på de tingene som folk synes er artig og motiverende og bringer-verden-framover-ting, og hvordan greier vi å motivere for å satse på det store grosset av medmennesker som har sine plager?(avd 6 lege)*

I balansegangen mellom ulike sider av den medisinsk-faglige aktiviteten finner vi på den ene siden behovet for faglig innovasjon og nyskaping, slik at man kan etterstrebe en best mulig behandling og utvikling av nye metoder. På den andre siden finner vi ansvaret for å ivareta folkehelsen gjennom å yte helsetjenester på et mer rutinemessig nivå/på lokalsykehusnivå. Sykehusets legitimitet er avhengig av denne balansen. Det faglige belønningssystemet gjør det mer attraktivt å prioritere

medisinsk innovasjon enn rutineoppgaver i sengepostene. Det gjør at man må passe på at lokalsykehusfunksjonen ikke blir skadelidende. Begge typer ansvar har grunnlag i en medisinsk-etisk forståelse, og begge områder er på hver sin måte like nødvendige.

Interessen for de ulike sidene av medisinsk aktivitet blir malerisk beskrevet. Rutinearbeidet og det faglig nyskapende oppleves som ulikt både når det gjelder arbeidsinnsats og motivasjon. Som jeg pekte på i kapittel 2, innebærer den medisinsk-faglige logikken et driv i retning av spesialisering av faglig kunnskap, og dermed en stadig spissing av egen kompetanse. Balansegangen mellom det faglig innovative og ivaretagelse av folkehelsen berører dermed legenes personlige ambisjoner og ønsker om en faglig karriere, noe som kan være en utfordring for avdelingssjefene:

*Du er nødt til å skjønne de andres ståsted og ønsker om å videreutvikle seg. Og jobbe for det også, naturligvis. (...) Men det er veldig viktig likevel å signalisere at du er den som ser helheten og er nødt til å se helheten i det, og må ta de endelige avgjørelsene. Så du må ha en slags respekt i nærmiljøet, ellers så nytter det ikke å sitte i en sånn jobb (avd 2 lege).*

Avdelingssjefen markerer altså her at det er han som har det siste ordet, men at han samtidig skal vise forståelse for individuelle faglige ambisjoner (Sørhaug 1996). Han forteller at det var hans interesse for å gi retning til avdelingens faglige utvikling som var hans viktigste motivasjon for å bli avdelingssjef:

*Jeg synes at i de senere årene så har det vært en glidning vekk fra det jeg føler avdelingen skal fokusere på, innad i avdelingen. At vi var på vei over i en mer sånn ... labfunksjon, altså. Jeg var opptatt av å bevare det der med sengepostene og den kliniske delen, og ikke legge alt for stor vekt på alt det andre rundt omkring.(...)*

*Jeg fikk inntrykk av at det var veldig viktig å drive lab'er og den type aktivitet, i forhold til det å ta seg av det store gross av pasienter som trenger behandling.  
(avd 2 lege)*

Siden et universitetssykehus skal ligge i fronten forskningsmessig, men også har lokalsykehusfunksjoner, står de overfor motsetningsfylte krav. Sterke interesser er involvert i dette, som berører forhold som har vært betraktet som interne faglige anliggender på det medisinske området. Utfordringen knyttet til ledelse av denne aktiviteten er spesielt stor fordi den faglige prestisjen som nevnt ovenfor særlig ligger i innovasjon og spesialisering. En avdelingssjef peker på at dette er knyttet spesielt til legene:

*Det var vel kanskje faren med en del doktorer som ledere, at de var veldig opphengt i å ha status. Altså både innad i avdelingen, men kanskje også nasjonalt. Hvis du ikke var den første til å ta i bruk nye metoder, så ble du ikke akseptert i de store, fine forsamlinger... Og det er en lederstil som jeg tror er veldig skadelig, og som har vært ganske utbredt. (...) Og det er fryktelig farlig, tror jeg. (...) Det må ikke gå utover det store grosset av pasienter. Og det var vel sånn - følte jeg i hvert fall - at lokalsykehusfunksjonen led under den utviklingen. (...) Det ble satt av alt for lite ressurser til å drive den type aktivitet. Det var alt for lite leger til å gå visitter, for eksempel. Man prioriterte ikke postarbeidet med innkjøp av utstyr og bemanning. Sette av leger til å gjøre det nødvendige arbeidet. Og da - de få som driver med det, de går lei og blir slitne og slutter. Og pasientene lider av det, og sykepleierne og postene lider.(avd 2 lege)*

Mange ulike hensyn innenfor avdelingens aktivitet skal altså vurderes opp mot hverandre, og denne balanseringen dreier seg om hensyn som står over individuelle faglige interesser. Samtidig har de enkelte fagpersoners initiativ ofte vært utgangspunkt for medisinsk nyutvikling. Dette betyr at avdelingssjefen må

foreta avveininger på flere nivå. Dermed ser vi hvordan lederansvaret for avdelingen er noe annet og mer enn fagpersonens ansvar. Ved å trekke inn avveiningen mellom det faglig nyskapende og de alminnelige helseplagene, ser vi at overordnede faglige aspekter ved avdelingenes aktivitet enda tydeligere: begge er nødvendige for pasientene, og den ene typen aktivitet kan være mer attraktiv enn den andre sett fra fagpersonellens side. En avdelingssjef poengterer at det er lett å foretrekke det som bringer verden fremover fordi det er morsomt og gir faglig prestisje. Dette understreker hvordan det lederansvaret avdelingssjefene snakker om handler om å vurdere faglig-etiske hensyn på et overordnet nivå. En tydelig avdelingsledelse vil i en slik sammenheng være av vesentlig betydning.

## **7.5 Ledelse, faglighet og systemansvar**

I dette kapittelet har jeg analysert hvordan den nye NPM-inspirerte avdelingsledelsen oppfattes innenfor et medisinsk-faglig rasjonale. Avdelingssjefene gir et optimistisk bilde av mulighetene; de skal bøte på en oppdelt profesjonsorganisasjon, se alle avdelingens funksjoner i sammenheng, foreta tunge avveininger mellom avdelingenes faglige funksjoner og (på sikt) håndtere prioriteringer i en mediefokusert og anstrengt sykehusøkonomi. Kanskje dette gjenspeiler det som Sørhaug (Sørhaug 2004) påpeker: at ledelse kan være en substitutt for struktur, at nesten alle slags problemer skal kunne løses med mer ledelse og ny ledelse, og at ledelse de senere årene er blitt påført umulige oppgaver og et for stort ansvar (Sørhaug 2004:312-314). Mitt poeng her er imidlertid ikke å si at avdelingssjefene har påtatt seg en umulig oppgave, men å påpeke at de skisserer en voldsom ambisjon knyttet til den nye lederfunksjonen, samtidig som de er lite konkrete mht. hvordan denne ambisjonen skal nås. Kanskje er dette i seg selv et uttrykk for frikobling mellom oppfatningen av den

nye lederfunksjonen og den daglige aktiviteten i avdelingene (Meyer og Rowan 1977)?

*Hvilke elementer finner vi i den nye lederfunksjonen?*

I innledningen til dette kapittelet spurte jeg hvordan vi kan forklare at ledelse på tross av at de har et ambivalent forhold til det, er attraktivt for legene. Sørhaug skriver at ledere har to helt sentrale oppgaver. Den ene er å bære frem og indikere en retning for organisasjonen, og den andre er å binde dens interne vold (Sørhaug 1996:24). *”Begge deler er grenseregulering hvis vi forstår vold som utslettelse av grenser. I forhold til en organisasjon er det rimelig å tenke seg grenser skapt av oppgaver, ansvars- og interesseområder, og der slike grenser også kan skape grensebetingelser for individuell integritet og verdighet”* (Sørhaug 1996:26).

Lederreformen utfordrer den institusjonaliserte medisinsk-faglige forståelsen av ledelse nettopp ved å utfordre grenseoppgangene mellom faglige og ledelsesmessige forhold. Derfor må de nye avdelingssjefene finne måter å håndtere disse ”bruddene” på som ivaretar flere hensyn.

I dette kapittelet har jeg sett på hvordan den nye ledelsen oppfattes av de nye avdelingssjefene. Første del har vært konsentrert om problemstillinger knyttet til det vi kan kalle ledelse som *funksjon* i forbindelse med avdelingens daglige drift. Her har vi sett at avdelingssjefene understreket betydningen av å ha et helhetlig blikk på avdelingen slik at ulike aktiviteter, prosesser og profesjonsgruppers aktiviteter ses i sammenheng, og slik at ressursene kan utnyttes bedre. Avdelingssjefene ser forskjellig på det økonomiske handlingsrommet. Økonomiske forhold oppleves dels som en *hindring* for å få til det man vil (jfr. han som snakker om at de er under et veldig økonomisk press), dels som noe de med begrunnelse i pasientpågangen *ser bort fra* og dermed ikke forholder seg aktivt til (jfr. avdelingen som refererer til høy andel pasienter som kommer inn

som øyeblikkelig hjelp), og dels som en mulighet for *større handlingsrom* (jfr. han som forventer friere situasjon når ansvaret blir delegert til avdelingene).

Avdelingssjefene beskriver en ambisjon om å få en tydeligere beslutningsstruktur, men viser samtidig at de eksisterende betingelsene oppfattes som en hindring for nettopp dette. Jeg tolker det slik at det først og fremst er den medisinsk-faglige forståelsen av hvordan behandlingsbehov styrer avgjørelser om aktivitet som ligger til grunn for denne vurderingen, sammen med et bilde av organisatoriske omgivelser som lever sitt eget liv med utgangspunkt i pleie- og behandlingsaktiviteten. Dette blir et paradoksalt utgangspunkt for ledelse, hvor profesjonsforståelsens oppfatning av at aktiviteten styres gjennom de behandlingsrelaterte beslutningene, møter NPMs oppfatning av at ledelsens beslutninger styrer virksomheten. Dette tilsvarer det som Harrison og Pollitt (Harrison og Pollitt 1994) beskriver som forskjellen mellom ledelse og ”professionalism”, hvor det første innebærer å få andre til å gjøre ting, mens det siste betyr å bruke eget skjønn i vurderingen av hva man skal gjøre og hvordan man skal gjøre det (Harrison og Pollitt 1994:34). Enhetlig ledelse som problemsløser blir derfor en visjon hvor lederen er slagkraftig og handlingsdyktig og med fullmakt til å gjøre endringer og fatte beslutninger som griper inn i eksisterende institusjonaliserte ordninger. Derfor blir lederreformen i denne forstand sittende i startgropen som ”forestillinger og forventninger” (se også Sognstrup 2003:210) om en fremtidig lederfunksjon som ikke enda oppfattes som realisert. Jeg oppfatter de vyene som beskrives for den nye ledelsen som svært ambisiøse i forhold til slik som avdelingssjefene leser sine institusjonaliserte omgivelser, og de mulighetene de ser til å oppfylle disse ambisjonene. Samtidig gir de uttrykk for positive erfaringer fra den korte tiden de har vært ledere, knyttet til at den enhetlige ledelsen har en tydeligere posisjon enn den gamle. Her ligger også noe av grunnlaget for optimismen som den nye lederfunksjonen har vekket. Dette ser jeg som uttrykk for at den nye

ledelsestenkningen har fått et visst innpass, og som forståelse av at det er nødvendig å ta et mer overordnet grep om virksomheten i avdelingene enn det som tradisjonelt ligger i profesjonenes ledelsesforståelse.

Det vi hittil har sett på i dette kapittelet er altså knyttet til det jeg har kalt ledelse som funksjon, og som i særlig grad henger sammen med den daglige driften av avdelingen. Disse elementene er av stor betydning for ledelsen av avdelingene, men ansvaret for dem kan ikke i tilstrekkelig grad forklare hvorfor denne posisjonen er så viktig for legene. For å skjønne det, må vi trekke inn kontekstuelle forhold og se avdelingssjefenes oppfatninger om ledelsens ansvar i sammenheng med den organisasjonen de virker innenfor. Den andre delen av kapittelet har derfor vært konsentrert om ledelse av avdelingens faglige utvikling. Studien er gjennomført i et universitetssykehus, og disse har et spesielt ansvar for de mest kompliserte pasienttilfellene og for forskning og undervisning. Dette gjør at avdelingens behandlings- og pleieaktivitet dekker flere behov.

Argumentasjonen til avdelingssjefene viser hvordan håndteringen av avdelingen som en faglig virksomhet står i sentrum for en medisinsk-faglig forståelse av systemansvaret, og at kjernen i dette er å håndtere krefter i og utenfor avdelingen som har innvirkning på de aktivitetene som inngår her. Selv om avdelingssjefene oppfatter at det er lite rom for lederfunksjonen fordi de kommer i klemme mellom faglige og økonomiske krav, er de motivert ut fra at de ser avdelingen som faglige enheter. De beskriver en aktiv lederrolle med ansvar på et nivå over de individuelle preferansene, men som også må være lydhør for den enkeltes ønsker. De omtaler en leder som går inn i og til dels overstyrer vurderinger som fagprofesjonelle har gjort, slik som i eksemplene om fordeling av operasjonsaktivitet mellom seksjonene i en avdeling, og omrokkering av pleiepersonell mellom seksjoner i en annen. Begge deler krever både organisatoriske og faglige vurderinger. Avdelingssjefene understreker videre hvor viktig det er å ta grep om den faglige utviklingen og sørge for gode



prioriteringer, og å balansere dette opp mot ivaretagelsen av de alminnelige sykdommene, dvs. å håndtere avveininger innenfor medisinske fagområde. De snakker om å styre de faglige vurderingene til de tunge spesialistene i avdelingene. Med utgangspunkt i Sørhaugs (Sørhaug 1996) begreper kan vi forstå avdelingssjefenes beskrivelser av sitt ansvar for avdelingens faglige utvikling som et uttrykk for hvordan de vil "binde volden" i organisasjonen. På den ene siden må de temme spesialistene, og på den annen side bremse ledelsen over seg. Det handler om å balansere den utviklingen som går av seg selv opp mot det som ikke går av seg selv, og håndtere denne balansegangen i spennet mellom behandlingsbehov og økonomiske krav. Dette oppfattes som et medisinsk-etisk ansvar. Jeg tolker denne forståelsen slik: Overlates dette ansvaret til spesialistene, kan vi få en utvikling hvor de koser seg med sitt og ikke ser utviklingen innenfor sitt felt i sammenheng med resten av avdelingen og sykehuset. Overlates styringen til ledelsen/administrasjonen kan det være at de skjærer ned for mye, og dermed gir faglige forhold for lite handlingsrom. Så selv om det ikke er attraktivt å være leder sett fra et faglig ståsted, og handlingsrommet som avdelingssjef kan være lite, er det viktig å få leger inn i lederposisjonene så de kan få avdelingen inn på et spor hvor viktige faglige forhold ses i sammenheng. De må med andre ord få til begge deler, og derfor ønsker legene å gjøre jobben. Vi ser altså hvordan avdelingssjefene er opptatt av en klarere ledelse av den faglige aktiviteten, og ser for seg en mer aktiv rolle i forhold til fagekspertene, men vi ser også at det medisinsk-faglige systemansvaret inneholder faglige komponenter. Dermed kan vi konkludere med at lederrollen beskrives som en hybrid som *både* har et sterkere helhetsperspektiv på avdelingens drift, og er tydeligere i forhold til de faglige prioriteringene, med en tydelig forankring i det medisinske fagområdet.

*Ser vi konturene av en ”ny” forståelse av avdelingsledelse?*

Jeg stilte også spørsmål i innledningen til dette kapitlet om hvordan ledelse forstås som innvevd i den organisatoriske konteksten. Når vi relaterer forståelsen av lederansvaret til den organisatoriske konteksten, blir de faglige aspektene tydeligere, samtidig som vi får en forståelse av innholdet i det medisinske systemansvaret. Understrekingen av avdelingssjefens ansvar for å ha overblikk og avveie ulike hensyn impliserer likevel en annen lederrolle enn den tradisjonelle faglederen. Vi ser altså konturene av hybridlederen som Llewellyn (Llewellyn 2001) snakker om, som håndterer både faglige og ledelsesmessige hensyn. Som vi så i kapittel 6, deltok avdelingssjefene i det kliniske arbeidet i ulik grad. I en undersøkelse blant lege-ledere på avdelingsnivå i danske sykehus fant Jespersen (Jespersen 2005b) at det varierte om de la hovedvekten på det kliniske og det kollegiale, om de påtok seg en formidlerrolle mellom ledelse og det faglige, eller om de oppfattet seg selv som generalistledere (Jespersen 2005b:148-154).

I min studie finner jeg en bevissthet hos informantene om at lederreformen faktisk skal innebære en sterkere betoning av ledelse. Sykehusledelsen i ”mitt” sykehus har prøvd å legge grunnen for en annen forståelse av ledelse enn den faglige. Avdelingssjefenes oppfatning av at enhetlig ledelse kan bidra til å løse det som den todelte ledelsen ikke fikk til, tyder på at reformens forståelser av ledelse også har vunnet et visst gehør. På den annen side, ettersom todelte ledelse har vært et omstridt tema blant legene tidligere, kan den positive innstillingen fra deres side i like stor grad gjenspeile at man er fornøyd med å ha fått en enhetlig ledelse, som at tenkningen bak lederreformen har appell. Sognstrup (Sognstrup 2003) fant i en studie av avdelingsledelse i Danmark at enhetlig ledelse er en fordel for legenes profesjonelle prosjekt, men at det i sykehus hvor dette er innført, enda ikke er funnet noen god modell som gir både leger og sykepleiere mulighet til å realisere sine ledelsesprosjekter (Sognstrup 2003:205).

Påpekningen av at en strukturell endring ikke endrer på oppgavene, selv om stillinger får nye navn, gjør det relevant å spørre om den enhetlige ledelsen fører til noe annet enn at legene (i de fleste tilfellene) får lederansvaret og at sykepleierne gjør det samme som tidligere uten å ha et formelt lederansvar, og at virksomheten ellers fortsetter som før. Det er derfor vanskelig på grunnlag av den foreliggende studien å si om den positive innstillingen til enhetlig ledelse gjenspeiler en annen forståelse av ledelse i sykehuset, og ikke minst om den vil føre til en annen ledelsespraksis, eller om vi i første rekke må se avdelingssjefenes perspektiver på ledelse som et uttrykk for en endring i språk og uttrykksmåter (Pollitt 1995:150).

*Hvordan kan vi forstå det medisinske systemansvaret?*

Jeg har vist hvordan avdelingssjefene forholder seg til noen sentrale oppgaver knyttet til avveininger og prioriteringer av avdelingens aktivitet, og som i et medisinsk-faglig rasjonale betraktes som et faglig ansvar. Avdelingssjefene viser imidlertid at de også har et blikk på avdelingen som virksomhet, og at de vurderer andre sider ved de forholdene det er snakk om enn de som kan kalles faglige. Berg har pekt på at legene har hatt en "generalisert" autoritet, dvs. at de i kraft av sin medisinske kompetanse har vært gitt autoritet også på ikke-medisinske områder (Berg 1987:125-126). Dette gjør at det som oppfattes som medisinsk også kan omfatte områder som i en strengere forstand ikke anses som "faglig", og i hvert fall ikke "bare" medisinsk-faglig. Derfor vil oppgaver og ansvar knyttet til ulike sider ved avdelingen som virksomhet kunne oppfattes som et medisinsk-faglig ansvar, selv om man ved nærmere ettersyn godt kan se at de inneholder elementer av andre fag og av administrative og ledelsesmessige vurderinger. Her er det altså vi nærmer oss det som kalles det medisinske systemansvaret. Innholdet i dette ansvaret gjør at mange leger oppfatter det som et ansvar som må ivaretas av leger. Det generelle argumentet er at i en kunnskapsbedrift er arbeidet så komplekst at beslutninger og innovasjon må

inkludere de som har den profesjonelle kunnskapen (Alvesson 2004:117). ”För att vara innovativ måste hela organisationen balansera mellan kraftfull beslutsamhet och att låta idéer och produkter växa fram” (Alvesson 2004:117). Hvilke oppgaver er det så som identifiserer sykehusavdelingen som ”kunnskapsbedrift”, og hva har disse å si for fagets betydning i ledelsen?

Å lede en sykehusavdeling handler både om daglig drift og fremtidig utvikling. Det dreier seg både om å bruke kunnskap som allerede er utviklet, og organisere det daglige arbeidet med å anvende denne kunnskapen. Samtidig skal det utvikles ny kunnskap og nye behandlingsmetoder. Slik sett kan man si at universitetssykehuset både er en profesjonell servicebedrift og en FoU-virksomhet (Alvesson 2004). Kjerneaktiviteten i sykehuset bygger på kunnskapen til de som arbeider der, men et viktig poeng i et universitetssykehus er altså at de ikke bare *braker* men også *produserer* kunnskap. Alvesson snakker om at et viktig skille mellom profesjonelle servicebedrifter og FoU-virksomheter, er at de første handler mest med situasjonstilpassede tjenester og at de fleste av de ansatte handler direkte med markedet (klientene), mens de siste gjerne fremstiller et fysisk produkt, og at kontakten mellom de ansatte og markedet gjerne skjer gjennom en markedsenhet (Alvesson 2004:25). I en fri fortolkning av Alvesson vil jeg peke på at universitetssykehuset inkluderer begge disse typene aktiviteter. For å forstå anvendelsen av kunnskap i sykehuset kan vi skille mellom for det første hhv. daglig drift og fremtidig utvikling, og for det andre hhv. ivaretagelse av folkehelsen/lokalsykehusfunksjonen og utvikling av nye behandlingsmuligheter, hvor forskning inngår som en viktig del. Det faglige systemansvaret handler blant annet om balansen mellom disse hensynene. Når avdelingssjefene snakker om å balansere ”sekken med lokalsykehuspasienter” opp mot ”bringer-verden-fremover-ting”, er det blant annet dette skillet det er snakk om. I tillegg til disse to funksjonene er det en tredje som er like viktig, og det er utdanning og videreutdanning av fagpersonell. I et universitetssykehus

inngår dette som en integrert del av behandlings- og pleieaktiviteten, og man utformer bemanning og vaktplaner (skal i hvert fall gjøre det) for å ivareta at universitetssykehuset også er en utdanningsinstitusjon. Det at alle disse funksjonene er viktige og nødvendige og at de alle på ulike måter er tett knyttet til behandlings- og pleieaktiviteten, viser både kompleksiteten og betydningen av det faglige i denne aktiviteten.

Det vi kan kalle ”gjenbruk” av kunnskap og utvikling av *ny* kunnskap krever imidlertid to ulike typer styring. Det ene innebærer å lede det som allerede er, og det andre det som skal bli, dvs. det som skal bringe den faglige utviklingen videre. Man kan se for seg at styring av aktivitet som baserer seg på den kunnskapen som allerede er utviklet, baserer seg på lojalitet til organisasjonen og er opptatt av problemstillinger knytter til drift, løsning av logistikkproblemer og ivaretagelse av kvalitetsaspekter i forbindelse med bruken av etablert kunnskap. Kanskje vi derfor kan forstå den som mindre profesjonsavhengig og mer administrativ. Ser vi f.eks. på driftsenhetene ved sykehusene, finner vi at de i svært mange tilfeller ledes av sykepleiere<sup>56</sup> (Kjekshus 2004). Dette kan ses som et uttrykk for at ledelse av driftsfunksjoner er et lite kontroversielt tema, og at det ikke betraktes som et jurisdiksjonelt problematisk område (Abbott 1988). Det truer heller ikke den symbolske betydningen av medisinen i avdelingsledelse, selv om det også handler om å lede den daglige bruken av medisinsk-faglig kunnskap. Ledelse av driftsfunksjoner har ikke den samme faglige status og betydning som lederfunksjonen på avdelingsnivået, selv om det er grunnleggende viktige funksjoner. Derfor har de heller ikke kraft til å utfordre bildet av normen

---

<sup>56</sup> Kjekshus fant i en undersøkelse i somatiske sykehus i 2003 at den kirurgiske virksomheten ble ledet av én leder eller en leder med lederteam i 88% av sykehusene. Det ble ikke spurt om den enhetlige lederen var lege eller sykepleier. Når det gjelder driftsenhetene under kirurgi ble de i et flertall av tilfellene ledet av en sykepleier. Dette gjelder for operasjonsavdelingene (61% sykepleiere), kirurgiske intensivavdelinger (32%), kirurgisk postoperativ overvåkning (46%), kirurgiske poliklinikker (69%) og kirurgisk mottakelse (67%). Den indremedisinske virksomheten ledes i 81 prosent av tilfellene av én leder eller en leder med lederteam. Driftsenhetene ledes også her ofte av sykepleier. Tall er registrert for medisinsk mottakelse (65% sykepleiere), medisinsk intensiv (44%), og medisinsk poliklinikk (52%) (Kjekshus 2004).

om den medisinsk-faglige avdelingsledelsen. Det er nærliggende å forklare dette med at ledelse av driftsfunksjoner ikke oppfattes som faglig ledelse, noe som understreker hvordan bruken av eksisterende kunnskap og utviklingen av ny kunnskap stiller ulike krav til lederen. Når legene snakker om systemansvaret, dreier det seg om balansegangen mellom ivaretagelsen av folkehelsen og den faglige videreutviklingen av avdelingen. Her konstitueres dette lederansvaret; de tenker "system" som forholdet mellom disse to. Det er altså når vi bringer inn det organisatoriske aspektet at vi ser bredden i ansvaret for systemet. I en slik forståelse handler systemansvaret blant annet om å balansere hensyn innenfor medisinen opp mot hverandre, og håndtere sterke interesser som er involvert. Hvis man overlater utviklingen av ny kunnskap til ekspertene, går den av seg selv, men ivaretagelsen av det rutinemessige gjør ikke det. Derfor må avdelingssjefen ha autoritet i fagmiljøet, slik at de beslutningene som fattes har legitimitet. For legene betyr dette at de har vanskelig for å se for seg andre enn en lege i denne posisjonen. I neste kapittel skal vi derfor se nærmere på hvordan uroen rundt andre enn medisinerere som avdelingssjefer kan forklares. Hvorfor ble det så vanskelig med en jordmor som avdelingssjef?

## 8 Profesjonsnøytral ledelse

I forrige kapittel så vi at faglige forhold i varierende grad er innvevd i lederansvaret, og at man derfor kan se for seg ulike vilkår for ivaretagelse av dette ansvaret og for hvem som kan ivareta det. I dette kapitlet vil jeg se nærmere på hvorfor profesjonsnøytral ledelse ble så problematisk i forbindelse med innføringen av enhetlig ledelse. Det profesjonsnøytrale innebærer at lederstillingen i prinsippet er åpen for ulike helseprofesjoner. Som hybridposisjon signaliserer den at fag og ledelse er tett sammenvevd, og at man tar konsekvensen av at ledelsens legitimitet i et profesjonssystem, og særlig på avdelingsnivået, hviler på faglig grunnlag, og dermed skapes i relasjon til fagkolleger. Erfaringer med å sette inn generelle ledere *uten* helsebakgrunn bl.a. i engelske sykehus, var lite vellykket (se f.eks. Hunter 1994), mens det å ansette leger som ledere har vist seg bedre som strategi for å lede avdelinger eller enheter.

Når man har som utgangspunkt at denne posisjonen skal være åpen for *ulike* helseprofesjoner, går man imidlertid et skritt videre når det gjelder balansegangen mellom fag og ledelse. Leger som ledere kombinerer styring med faglig autoritet i forhold til avdelingens (medisinske) hovedaktivitet. Dette kan betraktes som et kompromiss mellom sterkere styring og profesjonell kontroll. Ved å ansette ikke-medisinere som ledere mister man imidlertid den "tyngden" (autoriteten) som medisinen gir, og dermed må autoriteten bygges på et annet grunnlag. Reformens intensjon om å knytte lederansvaret til avdelingen som virksomhet og skille det fra det medisinske behandlingsansvaret, gjør at lederansvaret blir definert som ikke-faglig og uavhengig av lederens fagbakgrunn. Da ligger lederens autoritet i posisjonen, og kan utøves av leger eller andre uten medisinsk fagbakgrunn. Spørsmålet er om man da har fått en profesjonell lederfunksjon som ikke lenger

kan karakteriseres som en faglig/ledelsesmessig hybridposisjon. Er kompromisset da lenger virksomt? Er sykepleiere eller andre fagprofesjonelle "faglige" nok til å kunne lage en hybrid, dvs. representerer de tilstrekkelig "fag" til å få autoritet som ledere i en medisinsk-faglig kontekst?

## 8.1 Å gå ut over sine grenser

Med lederreformen ønsket sykehusets ledelse endring på tre områder: de ville ha ledere som var interessert i å *prioritere ledelse framfor klinikk*, som skulle være *ledere for alle personellgrupper*, og som hadde *myndighet til å påta seg totalansvar for hele driften, inklusive økonomi*. De ønsket med andre ord en ledelse som tok ansvar for avdelingen som virksomhet. Lederens fagbakgrunn var ikke uviktig, men man ville åpne for at faglige hensyn skulle kunne ivaretas på andre måter enn gjennom lederens egen profesjonsbakgrunn. Den NPM-inspirerte ledelsesforståelsen som "Pasienten først!" var preget av, ble altså utgangspunktet for arbeidet med lederreformen:

*Det med å være en synlig fagperson er ikke nødvendigvis det samme som å være avdelingssjef eller den øverste leder. Altså nettopp det å skille ledelse fra fag, og faglig autoritet og faglig tyngde, det er jo noe vi ønsker igjennom denne reformen her. Og vi ønsker det på mange måter. Vi legger opp til det i lønnspolitikken vår, altså der vi ønsker at det skal være faglige karriereveier, og det skal være administrative ledelsesmessige karriereveier. Før har dette her hengt sammen. Men vi ønsker at det skal være mulig å bli like høyt lønnet når du er en dyktig fagperson, som når du er en dyktig leder. Og det gjelder alle faggrupper, ikke bare legene, men også sykepleierne. (Senterdirektør1)*



Ved å legge hovedvekten på ledelse endres grunnlaget for hvilke kvalifikasjoner som etterspørres hos de nye lederne. Det ble likevel ikke krevd noen formell lederutdanning for å kunne få stillingen som avdelingssjef<sup>57</sup>. Ifølge en senterdirektør ville relativt få av legene vært kvalifisert hvis formell lederutdanning av f.eks. et halvt års varighet var en forutsetning for å bli avdelingssjef. Tilsvarende ble det heller ikke stilt krav om forskerkompetanse, noe som ville ekskludert de fleste sykepleiere som søkere. Man signaliserte gjennom dette et ønske om å åpne avdelingsnivået for søkere med ulik profesjonsbakgrunn. Sykehusets syn på reformen innebærer at både leger og sykepleiere må gå ut over sine vanlige ansvarsområder som faglige ledere. En senterdirektør skisserte hvilke utfordringer dette innebærer:

*Jeg tror det er helt forskjellig utfordring (for leger og sykepleiere å være avdelingssjef). For legene har nok tenkt at de kan delegere bort sykepleiergruppa til noen oversykepleiere, for sånn har det alltid vært (...) Men så er nok de mye mer villige til å gå inn og være leder for legene, og virkelig styre legene, vaktplaner og produksjon og hva de skal gjøre. (...) For sykepleiergruppa er jo veldig flinke med prosess og sykepleiefaglige ting og (...) ... altså med å lede mange. Men de har ikke helt samme grepet på å lede professor dr.med. spisskompetent i Norge – altså tørre å gjøre det. For han må også ha en leder. Han må også ha noen å snakke med. Og der trekker de seg litt, kanskje. Mens legene kan nok rygge tilbake for antallet. (...) Så begge har kjempeutfordringer, og begge er nødt til å bare ta det. Jeg tror de har like store utfordringer, men de er veldig forskjellige. Og legene som vi har ansatt er jo totalledere for alle, og vet veldig godt at de har ingen mulighet til å unnslippe sykepleiergruppa, som er svær, og ønsker mye prosess. (...) Men sykepleiergruppa har akkurat like store mentale sperrer mot å gå inn og bestemme hvilken vei denne avdelingen skal gå*

---

<sup>57</sup> I stillingsutlysningen ble det søkt etter ledere som har ”reell lederkompetanse, personlig egnethet og erfaring, helsefaglig utdanning på høgskole/universitetsnivå, og relevant erfaring/innsikt i avdelingens virksomhet” (Adresseavisen 2001).

*faglig, og hvordan rekrutterer vi en professor. Vi har ikke hatt professor på fem år, hvordan får vi tak i en? Det er en helt ukjent verden for dem, som de virkelig må gripe. Gå til universitetet og spørre om råd, og reise på en faglig kongress, kanskje, og snakke med legene. For dem er sperrene og utfordringene akkurat like store. Men da på - ikke på kvantitet, men på kvalitet, kanskje (Senterdirektør 2).*

Som jeg skrev i kapittel 2, ga man i ”Pasienten først!” uttrykk for at den største utfordringen i forbindelse med lederreformen er å endre holdninger i sykehusene. Vi kan se senterdirektørens konkretisering av de utfordringene leger og sykepleiere møter i den nye lederfunksjonen, som et forsøk på å bryte med profesjonslogikken for å gjøre det mulig for én leder å påta seg ansvaret for alle faggrupper i sin avdeling. Sykehusledelsen påpeker at det å lede en avdeling innebærer nye oppgaver, uansett om det er lege eller sykepleier som får denne stillingen. Dermed underkommuniseres det hierarkiske forholdet mellom profesjonene. De konstrueres som "like" gjennom at begge møter noe nytt som avdelingssjefer. Her vises samtidig at den nye lederposisjonen faktisk er noe annet enn det faglige lederskapet, noe som betyr at begge profesjoner må overskride profesjongrensene og identifisere seg med avdelingen som virksomhet. Dette skaper et brudd med en grunnleggende kulturell verdi i sykehusfeltet, nemlig tilhørigheten til en gitt faggruppe, og den institusjonaliserte forståelsen at man tilhører en profesjon i større grad enn et arbeidsfellesskap eller en organisasjon (Bentsen 2001:29-30).

Det faglig overordnede ansvaret omfatter i større grad å legge til rette for at *andre* skal kunne utøve sitt fag, og utøvelse av eget fag er i denne sammenhengen ikke noen forutsetning for utøvelse av ledelse. Autoritet må dermed bygge på noe annet enn faglig tyngde på eget kunnskapsområde. De nye lederne skal ha ansvaret for alle faggrupper, og må fatte beslutninger på bakgrunn av sine kollegers kunnskap.

Dette understreker et poeng som også kom opp i avisdebatten, og som ble brukt som et argument for profesjonsnøytral ledelse: det er helt nødvendig at en leder støtter seg til andres kompetanse for å få et godt nok faglig grunnlag for å fatte beslutninger; det går ikke an å kunne alt selv. Dermed demonstreres forskjellen fra det faglige lederskapet, som nettopp bygger på lederens individuelle ekspertise. Et viktig spørsmål å stille seg blir dermed hvordan man som avdelingssjef kan få tilgang til det man ikke kan selv. Sykepleiere i denne funksjonen argumenterer for lederteamets betydning for det faglige grunnlaget for avdelingssjefens beslutninger. Argumentene fra leger mot denne løsningen understreker at det ikke går an å "organisere" seg til en kunnskap man ikke selv besitter, for da vil man ikke ha forutsetninger for å forstå det man har fattet beslutninger om, og man vil få problemer med å bli oppfattet som en legitim leder. Dermed understrekes at det er medisinen som gir den relevante faglige bakgrunnen for lederen, og at du ut fra en slik forståelse ikke kan få autoritet som leder hvis du tar avgjørelser basert på noe som de andre kan.

## **8.2 Avdelingen som faglig enhet**

Når avdelingssjefens faglige kunnskap ikke er det viktigste grunnlaget for avdelingsledelse, åpner det for at forholdet mellom fag og ledelse konstrueres på nye måter, og for at avdelingsledelse kan ivaretas av flere profesjoner. Hvordan ser avdelingssjefene selv på dette? Jeg spør en lege-leder hvilken betydning hans fagbakgrunn har i denne stillingen. Han svarer at en avdelingssjef kunne godt hatt en annen fagbakgrunn. *Legeforeningen vil ha leger, men jeg vet ikke om jeg er helt på linje med dem*, forteller han (avd 4 lege). Han fortsetter:

*Man måtte jo delegere mer hvis det var en sykepleier. Akuttmottak av pasientene, styring av seksjonene og så videre. Man ville vært helt avhengig av seksjonsoverlegene for driften på hver seksjon. Og det forutsetter i hvert fall en*

*lege i lederteamet. Jeg er nok ikke helt enig med legeforeningen - jeg må jo også ha en sykepleier i staben min. Det er jo gjensidig, det er et teamarbeid å drive sykehus. Men likevel: Doktorarbeidet skaper produksjonsverdier. Hele drivet i sykehussystemet er kontakten mellom lege og pasient. (avd 4 lege)*

Denne avdelingssjefen har et perspektiv på ledelse som mange av informantene deler: medisinen er så sentral i det avdelingen gjør at den er vanskelig å komme forbi når man diskuterer ledelse. Selv om man kan stille seg åpen for andre løsninger, og andre fag også er viktige, må lederen være i inngrep med medisinen på ett eller annet vis. Lederen ved en middels stor avdeling forteller at det har vært mye diskusjon, spesielt på legesida, etter at det ble kjent at stillingen som avdelingssjef skulle være åpen for andre enn medisinere. Det har vært et stort tema ved avdelingen, som det har vært mange andre steder i sykehuset, forteller hun:

*Diskusjonen gikk jo på det at legeforeningen i seg selv er klar på at de skal ha en lege som leder. Og når de da oppdaget at det var en mulighet for at det ikke skulle være det, så ble det veldig mye diskusjoner omkring hvordan ivareta medisin, hvordan ivareta rekruttering, hvordan ivareta forskning, utdanning av spesialistkandidatene, og hvordan skal avdelingen frontes utad? I medisinmiljøet, vel å merke. Det ble veldig mye diskusjoner. Den diskusjonen går fortsatt. Men i mindre grad, synes jeg, enn hva det var før. Det var mer hissig før. (avd 8 spl)*

Her ser vi hvordan avdelingen forstås som en faglig enhet, og avdelingsledelsen som ansvarlig for ivaretagelse av medisinen som fag, og for forhold som er knyttet til den faglige utøvelsen. Muligheten for ikke-medisinsk avdelingsledelse bidrar til å synliggjøre hvilke elementer som er viktige her. Ett av disse er den betydningen avdelingsoverlegen har hatt som ansikt utad. Avdelingsoverlegen har tradisjonelt hatt en viktig rolle som avdelingens faglige frontfigur på kongresser og i møte med andre i medisinmiljøet. ”En annen leder i ikke-medisinsk krets vil ikke ha

den kontaktflaten, og det er den de er redd for å miste,” (avd 8 spl) sier avdelingssjefen videre. Jeg spør om de ansatte legene ikke kan representere avdelingen på kongresser og ivareta det medisinske nettverket, og hun svarer at de er inne i den diskusjonen nå. Mange ser det slik at leger ansatt i avdelingen kan ta seg av den faglige ”frontingen”, mens noen mener det må være en tett kobling mellom det faglige frontarbeidet og ledelsesmessig makt og myndighet. Det å kunne representere avdelingen som faglig ener med myndighet som leder, innebærer at ledelse bygger på personlig opparbeidet kunnskap og erfaring, dvs. at den er personavhengig og individuelt fokusert. Lederen får en symbolfunksjon som også kan "selge" avdelingen som virksomhet, og representerer i så måte ikke bare seg selv og sitt fag, men også avdelingen som helhet. Han/hun skal blant annet vise at avdelingen er faglig attraktiv for leger som vurderer den som arbeidsplass, og må med troverdighet kunne gjøre avdelingens forskning kjent i faglige fora.

Argumentene om at avdelingssjefen må være lege, knyttes altså til et perspektiv på avdelingen som faglig enhet. Som vi så i kapittel 7, var en viktig grunn for flere leger til å påta seg lederfunksjonen at de ønsket å bidra til den faglige utviklingen av avdelingen. En avdelingssjef forklarer hvorfor han mener at medisinsk kunnskap er så viktig i denne posisjonen:

*Du må ha en faglig innsikt for å styre. For det handler nemlig om hvor vi går hen. Og jeg synes at det har vært vanskelig for meg, og for hele legekollegiet, tror jeg, å akseptere at en sykepleier hadde skulle sittede med de avgjørelsene. Fordi dette her handler om medisinskfaglige ting... framover. Så jeg ser på ledelse som en faglig ledelse også. Jeg ser jo at det ikke bare er det. Ikke sant, men man må ha kunnskap i det også for å kunne lede, tror jeg. Og jeg vet at det har mye å si for autoriteten som leder. Så jeg tror det er undergravende hvis du bare skal satse på ledelse. Og jeg tror veldig mange av de andre legene som har valgt den jobben, de har jo - jeg har*

*jo gjort det for fagets del, fordi jeg er veldig interessert i faget, jeg ønsker å være med på å videreutvikle det. (avd 10 lege)*

Denne avdelingssjefen peker på et synspunkt som flere av de andre også presenterer på ulike måter: ledelse av avdelinger forstås som faglig ledelse *også*, og man bør ha kunnskap innenfor faget for å kunne styre. Derfor argumenterer de sterkt mot å gjøre denne posisjonen til ”bare ledelse”. Jeg tolker det som underforstått at avdelingsledelse blir til ”bare ledelse” hvis sykepleiere eller andre ikke-medisinere blir avdelingssjefer, fordi de ikke kan ivareta faget (medisinen) på annen måte enn ved å administrere det. Det at ansvaret defineres som medisinsk, blir derfor nøkkelen til lederposisjonen. Argumentene for at det er et faglig lederansvar selv om lederen ikke primært skal bygge på egen fagutøvelse, innebærer samtidig at legene skal ha jurisdiksjon på dette ansvarsområdet. Ved å fremstille denne lederfunksjonen som ”teknisk”, dvs. relatert til profesjonens spesifikke arbeidsoppgaver og ansvarsområder, legger man altså føringer for hvilken profesjon som kan ha denne stillingen (Sommervold 1996:201-202). Selv om man kan argumentere for at lederfunksjonen inneholder elementer som ikke i sin karakter er medisinsk-faglige, blir den på grunn av det Berg kaller medisinsens ”generaliserte autoritet” (Berg 1987:125-126) forstått som en del av det medisinske systemansvaret. Nettopp fordi denne lederfunksjonen også ses som faglig, hevdes det at avdelingssjefen må ha tilstrekkelig og relevant kunnskap:

*Jeg tror det er viktig (at avdelingssjefen er lege). Fordi at som lege så har du tross alt best innsikt i hva du driver med. For det hjelper ikke – med den kompleksiteten som er i en sykehusavdeling, så trenger du den (medisinske) ballasten for å kunne være med og ta imot den informasjonen som er nødvendig for å ta avgjørelsene. (avd 5 lege)*

Begrunnelsen for at en lege vurderes som best egnet som avdelingssjef, er at medisinen gir det beste kunnskapsmessige grunnlaget for å kunne utøve ledelse på dette nivået. Dette relateres til kompleksiteten i virksomheten. Argumentet viser hvordan det medisinsk-faglige strukturerer virksomheten, dvs. at det er medisinen som ”gir” organisering, og vurderingen av lederfunksjonen har dette som utgangspunkt. Ledelse av en slik virksomhet ”er” medisinsk ut fra en slik logikk, og motargumenter om at ledelse er noe annet enn fagutøvelse, møter lite gehør. I kapittel 7 så vi at legenes forståelse av systemansvaret omfatter både daglig drift og fremtidig utvikling i avdelingen, og at disse funksjonene ses som en del av det totale medisinske ansvaret. Den medisinsk-faglige bakgrunnen blir derfor også en forutsetning for å oppnå autoritet i legegruppen. For legene var det vanskelig å se for seg på hvilket grunnlag en ikke-medisiner som avdelingssjef skulle få autoritet som leder. En avdelingssjef forklarer:

*I vår avdeling tror jeg det hadde vært fryktelig vanskelig (med en sykepleier som leder). Men på andre avdelinger kanskje det ikke er så viktig.(...) Det er såpass store faglige diskusjoner som du er nødt til å være med i. Og det er mange sterke personer som... Nei, jeg tror nok du må ha et personlig syn på det som skjer. Og det får du ikke hvis du ikke har jobbet med (dette feltet) i mange år (avd 2 lege).*

En annen avdelingssjef utdyper:

*I kliniske avdelinger som behandler pasienter så vil jeg tro at det er et stort handikap. (Det er vanskelig) å få lojalitet og autoritet hvis du ikke er lege - i alle fall hos legegruppen. (...) Det kan finnes personligheter som klarer det, men jeg tror det må være sjeldne mennesker som skal få det til, altså. Jeg tror det blir en veldig vanskelig jobb. Jeg tror det er mye enklere for meg å gjennomføre endringer enn det ville vært for en ikke-lege å gjøre det. Selv om jeg sitter langt over driften og ikke er med i den, så har jeg i alle fall tillit blant folk, til at jeg vet hva jeg snakker om. Og det er viktig, det der. (avd 5 lege)*

Den medisinske bakgrunnen gjør det mulig å gjennomføre endringer som andre kunne ha problemer med å få gjennomslag for. Det påpekes at det kan finnes ikke-medisinere som kunne greid det, men dette ses som lite sannsynlige og individuelle unntak. Her ser vi hvordan en lege, fordi han som sådan har faglig autoritet som leder, forventer å få lojalitet fra kollegene i endringsarbeid i avdelingen. Det som understrekes i intervjuene, er at man må ha den faglige ballasten til å kunne fatte avgjørelser, og at den også gir legitimitet i legegruppen. Diskusjonen om profesjonsnøytralitet blir derfor en forhandling om avdelingsledelse først og fremst skal oppfattes som en medisinsk-faglig funksjon eller ikke. Her ser vi også hvordan legene argumenterer ut fra både faktiske og symbolske forhold. En sykepleier-avdelingssjef legger vekt på dette:

*Jeg tror det er symbolfunksjonen som er det vesentlige for legene. Men jeg er ikke sikker på om de ser at det er det som er det vesentlige. For den som satt på toppen tidligere, kunne ikke ha den nødvendige spisskompetansen i hvert felt - det var jo en umulighet. Men de snakket samme språk, hadde samme tradisjoner, samme kultur... Og den legekulturen, den synes jeg er sterk. Den er veldig sterk. Og den har fått blomstre, og det er ikke noe negativt i det. Men det er vanskelig å bryte med den kulturen. (avd 8 spl)*

Ved å påpeke det umulige for én person i å kunne ha den nødvendige bredden til å ivareta faget, fremhever avdelingssjefen det symbolske som ligger i det medisinsk-faglige lederskapet, og det dilemmaet som spesialiseringen har brakt med seg. De faglige begrunnelsene for det medisinske lederskapet kan altså suppleres med begrunnelser knyttet til den medisinske lederen som "bærer" av medisinen som fag i avdelingen, dvs. en symbolfunksjon i tillegg til en faglig funksjon. Dette synet ble også understreket i avisdebatten, i et innlegg fra presidenten i legeforeningen. Han uttalte at lederens kvalifikasjoner kan tolkes som signaler om hvilke oppgaver som har høyest prioritet i avdelingen, og at det



derfor er viktig at faget står sentralt når man ansetter ledere for enheter som har som hovedoppgave å utrede og behandle pasienter, og å drive forskning og kompetanseutvikling (Bakke 2002). Slik understrekes den signaleffekten som avdelingssjefens profesjon har mht. avdelingens profil. En sykepleier-avdelingssjef sier det slik:

*Jeg oppfatter jo at legene sier at hele virksomheten vår dreier seg om medisinsk-faglig utvikling i bunnen, og at medisinske prioriteringer og all diagnostikk og utredning og sånt i bunn og grunn er medisinsk ... uten forkleinelse for at det er mange flere som må være med på det. (...) Så det er medisinsk (ledelsen) skal være for å ivareta det, og for å kunne prioritere rett, så må sjefen - altså han blir ikke noen reell sjef hvis han ikke er medisiner. (avd 9 spl)*

Som vi så i forrige kapittel, oppfattes behandlingsaktiviteten som strukturerende på avdelingssjefenes handlingsrom. Her ser vi hvordan det at klinisk virksomhet forutsetter medisinsk kompetanse, gjør at det blir vanskelig å akseptere andre enn leger som ledere av avdelingene.

### **8.3 Ikke-medisinsk avdelingsledelse**

Ingen av informantene i denne studien stilte seg i utgangspunktet helt avvisende til tanken om at andre enn en medisiner kan bli avdelingssjef. Flere av legene la vekt på å fortelle at de ikke delte legeforeningens mer steile holdning om at leger må lede medisinske enheter (som senere ble moderert til en anbefaling, se kapittel 5), men både fra lege- og sykepleiersiden kom det motforestillinger med tanke på om ikke-medisinsk lederskap kan fungere i praksis. For en sykepleier hadde det å søke stillingen som avdelingssjef vært en prosess med tro og tvil, og hun var også

i tvil da hun sa ja til stillingen. Hun forteller om noen av sine avveininger før hun tok jobben:

*Fordi jeg personlig fikk en opplevelse av at det hadde en betydning hvilken fagbakgrunn jeg hadde, og at det ville skaffe meg, med den ”gale” fagbakgrunnen, sånn sett, en tilleggsjobb, i tillegg til det å være leder, så trakk jeg meg fra det. Fordi at en del av det ønsket ikke jeg å bruke krefter og energi på. Jeg trodde at jeg ville gjøre en bedre jobb en annen plass enn det. (avd 9 spl)*

Dette perspektivet viser hvordan det å bli avdelingssjef i en klinisk avdeling som ikke-medisiner kan oppfattes som noe du gjør på tross av, heller enn på grunn av egen fagbakgrunn. Når man åpner for andre faggrupper og legger organisatorisk til rette for dem, understrekes at det ikke-medisinske er problematisk i en medisinsk-faglig kontekst. En annen sykepleier hadde også kvaler om hun skulle søke på stillingen som avdelingssjef:

*Det er noe med å ha legitimiteten som gjør at jeg tvilte litt. For jeg er avhengig av, hvis jeg skal gå inn i en sånn rolle, at jeg har legitimitet. (...) Og pr. i dag så - hos enkelte er det det å ha den riktige fagbakgrunnen som gjør at en får legitimitet. (avd 8 spl)*

Avdelingen hennes har brukt tid på å etablere en ny ledelse, og det har vært motstand mot å ansette en sykepleier. Hun mener at det har vært en modningsprosess, og at de etter hvert er klare for å ha en ikke-medisiner som leder: *Det har foregått en prosess blant de ansatte, spesielt blant legene, som ser at det er mulig å ha en annen enn en medisiner. Og det har jeg også fått tilbakemeldinger på, at det faktisk er en mulighet. (avd 8 spl)*

De har arbeidet mye for å få til god koordinering av virksomheten, og hun forteller at driften av avdelingen fungerer svært godt. Jeg spør hva som har endret oppfatningene om ledelse i avdelingen. Hun svarer slik:

*Jeg har fått noen tilbakemeldinger den tida jeg har sittet her, at ting skjer, det blir gjort ting, og at det blir grepet fatt i ting. Og at de er overrasket over at ting skjer så fort som det gjør. Positivt overrasket. Og dermed innser de at vel, det er noe annet enn det å ha medisinsk bakgrunn som gjør at man også kan være leder. (avd 8 spl)*

Hun har altså fått positive reaksjoner på at hun får ting til å skje. Det avdelingssjefen har grepet fatt i, er administrative og driftsmessige forhold, og dermed det som legger til rette for avdelingens behandlings- og pleieaktivitet. Hun tolker responsen som en åpning for at det kan være andre ting enn legeprofesjon som er viktige for å bli leder. Det avdelingen har arbeidet spesielt med her, er å få driftsmessige forhold til å flyte best mulig. Hun oppfatter at det er den erfaring at avdelingen fungerer så godt, som har gitt denne positive effekten, og forstår dette som en voksende aksept av at ledelse også er noe annet enn medisinsk-faglig ledelse.

Fra sykepleiernes side kommer det altså synspunkter som nyanserer det faglige perspektivet på avdelingsledelse, og kan tjene som argument for en løsere kobling mellom egen fagkunnskap og utøvelse av ledelse. En avdelingssjef som har lang ledererfaring som sykepleieleder sier at du ikke trenger å kunne "faget", fordi å lede en avdeling, fordi det handler om noe annet enn å utøve fag. Hun sier at sykepleierne ser det slik at man ikke trenger å være lege i den posisjonen:

*En trenger ikke å ha fagbakgrunn. (...)Men jeg lærer jo litt av hvert – og selvfølgelig er det en fordel å ha kjennskap til fagområdet. Men allikevel - jeg greier å se - Og nå er jeg jo såpass sikker at nå ser jeg jo helt klart hvor skoen trykker i forhold til de forskjellige som skriker høyt om at han må ha det og det utstyret, og*

*det og det kurset og oppdatere seg ...Det blir jo alltid sånn, når du har vært leder i så mange år, så... (...) Man lærer jo over tid, og du har en del antenner etter hvert, så du skjønner det spillet. For det er klart, det blir jo en type spill. Og så er det en maktkamp, det der". (avd 14 spl)*

Det er alltid er forhandlinger som foregår, og det er nødvendig å inngå kompromisser og foreta prioriteringer. Erfaring og det å "kjenne spillet" hjelper henne til å skjønne hva slags forhandlinger det er snakk om. Det er en maktkamp hvor det ikke alltid er snakk om å prioritere mellom "nøytrale," likeverdige forslag om aktiviteter og tiltak, men hvor det er sterke viljer og muligheter for press involvert. Sørhaugs (Sørhaug 1996) poeng om at ledere har en viktig oppgave i å binde volden, er nærliggende her. Avdelingsjefen fortsetter:

*Legen vil jo utvikle seg, og det er jo utvikling hele veien. Og kanskje masse apparatur som må inn for at han skal utvikle seg, eller så står han stille. Men så kan han bruke det, både i media og ... han kan ikke behandle de og de kreftsortene, han, hvis ikke han får det og det utstyret. Pressmiddel. (...) Altså jeg ser ikke at det er så veldig vanskelig. Fordi at er du leder så - ja, selvfølgelig, det er lederen som bestemmer. Og lederen har såpass innsikt at han ser hvilke konsekvenser ting har. Jeg, som ikke har medisinsk fagbakgrunn, ser da godt det, jeg. Jeg vet da godt å bedømme hvem som skal få det utstyret. Er det for at vi skal komme oss videre? Er det for at vi skal behandle flere pasienter? Er det en ny behandlingsteknikk som har kommet inn, på en helt ny type lidelse? Skal vi satse på det? Hvem er det som satser på det ellers i Norge? Det er jo sånne bedømmelser du gjør.(avd 14 spl)*

Her viser hun at hun har et bevisst forhold til hva som skal til for å kunne prioritere, også når det gjelder beslutninger av fagpolitisk art, og hun argumenterer for at hun ikke trenger å være lege for å gjøre dette. Hun forstår sin avgjørelsesmyndighet som entydig, noe som får tyngde fra at lederen også har de nødvendige forutsetningene

for å forstå konsekvensene av sine avgjørelser. Hun gir uttrykk for at hun ikke trenger medisinsk-faglig innsikt, fordi de beslutningene som skal fattes også er av fordelingspolitisk og administrativ art. De faglige overveiningene kreves imidlertid som premiss for de konklusjonene hun skal trekke. Bidraget fra fagprofesjoner i avdelingen vil i en slik sammenheng være å vurdere hvilke faglige forutsetninger avdelingen har for å kunne sette i gang et nytt tilbud, hvem som ønsker å arbeide med det, og hvordan kunnskap kan utvikles fremover. Hun forklarer at det er slik hun bruker kompetansen som er samlet i lederteamet:

*Jeg får dannet meg et bilde veldig fort av hvordan vi skal gå videre nå. Som er effektivt for meg da. (...) For å gjøre de rette valgene trenger jeg jo klart å lytte til flere, og lytte til de forskjellige meningene. (avd 14 spl)*

Avdelingssjefen understreker altså at hun bygger på teamet for å få en fagpolitisk debatt som skal munne ut i et grunnlag for å kunne fatte beslutninger. Dermed får hun også bredde i de synspunktene hun bygger på. En annen sykepleier utdyper hvordan hun tenker seg bruken av lederteamet i forbindelse med faglige avveininger rundt avdelingens aktivitet:

*Det der med prosjekter som kjøres eksternt og plutselig står der og skal være innlemmet i et budsjett, den er kjempevanskelig. Jeg har ikke noe svar til deg (på hvordan det kan gjøres). Men ellers så har jeg jo tro på det å ansvarliggjøre den enkelte, og ha et team og jobbe tett i lederteamet, og ha en dialog hele tida, - og møtes ved lederbordet, og kunne diskutere det, nå er det et problem på den seksjonen. Her har vi den og den muligheten til å behandle de og de pasientene, hva kan vi gjøre for å greie det innenfor det budsjettet som avdelingen som helhet har, for eksempel. Og jeg har veldig tro på at folk er villig til å gå i dialog på sånne ting. I hvert fall sånn som jeg kjenner personene her. Men akkurat de eksterne prosjektene, de - de er vanskelig. (...) Og det er ikke sikkert - altså en del av det der*

*skal ligge til avdelingssjefen, men det er ikke sikkert at alt skal ligge der. Det kan være ting som er så stort og omfattende at det skal løftes opp på senternivå, for eksempel. Er det nye behandlingsmetoder som krever at du danner en ny politikk, så må det løftes opp. Er det det sykehuset skal gå for? (avd 8 spl)*

Beskrivelsen viser hvordan prosessen i teamet kan forankre beslutninger bredt i avdelingen, og at dette kan være en måte å sørge for at de får støtte på, også i en situasjon der den som har fattet dem ikke er lege selv. Lege-lederne får autoritet gjennom sin faglige tilknytning, og på dette grunnlaget kan de fatte vedtak som får legitimitet og respekteres av kollegene. Sykepleierne har ikke den samme muligheten. For å gi beslutninger legitimitet viser denne avdelingssjefens beskrivelse hvordan de går gjennom en vurderingsprosess slik at den får bred forankring i organisasjonen. Dette kan også betraktes som en måte å ivareta hybridledelse på (Jespersen 2005a:21). Når legene får problemer med denne måten å tenke på, er det fordi sykepleiere som ledere gjør ledelse til noe annet enn faglig ledelse, som gjør at leger blir rådgivere uten beslutningsansvar.

Jeg oppfatter at sykepleierne signaliserer en dobbelthet i forhold til profesjonsnøytral ledelse. På den ene siden argumenterer de sterkt for at sykepleiere skal kunne ha slike posisjoner, og at ledelse er en funksjon som kan ses uavhengig av profesjon. På den andre siden viser de gjennom vurderingene av prosessen i forbindelse med innføringen av enhetlig ledelse at de oppfatter en motstand mot andre enn leger som avdelingssjefer – at de som sykepleiere må gå i motbakker, at de kanskje ikke får legitimitet, og at de på ulike måter møter utfordringer som legene som ledere ikke møter. Slik sett ”leser” de det medisinsk-faglige rasjonalets oppfatning om at avdelingsledelse er en medisinsk-faglig funksjon, og ser at de som sykepleiere kan møte problemer. Etablering av team som kan bidra til at avdelingssjefen kan bygge beslutninger på relevante faglige premisser blir det som skal gjøre det ikke-medisinske lederskapet mulig, men

skepsisen til denne løsningen fra en del av legene gjør det tydelig at dette ikke bare handler om å etablere en administrativ funksjon, men også om å ha fagpersonalets tillit til at den som fatter de endelige beslutningene skjønner rekkevidden av dem. Prosessene rundt teamet kan imidlertid bidra til å forankre beslutningene slik at de får legitimitet på tross av at avdelingssjefen ikke er lege.

#### **8.4 Ikke-medisinsk ledelse som unntak**

Når lege-lederne snakker om sykepleiere som ledere fremstiller de dem i første rekke som unntak. De fremhever f.eks. at det må være sjeldne personligheter som kan klare å ha en sånn stilling hvis man ikke er lege selv. Selv om flere av avdelingssjefene mente at de var åpne for at andre enn leger skal kunne ha en slik stilling, hadde de vanskelig for å komme med eksempler på hvor, dvs. i hva slags avdelinger, i hva slags situasjoner eller under hvilke betingelser det ikke-medisinske lederskapet er mulig. ”Ikke her, men kanskje andre steder, hvor faget ikke er så viktig” er et typisk utsagn. Nettopp fordi ledelse også ses som faglig, er det vanskelig å se for seg sykepleiere som avdelingssjefer. En lege-leder forteller at beslutninger knyttet til den daglige driften er av faglig karakter, og at han derfor ser det som vanskelig å ha ikke-medisiner som leder i hans avdeling:

*Nei, du kan si at avdelinger hvor faglige vurderinger kanskje ikke spiller den samme rollen i de daglige beslutningene, det kan være mye enklere. Men her må vi jo hele tida gjøre faglige beslutninger for å få drifta til å gå på en best mulig måte (avd 3 lege).*

Det som ble foreslått, var at kanskje kunne gå an på steder hvor virksomheten ikke var så legedominert, eller hvor det faglige (dvs. det medisinske) ikke var så langt fremme. Jeg spør en lege-leder hva slags avdelinger det kunne være. Til det svarer han at han vet ikke riktig, og at han tror at det faglige vil være viktig i de aller

fleste avdelinger, men kanskje i større eller mindre grad. Jeg spør om det er noen steder i sykehuset som ikke er så veldig legedominert. Han svarer slik:

*Nei, det er kanskje ikke det. Men på akuttavdelinga for eksempel, der er jo (en sykepleier) sjef, og der ser jeg for meg det at... der er legefunksjonen noe som kommer utenfra og inn... (...) Men jeg vet ikke. Det er et dilemma det der. Jeg tror at en skal være veldig våken for at det ikke nødvendigvis behøver å være leger. (avd 6 lege)*

Det at akuttavdelingen faktisk *har* en sykepleier som avdelingssjef, blir et eksempel på at det er mulig her, sammen med påpekningen av at denne avdelingen avviker fra de kliniske avdelingene ved at den ikke har noen leger ansatt. En annen avdelingssjef (sykepleier) snakket om at det finnes eksempler på at andre enn leger kan være akseptable som ledere når det er vanskelig å finne en søker blant avdelingens leger som man kan samles om. Da blir en ikke-medisiner et alternativ fordi vedkommende er "utenfor" eventuelle konfliktsituasjoner i avdelingen, og kan fungere med utgangspunkt i andre kriterier enn de komplekse faglige relasjonene. Hun forklarer:

*Det er jo konflikter i veldig mange avdelinger, hvor det går på makt mellom leger. Det går på flere som er veldig sterke, har sterke meninger om sitt fagområde, og så begynner du å blande deg borti det - Og så blir det tautrekking der. Hvem er flinkest i klassen, altså - Og der er den gruppen utrolig flink til å ... det handler noe om makt. Og så lager de seg leirer, sånn at noen går til den og noen går til den, og så blir det maktkamp og diskusjoner og ... (avd 14 spl)*

En avdelingssjef forteller at hun er den eneste sykepleieren som leder en klinisk avdeling ved dette sykehuset. Jeg sier at på akuttavdelingen så er det vel også en sykepleier? Hun svarer: "ja, men der er det mange profesjoner også, ikke sant. Så



*det blir helt annerledes. På føden er det jo annerledes og ... Og på (avdeling som ligger utenfor sykehuset) ble det jo ikke utlyst engang, så den er jo grei". (avd 14 spl)*

De avdelingene som har sykepleiere som avdelingssjefer konstrueres her som unntak og dermed "annerledes" enn de avdelingene som har leger ansatt. I første rekke er dette kliniske avdelinger, dvs. enheter som driver med pasientbehandling. Dette bidrar til å understreke at den medisinsk-faglige avdelingsledelsen er normen. Dermed truer ikke sykepleierne den institusjonaliserte forståelsen av at avdelingsledelse må være medisinsk. Ansettelsen av sykepleiere som avdelingssjefer viser likevel at de individuelt kan ha tillit, selv om de mangler den medisinske utdanningen. Dette innebærer at man kan ha mange typer "ledelseskapital", selv om man ikke har den allment aksepterte kunnskapen som "alle" kan godta. I motsetning til en "profesjonell" leder er sykepleierne fortrolige med sykehuset og kjenner mange av de interne "kodene" i kulturen, og kan få autoritet ut fra det (langs noen dimensjoner, i hvert fall). De har likevel ikke den legitimiteten som en lege ville hatt ut fra sin utdanningsbakgrunn. Det å ansette sykepleiere som avdelingssjefer er derfor kontroversielt, og møter ulike typer strategier som bidrar til å opprettholde bildet av avdelingssjefen som medisinsk-faglig posisjon (definering som unntak, hun er spesielt dyktig, det fungerer faktisk bra, det var ingen leger som kunne ta jobben). Et dilemma for sykepleierne er at deres syn på ledelse innebærer å dempe fagets betydning og understreke at det er ledelse som er den viktigste funksjonen i avdelingsledelsen. Derfor har de problemer med å bli oppfattet som troverdige som ledere for hele virksomheten.

## 8.5 Organisering av ansvar og myndighet

Fra lovgivernes side tenkes den nye generelle lederfunksjonen ivaretatt gjennom delegering av ansvar til faglige rådgivere eller systemansvarlige. Det ble understreket i lovteksten til Specialisthelsetjenesteloven (Ot.prp.10 1998-99) at når kravet til forsvarlig ledelse krever det, skal det pekes ut medisinsk-faglige rådgivere<sup>58</sup>. Ledere uten medisinsk kompetanse får dermed et faglig grunnlag for beslutninger fra en rådgiver som ikke selv har formelt lederansvar.

Sykehusledelsen understreket at den nye avdelingssjefen ikke skulle lede avdelingen alene:

*Vi var veldig tydelige på at dette er en teamleder. I teamet skal kompetansen finnes. (...) Din oppgave (som avdelingssjef) er å bære det symbolsk for din avdeling, og være den som sikrer at den samlede kompetanse finnes i ditt team, og eventuelt si fra hvis den ikke gjør det, og du ikke klarer å få det til. Så for meg var det veldig uproblematisk (å ha sykepleiere som avdelingssjefer). Men problemet var jo å få sykepleiere som var både villige til å søke og som selv følte seg i stand til å ta totalansvaret. Vi fikk jo ansatt en sykepleier på en klinisk avdeling, med full protest og ankesak og full pakke fra legeföreningen. Og hun ble ansatt, og det fungerer kjempefint. (Senterdirektør 2)*

Protestene fra legeföreningen mot ikke-medisinske avdelingssjefer i kliniske avdelinger går på at det ikke er samsvar mellom ivaretagelse av ansvar og myndighet til å fatte beslutninger hvis sjefen ikke er lege. I avisdebatten ble forholdet mellom ansvar og myndighet et stort tema, og det berører komplekse forhold i kjernen av diskusjonen omkring fag og ledelse. Ansvarsbegrepet i

---

<sup>58</sup> Som nevnt i kapittel 5 fraråder legeföreningen sine medlemmer å påta seg slike rådgiverfunksjoner fordi de mener at det fører til manglende samsvar mellom ansvar og myndighet. Faglige rådgivere har ikke beslutningsmyndighet, men skal påse at de medisinsk-faglige premissene foreligger før ledelsesbeslutninger treffes. Dette oppfatter legeföreningen som en uklarhet når det gjelder ansvarsforhold (Legeföreningen 2001b).

juridisk forstand er knyttet til at det får rettslige konsekvenser å bryte rettsregler (Ohnstad 2001). I helsepersonelloven fremheves det imidlertid at det ikke er gitt at det som overskrider grensen for hva som skal regnes som forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell, skal falle sammen med hva som rammes av strafferettslige eller erstatningsrettslige sanksjoner (Ot.prp.13 1998-99:36). Enkelt sagt kan ansvar mao. også knyttes til forhold som ikke er lovregulert. Medisinsk ledelse har f.eks. ikke vært regulert av tidligere lovgivning (Ohnstad 2001), selv om det har vært og er en utbredt oppfatning i sykehuset at avdelingsledelse har en klar forankring i det medisinske fagfeltet, og fra legehold defineres som en medisinsk ansvarsposisjon (Norsk overlegeforening 2000). På den ene siden har legene et lovfestet medisinsk behandlingsansvar som innebærer at de personlig står ansvarlige for medisinske beslutninger. På den andre siden forstås avdelingsledelse i en medisinskfaglig logikk som medisinsk ledelse. I debatten om samsvaret mellom ansvar og myndighet argumenterer legene for at det er en sammenheng mellom legenes faglige behandlingsansvar, som er individuelt plassert, og ledelse av avdelingen der behandlingen foregår, som er et organisatorisk ansvar. I utformingen av den nye avdelingsledelsen i sykehuset der studien ble gjennomført, ble det planlagt en bredt faglig forankret ledergruppe som skulle bestå av avdelingssjef og et team av ”faglig systemansvarlige” for hvert enkelte fag/fagområde i avdelingen. Teamet og muligheten til å spille på andres kompetanse gjør det ikke-medisinske og det profesjonelle lederskapet mulig, fordi teamet i prinsippet gjør avdelingssjefens individuelle fagbakgrunn mindre viktig. I en teamleder-modell tones den enkeltes fagkompetanse ned og oppmerksomheten rettes i større grad mot de oppgavene som teamet skal løse. En sykepleier-avdelingssjef sier at det er det de ønsker å komme gjennom denne reformen:

*Jeg håper at det får stor betydning, at folk fokuserer nettopp på teamet, at det ikke er noe solospill. Det er teamarbeid. Og det at en også er en del av et team, at en har*

*sin rolle der, og i dette teamet her så er det faktisk jeg som har den og den rollen, det er jeg som har fagkunnskapen på akkurat det, og det er jeg som har forskningskunnskapen og kan uttale meg om det. Og at hvis folk kommer så langt, så er vi nesten i mål, tror jeg. Og så sitter avdelingssjefen og trekker i trådene og samler inn det vedkommende trenger av opplysninger for å kunne fatte en beslutning. (...)Og tyngden har du i kraft av det å være leder, og det å drive ledelse, og ikke i kraft av det om du er medisiner eller sykepleier. Mener jeg. For da har du samlet det du trenger av opplysninger, og du greier å sortere og greier å se det i sammenheng med resten. Så jeg håper vi kommer dit. (avd 8 spl)*

Konsekvensen av denne strukturen er at avdelingssjefen kan ta ansvar for å skaffe til veie nødvendig informasjon som grunnlag for å fatte beslutninger. Fagkunnskapen innenfor det enkelte område ligger hos andre enn lederen, og som eksperter på sine felt bidrar de med sine vurderinger av ulike typer saker slik at det avdelingssjefen beslutter, bygger på faglige premisser. Lederens kompetanse ligger i å sette sammen et team som har den nødvendige kunnskapen, og å hente frem og vurdere hva som er nødvendig informasjon når det gjelder ulike beslutninger. Denne forståelsen av lederfunksjonen er i tråd med det som lederreformen legger opp til, og er sykehusets løsning på hvordan ikke-medisinere skal kunne være avdelingssjefer.

Avdelingssjefen fortsetter:

*Men så får jeg noen sånne meldinger igjen om at ja, ja, du er nå ikke lege, akkurat, og hvordan skal du nå takle (...) det faglige grepet rundt avdelingen? Og selv om - altså, jeg er ikke medisiner, kommer aldri til å bli det. Jeg er heller ingen forsker, og kommer aldri til å bli det. Men jeg tror nok at det å ha kompetansen i lederteamet skal være godt nok. Og hvis jeg greier å argumentere for det, så har jeg kommet langt. Og enkelte har jeg vel overbevist, mens andre steiler på det. (avd 8 spl)*

Avdelingssjefen bekrefter at det å være leder uten medisinsk fagbakgrunn medfører utfordringer, og hun peker på at lederteamet kan være grunnlaget hennes for å utøve ledelse. Det medisinske ansvaret ivaretas på denne måten med et organisatorisk grep. En slik form for lederskap støttes også i noen grad av leger. Jeg spør en lege-leder om han kommer opp i mange diskusjoner hvor han trenger sitt medisinsk-faglige ståsted for å kunne ta avgjørelser. Han svarer slik:

*Det er nok kanskje lettere når du er lege selv da. Men jeg tror at hvis du organiserer deg og har de rette personene rundt deg som kan gi deg fornuftige råd, og som har litt endringsvillighet, og ser målet og er enig med deg om målet, så tror jeg nok det kan gå bra. Men hvis det der begynner å sprike, da har du kanskje i praksis den todelte ledelsen igjen. På et eller annet vis - i en ny fasong. (avd 7 lege)*

Mulighetene til en ikke-medisinsk leder ligger altså i å knytte til seg fagpersoner som kan gi råd. Avdelingssjefene er tydelige på at man i en slik stilling må ha legitimitet blant de ansatte i organisasjonen, og særlig blant legene. Muligheten til å løse dette organisatorisk er kontroversielt, og spesielt på grunn av at det ut fra mange legers syn ikke ivaretar forholdet mellom ansvar og myndighet. Rådgiverne har ansvaret for de faglige rådene de gir, mens lederen har myndighet til å sette beslutningene som baserer seg på den faglige kunnskapen, ut i livet. Meningene om en slik løsning, varierte noe.

Jeg spør en lege-leder om det kunne gjøre det lettere å gjennomføre et ikke-medisinsk lederskap hvis man hadde et team hvor også dyktige og faglig oppgående leger var med. Han svarer: ”Nei, du måtte trekke deg nokså tilbake og bli en helt anonym leder da, og la teamet lede, og la legemedlemmet i teamet være mer synlig. Jeg tror at da mister du totalansvaret nokså fort, altså”. (avd 5 lege)

Når lederens synlighet bygger på faglig dyktighet, kommer forståelsen av det profesjonelle hierarkiet til syne. Hvis lederen overlater det medisinske ansvaret til andre, som lederen må gjøre hvis han/hun ikke har medisinsk fagbakgrunn, kan lederen "miste" lederansvaret og stå i fare for å bli satt på sidelinjen. Her kommer forståelsen av det profesjonelle hierarkiets ordning av kunnskap til syne, hvor medisinen som faglig hegemonisk posisjon konstituerer de andre som faglige støttespillere og støttefunksjoner. En ikke-medisinsk avdelingssjef snur på disse relasjonene, men det er en skjør konstruksjon, ettersom den medisinske fagkunnskapen er så viktig. Jeg spør en annen avdelingssjef om man ikke kan tenke seg at en faglig rådgiver kan oppveie for manglende medisinsk kompetanse hos avdelingssjefen? Han svarer tvilende:

*Ja, jo - Mm. Ja da. Men jeg tror du blir offer for - jeg holdt på å si manipulering, altså. Det er så mange sterke personligheter som har mange motiver. Og sterke motiver... Så jeg tror det er vanskelig – i hvert fall på vår avdeling tror jeg det ville vært veldig vanskelig å takle alle de innspillene, hvis du ikke har en faglig tyngde selv. (avd 2 lege)*

"De sterke personene" betyr her de "tunge" fagpersonene i avdelingen. Begrepsbruken forteller at det er faglig tyngde som gir autoritet og makt i det faglige systemet. Da blir det vanskelig å komme inn som "ikke-faglig" leder og argumentere overbevisende for avgjørelser som berører faglige forhold. Dette illustrerer igjen Sørhaugs poeng som jeg var inne på i kapittel 7, at en av lederens oppgaver er å binde volden i organisasjonen (Sørhaug 1996). Dette tydeliggjør også at et viktig aspekt ved det relasjonelle i maktforhold er at den makten du har, er den makten du får (Foucault og Gordon 1980). De man forhandler om autoritet *med* i en slik sammenheng, er de som representerer de institusjonaliserte forståelsene av ledelse og styring, og det man forhandler *om*, er hva som er gjeldende "valuta" for å få aksept som leder i det faglige systemet. Beskrivelsen av de sterke

personlighetene understreker samtidig at makt og autoritet ligger hos de som behersker ”produksjonen” – dvs. pasientbehandlingen. Den medisinske kunnskapen og koblingen til produksjonen blir her nøkkelen til den tyngden som trengs for å kunne fatte beslutninger som støttes av miljøet rundt. Sykepleiernes problem i denne sammenheng er at de ikke har den nøkkelen.

Man kunne forvente at legene i teamet bidro med sin fagkunnskap slik at beslutningene bygger på faglige premisser, og en avdelingssjefen sier at det er slik en tenker seg det. *”Men jeg tror at hvis du da som avdelingssjef tar en upopulær avgjørelse så har du mye større problemer med lojaliteten enn om du er lege, altså.(...) Til slutt så må du jo stå og si at ... jeg tok den avgjørelsen ved å være med å diskutere med andre i ledergruppen. Da vil du jo få problemer når du skal forsvare det du har gjort, for du har ikke hatt forutsetninger for å forstå det.”* (avd 5 lege)

Det springende punkt er altså i hvilken grad avdelingssjefen har den faglige ballasten som gir forutsetning for å forstå grunnlaget for de beslutningene som fattes. Det å fatte et vedtak på grunnlag av det som *andre* kan, blir ikke ansett som tilstrekkelig for en holdbar beslutning. Avgjørelsene må tas ut fra *egen* kunnskap. Tilliten til de beslutninger som tas, svekkes hvis lederen selv ikke innehar den relevante kompetansen, og det vil dermed være et åpent spørsmål om han/hun da vil være i stand til å sette makt bak (dvs. gjennomføre og oppnå lojalitet i forhold til) det som er bestemt. Avdelingssjefen snakker om at man *kunne* tenke seg ikke-medisinske ledere med autoritet i de medisinske fagmiljøene, men muligheten presenteres som et sjeldent og lite sannsynlig unntak. Selv en lege som sitter over driften og dermed ikke deltar i det kliniske arbeidet, vil ha et bedre utgangspunkt for å ta avgjørelser som avdelingssjef, sies det. Tilliten til at lederen kan gjøre en god jobb, hviler på at kollegene vet hva vedkommende står for som fagperson, og

at avgjørelser tas med utgangspunkt i en kvalifisert vurdering av konsekvensene av avgjørelsen.

Sykepleierne representerer en ledelsesforståelse som legger seg tettere opp til reformens visjon av den enhetlige og profesjonelle lederen med blikket rettet mot avdelingen som virksomhet. De beskriver hvordan det ikke-medisinske lederskapet kan la seg gjennomføre gjennom strukturering av et faglig lederteam rundt avdelingssjefen. Lederen skal bl.a. legge til rette for at andre fagpersoner skal utøve sitt fag. Ledelse, administrering og koordinering blir dermed synlig som egen aktivitet, og forskjellen mellom fagutøvelse, dvs. "produksjonen" i avdelingen, og ledelse av den samme aktiviteten, blir tydelig. Beskrivelsen av lederen som fatter beslutninger på grunnlag av kunnskapen til lederteamets medlemmer, viser hvordan det profesjonsnøytrale lederskapet bygger på at det defineres et skille mellom ansvaret for behandlingen av pasientene (som er legenes lovfestede ansvar) og ansvaret for "systemet", som er virksomheten som helhet og de organisatoriske rammene for behandlingsaktiviteten. Systemansvaret beskrives som en ikke-faglig funksjon, og kan dermed ivaretas med utgangspunkt i ikke-faglig (les: ikke-medisinsk) kunnskap. Dermed åpnes også den nye lederstillingen for sykepleiere og andre ikke-medisinere.

Med utgangspunkt i en medisinsk-faglig forståelse av avdelingsledelse derimot, oppfattes ivaretagelsen av lederansvaret i avdelingen som et medisinsk systemansvar, som henger sammen med avdelingens behandling av pasienter. Dermed spiller det en rolle *hva* man leder, og dermed hvem (i betydningen hvilken profesjon) som er leder, og ut fra en slik tankegang *er* ledelsesansvaret det medisinske systemansvaret. Det er ingen som har satt spørsmålsteget ved at legene skal ivareta det individuelle og lovfestede behandlingsansvaret, men det skillet som konstrueres mellom behandlingsansvar og systemansvar blir en forutsetning for at andre enn leger kan være ledere for avdelingen. Dette skillet



gjør det tydelig at konflikten om profesjon i ledelsen handler om ivaretagelse av systemansvaret, og om dette skal defineres som et medisinsk eller som et overordnet profesjonelt lederansvar for avdelingen.

## **8.6 Fag = medisin = ledelse?**

Den eksplisitte argumentasjonen mot andre enn leger som avdelingssjefer hviler særlig på to forhold: de faglige forutsetningene for å kunne *fatte informerte beslutninger* om virksomheten, og mulighetene for å kunne *få autoritet i legegruppen*, og dermed lojalitet overfor de beslutningene som fattes.

Beskrivelsen av "de sterke personlighetene" som lederen må kunne håndtere, viser hvordan autoritet springer ut av faglige ekspertposisjoner, og tvilen knyttet til andre enn leger som ledere, bunner i en oppfatning om at lederen må være faglig "likeverdig" med de som skal ledes for at de skal kunne tas på alvor. Her vil jeg igjen peke på den hvite frakken som symbol for den medisinsk-faglige autoriteten. I den sammenheng er et viktig spørsmål om en av grunnene til at det blir vanskelig med en jordmor eller sykepleier som leder for hele virksomheten, er at de tilhører en profesjon som i et faglig hierarki forstås som underordnet det medisinske fagfeltet. Profesjonsnøytralitet og det å åpne for andre enn leger som ledere utfordrer dermed ikke bare måten faget skal ivaretas på, men også forståelsen av medisinsens posisjon som øverst i det faglige hierarkiet.

Legene i denne studien er noe uklare i sine beskrivelser av hvorfor det er så viktig med leger som avdelingssjefer. De er ikke prinsipielt motstandere av at andre yrkesgrupper i denne stillingen, og har for så vidt også forslag til hvilke egenskaper det er viktig at en leder har, som ikke handler om medisinsk kunnskap. Når det kommer til stykket, har de imidlertid vanskelig for å se for seg hvor og hvordan det ikke-medisinske lederskapet kan la seg gjennomføre, og "i hvert fall ikke her hos oss," blir konklusjonen hos flere. Den underliggende

forståelsen av medisinen som avdelingens primære fagfelt og forståelse av ledelse, blir paradoksalt tydelig gjennom problemene med å sette ord på hvorfor medisinen er så viktig: den er så selvfølgelig som avdelingens hovedaktivitet og faglig "logikk" at den blir vanskelig å få øye på.

Legenes standpunkt om at de for så vidt ikke har noe imot andre enn leger som ledere, gjenspeiler den offentlige debattens oppfatning om at den enhetlige ledelsen er noe annet enn faglig ledelse. Det er ikke vanskelig å si seg enig i, på et generelt grunnlag, at det er viktig å ha en leder som fungerer, enten dette er en lege eller en sykepleier. Går man inn i avdelingen, blir det imidlertid vanskeligere. Med sin kjennskap til sykehuset som faglig system har lege-lederne vanskelig for å se sykepleiere som ledere for avdelingen, fordi det medisinske fagfeltet er så sentralt i avdelingens aktivitet, og autoriteten til lederen ligger i faget. De forankrer sitt ledelsesbilde i en variant av den gamle avdelingsoverlegen, selv om de kan være raske til å understreke at det er lenge siden den "gamle" avdelingsoverlegen var i funksjon. Poenget med assosiasjonen til avdelingsoverlegen som faglig leder er heller det at han/hun *personifiserte* det medisinske systemansvaret som et faglig grep om avdelingen. Striden om profesjonsnøytral ledelse av avdelingen kan dermed forstås som en strid om hva systemansvaret skal være. Som vi så i kapittel 7, innebærer den medisinske forståelsen at dette er et ansvar for balansegangen innenfor fagets utvikling med utgangspunkt i det medisinsk-etiske, og det plasserer derfor lederskapet innenfor medisinsens fagområde. Der hvor en medisiner kan fatte beslutninger på grunnlag av eget fag og ikke trenger den brede forankringen i organisasjonen, skaffer sykepleieren legitimitet gjennom prosessuell tilnærming og bred forankring av beslutningene. Slik skisseres en annen mulighet til å sørge for legitimitet og tiltro til beslutninger, selv om de fattes av en ikke-medisiner. Her ser vi konturene av en ikke-medisinsk hybrid (Jespersen 2005a:21).

Det kan være at striden om profesjonsnøytralitet ble til en strid om ivaretagelse av faglighet gjennom avdelingssjefen, som sett fra et medisinsk-faglig ståsted må ivaretas av leger. Hvis legene forsvinner, forsvinner også fagligheten. Med andre ord er enhetlig ledelse ikke for lite faglig hvis lederen er lege, selv om det er en profesjonell lederstilling. Det er først når sykepleiere eller andre får jobben, at faget "forsvinner". Dermed kan vi svare på det innledende spørsmålet ved å si at nei, sykepleierne er ut fra det foregående, og sett fra et medisinsk-faglig rasjonale, ikke "faglige" nok til å kunne konstituere en tilstrekkelig faglig tung hybridposisjon til å få autoritet som ledere i kliniske avdelinger.

Gjennom legenes vurderinger blir også det faglige hierarkiet tydelig, ikke som et formalisert hierarki av over- og underordnede faglige posisjoner, men som forståelse av medisinen og sykepleien som over- og underordnet i forhold til hverandre, dvs. som et slags prinsipp. Hierarkiet tar utgangspunkt i det som av mange karakteriseres som kjernen i sykehusets virksomhet, som er interaksjonen mellom pasient og lege (Atkinson 1997). Denne relasjonen danner utgangspunkt for det medisinske rasjonalets forståelse av profesjonelle relasjoner, og åpner for å betrakte andre aktiviteter som administrative eller faglige støttefunksjoner til den medisinske kunnskapsutøvelsen. En avdelingssjef sier f.eks. at *"på operasjonsstua så er jo sykepleierne de som ... dekker bordet (ler), ja nå bruker jeg stygge ord, men... de er jo de som styrer operasjonsavdelingen, og sørger for at infrastrukturen er der"* (avd 1 lege). Når legene snakker slik, blir det profesjonelle hierarkiet tydelig. Ut fra en slik forståelse er sykepleie som faglig aktivitet underordnet medisinen. Hvis man forstår relasjonene mellom profesjonene i sykehuset som hierarkisk ordnet, blir det vanskelig å tenke seg likestilling mellom ulike fagfelt. Formell likestilling slik vi så det i f.eks. den todelte ledelsen av avdelingene, vil ikke endre dette relasjonelle forholdet. Man kan derfor godt argumentere for at det likestilte todelte lederskapet mellom avdelingsoverlege og oversykepleier var en forhandlet orden. Ut fra en slik

forståelse blir én forklaring på at sykepleierne ikke får autoritet som ledere for hele avdelingen, at de er prinsipielt underordnet i det faglige systemet. Da blir ikke bare det (manglende) faglige kunnskapsgrunnlaget i lederposisjonen et problem, men også sykepleiens underordning i forhold til medisinen som fagfelt.

Forklaringene på hvor og når sykepleiefaglig avdelingsledelse er mulig, er eksempler som viser hvordan den ikke-medisinske avdelingsledelsen håndteres. Både leger og sykepleiere bidrar til å konstruere sykepleier-avdelingssjefer som *unntak*. Vi har sett at ansettelsene av sykepleiere på ulike måter ble oppfattet som "annerledes", enten ved at avdelingen ikke var kliniske, eller ved at situasjonen i den aktuelle avdelingen var spesiell på ulike måter, eller fordi lederen var spesielt dyktig. Dette er eksempler på at den institusjonaliserte forståelsen av ledelse ikke alltid følges, fordi man i praksis må ta hensyn til hva som lar seg gjennomføre. Defineringen av ikke-medisinske ledere som unntak bidrar til å redusere den normerende kraften til disse ansettelsene: som unntak gjelder de ikke hele profesjonen, og det gjelder ikke alle typer avdelinger. De får dermed ikke den kollektive "kraft" som kan endre på den institusjonaliserte forståelsen, på kort sikt. Dermed blir heller ikke sykepleieren som leder noen trussel mot det dominerende bildet av lege-lederen som gjeldende norm for avdelingsledelse. De praktiske løsningenes potensiale for å endre på den gjeldende normen underkommuniseres ved å konstruere avvikene som unntak, og dermed betydningsløse som "endringsagenter". Dette bidrar til å understreke at normen er medisinsk-faglig ledelse.

#### *To motsetningsfylte forståelser*

Medisinen er utgangspunktet for organiseringen av virksomheten i avdelingen, og for hvordan det faglige ansvaret for avdelingen defineres. Faget er nøkkelen, og faget er medisinen. Det å splitte opp det som forstås som et medisinsk-faglig ansvar for avdelingens virksomhet blir vanskelig, fordi det å skille ut

systemansvaret reduserer ledelse av avdelingene til å administrere behandlingsaktiviteten. Et administrativt ansvar kan sykepleierne godt ivareta, men ut fra en medisinsk-faglig forståelse oppfattes ledelse av avdelingene som noe annet. Her er ansvaret for avdelingene som system et viktig poeng: at det bare er legene som kan ta ansvar for prioriteringer når det er knappe midler. "Profesjonell" ledelse blir håndterlig så lenge det er leger som er ledere, for de representerer medisinen som institusjon, og har dermed i utgangspunktet legitimitet som ledere. Sykepleiernes perspektiv presenterer forholdet mellom systemansvar og behandlingsansvar på en annen måte. Systemansvaret innebærer koordinering, organisering av drift, administrasjon og personalledelse. Sykepleierne vil skille fag og ledelse, ta ansvaret for ledelsen av systemet og overlate fagutøvelse til de som kan det best. De beskriver en løsning hvor legene bidrar til å gi det faglige grunnlaget for avdelingssjefens beslutninger gjennom deltakelse i lederteamet. Her er sykepleierne helt på linje med reformen. Så selv om de i denne studien også gir uttrykk for ambivalens i forhold til å være avdelingssjef, understrekes et prinsipielt perspektiv på ledelse som funksjon uavhengig av faget.

Svaret på det innledende spørsmålet om hva som gjorde det så vanskelig med en jordmor som avdelingssjef, må ut fra dette knyttes til at vi her møter to ulike forståelser av systemansvaret. Den ene fremstiller systemansvaret som en kontekstavhengig faglig ledelsesfunksjon, den andre legger hovedvekten på driftsrelaterte problemstillinger og det å få virksomheten til å gli, og gjør det dermed mindre avhengig av sine organisatoriske omgivelser. Med utgangspunkt i Scotts definisjon (se også kap. 2) kan vi si at ikke-faglig ledelse innebærer et brudd med medisinenes kognitive kontroll over sine institusjonelle omgivelser (Scott 1995). Sett fra et medisinsk-faglig ståsted er ledelse av "produksjonen" i sykehuset et faglig ansvar. Motstanden mot den profesjonsnøytrale ledelsen tok derfor utgangspunkt i at det å ansette ikke-medisinere som avdelingssjefer ble sett som en omdefinering av ansvaret for avdelingene fra faglig til ikke-faglig, og dermed som et brudd med en

medisinsk-faglig forståelse av virksomheten. Dette sier altså noe om forståelsen av ansvar ut fra en medisinsk-faglig logikk, som dels er knyttet til et lovfestet behandlingsansvar, og dels til et ikke lovfestet, men medisinsk forstått ansvar for avdelingene som faglige enheter.

## 9 Ledelse til begjær eller besvær?

I innledningen refererte jeg til en avisdebatt som viste hvordan spørsmålet om hvem som skal lede avdelingene i sykehus diskursivt ble forstått som profesjonskamp. Det som kunne se ut som tradisjonell argumentasjon om makt og posisjoner blant leger og sykepleiere eller annet helsepersonell, var imidlertid mer komplisert. Dette viste seg ved at legene ”tapte” debatten om at lederne *måtte* være leger, men at det i praksis var leger som fikk de fleste lederstillingene i kliniske avdelinger (Andersen 2002; Fonn 2002). Ved å betrakte innføringen av enhetlig og profesjonsnøytral ledelse av sykehusavdelinger som et møte mellom en New Public Management (NPM)-inspirert styringsforståelse og det jeg i tråd med annen forskning har kalt sykehusets medisinsk-faglige rasjonaler, har jeg utforsket kompleksiteten i forholdet mellom fag og ledelse. Lederreformen kan ses som et uttrykk for at faglige utgangspunkt for vurdering av hvordan ting skal løses, ikke har samfunnsmessig legitimitet i samme grad som tidligere. Med utgangspunkt i Bergs begrepsbruk kan vi si at medisinsens generaliserte autoritet (Berg 1987) ikke har like stort gjennomslag på det organisatoriske området. Viljen til å se en lederreform som løsning på organisatoriske og prioriteringsmessige problemer kan ses som et uttrykk for at ledelse vektlegges i stadig større grad, av stadig flere, og at ledelse ses som løsning på stadig flere slags problemer (Sørhaug 2004). Resultatene fra min studie bekrefter langt på vei disse utviklingstrekkene, men med noen nyanser som jeg skal trekke frem i dette avsluttende kapitlet.

## 9.1 Hva viser denne studien?

Avhandlingen har vært konsentrert om forholdet mellom fag og ledelse i sykehus. Jeg tok utgangspunkt i at den institusjonaliserte forståelsen av faglig ledelse på avdelingsnivået er blitt utfordret av en reform som innebærer profesjonalisering av lederfunksjonen, og innføring av et klarere skille mellom ledelse og fag. Den medisinsk-faglige forståelsen innebærer at det oppfattes som logisk og udiskutabelt (og derfor taust) at det må være en lege som leder avdelingene. Dette er logisk for legene fordi dette er medisinsk aktivitet, og det medisinsk-etiske må styre aktiviteten, ikke økonomi eller andre hensyn. Derfor er den medisinsk-faglige ekspertisen nødvendig for å få autoritet. Lege-ledernes deltakelse i klinikken blir sett som viktig for å opprettholde denne autoriteten, samtidig som det skal sikre retten til en faglig stilling. Det å ikke se seg den hvite legefrakken blir en demonstrasjon av tilhørigheten til det kollegiale fellesskapet og til faget, og fungerer også som en tydelig markering av avstand til "ledelsen" som kategori. Det viser dermed også at den nye lederfunksjonen er noe annet enn en overgang til "ledelsen", samtidig som den er noe annet enn den tidligere faglederen. Vi ser altså konturene av en ny form for medisinsk ledelse, hvor avdelingssjefene blir mer ledere enn leger, men hvor den medisinske kunnskapen er en viktig komponent (se også Llewellyn 2001:617).

Både leger og sykepleiere i den nye enhetlige ledelsen gir uttrykk for ambivalens med hensyn til å påta seg lederansvar. Legenes ambivalens knyttes til at den nye lederfunksjonen innebærer at de må "velge bort" faget til fordel for en lederkarriere, noe som presenteres som et enten-eller. Lege-lederne ser derfor på det å være avdelingssjef som noe midlertidig. Dermed understreker de at de ikke har forlatt klinikken for godt, noe som gjør dette til et element i forhandlingene om autoritet som leder. De beskriver rollen sin som en tydeligere lederrolle enn den tidligere faglederen, men med forankring i faget, mao. et uttrykk for



utforming av et både-og. Her ser vi også et tydelig paradoks: understrekningen av tilknytning til klinikken og medisinen viser hvilken betydning denne tilknytningen har for legenes autoritet som ledere. Gjennom å bli ledere og konsentrere sin aktivitet om lederoppgaver i stedet for klinikk, fjerner de seg imidlertid fra det som gir dem autoritet. Når det er medisinsk-faglig videreutvikling og spesialisering og ikke ledelse som gir status, blir ledelse lite attraktivt. Så hvorfor vil de da bli avdelingssjefer?

Ut fra en medisinsk-faglig forståelse er det legene som kan ta et overordnet og helhetlig ansvar for avdelingens prioriteringer og avveininger mellom ulike faglige utfordringer. Tradisjonelt er det ikke legene som har tatt seg av driftsmessige problemstillinger, det har sykepleiere gjort. De har heller ikke hatt ansvar for personell annet enn leger, så dette er en utfordring i den nye rollen, og et nytt ansvarsområde. Gitt økonomisk press og samfunnsmessig legitimitet, ser de at noe *kan* gjøres annerledes enn før, og styres bedre. Men styringskriteriene må til syvende og sist være de medisinsk-etiske: ansvaret for ivaretagelse av pasientenes behov og fagets utvikling. Avdelingssjefene beskriver en tydeligere lederfunksjon som tar grep om avdelingen på et nivå over fagekspertene. Dette innebærer å fatte beslutninger som tjener avdelingen som helhet, men som kan bety å gå på tvers av enkeltlegers faglige prioriteringer, eller på tvers av enkeltgruppers ønsker. Her ser vi ledelsesforståelsen fra reformen. De beskriver imidlertid et tydelig styringsdilemma, knyttet til at de også ser at organisasjonens rutiner er knyttet til behandlingsaktiviteten og styrt av pasientenes behandlingsbehov. Ut fra en profesjonsforståelse innebærer dette at aktiviteten har sin egen logikk og går ”av seg selv”. I dette ligger den medisinsk-etiske forståelsen til grunn: det er pasientens medisinske behov som er grunnlaget for de beslutningene som fattes, og som har forrang foran andre styringskriterier. Reformen skisserer en strukturell endring som det er opp til den enkelte avdelingssjef å fylle med innhold, og finne relevante tilknytningspunkter for i

organisasjonen. Utfordringen ligger først og fremst i oppfatningen av at organisatoriske reformer har liten relevans for den daglige aktiviteten, og at rutinene ikke bare er knyttet opp i behandlingsforløp, men også i den enkelte fagprofesjons og spesialitets ansvar og oppgaver. Derfor kan reformen stå i fare for å bli en papirbestemmelse, hvor de formelle posisjonene er endret, men hvor oppgaver og ansvar i det store og hele håndteres som før.

På grunn av at det fag-etiske må være grunnlaget for aktivitet og prioriteringer, er lege-lederne opptatt av konflikten mellom ønsket om spesialisering og faglig utvikling på den ene siden, og ivaretagelse av befolkningens behandlingsbehov på den andre; å avveie og balansere det ”nye” opp mot ”rutine” - det vi kan kalle ”profesjonsbefalingen”. Dette er legenes oppfatning av systemansvaret. Dermed beveger vi oss fra mikronivået og spørsmålet om autoritet i lederposisjonen, og over til håndteringen av det organisatoriske. Her ser vi også skillet mellom legens forståelse og en annen oppfatning av systemansvar som bygger på en NPM-forståelse: systemansvar som ansvar for drift og økonomi. En sykepleiefaglig oppfølging av systemansvar konsentreres om driften av avdelingen, og sykepleiere kan nettopp få legitimitet i lederstillingen fordi de er dyktige til å organisere den daglige virksomheten, og spesielt til å organisere oppgavene i forhold til personalet (se også Jespersen 2005a:20). Der hvor avdelingssjefen er sykepleier, ivaretas de faglige hensynene av medisinsk-faglige og andre fags rådgivere som sitter i avdelingssjefens lederteam. Sykepleiere som avdelingssjefer blir imidlertid enkeltksempler, og fortolkes som spesielle og som avvik fra den institusjonaliserte normen om medisinsk lederskap. Dette gir dem muligheter nettopp som enkeltksempler, men det fratrukker dem samtidig kraft som endringsagenter. En NPM-inspirert forståelse av profesjonell ledelse og organisering av virksomheten innenfor et gitt budsjett, gir ikke legitimitet innenfor universitetssykehuset, fordi universitetssykehuset har ansvaret for både befolkningens medisinske behov, for fagets utvikling og for utdanningen av nye

fagfolk. Et system må også forholde seg til faget, dvs. til de faglige nettverkene, fagekspertene og arbeidsprosessene. Det er i balansegangen mellom dette ansvaret og håndteringen av lederfunksjonen på individnivået at vi ser at autoritetsspørsmålet tydelig: det er her betydningen av det medisinsk-faglige utgangspunktet for ivaretagelse av ledelse kommer til uttrykk.

Den NPM-inspirerte reformens idé er å skille mellom ansvaret for utøvelse av fag og ledelse av avdelingene, slik at avdelingssjefens fagkunnskap ikke lenger har direkte betydning for utøvelse av lederfunksjonen. Ledelse skilles dermed ut som en egen aktivitet løsrevet fra faget og fra den organisatoriske konteksten. Ved å bruke et ny-institusjonelt perspektiv for å forklare hvordan faget konstituerer organisasjonen, har jeg vist hvordan lederansvaret omfatter avdelingene som faglige enheter, og at betydningen av den organisatoriske konteksten som universitetssykehuset utgjør, er viktig for å forstå innholdet i det nye lederansvaret. Lederne vil være ”mer” ledere, men innenfor sine institusjonelle rammer, som er preget av en medisinsk-faglig forståelse. Dette ser vi i ledernes beskrivelser av de avveiningene som inngår i håndteringen av avdelingenes faglige utvikling, og i balanseringen av ulike faglige prioriteringer innenfor universitetssykehusets ansvarsområde. Vi ser altså at det blir vanskelig å forstå konturene av den lederfunksjonen som skal utøves og hva ansvaret innebærer, uten å relatere det til det kunnskapsfeltet som ledelsen skal utøves innenfor, og de særegne forhold som virker der. Dette betyr at New Public Managements ledelsesforståelse som understreker ledelse som en generalisert størrelse, får problemer med å fange den fulle bredden av lederansvaret for avdelingene.

Vi har altså sett at et institusjonelt perspektiv bidrar til å forklare hvordan den medisinsk-faglige forståelsen av ledelse blir forståelsesramme for den nye ledelsen. Det blir tydelig ut fra analysene at kompleksiteten i dette feltet går ut

over motsetningene mellom profesjoner. Studien viser hvordan ledelse i sykehus handler om organisering og ledelse av en særlig type kunnskapsarbeid. Sørhaug (Sørhaug 2004) har beskrevet ledelse av kunnskapsarbeid som et forhold mellom ulike kunnskapsregimer som innebærer ulike koblinger mellom kunnskap, makt og legitimitet (Sørhaug 2004:314). Disse er interessante for å drøfte mine funn som eksempler på ledelse av kunnskapsbasert virksomhet.

## 9.2 Ledelse som håndtering av kunnskapsregimer

For å belyse dynamikken og kompleksiteten i ledelse av kunnskapsarbeid, skisserer Sørhaug tre idealtypiske "kunnskapsregimer" som han kaller kollegium, linje og nettverk (Sørhaug 2004). Disse regimene gir forskjellige former for legitimitet, og de dels underbygger og dels undergraver hverandre. *Kollegiet* er et fellesskap av likeverdige deltakere, som er basert på dialog omkring hypoteser, og formålet er sannhet (viten). Veien mot sannhet er "*en evig vekselvirkning mellom konsensus og kontrovers, hypoteser og kritikk*" (Sørhaug 2004:315). Autoritet bygges opp nedenfra, basert på at det beste argumentet vinner. Det handler altså om å dele og diskutere verdier. Kollegiet er et verdifellesskap, og er avhengig av en sterk felles forpliktelse til en ekstern referanse. I mitt tilfelle er dette det medisinsk-etiske. Kollegiet legger premisser for retning, og har dermed en overordnet posisjon i forhold til de andre. I forhold til denne studien kan vi si at kollegiet ivaretar et faglig ansvar for systemet; for avdelingen som faglig virksomhet.

*Linjen* er hierarkisk ordnet, den er instruksdrevet, den gjennomfører beslutninger og passer på retning. Den bygges opp omkring dogmer (antakelser) som skal forsvares, utvikles og implementeres. Dogmer er basert på tro, og er noe man beslutter og slutter seg til. Forskjellig posisjon i linjen gir forskjellig autoritet, og autoriteten kommer ovenfra. Sørhaug sier at "*i en formelt organisert virksomhet*

*vil linjeledelsen ha monopol på legitim maktutøvelse. Det er dens ansvar å hindre faglig dialog i å vri seg til dueller og beskytte den faglige agendaen mot prestisjehensyn” (Sørhaug 2004:318). Linjen er dermed formelt overordnet faglige hensyn. Når det gjelder styring ser vi altså en potensiell konflikt her, hvor formell posisjon (linjen) og faglig autoritet (kollegiet) står mot hverandre. Dette illustrerer dynamikken i den nye lederposisjonen som lege-lederne skal ivareta ved å ha en fot i hver leir. Det illustrerer også at det er via linjen at NPM-tenkningen får sitt innpass, og at det derfor særlig er i spenningsfeltet mellom linje og kollegium at forhandlingene om nye forståelser av ledelse utspiller seg i denne reformen.*

*Nettverket er et mønster av møter mellom personer, basert på bytteprosesser og regulert av gjensidighet. Det er preget av bevegelser og balanser mellom allianser, som byttes frem; de verken diskuteres eller besluttes (som i kollegiet eller linjen). Kunnskapens gyldighet er knyttet til hvordan den fungerer sosialt. Nettverkets kunnskapsform er derfor mytenes, ifølge Sørhaug. Nettverket pendler mellom tillit og vold, vennskap og fiendskap. Nettverket er fagmiljøene, spesialistene, hvis aktivitet slik jeg forstår det her, er det daglige arbeidet i praksis, hvor utfordringen ligger å i overkomme de daglige flaskehalser, formelle hindringer og ulike utfordringer på en smidig måte. Det som hjelper til, er å bygge allianser for å støtte egen posisjon og fremme spesialisering i en (for fagpersonenes) ønsket retning. I denne sammenheng er det legene som utgjør det dominerende faglige nettverket. Når det er snakk om at ledelsen må ”binde volden” er det først og fremst nettverket det er snakk om. Den faglige perfektjonering som drivkraft inneholder ikke koordinering eller retning, men drives av sterke fagpersoner og allianser på et mikroplan – ikke med fokus på systemet og systemets retning. I tillegg til spenning mellom ulike legitimiteter i forholdet mellom de tre kunnskapsregimene, ser jeg derfor også spenning mellom individ og organisasjon.*

De tre kunnskapsregimene infiltrerer hverandre og er avhengige av hverandre, på den måten at ingen av dem i seg selv og alene er effektive strukturer. Sørhaugs kortversjon av forholdet mellom dem er at *”Kollegiet skaper grobunn for det nye, linjer holder på orden og retning, mens nettverkene arbeider”* (Sørhaug 2004:317). Dette innebærer at det er kollegiet som legger premisser for *hvor* man skal gå, dvs. at det legger de faglige premissene, mens linjen sørger for at man faktisk går dit hvor kollegiet vil, og sørger for at nettverket holder seg på plass og virker i riktig retning. En lederutfordring er derfor å balansere og håndtere disse regimene i forhold til hverandre.

Ved å bruke de idealtypiske kunnskapsregimene som ”briller”, ser vi dynamikken i forholdet mellom de ulike elementene i den organisatoriske konteksten som universitetssykehuset utgjør. I avdelingene er de viktigste ressursutløsende beslutningene knyttet til behandling og pleie av pasienter. Beslutningene tas av legene, og er forankret i kollegiets faglig-etiske verdigrunnlag, som bygger på de faglige sannheter som til enhver tid gjelder for den aktuelle behandling. Behandling og pleie utføres ved hjelp av nettverkets handlingsorientering, samtidig som utviklingen i faget skjer ved hjelp av fagpersonelles nettverk og allianser. I sykehuset vil kollegiet og nettverket normalt være sterke og linjen relativt svak, fordi linjens autoritet ikke er forankret i det som gir autoritet hos fagpersonellet, nemlig faglig kunnskap. Her ligger et grunnlag for spenning, fordi de formelle posisjonene tilsier en annen autoritet enn det fagpersonellet ”gir” linjen. Det er også mulig gjennom sykehusets institusjonelle logikk å definere beslutninger som fattes i linjen som irrelevante for den daglige drift (frikobling) slik at man kan se bort fra dem (Meyer og Rowan 1977). Dette så vi eksempler på i oppfatningene om at ledelsen er et annet ”sted” enn den faglige aktiviteten, og i at behandlingsaktiviteten har sin egen logikk, som man må legge til rette for og ikke så lett kan påvirke. Disse oppfatningene og legitimiteten til de forståelsene

som de representerer, er hovedutfordringen til reformen, slik jeg ser det. Noe av formålet med den nye enhetlige ledelsen er nettopp å håndtere forholdet mellom de sterke faglige strukturene og linjens autoritet. Derfor kan sykehusene også sies å styres både ovenfra og nedenfra, og det er nettopp dette nedenfra-”problemet” den NPM-inspirerte ledelsen i reformen skal bøte på. Vi skal se nærmere på hva dette innebærer.

### **9.3 Fag og ledelse – kollegium og linje**

Sykehuset er en faglig strukturert virksomhet, ved at det er fagkunnskapen om pasientenes sykdommer, behandling og pleie som er utgangspunkt for strukturering av virksomheten. Den nye enhetlige ledelsen av avdelingene må forstås som en faglig ledelse, fordi det som kalles systemansvaret forstås som ansvar for avdelingene som faglige enheter. Uenigheten knyttet til ivaretagelsen av lederansvaret gjøres først og fremst til et spørsmål om hvilken profesjon som kan ivareta dette ansvaret. Uenigheten dreier seg i første rekke om et faglig ansvar kan representeres ved rådgivere i et lederteam, dvs. indirekte, slik som lederreformen legger opp til, eller om det må ivaretas ved at lederen selv innehar den relevante kompetansen. Ut fra Sørhaugs begreper er dette et spørsmål om hvilken plass kollegiet skal ha i relasjon til linjen. Legene gjør dette i debatten i kapittel 5 til et spørsmål om sammenhengen mellom ansvar og myndighet; at den som har ansvar også må ha myndighet til å fatte beslutninger. Min analyse viser at det er snakk om ansvar og myndighet på et annet nivå: om medisinsk-etiske verdier som overordnet eksempelvis økonomiske eller andre typer verdier. Tradisjonelt har autoritet og myndighet ligget i kollegiet, noe som innebærer et faglig utgangspunkt for prioriteringer omkring behandling av pasientene og utviklingen av faget. Lederreformen kan forstås som et forsøk på å flytte myndigheten fra kollegiet til linjen. Det utfordrer de faglige vurderingskriteriene ved å bringe inn andre grunnlag for beslutninger. Et eksempel på hvordan denne

problemstillingen forhandles, er avdelingssjefen i kapittel 7 som argumenterer for at de har skåret ned aktiviteten så mye som mulig ut fra faglige kriterier – han demonstrerer gjennom sin argumentasjon hvor grensen for ”sannhet” går, og hvordan denne grensen er forankret i kollegiets felles verdiforståelse. Satt på spissen innebærer det at det bare er akseptabelt å spare hvis det oppfattes som medisinsk-etisk forsvarlig. Denne verdiforståelsen er det faglig-etiske utgangspunktet som utgjør kollegiets eksterne referanse.

Som jeg viste i kapittel 3, er det en internasjonal erfaring at det ikke har vært vellykket å ansette generelle ledere av kliniske enheter i sykehus. Ansettelse av leger som ”hybridledere” (Ferlie m. fl. 1996; Jespersen 2005b) kan betraktes som et kompromiss, som i første rekke ivaretar lederens legitimitet i et faglig system, og som derfor kan tenkes å ”selge inn” en sterkere styring på en (for legene) troverdig måte (se også Annandale 1998). I denne hybridrollen skal leger som ledere representere både linje og kollegium. Utfordringen ligger i å balansere de ulike hensynene som ligger her, og være i stand til å håndtere at disse regimene gir ulike former for legitimitet. Det har ofte vært antatt at ledere og profesjonsutøvere har ulike siktemål med sin virksomhet, og ulike kriterier for hva som gir autoritet (Exworthy og Halford 1999b:1). Lederreformen prøver å lage en tettere tilknytning mellom linje og kollegium, og gjør den enhetlige lederen til den som skal håndtere balansegangen mellom disse autoritetene. Sørhaug sier det slik: *Når en linjeleder deltar i kollegialiteten, må hun eller han legge sin posisjon til side og delta på likeverdig grunnlag. Denne situasjonsbestemte abdikasjon fra hierarkisk autoritet og kausal ledelse må være troverdig for hele kollegiet (Sørhaug 2004:318).* Begge kunnskapsregimer krever autoritet, men det er mest som står på spill for legene i forholdet til kollegiet. Profesjonalisering av ledelse betyr at avdelingssjefen fjerner seg fra kollegiet; at den faglige tilknytningen blir svakere, og dermed at posisjonen i kollegiet også kan svekkes. Studien viser at legene må forhandle om autoritet som ledere, og



denne forhandlingen må skje i forhold til faget – i forhold til kollegiet. Det å være lege er ikke nok; autoriteten må ”fornyas” gjennom deltakelse i klinikken.

De nye lege-lederne oppfatter seg som i skjæringspunktet mellom fagprofesjon og ledelse. De beskriver en sterkere lederrolle og et tydeligere og mer overordnet grep om avdelingene enn den tidligere faglige avdelingsledelsen hadde. Dette grepet tar utgangspunkt i det medisinsk-faglige og i avdelingene som faglige enheter. De beskriver seg som viktige som *leger* i denne posisjonen, selv om de har lite rom for å være klinisk aktive og styrke sin autoritet som leger. De ønsker ikke å gi opp faget, selv om de er midlertidig ute av det. Gjennom bildet av den hvite frakken illustreres medisinenes autoritet. Den er et kraftfullt symbol på tilhørighet til et kollegialt fellesskap, som også innebærer makt og en plass øverst i det faglige hierarkiet. Autoriteten tar altså utgangspunkt i selve profesjonen, ikke bare i *utøvelsen* av profesjonen. Selv om man dermed ser en symbolsk dimensjon knyttet til lederfunksjonens markering av tilhørighet til kollegiet, er den profesjonelle identiteten likevel så tett knyttet til klinikken at avdelingssjefene vurderer det som vanskelig å opprettholde autoritet over tid, hvis de ikke sørger for en eller annen form for klinisk utøvelse. Dette sier noe om det paradoksale ved å være lege og leder: de må være leger for å få autoritet som ledere, og ved å bli ledere forlater de den aktiviteten som gir dem denne autoriteten. Det viser også at legenes autoritet er forhandlet – den ligger ikke *automatisk* i profesjonen – og den kan tapes hvis den ikke vedlikeholdes og er troverdig. Dette sier samtidig noe om balansegangen mellom kollegium og linje; som avdelingssjefer representerer de linjen, men legene blir sjefer med utgangspunkt i at de har autoritet *i og som del av* kollegiet. Denne forankringen forstås i det daglige som relatert til klinikken, og derfor blir det identitetsmessig og autoritetsmessig vanskelig for lege-ledere å ”forlate” den. Det er imidlertid som forankring i det medisinsk-etiske verdifellesskapet at denne tilknytningen har sin grunnleggende betydning.

Med utgangspunkt i kunnskapsregimene kan vi forstå turbulensen da en annen fagprofesjon enn medisinen fikk lederposisjonen. Da plasseres nemlig kollegiet (som i sykehuset er et medisinsk-faglig kunnskapsregime) i en *rådgivende* posisjon i lederteamet. Dette innebærer en underordnet posisjon. Teamet er en organisatorisk løsning, det er én utforming av kollegiet, hvor teamet (kollegiet) blir en rådgivende instans for avdelingssjefen, som i denne modellen representerer linjen. Når legene protesterer mot medisinsk-faglige rådgivere i lederteam sammen med en ikke-medisinsk sjef, er det en synliggjøring av at retningen ikke utvikles i kollegiet, og da blir det ikke samsvar mellom ansvar og myndighet. I Sørhaugs terminologi er det slik at linjen har ansvar for å holde retningen, mens myndigheten til å gi retning ligger i kollegiet. I lederreformen har linjen både ansvar og myndighet. Lege-avdelingssjefen kan imidlertid forstås som representant for kollegiet, selv om posisjonen representerer linjen. Studien viser at oppfatningen om at autoritet forankres i posisjonen, og at alle ledere må rådføre seg med andre for å kunne lede, ikke får tyngde som argument for at andre enn leger kan ha lederposisjonen. Den store sperren mot dette er ivaretagelsen av avdelingen som faglig enhet, som spesielt knyttes til ansvaret for prioriteringer i forbindelse med avdelingens faglige utvikling og avveining mellom ulike faglige funksjoner, som nettopp er kollegiets funksjon som kunnskapsregime. I et kollegium sier legene at det *må* være det medisinsk-etisk begrunnede verdifelleskapet som gir sannheten om hva de skal satse på. Det gjelder innholdet i systemansvaret og retningen – hvor de skal gå videre. Den enhetlige *ikke-medisinske* ledelsen innebærer imidlertid at kollegiet blir rådgivende og linjen bestemmer, ut fra andre kriterier enn de faglige sannhetskriteriene i kollegiet. Her ser vi altså hvordan lege- avdelingssjefen personifiserer kollegiet, mens en ikke-medisiner i samme posisjon ikke gjør det. Derfor kommer opprøret mot jordmor i sjefsstolen.

## 9.4 Nettverkets betydning

Behovet for enhetlig ledelse av sykehusavdelinger begrunnes med at det er viktig å styre de ressursutløsende beslutningene. Det er her at nettverket blir tydelig. Nettverket er handlingsorganisasjonen, som bygger allianser for å få gjennomført det de vil. Nettverket har ut fra Sørhaugs beskrivelse noe grenseløst over seg, og kan hvis linjen ikke regulerer det, bli en arena for mafiakonstellasjoner, som bygger på et bytte mellom beskyttelse og lojalitet. *”Sterke menn” knytter til seg tilhengere gjennom å skape en kombinasjon av trygghet og muligheter. (...) Når nettverket dominerer over linjen tror ingen på beslutningene, og ingen følger dem (Sørhaug 2004:320).* Problematikken om videreutvikling av det faglige og behovet for å ”binde volden” (Sørhaug 1996) kan forstås som et uttrykk for hvordan nettverket virker. Der er utfordringen for avdelingssjefen å få nettverket inn på sporet man er blitt enige om i forhold til avdelingen, dvs. å få nettverket inn i forhold til linjen, med utgangspunkt i den retningen som kollegiet har lagt opp til. Organisatoriske beslutninger som oversettes til faglig uenighet er eksempler på hvordan nettverket kan dominere linjen. Styrking av lederfunksjonen på dette nivået innebærer at avdelingssjefene skal i tettere inngrep med prioriterings spørsmål innenfor det medisinsk-faglige området. Det innebærer derfor styring av sterke individuelle preferanser og ønsker i forhold til avdelingen som helhet, og den utviklingen den skal ha på det faglige området. Vi kan se dette som et uttrykk for et sterkere fokus på avdelingens ”kollektive autonomi”, mens profesjonsorienteringen tradisjonelt har arbeidet for å opprettholde individets autonomi.

Her er det også at betydningen av den organisatoriske konteksten blir tydelig. Lederansvaret knyttes eksplisitt til håndteringen av avdelingene som faglige enheter, og spesielt når det gjelder den videre utviklingen av avdelingene. Dette viser at diskusjonen om systemansvaret ikke bare er interessant i sammenheng

med profesjon, men at den også kobler ledelse til en spesifikk organisatorisk og faglig kontekst. Det er altså når vi bringer inn den institusjonelle organisatoriske konteksten som universitetssykehuset utgjør, at vi kan se bredden i den medisinsk-faglige forståelsen av lederansvaret, og forstå hvordan dette ansvaret også i ny utgave oppfattes som faglig, selv om lederen ikke utøver sitt fag. Den kliniske tilknytningen blir derfor i større grad et spørsmål om hvordan autoriteten og legitimiteten kan opprettholdes, enn om innretningen av selve lederrollen. Avdelingssjefene gir uttrykk for at de ønsker å styrke lederfunksjonens helhetsperspektiv på avdelingen, og at dette i særlig grad dreier seg om å avveie ulike hensyn mot hverandre på et nivå *over* de fagprofesjonelle. Her ser vi hvordan en ny forståelse av ledelse kommer inn. Selv om lege-lederne holder fast ved at avdelingsledelse har et faglig utgangspunkt, ser de behovet for å ta noen ledelsesmessige grep for å styre aktiviteten, og da i første rekke knyttet til faglige prioriteringer for avdelingens videre utvikling. Beskrivelsen av de ”sterke personlighetene” kan stå som et bilde på den utfordringen som nettverket utgjør, og hvor avdelingssjefene som representanter både for linje og kollegium personifiserer et sterkere grep om nettverkets allianser.

### **9.5 Hvorfor må det være faglig ledelse i sykehus?**

Ved å analysere innføringen av lederreformen som et møte mellom ulike forståelser av forholdet mellom fag og ledelse i kunnskapsorganisasjoner, har det vært mulig å se hva konfliktene og diskursene om den enhetlige avdelingsledelsen handler om. Selv om den nye avdelingssjefen i prinsippet er en profesjonell leder, understrekes faget som et viktig utgangspunkt for autoritet og legitimitet, samtidig som de nye lederne skisserer et ledelsesmessig overordnet ansvar for avdelingen som den tidligere faglige avdelingsledelsen ikke hadde. Bruken av Sørhaugs kunnskapsregimer bidrar til å få frem dynamikken i ledelse av den medisinske kunnskapsorganisasjonen, og å forklare spenningen og

konfliktene som reformen utløste. Den NPM-inspirerte reformen vil løse problemer ved hjelp av en sterk leder som får makt og myndighet. Min studie har vist at det er problematisk i en kunnskapsorganisasjon å få linjen som enerådende. Reformen er utformet i en institusjonell kontekst som gjør det tydelig at forholdet mellom fag og ledelse, slik det her er karakterisert som relasjoner mellom kollegium, linje og nettverk, innebærer et langt mer komplekst samspill. Som vi har sett, klarer ikke reformen å komme forbi at de institusjonaliserte forståelsene av faget som grunnleggende viktig, er utgangspunkt også for den nye enhetlige lederfunksjonen. Vi kan derfor si at den institusjonaliserte oppfatningen har en tyngde som gjør at den NPM-inspirerte forståelsen av ledelse i denne innledende fasen ikke får særlig gjennomslag. Dette gjør at ledelsen, på tross av at den beskrives som sterkere og mer styrende enn den tidligere faglige ledelsen, fortsatt står støtt på et faglig grunnlag. Imidlertid ser vi at også det faglige grunnlaget for ledelsen må forhandles – det er ikke nok å ”bare” være lege som leder – du får autoritet som ”tung” fagperson, men du må opprettholde kunnskapen gjennom å være i klinikken. Man må forhandle om autoritet, og sørge for å opprettholde den gjennom tilknytningen til faget. Dette er altså en ustabil posisjon, som ikke lar seg ”løse” en gang for alle gjennom å velge ”riktig” profesjon. Profesjon er altså ingen garanti for ledelsesmessig autoritet, heller ikke for leger.

Reformens bruk av leger som profesjonelle ledere er et slags både-og, som i seg selv kan forstås som en slags forhandling mellom ulike ledelsesforståelser. En NPM-inspirert diskursiv forståelse av endringer i offentlig sektor tilbyr en dekontekstualisert ledelsestenkning med større vekt på mål og resultater, og mindre vekt på de avveiningene som gjøres på veien til målet. På et vis kan man si at veien i større grad *er* målet i profesjonstenkningen, ettersom veien består av alle de faglige valgene og prioriteringene som skal føre til helsetjenestens ”resultat”, som er ferdigbehandlede pasienter. De prioriteringene som foretas her, gjøres på

et medisinsk-etisk grunnlag, og det finnes ikke alternative relevante kriterier ut fra denne forståelsen. NPM-tenkningen, som har preget mange reformer i sykehussektoren de senere årene, innebærer at nye forståelser av hva som betraktes som ”resultater” kommer inn og forhandler med de faglige forståelsene. Fagprofesjonelle i lederposisjoner befinner seg i en posisjon hvor de skal ivareta den kontekstuelle faglige kunnskapen og de ikke-konteksteulle økonomiske-administrative hensynene. En hybridledelse som kombinerer fag og ledelse kan derfor ses som et uttrykk for en innsikt i sammenhengen mellom disse to, og i at det spiller en rolle hvem som leder virksomhetene. For lederne blir det en viktig oppgave å avveie ulike hensyn både på et individuelt nivå og i forhold til organisasjonen. Et viktig poeng her er at selv om legene kan ta en medierende rolle mellom fag og ledelse og med forankring i eget fag, bidrar det til at fagprofesjonelt arbeid åpnes opp for det Llewellyn kaller ”managerial discourses” (Llewellyn 2001:619). Medisinen vil med andre ord på et diskursivt nivå påvirkes av at hybridlederne skal ivareta ledelsesmessige oppgaver og hensyn. Derfor kan vi argumentere for at det også innenfor en institusjonell forståelsesramme er rom for dynamiske perspektiver på utviklingen av lederfunksjonen, både gjennom forhandlingene om autoritet, og gjennom den gjensidige påvirkningen som fag og ledelse har på hverandre.

Som jeg var inne på i kapittel 3, karakteriserer Llewellyn (Llewellyn 2001) legeledere som medierende ”two-way windows” mellom profesjon og ledelse, og hevder at interaksjonen av medisinsk og ledelsesmessig kunnskap bidrar til at det skapes unike diskurser på dette feltet, som innebærer en annen håndtering av grensene mellom dem og større åpenhet (synlighet) og kommunikasjon mellom disse områdene. Perspektivet reflekterer en forståelse av at ledelse i sykehus innebærer et behov for å se sammenheng mellom områder som tidligere har vært forstått som separate, og at rollen som leder av fagprofesjonelle krever en annen tilnærming. Llewellyn påpeker det vil være lettere for profesjonelle å ta en slik

medierende rolle, fordi lederfunksjoner er mer ”gjennomtrengelig” enn profesjonelt arbeid – men samtidig altså at denne medierende posisjonen introduserer ”managerialism” i dette arbeidet (Llewellyn 2001:618-619). Etter som interaksjonen mellom profesjonelt og ledelsesmessig arbeid øker, ser vi at dette åpner opp for nye forhandlinger om hva ledelse i en faglig kontekst innebærer, og hvilken plass faget skal ha i ledelsesmessige vurderinger. Jespersen (Jespersen 2005b) understreker med erfaring fra danske sykehus at videreutvikling av hybridledere kan være ett mulig svar på utfordringen knyttet til integrasjonen mellom profesjon og ledelse, og at erfaringene i den aktuelle studien peker på de mulighetene som ligger i lokale tolkninger og praksisformer knyttet til kombinasjon av fagprofesjonell og ledelsesmessig kunnskap (Jespersen 2005b:274). Forskningen om profesjonelle som ledere peker altså på hvordan man i skjæringsflatene mellom ansvarsområder som diskursivt har vært forstått som motsetningsfylte, utformer nye lederroller og fortolkninger av lederfunksjoner, og at det her ligger muligheter for nye forståelser og løsninger (Ashburner og Fitzgerald 1996). Dette er erfaringer som ikke bare har relevans i sykehus, men som mer generelt berører balansegangen mellom fag og ledelse i kunnskapsorganisasjoner. Min studie av innføringen av en lederreform bidrar til å understreke betydningen av å ta inn over seg kompleksiteten i det diskursive feltet som omfatter fag og ledelse, og ikke minst betydningen av å forholde seg til de spesifikke organisatoriske institusjonelle forholdene som det aktuelle kunnskapsfeltet utgjør. Dette er kunnskap som er viktig både i forbindelse med iverksettingen av organisatoriske og ledelsesmessige reformer, og for videre forskning om fag og ledelse i kunnskapsorganisasjoner.

## Litteraturliste

Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Abrahamsen, Bente og Elisabeth Gjerberg (2002): "Maktrelasjoner i helsetjenestens yrkeshierarki." I Anne Lise Ellingsæter og Jorun Solheim (red.): *Den usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv*. Oslo: Gyldendal.

Adresseavisen (2001): "Stillingsannonse." *Adresseavisen*, 05.01.2001 s. 22.

Aftenposten (2004): "Sykehus truet med nedleggelse - fikk penger." *Aftenposten* 28.02.2004.

Allen, Davina (1997): "The nursing-medical boundary: a negotiated order?" *Sociology of Health and Illness* Vol. 19 No. 4, s. 498-520.

Allen, Davina (2001): *The changing shape of nursing practice : the role of nursing in the hospital division of labour*. London: Routledge.

Alvesson, Mats (2004): *Kunskapsarbeite och kunskapsföretag*. Lund: Liber.

Andersen, H (1997): *Et program for kompetanseheving og anerkjennelse av sykepleiere i klinisk praksis - en evalueringsstudie.: Diakonhjemmets Høgskolesenter*.

Annandale, Ellen (1998): *The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.

Annfelt, Trine (1999): Kjønn i utdanning. Hegemoniske posisjoner og forhandlinger om yrkesidentitet i medisins- og faglærerutdanning. *Pedagogisk institutt*. Trondheim: NTNU.

Arbeidsgruppe, helsedepartementet (2002): "Fra regionsykehustilskudd til universitetssykehustilskudd. Forslag til ny ordning for regionsykehustilskuddet.", s. [http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre\\_dok/rapporter/042031-220002/dok-bn.html](http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/rapporter/042031-220002/dok-bn.html).

Ashburner, Lynn og Louise Fitzgerald (1996): "Beleaguered Professionals: Clinicians and Institutional Change in the NHS." I Harry Scarborough (red.) *The Management of Expertise*. London: Macmillan.



- Atkinson, Paul (1997): *The Clinical Experience. The Construction and Reconstruction of Medical reality*. Aldershot: Ashgate.
- Bakke, Hans Kristian (2002): "Ledelse i sykehusavdelinger." *Tidsskrift for den norske lægeforening* Vol. 122 No. 21, s. [http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA\\_LT.VisSeksjon?vp\\_SEKS\\_ID=594455](http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=594455), s. 2158.
- Barley, Stephen R. og Gideon Kunda (2001): "Bringing Work Back In." *Organization Science* Vol. 12 No. 1, s. 76-95.
- Barley, Stephen R. og Pamela S. Tolbert (1997): "Institutionalization and Structuration: Studying the Links between Action and Institution." *Organization Studies* Vol. 18 No. 1, s. 93-117.
- Bentsen, Eva Zeuthen (1997): Sygehusledelse i et institutionelt perspektiv - en analyse af trojkaledelsesmodellens opståen, spredning og funktion. *Det økonomiske fakultet*. København: Handelshøjskolen I København.
- Bentsen, Eva Zeuthen (2001): *Lægelig ledelse - om at gøre en forskel*. København: FLOS.
- Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Gudbjørg Erlingsdottir og Kerstin Sahlin-Andersson (red.) (1999): *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Berg, Marc og Annemarie Mol (red.) (1998): *Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques and Bodies*. Durham, London: Duke University Press.
- Berg, Ole (1987): *Medisinens logikk. Studier i medisins sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, Ole (1991): "Medikrati, hierarki og marked." I Dag Album og Georges Midré (red.): *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Oslo: Ad Notam.
- Berg, Ole (1996): "Meta-Medicine: The Rise and Fall of the Norwegian Doctor as Leader and Manager." I Øivind Larsen (red.) *The Shaping of a Profession. Physicians in Norway, past and Present*. Canton: Science History Publications/USA.

Berg, Ole (1998): "Modernisme, eksistensialisme og medisin." *Tidsskrift for velferdsforskning* Vol. 1 No. 1, s. 50-58.

Berg, Ole og Charlotte Haug (1997): "Dialogene som forvitrer. Et kritisk blikk på klinikkens utvikling." *Tidsskrift for den norske lægeforening* Vol. 117 No. 8, s. 1163-1168.

Berger, Peter L. og Thomas Luckmann (1966): *Den samfundsskabte virkelighed*. København: Lindhardt og Ringhof.

Borum, Finn (1999): "Perspektiver på forandringsprocesser i sundheds- og sygehusfeltet." I Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Gudbjørg Erlingsdóttir og Kerstin Sahlin-Andersson (red.): *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens forlag.

Boston, Jonathan, John Martin, June Pallot og Pat Walsh (1996): *Public Management. The New Zealand Model*. Melbourne: Oxford University Press Australia.

Brunsson, Nils (1989): *The organization of hypocrisy. Talk, decisions and actions in organizations*. Chichester: John Wiley and sons.

Brunsson, Nils og Johan P. Olsen (1993): *The Reforming Organization*. Bergen: Fagbokforlaget.

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

Carpenter, Mick (1993): "The subordination of nurses in health care: towards a social divisions approach." I Elianne Riska og Katarina Wegar (red.): *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*. London: Sage.

Causser, Gordon og Mark Exworthy (1999): "Professionals as managers across the public sector." I Mark Exworthy og Susan Halford (red.): *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Champagne, Francois, Ann Langley, Jean-Louis Denis, André-Pierre Contandriopoulos, Linda Cazale og Michèle Rivard (1997): "Resource constraints and strategic change in a public hospital system." *Health Services Management Research* No. 10, s. 146-162.

Christensen, Tom og Per Lægreid (red.) (2001): *New Public Management. The Transformation of Ideas and Practice*. Aldershot: Ashgate.

Clarke, John og Janet Newman (1997): *The Managerial State: Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*. London: Sage Publications.

Connell, Robert W. (1995): *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.

Czarniawska, Barbara og Guje Sevón (1996a): "Introduction." I Barbara Czarniawska og Guje Sevón (red.): *Translating Organizational Change*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Czarniawska, Barbara og Guje Sevón (red.) (1996b): *Translating Organizational Change*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Dahl, Thomas og Tone Opdahl Mo (2000): *Gårdagens fagforståelser - dagens problem?* Trondheim: SINTEF Teknologiledelse, IFIM.

Davies, Celia (1995): *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Dent, Michael, Maggie O'Neill og Carl Bagley (red.) (1999): *Professions, New Public Management and the European Welfare State*. Staffordshire: Staffordshire University Press.

DiMaggio, Paul og Walter W. Powell (1991): "Introduction." I Walter W. Powell og Paul DiMaggio (red.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago og London: University of Chicago Press.

Doolin, Bill (2001): "Doctors as managers: New Public Management in a New Zealand hospital." *Public management Review* Vol. 3 No. 2, s. 231-254.

Doolin, Bill (2002): "Enterprise Discourse, Professional Identity and the Organizational Control of Hospital Clinicians." *Organization Studies* Vol. 23 No. 3, s. 369-390.

Dunleavy, Patrick og Christopher Hood (1994): "From Old Public Administration to New Public Management." *Public Money and Management* No. juli-september, s. 9-16.

- Elvebakken, Kari Tove og Per Solvang (red.) (2002): *Helsebilder. Sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Erichsen, Vibeke (1996a): "Helsetjenesten og profesjonene." I Vibeke Erichsen (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Bergen: Tano Aschehoug.
- Erichsen, Vibeke (1996b): "Legene og staten." I Vibeke Erichsen (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Erichsen, Vibeke (1996c): "Profesjonenes forhold til hverandre." I Vibeke Erichsen (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Bergen: Tano Aschehoug.
- Erichsen, Vibeke (red.) (1996d): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Bergen: Tano Aschehoug.
- Eriksen, Erik Oddvar (1993): *Den offentlige dimensjon. Verdier og styring i offentlig sektor*. Tromsø, Bergen: Tano.
- Exworthy, Mark og Susan Halford (red.) (1999a): *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Exworthy, Mark og Susan Halford (1999b): "Professionals and managers in a changing public sector: conflict, compromise and collaboration?" I Mark Exworthy og Susan Halford (red.): *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Ferlie, Ewan, Lynn Ashburner, Louise Fitzgerald og Andrew Pettigrew (1996): *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.
- Festinger, Leon (1964): *Conflict, decision, and dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Fitzgerald, Louise (1994): "Moving Clinicians into Management. A Professional Challenge or Threat?" *Journal of Management in Medicine* Vol. 8 No. 6, s. 32-44.
- Fitzgerald, Louise og Yvon Dufour (1997): "Clinical management as boundary management. A comparative analysis of Canadian and UK health-care institutions." *International Journal of Public Sector Management* Vol. 10 No. 1-2, s. 5-20.

Fitzgerald, Louise og John Sturt (1992): "Clinicians into Management: On the Change Agenda or Not?" *Health Services Management Research* Vol. 5 No. 2, s. 137-146.

Foucault, Michel (1973): *The Birth of the Clinic*. London: Routledge.

Foucault, Michel og Colin Gordon (1980): *Power/knowledge : selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.

Freidson, Eliot (1986): *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago og London: University of Chicago Press.

Freidson, Eliot (1994): *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. Cambridge: Polity Press.

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

Gjerberg, Elisabeth og Lise Kjølørød (2001): "The doctor–nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse?" *Social Science and Medicine* Vol. 52 No. 2, s. 189-202.

Goldsmith, Lars (1997): "Erfaringer med ledelse på trods." I Lisa Klöcker-Larsen (red.) *Mosaik om moderne ledelse*. København: Nyt fra samfundsvidenskaberne.

Gouldner, A.W. (1957): "Cosmopolitans and Locals. Towards an Analysis of Latent Social Roles." *Administrative Science Quarterly* Vol. 2 No. 3, s. 281-306.

Greenwood, E. (1957): "Attributes of a Profession." *Social Work* Vol. 2 No. 3, s. 45-55.

Hafferty, Frederic W. og Donald W. Light (1995): "Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work." *Journal of Health and Social Behavior* No. Extra Issue, s. 132-153.

Haffner, Jon, Fred A. Mürer og Olaf G. Aasland (2000a): "Afdelingsoverlegen - leder eller lege?" *Tidsskrift for den norske lægeforening* Vol. 120 No. 25, s. 3002-4.

Haffner, Jon, Fred A. Mürer og Olaf G. Aasland (2000b): "Avdelingsoverlegen - utvalgt og utdannet som leder?" *Tidsskrift for den norske lægeforening* Vol. 120 No. 25, s. 3004-6.

Halligan, John (2001): "The Process of Reform in the Era of Public Sector Transformation." I Tom Christensen og Per Lægveid (red.): *New Public Management. The Transformation of ideas and Practice*. Aldershot: Ashgate.

Hanoa, Rolf (2001): "Avdelingsoverlegens posisjon." *Tidsskrift for den norske lægeforening* Vol. 121 No. 12, s. 1450.

Harrison, Stephen og Christopher Pollitt (1994): *Controlling Health Professionals. The Future of Work and Organization in the NHS*. Buckingham Philadelphia: Open University Press.

Helsedepartementet (2002): Ledelse i sykehus. *Rundskriv I-9/2002*. Oslo.

Hernes, Gudmund (2001): "The medical profession and health care reform — friend or foe?" *Social Science and Medicine* Vol. 52 No. 2, s. 175-77.

Hippokrates (2000): *Om legekunsten*. Oslo: De norske bokklubbene.

Hoff, Timothy J. (1999a): "The Paradox of Legitimacy: Physician Executives and the Practice of Medicine." *Health Care Management Review* Vol. 24 No. 4, s. 54-64.

Hoff, Timothy J. (1999b): "The Social Organization of Physician-Managers in a Changing HMO." *Work and Occupations* Vol. 26 No. 3, s. 324-351.

Hoff, Timothy J. (2000): "Professional Commitment Among US Physician Executives in Managed Care." *Social Science and Medicine* Vol. 50, s. 1433-1444.

Hoff, Timothy J. (2001): "Exploring Dual Commitment Among Physician Executives in Managed Care." *Journal of Healthcare Management* Vol. 46 No. 2, s. 91-111.

Hoggett, Paul (1991): "A New Management in the Public Sector?" *Policy and Politics* Vol. 19 No. 4, s. 243-256.

Hoggett, Paul (1996): "New Modes of Control in the Public Service." *Public Administration* Vol. 74 No. Spring, s. 9-32.

Hood, Christopher (1991): "A Public Management for All Seasons?" *Public Administration* Vol. 69 No. Spring, s. 3-19.

Hugemark, Agneta (1994): *Den fängslade marknaden. Ekonomiska experter om välfärdsstaten*. Lund: Arkiv.

Hughes, David (1988): "When nurse knows best: some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department." *Sociology of Health and Illness* Vol. 10 No. 1, s. 1-22.

Hunter, David J. (1991): "Managing Medicine: A Response to the 'Crisis'." *Social Science and Medicine* Vol. 32 No. 4, s. 441-449.

Hunter, David J. (1992): "Doctors as Managers: Poachers turned Gamekeepers?" *Social Science and Medicine* Vol. 35 No. 4, s. 557-566.

Hunter, David J. (1994): "From tribalism to corporatism. The managerial challenge to medical dominance." I Jonathan Gabe, David Kelleher og Gareth Williams (red.): *Challenging Medicine*. London og New York: Routledge.

Haavind, Hanne (2000): "På jakt etter kjønne betydninger." I Hanne Haavind (red.) *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jeppesen, Jens-Otto S. (1997): "Ledelse af professionelle." I Steen Hildebrandt og Majken Schultz (red.): *Fokus på sygehusledelse*. København: Munksgaard.

Jespersen, Peder Kragh (2005a): "*Den tredje vej?*" *Generalister, fagprofessionelle eller hybridledere som fremtidens ledere i sygehuse?* The 18th Scandinavian Academy og Management (NFF) meeting, Aarhus handelshøjskole, Danmark 18.-20. august 2005.

Jespersen, Peter Kragh (1999): "New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen." I Eva Zeuthen Bentzen, Finn Borum, Gudbjørg Erlingsdóttir og Kerstin Sahlin-Andersson (red.): *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens forlag.

Jespersen, Peter Kragh (2005b): *Mellem profession og management*. København: Handelshøjskolens forlag.

Johansen, Truls E. Bjerklund, Gunnar Hopen og Knut Håkon Hole (1992): "Medisinsk og sykepleiefaglig ledelse i sykehus. Oppgaver og opplevelser." *Tidsskrift for den norske lægeforening* Vol. 112 No. 4, s. 518-23.

Johansson, Jens M og Lars Backe Madsen (2002): "Så, så, søster." *Dagens Næringsliv* 13.-14- juli 2002, s. 18-22.

Kirkengen, Anne Luise (1998): "Medisinen, postmodernismen og slutten på vissheten." *Nytt norsk tidsskrift* No. 3, s. 283-288.

Kitchener, Martin (2000): "The "Bureaucratization" of professional Roles: The Case of Clinical Directors in UK Hospitals." *Organization* Vol. 7 No. 1, s. 129-154.

Kitchener, Michael (2002): "Mobilizing the Logic of Managerialism in Professional Fields: The Case of Academic Health Centre Mergers." *Organization Studies* Vol. 23 No. 3, s. 391-420.

Kjekshus, Lars Erik (2004): *INTORG - De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003*. Trondheim: SINTEF Helse, økonomi, kvalitet og tilgjengelighet.

Klausen, Kurt Klaudi (2001): *Skulle det være noget særligt? Organisation og ledelse i det offentlige*. København: Børsen forlag.

Kvale, Steinar (1994): *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels forlag.

Larsson, Staffan (1994): "Om kvalitetskriterier i kvalitative studier." I Bengt og Per-Gunnar Svensson Starrin (red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Legeforeningen (2001a): "Definisjoner vedrørende medisinsk spesialitet." [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no) Vol. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=2468&subid=0>.

Legeforeningen, den norske (2001b): "Medisinsk-faglig rådgiver - legeforeningens strategi.", s. <http://www.legeforeningen.no/utskrift.db2?jid=2042>.

Legeforeningen, den norske (2002a): "Avdelingsledelse i spesialisthelsetjenesten." *Legeforeningens temasider om ledelse*, s. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=11233>.



- Legeforeningen, den norske (2002b): "Sak 232/02 Presisering av sentralstyrevedtak om ledelse." *Tidsskrift for den norske legeforening*, s. <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=11189>.
- Leicht, Kevin T. og Mary L. Fennell (2001): *Professional Work. A Sociological Approach*. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers.
- Lian, Olaug S. (2003): *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lindkvist, Lars og Sue Llewellyn (2003): "Accountability, responsibility and organization." *Scandinavian Journal of Management* Vol. 19 No. 2, s. 251-273.
- Llewellyn, Sue (2001): "'Two-way Windows': Clinicians as Medical Managers." *Organization Studies* Vol. 22 No. 4, s. 593-623.
- Lyngra, Rose, Inger Lucia Sjøbjerg, Helle Stordrange Grøttum og Ruth Holm (2002): "Prosjekt klinisk stige." *Tidsskriftet sykepleien* No. 5.
- Martinsen, Kari (1991): *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk - filosofiske essays*. Oslo: Tano.
- Maykut, Pamela og Richard Morehouse (1994): *Beginning Qualitative Research. A Philosophical and Practical Guide*. London, Washington DC: The Falmer Press.
- Melander, Preben (1997): "Styringen af "det syge væsen" - om kampen for livet i "dødsspiralen"." I Steen Hildebrand og Majken Schultz (red.): *Fokus på sygehusledelse*. København: Munksgaard.
- Melby, Kari (1990): *Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie*. Oslo: Cappelens forlag.
- Mellempvik, Frode og Inger Johanne Pettersen (1998): "Norway - A Hesitant Reformer?" I Olov Olson, James Guthrie og Christopher Humphrey (red.): *Global Warning: Debating International Developments in New Public Financial Management*. Oslo: Cappelen akademisk forlag a/s.
- Meyer, John W. og Brian Rowan (1977): "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony." *American Journal of Sociology* Vol. 83 No. 2, s. 340-363.

- Mintzberg, Henry (1979): *The structuring of organizations : a synthesis of the research*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Mintzberg, Henry (1983): *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall International Inc.
- Mo, Tone Opdahl og Harald Buhaug (1994): *Legespesialister - problemstillinger og utfordringer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Moltu, Berit (2004): "BPR på norsk!" Managementkonseptet Business Process Reengineering (BPR) som kulturell praksis. *Institutt for tverrfaglige kulturstudier*. Trondheim: NTNU.
- Montgomery, Kathleen (1990): "A Prospective Look at the Specialty of Medical Management." *Work and Occupations* Vol. 17 No. 2, s. 178-198.
- Nerheim, Hjørdis (1996): *Vitenskap og kommunikasjon. Paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Newman, Janet og John Clarke (1994): "Going About Our Business? The Managerialization of Public Services." I John Clarke, Allan Cochrane og Eugen McLaughlin (red.): *Managing Social Policy*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Nordby, Trond (1993): "Det offentlige helsevesenet - en fagstyrets høyborg." I Trond Nordby (red.) *Arbeiderpartiet og Planstyret 1945-1965*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk overlegeforening (2000): Overlegeforeningens policydokument om organisasjon og ledelse. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=3356>.
- NOU 2003:1 (2003): Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Oslo.
- NOU 1997:2 (1997): *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Det kongelige sosial- og helsedepartement.
- Nyland, Kari (2003): *Styringssystemenes relevans i norske sykehus*. Bergen: Handelshøyskolen.
- Ohnstad, Bente (2001): "Helsepersonelloven regulerer ikke ledelsesansvar." *Tidsskrift for den norske lægeforening* Vol. 121 No. 1, s. 95-6.

Orton, J. Douglas og Karl E. Weick (1990): "Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization." *Academy of Management Review* Vol. 15 No. 2, s. 203-223.

Ot.prp.10 (1998-99): *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Oslo: Det kongelige sosial- og helsedepartement.

Ot.prp.12 (1998-1999): *Lov om pasientrettigheter.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Ot.prp.13 (1998-99): *Om lov om helsepersonell m v.* Oslo: Det kongelige sosial- og helsedepartement.

Ot.prp.66 (2000-2001): *Om lov om helseforetak m.m.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Pettersen, Inger Johanne (2001a): "Hesitation and Rapid Action: The New Public Management reforms in the Norwegian Hospital Sector." *Scandinavian Journal of Management* Vol. 17, s. 19-39.

Pettersen, Inger Johanne (2001b): "Implementing management accounting reforms in the public sector: The difficult journey from intentions to effects." *The European Accounting Review* Vol. 10 No. 3, s. 561-581.

Pettersen, Inger Johanne og Trond Bjørnenak (2003): *Helse i hver krone? Om økonomisk styring i helsesektoren.* Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Polanyi, M (1958): *Personal Knowledge.* London: Routledge and Kegan Paul.

Pollitt, Christopher (1990): *Managerialism and the Public Services.* Oxford: Blackwell.

Pollitt, Christopher (1995): "Justification by Works or by Faith? Evaluating the New Public Management." *Evaluation* Vol. 1 No. 2, s. 133-154.

Rennison, Betina W. (2000): *Offentlig ledelse? En fortælling om New Public Management og et alternativt studie på vej...* København: Handelshøjskolen i København.

Røvik, Kjell Arne (1992): *Den "syke" stat. Myter og moter i omstillingsarbeidet.* Oslo: Universitetsforlaget.

- Røvik, Kjell Arne (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved turenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Saks, Michael (1999): "Professions, Markets and Public responsibility." I Michael Dent, Maggie O'Neill og Carl Bagley (red.): *Professions, New Public Management and the European Welfare State*. Staffordshire: Staffordshire University Press.
- Schneller, Eugene S., Howard P. Greenwald, Mary L. Richardson og JoAnn Ott (1997): "The Physician Executive: Role in the Adaptation of American medicine." *Health Care Management Review* Vol. 22 No. 2, s. 90-96.
- Scott, Richard W. (1995): *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sehested, Karina (2002): "How New Public Management Reforms Challenge the Roles of Professionals." *International Journal of Public Administration* Vol. 25 No. 12, s. 1513-1537.
- Silverman, David (1993): *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage publications.
- Slagstad, Rune (1998): *De nasjonale strateger*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Sognstrup, Hanne (2003): Professionelle i afdelingsledelse. *Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning*. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Solstad, Kjell og Tone Opdahl Mo (1993): *Stykkprisbehandling - økonomi eller medisin?* Trondheim: SINTEF NIS.
- Sommervold, Wenche (1996): "Ledelse i sykepleien: forståelsesmåter i endring." I Vibeke Erichsen (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Sommervold, Wenche (1997): "Ledelse i sykepleien - en strategi for profesjonalisering." I Haldor Byrkjeflot (red.) *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sosial- og helsedepartementet (1997): "Forskrift om ventetidsgaranti.", s. <http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/dep/shd/1997/publ/030005-990430/index-dok000-b-f-a.html>.

Sosial- og helsedepartementet (1999): *Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.* Samlerundsskriv med merknader (I-59/2000): Sosial- og helsedepartementet.

Star, Susan Leigh (1999): "The Ethnography of Infrastructure." *American Behavioral Scientist* Vol. 43 No. 3, s. 377-391.

Stein, Leonard I. (1967): "The Doctor-Nurse Game." *Archives of General Psychiatry* Vol. 16, s. 699-703.

Stein, Leonard I., David T. Watts og Timothy Howell (1990): "The Doctor-Nurse Game Revisited." *New England Journal of Medicine* Vol. 322 No. 8, s. 546-9.

Svensson, Roland (1996): "The interplay between doctors and nurses - a negotiated order perspective." *Sociology of Health and Illness* Vol. 18 No. 3, s. 379-398.

Sveri, Torgeir (2004): *Strukturer og reformer: - en kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering.* Sosiologi. Bergen: Universitetet i Bergen.

Søndergaard, Dorte Marie (2000): "Destabiliserende diskursanalyse: veje ind i poststrukturalistisk inspireret empirisk forskning." I Hanne Haavind (red.) *Kjønn og fortolkende metode.* Oslo: Gyldendal.

Sørhaug, Tian (1996): *Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering.* Oslo: Universitetsforlaget.

Sørhaug, Tian (2004): *Managementalitet og autoritetens forvandling. Ledelse i en kunnskapsøkonomi.* Bergen: Fagbokforlaget.

Thorne, Marie L. (1997): "Being a Clinical Director: First Among Equals or Just a Go-between?" *Health Services Management Research* Vol. 10, s. 205-215.

Thornquist, Eline (1993): "Fra "funn" til forståelse." I Anne Luise Kirkengen og Jørgen Jørgensen (red.): *Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse.* Oslo: Tano.

Turner, Bryan S. (1987): *Medical Power and Social Knowledge.* London: Sage Publications.

Vallgård, Signild (1992): *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsenets historie 1930-1987*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Vik, Lars Jørgen (1992): *Pengene og livet. Utviklingstrekk ved norsk helsevesen*. Oslo: Kommuneforlaget.

Vike, Halvard, Runar Bakken, Arne Brinchmann, Heidi Haukelien og Randi Kroken (2002): *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vinge, Sidsel (2003): *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse. Institut for Organisation og Arbejdssociologi*. København: Handelshøjskolen i København: 353.

Vrangbæk, Karsten (1999): "New Public Management i sygehusfeltet - udformning og konsekvenser." I Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Gudbjørg Erlingsdóttir og Kerstin Sahlin-Andersson (red.): *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens forlag.

Walby, Sylvia og June Greenwell (1994): "Managing the National Health Service." I John Clarke, Allan Cochrane og Eugene McLaughlin (red.): *Managing Social Policy*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.

Walby, Sylvia, June Greenwell, Lesley MacKay og Keith Soothill (1994): *Medicine and Nursing. Professions in a Changing Health Service*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

Wicks, Deidre (1998): *Nurses and Doctors at Work. Rethinking Professional Boundaries*. Buckingham: Open University Press.

Wilensky, Harold (1964): "The Professionalization of Everyone?" *American Journal of Sociology* Vol. 70 No. 2, s. 137-58.

Witz, Anne (1992): *Professions and Patriarchy*. London: Routledge.

Wulff, Henrik R., Stig Andur Pedersen og Raben Rosenberg (1993): *Medicinsk filosofi*. København: Munksgaard.

Östergren, Katarina og Kerstin Sahlin-Andersson (1998): *Att handtera skilda världar. Läkarens chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet.

## Liste over siterte avisartikler og andre innlegg i avisdebatten

Andersen, Ellen Juul (2000): "Lederstrid ved Vest-Agder Sentralsykehus." *Tidsskrift for den norske lægeforening* Vol. 120, s. [http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA\\_LT.VisSeksjon?vp\\_SEKS\\_ID=25481](http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=25481), s. 876.

Andersen, Ellen Juul (2002): "Leger og ledelse i sommerens mediebilde." *Tidsskrift for den norske legeforening* Vol. 122 No. 20, s. 2063-2064.

Bakke, Hans Kristian (2002): "Ledelse i sykehusavdelinger." *Tidsskrift for den norske lægeforening* Vol. 122 No. 21, s. [http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA\\_LT.VisSeksjon?vp\\_SEKS\\_ID=594455](http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=594455), s. 2158.

Bergens Tidende (2002): "Legeopprør mot jordmor i sjefsstolen." *Bergens Tidende* 24.05.2002, s. <http://www.bt.no/lokalt/bergen/article90862>.

Djuve, Amund (2002): "På pidestallen." *Dagens Næringsliv* 18.07.2002, s. 2.

Dommerud, Tine (2002a): "Opprør etter omstridt ansettelse." *Dagens Medisin* 06.06.2003, s. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/VisArtikkel.asp?ArtId=3110>.

Dommerud, Tine (2002b): "Stortingspolitiker pisker legene." *Dagens Medisin* 20.06.2002, s. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/VisUtskrift.asp?ArtId=3185>.

Folge, Lottelise (2001): "Stilling ledig - kvinnelig leder." *Dagens Medisin* 08.11.2001, s. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/VisArtikkel.asp?ArtId=2429>.

Fonn, Marit (2002): "Legene overtar." *Tidsskriftet sykepleien* No. 12, s. 9-13.

Gulowsen, Per Anders (2002): "Sykehus og pidestaller." *Dagens Næringsliv* 25.07.2002, s. 3.

Hafstad, Anne (2002): "Høybråten refser herskesyke leger." *Aftenposten* 30.07.2002, s. <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article.jhtml?articleID=372037>.

Haugli, Åsne (2002): "Politikere vil si opp legene." *Dagens Næringsliv* 16.07.2002, s. 9.

Helsedepartementet (2002): Ledelse i sykehus. *Rundskriv I-9/2002*. Oslo.

Hov, Ragnhild (2002): "Rundskriv avslutter KK-strid." *Bergens Tidende* 03.09.2002, s. <http://www.bt.no/innenriks/article102904>.

Høie, Ingrid M. (2002): "Ikke-leger som ledere er ikke-sak i Vest-Agder." *Tidsskrift for den norske lægeforening* Vol. 122 No. 20, s. [http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA\\_LTS.Vis\\_Seksjon?vp\\_SEKS\\_ID=588389](http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LTS.Vis_Seksjon?vp_SEKS_ID=588389), s. 2049.

Jensen, Tone Skeie (2002): "Jordmorstyrt avdelingsledelse?" *Dagens Medisin* 20.06.2002, s. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/VisArtikkel.asp?ArtId=3163>.

Johansson, Jens M og Lars Backe Madsen (2002): "Så, så, søster." *Dagens Næringsliv* 13.-14- juli 2002, s. 18-22.

Kiserud, Torvid (2002): "Kvinneklinikkens ledelse." *Bergens Tidende* 04.07.2002, s. <http://www.bt.no/meninger/debatt/article95064>.

Legeforeningen, den norske (2001): "Medisinsk-faglig rådgiver - legeforeningens strategi.", s. <http://www.legeforeningen.no/utskrift.db2?jid=2042>.

Legeforeningen, den norske (2002a): "Avdelingsledelse i spesialisthelsetjenesten." *Legeforeningens temasider om ledelse*, s. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=11233>.

Legeforeningen, den norske (2002b): "Sak 232/02 Presisering av sentralstyrevedtak om ledelse." *Tidsskrift for den norske legeforening*, s. <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=11189>.

Midbøe, Grete, Tone Skeie Jensen, Ferenc Macsali og Per Anders Gulowsen (2002): "Debatten om kvinneklinikken." *Bergens Tidende* 03.07.2002, s. <http://www.bt.no/meninger/debatt/article.jhtml?articleID=94885>.

Norsk overlegeforening (2000): Overlegeforeningens policydokument om organisasjon og ledelse. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=3356>.



Rosslund, Ken (2002): "Bekymrete leger." *Bergens Tidende* 07.06.2002, s.  
<http://www.bt.no/meninger/debatt/article91488>.

Stormyr, Bernhard (2002a): "Rundskriv fra Helsedepartementet: "Det er ikke gitt at leger skal være ledere ved sykehus"." *Norsk sykepleierforbunds nettside*, s.  
[http://www.sykepleierforbundet.no/\\_\\_C1256CEC002F81E8.nsf/0/F06ED61DA90F7641C1256D240036B28F?Open&Highlight=0,avdelingsledelse,IncludeInDomainSearchNOSFWEB](http://www.sykepleierforbundet.no/__C1256CEC002F81E8.nsf/0/F06ED61DA90F7641C1256D240036B28F?Open&Highlight=0,avdelingsledelse,IncludeInDomainSearchNOSFWEB).

Stormyr, Bernhard (2002b): "Het ledelse-debatt." *NSF-artikkel*, s.  
<http://www.sykepleierforbundet.no/Nettside/news.nsf/0/F9B27CA461378DF5C1256C0>.

Stormyr, Bernhard (2002c): "Ledelsesdebatten: Legeforeningen snur." *NSF-artikkel*, s.

<http://sykepleierforbundet.no/nettside/news.nsf/0/97B5624A19E3C2A9C1256C1D003F8B48?OpenDocument>.

Sundar, Tom (2002a): "Høybråten tilfreds med sentralstyrevedtak." *Tidsskrift for den norske legeforening* 22.08.2002,  
s.<http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=11217>.

Sundar, Tom (2002b): "Legeforeningen har gått i vannet." *Tidsskrift for den norske legeforening* Vol. 122 No. 20, s.  
[http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa\\_lt.visSeksjon?vp\\_SEKS\\_ID=588323](http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSeksjon?vp_SEKS_ID=588323), s. 2048.

Vollebæk, Lars Erik (2001a): "Pasientbehandling viktigst." *Dagens Medisin* 08.11.2001, s.  
<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/VisArtikkel.asp?ArtId=2461>.

Vollebæk, Lars-Erik (2001b): "Raser mot gubbevelde." *Dagens Medisin* 08.11.2001, s. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/VisUtskrift.asp?ArtId=246>.

## **Vedlegg 1: Intervjuguider**

Jeg har brukt intervjuguidene som en ramme for intervjuene, men har også supplert dem med andre spørsmål som var relevante i den enkelte intervjusituasjon, og som derfor ble formulert der og da. Dette gjelder særlig intervjuene med avdelingssjefene.

### **1 Intervjuguide avdelingssjefer**

Utdanningsbakgrunn (+Spesialitet? +Lederutdanning?)

Ansiennitet i sykehuset + i stillingen

Fortell litt om avdelingen (størrelse-seksjoner-pasienter-ulike spesialiteter ol.)

(Type spesialitet: Kirurgisk – medisinsk? Avgrensbar – diffus? Akutt – kronisk?)

Avdelingshverdag: Andel ø-hjelp?

Avdelingsorganisering: Seksjonert – ikke seksjonert?

Type avdeling: Klinisk – medisinsk service?)

Hvordan er ledernivået i avdelingen utformet?

Avdelingens tiltrekningskraft på fagpersoner? Hvorfor? Forskjell mellom leger /sykepleiere, evt. andre faggrupper?

Hvorfor valgte du å søke stillingen som avdelingssjef? Avveininger

Hva er ditt ansvar som avdelingssjef?

Betrakter du denne stillingen/endringen på avdelingsnivået som noe nytt? På hvilken måte?

Hva vil man oppnå med én leder?

Forutsetninger for at det skal fungere etter hensikten

Innebærer avdelingsledelse og faglig arbeid ulike perspektiver og/eller prioriteringer? (dvs. handler de ut fra ulike logikker eller verdier?) Utdyp

Hvilken betydning har din fagbakgrunn i denne stillingen?

Hvilken betydning har det å være i klinisk arbeid for den faglige autoriteten til avdelingssjefen? Er dette annerledes for en sykepleier enn en lege? På hvilken måte?

Hvordan oppnår en sykepleier faglig autoritet i denne stillingen? Overfor egen faggruppe? Overfor andre faggrupper?

Hvilken betydning har det å ta på seg lederoppgaver når det gjelder å gjøre karriere som lege/sykepleier?

Opplever du deg som talsmann for egen faggruppe? Hva med egen/andre faggrupper – hva tror du de tenker om det?

Tror du det spiller noen rolle i din stilling hvilket kjønn du har?

## **2 Intervjuguide senterdirektør**

Utdanningsbakgrunn

Ansiennitet i sykehuset + i stillingen

Beskriv senteret, hva inngår her?

Hva er ditt ansvarsområde?

Hva vil dere oppnå med denne lederreformen?

Kan du si litt om utfordringene når det gjelder ny ledermodell i sykehuset?

Er det rom for lokal utforming av ledelsesstrukturen i den enkelte avdeling?

Hvordan vil du beskrive utfordringene som de nye lederne møter i denne lederfunksjonen?

Rekrutteringskriterier i ansettelsesprosessen?

Ansettelse: er det noen kriterier man ikke ”kommer unna”? /Hvilken vekt har faglig senioritet/faglig tyngde?

Hvor langt er dere kommet i utformingen av det nye ledernivået?

Hvor ligge ansvaret for å drive utviklingen videre?

Mulighetene for å se sykehuset som en (organisatorisk) helhet?

Hvordan vil du vurdere betydningen av profesjon i ledelse på senternivået?

### **3 Intervjuguide sykehusdirektør**

Hva vil dere oppnå med denne lederreformen?

Kan du si litt om utfordringene når det gjelder ny ledermodell i sykehuset?

Hvordan vurderer du muligheten til å få det til?

Hvilke hindringer ser du?

Hvor viktig er det med lokal frihet for den enkelte avdeling (mht utforming av ledelsesstruktur)?

Ansettelse: er det noen kriterier man ikke ”kommer unna”? /Hvilken vekt har faglig senioritet/faglig tyngde?

Modellen innebærer en dreining mot ”nøytralisering” av fag i lederposisjonen. Hvordan vurderer du muligheten til å få til dette i et faglig bevisst miljø?

Hvilken plass har det faglige, og hvordan utspiller det seg i en lederposisjon?

Forskjellige temaer som er konsekvens av denne modellen: Hvordan håndtere det?

Hvordan har du inntrykk av at modellen er mottatt så langt?