

# Effekter og implikasjoner av “enhetlig ledelse”

Ian Gustad



Høgskolen i Hedmark

Master i offentlig ledelse og styring (MPA)

HØGSKOLEN I HEDMARK

2012

## **Forord**

”Effekter og implikasjoner av enhetlig ledelse” er siste del av min mastergradsstudie; Master i offentlig styring og ledelse (MPA) ved Høgskolen i Hedmark. Å ha produsert en master, er som mange før meg har uttrykt, en langvarig prosess. Det er samtidig merkelig å se hvordan arbeidet med denne studien materialiseres på de kommende sidene. All den lesing, skriving og omskriving som ligger til grunn, reflekter jo ikke i denne endelige versjonen. Slik skal det likevel også være, en studie er preget av en etterrasjonalisering som ikke viser alle sidespor og blindveier underveis.

*”Står man ved målet, angrer man ikke reisens møye og besvær”.*

*Aristoteles*

Jeg ønsker å takke alle mine forelesere for å ha gitt innsikt i nye og interessante emner som har gjort at jeg er der jeg er i dag med min mastergradsstudie. En videre spesiell takk til mine informanter som satte av verdifull tid og stilte opp til intervjuer.

Min veileder har vært førsteamanuensis Hans Christian Høyer ved Høgskolen i Hedmark. Han fortjener en spesiell takk for en sjelden evne til å inspirere og utvise faglig kapasitet i råd og veiledning.

Jeg takker også mine arbeidskolleger og familie som har stått ut med meg gjennom hele studiet.

Gjøvik, november 2012

Ian Gustad

## **Sammendrag**

Dette masterstudiet setter fokus på effekter etter reformen ”enhetlig ledelse” i sykehus. Bakgrunnen for studien er stortingsvedtaket av den 6. juni 2001 om innføring av sykehusreformen. Reformen er beskrevet som en av de mest omfattende offentlige reformer i moderne tid, og baserte seg på to hovedelementer. Det ene var at staten overtok det fylkeskommunale eierskapet for sykehusene. Det andre var at sykehusene skulle skilles ut fra forvaltningen og organiseres i foretak som egne rettssubjekter. I forbindelse med dette var en av de viktigste oppgavene å innføre en mer profesjonell ledelse gjennom krav om ”enhetlig ledelse”. Med dette mentes det at ledelsen skulle over til en mer moderne bedriftsrettet ledelse, der de enkelte sykehus skulle strukturorganiseres slik at det var en totalansvarlig leder på alle nivåer i organisasjonen.

Det forligger relativt lite systematisk kunnskap om effekter av strukturreformer, og av å bruke ulike organisasjonsformer for å oppnå distinkte mål. Likevel er nettopp slik kunnskap om effekter over kort og lang tid beskrevet som en avgjørende betydning for hvordan offentlige organisasjoner bør utformes, og hvordan en kan forvente virkninger av organisasjonsendringer. Med antakelser om et reformuttrykk som ikke var etter reformators intensjon og med en ønske om å forstå hvorfor, startet denne studien.

Med utgangspunkt i tre organisasjonsteoretiske perspektiver; et instrumentelt og to institusjonelle, ble det satt opp empiriske forventninger knyttet til; opplevelse av innføringen og forventninger knyttet til effekter på kort og lang sikt. Metodisk tilnærming ble valgt og etter et strategisk utvalg blant ledere, ble 12 dybdeintervjuer gjennomført.

De empiriske funnene fra intervjuene fremviser at reformens intensjoner ikke har blitt innført på samme måte som reformatorene antok, og at en ambisjon om profesjonell enhetlig ledelse ikke er kommet i stand. Konklusivt er det holdepunkter at det formelle ledelsessystemet gjennom ”enhetlig ledelse” tilsynelatende ikke bryter nevneverdig inn i den tradisjonelle medisinske arbeidsorganiseringen. Det er de institusjonelle faktorene som tilsynelatende har hatt størst innvirkning på dette resultatet gjennom tydelige sti-avhengige kulturelle trekk, sammen med dekopplende mytiske trekk. Likevel var det initiale instrumentelle faktorer som påvirket til endringer jamfør ambisjonen, men grunnet avtakende lederfokus fra toppledelsen tok kulturelle og mytiske faktorer over og resulterte i det uttrykket en ser i dag.

## **Summary : Effects and implications of "unified leadership"**

This master program will focus on the effects and implications that express the current situation after the reform "unified leadership" in two hospitals. The reason for the study is the parliamentary decision of the 6th June 2001 on the introduction of hospital reform. The reform is described as one of the most extensive government reforms in modern times, and was based on two main elements. One was that the state took over ownership of the county hospitals. The second was that hospitals should be separated from management and organized in corporations as separate legal entities. One of the most important tasks behind the hospital reform was to introduce a more professional management by requiring "unified leadership". The management of hospitals should go over to a more modern business-oriented management, where the individual hospital should structure and organized it selves with one manager in charge of all the levels of the organization.

There is relatively little systematic knowledge about the effects of structural reforms and of using various organizational forms to achieve distinct goals. Knowledge of the short and long terms effects is described as a decisive impact on how public organizations should be designed, and how one can expect the effects of organizational changes are. With the assumption that the expression of the reform was not after the intension of the reformer, and with a desire to understand why, thus this study.

Based on the three organizational theoretical perspectives, one instrumental and two institutional, empirical expectations were set up related to: experience of the introduction and expectations related to the effects of short and long term. Methodical approach was chosen and after a strategic choice among managers, 12 in depth interviews were conducted.

The empirical findings from the interviews that display reform intentions have not been introduced in the same way as the reformers believed, and that the ambition of professional unified management had not been finalized. There is evidence that the formal governance system through the "unified leadership" does not violate appreciably into the traditional medical work organization. It is the institutional factors that apparently have had the greatest impact on this result through distinct path-dependent cultural traits, along with decoupled mythical traits. Nevertheless, the initial instrumental factors that influenced the changes cf. ambition, due to declining leadership focus from top management, the cultural and mythic factors took over and resulted in the expression one sees today.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Tema og problemstilling .....	7
1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	10
1.3 Organisasjonsteori, metode og avgrensninger .....	11
1.4 Presentasjon av studieobjektet .....	12
1.5 Organisasjonskart over studieobjektene .....	12
<b>2 Studiens teoretiske utgangspunkt</b> .....	<b>14</b>
2.1 Reformers ramme .....	14
2.1.1 New Public Management (NPM), også i sykehus.....	17
2.2 Bruk av perspektiver som en kobling mellom teori og empiri.....	18
2.3 Det instrumentelle perspektivet.....	19
2.3.1 Studienes empiriske forventninger om innføringen av reformen, ut fra det instrumentelle perspektivet .....	22
2.3.2 Studienes empiriske forventninger om effekter, ut fra det instrumentelle perspektivet .....	22
2.4 De institusjonelle perspektivene.....	22
2.4.1 Det kulturelle perspektivet .....	23
2.4.1.1 Studienes empiriske forventninger om innføringen av reformen, ut i fra det kulturelle perspektivet .....	26
2.4.1.2. Studienes empiriske forventninger om effekter, ut fra det kulturelle perspektivet.....	26
2.4.2 Myteperspektivet .....	27
2.4.2.1 Studienes empiriske forventninger om innføring av reformen, ut fra det mytiske perspektivet .....	30
2.4.2.2 Studienes empiriske forventninger om effekter ut fra det mytiske perspektivet ..	31
2.5 Oppsummering .....	31
<b>3 Forskningsdesign og metode</b> .....	<b>33</b>
3.1 Valg av forskningsdesign .....	33
3.2 Valg av metode.....	35
3.2.1 Utarbeidelse av intervjuguide og valg av type intervju.....	36
3.2.2 Utvelgelse av case og intervjuobjekter.....	36
3.2.3 Gjennomføring av intervjuene .....	37
3.3 Analyse og bearbeiding av dataene .....	38
3.4 Metodekritikk .....	39
3.4.1 utfordringer ved eget design.....	40
3.4.2 utfordringer ved innsamling av data.....	41
3.4.3 utfordringer ved analyse av data.....	43
3.5 Oppsummering .....	43

<b>4 Empiri.....</b>	<b>45</b>
4.1 Sammenligning av målbare størrelser .....	45
4.2 Enhetenes oppgaver og organisering.....	47
4.3 Organisering før reformen.....	48
4.4 Opplevelse av innføringen av ”enhetlig ledelse” .....	48
4.5 Innføring av reformen og rekruttering av stillingene .....	51
4.6 Indre og ytre påvirkning .....	53
4.7 Effekt på kort og lang sikt .....	54
4.8 Effekter på organisasjonskultur og atferd .....	56
4.9 Oppfatninger om faktisk ledelsesatferd i dag.....	57
4.10 Effektivitet, drift, tilbud og rasjonalitet i dag vs. tidligere .....	61
4.11 Oppfatninger om årsaksforhold og effekter .....	64
4.12 Oppsummering av empiriske funn .....	66
<b>5 Teoretisk analytisk diskusjon.....</b>	<b>70</b>
5.1 ”enhetlig ledelse” i det instrumentelle perspektivet .....	70
5.1.1 Forventningen om en tett kopling mellom reform og endring .....	71
5.1.2 Organisering og systematisering for å oppnå reformens mål.....	72
5.1.3 Den faktiske atferden over tid .....	74
5.2 ”Enhetlig ledelse” i det kulturelle perspektivet .....	75
5.2.1 Forventningen om at formell struktur påvirkes av normer og verdier .....	75
5.2.2 Identitet og bærende normer og faktisk atferd etter reformen .....	77
5.3 ”Enhetlig ledelse” i det mytiske perspektivet .....	78
5.3.1 Forventning om legitimitet.....	78
5.3.2 Forventning om kopling av rasjonaliserte oppskrifter, fra ide til praksis .....	79
5.3.3 NPM incitamenter i sykehusenes organisasjoner .....	80
5.4 Sammenlignende reformer fra andre land .....	82
5.5 Perspektiver, sammenhenger og summasjoner .....	83
<b>6 Konklusjon.....</b>	<b>88</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>92</b>
Vedlegg 1 .....	92
Informert samtykke .....	92
Vedlegg 2 .....	94
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>96</b>

# 1 Innledning

Sykehusene innehar en sentral plass i utførelsen av den norske velferdsambisjonen, og i løpet av de siste tiår har norske helsepolitiske myndigheter innført en rekke reformer med det mål for øyet, å få et stadig mer effektivt og brukervennlig sykehus. Reformene har favnet bredt; fra innføring av ulike økonomiske styringsincentiver (bl.a. innsatsstyrt finansiering), reformer for eierskap og organisering og pasientrettede reformer (fritt sykehusvalg) til ulike ledelsesreformer; som innføringen av prinsippet om en ansvarlig leder på alle nivåer med totalansvar, også bedre kjent som ”enhetlig ledelse”.

Ledelse av sykehus, nærmere bestemt ”enhetlig ledelse”, som også er fokus for dette studiet, har vært et omstridt tema og kan trekkes i parallell til hva den kjente organisasjonsforskeren Henry Mintzberg (1997) skriver; ”*at det knapt finnes noen vanskeligere lederoppgave, og at det å lede helseprofesjoner er lignende med å gjete katter*” (fritt oversatt).

I have long suspected that running even the most complicated corporation must almost be child's play compared to trying to manage almost any hospital. The pressures are enormous (e.g. professional insisting on any manner of special treatment - managing professionals can describe as akin to herding cats)

*(Mintzberg, 1997)*

## 1.1 Tema og problemstilling

Den 6. juni 2001 ble Sykehusreformen vedtatt i Stortinget etter en uvanlig rask beslutningsprosess (Herfindal, 2004). Reformen er beskrevet som en av de mest omfattende offentlige reformer i moderne tid, og baserte seg på to hovedelementer. Det ene var at staten overtok det fylkeskommunale eierskapet for sykehusene. Det andre var at sykehusene skulle skilles ut fra forvaltningen og organiseres i foretak som egne rettssubjekter. Hvert enkelt foretak skulle ha eget styre, direktør og divisjoner med delegert ansvar for å levere de tjenester eier til en hver tid måtte ønske. Staten overtok eierskapet for å klargjøre ansvarsforholdet i styringskjeden, samtidig som organisering gjennom foretak hadde til hensikt å skape rom for økt fristilling, slik at ledelsen av foretakene og det enkelte sykehus skulle gis en mer autonom rolle i forhold til den daglige driften av den enkelte enhet.

Målsettingene bak reformen var å skape bedre og mer likeverdige helsetjenester for den norske befolkning. Et annet viktig element ved sykehusreformen var at det nå skulle legges større ansvar på de som sitter i lederstillingene utover i de enkelte organisasjonene, og større fokus på ledelseskompetanse både på overordnede og utøvende plan (Byrkeflot, 2005; Byrkjeflot & Neby, 2005). Ved å skille ut sykehusene fra forvaltningen og inn i selvstendige resultatenheter, skulle det legges bedre til rette for at sykehuslederne skulle kunne utøve lederskap og ta ansvar. For å utnytte dette rommet presiseres behovet for ledere med bred forståelse for hva det innebærer å lede moderne kunnskapsbedrifter (www.dep.no/shd/sykehusreformen; SHD rapport, 2001). I forbindelse med dette er en av de viktigste oppgavene bak sykehusreformen å innføre en mer ”profesjonell” ledelse gjennom krav om ”enhetlig ledelse” i sykehusene. Med dette menes at ledelsen av sykehusene skal over til en mer moderne bedriftsrettet ledelse. Lederne skal nå lede selvstendige resultatenheter som krever profesjonell ledelse i en bedriftsmessig forstand, der de enkelte sykehus skal strukturorganiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivåer. (Spesialisthelsetjenesteloven - LOV-1999-07-02-61 § 3-9).

Siden sykehusene er, og har i lang tid vært preget av det medisinske fagfeltets forståelsesrammer innen organisasjon og ledelse, ville spesialisthelsetjenestelovens innsettelse av reformen om enhetsledelse i sykehus utfordre nettopp denne tradisjonelle flerdelte profesjonsbaserte ledelsesstrukturen på flere måter. B. Guy Peters (Christensen, Læg Reid, Roness, & Røvik, 2010) hevder at organisasjonsstruktur er det aspektet ved offentlige organisasjoner som er mest manipulert, men også minst forstått. Et hovedbilde er at effekter ofte blir forutsatt, forventet eller lovet, men at de sjelden er godt dokumentert gjennom systematiske studier. Praksis i reformarbeidet avviker ofte fra retorikken, og vi står ovenfor et paradoks ved at de som initierer reformen bygger legitimitet på at de skal oppnå resultater men sjelden undersøker effekt og implikasjon (Christensen et al., 2010). Jeg ønsker derfor gjennom case studier av ledelsen ved to større sykehus, å belyse hvilke spor og effekter av reformen som finnes på avdelings- og seksjonsnivå, og hvordan ”enhetlig ledelse” har utfoldet seg som strukturreform. Hvordan lever man med enhetlig ledelse i dag? Derfor spør jeg følgende;

**Hvilke reformeffekter ga overgangen til ”enhetlig ledelse” og hvilke implikasjoner har den gitt over tid?**



Problemstillingen konstituerer to spørsmål om den indre logikken mellom effekter, læring og implikasjoner i en organisasjonsendring. Logikken innebærer at først kommer effekten av tiltaket ved å innføre en ansvarlig leder på hvert nivå, deretter skjer det en læring eller vurdering av tiltaket, som igjen gir implikasjoner som uttrykket for hva som er lært og tilpasset i organisasjonen over tid. Implikasjonene vil altså i denne studiens sammenheng være det uttrykket av reformeffektene organisasjonen har tilpasset i dag ca. ti år etter innføringen. Rent komparativt beskriver Christensen et al. (2010) at det foreligger relativt lite systematisk kunnskap om effekter av å bruke ulike organisasjonsformer. Likevel er nettopp kunnskap om effekter og implikasjoner av avgjørende betydning for hvordan offentlige organisasjoner bør utformes (Bolman & Deal 2009; Christensen et al., 2010).

Med effekter mener jeg her effekter etter denne spesifikke organisasjonsendringen, hvor en kan vurdere effekter ut fra et bredt eller smalt effektbegrep. Et smalt begrep er opptatt av å se effektene ut fra hovedmålene ved endring eller reform, enten operasjonelle, eksempelvis ved direkte økt kostnadseffektivitet, eller prosessuelle, som ved bedre målt tjenesteyting. Et bredt effektbegrep vil i tillegg se på sideeffekter relatert til systemeffekter som innflytelses- og kontrollforhold, kapasitet, legitimitet, koordinering, osv. (Christensen et al., 2010). Rent generelt kan effekter i en slik sammenheng være positive og negative. De kan være forventede og ikke forventede (Samset, 2001). For å forstå de effekter reformen har gitt i en slik sammenheng vil jeg samtidig se på om forhold rundt selve innføringen har hatt betydning og beskrive de effekter som har oppstått.

Christensen et al. (2010) beskriver ulike utfordringer med å måle effekter av reformer og organisasjonsendringer, og begrunnelser til at det sjelden blir gjort. For det første er motivasjonen for å etterspore resultater av reformer ikke i alles interesse. Både politisk og administrativ motstand kan begrunnes med egen ugunst i forhold til fremtidig politisk profil eller synlighet av administrativ effektivitet. For det andre kan en stå ovenfor et uavhengighetsproblem, gitt at offentlige organ ofte evaluerer seg selv. For det tredje er det ofte motstridende, uklare og ustabile kriterier for å vurdere resultatene. Det vil i en slik sammenheng være ulike meninger om det normative og politiske grunnlaget for offentlig sektor og hvilke kriterier som skal brukes for å vurdere offentlige organisasjoners virkemåte. I et norsk politisk- administrativt system preget av samhandling og konsensusorientert kultur, medfører ofte kompromisser, som bidrar til at mål kan bli tvetydige og motstridende. For det fjerde kan reformeffekter være forurenset av andre samtidige reformer og endringer, hvor

problemet er å måle de resultater og effekter av ett enkelt reformtiltak, eller en spesifikk omorganisering. En siste og femte utfordring, som jeg i denne studien er spesielt opptatt av, er at målinger av effekt for tett opp i omstillingen, gir en risiko for måling av omstillingseffekter fremfor varige effekter. Denne andre ytterligheten av den indre logikken beskrevet som implikasjoner i problemstillingen, har til hensikt å avdekke det mer endelige resultatet og uttrykket av reformen, og kan i så måte representere likhet eller ulikhet med det operasjonelle utgangsmål.

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling**

Jeg mener det er flere grunner til at problemstillingen jeg har valgt er interessant og nyttig å fokusere på. Den omhandler en av de største og mest radikale lederreformene som er iverksatt i offentlig virksomhet på mange år, og retter søkelyset på sykehuslederne som er blitt satt til å gjennomføre reformens intensjoner. I løpet av få år har sykehusledelse gått fra å være preget av forvaltning og administrasjon til å omhandle ledelse av fristilte enheter med stor grad av autonomi i forhold til egen styring. Lederne og deres kompetanse er kommet i fokus, noe som på sikt skal danne grunnlag for mer effektiv og rasjonell styring av sykehusene. I denne studien rettes søkelyset mot de virkelige effektene av enhetsledelse og hvordan sykehusene lever med denne driftsformen i dag. En kartlegging av effekter og implikasjoner gjennom en samfunnsvitenskaplig tilnærming vil kunne gi innsikt i samsvaret mellom reformens ambisjon og faktiske uttrykk.

Et annet aspekt som gjør en effektstudie av innføring av enhetsledelse aktuell, er lederens omstridte rolle i den nye organiseringen. Under beslutningsprosessen som førte frem til sykehusreformen var det stor oppmerksomhet mot splittelsen av den tradisjonelle knyttingen mellom ledelse og fag i sykehusavdelingene. Oppfatningene rundt hvem som burde sitte i disse stillingene var mange. En studie av nettopp hvem som har tatt over styringen, hvordan dette har blitt mottatt, og hvilke uttrykk dette har fått, vil derfor kunne være av allmenn interesse.

Et siste aspekt som aktualiseres i denne reformen er de mange likhetstrekk den har med reformbølgen New Public Management (NPM), som har hatt stor innvirkning på statlige reformer og offentlig forvaltning de siste 15 - 20 årene (Bolman & Deal 2009; Christensen et al., 2010). Reformens implikasjoner over tid avdekker NPM målsettinger om endring innen ledelsen av sykehusene. Dette er særlig interessant i organisasjoner som sykehus der

spenningen mellom ledelse og ulike profesjonssterke fagfelt tradisjonelt har vært stor. Ved å fokusere på reformens uttrykk over tid og de mekanismer som utspiller seg i etterkant kan en si noe om hvorvidt innovasjon i komplekse kunnskapsorganisasjoner lar seg gjennomføre ved mere radikale reformforsøk. Et slikt fokus kan også være med på å øke forståelsen for reformprosesser på et mer generelt grunnlag.

### **1.3 Organisasjonsteori, metode og avgrensninger**

For å belyse de spørsmål som problemstillingen stiller, har jeg valgt å bruke tre teoretiske perspektiver som forklaringsverktøy. Perspektivene som benyttes har ulike tilnærminger til problemstillingens spørsmål og bidrar med forskjellige innfallsvinkler for å finne problemstillingens svar. Først et instrumentelt perspektiv som vektlegger politisk kontroll og rasjonell kalkulasjon både på årsaksforhold og effekter. Dernest et kulturperspektiv som fremhever begrensninger og muligheter som ligger i organisasjonens etablerte kultur og tradisjon. Til sist brukes det mytiske perspektivet som fremhever tilpassninger til rådende oppfatninger og verdier i omgivelsene for å forstå hvordan endringer skjer og hvilke effekter og implikasjoner de har. Studien er først og fremst en dybdestudie, hvor ambisjonen er å bidra til en større forståelse av hva som har preget reformprosessen ”enhetlig ledelse”. Jeg vil derfor benytte meg av en kvalitativ forskningsstrategi, og vil benytte meg av dybdeintervjuer for å samle oppgavens empiri. Analysen av dataene er kvalitative og tar utgangspunkt i de tre teoretiske perspektivenes forventninger til hva som har preget endringsprosessene og effektene av dem.

Det har vært viktig for meg, gitt studiens fokus og omfang, ikke å sammenblende informantenes inntrykk av reformeffektene med hva de enkelte profesjonene legger i fag og i ledelse, ei heller vurderinger av profesjonene seg i mellom. Selv om temaet berører potensielle profesjonalitets konflikter, der jeg kommenterer dette, har ikke dette en sentral plass i studien. Videre har jeg ikke valgt å gå nærmere inn på beskrivelser av mulige tiltak og handlinger som kunne innvirke på forholdet rundt innføringen av ”enhetlig ledelse”. Til sist har jeg gjort en begrensning i informant utvalg, nærmere beskrevet i metoden, av ledere i de nivåer hvor påvirkninger av reformen i det praktiske var størst. Sykehus struktur av i dag har 4 ledernivåer, med administrerende direktør på toppen, nivå 2 som divisjonsdirektør, nivå 3 som avdelingssjef og nivå 4 som seksjonsleder. Selv om påvirkningen har medført en omdefinering av nivå 2, er det i skjæringspunktet mellom ledelse og fag, henholdsvis nivå 3 og 4, hvor den har vært størst (NOU, 1997).

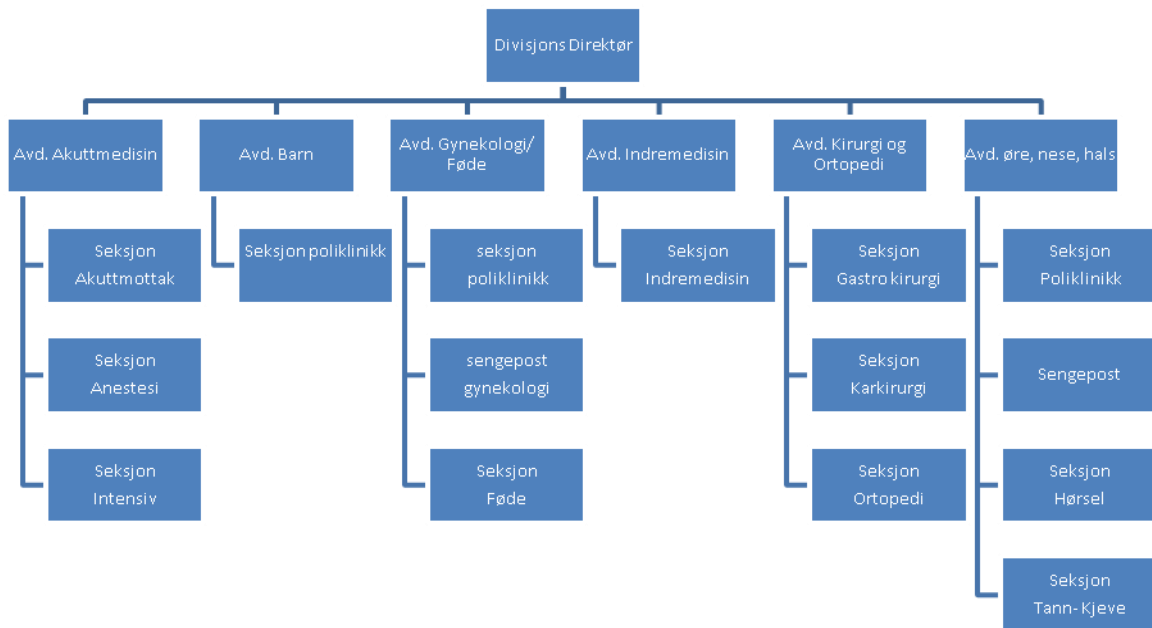
## **1.4 Presentasjon av studieobjektet**

Sykehuset Innlandet HF ble etablert som et helseforetak for Hedmark og Oppland i januar 2003 og er et av syv helseforetak i Norge, som er heleid av Helse Sør - Øst (Regionalt Foretak). Helseforetaket består av ni divisjoner, herunder åtte sykehus som ligger spredt i fylkene Hedmark og Oppland. Videre driver foretaket flere andre mindre desentraliserte tjenester innenfor både psykiatri og somatikk, totalt 41 enheter. Strukturen på foretakets institusjoner er utpreget desentral, med mange små og mellomstore sykehus fordelt over store avstander. Helseforetaket har derav en klassisk divisjonsbasert organisatorisk konfigurasjon (Busch & Vanebo, 2003; Jacobsen & Thorsvik, 2007), med stor grad av delegert beslutningsmyndighet og gitte resultatansvar. I samdata rapportene fra 2005 og 2011 fastslår SINTEF at Sykehuset Innlandet er landets nest største helseforetak målt i antall pasientopphold, at driftskostnadene per korrigert opphold er relativt lave, videre at befolkningen har et relativt høyt sykehusforbruk.

Mine studieobjekt er to større divisjonssykehus i Sykehuset Innlandet HF, og er i likhet med de andre syv sykehusene i foretaket organisert med vekt på profesjonalisering, med høy grad av desentral beslutningsmyndighet i den operative kjerne (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Daglige arbeidsoppgaver er videre basert på sterkt spesialiserte standardiseringer og regimer. Strukturen er spesialisert og fremstår som horisontal og kompleks (Boleman & Deal, 2009; Jacobsen & Thorsvik, 2007). Organiseringen fremstår som formålstjenelig da delegeringen av beslutningsmyndighet sikrer det faglige gode arbeidet, med høy brukertilfredshet (jf. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006 og 2011), samt rask problemløsning og saksbehandling. Likevel gir dette både mellom seksjoner, avdelinger og mellom divisjonene i foretaket, en rivalisering og grobunn for konflikter. Noe som videre skaper samarbeids- og styringsproblemer for foretaket. Denne strukturelle typologien er også kjent for å ha vansker med å kontrollere sine kostnader (Jacobsen & Thorsvik, 2007, Torjesen, 2008) og danner da naturlig nok stadige diskusjoner rundt omorganisering og økonomistyring i disse aktuelle sykehusene.

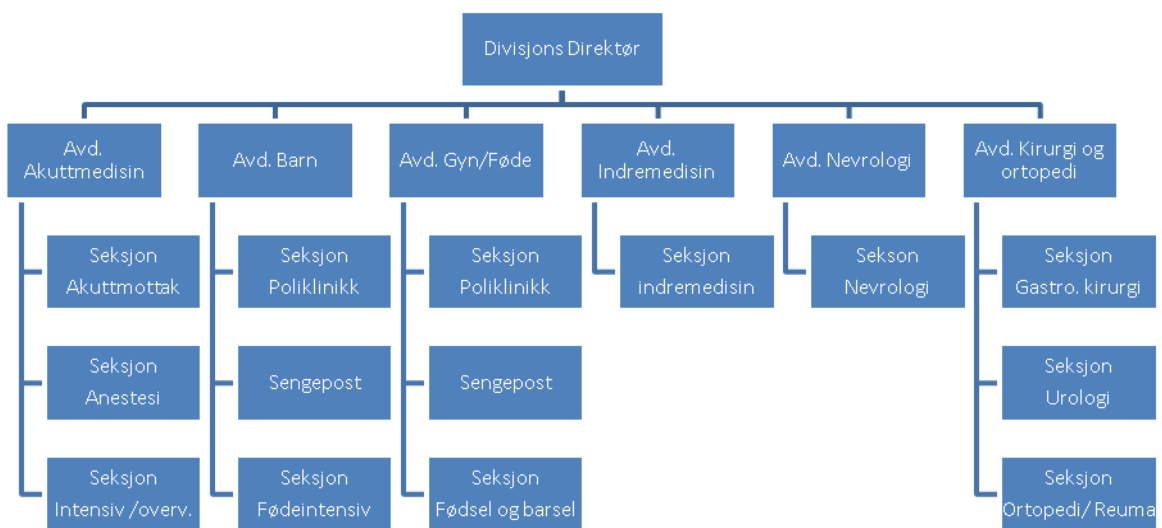
## **1.5 Organisasjonskart over studieobjektene**

Kartene viser de to sykehuscasene som er studieobjekt i denne undersøkelsen, og viser nivå 2 som divisjon, nivå 3 som avdeling og nivå 4 som seksjon. Divisjon er synonymt med sykehus, og brukes om hverandre i studien men med samme betydning.



Fig

. 1 Organisasjon 1. Navn på ansvarlig leder utelatt



Fig

. 2 Organisasjon 2. Navn på ansvarlig leder utelatt.

## 2 Studiens teoretiske utgangspunkt

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for studiens teoretiske perspektiver, og presentere teoretisk forankring. Teorien er ment å ha en deskriptiv funksjon for å beskrive det landskap og det fenomen jeg vil studere, men også være et analytisk hjelpemiddel og trekke siktelinjer til å få svar på min problemstilling. Jeg vil først beskrive reformer og New Public Management (NPM) som kontekstuell ramme. Dernest vil hensikten med bruk av teoretiske perspektiver bli beskrevet, for så å presentere de tre perspektivene som studien belyses i forhold til, et instrumentelt og to institusjonelle. I forbindelse med presentasjonen av de enkelte perspektivene, vil det bli utledet forventninger og teoretiske refleksjoner knyttet til ulike aspekter ved problemstillingen.

### 2.1 Reformers som ramme

Med reformer menes i denne sammenhengen et; *”Bevisst forsøk på endringer i strukturer og prosesser i offentlige organisasjoner i offentlig sektor med det mål (på en eller annen måte) å få dem til å yte mer”* (Politt & Bouckaert, 2008).

Det er i en slik sammenheng viktig å skille mellom reformer og endringer i offentlige organisasjoner. For mens reformer er aktive og bevisste forsøk fra politiske og administrative apparater for å endre strukturelle eller kulturelle trekk ved en organisasjon, er endringer det som faktisk skjer i organisasjonen med slike trekk og hvilke uttrykk trekkene får over tid. Endringer kan enten være kontinuerlige prosesser, rutinemessig aktivitet av mer inkrementell karakter, eller plutselige omveltninger ved tilstrekkelig oppbygd potensial (Christensen et al., 2010).

I Norge har sykehusene levd med vedvarende utfordringer hva gjelder endringsprosesser de siste tiår. Lignende utvikling har en også sett i andre skandinaviske land, der lovendringer og reformer i sykehusvesenet har vært et gjennomgående trekk (Sørensen, 2000; Torjesen, 2008). Reformen i sykehussektoren er en del av et større bilde med omfattende endringer i offentlig sektor, der spesielt nye prinsipper for ledelse og måling av resultater er blitt tatt i bruk (Busch, Johnsen, Klausen, & Vanebo, 2007). Sykehus reformene er gjennomgående i prinsipp hva gjelder utfordringer knyttet til ledelse, ledelsesstruktur og innhold i lederoppgavene (Berntsen, 2001). Dette er endringer som må sees i lys av en rekke utviklingstrekk både i sykehussektoren og forøvrig i samfunnet (Eriksen, 1993). Den utstrakte bruken av reformer er imidlertid ingen god indikator på hvor effektive reformene er som endringstiltak, videre

fremstår det som vanskelig å måle de direkte konsekvensene av organisatoriske reformer (Politt, 1995).

Sykehusreformer bygger i enkelhet på generaliserte forestillinger om sammenhengen mellom problem og løsning (Torjesen, 2008). Overføringsverdien i den kontekstuelle sammenheng avhenger derimot av forståelse og fortolkning av en reforms spesielle vilkår og særtrekk. For å kunne forstå betydningen av reformer i offentlige organisasjoner må en ha kunnskaper om deres evne til å se fremover og forutsi konsekvenser av ulike handlinger og organisasjonsformer, men også se læring fra tidligere organisasjonsformer og tiltak (Torjesen, 2008). Christensen et al., (2010) beskriver at effekter etter organisasjonsendringer kommer først, dernest tilbakeføring og læring, som igjen viser seg i implikasjoner ved at organisasjonen i varierende grad nyttegjør seg det den har lært. Denne indre logikken mellom effekter, læring og implikasjoner beskrives som ”læringssyklusen” (March & Olsen, 1998). Politt & Bouckaert (2004) beskriver også det generelle fokuset på strategier, planer og utvalgte sukseshistorier snarere enn vitenskaplig analyse av resultater og effekter av reformer, samt at forskningen generelt er mer opptatt av å besvare hvorfor reformer oppstår, enn å besvare effektspørsmål med bakgrunn i endringer.

Bakgrunnen for reformen ”enhetlig ledelse” var stortingsvedtaket av 21. november 1995 der Sosial- og helsedepartementet nedsatte det såkalte Steineutvalget 19. april 1996. Utvalgets mandat var å ”foreslå tiltak innenfor områdene ledelse og organisering som kan bedre driften ved norske sykehus”. Resultatet ble NOU 1997:2, ”Pasienten først”, med dertil endringer av spesialisthelsetjenesteloven § 3-9, som trådte i kraft 1. januar 2001.

*”Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner som leder, dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere” (NOU, 1997).*

Paragrafen har som hovedmål at sykehusene skal organiseres slik at det er en ansvarlig på alle nivåer. Ledelsen skal ha totalansvar, og lederstillingen skal være åpen for alle relevante profesjonsutøvere. I praksis medfører dette de største endringer på seksjons- og avdelingsnivå, der en tradisjonelt sett har hatt fagbasert ledelse delt mellom overleger og oversykepleiere. Reformen er videre tydelig inspirert av NPM, og sees i Steineutvalgets innstilling eksempelvis, gjennom å vektlegge ledelsesfunksjonen (Opdahl Mo, 2006).

*”Ledelsesaktivitetene må være lederens hovedfunksjon og prioriteres foran andre oppgaver som lederen eventuelt vil gjøre” (NOU, 1997)*

Reformen (NOU, 1997) sier imidlertid lite om den enhetlige leders reelle handlingsrom og i hvilket perspektiv lederen skal ha innflytelse og makt ovenfor yrkesgruppene som tidligere har fremvist stor autonomi og et sterkt selvstyre gjennom sitt kunnskapsmonopol. Det generelle inntrykket i utredningsarbeidet til Steineutvalget er et innspill i den helsepolitiske debatt som avspeiler generelle trender i offentlig forvaltning (Busch et al., 2007). Hoffmann (2002), henspiller også på at reformspråket i ”enhetlig ledelse” tar det for gitt at den formelle ledelsen er den reelle. Imidlertid er den praktiske hovedutfordringen i sykehusene, slik sykehus per i dag er organisert, at den økonomiske og administrative ledelse har det formelle styringsansvaret, mens den operative rasjonalitet og profesjonene har den reelle styringen (Hoffmann, 2002). Han hevder i det videre at reformen har begrensede muligheter for å lykkes om ikke det bygges bro mellom den formelle og reelle ledelsen gjennom organisatoriske endringer (Hoffmann, 2002). Reformen ”enhetlig ledelse” som var avledet av utredningen ”pasienten først”(1997) hadde også et annet hovedtrekk, nemlig at pasientens behov var nært knyttet til sykehusets effektivitet og arbeidsmiljø. Utvalget hevdet etter omfattende analyser av sykehusets struktur, at endringer av organisering og ledelse måtte til for å øke pasientens tilfredsstillelse. Som konklusjon antyder utvalget at problemstillinger knyttet til pasientens behov og kravet om økt effektivitet og et bedret arbeidsmiljø, hadde årsak i samme hovedproblem, nemlig mangelen på ressurser i sykehuset (NOU, 1997).

Innføringen av ”enhetlig ledelse” skapte også mye debatt og møtte mye motstand i sykehusene generelt, primært vedrørende hvilke kvalifikasjoner en leder skulle ha og hvilken yrkesgruppe som skulle ha fortrinn ved ansettelse. I det tradisjonelle norske sykehus hadde leger og sykepleiere hver sin sterke profesjonsorganisasjon, og yrkesgruppene fremviste stor profesjonsautonomi. Nå gjorde begge yrkesgruppene imidlertid krav på lederstillingene med bakgrunn i ulike argumentasjonsrekker. Legene henviste til at medisinskfaglig spesialistansvar var implisitt med lederstillingene, mens sykepleierne argumenterte for sykepleiefagets bredde i kombinasjon med lederutdanning som det vesentlige. Våren 2002 utviklet dette seg til en åpen profesjonskamp, også hyppig gjengitt i media, om hvilke



utdanningskrav som skulle stilles til de nye lederne. Helse- og sosialdepartementet utga et rundskriv for å roe gemyttene, ved å presisere et skille mellom system- og lederansvar.

*”Sykehuset som virksomhet skal organiseres slik at helsepersonellet er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”. (I-9/2002)*

*”Det enkelte helsepersonell må på sin side kjenne og innrette seg etter de krav som i lov og forskrift stilles til yrkesutøvelsen”. (I-9/2002)*

Den enkelte ansatte i sykehus er altså selvstendig ansvarlig for sin profesjonsutøvelse, men samtidig underordnet ledelsen. Det understrekes viktigheten av samhandlingen mellom ledelse og den operative kjernen i organisasjonen, uten at dette beskrives nærmere. I praksis kan det tenkes at den enkelte profesjonsutøver må velge mellom faglige og økonomiske/ administrative hensyn (Opdahl Mo, 2006). Dette er i tråd med reformens generelle inntrykk. Den er konkret i kravet om en leder, men forøvrig diffus (Hoffmann, 2002). Dette gir profesjonssterke aktører rom for egne tolkninger og tilpasninger sett i lys av at ansvaret for den konkrete gjennomføringen av reformen ble sendt videre til de enkelte sykehus uten videre presisering (Opdahl Mo, 2006).

### **2.1.1 New Public Management (NPM), også i sykehus**

Sentralt i ideen bak NPM er det en forståelse av at offentlig sektor fremstår stivbeint, ineffektiv, uøkonomisk og preget av særinteresser. Bakgrunnen for utviklingen er dels av økonomisk og dels ideologisk art. Hvor mange land hadde akselererende vekst i offentlig sektor samtidig som statsfinansene ble mindre. Behovet for å finne andre måter å drifte og finansiere offentlig sektor på, ble derfor viktige. Samtidig har også NPM en klar ideologisk forankring, i et ønske om nedbygging av offentlig sektor, fristilling og privatisering/ konkurranseutsetting. New Public Management bygger på to ulike teoriretninger. Den første retningen bygger på økonomiske teorier som public choice, principal-agent-teorien og transaksjonskostnadsanalysen (Busch et al., 2007; Christensen et al., 2010; Christensen, T., Læg Reid, P. & Stigen, I. M., 2004; Hood, 1991; Pollitt & Bouckaert, 2000). Felles for disse teoriene er at de er kontroll- og kontraktsorientert. Teoriene inneholder økonomiske ideologier hvor konkurranse, marked, brukermedvirkning, kontraktsstyring og individuelle lønnsystemer står sentralt. Fritt sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering er eksempler på temaet brukt i norsk sykehussektor (Busch et al., 2007). Den andre teoretiske retningen er

management teorier. Disse teoriene har privat sektor som forbilde, og omhandler tiltak innenfor ledelse og organisasjon, som blant annet mål- og resultatstyring og budsjett- og økonomisystemer (Busch et al., 2007). I et slikt perspektiv vil lederen måtte fremstå som en aktiv aktør for å skape handling og forandring (Byrkjeflot, 1997). Reformen ”enhetlig ledelse” er i følge (Johansen, 2005; Opedahl Mo, 2006; Skjøld Jonhasen, 2009) et tydelig eksempel på dette.

Generelt har NPM tankegangen det i norsk sykehusvesen blitt sett på som et paradigmeskifte for å kupere de raskt økte kostnadene og et voksende krav om økt behandlingsskapasitet uten påfølgende økte utgifter. En logikk om å endre en sterk profesjonsdominert organisasjon til en markedsorientert og ledelsesreformert organisasjon har vært et uttalt ønske (Johansen, 2005). Det paradoksale spørsmålet som imidlertid reiser seg er hva som skjer når sykehusprofesjonenes sterke verdi-, norm- og kulturgrunnlag møter næringslivstankegangen i NPM. Et annet ankerpunkt er profesjonenes ulike profitering på innføring av ledelse- og økonomiske incentiver. Videre underbygges en skalering av mulige profesjonskonflikter. Eksempelvis vil ulike ledere fra ulike profesjoner ha ulik oppfatning av kjernen i lederkompetansen, noe som igjen kan føre til interprofesjonelle konflikter (Johansen, 2005).

## **2.2 Bruk av perspektiver som en kobling mellom teori og empiri**

De tre perspektivene som presenteres i dette kapittelet har til hensikt å gjøre analysen mer oversiktlig og fruktbar. Et perspektiv kan sees på som en måte å forstå et gitt fenomen på, og bygger på et relativt systematisk sett av forestillinger og antakelser om virkeligheten. Bruk av perspektiver hjelper en til å se bestemte sider og kjennetegn ved fenomenet som skal undersøkes (Allison, 1983; Astley, 1985; Christensen et al., 2010; Scott 1992). Perspektivene representerer ulike tilnærminger til undersøkelsesfenomenet, og gir et *”teoretisk rammeverk som empiriske observasjoner holdes opp mot og tolkes i forhold til”* (Rørvik, 1998). Dette gjør at en på forhånd systematiserer og letter innsamling, bearbeiding og analyse av et datamateriale. Beslutninger i organisasjoner som i sykehus skjer i et komplekst samspill mellom ulike faktorer. Ved å bruke ulike perspektiver på samme situasjon kan man vinkle empirien på forskjellige måter, og oppnå en bedre og mer utfyllende beskrivelse av fenomenet som ligger til grunn for undersøkelsen (Roness, 1997). Likevel må man være oppmerksom på at alle teoretiske perspektiver bærer med seg en slagside (Astley, 1985). Med flere enn et perspektiv reduseres sannsynligheten for å starte undersøkelsen med en forutinntatt teoretisk tolkning som dikterer relevante observasjoner og hypoteser forut for selve analysen

(Christensen et al., 2010). Hensikten med å bruke tre teoretiske perspektiver er ikke primært å teste de ulike perspektivenes forklaringskraft, men å bruke dem som supplerende eller utfyllende teorier i den hensikt å kunne forklare/ forstå de empiriske observasjonene best mulig.

For å beskrive og avgrense organisasjonsteori for offentlig sektor fra betraktninger i en mer generell organisasjonsteori beskriver Christensen et al.,(2010) ett instrumentelt og to institusjonelle perspektiver. Et hovedskille mellom disse er at det instrumentelle perspektivet ser på organisasjonen som et redskap for ledelse, mens de institusjonelle perspektivene derimot gjenspeiler egne regler, normer og verdier som påvirker beslutninger og atferd på ledelse. De uformelle og kulturelle reglene er historisk og retrospektive, mens de formelle reglene og det instrumentelle er mer fremtidsrettet.

### **2.3 Det instrumentelle perspektivet**

I dette perspektivet sees organisasjonen som et instrument for å nå spesifikke mål (Christensen et al., 2010), der lederens evner til å benytte organisasjonen som verktøy er avgjørende for måloppnåelsen. Målet er i denne sammenhengen en definisjon av noe organisasjonen ønsker å oppnå eller realisere i fremtiden (Christensen et al., 2010). I et instrumentelt perspektiv vil ledelse i hovedsak falle sammen med styring, og ledere med tydelige mål og innsikt i styringsverktøy vil bruke den formelle strukturen til å fremme kollektive mål og samordnet aktivitet. Den formelle organisasjonsstrukturen legger videre begrensninger på den enkeltes handlingsfrihet og gjennom dette skapes det vektorer for å realisere spesifikke mål og verdier i organisasjonen. Max Weber som teoretisk konstruktør av den byråkratiske organisasjonstypologi, beskriver organisasjonsformen som hierarkisk, rutinepreget og preget av høy arbeidsdeling (Jacobesen & Thorsvik, 2007). Byråkratiet kjennetegnes av tydelig over- og underordning mellom de ulike nivåer, mens handlingsorientert arbeidsdeling kan forgå horisontalt i seksjoner som produserer varer og tjenester (Boleman & Deal 2009). Det forventes videre at ledelse handler formålsrasjonelt ved at den foretar konsekvenslogiske vurderinger av mulige handlinger som utføres (Christensen et al., 2010). I det byråkratiske hierarki gir tydelig ledelse og evne til analytisk rasjonell kalkulasjon sammen med en formell stringent struktur, mer fokus på organisasjon enn det enkelte menneske i organisasjonen. Dette skal resultere i at ledelse velger alternativer som gjør at organisasjonen når sine mål på en mest mulig rasjonell måte.

Det skilles mellom to varianter i det instrumentelle perspektivet. I en hierarkisk variant er organisasjonen sett på som enhetlig, og det legges vekt på mål og kunnskaper om mål/middel-sammenhenger hos ledelsen i organisasjonen eller hos dem som organisasjonen er et redskap for. I en forhandlingsvariant er organisasjonen oppfattet å være sammensatt av ulike underenheter og posisjoner som kan ha motstridende mål, interesser og kunnskaper. Ingen aktører kan på egen hånd oppnå sine mål, men utfallet vil være avhengig av samhandling, forhandlinger og kompromisser (Christensen et al., 2010). Jeg velger i oppgavens videre arbeider ikke å skille disse to variantene, men å kommentere begge generelt under det instrumentelle begrepet grunnet vurderinger av oppgavens omfang og fremstilte kompleksitet.

Styring i dette perspektivet vil dels skje gjennom den utformede organisasjonsstrukturen og dens forhold til omgivelsene, og dels gjennom formålsrasjonelle handlinger i forhold til organisasjonens mål. Ledelsen antas både ha denne evnen til rasjonell kalkulasjon og handling, samt evne til politisk og sosial kontroll. Styringen utøves gjennom rutinepreg og arbeidsdeling, men også vertikal og horisontal samordning og spesialisering.

Organisasjonsforskere klassifiserer, i tråd med det instrumentelle perspektivet, sykehus tradisjonelt som komplekse systemer med klare distinksjoner mellom målsetning og verdigrunnlag (Jacobsen & Thorsvik, 2007; Torjensen, 2008). Kompleksiteten kommer til uttrykk gjennom flere dimensjoner. For det første i form av et konglomerat av pasientkategorier som forventes behandlet i sykehusets repertoar av pleie- og behandlingsteknologier. Dernest gjenspeiler spekteret av pasienter de mange typer medarbeidere og spesialiteter som arbeider i organisasjonen. Videre er selve organisasjonen med sin utførlige struktur kompleks hva angår rutiner for drift, utvikling, samarbeid og kommunikasjon. Den siste dimensjonen i denne sammenhengen er den komplekse ledelsesstrukturen, kjennetegnet av sterk politisk styring, en sterk profesjonell operativ kjerne og en svak toppledelse (Mintzberg, 1979/ 1989).

Denne profesjonelle kjernen kjennetegner også denne typologiske organisasjonsformen. Den operative kjernen, eller der arbeidet for målrealiseringen i organisasjonen utføres, er tildelt stor beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. Beslutningsmyndigheten er nettopp desentralisert fordi de profesjonelle aktørene i den operative kjerne, gjennom utdanning og erfaring har tilegnet seg kunnskaper og ferdigheter som er avgjørende for å løse organisasjonens mål (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

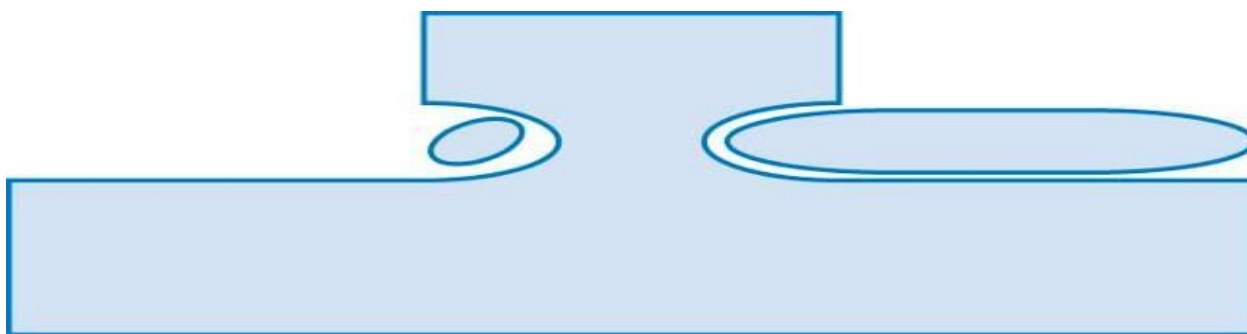


Fig. 3. Organigrammet til det profesjonelle byråkratiet (etter Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Typisk er også standardisering av oppgaveløsninger gjennom systematisk rekruttering av profesjonelle som representerer kjent felles profesjonskunnskap. Strukturen blir derav sterkt profesjonelt spesialisert og vil derav fremstå som sterkt horisontal kompleks. Et begrep fra organisasjonsteori beskriver en type delegert forhold mellom ledelse og de enkelte fagutøverne som er typisk for profesjonsarbeidet i sykehus, ”*The professional bureaucracy*” av Henry Mintzberg (1979), der nødvendig koordinering ivaretas av felles normer som bl.a. ses i forhold til hva man gjør i andre tilsvarende organisasjoner. Dette er ikke ”feil” eller ”svakheter”, tvert imot er organiseringen rasjonell i forhold til arbeidsoppgavene som skal løses. Fordelen vil da gjennom den delegerte myndigheten sikre godt faglig arbeid, rask problemløsning og høy behandlingshastighet av pasienter. Ulempen ligger derimot i profesjonskamp med bakgrunn i rivalisering og konflikter mellom de ulike faggruppene horisontalt, men også i linje til ledelsen gjennom ulike verdisyn og strategier for måloppnåelse (Christensen et al., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Som organisasjon er det norske sykehus påvirket av krav om utvikling, økonomiske endringer og politiske incentiver om organisasjonsendring. De helsepolitiske reguleringer og standardiseringer de siste tiårene, har gjennomgående argumentert for at bedre ledelse er det sterkeste middelet for realisering av politiske styringsambisjoner i forhold til sykehusenes ytelse og økonomi. Dette er i klar kontrovers med det profesjonelle byråkratiets ideologi, som setter faglige standarder fremfor økonomiske begrensninger. Økonomi settes ikke opp mot medisinsk etikk og moral om pasientens beste, og følgelig vil slike organisasjoner ha store vansker med å kontrollere sine kostnader (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

### **2.3.1 Studienes empiriske forventninger om innføringen av reformen, ut fra det instrumentelle perspektivet**

Perspektivet legger til grunn at effektene av reformen ”enhetlig ledelse” påvirker den faktiske atferden slik at målene som var satt for endringen blir oppnådd, tatt i betraktning de begrensninger som følger av at sykehusansatte handler ut i fra en begrenset formålsrasjonalitet. Dette innebærer at det også over tid etter endringen vil eksistere et entydig og allment samsvar mellom den nye formelle ledelsesstrukturen og faktisk atferd i organisasjonen. Videre har jeg forventninger om at oppfattelsen av behovet for endring, er med bakgrunn i instrumentell dysfunksjon i organisasjonen, enten i form av indre organisasjonsuro og lav produktivitet eller en definert uheldig organisering. Jeg forventer videre funn sett i lys av dette perspektivet som samsvarer med at beslutningsprosesser og innføring er i tråd med de formelle og forventede beslutningsprosessene, og at innføringen var rasjonell og preget av enighet horisontalt og vertikalt i organisasjonene. I en slik sammenheng vil det være å forvente organisering og systematisering av oppmerksomheten omkring reformen for å få de effekter en ønsker. Sett fra ledelsens side kan dette ha vært gjort ved å opprette egne enheter med kompetanse, noe som påvirker vertikale og horisontale prosesser i organisasjonen. Ansatte og interesseorganisasjoner kan også ha bli tatt med i prosessen for å bygge legitimitet om reformen, om det forelå støtte for denne.

### **2.3.2 Studiens empiriske forventninger om effekter, ut fra det instrumentelle perspektivet**

Ut fra et instrumentelt perspektiv er organisasjonsreformer i utgangspunktet planlagte forsøk på strukturelle endringer fra ledelsens side, gjerne med incentiv fra politiske myndigheter, og det forventes en tett kopling mellom reform og den endring som skjer. Jeg har empiriske forventninger om at ”enhetlig ledelse” gir klare og entydige effekter på kort og lang sikt i tråd med det som var intensjonene for reformen. Dette innebærer at det etter selve endringen er et entydig samsvar mellom den nye formelle strukturen og den faktiske atferden. Videre har jeg forventninger om at effektene av reformen vil kunne variere i forhold til ulike profesjoner fordi endringen har blitt motarbeidet eksempelvis av leger og sykepleiere. Utledet av dette vil jeg forvente ulike meninger i profesjonene om de ulike effektene/ implikasjonene, og om disse kan betraktes som positive eller negative.

## **2.4 De institusjonelle perspektivene**

I de institusjonelle perspektivene skilles det mellom et kulturelt og et mytisk perspektiv. Der en i det kulturelle legger vekt på hvordan uformelle, interne verdier og normer påvirker

organisasjonen, mens det i det mytiske perspektivet legges vekt på eksterne verdier og normer som finnes i organisasjonens omgivelser. Både verdier og normer legger føringer for medlemmenes atferd og organisasjonens indre liv gjennom å fremheve betydningen av kultur, historikk, symboler og tradisjon. Dette blir som et paradoks mot det rasjonelle og konsekvenslogiske en møter i det instrumentelle perspektivet.

#### **2.4.1 Det kulturelle perspektivet**

Philip Selznick (1997), beskriver at formelle organisasjoner som utvikler uformelle normer og verdier i tillegg til de formelle trekk, får et institusjonelt preg. Dette forbindes ofte med begrepet organisasjonskultur som også defineres som de uformelle normene og verdiene som vokser frem og har betydning for livet i, og virksomheten til formelle organisasjoner (Christensen et al., 2010). Begrepet kultur er i denne sammenhengen noe organisasjonssamfunnet har med seg, og kan forstås som de samlede åndelige og materielle verdiene virksomheten har og som de ansatte lærer og sosialiseres inn i etter en viss tid. Kulturen samler og integrerer medlemmene til en felles homogen organisasjon og begrenser kulturelle spenninger (Selznick, 1997).

I motsetning til oppfatninger og handlinger knyttet til konsekvenslogiske vurderinger og rasjonell kalkulasjon, legges det i det kulturelle perspektivet vekt på hva som er passende og egnet handling for medlemmene i organisasjonen. March & Olsen (Christensen et al., 2010) kaller dette logikken om passende atferd. Det som gjør noe til passende handling eller atferd bygger på et kulturelt normativt og institusjonelt grunnlag som kan være vidt forskjellig, alt etter hvilken utvikling en organisasjonskultur har hatt, og hva som er etablert som dominerende uformelle verdier og normer (Christensen et al., 2010). Organisasjoner handler derav ofte i samsvar med erfaringsbaserte regler eller mønstre som har vist seg å fungere godt i lignende situasjoner tidligere, enten de er kulturelt passende bygd på normative nyttebetraktninger eller ut fra en rasjonell målorientering.

Den dominerende forståelsen av prosessen rundt kulturell dannelse er at de uformelle, institusjonelle normene og verdiene vokser frem gjennom gradvise naturlige og evolusjonistiske utviklingstrekk. Organisasjonen tilpasser seg derav over tid til et indre- og ytre press, hvor slike uintenderte prosesser skaper en ren distinkt sjel i organisasjonen (Christensen et al., 2010). Det indre presset i denne sammenhengen representerer de normer og verdier medlemmer av organisasjonen bringer med deg inn og gjør relevante der. Det ytre presset koples gjerne til det organisasjonsnære samhandlingsmiljø. Dette representerer de

aktørene i omgivelsene som organisasjonen er særlig avhengig av, og som påvirker og utvikler kulturelle trekk internt. Videre er de trekk organisasjonskulturen utvikler i dens begynnelse og formative år tydelig pregende for de utviklingsveier den følger siden. En offentlig organisasjon med normative og verdibaserte ”fødselsmerker” vil kunne ha stor betydning for retning og mulighet for endring siden. Selznick (1997) og Christensen et al. (2010) beskriver dette fenomenet som sti - avhengighet, og representerer både fordeler og ulemper. Sti - avhengighet gir stabilitet og dybde i de uformelle verdiene og normene i en offentlig organisasjon. Dette gjør det lettere for medlemmer i organisasjonen å forstå hvilke kulturelle rammer de skal forholde seg til, og hva som er passende atferd. En annen mulighet er likevel manglende fleksibilitet gjennom forhold der omgivelsene endrer seg raskt og det blir stort sprik mellom eksterne behov for endring og intern kultur. Dette gir retning for logikken om at sterke organisasjonskulturer som føler trusler mot dominerende uformelle normer og verdier, vegrer seg for endring som eksempelvis ved reformer (Christensen et al., 2010).

Som organisasjon har sykehuset som overordnet mål å diagnostisere, behandle og pleie pasienter. De ulike yrkesgruppene kan likevel ha underliggende delmål. Der eksempelvis leger har et medisinsk faglig fokus, og sykepleiere et pleiefaglig fokus. Slike vidt forskjellige målsetninger kan medføre motsetninger som gjør at det kan være vanskelig å ha et presist regelsystem som trykker samhandlingen i organisasjonen. Måseide (1987) beskriver da også sykehus som et eksempel på en organisasjon som har et grunnleggende problem hva angår å skape endring, samtidig som sosial orden og struktur blir opprettholdt.

Allerede på begynnelsen av 1900-tallet begynte medisinen å orientere seg i retning av naturvitenskapelig basalkunnskap og reduksjonistisk vitenskap (Løchen, 1996).

Reduksjonismen innebærer spesialisering og økt fragmentering av det medisinske faget, med et stort antall spesialiteter og sub spesialiteter (Wikipedia, 2012). Løchen (1996) angir nettopp at medisinske spesialisering er grunnlaget for oppbygningen av sykehusets arbeidsorganisering.

Knappt noen yrkesgruppe har en tilsvarende autonomi som den legestanden har skaffet seg. Legestanden kjennetegnes av en lang og spesialisert utdanning, høy inntekt, sterke organisasjoner og en profesjonell etikk. Standen har hatt betydelig makt, den har ikke bare bestemt sin egen utdanning og spesialisering, men også fagets samfunnsmessige utvikling. I denne logikken er monopolet på diagnostikken legenes redskap for å klassifisere pasienter



avgjørende, en metode som ikke er organisasjonsspesifikk. Melander (1999) hevder at sykehuslegenes profesjonelle fagetikk og individuelle produksjonstankegang ikke er forenelig med markedsorientert økonomi og administrasjon. Tilsvarende har sykepleierne som den andre store aktøren i norsk sykehusvesen sine faglige verdisystemer og egen styringslogikk. Spesialiserte yrkesgrupper, som leger og sykepleiere, utgjør sterke profesjoner i sykehus (Opedahl Mo, 2006). Profesjonene får sosial og faglig status fordi de er for spesialisert, og derav umulig å standardisere og rasjonalisere. En stor del av profesjonenes ideologi er videre å rettferdiggjøre egen posisjon. Denne holdningen kvalifiserer til å arbeide i posisjoner hvor de kan etablere en policy, en organisering og kontroll av arbeidet for seg selv og kollegaer uavhengig av både ledelse og administrasjon (Opedahl Mo, 2006). Freidson (2001) hevder at sykehusprofesjonene og deres ideologiske logikk danner grunnlaget for det hierarkiske system. Et system av medisinsk logikk som ikke bare styrer den operative kjernen i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik 2007), men som rasjonelt divergerer med perspektivet til den økonomiske og administrative logikk (Melander, 1999). Det er altså her snakk om en dilemmasituasjon hvor tankesett, verdioppfattelse og handlingslogikk står i klar motsetning.

Et av de viktigste målene sykehuset har, er å behandle pasienter i tråd med den norske velferdsambisjonen. Et mål som lett får allmenn samfunnsoppslutning og danner sterk legitimitet. Utførelsen av dette pasientarbeidet krever en struktur som materialiserer sykehusets generelle mål til organisert og strukturert arbeid i hverdagen (Knudsen & Vinge, 2003). Strukturen presenterer de sentrale elementene og den konkrete utførelsen av det helsefaglige arbeidet, som en taus kunnskap og et organisatorisk ”språk” som forteller hvem som skal gjøre hva, og hvordan arbeidet standardiseres og kategoriseres. Denne strukturen i det medisinske arbeidet kan forstås som et klassifikasjonssystem og en standard som styrer det konkrete arbeidet, arbeidsprosessene og de ulike arbeidsposisjonene (Knudsen & Vinge, 2003). Sett dette perspektivet med den selvfølgelige strukturen i det medisinske arbeidet kan det tenkes at reformer i sykehusorganisasjoner vil få begrenset effekt fordi en reformerer og leder noe annet enn det som er avgjørende for det arbeidet som utføres, og fordi strukturen hindrer muligheten for gjennomslag (Knudsen & Vinge, 2003).

*”For å skape handlings rom i forhold til den organisatoriske praksis må det utvikles et sykehusspesifikt organisasjons- og ledelsesspråk som er relatert til den medisinske praksishverdag” (Knudsen & Vinge, 2003 s.226).*

En kan altså anslå, med grunnlag i sykehusets interne struktur, at det medisinske arbeidet er tilsynelatende robust mot reformer. For det første fordi arbeidet er tydelig standardisert gjennom en felles kulturell forståelsesramme for alle som jobber i systemet. Dermed med bakgrunn i de intrikate verdibaserte maktbalanser og hierarkier, både mellom og innad i fagene. Til sist utgjør de interne nettverkene en ikke ubetydelig endringsmotvilje, når alt henger gjensidig sammen (Knudsen & Vinge, 2003).

#### **2.4.1.1 Studienes empiriske forventninger om innføringen av reformen, ut i fra det kulturelle perspektivet**

Det grunnleggende utgangspunktet her er at formelle strukturer påvirker organisasjonsmedlemmenes normer og verdier, som i neste omgang kan føre til endringer i den faktiske atferden. Betingelsen er at endringen ikke blir frastøtt eller møter så stor motstand av normativ eller verdimesig karakter at det skjer en fullstendig dekopling mellom den nye strukturen og den faktiske atferden. Hvorvidt effekten var i tråd med det som var målsettingen vil avhenge av hvordan endringene blir tilpasset de eksisterende normer og verdier (Christensen et al., 2010). Jeg har forventninger om at innføringen av reformen var en naturlig konsekvens av en utvikling over tid som har påvirket grunnleggende normer og verdier for hvordan organisasjonene bør styres, ledes og organiseres kanskje med bakgrunn i dysfunksjonell drift. Videre forventes beslutningsprosessene å ha et tydelig preg av organisasjonens historikk, og aktørenes handlingslogikk å være preget av hva som på denne bakgrunn er passende. Til sist forventer jeg at innføringen av reformen var preget av motstand og forsøk på avvisning hvis gjennomføring fra start til mål var i strid med grunnleggende oppfatninger om beslutningsprosesser.

#### **2.4.1.2. Studiens empiriske forventninger om effekter, ut fra det kulturelle perspektivet**

Effekter av endringene i reformen kommer først etter en viss tid etter innføringen av ledelsesstrukturen som følge av at en ansvarlig leder i hvert nivå har påvirket de mer grunnleggende normer og verdier for organisering, styring og ledelse i sykehusene. Jeg vil i det videre forvente at effektene og implikasjonene vil i varierende grad være i overensstemmelse med hva som var intensjonen med reformen, med bakgrunn i at ”enhetlig ledelse” blir prøvet opp mot hva som blir oppfattet som å være akseptert atferd i organisasjonens kulturelle historie. Som konsekvens av dette kan enkelte, eller hele effekten bli forsøkt avvist eller møtt med varierende motstand. Til sist foreligger det kulturelle forventninger til at faktorene/ trekkene kan ha ført til at effekter/ implikasjoner over tid i det

enkelte sykehus/ begge sykehus har fått et preg av å ha blitt mer ulike enn hverandre eller andre sykehus i sammenligning.

### **2.4.2 Myteperspektivet**

De sosialt skapte normene og ideene i de institusjonelle omgivelsene kalles i denne sammenhengen for myter (Christensen et al., 2010; DiMaggio & Powell, 1983; Rørvik, 1998). Hovedtanken bak myteperspektivet er at organisasjoner som opererer innen disse institusjonelle omgivelsene utvikler trekk som et resultat av sosialt konstruerte normer, verdier og forventninger som har innflytelse på hvordan organisasjoner organiserer seg selv og handler (Christensen et al., 2010; Rørvik, 1998). Disse normene er et vell av mer eller mindre generelle ideer og oppskrifter på hvordan tidsriktige og moderne organisasjoner bør se ut. Slike oppskrifter fra institusjonelle omgivelser blir av Christensen et al. (2010) beskrevet som ”institusjonaliserte elementer” og ”rasjonelle myter” og fremstår som meningsbærende symboler som fremstår tidsriktige, moderne og effektive. Forholdet mellom de forskjellige oppskriftene kan både være ulikheter og likheter. Flere oppskrifter knyttet sammen kan utgjøre en dimensjon fra samme organisasjonsfilosofi, eksempelvis kanskje vår tids mest kjente; New Public Management (Busch et al., 2007).

En viktig forutsetning for at organisasjonsoppskrifter etableres og spres, er etterspørsel etter slike ideer. En annen viktig betingelse for at en idé eller oppskrift skal spres til mange og forskjellige organisasjoner, er at disse tross forskjellene oppfattes å ha noe felles. Christensen et al., (2010) beskriver først og fremst den abstrakte systemidentiteten som ”formell organisasjon” at ulike organisasjoner kan fremstå som relativt like. Ut fra en instrumentell tankegang kunne en anta at de oppskriftene med størst suksess jfr. mål og resultat, ville være de mest populære. Det finner man derimot ikke holdepunkter for i konseptlitteraturen. Rørvik (1998) har derimot funnet sju fellesnevner som antas å være de viktigste forklaringene på oppskriftenes utbredelse (Christensen et al., 2010).

- Sosial autorisering; Oppskrifter knyttes til større konsern og kjente ledere, eller noen som eksempelvis gjennom suksess er forbilder eller autoritative sentra.
- Universalisering; Oppskrifter fremstilles som en universell løsning for alle organisasjoner gjennom forenkling og generalisering.
- Produktivering; Oppskrifter blir gjort om til varer eller produkter som blir gjennom stikkord som brukervennlighet, tilgjengelighet og effektivitet tilbudt på det åpne marked.

- Tidsmarkering; Oppskrifter må ha riktig timing gjennom å bli definert og presentert som en tidsriktig løsning, distansert fra fortidens logikk.
- Harmonisering; Oppskriften utformes og presenteres slik at de ikke underbygger konfliktdimensjoner eksempelvis som profesjoner, kjønn, alder og hierarkiske nivåer i organisasjoner.
- Dramatisering; Oppskriftens historie bør ha et dramatisk eller spennende tilsnitt, gjerne knyttet til profiler med suksess.
- Individualisering; Oppskriftens hovedbudskap bør rette seg mot den enkelte medarbeider, ikke bare ledere eller organisasjonen som system. Spredbarheten øker ved at enkeltindividets mulighet for utvikling og karriere stimuleres.

Rørviks analyse beskriver disse syv kjennetegnene som bidrag til oppskriftenes utbredelse og mulig implementering i en organisasjon. DiMaggio & Powell (Christensen et al., 2010) skiller videre mellom tre grunner til at organisasjoner adopterer disse programmene.

- Tvangsmessig adoptering; Organisasjoner kan gjennom lov eller forskrift pålegges å innføre bestemte oppskrifter.
- Normativt basert adoptering; Innføring og adoptering som følge av faggruppers eller profesjoners felles normer, verdier eller kunnskaper.
- Mimetisk adoptering; Organisasjoner som er preget av usikkerhet søker å etterligne andre som man oppfatter har suksess og anseelse.

Likevel er det ikke ensbetydende at adopterte oppskrifter blir iverksatt og får styrende virkning på organisasjonens aktivitet. Av organisasjonsteoretisk litteratur kan det ikke uttømmende skilles ut tre forventninger om utfallet når oppskrifter forsøkes iverksatt. For det første kan en rask tilkøpling til ferdig utviklede programmer skje og gi de forventede effekter, forutsatt rasjonell og planmessig innføring. Dernest kan organisasjoner frastøte oppskriften i et mer reformskeptisk scenario. Organisasjoner forstås i denne tradisjonen som komplekse og verdibærende institusjoner som motstandsdyktige mot nye vage ideer, tatt ut av sammenheng og populistisk prøvet innført. Programmene antas i en slik sammenheng å støte mot grunnleggende verdier organisasjonen tradisjonelt er satt å verne om, eller være for enkle sett opp mot kompleksiteten i organisasjonen. Det tredje utfallet kan være frikøpling eller dekopling. Dette siste fenomenet betraktes innenfor institusjonell teori som et uttrykk for manglende samsvar mellom de krav og forventninger som stilles til en organisasjon, samt de

strukturer og handlingsmønster som er nødvendige for effektivitet (Meyer & Rowan, 1977). Den typiske organisasjon for dekopling er gjerne en større og moderne organisasjon, for eksempel et sykehus eller en kommune, som over tid har adoptert mange populære organisasjonsoppskrifter, til tross for at disse oppskriftene også kan være inkonsistente/overlappende (Rørvik, 1998). Denne kapasiteten utgår fra et sett strukturelle karakteristika og et sett handlingslogikker som i praksis virker slik at de adopterte ideene og oppskriftene blir holdt atskilt. En organisasjon kan på denne måten ta til seg organisasjonsoppskrifter i enkelte deler av organisasjonen, mens andre deler kan forbli uendret eller endret ved hjelp av helt andre oppskrifter. Meyer & Rowan (1977) hevder at begrepet dekopling har å gjøre med hvordan organisasjoner aktivt og med overlegg dekopler, blant annet i den hensikt å unngå konflikter og tap av legitimitet både internt og utad i forhold til omgivelsene. Dekopling forklarer enkelt sagt hvordan organisasjoner kan drive med mange og tilsynelatende motstridende aktiviteter uten å få problemer, fordi aktivitetene ikke sees i sammenheng (Rørvik, 1998). Perspektivet på organisatorisk dekopling er spesielt relevant ved studier av administrative reformer, og kan bidra til å forstå hvorfor reformer kan få liten effekt (Meyer & Rowan, 1991). En kan tenke seg at dekopling beskriver forhold mellom aksjon og reaksjon, mellom intensjon og praksis, og viser at tiltak som er iverksatt på papiret ikke nødvendigvis vil få tilsvarende effekt. Det er med sannsynlighetsovervekt rom for visse tilpassninger av reformen ”enhetlig ledelse” i sykehus i tråd med den tidligere eksisterende profesjonalismen, selv om man på overflaten har gjennomført den enhetlige lederreformen. Jespersen (1999) beskriver også nettopp dette som handlingsorganisasjonens tilpasning gjennom dekopling for å fremstå som sammenhengende og entydig. Imidlertid problematiserer dekopling forholdet mellom formelle strukturer og operative aktiviteter, samt forholdet mellom faktisk implisert reform og ideologien som er grunnlaget for reformen. Dette kan skape en motsetningsfull organisatorisk virkelighet. Jespersen (1999) påpeker at dette har hatt negativ implikasjon på styring og utvikling i dansk sykehussektor, da først og fremst fordi reformene ikke realiseres eller dekoples i invalidiserende grad. Det er om ikke stringens, rimelig å anta en viss sammenligning med norske forhold. Meyer og Rowan (1977/ 1991) angir videre at sykehus som typologisk organisasjon også har utviklet en bestemt form for formelle strukturer, ikke fordi den er effektiv for måloppnåelse, men fordi den samsvarer med dominerende normer i sine omgivelser. Slike rasjonalitetsnormer gjør at organisasjonen har valgt styringselementer som regler, hierarki og kontroll som retning. Sykehuset som organisasjon har vært konform med samfunnets normer, og således fått rykte for å være effektivt og dyktig (Rørvik, 1998). Siden sykehusenes

prestasjoner som organisasjon har vært vanskelig å bedømme, har en basert vurderingen av organisasjonen på konformiteten til omgivelsene (Meyer & Rowan, 1991). Sykehusenes styring av de reelle aktivitetene er derimot styrt av uformelle strukturer og koplet fra det formelle. Slike organisasjonsstrukturer er av Meyer & Rowan (1977) kalt institusjonaliserte. Sykehusets institusjonelle preg skapes altså gjennom de ansattes fortolkning og mening om hva sykehuset er, hva det står for og dets verdisyn. Dette kan medføre sykehusorganisasjoner som preges av sterke subkulturer som ikke er koblet sammen, men som gir handlingsrom for tillit og ”god tro”. Videre angis som typisk at organisasjonen unngår kontroll av effektivitet. Meyer og Rowan (1991) beskriver herav at sykehusorganisasjonen, som bestående av flere sterke faglige subkulturer, har ulik subjektiv styringslogikk. Ledelsen og administrasjonen følger en økonomisk og administrativ logikk, mens klinikken følger en medisinsk faglig logikk. Denne distinksjonen har ført til at sykehuseierne de siste tiårene har ønsket økt kontroll og kunnskap om sykehusets ressursforvaltning, gjennom innføring av klinisk økonomistyring og ledelsesk kontroll. Eksempler på dette er innføringen av konkrete økonomiske incentivsystemer som innsatsstyrt finansiering, og ledelsesk kontroll gjennom reformen ”enhetlig ledelse”(Rørvik, 1998).

#### **2.4.2.1 Studienes empiriske forventninger om innføring av reformen, ut fra det mytiske perspektivet**

Ledere som er involvert i reformen forventes utsatt for pålegg, eller normativt press fra omgivelsene, om å gjøre noe med organisasjonskulturen og velge en bestemt løsning. Bakgrunnen er at de formelementer som har politisk anerkjennelse, har blitt institusjonelle formelementer eller moter som sykehus skal ha. Ledelsesstrukturen på seksjons- og avdelingsnivå skal også være et synlig uttrykk for at enhetlige ledelsesoppgaver nå blir ivaretatt på en bedre måte, uten særlig hensyntagen til hvordan oppgaven blir utført i praksis, samt at den mytiske påvirkningen har ført til at omorganiseringen har gjort sykehus, avdelinger og seksjoner mer likeartet i struktur og atferd.

De strukturelle endringene har effekter av mer symbolsk karakter som har hatt betydning for sykehusets legitimitet i omgivelsene uten at det nødvendigvis har ført til endringer i den faktiske atferden. Opprettelsen av de nye stillingene som enhetlige ledere har blitt gjenstand for ulike former for fortolkninger og oversettelser, og får effekter på hvordan de ulike aktørene forstår ledelsen, styringen og arbeidsdelingen, som i sin tid indirekte fører til atferdsendring.

### 2.4.2.2 Studiens empiriske forventninger om effekter ut fra det mytiske perspektivet

I dette perspektivet vil en legge til grunn at de strukturelle reformendringenes effekt på den faktiske atferden, vil avhenge av hvilken legitimitet endringene har i de institusjonelle omgivelsene. Jeg vil forvente at reformen har hatt effekter/ implikasjoner av mer symbolsk karakter som har betydning for organisasjonenes legitimitet i omgivelsene uten at det nødvendigvis har ført til endringer av den faktiske atferden. Videre vil jeg anta at reformens påvirkning av atferden vil avhenge av hvilken legitimitet de nye strukturene har i omgivelsene, og at denne er synlig i det empiriske materialet. For det tredje vil jeg forvente at reformens intensjon har blitt gjenstand for ulike former for fortolkninger og oversettelser, gjennom at den gir ulike uttrykk hos den enkelte leder, seksjon eller avdeling, som over tid påvirker atferden i den enkelte organisasjon. Til sist vil jeg forvente at reformen har ført til at seksjoner og avdelinger har blitt mer lik hverandre i struktur og atferd med begrunnelse at den stringente symbolikk mytene har hatt, gir sosialt akseptert form på sykehusdrift.

## 2.5 Oppsummering

De tre perspektivene som nå er gjennomgått gir hypotetiske antakelser og forventninger knyttet til innføring og effekter på kort og lang sikt, sistnevnte gjengitt som implikasjoner av reformen ”enhetlig ledelse”. Forventningene er oppsummert i tabell 1.1 og 1.2 under og er grunnlaget for de operasjonelle spørsmål som oppgavens empiriske analyse tar sikte på å besvare.

Perspektiv	Forventninger til opplevelse om innføring av reformen
Instrumentelle	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behov for endring kommer fra en bakgrunn i instrumentell dysfunksjon i den enkelte sykehusorganisasjon</li><li>• At beslutningsprosesser og innføring er i tråd med de formelle og forventede beslutningsprosessene, og at innføringen var rasjonell og preget av enighet horisontalt og vertikalt i organisasjonene</li></ul>
Kultur	<ul style="list-style-type: none"><li>• At innføringen av reformen er en naturlig konsekvens av en utvikling over tid som har påvirket grunnleggende normer og verdier for hvordan organisasjonene bør styres, ledes og organiseres</li><li>• At beslutningsprosessene har et tydelig preg av organisasjonens historikk, og at ledernes handlingslogikk er preget av hva som på denne bakgrunn er passende</li><li>• At innføringen av reformen var preget av motstand og forsøk på avvisning hvis gjennomføring fra start til mål var i strid med grunnleggende oppfatninger om beslutningsprosessen</li></ul>
Myte	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lederne eller organisasjon utsettes for normativt press og pålegg fra omgivelsene om å gjøre noe med organisasjonskulturen og derfor</li></ul>

	<p>gjøre valg av bestemte løsninger med bakgrunn i institusjonelle formtrekk eller aksepterte moter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At ”enhetlig ledelse” har en symbolsk begrunnelse som innebærer at den nye ledelsesstrukturen skal være synlig uttrykk for at spesielle oppgaver nå blir ivaretatt på en bedre måte uten hensyn til hvordan oppgaven blir utført i praksis</li> <li>• Den mytiske påvirkningen har ført til at den enkelte eller begge organisasjonene har blitt mer likeartede til omorganiseringsprosesser</li> </ul>
--	--

Tabell 1

Perspektiv	Forventninger i empirien om effekt og implikasjoner
Instrumentelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Enhetlig ledelse” gir klare og entydige effekter på kort og lang sikt i tråd med det som var intensjonene for reformen. Dette innebærer at etter selve endringen er det et entydig samsvar mellom den nye formelle strukturen og den faktiske atferden</li> <li>• At effektene av reformen vil kunne variere i forhold til ulike profesjoner fordi endringen blir motarbeidet</li> <li>• Det er ulike meninger i profesjonene om de ulike effektene/ implikasjonene, og om disse kan betraktes som positive eller negative</li> </ul>
Kultur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At effektene kommer først etter noe tid som følge av at reformene har påvirket mer grunnleggende normer og verdier i organisasjonen for eksempel for organisering, styring og ledelse</li> <li>• At effekter og implikasjoner vil i varierende grad være i overensstemmelse med hva som var intensjonen med reformen, med bakgrunn i at ”enhetlig ledelse” blir prøvet opp mot hva som blir oppfattet som å være akseptert atferd i organisasjonens kulturelle historie. Som konsekvens av dette kan enkelte eller hele effekten bli forsøkt avvist eller møtt med varierende motstand</li> <li>• At de kulturelle faktorene/ trekkene kan ha ført til at effekter/ implikasjoner over tid i det enkelte sykehus/ begge sykehus har fått et preg av å ha blitt mer ulike enn hverandre eller andre sykehus i sammenligning</li> </ul>
Myte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Enhetlig ledelse” har effekter/ implikasjoner av mer symbolsk karakter som har betydning for organisasjonenes legitimitet i omgivelsene uten at det nødvendigvis har ført til endringer av den faktiske atferden. Reformens påvirkning av atferden vil avhenge av hvilken legitimitet de nye strukturene har i omgivelsene</li> <li>• At reformens intensjon har blitt gjenstand for ulike former for fortolkninger og oversettelser. Reformen gir ulike uttrykk hos den enkelte leder, seksjon eller avdeling som over tid påvirker atferden i den enkelte organisasjon</li> <li>• Reformen har ført til at seksjoner, avdelinger og/ eller den enkelte sykehusorganisasjon har blitt mer lik hverandre i struktur og atferd</li> </ul>

Tabell 2



### **3 Forskningsdesign og metode**

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvordan denne studien er bygget opp og for de datainnsamlings- og analysemetoder som er benyttet. Valg av forskningsstrategi vil først og fremst avhenge av hvilke typer spørsmål som reises i problemstillingen, hvilken grad av kontroll forskeren har over studieobjektet og hvor nært dette befinner seg i tid. For å gjennomføre studiens intensjon samt å følge opp problemstillingen på en best mulig måte, har jeg lagt opp til et kvalitativt undersøkelsesopplegg.

Som ved alle studier dreier det seg om å tilegne seg kunnskap, og i vid forstand å lære. Kvalitative metoder er mindre formelle enn kvantitative og det er derfor forskerens eget skjønn som i større grad avgjør gjennomføringen. Jeg mener derfor at det er spesielt viktig at studiens metodiske resonnementer nøye blir redegjort for. Jeg har derfor valgt å dele kapitlet inn i fire hoveddeler som omhandler mitt valg av forskningsdesign, hvordan jeg har valgt å samle inn data, hvordan jeg har analysert og bearbeidet dataene og en del hvor jeg drøfter validiteten og reliabiliteten av de innsamlede data.

#### **3.1 Valg av forskningsdesign**

Forskningsdesignet skal fungere som masteroppgavens overordnede struktur og rammeverk (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2009). Målet for problemstillingen er generelt bestemmende for valg av forskningsdesign, og valget vil derav virke styrende for hvilke resultater studien vil få. I tillegg vil studiens ressursrammer generelt ha betydning for innhold og utforming.

I min problemstilling reiser jeg spørsmålet om hva innføringen av ”enhetlig ledelse” har ført til og hvilke effekter på kort og lang sikt reformen har gitt, dette blir avhengighetsfaktorene i studien. For å avgrense de uavhengige faktorene har jeg tatt utgangspunkt i de tre organisasjonsteoretiske perspektivene som er beskrevet i teorikapitlet. Disse tre perspektivene beskriver hva som kjennetegner og preger ledere, deres handlinger og oppfatninger innenfor de rammene en organisasjon gir. Det har vist seg å være generelt relevant og fruktbart å ta utgangspunkt i ulike organisasjonsteoretiske perspektiver når man skal analysere forandringer i offentlige organisasjoner (Christensen et al., 2010). Dette er også bakgrunnen for at jeg har valgt å bruke disse perspektivene for å bestemme de empiriske forventningene og fokus for masteroppgaven. Jeg vil derfor også bruke disse perspektivene som verktøy for å analysere empirien, og da de gir ulike svar på hva som kjennetegner

oppfatninger, bør de derfor gi gode muligheter til en bred og inngående analyse (Christensen et al., 2010). Det bør være et godt utgangspunkt for å synliggjøre effekter av reformen ”enhetlig ledelse”.

Valg av forskningsdesign er generelt bestemt av det en spør om i studien og de ressursmessige rammene studien skjer innenfor (Johannesen et al., 2010). I mitt tilfelle tilsier dette en design som;

1. Er godt egnet til å besvare spørsmål av typen hva, hvilke og hvordan, samt egnet til å analysere reformer innen offentlig forvaltning.
2. Kan få frem styringsbetingelser, og om hvordan disse varierer med endringsform, herunder om og hvordan kjennetegn ved omorganiseringer har betydning for effektene av endring.

Med utgangspunkt i eksiterende og etablert organisasjonsteori (Busch et al., 2007; Christensen et al., 2010; Meyer & Rowan, 1977) og anerkjent reformteori om emnet (Hoffmann, 2002; Politt 1995; Sørensen, 2000; Torjesen, 2008) er det i følge Robert K. Yin (1994) hensiktsmessig med en casedesign ved et forskningsopplegg basert på typologiske hva, hvilken og hvordan spørsmål for å avklare empiriske fenomener. I tillegg er casedesignet godt egnet jfr. de institusjonelle perspektivene sitt fokus om å avklare hva som ligger bak sykehusansatte ledere sine handlinger og valg, for eksempel gjennom kulturell eller mytisk påvirkning fra omgivelsene. I en slik sammenheng blir det avgjørende å forstå respondentens resonnement, som tilsier innhenting av dybde informasjon gjennom kvalitativ datainnsamling og analyse (Yin, 1994).

Begrepet case er avledet av det latinske ordet *casus* og betyr tilfelle. Dette indikerer at det er det enkelte tilfellet som har størst betydning, og kan dermed sies å være et karaktertrekk ved casestudier. En case kan derav både være et studieobjekt og en design. Som studieobjekt kan den være et individ, et program, en hendelse, en aktivitet eller som i mitt tilfelle et sammensatt system i form av en sykehusorganisasjon. En casedesign innebærer at man studerer en eller flere caser over tid. Innenfor samfunnsforskning er det to ting som kjennetegner en case, nemlig et avgrenset fokus på casen og en best mulig beskrivelse av casen. Det å få med mest mulige data gjennom en detaljert og grundig undersøkelse blir essensielt. Uttrykt på en annen måte så er en casestudie det å samle mest mulig informasjon om et avgrenset fenomen (Johannesen et al., 2010).

Studien benytter de tidligere beskrevne organisasjonsteoretiske perspektivene for å belyse trekk ved oppfatningene hos intervjuobjektene. Dette gjør at jeg kan betegne studien som en teoretisk fortolkende casestudie. En innvending mot casestudier er likevel at den metodiske forskningstilnærming har begrensede muligheter for generalisering. Når jeg bruker en teoretisk fortolkende casestudie er jeg ikke primært interessert i å videreutvikle teoretisk innsikt eller bidra til generaliseringer, men å få mest mulig utfyllende informasjon til å besvare problemstillingen. Teoriutvikling eller å gi betraktninger i forhold til denne er ikke min hensikt, men å benytte allerede eksisterende teori til å tolke, strukturere og forklare oppgavens studieenheter (Johannesen et al., 2010).

### **3.2 Valg av metode**

Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Metodene omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv. Kvalitative forskningsmetoder kan brukes til systematisering av og gi innsikt i menneskelige uttrykk, enten språklige ytringer (i skrift eller tale) eller handling (atferd). Språk og handling har en meningsdimensjon som krever kvalifisert og refleksiv fortolkning for å utvikles til vitenskapelig kunnskap. Kvantitative forskningsmetoder forholder seg til kvantifiserbare størrelser som systematiseres ved hjelp av ulike former for statistisk metode. Tall og statistikk er imidlertid ikke selvforklarende, derfor inngår fortolkning som et sentralt element også i kvantitativ forskning (Johannesen et al., 2010).

Dataene om sykehusledere sine oppfatninger er hentet inn gjennom kvalitative dybdeintervjuer med noen strategisk utvalgte ledere ved to større sykehus i Sykehuset Innlandet HF. Kvalitative dybdeintervjuer er valgt fordi formålet med oppgaven er å få fram hva som kjennetegner informantenes oppfatninger og mer grunnleggende tanker omkring reformeffekter ved ”enhetlig ledelse”. Som en følge av informantenes oppfatninger om reformen ønsker jeg også å se hvilke konsekvenser oppfatningene har for utøvelse av ledelse på organisatorisk nivå.

Innvendingen mot en kvalitativ datainnsamling er at det ikke er mulig å gjøre en rimelig statistisk generalisering i forhold til hvordan intervjuobjektene oppfatter reformeffekter.

(Spector, 1981). Imidlertid er det fullt mulig å foreta en analytisk generalisering gjennom å la teorien gjøre jobben, og at forskeren skal tilstrebe generalisering av resultatene til en teori tilsvarende den eksperimentelle studien (Esaiaasson, Gilljam, Oscarsson, & Wängnerud, 2009).

### **3.2.1 Utarbeidelse av intervjuguide og valg av type intervju**

I min vurdering av innsamling av studiens kvalitative data, vektet jeg at intervju den mest brukte måten og hvor det metodisk foreligger størst sannsynlighet for å kunne svare på problemstillingen (Johannessen et al., 2010). Den ene ytterligheten er strukturerte intervjuer med et fast oppsett av spørsmål som ville gitt meg liten fleksibilitet hvor jeg ville risikere å gå glipp av ulikheter og nyanser i oppfatninger. Den andre ytterligheten er ustrukturerte intervjuer der informanten relaterer svarene til sin egen livssituasjon og der intervjuet mer likner på en samtale. Dette gir naturlig nok stor fleksibilitet, men har den faren i seg at det kan bli svært mye og vag informasjon og vanskelig å sammenligne svarene når man har flere intervjuer (Johannessen et al., 2010). Mitt hovedmål med intervjuene var å få fram hva som kjennetegner ledere sine oppfatninger omkring reformeffektene. Sykehuset Innlandet HF er en sammensatt og kompleks organisasjon, og for å kunne avdekke hva som kjennetegner oppfatningene om ”enhetlig ledelse”, er det nødvendig å benytte seg av kvalitative intervjuer som gjør det mulig å gå i dybden og fange opp nyanser i ledernes oppfatninger. Jeg valgte derfor et semi strukturert dybde intervju med relativt få konkrete spørsmål, nettopp for å få frem nyansene hos intervjuobjektet (Rubin & Rubin, 1995). Jeg laget en intervju-pilot med noen konkrete temaer og spørsmål som jeg testet ut på utvalgte ledere og justerte denne i tre runder. Disse korreksjonene ga etter min mening et bedre treffbilde hos de reelle informantene om refleksjoner omkring reformen og dens effekter i tid og rom, nettopp fordi jeg var interessert i hvorfor og hvordan det hadde blitt som det var blitt.

### **3.2.2 Utvelgelse av case og intervjuobjekter**

Den store geografiske spredningen med over 350 km mellom ytterpunktene i Sykehuset Innlandet HF nødvendiggjorde en geografisk innsnevring. Likevel ble valg av konkrete case tilfeldig med ønske om en viss geografisk spredning. Valget falt på to divisjoner/ større sykehus i helseforetaket med det mål for øyet å foreta en viss komparasjon i likheter og forskjeller mellom endringsprosessene og deres effekter i variasjon mellom casene. Likevel er dette ikke en komparativ studie som sådan, og den komparative analysen har en begrenset ambisjon.

Med et ønske om å avdekke de typiske oppfatninger om effekter av reformen ”enhetlig ledelse”, måtte jeg gjøre et representativt strategisk utvalg av ledere i Sykehuset Innlandet HF som målgruppe for studiet. Denne populasjonen av ledere er stor i en virksomhet med nærmere 8000 ansatte og et utvalg ble gjort fordi jeg av kapasitetsmessige grunner ikke kunne intervjuer alle ledere i sykehuset. Siden distinksjonen mellom fag og ledelse er størst i ledernivå 3 og 4, samt at det var på disse ledernivåene endringene ved reformen var størst, ble undersøkelsen min bestående av disse to målgruppene. Alle nivågruppene har felles lovpålagt hjemmel om ”enhetlig ledelse” (NOU, 1997), felles styringsdokumenter og instruksjoner om en ansvarlig leder på hvert nivå å forholde seg til (SI HF styring/ ledelse dok, 1998 -SI HF organisasjon/ kart divisjon/avdeling). Et utvalg i skjæringspunktet mellom antall intervjuer som ville gi tilstrekkelig informasjon til å kunne gi en viss representativitet og et estimat på når jeg ville nærme meg en teoretisk metning ble gjort. Videre ble forhold knyttet til den valgte kvalitative metoden med den arbeidskrevende intervjuformen vurdert, samt forhold av kapasitetsmessige grunner vektet. Jeg valgte derav 12 dybdeintervjuer fordelt likt på de to casene, 6 avdelingssjefer/ overleger som nivå 3 ledere, 6 seksjonsledere/ overleger som nivå 4 ledere. I hver av gruppene var 3 av sjefene profesjonsutdannet lege mens de andre 3 hadde annen helseprofesjonsbakgrunn. 5 av informantene var kvinner, 7 var menn. Nivå 4 lederne hadde 17 år som leder i median med en range på 11 til 21 år. For nivå 3 var medianen 19 år med range fra 13 til 31 år. Av de 12 lederne var formell lederutdanning høyst variabel, alt fra mindre kurs til masterutdanning i ledelse. Typisk var at profesjonsutdannet lege i nivå 3 og 4 stilling ikke hadde høyere utdanningsnivå som leder fra høyskole/ universitet. Medianen for leger var på 0,5 år, og medianen for andre profesjoner var på 3,5 år.

I forkant av intervjuene ble divisjonsledelse informert og informantene fikk fortløpende tilsendt et informert samtykke med informasjon om studiet. Ved telefonisk kontakt ble intervjutidspunkt avtalt og 2 uker før dette mottok de studiets intervjuguide. Alle de forespurte sa seg villige til å bli intervjuet, og ble intervjuene gjennomført etter planen.

### **3.2.3 Gjennomføring av intervjuene**

Intervjuene ble gjennomført i en periode på fire uker våren 2012. Dette gjorde at det ble liten tidsavstand mellom intervjuene og jeg rakk i liten grad å bli påvirket i særlig grad mellom første og siste intervju. Fordelen var at intervjuene ble relativt like, men ulempen er at tiden mellom intervjuene ble kort, slik at refleksjon og eventuelle ytterligere justeringer ikke ble gjort. I intervjuene benyttet jeg opptakerutstyr og tok samtidig noen notater. Alle intervjuene

ble i etterkant transkribert. Intervjuene ble videre forsøkt gjennomført etter anerkjente metodiske prinsipper hvor jeg først tok utgangspunkt i det generelle og etter hvert kom inn på mer spesielle forhold. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, men brukt til hjelp for å sjekke ut og styre intervjuene mot sentrale spørsmål og refleksjoner rundt tema. I etterkant ble det transkriberte uttrykket sendt informanten for eventuelle kommentarer.

### **3.3 Analyse og bearbeiding av dataene**

”Den logiske sammenhengen mellom data og antagelsene” beskriver R. Yin (1994) som den fasen i en casestudie hvor dataanalysene og bearbeiding gjøres. Han tar utgangspunkt i to strategier: analyse basert på teoretiske antagelser og analyser basert på beskrivende casestudier. Da jeg på forhånd har definert en teoretisk antagelse, blir dette min strategi (Johannessen et al., 2010). Etter å ha fått datamaterialet tilbake etter supplerende kommentarer ble materialet systematisert i kategorier for utsagn og meninger i forhold til leder, profesjon og nivå som var sentrale i problemstilling og empiriske forventninger.

Kvalitative data taler ikke for seg selv, de må fortolkes. Tolkning og analyse medfører at datamateriale settes i en større ramme eller sammenheng, også sett i lys av egen fortolkning og forforståelse (Johannessen et al., 2010). Mitt hovedanliggende i denne studien er å studere organisasjonsmessige endringsprosesser ved å sette fokus på forholdet i effekt mellom formell struktur og faktisk atferd. En tolkende lesning har til hensikt å fange informantens egentlige mening om det forholdet jeg studerer. Å undersøke meningssammenhenger innebærer på den ene siden å undersøke den mening som ligger bak de enkelte utsagn, men også på den andre siden å avdekke de sosiale normene som regulerer utsagn og atferd (Johannessen et al., 2010). En fortolkning i en slik sammenheng dreier seg om å forstå de sosiale reglene som regulerer temaet jeg studerer samt de individuelle intensjonene som ligger bak individenes atferd.

Analysen min har også tre komparative elementer i seg, ved at jeg ser på ulikheter i oppfatninger mellom både profesjon og leder, mellom ulike profesjoner samt mellom de to casene. Her benytter jeg meg av komparativ logikk hvor jeg legger til grunn at ulikheter i den avhengige variabelen, i mitt tilfelle oppfatninger og atferd med en ansvarlig leder på hvert resultatnivå i sykehusorganisasjonen. Den komparative logikken jeg bruker her ligger nærmest opp til ”*The methods of differences*” (Denk, 2002). De komparasjonene som gjøres i denne oppgaven er, som tidligere nevnt, av begrenset karakter og mer ment som en hjelp for å

sette fokus på forskjeller og likheter i utøvelse av ledelse og ledelsesnivå i undersøkelsesenheter.

### **3.4 Metodekritikk**

Når jeg har vurdert hva som er god kvalitet på dette forskningsopplegget, har jeg brukt forskjellige beskrevne teoretiske kriterier for kvalitet. Reliabilitet og ulike validitetsformer er mest brukt, og Yin (1994) bruker disse begrepene for gyldigheten til kvalitative data, mens Johannesen et al., (2010) beskriver derimot teori hvor kvalitative data må vurderes annerledes enn kvantitative data, og bruker begrepene, troverdighet, pålitelighet, overensstemmelse og overførbarhet. Begrepet validitet betyr gyldighet (Johannesen et al., 2010) og sier noe om hvor gode eller relevante dataene er for å kunne representere fenomenet en ønsker å studere. Dette må likevel ikke oppfattes å være noe absolutt sannhet, men må ses på som et kvalitetskrav som kan være tilnærmet oppfylt. Det kan enten skilles mellom begrepsvaliditet og resultatvaliditet. Begrepsvaliditet er et typisk målingsfenomen, og defineres som hvor stor overensstemmelse det er mellom teoretisk definisjon og operasjonelle indikatorer, samt fravær av systematiske feil. Resultatvaliditet er målet på om en måler det en påstår at en måler. Esaiasson (2003) skiller også mellom intern og ekstern validitet. I forhold til min studie dreier den interne validiteten seg om de intervju spørsmål som blir stilt til informanten, samt om de betraktninger som ligger til grunn for dataanalysen er egnet til å besvare problemstillingen. Videre vil bearbeidelse av og presentasjon av resultater som er konsekvent knyttet til målet med studien også avgjørende for intern validitet. Den eksterne validiteten knytter relevans av studiens resultater til tilsvarende studier nasjonalt og internasjonalt (Johannesen et al., 2010).

Begrepet reliabilitet betyr pålitelighet, og innebærer fravær av usystematiske og tilfeldige feil (Johannesen et al., 2010). God reliabilitet er det når en oppnår samme resultat eller konklusjon ved gjentatt bruk av samme metode med de samme prinsipper for gjennomføring av studien. Begrepet knytter seg til prinsippene for hvordan dataene er innsamlet, bearbeidet og presentert. Reliabilitet betyr at studien må sannsynliggjøre sine funn på en troverdig måte. I kvalitativ forskning med intervju som eksplorerende metode er det ofte samtalen som styrer datainnsamlingen og krav om reliabilitet blir derfor ofte mindre hensiktsmessig. Konteksten intervjuet foregår i er vanskelig å reprodusere, da den kontekstuelle rammen virker inn på hvordan vi tolker hendelsen eller tilstanden, og den kan derav virke inn på hvordan hendelsen forløper ved en eventuell reproduksjon og fortolkning av de data som samles inn. For å forsøke å imøtekomme denne utfordringen, kan reliabiliteten styrkes ved at forskeren gir en

inngående beskrivelse av casen med en detaljert og transparent beskrivelse av hele forskningsprosessen (Johannessen et al., 2010). Hensikten med all forskning er å kunne trekke slutninger utover det som de umiddelbare opplysningene gir. Det er stor overensstemmelse når funnene er et resultat av forskningen og ikke et resultat av de subjektive holdningene forskerne har. Derfor er det viktig at forskeren hele tiden nøye beskriver alle beslutninger og gir et utvetydig innsyn i hele forskningsprosessen. Gjennom en slik metodikk kan de som leser studien hele tiden kritisk vurdere de slutninger som er gjort underveis i forskningsprosessen. Prosessen krever at forfatteren er selvkritisk til det som kan påvirke tilnærmingen til forskningsprosessen og tolkninger av denne (Johannessen et al., 2010).

I min studie knytter jeg begrepet reliabilitet til at det er pålitelighet i innsamlingen av data, mens validitet knyttes til troverdighet til at dataene faktisk er relevante når det gjelder å finne kjennetegn ved oppfatninger om innføringen av "enhetlig ledelse". Da jeg kun har gjennomført disse 12 intervjuene, er det ikke enkelt å vurdere reliabiliteten. Imidlertid fikk informantene mulighet til å kommentere og korrigere det transkriberte datamaterialet, samt at anonymiseringen og sikkerhet rundt det innsamlede datamaterialet ble understreket i det informerte samtykket og i forkant av de enkelte intervjuene. Dette tilsier etter mitt skjønn at reliabiliteten har vært god.

### **3.4.1 utfordringer ved eget design**

Oppgavens valgte teoretiske perspektiver er preget av en ulik indre logikk. Det instrumentelle vektlegger forståelsen av en rasjonell objektivitet, mens de institusjonelle legger til grunn at virkeligheten oppfattes subjektivt i en mer hermenautisk forstand (Hatch, 2008). Til multiperspektiv design er det knyttet flere utfordringer, som i denne oppgaven, ved vurdering av effekter etter innføringen av enhetsledelse. En utfordring er kompleksiteten det medfører i analysen ved at empirien kan tvinges inn i en form som passer designet, for dernest å kunne sensurere viktige sider som ikke passer inn. Jeg har imidlertid brukt teorien til å klargjøre og finne ut hva jeg ville sette fokus på, og mener derfor at fordelene klart oppveier ulempene i forhold til faren for systematisk å overse ting som teorien ikke vektlegger.

Christensen et al. (2010) beskriver de spesielle utfordringene som er knyttet til å måle effekter av ulike organisasjonsendringer ved en hypotetisk; "hvis - så" logikk, eller kontrafaktisk logikk. I denne sammenhengen blir det kritiske spørsmålet; Hva ville skjedd hvis reformen ikke ble iverksatt, og hvordan kan en avklare at de endringer som observeres ikke er resultater



av andre endringer? Siden alle norske sykehus ble lovpålagt at de skulle gjennomføre reformen vil det metodisk være vanskelig å prøve denne logikken ved å studere andre case hvor reformen ikke var innført. Jeg har likevel tatt hensyn til disse hypotetiske forløp, ved å være bevisst denne logikken i mine analytiske vurderinger.

Esaiasson (2003) er opptatt av muligheten for generaliseringer uavhengig av statistisk logikk, ved valg av riktig populasjon og case. Mitt strategiske utvalg av informanter og case representerer en lav prosentandel av ledere og lokalisasjoner i Sykehuset Innlandet HF, og med en kvalitativ datainnsamlingsmetode vil mulighetene for statistiske generalisering derfor fremstå som små. Likevel kan det være formålstjenlig å snakke om empirisk- eller analytisk generalisering hvor man allmenngyldig går tilbake til teori eller logiske kategorier. På den måten kan kunnskapen jeg har tilegnet meg om enhetsledelse gjennom studien, abstrakt generaliseres og overføres til andre sykehus enn de jeg har undersøkt. Jeg kan derfor slutte noen allmenngyldige aspekter fra oppfatningene til mine informanter, og dermed si noe om hva som forventes å kjennetegne de spor en kan se av reformen generelt i sykehus.

Forutsetningen for å kunne gjøre dette er at de egenskaper utvalgte informanter og case har, er formålstjenlig i forhold til mål og forskningsspørsmål som studien har. I tillegg må jeg som forsker også ha god kunnskap om det som undersøkes, og teoriene det generaliseres i forhold til må ha vist seg gyldige i andre lignende case (Esaiasson, 2003).

### **3.4.2 utfordringer ved innsamling av data**

Gitt mitt kvalitative metodevalg, med vektning av åpne spørsmål og svar, gir dette et betydelig tidskrav til innhenting og analyse. Av kapasitetsmessige grunner har jeg derfor avgrenset antall til 6 i hver case, totalt 12 intervjuer med en varighet på 1,5 timer i gjennomsnitt. Mitt utvalg av intervjuobjekter og antall kan utgjøre et validitetsproblem. Spesielt om intervjuer eller informant ikke fullt ut har forstått meningsinnholdet i det som det spørres om. Mine utvalgsriterier siktet til distinksjonen mellom fag og ledelse i nivå 3 og 4, fordi det var på disse ledernivåene endringene ved reformen var størst, samt at informantene var ledere på gitte nivå under innføringen av reformen. På denne måten sannsynliggjorde jeg at utvalget hadde et godt utgangspunkt for å forstå hensikten med undersøkelsen.

Graden av forutinntatte oppfatninger om hva jeg ville finne, og om dette påvirket min datainnsamling systematisk feil, er et validitetsproblem. Det er alltid en risiko for ubevisste vurderinger og subjektivitet ved forskning i et emnefelt en selv har faglig og kulturell

tilknytning til og kjenner godt. Jeg har likevel forsøkt å møte denne utfordringen ved bevissthet gjennom hele prosessen med innhenting av data. Min rolle som ”kollega” kan også ha påvirket informantene om å gi meg ”de riktige” svarene, eller svar som ikke er riktige fordi informanten ønsker å fremstå lojal eller i et bedre lys siden vi på forhånd er kjent og tilhører samme organisasjon. For å prøve å imøtekomme denne utfordringen vektet jeg spesielt anonymiseringen av individ og data i studien, samt at intervjuet hadde form som en samtale med få konkrete spørsmål som genererte programmerte svar. Mitt inntrykk var at informantene var ærlige og fri, med faktiske meninger om reformen.

Å intervju om forhold knyttet til fortid representerer et retrospektivt dilemma. Pål Repstad skisserer hvordan et retrospektivt perspektiv kan gi feilkilder og skjevheter først og fremst fordi folk glemmer, eller at informanten gjenkaller fortiden i et filter av følelser, meninger, begreper og tenkemåter som de har endret eller tilegnet seg langt i etterkant av reformen (Repstad, 2007). Tidsaspektet og den uunngåelige endrings og fortolkningsproblematikken er kanskje den største utfordringen i dette arbeidet. Det var likevel mitt klare inntrykk at informantene lot til å ha god oversikt og å huske det aktuelle godt. Det er likevel grunn til å være oppmerksom på fremstillingen av det som har skjedd for flere år siden preges av nåtidens kontekstuelle oppfatninger.

I ettertid ser jeg at min rolle i intervjuene varierte en del. Noe variabel aktivitet og ulik grad av ledende engasjement i de ulike intervjuene, og variabel kjemi/ stemning med de ulike informantene kan ha påvirket dataenes pålitelighet. Når det gjelder denne reliabiliteten er det ikke lett å vurdere denne grundig siden jeg kun gjennomførte intervjuene den ene gangen. Jeg var også alene under intervjuene og ingen andre har heller gått igjennom og analysert utskriftene. Mine oppfatninger var likevel at intervjuene var normative uten ekstraordinære hendelser. Kun en av informantene kom med rettelser etter å ha lest gjennom transkripsjonen av sitt intervju, noe som etter mitt skjønn tilsier en god reliabilitet. Siden jeg utarbeidet en intervju-pilot og gjennomførte 3 prøveintervjuer på likt ledernivå som de reelle intervjuene sikret jeg en viss grad av trygghet fra min side hva angår å være presis i spørsmål og situasjon. Dette sikrer etter min oppfattelse en relativ likhet uten tap av viktige data fra de tidligste intervjuene versus de siste.

### **3.4.3 utfordringer ved analyse av data**

Formålet med analysen av datamaterialet er for det første å systematisere, ordne og eventuelt komprimere datamaterialet, og for det andre å utvikle tolkninger av funnene. En særlig utfordring med analyse av kvalitative data er at analyse og tolkningsarbeid gjerne skjer samtidig; ved å rydde opp i dataene foretas også en tolkning. I mitt kvalitative design studeres sykehusledere sine språklige ytringer, og studien gir derfor muligheter for flere gyldige alternative tolkninger samtidig. Analysen har vært preget av å være en kombinasjon av det som Johannessen et al.(2010) betegner som beretningsanalyser og analyse av meningsinnhold. Det vil si at jeg har vært opptatt av både informantenes utsagn som en beretning om det som skjedde før, under og etter reforminnføringen, samtidig som jeg har hatt som mål å analysere beretningen i dybden ved å sette fokus på det grunnleggende meningsinnholdet. Informantens ytringer inngår i en kontekst som jeg må forstå, og siden jeg jobber innen samme organisasjon og sykehuskultur er forutsetningene tilstede for dette. En gjennomarbeidet og veldokumentert analyse er det som skiller den vitenskapelige tilnærmingen fra overfladiske påstander, og en balanse mellom fleksibilitet og rigiditet i analysen er avgjørende. Jeg ser i ettertid at det kunne vært fornuftig at flere hadde vært involvert i analysen for å gjøre arbeidet mer tilgjengelig for kritikk og refleksjon. Min egen erfaring fra organisasjonen kan utgjøre et bias i den grad at jeg har forutinntatte oppfatninger om fenomenet ”enhetlig ledelse” og gjør tolkningen systematisk skjev. Jeg har likevel hele tiden forsøkt å være bevisst dette forholdet. En annen svakhet knytter seg til intervjuenes retrospektive karakter. Repstad (2007) beskriver at intervjuet reflekterer informantens følelser og meninger på ett bestemt tidspunkt og i en bestemt kontekst. Dette representerer metodiske problemer og analytiske utfordringer hvor informanten vekter forhold tilbake i tid hvor de filtrerer og gjenkaller historien i tenkemåter de har ervervet i senere tid. Jeg har i analysen av data vektet at jeg i intervjuene og informasjonen i forkant presiserte anonymitet, som jeg tror har gitt en forutsetning av generelt friere innhold i samtalen, med mindre filtrering. Dernest har nettopp samtaleformen gitt uttrykk av hva som preget innføringen og effektene i ettertid, enn at informantene siterte ferdigprogrammerte svar på spørsmål. Jeg mener dette har gitt styrke til materialet og at analysen av dette gjenspeiler oppfatninger og opplevde effekter da og frem til nåtid.

### **3.5 Oppsummering**

Sett i lys av studiens ambisjon om å avdekke effekter etter sykehusreformen om ”enhetlig ledelse” la jeg opp til en kvalitativ studie med 12 dybdeintervjuer fordelt i 2 case. Studien har klare begrensninger hva angår størrelse i empirisk fokus og teoretisk vinkling. Likevel ser jeg

muligheten for gode generaliseringer uavhengig av statistisk logikk, ved valg av riktig populasjon og case. Analysen av datamaterialet er videre kvalitativ og tar utgangspunkt i tre teoretiske perspektiver som beskriver forventninger til endring og effekt.

De neste kapitlene omhandler studiens analysedel, med en emirisk gjennomgang og en analytisk teoretisk drøfting. Analysen vil inneholde noen komparasjoner mellom case og profesjon der det fokuseres på likheter og ulikheter.

## 4 Empiri

I det følgende fortar jeg en skriftlig fremstilling av mine empiriske data fra intervjuene med avdelingssjefer og seksjonsledere ved to sykehusdivisjoner i Sykehuset Innlandet HF. Jeg har allerede beskrevet hvordan jeg har redusert kompleksiteten og mengden data gjennom å forenkle og strukturere i kategorier. Gjennom å sammenligne de ulike svar, beskrivelser og meningsytringer vil jeg i det videre prøve å påvise mønstre, regulariteter, spesielle avvik eller underliggende årsaker (Jacobsen, 2005). Det er disse sentrale detaljene som jeg ønsker å trekke frem for å gi innsikt i resultatet av innføringen av ”enhetlig ledelse”.

Jeg skiller informantene med benevnelsene A1, A2, S1, S2 osv. hvor A står for avdelingssjef og S står for seksjonsleder og nummeret for å skille mellom den enkelte informant. Under har jeg satt opp en tabell for å synliggjøre sammenheng mellom stilling, profesjon og utvalgsfordeling i sykehus.

<b>Avd. sjef sykehus 1</b>	<b>Profesjon/ stilling</b>	<b>Seksjonsleder sykehus 1</b>	<b>Profesjon/ stilling</b>
A1	Overlege	S1	Spesial/ Sykepleier
A2	Overlege	S2	Overlege
A3	Spesial/ Sykepleier	S3	Spesial/ Sykepleier
<b>Avd. sjef sykehus 2</b>	<b>Profesjon/ stilling</b>	<b>Seksjonsleder sykehus 2</b>	<b>Profesjon/ stilling</b>
A4	Overlege	S4	Overlege
A5	Spesial/ Sykepleier	S5	Overlege
A6	Spesial/ Sykepleier	S6	Spesial/ Sykepleier

Tabell 4.

### 4.1 Sammenligning av målbare størrelser

Mitt første tema omhandler informantenes bakgrunn, utdanning, ansiennitet og synliggjør likheter og ulikheter informantene i mellom. Informantene som var seksjonslederne hadde 17 år som leder i median med en range på 11 til 21 år. For avdelingssjefene var medianen 19 år med range fra 13 til 31 år. Samtlige ledere var også ledere under innføringen av reformen og har vært det uavbrutt frem til i dag. Fem av informantene hadde gått fra seksjonsleder nivå til avdelingssjef i løpet av tiden etter innføringen. Av de 12 lederne var formell lederutdanning høyst variabel, alt fra mindre kurs til masterutdanning i ledelse. Det var få sporbare forskjeller mellom de to sykehusene jeg hentet informasjon fra. Videre var det typisk for mitt utvalg at sykepleiere i nivå 3 og 4 hadde høyere utdanningsnivå som leder fra høgskole og/ eller

universitet. Medianen for leger var på 0,5 år, og medianen for sykepleiere var på 3,5 år. To av legelederne beskriver forholdet og synliggjør også leder kompetansen som et problem;

A2

*”Det er jo kanskje problematisk at vi som er ledere ikke har mer lederkompetanse og erfaring enn det vi har, vi handler jo litt ut fra sunn fornuft. Merker jo dette når vi prøver å samhandle mellom avdelingene. Det blir liksom litt mitt og ditt i forhold til helheten. Ved å være mer dynamiske ledere kunne vi nok dra litt mer i samme retning.”*

S5

*”Jeg jobber såpass mye i klinikken at jeg ikke har hatt fokus på lederutdanning. Jeg har for så vidt nok med de kursene jeg må ta for å opprettholde spesialiteten som lege. Jeg har jo blitt spurt om jeg ikke burde ta lederutdanning, men har takket pent nei. Det eneste jeg har er et ukes kurs gjennom sykehuset. Ser jo at det kunne vært nyttig med tanke på økonomistyring og innenfor arbeidsrett og slikt, men som sagt en må ha tid og ork”*

Inntrykket fra sykepleiere i ledelse er annerledes. De synliggjør en klar ambisjon om lederkompetanse, samt et bevisst behov for denne spesifikke kompetansen. En seksjonsleder og en avdelingssjef beskriver dette slik;

S1

*”Jeg har bevisst søkt å ta lederutdanning etter sykepleien, fordi jeg hadde en ambisjon om å være en god leder og å kunne det jeg driver med. Jeg mener også at det er avgjørende i en stor moderne organisasjon å ha spesifikk lederkompetanse”*

A6

*”Jeg valgte å ta en masterutdanning i ledelse og det angrer jeg ikke på. Har blitt mye mer trygg i det formelle, samt at jeg får vesentlig bedre tilbakemeldinger på meg som leder i medarbeidersamtaler og daglig ledelse. En kan alltid si at ledelse er noe en har i seg og ikke lærer, men mitt inntrykk er at en god leder kan det formelle og det ledelsesfaglige, spesielt i en så stor organisasjon som vi er.”*

Det faktum at legelederne gjennomgående befester det profesjonelle medisinskfaglige ansvaret fremfor spesifikk ledelseskompetanse, synliggjør en distinksjon mellom fagautonomi og totalansvar som leder. En legeleder beskriver dette i det følgende;

A 2 *”Å være lege betyr både et medisinskfaglig, helhetlig, etisk og samfunnsmessig ansvar som vi har avlagt en ed på å oppfylle. Denne bevisstheten må brukes til utforming av lederrollen. Så må vi som ledere prøve bli bedre til å ta et totalansvar for driften av de enheter vi leder, for alle ansatte, til pasientenes beste. Jeg tror likevel at dette med alle de pålagte oppgaver er umulig.”*

#### **4.2 Enhetenes oppgaver og organisering**

Ved begge sykehusene og i de avdelinger og seksjoner jeg undersøkte, var det etablert formell ”enhetlig ledelse”. Informantene gir også innledningsvis et tydelig bilde av enhetens organisering gjennom linjestruktur og organisasjonskart, men ved oppfølgende spørsmål fremkommer nyanserte betraktninger. En seksjonsleder beskriver forholdet mellom formelt organisasjonskart og hverdagsvirkeligheten slik;

S 3 *”Organisasjonskartet beskriver et landskap som ikke stemmer helt overens med terrenget. Vi løser oppgaver som passer best til arbeidsbelastningen.”*

Hva angår ledelsesoppgaver kommer samme uttrykk frem ved å spørre oppfølgende spørsmål, og en seksjonsleder beskriver følgende;

S 4 *”Vi har en pragmatisk tilnærming til å lede seksjonen gjennom å dele på oppgavene. Jeg har det formelle ansvaret, men selve ledelsen deler jeg og seksjonssykepleier gjennom at jeg tar det medisinskfaglige mens hun tar økonomien og det administrative.”*

En annen seksjonsleder beskriver et annet gjentakende fenomen for legeledere;

S 5 *”Jeg har formelt ansvaret for ledelsen, men står mye i klinikken.”*

Dette synliggjør en utfordring som legeledere tilsynelatende har ved sykehusene. De må ha en viss stilling i klinikk for å opprettholde spesialiteten sin, som de ikke vil gi avkall på. Ved spørsmål om omfanget på dette sier informantene jeg har intervjuet at det generelt er et krav om 30 % stilling i klinikk, men på grunn av ressursmangel så er prosentandelen ofte betydelig større. På oppfølgende spørsmål om balansen mellom kliniske oppgaver og ledelsesoppgaver viser svarene at legelederne jobber færre timer per uke med ledelsesoppgaver enn ledere med sykepleier bakgrunn hvor medianverdien er 25 timer per uke for legeledere og 37 timer per uke for sykepleieledere.

### **4.3 Organisering før reformen**

På spørsmål om hvordan den enkelte avdeling og seksjon var organisert før innføring av reformen i 2001- 2002 svarte alle informanter ved begge sykehusene entydig at todelt ledelse var driftsformen. Da med en likeverdig deling av ledelse og administrative oppgaver mellom overlegen og oversykepleieren, der legen hadde det medisinskfaglige og administrative ansvaret for legene, mens sykepleieren hadde ledelse og administrasjon av pleiepersonell og annet personell knyttet til enhet. Det er samtidig viktig å merke seg at økonomiansvaret var håndtert av oversykepleier med hjelp av en egen stab i sykehuset, samt at personalansvaret var delt mellom den enkelte enhet og personalrådgiver ved det enkelte sykehus. En avdelingssjef summerer det generelle innrykket slik;

A 6 *”Her var vi som ellers i sykehuset organisert med overlege og oversykepleier som delte ledelse for sine respektive faggrupper. Det medisinske ansvaret lå hos overlegen mens det administrative delte vi på. Jeg hadde økonomien sammen med stab ellers hadde vi lite med drift foruten å håndtere pasientbehandlingen.”*

### **4.4 Opplevelse av innføringen av ”enhetlig ledelse”**

Innføringen av ”enhetlig ledelse” fremstår som særlig velegnet til å observere hva som skjer i møtet mellom profesjoner og reformer i offentlige organisasjoner. Grunnen til dette er at innføringen har foregått i en organisasjon preget av aktører med sterk autonomi, som har et internalisert sett med sterke profesjonsnormer som de har ervervet gjennom sin utdanning og daglige virke. Dette har bidratt til å forme deres fortolkningsramme i forhold til reformen, hvor aktørene vil reagere og handle i henhold til sine profesjoners verdier og normer når de møter moderniseringstiltak i organisasjonen de jobber i. Potensielt vil dette kunne få



konsekvenser for reformens vei gjennom organisasjonen og hvordan den blir levd ut/ fortolket i praksis. Ved spørsmål om opplevelsen i tiden rundt innføringen svarer en avdelingssjef;

A 4 *”Vedtaket om å innføre ”enhetlig ledelse” utløste en debatt mellom leger og sykepleiere om hvem som skulle ha rett på avdelingslederstillinger i sykehusene. Grunnen var at man verken i utredningen eller i den påfølgende lovteksten presiserte hvilken profesjon som skulle ha rett på stillingene. I praksis innebar det at både leger og sykepleiere fikk tilgang på enhetlige lederstillinger i sykehus. Tanken var at den som var best kvalifisert til å lede skulle lede, uavhengig av profesjon. Kjernen i debatten ble derfor spørsmålet om hva ledelse var og hvilke kvalifikasjoner en leder av en sykehusavdeling skulle ha.”*

På oppfølgende spørsmål om de ble enige om hva ledelse var, svarte samme avdelingssjef;

A 4 *”Det var en del debatt om dette, men vi ble nok ikke enige. Sykepleierne er nok generelt mer opptatt av ledelse enn hva legene er.”*

En annen avdelingssjef beskriver, noe flere informanter var inne på, en ytterligere profesjonsstrid knyttet til innføringen;

A 1 *”Vedtaket om profesjonsnøytral ledelse gav forsterket grobunn for profesjonsstrid, og avstanden mellom administrasjon med sykepleieledere og kjernevisksomheten gjennom det medisinskfaglige fikk gjennom dette økt avstand”.*

Lederen synliggjør det behovet som var for tydelighet i innføringen, både fra helsepolitisk utformer og i den praktiske innføring i det enkelte sykehus. Informantene beskriver at reformspråket i ”enhetlig ledelse” var diffust på sentrale punkter, spesielt rundt kvalifikasjon for ledelse og om hvem som skulle lede. De beskriver videre at den praktiske hovedutfordringen i sykehusene nå ga økt distinksjon som er mellom det formelle styringsansvaret og den profesjonelle operative rasjonalitet. Et annet aspekt som beskrives ved innføringen var det potensialet som lå i endringen av det klassiske sykehushierarkiet med legen som overordnet. Sykepleiere kunne nå utfordre denne strukturen og en seksjonsleder beskriver at;

S 3 *”Sykepleiere har som nevnt, tradisjonelt vært legenes underordnede. I og med innføringen av enhetlig ledelse åpnet man opp for at både sykepleiere og leger kunne søke på enhetlige lederstillinger i sykehus. Dette skapte behov for en redefinering av grensene mellom legerprofesjonen og sykepleierprofesjonen for at reformen skulle lykkes.”*

Informanten hevder at reformuttrykket har begrensede muligheter for å lykkes om ikke det aktivt arbeides med å redefinere det tradisjonelle hierarkiet i sykehussektoren, samt at profesjonskampen må vike for en enhetlig styring av organisasjonen. En annen sykepleier i seksjonslederstilling uttrykker det på en annen måte, at alle, likeverdige, skulle ha tilgang til stillingene uavhengig av profesjon;

S 1 *”Et hovedpoeng med reformen var vel at lederposisjonene skulle være profesjonsnøytrale. Dette tolker jeg som at en skulle tilsette person og ikke profesjon i lederstillingene.”*

Legene angir derimot en mer konservativ holdning knyttet til innføringen, og to uttrykte følgende;

A 1 *”Underlig nok var det lite motstand mot reformen slik jeg husker det. Noe var det selvfølgelig, spesielt knyttet til diskusjonen om det var administrasjon eller fag som skulle lede. Legene her var nok spesielt uenig i at annen faggruppe skulle bestemme, så jeg tror direktøren den gang gjorde klokt i å ansette en overlege.”*

S 2 *”Husker jeg var av en klar oppfatning av at det måtte være medisinsk faglig ansvarlig som ledet avdelingen, noe annet var ikke forvarlig.”*

Oppsummert kan jeg si at ledere fra de to profesjonene reflekterer ulike tolkninger tilbake til innføringen av reformen. Mens legenes tolkning av enhetlig ledelsesinnføring avspeiler mer faglige tradisjoner enn det NPM tankegangen legger opp til, der generell ledelse er idealet, synes sykepleiere i større grad å gi uttrykk for muligheter og ambisjoner med ren ledelse som fokus. Dette norm- og kulturuttrykket reflekter også den autonomi og profesjons strid som kulturelt ligger betinget i organisasjonen.

For å forstå de effekter reformen har gitt var jeg interessert i forhold knyttet til at innførende beslutningsprosesser var i tråd med de formelle og forventede beslutningsprosessene, og at innføringen var rasjonell og preget av enighet horisontalt og vertikalt i organisasjonene. En seksjonsleder angir følgende i forhold til dette;

S3 *”Jeg mener å huske at vi fikk informasjon fra øvre sykehusledelse om innføring etter direktoratets bestemmelser med foreslått metodikk for gjennomføring av endringen. Jeg har vel ikke inntrykk av at vi var med i beslutningsprosessen, eller at det var nevneverdig enighet i prosess eller utførsel. Dette er vel noe vi er generelt vant med... innføring ovenfra og ned perspektiv. Vi er ikke vant med at tillitsvalgtsapparatet håndterer politisk styringslogikk i pålegg om endring i organisasjonens linje ”.*

En avdelingssjef beskriver for meg;

A4 *”Det hadde nok vært hensiktsmessig å beslutte endringer ut fra behov lokalt i forhold til kultur og normer lokalt i organisasjonen. Å risikere å miste kontroll med endringer fordi forankring knyttet til beslutning og innføring er etter min mening lite heldig. Vi var jo heller ikke utsatt for noe normpress fra pasienter og omgivelser for å tilpasse oss disse nye formtrekkene. Jeg hadde forventet en høring og samtidig diskusjon vedrørende innføring, som da hadde fremstått formelt akseptabelt”.*

Det er eksplisitte holdepunkter for at forventede beslutningsprosesser og innføring ikke var tråd med de institusjonelle, kulturelle eller formelt aksepterte normene i omgivelsene. Innføringen var heller ikke opplevd som rasjonell og preget av enighet horisontalt og vertikalt i organisasjonene.

#### **4.5 Innføring av reformen og rekruttering av stillingene**

Fra å ha vært et faglig anliggende for leger og sykepleiere, skulle ledelse ved innføringen av ”enhetlig ledelse” nå i større grad angis og forstås som profesjonalisert ledelse. Tanken er at profesjonell ledelse gir forpliktelser i forhold til sykehusets målsetninger og visjoner. Flere legeledere ved disse to sykehusene beskriver i motsetning til dette at faglig ledelse er preget av relasjonen mellom faglig mester og lærling, og der forpliktelsen først og fremst dreier seg om eget fag. Det handler om å videreføre tradisjoner, der det vesentlige er faget og ikke ledelsen. To av avdelingssjefene beskriver noe av forholdet slik;

A2 *”Grunnen er at legene oppfatter ledelse av kliniske avdelinger tett knyttet opp mot medisinsk aktivitet. Legenes forståelse av ledelse knytter seg opp mot det faglige ledelsesidealet, der fag og ledelse er uløselig knyttet sammen. Dette gjenspeiles ikke minst i hvordan legenes legitimitet som avdelingsledere er bestemt av den faglige tilknytningen legelederen har til klinikken. Å forlate klinikken til fordel for ledelse betyr i legefellesskapet at legen ikke lenger vet hva han snakker om.”*

A 1 *”Legene har et faglig utgangspunkt for ledelse, og legitimiteten til en legeleder vil derfor ut fra en medisinskfaglig forståelse være knyttet til egen faglighet, og faget representeres i medisinen først og fremst gjennom arbeidet i klinikken,”*

Lederen av kliniske avdelinger må altså, i følge disse legene, være en lege og denne legelederen skal først og fremst være en fagperson som deltar i klinikken. Dette uttrykket var også gjeldende ved innføringen og rekrutteringen av stillingene som enhetlige ledere. En avdelingssjef beskriver det slik;

A 4 *”Jeg ble sterkt støttet av mine kollegaer for å søke denne stillingen da vi mente det var viktig med lege som avdelingens leder. Sett i ettertid så var nok dette lurt, da det i andre avdelinger her har vært avdelingssjefer, som ikke er leger, som rapporterer vansker med å lede spesielt legene. Vi ser ut til å holde oss med våre egne.”*

Videre var det et premiss ved innføringen at lederstillingene skulle ha krav om at det skulle foreligge en formell lederkompetanse. En av informantene beskriver følgende for rekrutteringen til lederposisjon;

S4 *”Ved ansettelsen av ledere var det et krav om leder utdanning, det samme med erfaring. Dette ble ikke vektlagt ved min ansettelse i alle fall. Jeg hadde ingen leder erfaring før jeg begynte i denne stillingen. Videre er det nok en tradisjon for interne ansettelser ved dette sykehuset. Mitt inntrykk er at det er utbredt med interne opprykk. Det er også flere eksempler på ansettelser hvor seksjonsledere ikke har lederutdanning heller, noe som jeg generelt egentlig finner mer en merkelig.”*

Materialet fra intervjuene viser stor grad av konsensus i metodikk for rekruttering i begge sykehusene, gjennom utbrett intern rekruttering og interne opprykk. Videre er det tydelige indikasjoner i materialet på at legelederne i stor grad knytter seg til det profesjonelle hierarki, og angir samtidig at leger generelt hyppig bytter jobb mens sykepleiere knytter seg til den stabile arbeidsplassen. To eksempler fra mine informanter synes å beskrive dette;

S 3 *” Det er lett og enklere å rekruttere direkte og internt har jeg inntrykk av. Jeg har for eksempel aldri vært i et intervju til en stilling, men nå har jeg jo hatt denne jobben i snart 12 år da. ”*

A 3 *”Jeg er født og oppvokst her, holdt jeg på å si. Så her kan du si jeg har tiltrådt en stilling som på en måte... Jeg har ikke søkt den, jeg har blitt bedt om det fordi jeg har greie på hva som skjer. ”*

Det kan virke som om det er en tradisjonen i å forfordele stillinger ved interne opprykk til fag personell som har jobbet lenge ved sykehusene, da spesielt sykepleiere fordi de har den mest stabile relasjonen.

#### **4.6 Indre og ytre påvirkning**

Steineutvalget som etter mandat fra stortinget utredet tiltak, innenfor ledelse og organisering for å bedre driften ved norske sykehus, hevdet at behovet for endringer var i tråd med analyserte behov så vel internt i sykehusorganisasjoner som hos sykehusenes samarbeidspartnere (NOU, 1997). For å få innsikt i mine informanternes refleksjoner rundt behov og motiver for endring til ”enhetlig ledelse” var jeg interessert i hvordan de opplevde indre og ytre press. Generelt svarte informantene i denne undersøkelsen at de opplevde lite indre press eller behov for denne endringen. En avdelingsjef summerer det slik;

A 4 *”Behovet for endring av ledelsesformen som svar på våre institusjonelle trekk var ikke til stede. Vi hadde en driftsform som var godt etablert og som representerte en god måte å løse de samfunnskrav som er satt til et sykehus. Vi hadde intet normpress eller en gryende kultur innad som stilte krav om at vi måtte endre eller reformere. Vi ble heller ikke spurt eller involvert i arbeidet med reformen på noe vis, hverken perifer ledelse eller tillitsvalgte.”*

Det ytre presset kobles til organisasjonens nære handlingsmiljø, og reflekterer behov i aktørens omgivelser som en samhandler mye med og er særlig avhengig av, enten i tilførsel av ressurser eller andre tjenester. En seksjonsleder og en avdelingssjef beskriver det generelle inntrykket fra undersøkelsen av det ytre presset knyttet til reformen;

S 4 *”I likhet med de fleste reformer, slik jeg ser det, er dette politisk forankrede ideer som i liten grad har nærhet til virkeligheten til det en endrer. Jeg mener at det må være behovet til tjenesteyteren og den som mottar tjenesten som bør være styrende. Denne reformen hadde i beste fall ingen forbindelse med pasientarbeidet, i verste fall motvirket den pasientbehandlingen.”*

A 2 *”Den eneste ytre påvirkningen jeg husker var den som kom fra de helsepolitiske myndighetene. Ikke bare slår de sammen til store helseforetak, men i tillegg endrer de sykehusenes driftskultur over natta. Jeg ser dette som ønsket om stordriftsfordeler der en tvinger inn en ny virkelighet i etablerte vaner og rutiner uten å følge det opp i vår egen organisasjon... Likevel sitter nok utfordringen i vår kultur og før vi evner å organisere oss i forhold til nye oppgaver og ikke i forhold til egne behov. Så klarer vi heller ikke å fornye oss så raskt som utviklingen krever”.*

Da det ikke ligger, i følge undersøkelsens informanter, indre press for endring oppleves behovet for endring å komme fra helsepolitiske myndigheter. Dette er i en viss distinksjon til hva Steineutvalget presiserte i sin innstilling, om at behovet også kom innenfra. Det er tydelig at forankringen i operasjonell struktur mangler gjennom at oppfølging av reformen ser ut til å ha vært mangelfull, og nærmest oppleves som en trussel for de oppgaver en er satt til å gjøre. Årsaken til dette synliggjør kanskje denne siste legelederen som uttrykker at utfordringen sitter i egen kultur, hvor egne behov styrer fremfor ytre definerte krav om forandring. Det er altså vanskelig å sette endring i sentrum når en kanskje har satt seg der selv.

#### **4.7 Effekt på kort og lang sikt**

For å belyse problemstillingens to konstituerte spørsmål om den indre logikken mellom effekter og implikasjoner, genererte jeg spørsmålet til informantene om effektene på kort og lang sikt, for å få frem mulige endringer i reformbildet over tid. Utrykket er relativt tydelig i den forstand at reformendringen førte til en del uro og konflikt initialt, for så å roe seg i den form som reformens intensjon hadde, for igjen over tid å få et uttrykk lignende bildet før

reformen ”enhetlig ledelse”. Informantene beskriver følgende inntrykk kort tid etter innføringen;

S 5 *”Rundt om i norske sykehus så en jo profesjonskrigen etter bestemmelsen om innføringen av ”enhetlig ledelse”. Masse debatter i presse og i ulike fora, men så roet det seg. Jeg tror at det generelt fort gikk seg til slik som en hadde det tidligere, som også her. Dette skyldes etter hva jeg har inntrykk av økende grad av motstand på grunn av uhensiktsmessig driftsform. Det medisinskfaglige fokuset og ledelsesfokuset lot seg vanskelig forene.”*

På oppfølgende spørsmål om hvorfor dette, svarer informanten;

S 5 *” Det er slik at leger har og tar det faglige ansvaret på alvor og når uhensiktsmessige driftsformer går ut over dette, er det nok en tradisjon for å tilpasse for å imøtekomme behovet for det vi skal drive med.”*

S1 *”Etter en del påtrykk fra direktør og endringer i administrativ organisering tilpasset vi linjeledelse til disse ytre krava. Men som du vet, det kommer stadige reformer og endringer, og det gikk egentlig ikke lang tid før trykket på denne ledelsesreformen avtok. Jeg tror det gikk et år jeg, så hadde vi i praksis glidd tilbake til gammelt mønster.”*

Denne siste informanten reflekterer også de stadige reformer og endringer som uttrykk på hvorfor reformen fikk det uttrykk som den fikk. En annen informant beskriver makt og maktkamp mellom profesjoner som en annen årsak;

S 6 *”Jeg husker bråket til å begynne med, det falt nok ikke helt i god jord at jeg ble seksjonsleder, i alle fall ikke hos alle. Jeg minnes at det var slitsomt, men så gikk det seg til på sett og vis. Jeg hadde ambisjoner i ledelse og prøvde å jobbe for linjestruktur med helhetlig drift. Men det er ikke lett å lede alle legene. Ja dette er faktisk et problem. Legene har egentlig all makt gjennom koding, inntak og styring av våre økonomiske drivere... Det er vel en fallitt, men jeg og avdelingsoverlegen må jobbe sammen for å få til dette. Jeg tar økonomi og personal mens han tar fag og legedrift. Det har bare og måttet bli slik vi hadde det før reformen.”*

Effektbildet i dag som uttrykk for de langvarige implikasjonene av reformen ”enhetlig ledelse” er relativt entydig blant mine informanter. Det summeres todelt ledelse med ansvarsfordeling mellom enhetens ansvarlige lege og sykepleier. En avdelings sjef summerer følgende som det generelle inntrykket;

A 4 *”Utad har vi nok tilpasset reformuttrykket men vi driver i dag akkurat som vi gjorde før ”enhetlig ledelse”. Jeg har det medisinskfaglige ansvaret, og jobber 1 til 2 dager i klinikken og styrer alt legearbeidet, mens avdelingssykepleieren tar økonomi og personal, samt håndterer de andre faggruppene. Dette er vi skjønt enige om at fungerer helt fint.”*

#### **4.8 Effekter på organisasjonskultur og atferd**

Mye av hensikten med å innføre ”enhetlig ledelse” var å desentralisere og tydeliggjøre ansvar for en profesjonell leder på alle nivåer. Her var det underforstått at det skulle handle om styringsredskaper, samt ansvar for budsjett og økonomi (NOU, 1997). Det kanskje viktigste formålet med reformen har likevel vært å standardisere lederstrukturen som et forsøk på å klargjøre ansvarsforholdene internt. Informantene i undersøkelsen angir tydelig at ledelse på avdelings- og seksjonsnivå innebærer ansvar, og ansvar må ledsages av myndighet.

Problemene melder seg når organisasjonsmodeller resulterer i at ledelse ikke kan omsettes i praksis fordi myndighetslinjen enten mangler eller er til direkte hinder for effektiv ledelse. I praksis ser jeg at dette gjelder. Min studie viser at informantene uttrykker en klar felles oppfatning om at den nye ledelsesstrukturen ikke underbygger samsvar mellom ansvar og den reelle myndighet. En av seksjonslederne beskriver det på følgende måte;

S 6 *”Nei, som jeg har vært inne på tidligere er jeg ikke fornøyd med myndigheten som følger ansvaret. Jeg skulle sett at jeg ble tiltrodd mer bestemmelsesrett for å utøve ledelsen i seksjonen. Samtidig som at jeg opplever at jeg ikke blir hørt på vesentlige punkter, som for eksempel struktur og strategi endringer.”*

Som en effekt til innføringen av ”enhetlig ledelse” med delegert økonomisk administrativt ansvar var det også underforstått at dette skulle generere samhandling og samarbeid på avdelings- og seksjonsnivå. Heller ikke her ser det ut for at reformens visjonære ideer har



truffet den reelle virkelighet. En av informantene svarte følgende da jeg spurte om forholdet mellom ansvar og myndighet, og hvilken innvirkning dette hadde;

S 5 *”Det delegeres for mye ansvar nedover i organisasjonen uten at myndigheten til utøvelse deles ut i like stor grad. Jeg opplever videre at det er for stor konkurranse mellom seksjonene i og med at det er separate budsjetter for selv små seksjoner. Dette medfører intern konkurranse, i stede for samarbeid.”*

Denne studien viser at disse sykehusene ikke har klart å opparbeide en struktur og handlingsrom for at enhetlig ledelse skulle kunne omsettes i praksis. Selv om dette ikke er systematisk undersøkt, er det indikasjoner på at årsaken nettopp ligger i at myndighetslinjen enten mangler eller er til direkte hinder for effektiv ledelse. En av informantene underbygger denne indikasjonen når jeg spør om årsaken til myndigheten ikke følger ansvaret;

S 6 *”Jeg har ikke frihet til å utforme strukturen slik jeg skulle ønske, i tillegg blir jeg overstyrt i vesentlig grad av avdelingssjefen. Jeg tror dette skyldes at sykehuset har en tradisjon, eller en subkultur om du vil... som undergraver for store og eller mindre endringer.”*

#### **4.9 Oppfatninger om faktisk ledelsesatferd i dag**

Informantene beskriver at ledelse av kunnskapsarbeid er dynamisk og komplekst, og svarene de gir klassifiser tre regimer som ledelse ved sykehusene utøves i; linje, nettverk og kollegium. Linjen i denne sammenhengen representerer det hierarkiske ordenssystem. Den er instruksjonsdrevet, gjennomfører beslutninger og gir retning i arbeidet. Forskjellige posisjoner i linjen gir tradisjonelt forskjellig autoritet, og autoriteten bygges ovenfra og nedover. En legeleder beskriver;

A 1 *”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 samtidig beskytte den faglige agendaen mot prestisjehensyn”*

Linjen kan da forstås som formelt overordnet de faglige hensyn og argumentasjoner. Her fremstår en potensiell konflikt, da den formelle administrative linje posisjonen står imot den profesjonaliserte autoriteten. En av informantene uttrykker videre;

A 3 *”Ja, jeg er inkludert i klinikken, så den administrative delen den kommer på toppen, så det er jo også derfor vi fortsetter som før. Det er likevel en konstant konflikt i meg at det er oppgaver som jeg absolutt burde gjort i administrasjonen, samtidig er bemanningen såpass lav her at det funker ikke visst jeg ikke er med i den daglige klinikken.”*

Dette illustrerer dynamikken og kompleksiteten i de nye lederposisjonene hvor seksjons- og avdelingsledere må tilpasse hybride løsninger og roller for å tilfredsstille kravet i det daglige arbeidet. Dette står også i kontrast til reformens krav om profesjonelle ledere, som kun skal ivareta det administrative – økonomiske arbeidet.

Flere av informantene beskriver nettverket som et system av møter mellom mennesker som baserer seg på utveksling og bytte av informasjon og kunnskap, regulert av gjensidighet mellom partene. Partene i denne sammenhengen er preget av informasjons- og kunnskapsprosesser som balanserer allianser, og som knytter kunnskap og gyldighet inn i nettverket. Nettverket er profesjonsmiljøene og aktiviteten er det daglige arbeidet, hvor utfordringene ligger i å løse jobben som dagligdagse utfordringer på en smidig og god måte. Løsningen på dette er i følge intervjuobjektene, å bygge allianser for å støtte egen posisjon og fremme profesjonalisering. Dette gir retning og bestemmelsesrett over egen posisjon og er en betydelig maktfaktor. Slik jeg ser dette gjennom mitt empiriske materiale beskrives dette godt av en seksjonsleder;

S 6 *”Det er klart at det er vanskelig å endre på gamle vaner og strategier blant noen profesjoner, disse står sterkt i helsevesenet med sterke fagforeninger. Det blir i så måte forfektet sterke signaler om at en skal forholde seg til sine foreninger og sine meninger. Det er ikke lett å endre på slike holdninger og ikke minst vanskelig å lede.”*

Kollegiet som det siste regimet, er i følge empirien, et fellesskap av likeverdige deltakere som gjennom dialog om viten og kunnskap viser veien til sannhet. Sannheten i denne sammenhengen er beskrevet som;

A 6 *”En evig vekselvirkning mellom konsensus og kontrovers, hypoteser og kritikk.”*

Slik jeg forstår dette, bygges autoritet og makt i den operative kjernen, basert på at kunnskapsmonopolet er driver i kunnskapsarbeidet. Kollegiet legger derfor premisser for retning, og har altså en overordnet uformell posisjon i organisasjonen. En av avdelingssjefene beskriver følgende på spørsmålet om hvordan makt og roller i sykehuset reelt fungerer følgende;

A 5 *”Det er jo på seksjonsnivå det skjer, det er der sykehuset drives. Her i mitt nivå er jeg faktisk for langt unna til å få med det som egentlig skjer. Jeg opplever mye frustrasjon i seksjonene, her er det mer rolig og i så måte en enklere jobb. Så må jeg også faktisk si at det er liten reell påvirkning en har i fra avdelingssjefs nivå ned til seksjonen i reelt klinisk virke. Vi kan godt komme med retninger, men seksjonene og spesielt legene styrer dette etter pasienter og dag til dag hensyn.”*

Disse tre regimene er gjensidig implisert av hverandre og derigjennom knyttet i avhengighet. Informasjonen fra intervjuene bekrefter også at kollegiet skaper grunnlaget for utvikling, linjene er vektor for retning og orden, mens nettverket utfører arbeidet. Jeg ser at dette idealtypiske bildet av kunnskapsarbeidet, der et godt resultat avhenger av dynamikken mellom de ulike regimene i forhold til sykehusets kontekst, slår sprekker. Jeg ser videre at makt og autonomi mellom personer og grupper i sykehusorganisasjoner som et sosialt system, skaper grunnlag for ledelse, roller og maktfordeling. Spesielt ser jeg hvordan den uformelle hierarkiske posisjon konkurrerer med den formelle. Samtidig ser jeg hvordan personell som kontrollerer ”dagsorden” i arbeidsoppgavene har de rollene som danner grunnlaget for makt i organisasjonen. Det kan derfor se ut for at sykehusene både forøkes styrt ovenfra og nedenfra.

Jeg har tidligere beskrevet begrepet implikasjon, som langtidsresultat etter innføringen av ”enhetlig ledelse”, som hva det ”endelig” har medført. Dette blir som et situasjonsbilde av den faktiske organisasjonen i dag ca. 10 år etter innføringen. Alle lederne jeg intervjuet hadde en nokså lik forståelse av begrepet ”enhetlig ledelse” med konsensus i at det kun skal være en ansvarlig profesjonell leder på hvert nivå, med resultatansvar. Videre var det bred enighet om, og tydelige organisatoriske tegn, på at sykehuset hadde innført ”enhetlig ledelse” som reform. I praksis ser jeg fra min studie at reformen kun har ført til en beskjeden omfordeling av de tradisjonelle arbeidsoppgavene. Ledelsen for avdelings- og seksjonsnivå har tidligere vært basert på delt ledelse mellom to personer, overlege og oversykepleier, såkalt todelt ledelse. Disse to har sammen vært avdelingens eller seksjonens øverste administrative lederteam.

Denne modellen ble som tidligere beskrevet utfordret av ”enhetlig ledelse” med en profesjonell leder som er ment å sitte med hele ansvaret. Situasjonen beskrives slik av to seksjonsledere;

S 5 *”Altså, sånn ut i fra meg personlig har det gått greit, fordi det fungerer som det har gjort før. Det eneste som er forskjellen er at vi har fått overført økonomiansvaret som vi løser etter beste evne. Her jobber vi mot det samme målet, pasienten og vi har det så travelt at avdelingen fungerer i dag som den gjorde før.”*

S 2 *”...det har nok vært vanskelig å innføre en helhetlig modell for enhetsledelse. Vi ser at driftsoppgavene og ledelsesoppgavene løses etter hvordan det går seg til i seksjonene. Det er etter min oppfattning ikke alltid like lett å ha samme logikk og verdi mellom enhetsledelse og tradisjon, men det går seg til.”*

Spørsmålet er om ”enhetlig ledelse” i praksis fungerer fordi formell leder er sykepleier og fortsatt tar seg av det sykepleiefaglige og det administrative, mens overlegen tar seg av legene og det medisinskfaglige ansvaret, uavhengig av hvem som er leder. Har man i disse sykehusene seget tilbake til gamle vaner fra før reformen om ”enhetlig ledelse” ble innført? Dette bekreftes bredt av flere informanter, spesielt på seksjonsnivå i det direkte praksisnære feltet. De tilkjenner en løsning som typisk ligner den todelte modellen, eller i overgang til den enhetlige, en slags hybridløsning. Dette beskrives slik av en seksjonsleder;

S 6 *”Jeg må bare tenke litt tilbake, for da var det overlege og så var det oversykepleier og så var det seksjonssykepleiere under det igjen, var det. Oversykepleier hadde ansvaret for sykepleiefaget og seksjonssykepleierne for selve driften. I dag er det egentlig ikke mye annerledes. Her er det vel en slags blandingsløsning mellom den gamle modellen og den nye enhetlige modellen, det er i alle fall slik det fungerer. Her i seksjonen er det i alle fall så at vi er enige om det og det har gått seg til slik.”*

Det var et tydelig mål med denne reformen å strebe etter klarhet og entydighet, samtidig med at den skulle skape forutsigbare og enkle styrbare organisasjoner. Jeg gjorde også et annet noe bemerkelsesverdig funn i implikasjonen av reformen ved sykehuset. Jeg la merke til en helt motsatt retning i forhold til reformens intensjon om forenkling, nemlig et mer kompliserende

ledelsesmønster enn også ved todelt ledelse, nemlig tredelt. En av mine informanter beskriver følgende;

S 5 *”Jeg har en del kollegaer i andre sykehus som har gjort dette meget annerledes enn vi har gjort her. Vi har nok bare skinninnført enhetlig ledelse. Tanken og hensikten har nok vært god, men ute i seksjonene har det godt seg til etter gammelt mønster. Før var det overlege og oversykepleier. Det er jo slik i dag også bare med litt andre navn. I praksis har vi egentlig flere lederpersoner enn tidligere. Siden vi fikk delegert økonomiansvaret ned så har vi, i likhet med flere seksjoner, flyttet det faglige ansvaret for sykepleierne til en fagansvarlig. Så vi har meg, fagansvarlig og så har vi seksjons lege som legene forholder seg til.”*

Denne lederen beskriver at kompleksiteten på ledersiden faktisk har økt. Der det før innføringen hadde vært todelt med avdelingsoverlege og oversykepleier, har de i praksis nå seksjonsoverlege, enhetlig leder og fagleder. Det er tydelig at denne løsningen har kommet i stand nettopp fordi reformen har desentralisert og tydeliggjort ansvar. Spesielt framstår belastningen med økonomiansvaret som årsak til denne formen for ledessplitting.

#### **4.10 Effektivitet, drift, tilbud og rasjonalitet i dag vs. tidligere**

Selv om den norske velferdsstaten har en ambisjon om fri helsehjelp til alle, er det i helsepolitikken samtidig en ide om at dette skal skje ved hjelp av begrensede økonomiske statsfinansierte midler. Flere informanter kommer inn på at finansieringen av sykehusene i dag skjer på grunnlag av sammensatte ordninger med rammeavtaler, stykkprisløsninger basert på ulike refusjonsordninger og øremerkede driftstilskudd. I tillegg til den generelle rammefinansieringen og refusjonssatser for inneliggende pasienter, gis det ekstratilskudd for polikliniske undersøkelser og dagpasienter, og det er spesielle oppgjørsordninger for gjestepasienter (jf. fritt sykehusvalg) fra utenfor helseregionen. Informantene beskriver videre at noen sykdommer er ”mer verdt” en andre for det sykehuset som behandler pasienten med den angitte sykdom, angitt som innsatsstyrt finansiering (ISF). Dette har i følge empirien rimelig nok en direkte innvirkning på sykehusets økonomiske målkongruens, og er direkte målbart av resultatet. En videre effekt er hvordan dette influerer på det faglige og etiske rasjonale. En av mine informanter beskriver dette på følgende måte;

S 4 *”... alt styres etter inntjening på pasientene. De kirurgiske seksjonene flyter jo i melk og honning i så måte. De helsepolitiske myndighetene har jo sørget for at noen pasientgrupper er mer verdt enn andre. Økonomien er det som styrer sykehus i dag og ikke pasientens beste.”*

Intervjumaterialet beskriver at innføringen av reformen ”enhetlig ledelse” med fordelt resultatansvar på alle nivå, har medført at finansieringsordningene er svært viktig for avdelings og seksjonsnivå, og at dette medfører direkte resultatstyring gjennom å benytte mulighetene i de økonomiske incentivsystemer. En av mine informanter beskriver en problemstilling som tilsynelatende var en generell frustrasjon ved disse sykehusene;

A 4 *”... det er vel slik at sykehusene i Norge er underlagt et system som gjør at pasienter av visse kategorier, spesielt kirurgiske, gjerne ortopedi utløser visse kriterier som gir sykehusene bedre inntjening. Dette var jo ment som et system for å få flyt i avdelingene og har jo fungert utmerket i forhold til det. Imidlertid har jo samtidige krav om resultater gitt sykehusene rammer som gjør at økonomiske driv pasienter prioriteres. Her på sykehuset merker vi jo også dette. Det er å forvente en debatt om dette fremover. Hvilke avdelinger og seksjoner skal prioriteres, kanskje noen må legges ned for at andre skal vokse...”*

Informanten beskriver at de økonomiske styringsmekanismer, gjennom å fordele resultatansvar, via ”enhetlig ledelse” ut i den operative kjerne, impliserer at alle lederledd i organisasjonen også må styre medarbeidere mot de økonomiske mål for virksomheten. Jeg kan konstatere at flere av mine informanter opplever splitting av samhold og samhandling etter innføringen av ”enhetlig ledelse” med tildelt økonomisk resultatansvar. Det er indikasjoner for at en intern maktkamp om posisjoner mellom spesielt seksjonene, men også på avdelingsnivå. Som jeg var inne på i presentasjonen av studieobjektet har det i helseforetaket i lang tid vært debatter om sykehusenes fremtid. Dette har generert et sterkt lokalt engasjement som åpenbart styrker sykehuset utad, men her ser en at en også har intern maktkamp og rivalisering som er grunnet i hvilke organisatoriske enheter som har eksistensgrunnlag. Skal sykehuset spesialiseres? Er ortopedi og kirurgi det eneste saliggjørende for fremtidig eksistens, via høy økonomisk inntjening? Hvordan de enkelte ledere på seksjons- og avdelingsnivå underbygger sin eksistens i en slik maktkamp er da spesielt interessant. Selv om jeg ikke har studert dette inngående mener jeg likevel at dette er

en sterk indikasjon på en dysfunksjonell distinksjon mellom sykehusets økonomiske drivere og innføringen av ”enhetlig ledelse”. En seksjonsleder beskriver følgende for meg i denne sammenhengen;

S 6 *”Jeg merker at effektiviseringen har stresset oss, alle skal spare penger, vi skal være effektiv, hvilke pasienter vi har og de vi ikke skal ha og det medfører problemer for samarbeidet. For noen ledere fokuserer på det en tjener mest på og de gjør det på sin måte og så tenker de ikke på hva det medfører for de andre avdelingene rundt. Så samhandlingen mellom alle avdelinger og seksjoner for å få til det beste ut av det fungerer ikke. Grunnen er at de ikke ser pasienten, men bare tjene penger. Dette kommer av leder modellen og fokuset.”*

Det er altså indikasjoner for fraksjoneringer i profesjonenes tilknytning til avdeling og seksjon, avhengig om det er av medisinsk eller kirurgisk tilsnitt, hvor ledere med det medisinske tilsnittet mener at de ikke har så lønnsomme pasienter som de kirurgiske. Funnene jeg har gjort indikerer at en ikke kan se profesjonene som en helhetlig homogen gruppe, men snarere som heterogene subkulturer knyttet til eksistens, verdier, stolthet og økonomisk agenda. En viktig konsekvens blir dermed at man må vurdere nøye de reformer en innfører og hvordan disse influerer på hverandre. Videre må en ta høyde for hvordan sykehusene vil respondere ulikt på reformer. Sykehusorganisasjonen er preget av ledere som er lojale mot organisasjon, men også mot sine kollegaer og sin avdeling eller seksjon. Sagt på en annen måte, så er det viktig å ta høyde for at økonomiske styringsverktøy i ulik grad er tilpasset sykehusorganisasjonen og at måling av effektivitet på tvers av grensene i avdelinger og seksjoner blir meningsløse og kan skape intern forvitring. Tre av avdelingssjefer beskriver følgende;

A 1 *”Altså... slik som det er i sykehus i dag så er det et vanvittig fokus på økonomi. Der at alt skal være i økonomisk balanse er prioritet en. Dette er jo ikke forenelig med etisk pasient fokus. Jeg føler at vi ikke har noe mer å gå på, vi kan ikke bare øke og øke mer med den staben som er her, jeg føler at grensen er nådd... Jeg tror at det kommer utfordringer fremover når det gjelder effektive avdelinger og mindre effektive avdelinger. Skal vi drive i henhold til helsepolitiske krav så må vi kutte og effektivisere i forhold til det vi tjener penger på, og det vil ikke akkurat alle pasienter tjene på. Så her har helse Norge og sykehuset en stor utfordring videre.”*

- A 4 *” Effektivisering og strukturomlægging er nødvendig dersom dette gjennomføres for å forbedre pasientbehandlingen og arbeidsforholdene for ansatte i helseforetakene, og bør skje i takt med nyvinninger i medisinsk kunnskap, tilbud og praksis. Forutsetningen må imidlertid være tilstrekkelig antall senger og areal, kompetanse og aktive hender, og med basis i godt smittevern, pasientsikkerhet og god personalpolitikk. Brukt i ren hensikt, som innsparing og lønnsomhet, ser det ut til at effektivisering øker underskuddet i helseforetakene.”*
- A 2 *”Når arbeidsbelastningen øker så radikalt som ved norske sykehus, kan det utgjøre en ekstra stor risiko på grunn av de mange kompliserte og dårlige pasientene. Det er imidlertid ingen gylden regel - eller pålegg - om andel ansatte yrkesgrupper i forhold til pasientrelaterte og andre aktiviteter ved norske sykehus. Derfor står sykehuseiere fritt til å forsøke seg på komprimering og effektivisering. Landet som helhet har effektivisert sine sykehusansatte ved å øke arbeidsbelastningen pr. hele årsverk samtidig som produksjonen av innleggelses, dag behandlinger og poliklinikker har økt betydelig. Dette har ikke resultert i noen form for kontroll over økonomien, snarere tvert imot.”*

#### **4.11 Oppfatninger om årsaksforhold og effekter**

Det empiriske materialet gir ingen enkel oppskrift eller forklaring på effekter av reformen. Imidlertid beskriver informantene den kontekstuelle sammenhengen som avgjørende for resultatet, fordi en i sykehusorganisasjoner har et så bredt spekter av oppgaver, funksjoner og målgrupper, som igjen krever ulike tilnærminger og ulike behandlinger av forskjellige mål og verdier. Derfor er det i følge mine informanter helt usannsynlig at ett enkelt sett av organisasjonsreformer, eller en enkelt styringsmodell vil fungere. En avdelingsjef sier;

- A 1 *”Jeg tror denne reformen hadde begrensede muligheter for å lykkes da den kun hadde konkretisert kravet om en ansvarlig leder. Forøvrig var den etter min mening diffus og uten et tydelig mål for de mange oppgaver vi driver med. Ved å gi de enkelte sykehusene ansvar for konkret gjennomføring, uten videre presisering, ga den oss rom for egne tolkninger og tilpasninger i hverdagen. Jeg tror generelt at de helsepolitiske myndigheter ikke i tilstrekkelig grad kjenner virkeligheten og kompleksiteten i sykehusarbeidet.”*



Den generelle informasjonen som ble gitt til meg i disse intervjuene indikerer at reformen og omstillingsarbeidet som dette krevde ikke var forankret i et kjent eller konkret problem, samt at det hele burde vært gitt mere tid og ressurser. tre sykepleierledere i seksjon beskriver følgende;

S 3 *”Jeg mener at en reform av denne størrelsen skulle hatt mye tydeligere forankring i egen organisasjon og skulle vært drevet av etterspørsel og etter hva som organisasjonen mener er passende. Faktum var at dette var en endring som ikke var etterspurt og langt mindre startet fra et problem. Vi hadde en ledelsesprofil som var god og som fungerte godt.”*

S 6 *”Denne endringen kunne sikkert være bra og gitt oss en nødvendig modernisering, men da må en legge opp til å bruke tid og gi rom for diskusjon og forbedring underveis, med et mer tydelig lederfokus fra øverste ledelse over tid. Dersom endringen skulle kunne virke må ikke innføringen være hastig som i dette tilfellet, og det må i forkant og underveis gis nok informasjon og rom for meningsytringer.”*

S 1 *”Perspektivene for endring ble i denne reformen for lange, uten oppfølging fra initiator. Perspektivene burde vært kortere for å sikre gjennomføringsevnen. Virkeligheten og andre samtidige endringer roter det til, når perspektivet er årelangt. Korte intervaller med kontroll og mer informasjon kunne gitt nærhet og bedre eierskap.”*

Informantene beskriver at reformen dannet grunnlaget for en endring i en hierarkisk kultur og tradisjonelle roller for autoritet, makt og uformell ledelse som har ligget i sykehuskollegiet som kunnskapsorganisasjon, noe som gjennom mange år hadde gitt et faglig kulturutgangspunkt for prioriteringer omkring pasientbehandling og fagutvikling. En avdelingssjef summerer uttrykket gjennom følgende påpekelse;

A 2 *”Leger og sykepleiere forsøkte etter innføringen stadig å underbygge og utvide sitt ledelsesområde i forhold til hverandre. Dette handlet om at kjernen i det å være profesjonell i stor grad dreier seg om faglig selvstyre... Det som er avgjørende for profesjoner, er å ha kontroll med kunnskapen, for eksempel ved å lede sin egen*

*faggruppe. Det var et tilbakeskritt å miste retten til å lede seg selv, derfor søkte vi stadig å underbygge og utvide vår jurisdiksjon ved å tilpasse reformen til vår virkelighet”.*

Det generelle inntrykket fra informantene er at reformator først og fremst har vært opptatt av å installere en forhåndsbestemt ledelsesteknikk som økte muligheten for å mislykkes med målet om økt effektivitet, bedret kvalitet og styring. Årsaken til dette forstås dels med grunn i myndighetenes kunnskap om sykehus som organisasjon, men også fordi reformen i seg selv var diffus og manglet rom for endring over tid og at den implisitt endret på grunnleggende fagledelse og profesjonsautonomi. Mitt inntrykk er at lederne jeg intervjuet var kritiske til reformen fordi kvalitet på behandling ikke har blitt bedre. Snarere har delegering av større og mer omfattende oppgaver som økonomi, ført til et annet fokus. To avdelingssjefer beskriver dette, men angir samtidig at avdelingene er blitt mer effektive;

A 2 *”Jeg vil vel generelt si meg misfornøyd med reformen da hovedintensjonen var bedre kvalitet i pasientbehandling. Etter mitt skjønn har vi ikke fått til dette. Vi bruker stadig mer tid på administrativt arbeid og dokumentasjon som ikke samsvarer med forventinger i våre omgivelser. Legenes tid i kontakt med pasient går statistisk ned, og hvordan kan vi behandle kvalitativt da... Likevel virker det som om pasientundersøkelser rapporterer bedring. Dette tror jeg knyttes til reduserte ventelister, som har blitt kortere med åra”.*

A 4 *”Avdelingen ser ut til å ha blitt mer effektiv gjennom både kortere ventetid og ventelister. Likevel krever tilpassing av økonomisk tankegang i hverdagen delt oppmerksomhet mellom fag og administrering, noe jeg mener er uheldig. Så jeg er sånn passe fornøyd fordi jeg gjerne skulle sett muligheten for en effektiv behandling samtidig med rent fokus på kvalitet og ikke på økonomi”.*

#### **4.12 Oppsummering av empiriske funn**

De mest sentrale funnene fra undersøkelsen kan i hovedtrekk oppsummeres slik:

- Begge sykehusene har ifølge organisasjonskart, samt opplysninger gitt av informantene formelt innført ”enhetlig ledelse”.

- Det er variasjon i lederutdanning mellom lege- og sykepleierledere jeg intervjuet i dette studiet. Det er videre variasjon i hvor mye tid den enkelte leder bruker av tid på ledelse, spesielt gjelder dette legeledere som ser ut for å prioritere klinisk arbeid for å beholde sin autoritet og nærhet til eget fag.
- Det foreligger en tendens til intern rekruttering til lederstillinger, med vekt på faglig kontroll fremfor formell kompetanse knyttet til ledelse.
- Jeg har funn som indikerer at sykehusene fortsatt praktiserer en form for todelt ledelse, der avdelings-/ seksjons overlege og avdelings-/ seksjonssykepleier leder sammen. Spesielt gjelder dette i de praksisnære seksjonene, hvor profesjonaliteten og klinikken står sterkt. I den tidligere todelt ledelsesformen var funksjonsfordelingen knyttet til at seksjonsoverlegen ledet det medisinskfaglige og legeadministrative, mens oversykepleier ledet pleierstaben og utførte resterende administrativt arbeid. Det kan tyde på at det har skjedd få praktiske endringer når det gjelder dette. Mine funn indikerer fortsatt at sykepleieren leder det sykepleierfaglige og det administrative og at legen er medisinskfaglig ansvarlig og den de andre legene forholder seg til, uavhengig av hvem som er sjef. Det kan virke som om sykehusets avdelinger og spesielt seksjoner formålstjenelig har seget tilbake til gamle vaner og praktiserer, også i dag, ledelse som før reformen ”enhetlig ledelse”.
- Reformen ”enhetlig ledelse” huskes av studiens informanter som for vag og for enkel på kompleks sykehusdrift. Samtidig ble den opplevd i utakt med grunnleggende verdier og normer i organisasjonene. De beslutningsprosesser om innføring som ble fattet ble heller ikke opplevd å være i tråd med de formelle og forventede beslutningsprosessene om enighet horisontalt og vertikalt i organisasjonene.
- Sykehusenes øverste ledelse ytet noe press for å inkorporere disse tidsriktige og legitime oppskriftene, men utøvde lite kontroll med resultatet samtidig med at informasjonen før, under og etter innføringen opplevdes som mangelfull.
- Informantene opplevde et styringslogisk dilemma, med på den ene siden å holde fast på erfaringsbaserte løsninger og på den andre siden hensynet i å ta opp i seg nye ideer

og oppskrifter, som i denne sammenhengen oppfattes som moderne og som antas å gi legitimitet. Løsningen på dette dilemmaet har for disse sykehusene vært å adoptere konseptet i formell form, men dekoppe dem slik at de får liten eller ingen styrende virkning på aktiviteter og kjerneoppgaver. Ut i fra en slik betraktning blir mytene eller oppskriftene noe som ligger på overflaten for å vise innføring og gi legitimitet i et moderne og effektivt uttrykk. I virkeligheten skinninnføres endringen og påvirker intern praksis i liten grad.

- En tydelig sterk kultur i disse sykehusene gir en sti- avhengig utvikling, noe som har sine klare fordeler og ulemper. Fordelene er åpenbare i følge informantene, med at sti- avhengighet gir stabilitet og dybde i de uformelle verdiene og normene i organisasjonene. Dette gjør, som informantene gir uttrykk for, mulig å forstå hvilke kulturelle rammer de skal forholde seg til og hva som er passende atferd i det miljø en arbeider. Koplingen mellom kjente identiteter og situasjoner blir lettere, og institusjonelle handlingsregler kan fungere effektivt. Denne historiske skjevheten gir imidlertid redusert fleksibilitet, særlig hvis omgivelsene endrer seg raskt. Ved stort språk mellom eksterne problemer og føringer med den interne kulturen vil sti- avhengighet direkte kunne hindre fornyelse så raskt som utviklingen krever.
- Det praktiske uttrykket av reformen ser ut til å være likt ved de to sykehusene og det er samvariasjon mellom avdelingssjefer og seksjonsledere ved de to sykehusene i sine svar på mine spørsmål og derav få kontraster å trekke slutninger ut i fra. Det ser ut til å være en relativt lik fortolkning av det instrumentelle og de institusjonelle forhold som påvirker organisasjonene i denne problemstillingen.
- Hvordan sykehusene påvirkes av den økonomiske styringslogikken er ett annet funn. I mitt materiale er det en klar trend som peker henimot at sykehusenes ledere står i en krysspressende logikk mellom fag og den økonomisk/ administrative logikk. Dette viser seg å underbygge subkulturer og økt heterogenitet mellom avdelinger og seksjoner knyttet til verdier, holdninger og stolthet til eget fag. Det gir for noen avdelinger og seksjoner, gjennom ”enhetlig ledelse” med økonomi - og resultatansvar, uante muligheter, mens det for andre avdelinger og seksjoner gir scenarioer om nedbemanning og økonomiske innsparinger.

- Gitt definisjonen på at ”enhetlig ledelse” er en NPM reform og derav skal ha positive effekter på hovedmålet kostnadseffektivitet og ikke negative effekter på andre mål, har dette latt seg vanskelig undersøke grunnet mangelfull innføring av reformen. Imidlertid gir det empiriske materialet indikasjoner på økt indre effektivitet i sykehusenes mål om å behandle flere pasienter nå enn tidligere, men samtidig mer konflikt knyttet til delegert økonomistyring som egentlig er den største endringen før og etter reformen. Av eksterne politiske og samfunnsmessige effekter har helhetlig økonomistyring og kontroll med økonomisk utvikling i følge mine informanter ikke blitt bedre, snarere tvert om.

## 5 Teoretisk analytisk diskusjon

Studiens analyser er ingen objektiv avspeiling av en statisk verden i et statisk rom, men en drøftet tilnærming som forsøker å forstå hvilke konsekvenser reformen ”enhetlig ledelse” har fått. Reformen kan metaforisk brukes som et bilde på nye kart, og et avgjørende spørsmål blir; hvor gode er de nye kartene? Hvorvidt en reform lykkes, avhenger av formålet, hvilket ståsted de vurderes i fra, og hvilket perspektiv en benytter for å avdekke både tilsiktede og utilsiktede effekter av forskjellig art og valør. Jeg vil i analysearbeidet bruke perspektivene som beskrevet i teoridelen som ulike tilnærminger til undersøkelsesfenomenet, og gir et *”teoretisk rammeverk som empiriske observasjoner holdes opp mot og tolkes i forhold til”* (Røvik, 1998). Hvis vi vender tilbake til metaforen om kart og landskap, samt forestillingen om at førstnevnte former sistnevnte, tegner empirien et bilde. Min studie viser at kartene over ”enhetlig ledelse” ikke nødvendigvis former terrenget etter karttegnerens ide. Kan det være slik at landskapene formes etter andre prinsipper som eksempel; sti- avhengighet, dekopling, makt og ledelsesfokus. For det kan vel være slik at kartenes ide reflekterer gårsdagens realiteter, mens dagens praksis er det reelle bildet på implikasjonen av ”enhetlig ledelse”? Jeg skal i det følgende forsøke å nyansere og diskutere årsaker til dette, samt dra noen paralleller til lignende reformer i andre land.

### 5.1 ”enhetlig ledelse” i det instrumentelle perspektivet

Det kan være ulike forklaringer på hvorfor regjeringen i denne reformen ønsket å omorganisere ledelse av sykehus og helseforvaltningen sett i lys av et instrumentelt perspektiv. Det kan opplagt være et forsøk på å legitimere statens virksomhet ved å skille oppgaven som eier, forvalter og kontrollør. Et annet forhold kan være at staten trengte sterkere styringsverktøy for å kunne implementere senere reformer i en viktig og politisk betydningsfull helsesektor, og ikke minst å forvalte og opprettholde endringen gjennom ”enhetlig ledelse”. En tredje forklaring kan være at når ulik offentlig virksomhet og ulike tjenester blir fristilt så blir statens behov for kontroll og regulering, både med tanke på styring og rent normativt med tanke på å opprettholde individets rettsikkerhet, en viktig oppgave. Eller som en siste forklaring av rent ideologiske årsaker, med ønske om desentral målstyring og kontroll, samt et ønske å regulere autonomi og profesjonalitet.

Denne reformen, som et planlagt helsepolitisk forsøk på strukturell endring, med mål om økt kontroll og styring (NOU, 1997), vil som beskrevet i teorien, gi en forventning om tett kopling mellom reform og den faktiske endring. Videre vil det være viktig å kunne organisere

og systematisere oppmerksomheten omkring reformen for å påvirke de nødvendige vertikale og horisontale prosesser, for å oppnå reformens mål (Christensen et al., 2010). Perspektivet legger ytterligere til grunn at forventede effekter av reformen ”enhetlig ledelse” påvirker den faktiske atferden slik at målene som var satt for endringen blir oppnådd, tatt i betraktning de begrensninger som følger av at sykehusansatte handler ut i fra en begrenset formålsrasjonalitet (Christensen et al., 2010). Dette innebærer at det også over tid etter endringen vil eksistere et entydig og allment samsvar mellom den nye formelle ledelsesstrukturen og faktisk atferd i de enkelte organisasjonene.

### **5.1.1 Forventningen om en tett kopling mellom reform og endring**

Jeg finner i studiens empiri tydelige indikasjoner på en initial kopling mellom reformuttrykket og endring i disse sykehusorganisasjonene. Det beskrives et fokus fra øverste ledelse nivå 1 (administrerende direktør) og nivå 2 (divisjonsdirektør) på reformen både før og like etter innføringen, med gjennomført endring av lederstruktur og organisasjonskart. Enhetlige ledere på nivå 3 og 4 i organisasjonen ansettes og det gis dertil ansvar og myndighet, i tråd med reformens intensjon, i en tydeligere organisatorisk lederlinje. Delegering av økonomisk resultatansvar er likeså en initial effekt av reformen. Både styring og ledelse handler om påvirkning til endring (Christensen et al., 2010) Innenfor det instrumentelle perspektivet blir det avgjørende å treffe og iverksette kollektive beslutninger som overføres til organisasjonens tenkning og handling, som forblir stabile over tid. Mine informanter gir imidlertid et tydelig uttrykk for en situasjon hvor det øverste lederfokusset reduseres, og kontroll med det faktiske uttrykket avtar. Den forventede tette koblingen og fokuset fra øverste ledelse mellom reformens intensjon og effekter og implikasjoner blir i følge informantene borte innen det første året. Dette er i tråd med hva Hoffmann (2002) beskriver som reformens begrensede muligheter for å lykkes om ikke det bygges en tett kobling mellom ledelsesfokus for endring og det faktiske uttrykket over tid. Hvorfor denne manglende videre gjennomføringen og kontrollen med effekter blir borte, indikeres i empirien å ha flere årsakssammenhenger. Dels den motstand ledelsen møter i den praktiske driften og den autonome rollen med makt, som spesielt legene har i disse organisasjonene, der legelederne fokuserer på ledelse av det medisinske faget, det vil si ledelse av behandlingsarbeidet. Fag og ledelse henger uløselig sammen for legene. Lederen for en lege er senioren i faget, og det viktige for en legeleder er utviklingen av det kliniske faget. Når det gjelder balansen mellom kliniske oppgaver og ledelsesoppgaver viser svarene også at legelederne jobber færre timer per uke med ledelsesoppgaver enn ledere med sykepleiefagbakgrunn og indikerer prioriteringen av

arbeidet. Dette er samvarierende funn med Skjöld Johansen (2009) sine funn. Legene styrer også de økonomiske incentivene gjennom makt knyttet til helsepolitisk å ha definert kodeansvaret for økonomi i helseforetakene. Dette gir en makt i det enkelte sykehus og på resultatansvaret i avdeling og på seksjonsnivå. Videre indikerer empirien de hyppige reformene i norsk helsevesen som årsak til redusert fokus. Hyppige reformer kan medføre både at det ikke blir en reell vurdering av effektene av reformene, og at det brukes mye tid og ressurser på omstilling initialt som ikke får tid til å virke fordi endring knyttet til nye reformer må iverksettes (Christensen et al., 2010; Sørensen, 2000; Torjesen, 2008).

### **5.1.2 Organisering og systematisering for å oppnå reformens mål**

Sykehusorganisasjoner er som tidligere beskrevet sterkt spesialisert og samordnet gjennom hierarki, arbeidsdeling og rutiner (Boleman & Deal 2009; Jacobsen & Thorsvik, 2007). En skulle forvente at reformarbeidet med ”enhetlig ledelse” i slike strukturelle trekk skulle lette innføringen (Christensen et al., 2010). Empirien viser imidlertid at informasjon knyttet til, og strukturutførelsen av reformen var mangelfull, og at reformarbeidet ikke ble integrert med andre endringer i organisasjonen slik teorien beskriver at en burde (Christensen et al., 2010). Ansatte og deres interesseorganisasjoner ble heller ikke rutinemessig trukket inn i utforming av, eller knyttet til gjennomføring av reformarbeidet. Totalt synes dette ikke å ha lettet innføringen med reformen, men snarere gitt et uttrykk for, og opplevelse en for radikal endring. Empirien beskriver også at reformspråket i ”enhetlig ledelse” var diffust på sentrale punkter, spesielt rundt kvalifikasjon for ledelse og om hvem som skulle lede. Samtidig ble det tatt for gitt at den formelle ledelsen var den reelle, noe som samsvarer med Hoffmann (2002) sine beskrivelser. Imidlertid viser empirien at den praktiske hovedutfordringen i sykehusene, slik disse sykehusene er organisert, er den administrative ledelse som har det formelle styringsansvaret, mens den operative rasjonalitet og profesjonene har den reelle styringen. Reformen er videre tydelig inspirert av NPM, og sees i Steineutvalgets innstilling eksempelvis gjennom å vektlegge ledelsesfunksjonen og formell lederkompetanse til stillingene (Opdahl Mo, 2006). Empirien fra disse sykehusene viser derimot at rekruttering av ledere til de nye stillingene ikke vektla formell lederkompetanse eller lederfokus i tråd med reformen (NOU, 1997), som beskriver at *”Ledelsesaktivitetene må være lederens hovedfunksjon og prioriteres foran andre oppgaver som lederen eventuelt vil gjøre”*. Derimot viser det seg at legeledere prioriterer klinisk arbeid for å opprettholde spesialitet og legitimitet i et hierarkisk legemiljø, samt at rekruttering i stor grad skjer internt fra kliniske stillinger av personell med større nærhet til klinikk enn ledelse.



For å kunne si noe om makt- og innflytelsesforhold for implikasjonen av ”enhetlig ledelse” i dette studiet må vi ta utgangspunkt i organisasjonsstrukturen og de formelle ledelsesposisjonene. Formelle ledere har mandat til å legge føringer for sine underordnede både personalmessig og/eller faglig. Det foregår imidlertid også en faglig operativ ledelse på grunnplanet i disse helseorganisasjonene i distinksjon til den formelle ledelse. Denne handler om de enkelte legefaglige valg av enkelttiltak som skal gjennomføres for pasientene og om koordinering av disse tiltakene. En forutsetning for autoritative valg og beslutninger i en sykehusorganisasjon er at valgene og beslutningene oppfattes og godtas som legitime i dette hierarkiske organiserte kollegiet, og er derav grunnlaget for legitim autoritet i helseorganisasjoner. Etzioni (1982) har satt fram begrepet *profesjonell autoritet* som en autoritetsform som er særlig relevant i organisasjoner preget av vitenskapelig kunnskap og hos yrker med lang utdanning. Profesjonell autoritet innebærer at man lettere godtar en person sin makt eller profesjons makt og innflytelse fordi personen eller profesjonen oppfattes å ha den riktige kunnskapen i den aktuelle situasjonen. Etzioni (1982) sin teori om profesjonell autoritet, som en legitim autoritetsform, er en inngang til å forstå studiens empiri. Det er den som antas å ha den riktige kunnskapen i den aktuelle situasjonen som gis makt og innflytelse på det aktuelle området. Sykehusenes åpenbare sterke medisinske fokus kan forstås i lys av at det først og fremst er legene som bestemmer pasienttiltakene. I en slik sammenheng kan vi forstå at legeledere prioriterer klinikk og medisinskfaglig hierarki som makt og innflytelsesarena fremfor formell ledelse i ”enhetlig ledelse”.

Ut fra instrumentell tankegang kan ”enhetlig ledelse” som reformprogram oppfattes som et virkemiddel for å løse aktuelle problemer internt i en organisasjon (Christensen et al., 2010). Imidlertid viser empirien ingen aktuelle problemer i organisasjonene forut for reformen, snarere gir empirien uttrykk for at organisasjonen internt hadde en god driftsform og ledelse for de arbeidsmål en hadde. Empirien indikerer derimot økt distinksjon mellom fag og ledelse, og økt fokus på økonomi som målparameter etter innføringen. Informantene beskriver videre fokuset på økonomi som ødeleggende for samarbeid og for helhetlig pasientarbeid med begrunnelse i en ny arena for maktkamp mellom avdelinger og seksjoner på et eksistensielt grunnlag.

### 5.1.3 Den faktiske atferden over tid

Ut fra instrumentell teori forventes det at den faktiske langsiktige atferd kan påvirkes ved å endre form og struktur i sykehusorganisasjonene. Som jeg har vært inne på var det initialt samsvar mellom de effektene som initiator ønsket og det faktiske uttrykket. Empirien beskriver at begge sykehusenes toppledelse gradvis mister reformens agerende og mister derav den instrumentelle handlingslogikk. Det faktum at dette skjer nokså parallelt i begge sykehusene et uttrykk for at organisasjonene har en sovende logikk om tilbakeføring til gammel praksis hvis ikke ledelsen har en tydelig og tett visjonær plan, med dertil mål om en tilstand i et langsiktig perspektiv. Det faktum at reformer både er tidkrevende og ressurskrevende prosesser underbygges i empirien, hvor informantene kobler sannsynligheten for suksess med reformen, og den tid og ressurs som ble tillagt ikke var tilstrekkelig. I en slik sammenheng kan det billedlig virke som om det gir bedre uttelling å være gartner enn ingeniør. Er en heldig med jordsmonnet, sikrer gjødsling og godt stell, så kan en høste frukter over tid. Logikken er altså, sett i et instrumentelt perspektiv, med et ønske om å reformere i kunnskapsorganisasjoner, å vise tålmodighet og toleranse. Jeg ser som et resultat av innføringen to likedannende organisasjoner med en atferd som etter hvert ble lik situasjonen før omorganiseringen, med delt ledelse. En likhetsrelasjon mellom disse to organisasjonene, mellom avdelinger og seksjoner i størrelser består i det generelle at de ligner på hverandre. Det betyr likevel ikke at de er identiske, hvor likhet er et svakere begrep enn identitet (Denk, 2002). Selv om dette ikke er inngående studert, indikerer komparasjonen at det er likhet i utforming og i det medisinsklogiske rasjonale som forklarer hvordan sykehusene agerer i dette tilfellet på endring, ikke at de ut over dette nødvendigvis er identiske eller konforme forøvrig i innhold og mening.

Atferden over tid slik den angis i empirien, kan også forklare hvordan ledere oppfattet innføringen. Teorien beskriver instrumentelt at reformatorer trenger den hjelp de kan få, og at det alltid vil være motstand og mistenksomhet til prosess og uttrykk (Christensen et al., 2010). Informantene beskriver mangel på forankring, og uten utøvende ledere på seksjons- og avdelingsnivå som stiller helhetlig bak og føler eierskap til, vil innføringen med sannsynlighetsovervekt mislykkes (Christensen et al., 2010). En neste faktor som beskriver atferdsuttrykket over tid er informantenes uttrykk for at reformen ikke virket rimelig, hensiktsmessig eller akseptabel i tilslutning til indre behov og/ eller informasjon knyttet til ytre politisk press. Empirien belyser reformen som generelt kontroversiell og omstridt, uten et fininnstilt skreddersydd program for å løse spesifikke problemer eller et konkret politisk mål.

Dette impliserer at politisk helseledelse burde bruke mer energi på prosedyreinnehold enn på substansielt innhold. Endelig burde den øvre ledelsen være forberedt på å modifisere og tilpasse reformen til organisasjonen underveis. Empirien er tydelig på at mangelen av instrumentell evaluering og tilpassning er årsaksfaktorer til den faktiske atferden over tid.

## **5.2 "Enhetlig ledelse" i det kulturelle perspektivet**

I lys av kulturperspektivet forventer jeg at reformen danner enhetlige ledere i posisjoner med egen identitet hvor gjeldende normer og verdier er styrende for hvordan de forstår, utvikler og utfører sin rolle. Tilnærmingen antar et unikt internt sett med normer og verdier som er utviklet gjennom sti- avhengighet hvor organisasjonskulturen er utviklet over tid som følge av tradisjoner og tidligere erfaringer, men den kan også bære preg av å være etablert som et resultat av spesielle perioder som har hatt stor betydning for sykehusets organisering og intern forståelse av passende atferd. Videreutvikling i organisasjonen skjer hovedsaklig i overensstemmelse med den rådende lokalkulturen. Jeg forventer også at institusjonelle normer og regler om passende atferd overføres videre til nye medlemmer, og at det kan oppstå forskjellige subkulturer som igjen kan føre til interne stridigheter om sykehusenes mål. Det grunnleggende utgangspunktet er at formelle strukturer påvirker organisasjonsmedlemmenes normer og verdier, som i neste omgang kan føre til endringer i den faktiske atferden. Betingelsen er at endringen ikke blir frastøtt eller møter så stor motstand av normativ eller verdimeslig karakter at det skjer en fullstendig dekopling mellom den nye strukturen og den faktiske atferden. Hvorvidt effekten var i tråd med det som var målsettingen vil avhenge av hvordan endringene blir tilpasset de eksisterende normer og verdier (Christensen et al., 2010). Effekter av endringene i reformen kommer først etter en viss tid etter innføringen av ledelsesstrukturen som følge av at en ansvarlig leder i hvert nivå har påvirket de mer grunnleggende normer og verdier for organisering, styring og ledelse i sykehusene. Dermed vil effektene i varierende grad være i overensstemmelse med målsetting med reformen, på grunn av fortolkning og prøving opp mot aksepterte atferdsnormer og kulturelle verdier i organisasjonen.

### **5.2.1 Forventningen om at formell struktur påvirkes av normer og verdier**

Som jeg beskrev i kapittel 2.4.1 vektlegger institusjonelle teorier betydningen av indre særtrekk og kontekstuelle faktorer, samt at organisasjonsatferden er styrt av en normbasert logikk om hva som passer seg, fremfor konsekvenslogikk (March & Olsen, 1989). Pollitt (2003) fremhever at organisasjonens kontekst videre er avgjørende som forklaringsfaktor.

Organisasjoner har en egenverdi, og målet er først og fremst institusjonell stabilitet og overlevelse. Sti- avhengighet er et sentralt begrep i Phillip Selznik's klassiske institusjonelle teori hvor han særlig er opptatt av prosesser som gjør at formelle roller og strukturer tilpasses til rådende normer og verdier i organisasjoner (Høyer, 2005; Scott, 1995). Nye styringskonsepters legitimitet hviler dermed først og fremst på om de er i overensstemmelse med disse rådende oppfatninger (Brunsson & Olsen, 1993), og at dette er særdeles fremtredende i profesjonsorganisasjoner.

Sti- avhengighet skapes, ved at normer, verdier og antagelser i organisasjonen virker mer robust enn nye konsepter som introduseres fra toppledelsen. Dette er særskilt fremtredende i organisasjoner med uklare mål og oppgaver som defineres kontinuerlig (Scott, 2003). Dette teoretiske perspektivet gir således forklaring på at nye ledelsesmodeller blir omformet og tilpasset, slik at de er kompatible med rådende oppfatninger i organisasjonen.

Empirien viser fra mine studieobjekt at endring til "enhetlig ledelse" fremstår som problematisk, og har tatt en annen form enn planlagt noe tid etter innføringen. Forklaringen på dette kan beskrives som en sti- avhengig prosess, sett i lys av at "frykten" for resultatene av lederformen innfører mer kontroll på bekostning av profesjonenes autonomi. Jeg mener å ha gjort observasjoner på at det er spesielt legelederne og kulturen i legehierarkiet ved disse sykehusene som trenerer innføringen. Legelederne sitter typisk i en delt posisjon mellom klinikk og lederstilling både på seksjons- og avdelingsnivå. Det generelle inntrykket fra sykepleieledere påpeker at leger generelt ikke lar seg lede etter prinsippene i "enhetlig ledelse", og at de forholder seg i hovedsak til likelydende profesjonskollegaer. Årsaken til dette kan tenkes å være elementer av tidligere organisasjonskultur, tidligere historie, kobling til omgivelser via nettverk og politikk, tillitsrelasjoner, uformelle strukturer og lojalitet. Disse elementene kan i ulik grad knyttes opp til kulturperspektivet og institusjonaliserte omgivelser (Brunsson & Olsen, 1993). Likevel er det mest nærliggende å tro at dette skyldes, i samsvar med teorien om institusjonaliserte organisasjoner, at profesjonene (les legene) vektlegger at tradisjoner, regler, normer eller historie utgjør viktige interne bindinger på handling (Røvik, 1998). Nye styringstiltak som "enhetlig ledelse" vil også trolig være avhengig av en viss kompatibilitet med organisasjonen generelt. Populære konsepter som mål- og resultatstyring (NPM) oppfattes gjerne som for enkle og generelle til å kunne ta høyde for kompleksiteten som ligger i profesjonene og den operative kjernes oppgaveløsning. Videre vil tidligere styringsrelasjoner (eksempelvis todelt enhetlig ledelse) og organisasjonens historie også virke styrende på hvilke nye tiltak som kan innføres i sykehuset. I henhold til en slik tilnærming, vil

det også være av interesse å se på hvilke tillitsrelasjoner som tidligere har eksistert mellom overordnet og underordnet instans. Dette kan ha stor betydning for hvilke styringsrelasjoner som kan utvikle seg (Pollitt, 2003). Jeg tror at årsaken til sti- avhengigheten er kompleks, og ikke er utdypende undersøkt i sykehussektoren. Likevel vil elementer som hyppigheten av politiske impliserte nye reformer, reformer med polariserende innhold til autonomi og medisinsk etikk, samt utfordring av etablerte og kulturelle hierarkiske posisjoner med sannsynlighetsovervekt være sentrale triggere av sti- avhengighet i sykehus. Dette er interessante antakelser som kan danne grunnlag for videre studier innen ledelse av kunnskapsorganisasjoner generelt og sykehus spesielt.

### **5.2.2 Identitet og bærende normer og faktisk atferd etter reformen**

Den empiriske gjennomgangen viser at flere effekter har kommet over tid som en form for evolusjon. Flere av effektene er indirekte og sammenhengende med at endringen ser ut til å ha påvirket ledernes syn og bevissthet på hvordan de enkelte organisasjonene skal styres ut fra medisinsens rammer. Forventningen om at de kulturelle faktorene eller trekkene kan ha ført til at effekter/ implikasjoner over tid i det enkelte sykehus eller begge sykehus har fått et preg av å ha blitt mer ulike til hverandre, eller andre sykehus i sammenligning, har ikke utspilt seg. Observasjoner viser at de to sykehus, avdelinger og seksjoner ikke har endret seg i retning av mer eller mindre ulikheter bortsett fra forhold som knyttes til økonomisk målstyring og målkongruens knyttet til finansieringssystemet. Overføring av resultatansvar i avdeling og seksjon, ser ut for å ha påvirket identitet og bærende normer ved at maktbalanser i spesielt legehierarkiet og mellom ledernivåer har endret seg. Empirien indikerer at en tidligere homogen samhandlende organisasjon med best mulig pasientbehandling på tvers av avdeling og seksjon som operasjonelt mål, nå i større grad er fragmenterte heterogene enheter med fokus på ”måle- styring” fremfor målstyring. Der målet om resultat tar styringen over ressursene og ikke målstyring mot sykehusenes virkelige mål – nemlig best mulig pasientbehandling.

De institusjonelle perspektivene legger som nevnt i teorien liten vekt på individuelle aktørers betydning for organisasjonsatferd (Scott, 1995). Dette innebærer at demografiske trekk ved enkeltaktører i profesjonene vil ha liten betydning for hvilken effekt innføringen av ”enhetlig ledelse” får på faktisk atferd. Med dette som teoretisk utgangspunkt kan det på generelt grunnlag antas at kulturelle faktorer vil hemme de demografiske trekkene ved enhetsledernes betydning for atferden. Hvis man derimot tar utgangspunkt i sykehusets historiske uformelle

kulturelle profesjonshierarki der spesielt avdelings- og seksjonsoverlegenes personlige påvirkning på enhetens atferd var typisk. I en slik distinksjon som også styrkes av empirien er det forhold som tyder på at uformelle demografiske trekk påvirker forholdet mellom formell struktur og atferd og er etter mitt skjønn også i tråd med kulturperspektivets generelle uformelle betydning for organisasjonsatferd.

### **5.3 "Enhetlig ledelse" i det mytiske perspektivet**

I dette perspektivet vil en legge til grunn at de strukturelle reformendringenes effekt på den faktiske atferden, vil avhenge av hvilken legitimitet endringene har i de institusjonelle omgivelsene. Er legitimiteten god vil dette kunne medføre at den nye strukturen får gjennomslag på den faktiske atferden. Er legitimiteten svak vil det medføre mindre gjennomslag. Ledere som er involvert i reformen forventes utsatt for pålegg, eller normativt press fra omgivelsene, om å gjøre noe med organisasjonskulturen og velge en bestemt løsning. Bakgrunnen er at de formelelementer som har politisk anerkjennelse, har blitt institusjonelle formelelementer som sykehus skal ha. Ledelsesstrukturen på seksjons- og avdelingsnivå skal også være et synlig uttrykk for at enhetlige ledelsesoppgaver nå blir ivaretatt på en bedre måte, uten særlig hensyntagen til hvordan oppgaven blir utført i praksis, samt at den mytiske påvirkningen har ført til at omorganiseringen har gjort sykehus, avdelinger og seksjoner mer likeartet i struktur og atferd.

#### **5.3.1 Forventning om legitimitet**

Myteperspektivet fokuserer på ikke lokale omgivelser, i motsetning til kulturperspektivets nære relasjon. Institusjonalisering er her en prosess hvor aktørene aksepterer en felles definisjon av den sosiale virkelighet (Christensen et al., 2010; Meyer & Rowan, 1991). Virkeligheten skapes gjennom sosial interaksjon, hvor handlinger som stadig gjentas fortolkes likt og genererer sentrale tenkemåter og verdier (Christensen et al., 2010). Informantene i denne studien gir uttrykk for reformens manglende forankring i egen organisasjon og at den ikke er drevet av etterspørsel. Snarere får jeg et inntrykk av oppfattelser om reformators ukritiske kopi av andre reformer i tiden, og om økonomifokus fremfor medisinskfaglig fokus. Denne oppfattelsen styrkes, og hemmer den instrumentelle ønskede effekten, ved at prosessen ikke var forankret i egen organisasjon gjennom en lukket og til dels smal prosess. Et annet nøkkelresonnement er at sykehusorganisasjoner konstant konfronteres med sosialt aksepterte normer for hvordan de bør være utformet for å skape legitimitet. Den empiriske analysen viser at det er trekk ved reformprosessen som kan ha redusert reformens legitimitet og derigjennom ha svekket de instrumentelle effektene. Et slikt trekk er den konkrete gjennomføringen som en

formell stillings- og strukturendring gjennom et formelt vedtak i et overordnet forvaltningsorgan. Noe som kan ha blitt oppfattet som konservativt og maktarrogant i sykehusenes omgivelser. Empirien gir meg ingen tydelige tegn på dette, men mekanismer knyttet til ikke å inkludere ansatte eller deres tjenesteorganisasjoner i utforming og gjennomføring indikerer dette. Denne svekkelsen av de instrumentelle effektene som dette i så fall har ført til, har med sannsynlighetsovervekt økt reformens symbolske karakter som igjen kan ha bidratt til at effektene har fått en mer indirekte form som har kommet over tid. I en slik sammenheng kan mytefaktorene svekke direkte effekter og gi rom for fortolkninger og vurderinger som igjen kan aggregere tilpassninger av reformuttrykket.

### **5.3.2 Forventning om kopling av rasjonaliserte oppskrifter, fra ide til praksis**

I møtet mellom nye rasjonaliserte myter og organisasjoner vil adoptering enten skje tvangsmessig gjennom lover og regler, eller som normativ adoptering med basis i fagkunnskap og normer hos ulike faggrupper, eller til sist som mimisk adoptering som følge av andre organisasjoner sin suksess (DiMaggio & Powell 2001). Likevel er formelt adopterte oppskrifter ikke ensbetydende med at de blir iverksatt og får styrende virkning (Christensen et al., 2010). Mine funn om at sykepleierfaglige enhetsledere fortsatt tar seg av det sykepleierfaglige og det administrative, mens overlegen fortsatt tar seg av legene og det medisinskfaglige, uavhengig av hvem som er sjef, indikerer i praksis at ”enhetlig ledelse” ikke er implementert i sykehusets daglige profesjonelle arbeid. Disse funnene kan sees i lys av teorien om dekoppledde systemer (Mayer & Rowan, 1977). Slik dekopling eller frastøting (Christensen et al., 2010) vil ofte kunne observeres dersom man, for eksempel ved reformarbeid, undervurderer kompleksiteten i organisasjonen, samt at usikkerhet rundt strukturen i arbeidsoppgavene er stor (Doolin, 2001). Dette er i samsvar med at reformens forarbeider i liten grad beskriver hva som er de enhetlige ledernes reelle handlingsrom, og i hvilket perspektiv lederen skal ha innflytelse og makt ovenfor yrkesgruppene som tidligere har fremvist stor autonomi og et sterkt selvstyre gjennom sitt komplekse kunnskapsmonopol. Dette beskrives da også som det generelle inntrykket i utredningsarbeidet til Steineutvalget, som et innspill i den helsepolitiske debatt, hvor helsepolitikken manglende kunnskap om praksis i sykehusene er reel, og at reformarbeidet har vært rettet mot en politisk agenda fremfor å tilegne seg slik kunnskap som grunnlag for reformen (Busch et al., 2007). Jeg har gjort funn i min studie som kan indikere at dekopling skjer. I dette tilfellet som en distinksjon mellom organisasjonens formelle struktur og praksisnære hverdagsaktiviteter. Ledelsen og klinikken ved sykehuset praktiserer som før reforminnføringen, på tross av

myndighetenes ufravikelige krav om innføring av ”enhetlig ledelse”. Ved å praktisere på denne måten opprettholder en det delte leder prinsippet, samtidig med at det yrkeshierarkiske system opprettholdes slik det tradisjonelt har vært. Den praktiske implikasjonen er som tidligere, legene styrer sykehuset som et profesjonelt byråkrati. Hvis Mintzbergs (1979, 1989) beskrivelse av profesjonelle organisasjoner er karakteristisk for legenes arbeid i sykehus, hvordan skal da en reform på lederplanet kunne påvirke aktiviteter og ressursforvaltning i den operative kjernen? Skal en få til dette må trolig rammevilkårene endres i hele organisasjonen. Jeg ser videre i min studie at dekoplingen skjer mellom de formelle strukturene, i det vi kan kalle det ”produktive ledd”. Fordelene med frastøting kan i en slik sammenheng fremstå som tjenelig for å unngå konflikt med det ”nye” og unngå tap av legitimitet blant sterke profesjoner som faktisk produserer i sykehuset, nemlig behandler pasienter. Dette er rasjonelt når en vokter at legene får beholde ansvaret og myndigheten knyttet til prioriteringer og økonomi til pasientenes beste. Da i tråd med velferdsstatens ambisjoner om gode, behandlende sykehus. Dekoplingen kan også forstås som et uttrykk for et forsøk på å skape orden i en motsetningsfylt organisatorisk virkelighet. Det er i denne sammenhengen rimelig å anta frustrasjon hos de ulike yrkesgruppene i sykehuset med bakgrunn i hyppige og inngripende reformer. En kan tenke seg at omstillingsviljen kan avta som respons på krav om struktureringer og strategiske endringer i hverdagen, som impliserer endringer for relasjoner til pasientbehandlingen og de ulike yrkesfaglige etiske betraktninger. Dekopling kan likevel i en slik sammenheng tenkes å ha en negativ konsekvens for utvikling og styring av sykehuset. Å studere dekopling som fenomen for å forstå hvorfor nyorganisering innen ledersjiktet ikke klarer å reformere den profesjonelle kulturen på en hensiktsmessig måte, kan være implikasjoner for videre studier. Likeså vil systematiserte studier omkring endring av sykehusets rammevilkår som styringsincitament for å påvirke legenes hierarkiske autonomi være interessante.

### **5.3.3 NPM incitament i sykehusenes organisasjoner**

Fokus på profesjonell styring gjennom ”enhetlig ledelse” er en indikasjon på den nye vektleggingen av behovet for handlefrihet nedover i sykehusorganisasjonen. Dette står i kontrast til det tradisjonelle fokuset på hierarkisk styring i det profesjonelle byråkratiet. Bruk av eksplisitte resultatmål og standarder på mål og ytelse er tenkt å muliggjøre styring i kombinasjon med lokal handlefrihet hos synlige og sterke ledere. Begrunnelsen for dette har vært en antagelse om at de administrative lederne er best i stand til å finne ut hvordan målene kan oppnås på den mest effektive måten. Denne studien indikerer at slik ideologisk NPM



tankegang for ledelse og styring ikke fungerer enhetlig, samtidig med at de hierarkiske systemene opprettholdes. Funnt som er i samsvar med Jespersen (1999) sine funn, om at nyere NPM tanker har hatt vansker med å vinne innpass, da spesielt fordi ideologien i liten grad har tatt inn over seg de særegne trekkene ved sykehusorganisasjoner.

Den empiriske gjennomgangen i denne studien viser at den økonomiske incentivstyring knyttet til ”enhetlig ledelse” ikke har ført til forventede effekter. Dette samsvarer med SSB samdatarapporter (2007, 2010) som konkluderer med at; *”Utviklingen på områdene innen spesialisthelsetjenesten preges av økte kostnader år for år, også målt i faste priser. Hvor reformene i sektoren de siste årene har vært hyppige og kostnadsdrivende og ikke har gitt forventede resultater.”*

Videre ser jeg tendenser av oppsplitting av enheter som delvis henger sammen med innføringen av økonomiske styringsincentiver som resultatfremmende virkemiddel. Dette innleder til et annet hovedfunn, som peker mot en klar trend av at sykehusets ledere står i en krysspressende logikk mellom det faglige og det økonomiske. Dette tyder på at de nye enhetlige lederne har påtatt seg resultatansvaret og adoptert den tilhørende ledelsestenkningen, men også at det er stor avstand mellom det formelle resultatansvar og mulighetene for å påvirke resultatene. Lederne på avdelings- og seksjonsnivå kan ikke opptre som bedriftsledere og heller ikke realisere en organisasjonsform som er fremmed for sykehuset. Den økonomiske logikken, som de må ta ansvar for, krever at de faglige og etiske spørsmålene underordnes den økonomiske rasjonaliteten. Dette kan vise seg å underbygge subkulturer og heterogenitet mellom avdelinger og seksjoner knyttet til verdier, holdninger og stolthet til eget fag. Jeg antar dette aktuelt da flesteparten av lederne jeg intervjuet konstaterte at de opplever splitting av samhold og samhandling etter innføringen av ”enhetlig ledelse” med tildelt økonomisk resultatansvar. Det er indikasjoner på en intern maktkamp om posisjoner, spesielt mellom seksjonene, med bakgrunn i krav om økonomisk effektivitet og seksjonens eksistens. En maktkamp som kan føre til konflikt og holdninger om at ”en selv er sin lykkens smed”, eller mest sannsynlig føre til ytterligere dekopling.

Et annet diskutabelt tema er like fullt om oppsplitting av kjente sykehusstrukturer, med innføringen av rivalisering som resultatfremmende virkemiddel i sykehuset, altså økt konkurranse, kan være positivt, utviklende og bidra til modernisering av sykehuset generelt etter nyere NPM ideologi i tråd med fremtidens krav. Det som imidlertid er viktig å ta høyde for er at NPM og økonomiske styringsverktøy i ulik grad er tilpasset sykehusets særegenheter,

og at måling av økonomiske resultater på tvers kan få konsekvenser for utvalg av pasienter etter økonomi, og ikke etter medisinsens etikk og moral.

#### **5.4 Sammenlignende reformer fra andre land**

Foreliggende skandinavisk og internasjonal forskning om ”enhetlig ledelse” har stort sett tatt utgangspunkt i institusjonelle perspektiv, og studert møtet mellom NPM inspirerte reformer og etablerte tradisjoner og normer i sykehusorganisasjonen (Skjöld Johansen, 2009). Med bakgrunn i denne forskningen vet en at det på generelt grunnlag kan være utfordrende å implementere reformer i organisasjoner med profesjonssterke aktører, særlig når reformene baserer seg på en NPM inspirert styringsforståelse, en forståelse som tilsynelatende ofte er på kollisjonskurs med den fagprofesjonelle forståelsen, hvor resultatet er ofte dekopling (Skjöld Johansen, 2009). Mye av forskningen som har tatt utgangspunkt i møtet mellom NPM inspirerte ledelsesreformer og det institusjonaliserte feltet, har vært studier av hvordan legeledere forholder seg til disse endringene og at NPM tankegangen har vært vanskelig å akseptere for legene. Legene har tradisjon for å lede med bakgrunn i det medisinskfaglige, der lederen er den beste blant likemenn med tett tilknytning til klinikk. Legene er lite endringsvillige når det gjelder å ta inn over seg nye styringsforståelser. Legelederen er leder, men den medisinske komponenten er fortsatt svært viktig. Dette er i tråd med funn fra Danmark (Kragh Jespersen, 2005) og Storbritannia (Llewellyn, 2001). De introduserer begrepet ”hybridleder” som betegnelsen på ledelsesformen legeledere bedriver. Ytterligere skandinavisk forskning om ”enhetlig ledelse” med Gjerberg og Sørensen (2006) har deskriptivt kartlagt avdelingsledere med ulik fagbakgrunn i utførelsen av enhetsledelse. Studien definerer stor ulikhet blant de ulike faggruppene i kompetanse og tidsbruk knyttet til ledelse. Videre beskrives det økt profesjonskamp knyttet til det nye sykehushierarkiet som de mener har forsterket seg i kjølevannet av reformen. Sognstrup (2003) og Torjesen (2008) hevder videre at leger og sykepleiere forholder seg ulikt til ledelse. Legene leder med utgangspunkt i faglig ledelse, mens sykepleierne i følge disse er mer orientert mot enhetlig leder tankegangen og definerer faget ledelse som viktigere enn den medisinske systemforståelsen.

Samlet sett gir de skandinaviske studiene et viktig bidrag til forskningen på ”enhetlig ledelse”. De norske studiene til Torjesen (2008) og Opdahl Mo (2006) gir en bedre forståelse av distinksjonene mellom legeledere og sykepleiere i lederposisjon etter innføringen av reformen om ”enhetlig ledelse” her i landet. Jeg mener likevel at temaet fortsatt ikke er tilfredsstillende

analysert da det ennå ikke foreligger studier som problematiserer relasjonen mellom de to profesjonene og deres forhold til ledelse. I forlengelsen av Gjerberg og Sørensen (2006) studie er det også behov for å gi en mer utdypende analyse av hvordan praktiseringen av ”enhetlig ledelse” er knyttet opp mot profesjonenes ledelsesidealer. Det fremstår behøvelig å sette reformen om ”enhetlig ledelse” inn i en bredere historisk kontekst. Dette er viktig for å bedre forstå bakgrunnen for de profesjonskonfliktene og det praktiske uttrykket og atferden reformen genererte.

Sett i lys av min studie er det komparativt flere forhold som er sammenfallende med ovennevnte studier. Forhold knyttet til hvordan spesielt legeledere dekopler seg fra reformen, hvordan hierarkiske kulturer er normbærere i sti- avhengige mønster om tradisjoner i historiske rammer, men samtidig hvordan sykepleieledere ser og utøver ledelse på en mer omforent og helhetlig måte. Likevel er det ingen studier som eksplisitt ser på effekter på kort og lang sikt. Dette kan fremstå som underlig da hovedhypotesen til NPM- reformer er at de skal ha positive effekter på hovedmålet, og ikke sideeffekter på andre mål og hensyn (Christensen et al., 2010). Et hovedargument blir da å behandle dette som en hypotese som bør undersøkes empirisk og ikke etableres som et faktum eller en kjensgjerning.

## **5.5 Perspektiver, sammenhenger og summasjoner**

En gjennomgående mangel på systematiske, større og pålitelige effektstudier av reformer er påfallende, der fokuset har vært på strategier, planer og utvalgte suksesshistorier snarere enn på systematisk analyse av resultater (Christensen et al., 2010), hvor også forskningen så langt generelt har vært mer fokusert på å besvare spørsmål om hvorfor reformer og omorganiseringer skjer enn av å besvare hvilke effekter tiltakene har (Busch et al., 2007). Dette har imidlertid følge Pollitt & Bouckaert (2004) ikke lagt noen demper på reformiveren som åpenbart ikke trenger resultatmålinger for å forsere videre. Christensen et al. (2010) argumenterer for at NPM- hypoteser generelt ikke er gyldig i alle organisasjoner og at det er nødvendig å spesifisere, konkretisere og undersøke under hvilke betingelser de vil være riktige. Samtidig må ikke begrepsforståelsen av effekt kun fokusere på kostnadseffektive sparetiltak, men også demokratieffekter og styringseffekter. Likevel fremstår effektmålinger komplekse, samt at det ikke har noen tett logisk sammenheng mellom eksempelvis strukturreformer og effekter. Endringer som følge av reformer er ofte grove, med fortolkninger av innhold som derigjennom tillater stor variasjon i atferd og handlingslogikk avhengig av kontekstuelle forhold. Konklusivt kan en fastslå at utforming av reformdesignet

og forventede effekter varierer mellom ulike sektorer og forvaltningsnivå. Implikasjonen av dette er at diskusjoner om reformeffekter må tilstrebe ytterst presise termer og ikke foregå på et overordnet og allment nivå (Christensen et al., 2010).

Spenningen mellom autonomi og politisk kontroll er et grunnleggende logikkdilemma i kunnskapsorganisasjoner, hvor organisasjoner ønskes så frie at de driver optimalt, men ikke så frie at forvaltningen mister kontroll og makt. I hoveddokumentet (NOU, 1997) som lå til grunn for ”enhetlig ledelse” ble slike spenningsdilemma gjort til spørsmål om å endre holdninger og organisasjonskultur på sykehusene for å unngå en konflikt mellom to vesensforskjellige styringslogikker (Torjesen, 2008), der profesjonenes medisinske logikk settes opp mot en økonomisk-administrativ logikk. Torjesen (2008) og Opdahl Mo (2006) beskriver derimot at erfaringer fra feltet tyder på at denne logikk oppstillingen ikke er tilstrekkelig for å forklare sykehusorganisasjonen. Snarere angis utfordringen å være et spørsmål om arbeidspraksis og rutiner, noe som har vist seg svært vanskelig å endre innen sykehussektoren (Torjesen, 2008). På seksjons- og avdelingsnivå i sykehusorganisasjoner som jeg her har studert, viser det seg at en statsreform som ønsker å påvirke sykehusarbeidet ved bruk av økonomiske og administrative virkemidler har problemer med å påvirke kjernevirksomhet i sykehusene i betydelig grad. Det fremstår derfor som om det er andre systemer og krefter som styrer det operative arbeidet på seksjons- og avdelingsnivå enn det strukturreformen ”enhetlig ledelse” har hatt til hensikt å endre. Det kan derav virke som om helsepolitikken generelt trenger mer kunnskap om de mange rutiner og strukturer som driver sykehus, hvor en i større grad må forstå profesjonenes dag til dag premisser, og de konkrete arbeidsprosessene i sykehusorganisasjonen om en ønsker å endre logikk og styring. En konkret måte å forklare distinksjonen mellom reformens styringsambisjoner og de reelle konsekvensene på avdelings- og seksjonsnivå kan være å gå ytterligere inn i infrastrukturen i sykehusets arbeidshverdag (Vikkelsø & Vinge, 2004). En lederreform i sykehus som alene baserer seg på en enkelt logikkmodell vil trolig komme til kort i forhold til det komplekse arbeidet som utføres, fordi den reformerer og regulerer noe annet enn det som er avgjørende for det arbeidet som utføres og som oppfattes i tråd med akseptert atferd, kultur og rådende logikk. Denne komplekse infrastrukturen hemmer, med andre ord, reformens mulighet for gjennomslag. Vinge (2003) gjør nettopp et poeng av denne infrastrukturen i ”enhetlig ledelse” gjennom at reformideen med en totalansvarlig leder, bryter med sykehusenes ervervede handlingslogikk. Eksempelvis påpekes legenes spesialistutdannelse som et vesentlig organiseringspremiss for sykehusene, gjennom at sykehus har en infrastruktur som avspeiler

legenes spesialisering. Legene skifter hyppig stilling slik at stabiliteten i organisasjonene ligger i infrastrukturen heller enn hos den enkelte ansatte. Derfor blir reformens ide om holdningsendring på individuelt ledernivå ikke tilstrekkelig. Det er sammenhengen mellom systemene som gjør at man kan snakke om en infrastruktur, ikke bare om individuelle og uavhengige lederklassifiseringer. Sammenhengen beskrives ved at infrastrukturens helhet fremstår både naturlig og selvfølgelig; *”Infrastrukturen er ikke et uttrykk for en måte å organisere medisinsk arbeid på. Infrastrukturen er praktisk talt lik medisinsk arbeid”* (Vinge 2003, s 172). Dermed er det ingen leder som styrer infrastrukturen alene.

Denne kunnskapen oppfordrer til en annen utforming av helsepolitikken og for kommende studier av reformer i sykehussektoren. Det finnes altså ikke enkle oppskrifter eller en beste løsning på ledelsesreformer i sykehus. En viktig grunn til dette er, som en ser, at konteksten er avgjørende for resultatet (Christensen et al., 2010). Sykehusene er som vi har forstått en kompleks sammenheng av profesjoner, funksjoner, oppgaver og målgrupper som utøves i administrative kulturer og under forskjellige omstendigheter. Dette krever ulike tilnærminger og ulike blandinger av mål og verdier. Derfor er det usannsynlig at en enkelt styringsmodell eller målesystem vil fungere i alle situasjoner (Christensen et al., 2010). Problemer og vansker med resultatmåling og effektstudier på tross, evaluering av reformer er en viktig aktivitet som kan angi ønsket utviklingsretning og kunne gi viktige tilskudd til å øke kunnskapsgrunnlaget om hvordan organisasjoner i det offentlige fungerer. Denne studiens effekter og implikasjoner etter innføring av ”enhetlig ledelse” er summert i tabellen under som de to konstituerte spørsmål i studiens problemstilling;

	Umiddelbare effekter	Effekter over tid som implikasjoner
Direkte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formell innføring</li> <li>• Delegert ansvar og myndighet</li> <li>• Resultatansvar</li> <li>• Diskusjon om stillingens innhold</li> <li>• Uenighet om hvem som burde rekrutteres</li> <li>• Tittelen som fulgte stillingen gav bedre ekstern forståelse for hva stillingen innebar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dekopling</li> <li>• Skinn innføring</li> <li>• Liten betydning på den daglige driften</li> <li>• Økt arbeidsbyrde med flere komplekse arbeidsoppgaver</li> <li>• Avtakende oppmerksomhet fra organisasjonens øverste ledelse</li> </ul>
Indirekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sti- avhengig tilpassning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økt intern maktkamp både horisontalt og vertikalt</li> <li>• Bevissthet om at økonomi styrer, og at fag er underordnet</li> <li>• Flere administrative oppgaver som påvirker utførelsen av primæroppgaver</li> <li>• Hybridledelse</li> <li>• Genererer behov for nye endringer</li> </ul>

Tabell 5

Tabellen materialiserer reformens effekter og implikasjoner av å tydeliggjøre og desentralisere ansvar, ved å ansette totalansvarlige på avdelings- og seksjonsnivå. Resultatet i denne studien fremviser altså at reformens intensjoner har ikke blitt innført på samme måte som reformatorene antok, og at ambisjon om profesjonell ”enhetlig ledelse” ikke er kommet i stand. Konklusivt kan jeg derav si at det formelle ledelsessystemet tilsynelatende ikke bryter nevneverdig inn i den tradisjonelle medisinske arbeidsorganiseringen. En mulig forklaring på dette kan være at de nye standardene og kategoriene som reformen forsøker å innføre ikke er forenelige med arbeidets allerede eksisterende infrastruktur. Jeg mener å ha holdepunkter at forsøket på å reformere ledelsesstrukturen i ”enhetlig ledelse” derfor arter seg mer som et politisk spill om legitimitet, ansvarlighet, autonomi og makt enn om sykehusdriftens reelle vilkår og utfordringer. Ramstad og Skogstad (2004), samt Busch et al. (2007), indikerer også

at ledelselementene i denne type NPM politikk har et normativt utgangspunkt der hovedpoenget er å gjøre de ansatte til objekter for omstillinger, hvor språk, symboler og struktur, i større grad enn at atferd blir innordnet i de krav styringsmodellene stiller. Dette mener jeg kan være den andre rimelige forklaringen på at ”enhetlig ledelse” ikke innvirker på sykehusenes arbeidsordninger, nemlig det at den sterke autonomikulturen styrer dag til dag atferd, og at en må samhandle med organisasjonens kulturelle grunnpreg om endringer skal lykkes.

## 6 Konklusjon

Denne masteroppgaven har hatt som mål å avdekke effekter og implikasjoner av lederreformen ”enhetlig ledelse” på to ledernivå i to sykehus i Sykehuset Innlandet HF. Jeg startet denne studien med noen antakelser om at sykehusene var preget av en sterk statlig regulering og standardisering, en sterk faglig operativ kjerne og en svak ledelse. Reformen kan tolkes som et forsøk på å styrke ledelsen i sykehuset, et forsøk som støter mot sykehusets historiske infrastruktur. Dette ledet meg frem til følgende problemstilling;

### **Hvilke reformeffekter ga overgangen til ”enhetlig ledelse” og hvilke implikasjoner har den gitt over tid?**

Samtidig med en generell antakelse om at innføringen av reformen ”enhetlig ledelse” i disse sykehusene primært var preget av instrumentelle trekk, gjennom at prosessene var styrt og dominert av det politisk- administrative øvre lederskap og av deres mål med reformen. Forventet jeg en påvirkning av de institusjonelle trekkene gjennom hemming eller fremming og derav påvirkning av det faktisk opplevde resultatet av innføringen og effektene av dem.

Formelle instrumentelle trekk preger opplevelsene av innføringen, hvor empirien indikerer at den faktiske atferden i utformingen av ny lederstruktur med delegert myndighet formelt iverksettes initialt, på tross av diskusjoner om stillingens innhold, om hvem som skulle inneha disse, og at innføringen ikke var preget av demokratiske prosesser. Underordnet angir empirien likevel en kulturperspektivisk sti- avhengighet som gradvis hemmer det instrumentelle trykket. På tross av strukturelle omlegginger indikerer empirien at begge sykehusenes toppledelse gradvis mister reformens agerende og mister derav instrumentell handlingslogikk. Samtidig og parallelt inngår en mytisk- og kulturell logikk som får økende betydning. Studien viser at de som er ledere på avdelings- og seksjonsnivå i disse organisasjonene både relativt tidlig etter innføringen og nå lang tid etter, fortsatt har den kulturelle sti- avhengige logikken med forklaring i autonomt legepersonell og motstand mot sykehusenes indre logikk som forklaring. Samtidig indikerer studiens empiri et annet perspektivfenomen som betraktes innenfor institusjonell mytisk teori som et uttrykk for manglende samsvar mellom de krav og forventninger som stilles til en organisasjon, og de strukturer og handlingsmønster som er nødvendige for effektivitet. I denne studiens sammenheng hemmer derav slik dekopling de formelle instrumentelle forventede effektene.



Dekoplingen kan også forstås som et uttrykk for et forsøk på å skape orden i en motsetningsfylt organisatorisk virkelighet. Det er i denne sammenhengen rimelig å anta frustrasjon hos de ulike yrkesgruppene i sykehuset med bakgrunn i hyppige og inngripende reformer. Det siste fenomenet beskriver hvordan makt og innflytelse gjennom de profesjonelles autoritet påvirker ledelse ved disse sykehusene. Uten at dette er nærmere undersøkt, kan jeg med en viss rimelighet anta at makt av ulike former, enten gjennom tradisjon, kultur, regler eller kunnskap er sterke understrømninger som bidrar til de empiriske funn gjort i min studie. Videre observeres hvordan politisk delegerte økonomiske styringsincentiver som del av denne ledelsesreformens desentralisering og resultatansvar, påvirker sykehusets daglig drift og samarbeid. Eksistensielle bekymringer knyttes til seksjons- og avdelingsledere med ansvar for økonomisk målkongruens, og kan i en slik sammenheng ansees som en mytisk forsterkningsfaktor. På tross av målet om instrumentelle økonomiske styringssystemer for å oppnå reformens ambisjon har dette medført intern fragmentering, intern konkurranse og mindre samhold. Dette er imidlertid ikke inngående studert, men det er likevel rimelig å tro at reformens NPM inspirerte ideer, også innen økonomi, i liten grad er tilpasset sykehusorganisasjonens særegenhet og fremstår som grunn for ytterligere dekopling. Figuren (Fig 3.) oppsummerer perspektivenes billedlige påvirkning og interaksjon på de forventede effektene, direkte og indirekte, med å hemme og fremme hverandre i det impliserte uttrykket en ser i organisasjonene i dag

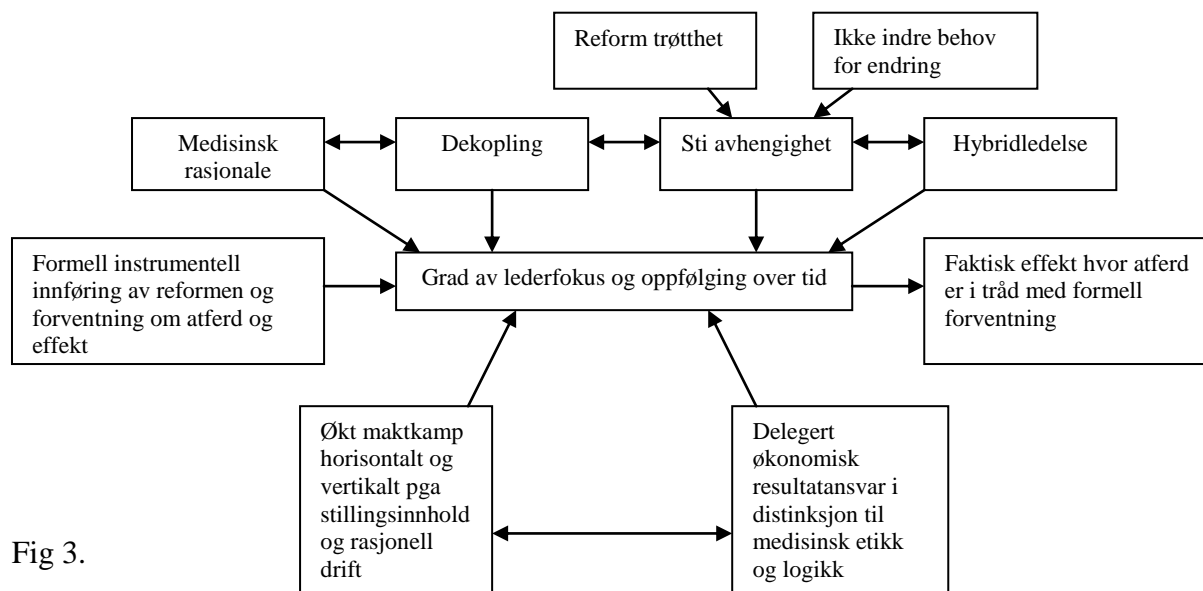


Fig 3.

Samlet innebærer dette, et uttrykk som ikke var antatt, at reformens effekter og implikasjoner over tid kun har ført til en beskjeden omfordeling av de tradisjonelle arbeidsoppgavene fra før reformen. Jeg har i så måte sterke indikasjoner på at ledelse praktiseres som før innføringen av reformen i begge sykehusene, og at ledelsespraksisen har ”gått seg til” slik at todelt ledelse fortsatt er gjeldende ved sykehusene, gjennom en skinninnføring av ”enhetlig ledelse”. Dette samvarierer i stor grad med lignende effekter, sett i bl.a. skandinaviske land som innførte totalansvarlige ledere i sykehus tidligere enn her i Norge. Dette indikerer generelt en konnektiv logikk både for resultatene av denne typen reformer som ”enhetlig ledelse” er en del av, og for samfunnsvitenskapelige studier av reformer og reformimplementering i sykehussektoren og for så vidt andre kunnskapsorganisasjoner. Organisasjonsvitenskapens logikktenkning, som reformutredningen ”*Pasienten først*” (NOU, 1997) i dette tilfellet var bygget på, gir på langt nær en tilfredsstillende forklaring på de utfordringene reformen ”enhetlig ledelse” har støtt på i disse sykehusene. Et nærmere blikk på sykehusets kontekst viser oss at sykehusorganisasjonen er mye mer enn medisinsk logikk satt i system. Både helsepolitiske myndigheter og samfunnsvitenskapelige forskningsmiljø mangler tilsynelatende tilstrekkelig kunnskap om de konkrete arbeidsprosessene i sykehuset. For å drive kritisk sosiologisk forskning mener jeg at effektstudier i likhet med denne, bør danne utgangspunktet for å undersøke reformprosesser med andre teoretiske tilnærminger enn hva som var utgangspunktet for denne, og som grunnleggende er hentet fra organisasjonsvitenskapen selv, og ikke fra helsepolitisk diskusjon.

Denne studien har vist at denne reformen, i disse sykehusene, feilslått var bygget på en perspektivistisk enkelhet og en generalisert forestilling om sammenhengen mellom et politisk problem og en organisatorisk løsning. Reformens effektuttrykk og implikasjoner over tid indikerer at den komplekse kontekstuelle rammen påvirker forståelse, fortolkning og endelig uttrykk. Studiens empiri har vist at sykehusledere på avdelings- og seksjonsnivå har komplekse og dynamiske handlingslogikker, og at det i møtet mellom reform og de instrumentelle trekkene skjer en transformasjon av reformens intensjoner. Dette underbygges av hvordan historisk- kulturelle tradisjoner, sti- avhengighet, myter og dekopling har utfordret det instrumentelle og bidratt til en stabilitet mot reformen ”enhetlig ledelse”. Gjennom disse påvirkningsfaktorene reformuleres og tilpasses et også angitt diffust reformuttrykk, til en hverdag av kjent medisinsk- etisk logikk.

Skal en kunne forutsi konsekvenser og endelig atferd av ulike reformhandlinger og organisasjonsformer i sykehus og kanskje generelt i offentlige organisasjoner, må en ha en transformativ tilnærming med kunnskap om den organisasjonsspesifikke særegenhet. Dette innebærer at en i tillegg til å se på de tre parvise relasjonene mellom instrumentalitet, kultur og myter, må en også se dynamikken mellom dem. En annen viktig forutsetning for å kunne fremskrive konsekvenser og atferd for planlagte organisasjonsreformer, er å foreta en konstruktiv analyse med bakgrunn i empiriske teorier og innsikt i spesifikke sammenhenger mellom organisasjonsformer og effekter i de organisasjoner en ønsker å endre. Dette genererer et behov for et samfunnsvitenskapelig forskningsfokus på effektmålinger, for fremtidige vellykkede reformtiltak. Jeg mener at denne masterstudien kan være et bidrag til å belyse nettopp behovet for effektmålinger, og derav også ha en betydning for en mer konstruktiv endringspolitikk i offentlige organisasjoner.

## Vedlegg

### Vedlegg 1

#### Informert samtykke

Ian Gustad

Monssvesvingen 4

2825 Gjøvik

Mobil: 47685602

e-post: [ian.gustad@sykehuset-innlandet.no](mailto:ian.gustad@sykehuset-innlandet.no)

#### **Til deltakere i intervju undersøkelse om effekter av reformen ”enhetlig ledelse” i sykehus**

Takker for positiv tilbakemelding i telefonsamtalen, og her kommer utfyllende informasjon om undersøkelsen;

”Effekter og implikasjoner av enhetlig ledelse” er siste del av min mastergradsstudie; Master i offentlig ledelse og styring ved Høgskolen i Hedmark. Bakgrunnen for studien er stortingsvedtaket av den 6. juni 2001 om innføring av sykehusreformen. Reformen er beskrevet som en av de mest omfattende offentlige reformer i moderne tid, og baserte seg på to hovedelementer. Det ene var at staten overtok det fylkeskommunale eierskapet for sykehusene. Det andre var at sykehusene skulle skilles ut fra forvaltningen og organiseres i foretak som egne rettssubjekter. I forbindelse med dette er en av de viktigste oppgavene bak sykehusreformen å innføre en mer ”profesjonell” ledelse gjennom krav om ”enhetlig ledelse” i sykehusene. Med dette menes at ledelsen av sykehusene skal over til en mer moderne bedriftsrettet ledelse. Lederne skal nå lede selvstendige resultatenheter som krever profesjonell ledelse i en bedriftsmessig forstand, der de enkelte sykehus skal strukturorganiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivåer.

(Spesialisthelsetjenesteloven - LOV-1999-07-02-61 § 3-9).

Studien er først og fremst en dybdestudie, hvor ambisjonen er å bidra til en større forståelse av hva som har preget reformprosessen og effektene på kort og lang sikt av ”enhetlig ledelse”.

Jeg vil derfor benytte meg av en kvalitativ forskningsstrategi, og vil benytte meg av dybdeintervjuer for å samle oppgavens empiri. Analysen av dataene er kvalitative og tar

utgangspunkt i tre teoretiske perspektiver og deres forventninger til hva som har preget endringsprosessene og effektene av dem.

Jeg vil bruke båndopptaker under intervjuet, som vil ta ca 1 til 1,5 timer. Opptaket vil bli behandlet fullstendig konfidensielt og det utskrevne materialet fra intervjuet vil du få for kommentarer før det blir brukt. Alle data vil bli anonymisert og eventuelle sitater kan ikke identifiseres med person.

Det er frivillig å delta, og du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen uten noen begrunnelse. Eventuell informasjon du ved dette tidspunktet har gitt vil da ikke benyttes videre i studien.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste. Ombudet har vurdert planen som tilfredsstillende og gitt tillatelse til igangsettelse av prosjektet.

Jeg har lagt ved intervjuguiden og en samtykkeerklæring nederst på siden som må signeres og leveres meg i forkant av intervjuet. Jeg tar innen 14 dager kontakt for å avklare deltakelse og for å sette tid og sted for intervjuet. Samtykkeerklæringen kan leveres meg på intervju dagen.

Med vennlig hilsen

Ian Gustad

.....  
Jeg er gjort kjent med innholdet i erklæringen, og samtykker i å delta i undersøkelsen

Dato..... Sign.....

## Vedlegg 2

### **Intervjuguide til intervjuet om reformeffekter av ”enhetlig ledelse” i sykehus**

Dette er en temaliste for hva jeg ønsker å komme inn på i intervjuet, som jeg generelt ønsker skal ha form av en samtale. Jeg vil gjerne vite historien slik du husker den om tiden før og under innføringen av ledelsesreformen ”enhetlig ledelse” og effekter over tid og bildet av den i dag. Jeg er også ute etter din forklaring på hvorfor det har blitt som det har blitt.

#### **1. Bakgrunn**

- Utdanningsbakgrunn (fagutdanning og lederutdanning)
- Ansiennitet (sykehuset og stilling)
- Fortell om divisjon/ avdeling/ seksjon (organisering, størrelse, pasienter, spesialiteter med mer)
- Hvordan er ledelsen i divisjon/ avdeling/ seksjon utformet, og hva er ditt ansvar som leder/ fagutøver

#### **2. Endringsprosessen**

- Hvordan var avdeling/ seksjon organisert før reformen
- Kan du fortelle om din opplevelse av innføringen av reformen
- Hva kjennetegnet prosessen – enighet/ uenighet
- Hvordan ble eventuelle endringer av organisasjonsstruktur gjennomført
- Hvordan ble stillingen rekruttert

#### **3. Effekter av endringen**

- Effekter på kort og lang sikt, direkte og indirekte (hvorfor nettopp disse effektene)
- Forholdet mellom formell organisasjonsstruktur og faktisk organisasjonsatferd
- Endring i ansvar og handlingsrom som leder
- Påvirkning av ledelsesatferd, makt og maktforhold mellom profesjoner
- Effekter i omgivelsene – til andre seksjoner/ avdelinger(hvorfor nettopp disse effektene)
- Påvirkning av lojalitet – til endring, ansvar og drift

- Bruk av tid på ledelse

#### **4. Hva er erfaringene av endringene slik du ser det nå**

- Hvordan er form og innhold i dag – faktisk atferd (hvorfor denne atferden)
- Hvordan er effektivitet, drift, tilbud og rasjonalitet i dag vs. tidligere
- Hva er grunnen/ årsak til det bilde vi ser i dag
- Hva kan vi lære – reformer i sykehus/ ledelse i sykehus (hvorfor)

Underveis stilles utdypende spørsmål som følges i forhold til interessante tema.

## Litteraturliste

- Abbott, A. (1998): "*Professionalism and the future of librarianship*". Library Trends: 46, 3, 430-443.
- Abbott, A. (1998): "*The system of Professions*": an Essay of the Division of Expert Labor". Chicago: University of Chicago press.
- Allison, G.T. (1983): "*Public and Private Managers: Are They Fundamentally Alike in All Unimportant Respect?*" In J. L. Perry and K. L. Kraemer (eds.), *Public Management. Public and Private Perspectives*. Palo Alto, Cal.: Mayfield Publishing.
- Astley, W. G. (1985): "*Organizational Size and Bureaucratic Structure*" Organization Studies 6(3), 201 - 228.
- Berg, O. (1996): Meta- Medicine: "*The Rise and fall of the Norwegian Doctor as leader and Manager*". Canton: Science History Publications.
- Berntsen, E. Z. (2001): "*Lægelig ledelse om at gjøre en forskel*". København FLOS.
- Boleman, L.G. & Deal, T. E. (2009): "*Organisasjon og ledelse*". Oslo. Gyldendal.
- Brunsson, N. og Olsen, J.P. (1993): "*The Reforming Organization*". Bergen Fagbokforlaget.
- Busch, T. Johnsen, E. Klausen, K.K. Vanebo, J. O. (2007): "*Modernisering av offentlig sektor*". Universitetsforlaget.
- Busch, T., Vanebo, J.O., (2003): "*Organisasjon og ledelse*" Oslo. Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H. (1997): "*Fra ledelse til management*". Bergen: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, Haldor (2005): "*The Rise of a Health-Care State? Recent Health-Care Reforms in Norway*". Notat 15-2005.
- Byrkjeflot, Haldor og Simon Neby (2004) "*The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison*". Bergen, Rokkansenteret. Working paper 2-2004.
- Chistensen, T. Lægreid, P. Roness, P. G. & Rørvik, K. A. (2010): "*Organisasjonsterori for offentlig sektor*" Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom, Per Lægreid og Inger Marie Stigen (2004) "*Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform*". Bergen, Rokkansenteret. Working paper 17-2004.
- Denk, T. (2002): "*Komparativ metod*": Lund. Studentlitteratur.
- DiMaggio, P. J & Powell W. W. (2001): "*The New Institutionalism in Organizational Analysis*". Chicago og London: University of Chicago Press.



- Doolin, B. (2001): ”*Doctors as managers: New Public Management in a New Zealand Hospital*”. Public management review vol. 3, No. 2, s 231-254.
- Eriksen, E. O. (1993): ”*Den offentlige dimensjon*”. Tano.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., Wängnerud, L. (2009); ”*metodpraktiken, konsten at studera samhälle, individ och marknad*” Stocholm: Norstedts Juridik.
- Etzioni, A (1982): ”*Moderne organisasjoner*”. Oslo: Tanum.
- Gjerberg, E. og Sørensen, B. A. og Aaslund, O. (2000): ”*Avdelingsoverlegen – Leder eller lege?*”. Tidsskrift for den norske legeförening. Vol.120, No. 25.
- Hagen, T. P. (2003): ”*Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten – En analyse av fordelingskriterier*”. Medisin og samfunn. Oslo: Unipub forlag.
- Hatch, M. J. (2008): ”*Organisasjonsteori- moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*” Oslo: Abstract forlag.
- Helsedepartementet (2002): ”*Ledelse i sykehus*”. Rundskriv 1-9/ 2002. Oslo.
- Herfindal, Sturla (2004) ”*Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak*”. Bergen, Rokkansenteret. Rapport 5-2004.
- Hoffmann, F. (2002): ”*30 år med sykehusreformer – mer helse og bedre styring*” Nytt Norsk Tidsskrift. Vol 1: side 42-48.
- Hood, C. (1991): ”*A Public Management for All Seasons?*” Public Administration Vol. 69 No. Spring, side 3 -19.
- Høyer, H. C. (2005): ”*Den daglige forvaltningspolitikken*”. Kalstad: Universitetet i Kalstad.
- Jacobsen, D. I. (2005): ”*Hvordan gjennomføre undersøkelser*”. Høgskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2007): ”*Hvordan organisasjoner fungerer*”. Fagbokforlaget.
- Jespersen, P. K. (1999): ”*New Public Management reformers betydning for den administrative og den lægefaglige profesjon i sykehusorganisasjoner - Når styringsambisjoner møder praksis*”. København: Handelshøjskolens forlag.
- Johansen, M. S. (2005): ”*Penga eller livet*”. Notat 16 – 2005. Bergen: Stein Rokkan Senteret for faglige samfunnstudier.
- Johannessen, A. Tufte, P. A. og Christofferesen, L. (2010): ”*Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig Metode*”. Abstrakt forlag.
- Knudsen, M. og Vinge, S. (2003): ”*Infrastruktur og reformer i sykehusvæsenet*” København: Handelshøjskolens forlag.

- Kragh Jespersen, P. (2005): ”*Mellom profession og Management - Ledelse i danske sygehuse*”. Handelshøjskolens Forlag.
- Llewellyn, S. (2001): ”*Two-way Windows: Clinicians as Medical Managers*” *Organization Studies* vol. 22, no. 4, pp. 593-623.
- Løchen, Y. (1996): ”*drivkreftene bak helsetjenestens utvikling*”. Oslo. Tano.
- March, J. G. og Olsen, J. P. (1998): ”*Rediscovering institutions. The organizational basis of politics*”. New York: Free Press.
- Melander, P. (1999): ”*Økonomistyring og organisatorisk Shizofreni – Om fattig sprog, løse koblinger og onde circler*”. København: Handelshøjskolens forlag.
- Meyer, J og Rowan, B. (1977): ”*Institutionalized Organization. Formal Structure As Myth and Ceremony*”. *American Journal of Sociology* Vol. 83.
- Meyer, J og Rowan, B. (1991): ”*Institutionalized Organization. Formal Structure As Myth and Ceremony. The new institutionalism in organizational analysis*”. Chicago: The University of Chicago Press.
- Mintzberg, H (1979): ”*The structuring of organizations: a synthesis of the Research*”. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice- Hall.
- Mintzberg, H (1983): ”*Structure in Fives: Designing Effective Organizations*” Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall International Inc.
- Mintzberg, H (1989): ”*Mintzberg on Management. Inside our strange world of Organization*”. The free press.
- Mo, T. Opdahl (2006): ”*Ledelse til begjær eller besvær*”. Trondheim: NTNU.
- Måseide, P. (1987): ”*Medisinsk sosiologi*”. Oslo: Tano.
- Norsk pasientregister (2009): Helsedirektoratet.no
- NOU 1997 (1997): ”*Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*”. Oslo: Det kongelige sosial- og helsedepartement.
- Politt, C. (1995): ”*Justification by works of faith?*” *Evaluating the New Public Management*. Vol 1 No.
- Politt, C. (2003): ”*The Essential Public Manager*” Maidenhead: Open University Press.
- Politt, C. and Bouchaert, G. (2008): ”*Public management reform; a comparative analysis*”. Oxford: Oxford University Press.
- Ramsdal, H. og Skogstad, E. J. (2004): ”*Privatisering fra innsiden. Om sammen smeltingen av offentlig og privat organisering*”. Bergen: Fagbokforlaget.

- Repstad, P. (2007): *"Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsforskning"*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Roness, P. G.(1997): *"Organisasjonsendringar. Teoriar og strategiar for studiar av Endringsprosessar"*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rubin, H. J. & Rubin, I. S. (1995): *"Qualitative interviewing: The art of hearing data"*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Rørvik, K. A., (1998): *"Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet"*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Samset, K., (2001): "Prosjektvurdering i tidligfasen - Fokus på konseptet", Tapir akademisk forlag, Trondheim, Norway.
- Scott, R. W. (2003): *"Organizations; rational, natural, and open systems"* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Selznick, P. (1997): *Lederskap*, Oslo: Tano Aschehoug.
- SI HF, (1998): styring/ ledelse dok; SI HF organisasjon/ kart divisjon/avdeling.
- SINTEF (2005): *"Samdata rapporter"*. Vol. STF 158. Trondheim; SINTEF.
- SINTEF (2011): *"Samdata rapporter"*. Vol. STF 276. Trondheim; SINTEF.
- Skjøld Johannesen, M. (2009): *"Mellom profesjon og reform"* Phd Handelshøgskolen BI.
- Skaset, M. (2003): *"Reformtid og markedsgløtt"*: Det offentlige helsevesenet etter 1985" Oslo: Universitetsforlaget.
- Sognstrup, H. (2003): *"Professionelle i afdelingsledelse"*. PhD afhandling. Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning. Aalborg Universitet.
- Spector, P., (1981): *"Research design"* Beverly Hills: Sage Publications
- Spesialisthelsetjenesteloven(1999): Lovdata.no.
- Sundar, T. (2000): *"Enhetlig ledelse - en varm potet"*. Tidsskrift for den norske legeforening. 12, side 3466 – 3467.
- Sveri, T. (2004) *Strukturer og reformer. En kvalitativ studie av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. Hovedoppgave fra Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Sørensen, B. A. (2000): *"Internasjonale strømninger i helsepolitikken"*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

- Torjesen, D. O. (2008): ” *Foretak, management og mediakrati* ”. Bergen: Universitet i Bergen.
- Ursin, S. T. (2006): ” *Ledelse i sykehus* ”. Tidsskrift for den norske legeforening. 126 Side 1378- 1385.
- Vareide, P. K. (2001): ” *Sykehusreformen- et hamskifte i styring av helsetjenester* ”. Vol. STF 78. Trondheim SINTEF.
- Vinge, S. (2003): *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse*. Ph.d. avhandling, Institut for organisation og arbejdssociologi, Kjøbenhavn: Handelshøjskolen.
- Vikkelsø, S. og Vinge, S. (2004): ” *Utforskning av arbeidspraksisser* ” i Vikkelsø, S. og Vinge, S. (red.) ” *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*. ”
- Yin, R. K. (2008): ” *Case study research: Design and methods* ”  
Thousand Oaks: Sage.
- Wikipedia (2012): wikipedia. Org.