

Enhetlig ledelse i sykehus: Bare et slagord?

*Avdelingslederens refleksjoner om
enhetlig ledelse og sitt lederskap*

Kjell Magne Mørk og Marit Åsland



Masteroppgave
Medisinsk fakultet
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

UNIVERSITETET I OSLO

November 2011

© Forfatter

År: 2011

Tittel: Enhetlig ledelse i sykehus: Bare et slagord?

Avdelingslederes refleksjoner om enhetlig ledelse og sitt lederskap

Forfattere: Kjell Magne Mørk og Marit Åsland

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Utgangspunktet for denne undersøkelsen er enhetlig ledelse i sykehus. Reformen om enhetlig ledelse i sykehus ble innført ved lov i 2001. Reformen var bare en av mange som preget norsk sykehusvesen etter 1995, og bærer med seg et tankesett preget av New Public Management (NPM). Sykehusene skal ha en ansvarlig leder på hvert nivå i organisasjonen og kravene til økonomi, effektivitet og kvalitet er lederens ansvar. Denne oppgaven er en studie av hvordan enhetlig ledelse oppleves av avdelingsledere i sykehus i dag, ti år etter at reformen ble innført.

Undersøkelsen som presenteres her er en kvalitativ studie. Det er intervjuet 9 avdelingsledere som har bakgrunn som enten lege eller sykepleier. Informantene er ledere ved to forskjellige sykehus, et større og et mindre. Intervjuene har vært semistrukturerte i form og vi har hatt som målsetting å påvise likheter og ulikheter blant sykepleieres og legers syn på enhetlig ledelse, samt hvordan de utfører sitt daglige virke.

Det teoretiske fundament i oppgaven er om de ulike profesjoner i norsk sykehusvesen og deres forhold til ledelse, hva enhetlig ledelse kan defineres som, samt reformer og politiske føringer som førte fram til reformen om enhetlig ledelse i sykehus. Innføringen av denne ledelsesstrukturen medførte konflikter og spenninger mellom helsevesenet to største profesjoner: sykepleiere og leger.

Vår undersøkelse viser at det i dag hersker enighet mellom leger og sykepleiere om at enhetlig ledelse er hensiktsmessig i forhold til avdelingsledelse i sykehus, men at definisjonen og forståelsen av begrepet ledelse er ulikt. Dette fører til en ulik tilnærming i utøvelsen av lederskapet.

Vi ønsker at myndigheter og arbeidsgivere klargjør begrepet ledelse, og at formell lederkompetanse skal være nødvendig for å møte utfordringene i morgendagens sykehus.

Forord

Nå er tiden kommet for å skrive forord til oppgaven og det er nesten vanskelig å ikke bli sentimental. Dette har vært en svært lærerik reise for oss begge. Samtidig kan vi ikke legge skjul på at det skal bli godt å få ferdigstilt denne masteroppgaven. Det å skrive en slik oppgave er en lang og møysommelig prosess, vi har begge erfart hvor altomfattende det er – også for privatlivet. Det har vært lange dager og mange helger. Når det er sagt, så er det meget tilfredsstillende å se prosjektet ta form og at vår lærekurve har pekt rett opp. Vi er begge spesialsykepleiere med ulik erfaringsbakgrunn. Vi har begge opplevd å bli ledet i sykehus og i løpet av dette masterstudiet ble vi nysgjerrige på hvordan enhetlig ledere selv vurderte sin situasjon som enhetlig leder.

Vi ønsker å rette en stor takk til våre to veiledere for uvurderlig støtte og hjelp underveis. Tusen takk til Ivan Spehar for rask tilbakemelding hver gang vi har hatt behov for det. Det har gjort oss enda mer motivert og klar til videre innsats at du har vært så tilgjengelig for oss. Tusen takk til Jan Frich for god veiledning og tro på at vi skulle komme i mål. Det har vært et stort privilegium for oss å arbeide med dere begge.

Vi retter en stor takk til alle informantene våre som tok seg tid til å snakke med oss i sin travle hverdag som avdelingsledere i sykehus. Vi vet at dere har en hektisk hverdag, så tusen takk for at dere prioriterte å snakke med oss.

Hjertelig takk til alle våre medstudenter som har støttet oss underveis. Tusen takk for nyttige og lærerike diskusjoner. Vi ønsker dere lykke til med deres prosjekter også.

Tusen takk til våre samboere og familier for uvurderlig og god støtte som gjorde dette mulig for oss.

Siden vi har vært to som har skrevet og ferdigstilt dette prosjektet sammen, så finner vi det naturlig å takke hverandre for godt samarbeid og lagånd. Vi har støttet hverandre når det har vært tyngst. Uten et godt samarbeid oss to i mellom, hadde det ikke blitt en ferdig oppgave.

Kjell Magne Mørk og Marit Åsland

Oslo, november 2011.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	IV
Forord	V
Innholdsfortegnelse	VI
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave	1
1.2 Problemstilling	3
1.3 Oppgavens avgrensning og oppbygning	4
2 Teoretisk rammeverk og referanseramme	6
2.1 Historikk om sykehus i Norge	6
2.2 Ledelse, organisasjonsteori og Mintzberg	8
2.3 Legen som leder	12
2.4 Sykepleieren som leder	14
2.5 New Public Management og enhetlig ledelse	16
3 Metode og materiale	24
3.1 Valg av metode	24
3.2 Utvalg/deltakere	25
3.3 Gjennomføring av intervjuene	27
3.4 Analyse	29
3.5 Refleksivitet	30

4 Presentasjon av funn	32
4.1 Hvilke synspunkter har avdelingsledere på enhetlig ledelse i sykehus?	32
4.2 Hva vektlegger avdelingsledere i sin utøvelse av ledelse?	36
4.2.1 Informantenes syn på ledelse	36
4.2.2 Informantenes syn på personlige egenskaper	38
4.2.3 Informantenes holdninger til faglig ledelse og hvem som bør besitte lederrollen	40
4.3 Hvilke utfordringer opplever informantene som enhetlige ledere?	44
5 Teoretisk diskusjon av funn	50
5.1 Metodologiske refleksjoner og etiske aspekter	52
5.2 Ledelsesbegrepet	55
5.2.1 Implikasjoner	60
5.3 Hvem bør lede?	61
5.3.1 Implikasjoner	64
5.4 Perspektiver på utfordringer i framtidens sykehus	65
5.4.1 Implikasjoner	69
6 Konklusjon og anbefaling for videre forskning	71
Litteraturliste	73
Liste over vedlegg	77

1 Innledning

I denne masteroppgaven utforsker vi spørsmål vedrørende enhetlig ledelse i sykehus. Vi ønsket å intervjuere ledere på samme nivå i sykehus, og disse skulle både være sykepleiere og leger. Bakgrunnen for at dette ble temaet for vår masteroppgave, er at vi som skriver dette er begge spesialsykepleiere med ulik erfaring. En av oss har erfaring fra et stort somatisk sykehus og den andre har erfaring fra psykisk helsearbeid. Erfaringsbakgrunnen vår er fra svært ulike deler av helsevesenet og med ulike ledere med ulik profesjonsbakgrunn. Vi hadde begge en viss oppfattelse og en forforståelse for hvordan enhetlig ledelse i sykehus fungerte og vi var derfor nysgjerrige på hvordan lederne selv vurderte sin situasjon som enhetlig leder.

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Et sykehus er en organisasjon mange er engasjert i, ikke bare medarbeiderne. De fleste voksne mennesker har i en eller annen sammenheng hatt med et sykehus å gjøre. I og med at sykehusene i dag tilbyr så mange spesialiserte tjenester til et bredt lag av befolkningen, er organisasjonen kontinuerlig i søkelyset, både i media og på folkemunne. At sykehuset vekker såpass mye engasjement bygger på det som gjøres i nåtidens sykehus og kravene som stilles til sykehuset fra forskjellig hold. Slik vi som skriver dette har erfart, kan det sies å være tre hovedtyper av krav og forventninger som stilles til sykehus:

- 1) Fra pasientene, om at tjenesten skal ha høy faglig kvalitet.
- 2) Fra politikerne om å innfri politiske mål, lover og regler, samt å være kostnadseffektive.
- 3) Fra profesjonene om at faglige normer skal innfris.

Disse kravene er også formulert i kvalitetsstrategien for sosial og helsetjenesten (2005), samt i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011). Å imøtekomme og tilfredsstille disse kravene stiller store krav til utøvelse av ledelse, og det er lederen som skal gjøre det mulig å utvikle sykehusets ressurser. Dette forutsetter at lederen forstår virksomheten og rammebetingelsene og at han eller hun kan inspirere de menneskene som skal ledes. Lederen må være i stand til å se helheten mellom sine faglige ambisjoner, sitt intellekt og sine følelser.

Sykehusene domineres av de to største yrkesgruppene i helsevesenet; leger og sykepleiere. Vår erfaring fra arbeidslivet er at det er en del som skiller sykepleiere og leger i forhold til både hvordan de ser på ledelse og hvordan de løser sine oppgaver og utfordringer. Felles for de to profesjonene derimot, er at både lege- og sykepleieledere slites mellom kravene til optimal drift og fagansvaret for medisin og sykepleie. Vår erfaring er at lojaliteten ofte er større til sine fag og profesjoner enn til organisasjonen som helhet. Derfor høres det ofte fra fagfolk i lederposisjoner at de ”faller lett mellom barken og veden”. På den ene siden skal de tilpasse organisasjonen til stadig endrede rammebetingelser og eksterne krav, på den andre siden skal lederen både veilede og motivere ansatte som i utgangspunktet ikke har så stor respekt for ledelse (Berg, 2010).

I løpet av 1990-tallet kom det et stadig sterkere fokus på økonomi, produktivitet og organisasjonenes strukturelle effektivitet. Dette førte til at ledelse i sykehus fikk stadig større oppmerksomhet. Samtidig var det et økende kritisk blikk på om utvelgelsen av og kvalifikasjonene til lederne sikret sykehusene de best kvalifiserte personene som var i stand til å møte de utfordringene som sykehusene hadde. Et vedtak i Stortinget i 1995 ba om at Regjeringen sørget for at sykehusledelse legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer (Innst. S.nr. 276 (1995-1996); NOU 1997:2: 21). Dette førte til at ledelsesspørsmålet i sykehus også ble gjenstand for videre politisk behandling og utredning. Steine-utvalget publiserte i 1997 en NOU som het ”Pasienten først!”. Utvalget, på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, kom med en rekke innstillinger om ledelse og organisering av sykehusene.

”Pasienten først!” var grunnlaget da Stortinget i 1999 vedtok ny lov om spesialisthelsetjenesten m.m. I loven heter det om ledelse i sykehus:

§3-9. Ledelse i sykehus

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

Dette ble videre bekreftet gjennom Odelstingsproposisjon nr. 66, 2000-2001: ”Om lov om helseforetak” og den påfølgende lovendringen i Lov om helseforetak som kom i 2001. Dette selv om proposisjonen er en eierskapsreform, så lyder det i lovens begrunnelse; ” I så måte

kan dette sies å være vel så meget en ansvars og lederskapsreform” (Ot.prp. nr. 66, 2000-2001: 28).

Loven om eierskap ble ikke møtt med nevneverdig motstand av hverken Legeforeningen eller Sykepleierforbundet. Men om det trekkes inn hvordan ledelse skulle organiseres ved sykehusene, så ble dette møtt med motstand fra begge gruppene. Den norske lægeforening hadde lenge ment at enhetlig ledelse var en god modell, med legen som den selvsikre leder. Legeforeningen var prinsipielt motstander av at andre profesjoner kunne lede. Norsk sykepleierforbund var også skeptisk til Steine-utvalget, sykepleierne fryktet å miste innflytelse og styring med eget fag. De viste til årelange tradisjoner hvor sykepleierne hadde fungert med legene i en todelt ledelse hvor sykepleielederen ivaretok de administrative funksjonene knyttet til pasientpleien. Synet fra legene og sykepleierne ble ikke støttet av Steine-utvalget som åpnet for at andre profesjonsgrupper kunne besitte stillingen som enhetlig leder i sykehus (Gjerberg & Sørensen, 2006). Steine-utvalgets forutsetning var imidlertid at lederen skulle inneha de nødvendige kvalifikasjoner for en slik posisjon og at vedkommende hadde evner og vilje til å besitte en slik stilling (NOU, 1997:2).

1.2 Problemstilling

Valget av tema og problemstilling har sin opprinnelse i reformen om enhetlig ledelse slik det er beskrevet i NOU 1997:2 ”Pasienten først! - Ledelse og organisering i sykehus.”

Det både skrives, og er skrevet, mye om ledelse og styring av sykehus og helsevesenet generelt. Spesielt har fokuset vært på pasientbehandling og de ansattes hverdag og arbeidsoppgaver, altså evnen til å møte disse. Vi var interessert i å få lære mer om hvordan ledernes situasjon er, hvordan de selv ser på enhetlig ledelse og om de synes dette er en hensiktsmessig måte å lede på.

Dette førte frem til følgende problemstilling:

”Hvilke synspunkter har avdelingsledere på ordningen med enhetlig ledelse i sykehus, hva vektlegger de i sin utøvelse av ledelse og hvilke utfordringer opplever de i forhold til enhetlig ledelse?”

1.3 Oppgavens avgrensning og oppbygning

Innenfor emnet "ledelse" og "enhetlig ledelse" i sykehus er det mange utfordrende problemstillinger som ikke vil bli berørt i denne oppgaven. Årsaken til dette er at det ikke ble fokusert spesielt på i intervjuguiden, og heller ikke vektlagt av informantene i studien. Vi har valgt å avgrense oss til å innhente data ved å rekruttere informanter fra et spesialfelt innen medisin og sykepleie. Oppgaven kan således ikke generaliseres til sykehusets organisasjon som helhet. Informantene er rekruttert i to sykehus, et større sykehus og et mindre.

Sykehuset som organisasjon preges av en rekke profesjoner. Oppgavens omfang gir oss ikke anledning til å fokusere på alle profesjonene i sykehuset. Derfor har vi valgt å konkretisere denne undersøkelsen omkring de to største og mest dominerende helseprofesjonene i norske sykehus - sykepleiere og leger.

Foruten sammendrag, forord og innledningskapittelet, kapittel 1, er oppgaven delt inn i ytterligere fire kapitler. I kapittel 2 redegjøres det for de begreper og teorier som er relevante for problemstillingen, innenfor enhetlig ledelse i sykehus. I kapittel 3 redegjøres det for valg av metode og design, beskrivelse av den empiriske undersøkelsen, og hvordan analysen av datamaterialet er gjort. Studiens funn og resultater blir presentert i kapittel 4. Det teoretiske grunnlaget fra kapittel 2 blir diskutert opp mot studiens resultatdel i kapittel 5. I kapittel 6 gis konklusjon og anbefaling for videre forskning. Etter litteraturliste har vi vedlagt relevante dokumenter for vår oppgave.

Vi har ikke valgt å omtale informantenes egne forskjeller eller deres syn på kjønns- og aldersforskjeller. Oppgaven tar ikke for seg andre profesjoner enn sykepleiere og leger. Oppgaven omtaler og diskuterer avdelingsledernivå i to sykehus, andre ledelsesnivå fokuseres det ikke på. Eksterne styringskrefter slik som politikk og budsjetter har vi også valgt å utelate i intervjuene, men vi kommer til å omtale de politiske rammene for ledelse i oppgavens teoretiske referanseramme og i diskusjonskapitlet.

Oppgaven fokuserer på følgende spørsmål;

- Hva er informantenes *innstilling til enhetlig ledelse*?

- Hva vektlegger de i sin ledergjærning? Her har vi valgt å fokusere på hvilke *holdninger har de til fagledelse og tverrfaglig ledelse*, hva slags faglig *bakgrunn* og *personlige egenskaper* mener informantene at en enhetlig leder bør besitte.
- Hvilke *utfordringer* har avdelingsledere i et lite sykehus versus et stort sykehus?

2 Teoretisk rammeverk og referanseramme

2.1 Historikk om sykehus i Norge

Norges første moderne offentlige sykehus ble opprettet i 1826. Det var Rikshospitalet i datidens Kristiania. På den tiden representerte sykehus noe nytt og skremmende, både for leger og pasienter. Dette skyldtes mest sannsynlig at sykehuset var en plass der syke som ikke hadde noe håp om bedring ble isolert og pleiet på dødsleiet (Nerland, 2001). De som ble friske av sykdom var ikke på sykehus. Etter hvert som den teknologiske utvikling skred frem ble også sykehusene et sted pasienter ble friske. Legene ble mindre skeptiske og ble derfor mer aktive også innenfor ledelse i sykehusene. Økt kunnskap ga ny teknologi, dette førte igjen til flere sykehus, flere spesialiseringsretninger, flere profesjoner, flere pasienter og dermed ble det behov for mer penger i sykehusene. Behovet for mer penger førte også til at fokuset på hvordan sykehusene ble styrt økonomisk, økte utover på 1900-tallet.

Når en tenker på økonomisk ledelse i helsevesenet blir det lett at man tenker de siste par tiår, fra 1980-tallet og til vår tid. Det henger nok mye sammen med at økonomisk styring er blitt mer og mer fokusert i vårt samfunn slik det er i dag, ikke bare for helsevesenet. Derfor er det kanskje til manges overraskelse at så tidlig som i 1950 var økonomi og helse og sykehus fokusert fra politikernes side da Odelstingsproposisjon nummer 73 uttalte ”den som driver sykehuset, bør selv være økonomisk interessert i en rasjonell og billig drift” (Ot.prop. nr. 73, 1950).

Samtidig med at sykehusene økte i antall i Norge og at styringen av økonomiske midler økte i forbindelse med økt antall sykehussenger og pasienter, så var det ingen parallell utvikling innen ledelse i sykehusområdet. Ifølge Ole Berg (2006) så kom det ingen overordnet nasjonal plan for styring i sykehusene før Sykehusloven av 1969. Det var til sist politikerne som sørget for en styring og dermed ledelse for første gang på et overordnet og nasjonalt plan her i landet. Forskjellige nivåer i sykehustjenesten ble etter hvert skissert og sentralsykehus, fylkessykehus, regionsykehus og spesialsykehus med enkelte landsfunksjoner vokste fram. De mest framtreddende eksempler på dette er brannskadeavsnittet på Haukeland (Helse Bergen) og transplantasjonskirurgien ved Rikshospitalet (Oslo universitetssykehus).

Etter 1980 ble det innført rammefinansiering i sykehusene og dette gjorde sitt til at prioritering og rasjonering ble viktige elementer i sykehusansattes hverdag. Sykehusene ble igjen omorganisert på slutten av 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet. Fylkeskommunale sykehus ble omgjort til statlige helseforetak. Endringen i sykehusvesenet har skjedd som et ledd i den generelle endringen for øvrig i samfunnet gjennom et samspill og som et resultat av endringene.

Parallelt med det stadig voksende sykehusvesenet og forandringene av dette, så har ledelsestradisjonene endret seg. En kan derfor trekke slutningen om at ledelsesendringer gjenspeiler det generelle syn på ledelse som fenomen og fag, men også samfunnets syn på profesjonene.

Her følger en kortfattet oversikt over ulike reformer i sykehusvesenet etter 1995:

- *Innsatsstyrt finansiering* ble innført i spesialisthelsetjenesten i 1997. Den er ment som en økonomisk metode for å øke effektiviteten i sykehus i Norge (NOU, 2003: 1). Innsatsstyrt finansiering skal oppmuntre til en aktivitet som kartlegger og begrenser kostnader og unyttige obstruksjoner i forhold til en mer effektiv pasientbehandling (Helse- og sosialdepartementet, 2006: 5). Denne ordningen innebærer at pasienter klassifiseres etter diagnose og hver diagnose gir et visst antall Diagnose Relatert Gruppe (DRG) poeng. DRG poeng utgjør grunnlaget for refusjonssatsene sykehusene får tilbakebetalt fra staten, og er basert på historiske gjennomsnittskostnader for de ulike diagnosegruppene. Sykehusets inntekt blir dermed avhengig av hvor mange pasienter som er dokumentert behandlet.
- *Lov om pasientrettigheter* ble først iverksatt i 2001, og deretter utvidet i 2004 (Ot.prp. nr. 63, 2002-2003). Loven øker pasientenes rettigheter ovenfor helsetjenesten. Den tydeliggjør også et økt fokus på brukerinnflytelse og kvalitetsutvikling i helsetjenestene. Retten til fritt sykehusvalg og behandlingsgarantier, samt rettigheter knyttet opp mot informasjon, medvirkning, samtykke og klage fastslås i Pasientrettighetsloven. Lovens formål er å bidra til fordelingsrettferdighet, hvor pasientenes behov og autonomi settes i fokus.

- *Enhetlig ledelse i sykehus* ble stadfestet gjennom spesialisthelsetjenesteloven, som trådte i kraft 1. januar 2001. Det ble lovfestet at det skulle være *en* ansvarlig leder for hvert nivå i sykehuset, som innebærer at lederen skal ha totalansvar for både fag, personal og økonomi (Ot.prp. nr. 10, 1998-1999). Intensjonene var at ledelse i sykehus skulle være en profesjonell ledelsesfunksjon, hvor lederen primært skulle arbeide med ledelse og ikke klinisk (ibid). Denne endringen bryter med tradisjonelle lederforståelser i sykehus ved at lederposisjonene skulle være profesjonsuavhengige og enhetlige, hvilket innebærer at lederen ikke trenger å være lege og at lederen har lederansvar for alle arbeidstakerne, også for andre profesjonsgrupper (Mo, 2006).
- *Sykehusreformen* består av statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og en påfølgende omorganisering av denne tjenesten til selvstendige, regionale helseforetak (Ot.prp. nr. 66, 2000-2001). De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for de lokale helseforetakene i sin region (Helsedepartementet, 2001). Helseforetakene anses som selvstendige foretak med utstrakt beslutningsmyndighet og resultatansvar, noe som er ment å stimulere til kvalitetsutvikling, samt gi et større rom for utøvelse av lederskap og et mer målrettet og presist ansvar, samtidig som de økonomiske rammene for virksomhetene også er blitt tydeligere. Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skal kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar. Helseforetakene gis stor frihet til å disponere sine ressurser innen rammen av den kontrakt eller bestilling som gis fra de regionale helseforetakene, samtidig som de ikke tillates å bli så autonome at hensyn til helheten og fellesskapet blir skadelidende. Helsetjenestens innhold og tilgjengelighet skal bli bedre sett fra pasientens ståsted, hvor pasientenes behov skal stå i sentrum, ventetidene og de geografiske ulikhetene i helsetilbudet skal reduseres. Som en følge av reformene, bærer sykehusene en større økonomisk risiko enn tidligere.

2.2 Ledelse, organisasjonsteori og Mintzberg

Det er gjort mange forsøk på å definere ledelse. Det kan tenkes at det er en av årsakene til at ledelse som fenomen er så vanskelig å definere, det er et begrep og fenomen som favner bredt. En finner ledelse på de aller fleste områder og nivåer i samfunnet. Ledelsesforskeren Gary Yukl har uttalt at mengden definisjoner på ledelse er i seg selv et problem for dette

forskningsfeltet (Yukl, 2001). Han går likevel dit hen at han forsøker seg på en definisjon av begrepet ledelse og hevder at *"lederskap er en prosess hvor andre påvirkes til å forstå og bli enige om hva som trengs å gjøres og hvordan det skal gjøres, og den prosessen som fasiliteter individuelle og kollektive anstrengelser for å oppnå mål det er enighet om"* (ibid: 8).

Noen forskere innen området mener det kan være hensiktsmessig å se på ulike skoler innen de ulike ledelsesteoriene for å klassifisere de og da enklere få en oversikt (Grønhaug et al, 2003). Kanskje en da får besvart noen av de mer vesentlige spørsmål som; "finnes det noe begrepsinnhold?", "har de ulike teoriene noe til felles?", "hva er ledelse?". Det kan likevel slås fast at ledelse har en del likhetstrekk ved at ledelse er en prosess hvor en gruppe individer innen en organisasjon blir påvirket til å nå sine mål. En kan si at sykehus er en slik organisasjon.

Fra 1960-tallet begynte utviklingen av ledelsesforskning å gå raskere. På samme tid var også massemedia i en sterk utvikling og fjernsyn ble allemannseie. Således satte ledelsesdebatter sitt preg på samfunnsdebatten i økende grad. I og med at ledelse er et såpass vidt felt kunne debattene for eksempel inneholde firmahistorier, store og teoretiske systemer, psykologi og undersøkelser med forsøkspersoner. Dette var noe nytt fordi ledelse var på den tiden noe som historisk sett var forbundet med noe som var sterkt hierarkisk og konservativt, ledelse var noe som var nedarvet (Berg, 2010).

Henry Mintzberg tar for seg ledelse gjennom roller og organisering i organisasjoner. Organisasjonene deles inn i to former; løst koblet og tett koblet (Mintzberg, 1989). Ole Berg (2010) viser til at profesjonspregete organisasjoner som for eksempel sykehus var løst koblet før i tiden, men det er ikke tilfelle lenger. Organisasjonen lever sitt eget liv og er ikke spesielt avhengig av at alle ledd fungerer til alle tider, om et ledd skulle slutte å fungere eller eksistere, så tar et annet ledd over. Om en organisasjon er tett koblet derimot vil den minne om en stor maskin av industriell karakter. Sammenlikningen gjøres med en maskin grunnet at i likhet med en maskin så vil organisasjonen slutte å fungere om et ledd skulle slutte å levere eller eksistere (Berg, 2010). Mintzberg er en situasjonsteoretiker som legger avgjørende vekt på hvordan forskjellige omgivelsesfaktorer påvirker og preger organisasjonsformer og organisasjonsproblemer. Organisasjonens handlemuligheter avhenger av organisasjonens størrelse, alder og kompetanse innenfor diverse fagområder og strategisk tekning (Mintzberg, 1989).

Mintzberg har laget en grunnmodell over organisasjonens deler (Mintzberg, 1989: 99), hvor "Apex" er toppen, altså der toppledelsen for organisasjonen, for eksempel et sykehus, befinner seg. "Middle line" kan symbolisere mellomledelse, for eksempel avdelingsledelsen i sykehuset. "Technostructure" betyr spesielle planleggere, analytikere og spesielle fagpersoner som ikke regnes som en del av mellomledelsen og dermed ikke har noe lederansvar i det daglige arbeidet. "Support staff" er støttefunksjoner i organisasjonen, som for eksempel personalavdeling og kantine. "Operating core" er der produksjonen skjer, selve kjernen og kilden for organisasjonens levedyktighet og i et sykehus vil det symboliseres ved den selve pasientbehandlingen.

Ulike organisasjoner vil være preget av at de ulike delene i organisasjonen vil være ulikt store og ha ulik innflytelse. I et sykehus vil den kliniske kjerne, pasientbehandlingen, være den dominerende og største.

Mintzberg (1989) konstruerer også fem ulike organisasjonstyper;

1. "Den enkle strukturen": Koordinering styres av eier eller ansatt leder gjennom kontroll og få regler. Lederen tar avgjørelser. Teknologien er forholdsvis enkel og de ansatte har kjennskap til store deler av produksjonen. Omverdenen er enkel og dynamisk.
2. "Maskinbyråkratiet": Koordinering skjer ved standardisering av arbeidsprosesser. Enhetene er store med gode planleggingssystemer. Teknologien har en fast struktur som spiller en viktig rolle. Omverdenen er stabil.
3. "Fagbyråkratiet": Koordinering skjer gjennom standardisering av fagkyndighet (autorisasjoner), preget av horisontal spesialisering og desentralisering. Ofte mindre enheter med svak innbyrdes kontakt og finnes ofte der det er mange profesjoner involvert i produksjonskjernen. Fagbyråkratiet kjennetegnes av en flat, desentralisert struktur med få ledelsesnivåer. Dette er det nærmeste man kommer dagens organisering av sykehus. Hvert enkelt sykehus er ikke en arbeidsplass, men mange. Hver avdeling har sin kultur og arbeidsmåte. Kontakten mellom avdelinger kan være liten.
4. "Adhokratiet": Koordinering skjer ved gjensidig tilpasning. Preget av prosjektarbeid og forekommer i innovative organisasjoner, for eksempel konsulentvirksomhet.
5. "Den divisjonaliserte formen": Koordinering skjer ved standardisering av resultater og oppstår i sammenslutninger mellom maskinbyråkratier. Mellomleder kan få stor makt og

toppleidelsen legger stor vekt på kontroll av resultatene. Forekommer i heterogene markeder. Stordriftsfordeler, men lite struktur.

Mintzberg (1989) hevder altså at sykehus er et profesjonsbyråkrati, det vil si innen organisasjonsformen "fagbyråkrati". Sykehus kjennetegnes som et fagbyråkrati ved at de er komplekse organisasjoner. De er komplekse både i forhold til mål og oppgaveutførelse og at arbeidet koordineres i produksjonskjernen av autonome klinikere gjennom standardisering av ferdigheter, samt at de er orientert mot løsninger for eksterne parter (ibid). Dette innebærer at sykehus bygger på omgivelser som er komplekse med hensyn til arbeidsprosedyrene, men samtidig stabile nok til at prosedyrer og arbeidet kan standardiseres.

Mintzberg (1989) peker også på den tilsynelatende evigvarende striden om ledelse i sykehus. Bakgrunnen for striden er at fagbyråkratiet er bygd opp slik at det eksisterer to ulike kulturer og tradisjoner for styring, fagstyring og administrativ linjeledelse (ibid). Den administrative delen av ledelsen i fagbyråkratiet er hierarkisk oppbygd og ledelsen legitimeres gjennom sin posisjon. Likevel framstår fagbyråkratiet som demokratisk ved at det avgir makt nedover i systemet til de profesjonelle, pasientbehandlerne, noe som gir dem stor grad av autonomi og innebærer at kvaliteten på tjenestene bestemmes på det laveste nivået i systemet i den daglige pasientbehandlingen og i organisasjonen. Dette er en styrke ved fagbyråkratiet, samtidig som det også medfører flere problemer (ibid).

Ole Berg (2010) forstår det slik:

1. Det kan oppstå konflikter i koordineringen av arbeidet mellom de profesjonelle.
2. Det påvirker koordineringen mellom de profesjonelle og støttestaben/administrasjonen, samt at det blir vanskelig for den administrative ledelsen å få innsyn i de profesjonelles arbeid.
3. Det fører til problemer med å håndtere profesjonelle som er uansvarlige eller lite kompetente.
4. Det gjør fagbyråkratiet lite fleksibelt, slik at det blir vanskelig å gjennomføre endringer og nytenkning og innovasjon.

I følge Mintzberg (1989) innebærer det at endringer i fagbyråkratiet bare kan gjennomføres om endringen er motivert fra klinikerne selv, ved en slags "bottom-up" øvelse hvor endringen skjer på bunnen i organisasjonen og ikke kommer som en bestemmelse ovenfra. Ole Hope

(2009) er langt på vei enig med Mintzberg i dette, men har et annet fokus i forhold til at han fokuserer mer på rollen mellomlederen har. Han skriver at mellomlederens fortolkning og mottakelse av eventuelle endringsforslag har direkte innvirkning på om endringene blir realisert eller ikke (Hope, 2009). Hope (ibid) mener at sterke mellomledere er av avgjørende betydning i forhold til å realisere en strategi. Om toppledelsen ikke har mellomledelsen med seg, blir realisering av en strategi vanskelig å gjennomføre. Interaksjonen fra toppledere til mellomledere er av særdeles viktighet og det må skapes en felles forståelse for endringens nødvendighet og innhold om endringen skal gjennomføres. Hope (ibid) påpeker også nødvendigheten av at mellomlederen har en faglig forankring og forståelse for det området og de ansatte han eller hun skal lede. Hopes funn blir aktuelle for avdelingslederen i et sykehus. Avdelingslederen blir å anse som en mellomleder og sykehusene er store organisasjoner som har vært gjenstand for mange endringsprosesser, både organisatorisk, økonomisk og faglig.

I tilfeller der det allerede eksisterer et sterkt fagbyråkrati, slik som i sykehuset, vil det være naturlig om det kommer et spenningsfelt mellom fagledelse og enhetlig ledelse. Fagledelse vil representeres av flere profesjoner som leder seg selv og sitt virke, mens enhetlig ledelse representerer en ansvarlig ledelse for alt virke og alle grupper. Dette er viktige forhold å ta i betraktning når enhetlig ledelse skal defineres i forhold til forskningsspørsmålet i denne undersøkelsen. Sykehuset som organisasjon preges av en rekke profesjoner. Grunnet oppgavens omfang har vi som nevnt tidligere, valgt å konkretisere denne undersøkelsen omkring de to største og mest dominerende helseprofesjonene i norske sykehus; sykepleiere og leger. Det blir derfor naturlig å fokusere på disse to gruppernes historikk omkring ledelse. Gjennomgangen blir gjort relativt kort da denne oppgaven ikke har som fokus å gjøre en dyptgående historisk redegjørelse, men heller å produsere en oversikt.

2.3 Legen som leder

Allerede i antikken arbeidet legene på en individualiserende måte. Dette er interessant siden legene den dag i dag sverger den hippokratiske ed. Leger besatt generell kunnskap som de måtte benytte i sin behandling av pasienter, men pasienter var ikke like på den tiden heller så legens evne til å behandle pasienter individuelt var viktig. Det var viktig for legene at de var autonome i deres forhold til pasientene, legen visste best og måtte derfor bestemme. Ethiske og kollegiale retningslinjer forpliktet legen til alltid å sette pasientens ve og vel først, og det var viktig at legen også bestemte hvilken type og omfang behandlingen pasienten skulle motta, da

pasienten var ukyndig. Dette er å anse som skapelse av den medisinske autonomikultur, og kan være noe av bakgrunnen for at legen av natur ikke er underdanig (Berg, 2010).

Tradisjonen med selvstyre for legene har fortsatt fra den greske antikken og fram til i dag. Et godt eksempel er legens selvstyrte praksis. Legepraksisen vi kjenner den i dag vokste fram på 1800-tallet etter at det i mange hundre år var slik at kirurgi og medisin var to atskilte disipliner. Både i den tid da kirurgi og medisin var to separate grener av pasientbehandling, og senere da legepraksis ble en disiplin, så styrte legene både seg selv, sine medhjelpere og i mer eller mindre grad både pasienten og behandlingen (Berg, 2010). Med utviklingen av sykehus i Norge, som beskrevet tidligere i oppgaven, gjorde legene sitt inntog der. Sykepleiere var de som hadde dominert sykehusene fram til slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet, så leger tok i økende grad over makt og styre i sykehusvesenet. Det tok ikke lang tid før legen var regnet som sykehusets leder.

Sykehusene ble etter hvert organisert etter legespesialiteter som ble gjort mulig av teknologiske fremskritt slik som anestesi, røntgen, moderne kirurgi. Legene fortsatte å lede seg selv og ledelse og det å arbeide klinisk ble sett på det samme. Det var mange leger som styrte sykehuset i et kollegium, og en ble valgt til å være den "øverste" leder. Administrerende overlege var ofte tittelen, "direktør" ble ikke brukt som benevnelse før etter andre verdenskrig (Berg, 2010).

Fram til 1970-tallet var det i all hovedsak en lege som var direktør ved sykehuset. Økonomiansvarlig var en forvalter og var en undersått. Sykepleiere i form av oversøster var administratorer for den daglige drift av de forskjellige avdelinger, sørget for at ting var på stell og at det var nok hender på arbeid. Etter hvert som 1970-tallet skred fram gjorde andre ulike profesjoner sitt inntog i sykehusets administrative verden, og det var ikke lenger noen automatikk i at sykehusdirektøren var lege. Den første sykehusloven i 1970 gjorde sitt til at finansieringsordningene for sykehus ble endret og dermed også grunnlaget og premissene for hvem som skulle være lederen i sykehuset (Berg, 2006). Nå fantes det økonomer, jurister og framfor alt sykepleiere som var toppleder i sykehuset. Disse profesjonene hadde en helt annen erfaringsbakgrunn enn legen, og framfor alt et helt annet historisk syn på ledelse som fag.

2.4 Sykepleieren som leder

Det å være sykepleier ansees å være et av verdens eldste yrker. Religion og kall fra Gud har vært drivkraften for sykepleiere sett i et historisk perspektiv, men det er viktig samtidig å vite at selve opprinnelsen av sykepleie som fag regnes for å være sårkoner som behandlet jegere og krigere i sin stamme eller sitt samfunn. Det religiøse aspektet ved sykepleie kom først inn da omsorgsinstitusjoner og hospitalvirksomhet ble utbredt i år 200 e. Kr. Det var en kristen plikt å behandle og pleie alle syke og trengende uansett religion. Sykepleierne dannet kollektiver siden de ofte fulgte munkeordener og hospitalvirksomheten for en stor del ble drevet i kristne klostre, i motsetning til leger som arbeidet mer selvstendig og autonomt (Mathisen, 2006). Sykepleieren var underlagt presteskapet og både arbeidet og bodde i tilknytning til klosteret.

Sykepleiere har nok vært ansett av mange som legens ”tjener” i sykehusene i mange år, selv etter at Florence Nightingale moderniserte sykepleien som profesjon og var en sterk kvinneskikkelse. Nightingale var en av borgerskapets døtre som ble sykepleier etter at sykepleie ble en mer organisert utdanning. Fram til utdanningsinstitusjoner for sykepleie vokste fram på 1800-tallet, var det et yrke som hadde lav status og var preget av fattige koner og ungjenter som hadde lav sosial status. Kaiserwerth i Tyskland startet den første sykepleierskolen i 1836 og Florence Nightingale ble uteksaminert der i 1850. Nightingale revolusjonerte sykepleien som fag, hennes sykepleie inneholdt mye ledelse. Hun endret rutiner for hygiene og for pleie og behandlingen soldater under Krimkrigen fikk. Hun fikk kallenavnet ”lady with the lamp” etter at hun innførte døgnskuttvakter (Mathisen, 2006).

Den norske diakonissen Cathinka Guldberg fullførte også sin utdanning ved Kaiserwerth i Tyskland (Mathisen, 2006). Guldberg regnes som grunnleggeren av norsk sykepleierutdanning. Diakonissehuset i Oslo startet sykepleierutdanning i 1868 med Guldberg som forstanderinne, og menn fikk tilgang til å bli sykepleier ved Diakonhjemmet i 1890. I 1894 åpnet Røde Kors sin første sykepleierskole i Norge, og dette var den første utdanning for sykepleiere som ikke hadde en religiøs tilknytning (Mathisen, 2006). Sykepleie fulgte altså to spor i Norge, en religiøs med diakonissebevegelsen som den dominerende og en sekulær med Røde Kors og Norsk sykepleierforbund i føringen (Hvalvik, 2005).

Det skjedde imidlertid noe i forhold til sykepleiernes underdanighet i forhold til legene på 1970- og 1980-tallet. Sykepleiere ble i økende grad bevisst på at sykepleie er et eget og selvstendig fag, noe som førte de til å innta en mer likeverdig posisjon i forhold til legene. Sykepleierne frigjorde seg dermed i økende grad fra det medisinske hierarkiet på 1980-tallet (Sommervold, 1997).

Sykepleiere har en todelt og dobbel strategi for ledelse i sykehus; den ene er en faglig ledelse av sykepleie som fag og den andre er den administrative rollen (Pfeiffer, 2007). Det essensielle i en sykepleiers faglige ballast er omsorg og teorier om omsorg. På en veldig forenklet måte kan en si at omsorg er for sykepleiere det medisin er for legene. Det er muligens her de største forskjeller på sykepleiere og leger som ledere kommer fram. Sykepleiere som er administrative ledere er uansett preget av sin utdanning og dermed omsorgsteorien siden den er så fundamentalt sentral i sykepleie som fag. Basis i all omsorgsteori er at den er individuell, konkret og situasjonsavhengig. Omsorg er holistisk og det vil si at omsorg skal gis på en måte som er helhetlig i tilnærmingen. Omsorg gis altså med tanke på å forbedre helse på en helhetlig måte.

Sykepleieprofesjonen har i lang tid vært opptatt av å ha kvalifiserte ledere. Ledelse har dermed vært ansett som et eget fag blant sykepleieledere gjennom en lengre periode. Fokuset har stort sett vært å få fram de administrative kvalifikasjoner sykepleiere besitter. Det administrative fokus for en sykepleieleder, eller en sykepleier som er administrativ leder og ikke faglig leder, bygger på management forestillingen om at ledelse ikke kan knyttes til et bestemt fag, men at det er de personlige kvalifikasjonene i form av egenskaper og evne til å lede som er det avgjørende (Sommervold, 1997). Det første store "opprøret" sykepleierne hadde med det eksisterende legeveldet kom med sykepleieraksjonen i 1972. Sykepleierne protesterte mot komiteen til Jon Bjørnson som foreslo å legge sykepleierutdannelsen til videregående skole, og de aksjonerte for høyere lønn. Ole Berg (2006) mener at dette viser at sykepleierne i Norge nå gikk bort fra kallet og religiøse motiver som tidligere hadde vært den store drivkraften for sykepleierne. Sykepleierne ønsket nå løsrivelse fra medisinen og oppnå respekt og anerkjennelse for eget fag.

Elin Margrethe Fjeldbraaten publiserte i 2010 sin doktorgradsavhandling. Hun har undersøkt sykepleieledere og legeledere sitt forhold til eget fag. Funnene i hennes forskning var at sykepleieledere nå har blitt mer opptatt av drift og av lederrollen, enn av sykepleie som fag (Fjeldbraaten, 2010). Sykepleierne håndterer også endringer som har vært i

spesialisthelsetjenesten annerledes enn legene; samtlige sykepleieledere i studien identifiserer seg først og fremst som ledere, mens legene definerer seg først og fremst som lege og lederrollen kommer i andre rekke (ibid). Fjeldbraaten mener at noe av årsaken til at sykepleieledere ikke definerer seg som sykepleiere handler om at det nå skjer en refortolkning av sykepleie som fag med bakgrunn i at pasienter er kortere i sykehus og at pasienter generelt har et økende behov for mer teknisk innstilte sykepleiere, mens omsorgen og det mellommenneskelige mellom pleier og pasient overtas mer og mer av helsefagarbeidere og andre grupper når pasienten utskrives fra sykehus til kommunehelsetjenesten (ibid).

2.5 New Public Management og enhetlig ledelse

Som nevnt innledningsvis, ble sykehusvesenet utover 1980- og 1990-tallet stilt overfor et stadig økende krav om effektivisering. Sykehusene hadde vokst seg store og behandlet stadig flere pasienter, men samtidig økte køen av pasienter som ventet på behandling og det var et økende antall pasienter som opptok plass på sykehusene som ikke hadde nok rom. Løsningen ble en midlertidig løsning som etter hvert så ut til å bli mer varig, nemlig korridorpasienter. I 1985 ventet over 60.000 pasienter på innleggelse i somatisk sykehus og over 60.000 pasienter ventet på behandling ved en somatisk poliklinikk (Berg, 2006). Avisene og media fråtset i historier om mennesker som lå på korridorer eller som ikke fikk behandling. Reformene i spesialisthelsetjenesten, som beskrevet tidligere i kapitlet, er en liten del av en omfattende reformbølge i offentlig sektor over hele den vestlige verden. Denne reformbølgen kalles New Public Management (NPM).

Gode økonomiske tider i Norge blir altså et helsepolitisk problem. Utgiftene til helsesektoren og sykehusene i sær, må begrenses. For å kunne gjennomføre nye innsparinger og et annet styresett i sykehusene, blir løsningen NPM. Ideen bak NPM kom fra Storbritannia og USA på slutten 1970-tallet (Gruenig, 2001), og kom som et tiltak for å effektivisere offentlige organisasjoner. Noen nøkkelord som karakteriserer NPM er budsjettkutt, desentralisering og effektivisering (Gruenig, 2001). Dermed blir det viktigste formålet med NPM mål- og resultatstyring av offentlig virksomhet (Gruenig, 2001). NPM kan ansees for å være en global trend da den kan gjenkjennes som tilnærmet lik over hele verden (Christensen & Lægred, 2002). Norge ansees for å ha vært tilbakeholden med innføring av NPM, særlig i begynnelsen, og kan derfor oppleve et større press om en rask og helhetlig innføring av NPM nå enn andre land (Christensen et al, 2008). Selv om man i Norge innledningsvis var tilbakeholdne med å

innføre NPM, blir NPM etter hvert utgangspunktet for en rekke omorganiseringsprosesser og omfattende reformer for sykehusvesenet i Norge

Antallet pasienter på venteliste til somatisk behandling økte raskt, og tallene som var rundt 60.000 i 1985 var i 1994 blitt til 80.000 for de med ventelistegaranti, for de uten garanti var antallet pasienter som ventet på behandling over 160.000 (Berg, 2006). Det var helt klart at sykehusene måtte effektiviseres og få økt produktivitet. Dette ble møtt med motstand hos den vanlige nordmann som hadde et bilde av det norske samfunn som en rik oljenasjon (Berg, 2010). NPM ble imidlertid introdusert og dette representerte noe nytt i offentlig forvaltning. NPM representerte et tydelig brudd med den tradisjonelle form for offentlig forvaltning og ledelsestradisjonene i sykehusene på den måte at tradisjoner og tankegang fra privat sektor ble hentet inn i den offentlige forvaltningen for å gjøre effektiviseringen mer virkningsfull. Et sentralt eksempel er stykkprisfinansiering og innføring av diagnose relaterte grupper (DRG) i helsevesenet. Det skulle være mindre detaljstyring ovenfra, altså fra politiske myndigheter, og ledere skulle styre sine organisasjoner innenfor gitte rammer og betingelser. Ledelse som fag skulle rendyrkes i sykehusene.

I og med at ledelse også ble en del av effektiviseringen og ny-organiseringen av sykehusene, kom det en reform som omgjorde hele ledelsesstrukturen i sykehusene. Det hadde vært en klar todelt ledelse ved norske sykehus, hvor sykepleierne stod for den administrative ledelsen, mens legene stod for den medisinske del.

Debatten som ledet opp til innstillingen til Steine-utvalget i 1997 ble innledet allerede i 1981 med arbeidet til Øie-utvalget. Utvalget ble nedsatt etter initiativ fra Norske Kommuners Sentralforbund (NKS) (Skjöld Johansen, 2009). Konklusjonen til utvalget var at kliniske avdelinger burde ledes av en overlege. Overlegen skulle være overordnet andre yrkesgrupper, avdelingsledelsen skulle riktignok fordeles mellom overlege og oversykepleier, men legen skulle være avdelingens øverste sjef og overordnet alt annet personell ved avdelingen (Skjöld Johansen, 2009). Oversykepleier skulle være underordnet avdelingens sjef, altså overlegen. Innstillingen fra Øie-utvalget vakte sterk harme blant sykepleierne, de mente at de nå ble fratatt makt de hadde arbeidet for å få gjennom mange år (Melby, 1990). Det er flere likhetstrekk mellom innstillingen til Øie-utvalget og Steine-utvalget, men forskjellen er at Steine-utvalget gikk inn for en profesjonsnøytral ledelse der hvor Øie-utvalget gikk inn for klar legeledelse (Nerheim, 2005).

Andersland-utvalget representerer neste steg politiske myndigheter tok mot innføring av enhetlig ledelse i sykehus. Utvalgets arbeid ble offentliggjort i 1990 og dette førte til at fokuset ble flyttet fra kampen mellom sykepleiere og leger (Skjöld Johansen, 2009). Sosialministeren ga utvalget i oppgave å vurdere og utarbeide anbefalinger om ledelse i offentlige sykehus. Andersland-utvalgets formening var at en generell administrativ ledelse ville være det mest optimale, kontra en faglig ledelse (Andersland, 1990). Ole Berg (2006) mener at Andersland-utvalget var det første utvalget som lanserte et offensivt forslag i ledelsesdebatten i sykehusene etter at Øie-utvalget hadde gitt sin innstilling ti år tidligere. Andersland-utvalget vektla i stor grad viktigheten av å nyttiggjøre seg av erfaringene fra det private næringsliv, særlig i forhold til spørsmål om effektivisering av helsevesenet og de pekte på at betydelige innsparinger ville være mulig om andre metoder for styring og ledelse ble tatt i bruk (Andersland, 1990). Arbeidsgruppen bestod blant annet av flere ledende skikkelser fra norsk næringsliv, blant annet Jan Erik Langangen fra Storebrand (ibid). Langangen var den næringslivstoppen som var en sterk pådriver for at ledelsesfilosofien til Georg Kenning (1913-1988), som mente at ledelse skulle profesjonaliseres og anses som et eget fag, kom til Norge på 1970-tallet (Skjöld Johansen, 2009). Berg (2006) påpeker også at det var Langangen som påvirket Andersland-utvalget til å benytte seg av ledelsesfilosofien til ledelseskonsulenten George Kenning (1913-1988).

Konklusjonen til Andersland-utvalgets arbeid var blant annet at lederen skulle først og fremst være leder, ikke medisinsk faglig ansvarlig: *”Ledelse er et fag som ikke nødvendigvis er knyttet til annen fagkunnskap. Lederkvalifikasjoner er i stor grad spørsmål om holdninger og personlige egenskaper”* (Andersland, 1990: 56). Det ble videre argumentert for at *”avdelingen skal ha én leder med ansvar overfor direktøren og for avdelingens totale virksomhet, ressursforbruk og resultat”* (ibid: 17). Innstillingen til Andersland-utvalget fikk ingen direkte konsekvenser for hvordan ledelsesutfordringene i sykehusene skulle løses, mye på grunn av utvalgets sterke næringslivspreg (Berg, 2006).

Ønsket om en ansvarlig leder på hvert nivå i sykehus ble så sterk etter en lang og hard profesjonskamp mellom sykepleiere og leger på Rikshospitalet, som bunnet ut i at sykehusdirektør Petter Faye-Lund bad om hjelp til hvordan sykehusbudsjettet skulle løses (Berg, 2010). Urolighetene på Rikshospitalet førte til et vedtak i Stortinget den 21. november 1995. Stortingsvedtaket lød: *”Stortinget ber regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger*

til grunn et enhetlig lederansvar på alle nivåer.” (NOU, 1997:2). Vedtaket førte til utarbeidelse av den mye omtalte NOU 1997:2 ”Pasienten først!”.

Våren 1996 nedsatte Sosial- og helsedepartementet et utvalg for utredning av intern organisering og ledelse i sykehus. Arbeidet ble ledet av Vidar Oma Steine, og blir derfor omtalt som ”Steine-utvalget”. Steine-utvalgets mandat var å finne tiltak som kunne bidra til bedre tilfredsstillelse av pasientenes behov i sykehusene. Utvalget mente i hovedtrekk at det å tilfredsstillende pasientenes behov var nært knyttet til sykehusets effektivitet og arbeidsmiljø. Utvalget hevder i sin rapport at løsningen til utfordringene er en bedre intern organisering og ledelse (NOU, 1997:2). Analysene utvalget gjennomførte omfattet endringer av sykehusets strukturer og systemer, men det ble klart poengtert at vurderinger av mer holdningsmessig karakter spilte like stor betydning. Utredningen som ble gjennomført viser til at problemer knyttet til pasientenes behov og hensynet til effektivitet og arbeidsmiljø, har sin årsak i samme hovedproblem. Hovedproblemet ble identifisert som mangel på ressurser i sykehusene, men samtidig heter det i utredningen at *”utvalget er imidlertid av den mening at uavhengig av om det er ressursbehov eller ikke, er det også en del å hente gjennom tiltak knyttet til organisasjon og ledelse”* (NOU, 1997:2: 49). Dette argumentet er i tråd med samtidens politiske krav til effektivisering og ”mest mulig helse per krone”.

Utvalget satte ned forskjellige makt- og interessegrupper, og ”Pasienten først!” inkluderer også sykepleierne som egen makt- og interessegruppe (NOU, 1997:2). Utvalget beskriver enhetlig ledelse som en ”oppgradering” av ledelsesfunksjonen uten å spesifisere og diskutere hva lederfunksjonen konkret består i. Det velges heller å definere ledelsesbegrepet i vid forstand som en ”ivaretagelse av et helhetlig ansvar for den virksomhet som ledes” (NOU, 1997:2). Utvalget mente at ledelsesfunksjonens betydning ville øke i framtiden, fordi det forventes økte krav til omstilling og krav til dokumentasjon av kvalitet i sykehusene. Steine-utvalget skisserte fire hovedområder for tiltak:

”1) Mål, resultatoppfølging og kvalitetsutvikling. For å kunne gjøre grunnleggende endringer i systemmessig eller holdningsmessig forstand er det avgjørende at mål og resultatoppfølging korrigerer endringsprosessen. Dette framstår samsvar med NPM-inspirerte ideer, som nevnt tidligere.

2) *Organisering, struktur og systemer. Bedre integrasjon av sykehustjenestene. Både internt og i forhold til andre sykehus og primærhelsetjenesten. Tiltakene vil blant annet være av strukturell og systemmessig karakter.*

3) *Personellressurser, kompetanse og arbeidskraft. Behovet for samarbeid. Om hvordan personellressursene bedre kan utnyttes til pasientenes beste.*

4) *Styring, ledelse og ansvar i sykehus. Det er grunn til å oppgradere ledelsesfunksjonen i sykehus på alle nivå. Det vil ikke minst være behov for en holdningsendring til ledelse i sykehus. Utvalget ønsker å beskrive nye lederroller i sykehus” (NOU 1997:2: 58).*

Utvalget legger til grunn at helsepolitikken vil gjøre sykehusene lettere å organisere og lede ved å skape grobunn for en ny lederrolle. Den nye lederrollen skal ikke ha de tradisjonelle helseprofesjonene som fundament. Hensikten med å endre den formelle ledelsesstrukturen er å endre roller og holdninger sykehusene (NOU, 1997:2). Utvalget gjør endringsarbeidet til et spørsmål om den enkelte ansattes holdninger til ledelse og hevder at dette kan gjennomføres ved å endre organisasjonskulturen i sykehuset:

”Utvalget mener at en av de viktigste utfordringene som sykehuset står ovenfor i dag er å utvikle en organisasjonskultur der ledere på alle nivå er tar helhetlig ansvar for alle resultater og aktiviteter, og at det utøves ledelsesengasjement som klart har som mål å nå dette ambisjonsnivået” (NOU, 1997:2: 87).

Arbeidet og utredningen til Steine-utvalget førte til endring i spesialisthelsetjenestelovens § 3-9 som trådte i kraft i 2001. Endringen i spesialisthelsetjenesteloven (1999) lyder:

”Sykehus skal organiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglig rådgivere.”

Formålet med den nye paragrafen var at det skulle bli en resultatansvarlig leder på hvert nivå i sykehusene, og det er ikke gitt at lederen skulle være lege. Derimot måtte det være en medisinskfaglig rådgiver som er lege, om lederen ikke er lege selv. Dette ble særlig aktuelt for lederne på avdelingsleder nivå i sykehusene, da dette er det nivået hvor det tidligere gikk det klareste skillet mellom den administrative leder som ofte var sykepleier, og den faglige

lederen som var legen. Nå skulle det være en leder som var ansvarlig for hele avdelingen. Lederen ble nå profesjonsnøytral.

Profesjonsnøytral og enhetlig ledelse skapte imidlertid forvirring på sykehusene. Mange oppfattet innføringen av enhetlig ledelse som et spørsmål om hvem som skulle være avdelingens overordnede. Skulle avdelingsoverlegen eller oversykepleieren være sjef? Samtidig med at endringene skulle iverksettes i 2002 oppstod det en debatt i media som artet seg som en profesjonskamp om lederposisjonen. Profesjonskampen hadde vært tydelig lenge innad i sykehusene, men nå ble den allment kjent. Kjernen til konflikten var hvilke kriterier og krav til utdanning som skulle stilles til avdelingsledere ved ansettelse. Profesjonskampen ble ytterligere synliggjort ved at de ansattes fagforbund deltok aktivt i debatten. Uenigheten mellom Legeforeningen og Sykepleierforbundet spesielt, gikk på om at siden det medisinsk faglige ansvaret ved avdelingene alltid ville være legenes, så var det naturlig at legene ble avdelingsledere.

Helse- og sosialdepartementet utga et rundskriv (I-9/2002) mens debatten og profesjonskampen om lederstillingene i sykehusene pågikk. I rundskrivet ble det gjort forsøk på å tydeliggjøre lovens krav til ledere i sykehus. Rundskrivet tegner et skille mellom det som kalles systemansvar/ledelsesansvar og profesjonsansvar (I-9/2002) ved å peke på helsepersonellovens § 16 som lyder: *"virksomhet som yter helsehjelp organiseres slik at helsepersonellet er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter"*. Helsedepartementet peker på at det er sykehusenes eiere og ledelse som har ansvaret for å tilrettelegge virksomheten slik at lovkravene overholdes, og at det er dette som kalles "systemansvar" eller "ledelsesansvar". Profesjonsansvaret ligger hos det enkelte helsepersonell som plikter å kjenne og innrette seg etter de krav som i lov og forskrift stilles til yrkesutøvelsen. Krav til helsepersonellens yrkesutøvelse er uavhengig av om helsepersonellet utøver sitt yrke som selvstendig næringsdrivende eller som ansatt i sykehus eller annen virksomhet (I-9/2002). Dette betyr at den enkelte sykehusansatt har et selvstendig ansvar for sin profesjonsutøvelse og er samtidig underordnet og må innrette seg etter ledelsen i sykehuset. Dermed blir det helt essensielt at sykehusets organisatoriske løsninger og samspillet mellom de ulike profesjonsgruppene legger til rette for at den medisinfaglige spesialkompetansen fullt ut kan bli benyttet til det beste for pasientene (NOU, 1997:2).

Når dette er sagt, så er det viktig å være oppmerksom på at enhetlig ledelse som ide og tanke ikke var noe som oppstod i tiden for reform med NPM som inspirasjon. Den franske

ledelsesfilosof Henri Fayol (1841-1925) skrev om enhetlig ledelse allerede i 1917. Ifølge Fayol finnes det fem allmenngyldige prinsipper for ledelse: (1) planlegging, (2) organisering, (3) ledelse, (4) koordinering og (5) kontroll (Fayol, 1974). Med kontroll menes at en leder må få tilbakemelding på en prosess for å kunne foreta nødvendige justeringer. Fayol levde på samme tid som tanken bak Scientific Management (SM) ble utarbeidet av Frederick Taylor (1856-1915), en modell Fayol var sterkt uenig i. SM tar for seg effektiv organisering av produksjon i et konkurransemiljø hvor bedrifter må kontrollere produksjonskostnadene. Fayol kritiserte SM fordi den krevde at arbeidere ble utsatt for styring fra inntil åtte forskjellige ledere (Fayol, 1974). Dette representerte et brudd med prinsippet om enhetlig ledelse.

I 2006 ble undersøkelsen ”Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet?” presentert av E. Gjerberg og B. Sørensen i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Data ble samlet inn i 2003 og 2004, tre år etter lovvedtaket om enhetlig ledelse (Gjerberg & Sørensen, 2006). I undersøkelsen (ibid). kom det fram at todelt ledelse ble praktisert på over 90 % av Norges sykehus i 1996. Ledelsesansvaret var fordelt mellom oversykepleier som hadde ansvar for det sykepleiefaglige og pleiepersonalet, mens avdelingsoverlegen hadde ansvaret for det medisinskfaglige og legepersonalet (ibid). Formålet med denne undersøkelsen var å finne hvem som var enhetlig ledere i sykehus, altså hvilke profesjoner disse lederne hadde sin bakgrunn i. Funn fra de inkluderte sykehus (ibid) viste blant annet:

- 90 % hadde innført enhetlig ledelse. Noen avdelinger hadde skilt ut sykepleiertjenesten og latt denne bli ledet av en sykepleier som rapporterte til divisjonsdirektør.
- 67 % av avdelingslederne var leger.
- 28 % av avdelingslederne var sykepleiere. Sykepleierne ledet oftest psykiatriske eller medisinske avdelinger.
- Der avdelingsleder ikke var lege, var det innsatt lege som var ”medisinskfaglig ansvarlig”. Betegnelsen ”medisinskfaglig rådgiver” ble svært sjeldent brukt.
- 50 % av sykehusene rapporterte uro ved innføring av enhetlig ledelse, mest uro var rapportert ved de største sykehusene. Uroen skyldtes som oftest uavklarte ansvarsforhold i lederrollen og at legene ikke aksepterte å bli ledet av andre enn leger.

Om en sykepleier hadde blitt foretrukket framfor en lege til en lederstilling boikottet legene møter og de framsatte trusler om oppsigelser.

I 2010 ble rapporten "Helseforetakenes interne organisering og ledelse" utgitt. Den er utarbeidet av Lars Erik Kjekshus og Vilde Bernstrøm ved Universitetet i Oslo og baseres på 17 innkomne rapporter fra 17 spurte helseforetak (Kjekshus & Bernstrøm, 2010). Den tegner et annet bilde enn undersøkelsen til Gjerberg og Sørensen fra 2006:

- Enhetlig ledelse i virksomheten i 2009: 91 %
- Prosentandel leger som er avdelingsleder i 2009: 39 %
- Prosentandel sykepleiere som er avdelingsleder i 2009: 48 %
- Prosentandel av avdelingsledere (lege) som bruker 100 % av tiden på ledelse i 2009: 2 %
- Prosentandel av avdelingsledere (sykepleier) som bruker 100 % av tiden på ledelse i 2009: 67 %

(Kjekshus & Bernstrøm, 2010).

Både sykepleie og medisin har lange ledelsestradisjoner. Historisk sett har det vært ulike juridiske og politiske rammer for ledelsen av helsetjenesten. Vi har gått fra todelt til endelt ledelse. Det synes å være systematiske forskjeller i måten sykepleiere og leger utøver sin ledergjerning, bl.a. med hensyn til i hvilken grad ledelsesoppgavene er en heltidsvirksomhet eller ikke. Hvordan ledere selv opplever å være enhetlige ledere har det blitt sagt mindre om/fokusert mindre på.

3 Metode og materiale

3.1 Valg av metode

Vårt utgangspunkt var at vi var nysgjerrige på hvordan enhetlige ledere faktisk opplever å være enhetlig leder, i dag 10 år etter sykehusreformen (Ot.prp. nr. 66, 2000-2001, lovendring i spesialisthelsetjenestelovens § 3-9: 2001). Vi ønsket også å undersøke nærmere om de syntes enhetlig ledelse var en hensiktsmessig måte å lede sykehusavdelinger på.

Vi kom frem til at kvalitative dybdeintervjuer av ledere ved to ulike sykehus kunne gis oss et innblikk i vår problemstilling. Vi ønsket en større dybdeforståelse om hvordan noen enhetlige ledere i 2011 opplever sin arbeidshverdag i sykehus. I følge Kvale (2009: 43) er *"formålet med det kvalitative forskningsintervju å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes perspektiv."*

Vår personlige erfaring er at det kan være ulike tankesett og preferanser for hva/hvordan man velger å utføre et arbeid (kulturer) fra sykehus til sykehus, og ved å velge to sykehus av ulik størrelse kunne vi også få fatt i nettopp denne type kulturforskjeller. Vi ønsket også å se på om det var forskjeller i tankesettet rundt ledelse alt ettersom hvilken fagbakgrunn man har. For å få avgrenset oppgaven valgte vi å fokusere på legeledere og sykepleieledere, da disse gruppene er de som tradisjonelt har ledet norske sykehus i henholdsvis administrasjon (sykepleiere) og fagledelse (legene) siden 1970-tallet (Berg, 2006; Skjöld Johansen, 2009: 7-17; Jørgensen, 2009: 15-19; Torjesen, 2007: 25-26).

Vi startet vår studie med å lage en intervjuguide med 14 åpne spørsmål som vi håpet ville gi ærlige svar på informantenes fokusområder i sin enhetlige ledelsesgjerning, samt på hva som er deres største utfordringer i denne type stilling (vedlegg 1). Vi ønsket at samtalen/intervjuet skulle flyte mest mulig naturlig og vi valgte derfor en semistrukturert intervjuform hvor vi stilte åpne spørsmål fra intervjuguiden etter hvert som samtalen utviklet seg. Ut fra en fenomenologisk-hermeneutisk inspirert tilnærming¹ var målet å få tak i informantenes dybdeforståelse av begrepet ledelse, hvordan de i praksis utfører ledelse og hva som er deres største utfordringer i forhold til enhetlig ledelse.

¹ I følge Giorgi er fenomenologi "studiet av strukturen og variasjonene i strukturen i den bevissthet som en ting, hendelse eller person fremtrer for". (Kvale, 2009: 46). Fenomenologisk metode omfatter å beskrive, undersøke av essenser hvorpå man ser bort fra forestillinger om hvorvidt et bestemt opplevelsesinnhold eksisterer eller ei.

Vi valgte å søke Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) om godkjenning til å foreta intervjuene samt oppbevaring av datamateriale. Denne søknaden fikk vi godkjent (vedlegg 2).

3.2 Utvalg/deltakere

Godkjenningen fra NSD og informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 3) ble sendt i e-post til administrerende direktør (nivå 1) og klinikksejfer (nivå 2) ved et stort og et mindre sykehus i østlandsområdet.

Det var én av klinikksejferne ved den ene sykehuset som svarte på vår henvendelse med å si at dette kunne de ikke bruke tid på nå, men samtlige andre fikk vi positiv respons fra. Vi fikk også forslag fra det ene sykehuset hvem vi kunne rekruttere av informanter, og det var disse vi tok kontakt med. Dette ble gjort via e-post og telefon. På det andre sykehuset rekrutterte vi delvis av hjelp av klinikksejferne, og delvis ved å ringe og få oppgitt navn og e-postadresse til de aktuelle nivå 3 lederne. Samtlige informanter har undertegnet samtykkeskjema. Vår hovedtanke i rekrutteringsprosessen var først og fremst å få nok informanter, deretter var det å få et representativt utvalg av legeledere versus sykepleiere. En kjønnsmessig fordeling var ikke vårt hovedfokus, da vi primært ønsket tilgang til de lederne som de utvalgte sykehusene hadde tilgjengelig, uavhengig av kjønn.

Vi ønsket å gjennomføre cirka 10 intervjuer på om lag 1 time hver. På grunn av sykemeldinger hos et par av informantene endte vi opp med 9 informanter hvorpå 3 er leger og 6 er sykepleiere. Informantene er alle avdelingsledere på nivå 3, det vil si ledere for en avdeling.

Figur 1. Ledernivå i sykehus



Figur 1 er ment til å illustrere et typisk organisasjonskart over det kliniske ledelsesnivå i et norsk sykehus i dag. Alt ettersom hvor stor sykehuset er har det fra 4 til 7 ledernivå (Kjekshus, Bernstrøm, 2010). Vi valgte å rekruttere informanter fra nivå 3 avdelingsledere, eller det Mintzberg (1989) kaller mellomleder-nivå. Dette ledernivået ble tidligere besatt av avdelingsoverlege og oversykepleier som sammen hadde avdelingsansvaret under todelt ledelse.

Vi valgte dette nivået fordi vi tenkte at disse sitter nærmest til å kjenne på hvordan enhetlig ledelse fungerer i praksis i forhold til det å lede ulike faggrupper i klinisk pasientbehandling. Vi ønsket å rekruttere informanter som er "de typiske" (typical case sampling), det vil si enhetlige ledere som besitter kunnskap og erfaring vedrørende vår problemstilling (Kuper, 2008: 337). Vi lyktes i dette, samtidig som utvalget også ble preget av det Tove Thagaard (2002) betegner som et "tilgjengelighetsutvalg". Som tidligere nevnt ble informantene fortløpende rekruttert ut fra den tilgjengeligheten som klinikksjefene ga oss til nivå 3 lederne, og det var én av klinikksjefene (av totalt 4 som ble kontaktet) som takket nei til å la sine nivå 3 ledere delta i denne studien. Begrunnelsen for avslaget til den ene klinikksjefen var at denne klinikkens ledere var under så sterkt arbeidspress, og at de derfor ikke kunne bruke tid på å bli intervjuet av oss.

Informantene ble fortløpende rekruttert, delvis ved hjelp forslag fra klinikksjefene, og delvis ved at vi selv fant navn og e-postadresse til de aktuelle avdelingslederne. Intervjtid ble avtalt så fort de hadde sagt seg villig til å stille opp, og da vi hadde lagd ti avtaler sluttet vi vårt søk etter informanter. I tabellen nedenfor ser man en oversikt over våre informanters kjønn og fagbakgrunn. Av hensyn til anonymiseringen av informantene velger vi ikke å oppgi hvilket av sykehusene som er stort og hvilket som er lite i vår informantoversikt, og heller nøye oss med å meddele at vi rekrutterte 5 informanter fra det store sykehuset og 4 informanter fra det mindre sykehuset.

Tabell 1. Oversikt over fagbakgrunn og kjønn hos informantene:

Informant 1:	Lege	Mann
Informant 2:	Lege	Mann
Informant 3:	Sykepleier	Mann
Informant 4:	Lege	Mann
Informant 5:	Sykepleier	Mann
Informant 6:	Sykepleier	Kvinne
Informant 7:	Sykepleier	Kvinne
Informant 8:	Sykepleier	Kvinne
Informant 9:	Sykepleier	Mann

3.3 Gjennomføring av intervjuene

Vi gjennomførte intervjuene våren 2011. Vi brukte både PC og båndopptaker for å sikre at vi ikke gikk glipp av noe data, og vi var begge tilstede på alle intervjuene. På intervju nummer 9 fikk vi problemer med vår PC, noe som medførte at vi kun fikk med deler av dette intervjuet. Til alt hell hadde vi opptak av dette intervjuet i sin helhet på vår båndopptaker. En følge av dette er at vi velger å beholde båndopptakeren som tilgang til råmaterialet, og opptakene på PC er slettet.

Vi organiserte oss slik at en av oss stilte spørsmål og den andre observerte, lyttet og stilte tilleggsspørsmål. Informantene fikk en rask introduksjon om hvem vi er og hvorfor vi ønsket å gjøre denne studien.

Syv av informantene hadde tilsynelatende ingen problemer med at vi brukte båndopptaker og PC. Det at praten fløt uanstrengt både før, under og etter at båndopptaker og PC var slått på/av, tolket vi som om at informantene ikke følte seg hemmet av at de ble tatt opp på bånd. Tvert imot syntes de å glemme både PC og båndopptaker under intervjuene. Forstyrrelser slik som telefon, folk som banket på døren og lignende, førte ikke til at vi ble bedt om å stoppe opptakene. Disse informantene kom ikke med noen informasjon som var vesentlig for temaet etter at båndopptakerne var slått av. En årsak til dette kan være at vi ettertrykkelig påpekte at

alle data som kan spore vedkommende informant ville bli anonymisert og at ingen ville få tilgang til intervjuene. Det ble også formidlet at båndopptakene ville bli slettet ved prosjektets slutt.

To av informantene virket derimot litt mer hemmet av at vi brukte båndopptakere. Disse virket noe anstrengte i sin kroppsholdning og transkriberingen viste også at disse to var litt mer nølende og forsiktige i sin uttrykksform. Hos den ene av disse to gikk praten litt mer uanstrengt når vi slo av båndopptakerne, men ingen av disse to informantene kom med ny og relevant informasjon i forhold til oppgavens tema etter at båndopptakerne var slått av. Til tross for sin litt nølende uttrykksform opplevde vi at de svarte ærlig, blant annet på spørsmål om utfordringer og personalmessige konflikter. For disse to kan settingen med å bli intervjuet ha vært ny og ukjent, og muligens kan dette være grunnen til at de virket noe mer hemmet i intervjusituasjonen.

Vårt helhetsinntrykk av de 9 informantene er at de har svart relativt ærlig. I denne type undersøkelse hvor problematiske ledertemaer blir behandlet, kan informantene fort havne i en lojalitetskonflikt. At derfor noen svar derfor ble litt vage anser vi som naturlig, men til tross for dette er vårt inntrykk at vi har fått ut mange åpne og ærlige svar av informantene. Skal vi trekke frem noen av intervjuene som svært ærlige og lite bundet av konformitetshensyn så må det bli lederne med legebakgrunn. De svarte svært beskrivende, konsist og direkte på de fleste av våre spørsmål, og spesielt de som handlet om utfordringer i deres ledervirke. De hadde ingen vegring for å belyse, og eventuelt kritisere, både system og ledelse over deres eget ledernivå.

Intervjuene ble mellom 50 og 60 minutter lange. Vi valgte å transkribere intervjuene selv, hvorpå vi transkriberte halvparten hver. Da denne jobben var gjort utvekslet vi vårt ferdigskrevne materiale slik at vi begge fikk en oversikt over alle 9 intervjuene. Kirsti Malterud (2008: 80) anbefaler forskeren å transkribere intervjuene selv, da dette vil kunne gi forskeren mulighet for å bli kjent med materialet fra en ny side. Gjennom transkripsjonsprosessen fikk vi en ny innsikt i informasjonen som kom frem i intervjuene, både på godt og vondt. Vi identifiserte straks at vi hadde noe snakk som var helt utenfor tema i et par av intervjuene, og vi ble enige om at disse avsnittene utelot vi å transkribere. For øvrig valgte vi å transkribere så ordrett som mulig. Ved svært muntlig språk valgte vi å trekke ut essensen i en setning og gjengi den. Vi valgte å ikke gjengi muntlige gjentakelser og

beskrivelse av nonverbale lyder og fakter. Siden vi begge var tilstede på alle intervjuene, så sitter vi igjen med et godt inntrykk av det informantene formidlet både verbalt og nonverbalt.

3.4 Analyse

Da transkriberingen var ferdig startet vi å tematisere vårt materiale, det vil si identifisering av meningsbærende enheter og systematisering av disse (Malterud 2003: 100-103). For å få et stort materiale håndterbart valgte vi å dele besvarelsene inn i følgende temaer: "Ledelse" og "Utfordringer". Innenfor temaet "Ledelse" brukte vi fargekoding på begrepene "fagledelse", "syn på enhetlig ledelse" og "personlige egenskaper". Temaet "Utfordringer" beholder vi i sin helhet og vi vil her se på forskjeller mellom sykehus 1 og 2, samt mellom legeledere og sykepleieledere. Vi tenker at disse temaene vil belyse ulike sider av vårt forskningsspørsmål. På grunn av vår "løse form" i intervjusettingen fikk vi et stort og noe ustrukturert materiale å håndtere i etterkant. Vi kunne muligens ha hatt en noe strengere struktur på våre intervjuer, men fordelene med å ha den løse formen vi har valgt kan være at informantene har fått snakke mer åpent og ærlig om hva som rører seg i dem uten at vi har "lagt ord i munnen" på dem.

Tove Thagaard (2002: 56) snakker om et "metningspunkt" i forhold til utvalgets størrelse. Dette innebærer at flere intervjuer ikke synes å generere ny innsikt i forhold til det fenomenet som vi ønsket å studere (ibid). For oss er det vanskelig å si om vi har nådd et slikt "metningspunkt", spesielt med tanke på at vi hadde informanter fra to ulike kategorier. Det som taler for at vi nådde et slikt metningspunkt var at vi satt igjen med en god grunnforståelse om fenomenet vi skulle utforske, både ved det lille og det store sykehuset, da de 9 intervjuene var gjennomført. Det omfattende materialet vi da satt med, sett opp mot oppgavens omfang, gjorde at vi etter intervju nummer 9 ble enige om at vi hadde nok informasjon til å kunne starte med analyse og tolking. Dessuten kom det mindre nytt fram etter hvert som intervjuene ble gjennomført, informantene la vekt på de samme elementene.

I ettertid ser vi at vi kunne ha hatt en eller to informanter som var lege og kvinne ved det største sykehuset. Det kan ha vist noen forskjelligheter i tankesettet rundt begrepet ledelse sammenlignet med de mannlige kollegaene. Som tidligere nevnt var ikke dette med kjønn særlig bevisst hos oss, og tilfeldighetene gjorde at det var mannlige leger som responderte på vår henvendelse da vi rekrutterte informanter.

I analysearbeidet har vi tatt utgangspunkt i det Kvale (2009: 221) kaller fortolkningskontekster. Denne fortolkningsmetoden tar utgangspunkt i informantens selvforståelse (det informanten selv oppfatter som meningen med sine uttalelser) og en kritisk forståelse basert på sunn fornuft (allment fornuftig fortolkning av informantens uttalelser). Vi har tilstrebet å gjengi hva informantene sier, trekke ut meningen av dette og oppsummere det vi har funnet av svar på vårt forskningsspørsmål.

I vår drøftingsdel vil vi benytte en teoretisk forståelse og se denne opp mot informantenes meninger i forhold til vår problemstilling. Fokuset vil da være på de forskjeller vi har funnet mellom sykepleiere og leger, og om informantenes etterlever det som var hensikten med innføringen av enhetlig ledelse, gjengitt i NOU 1997:2 "Pasienten først", Helsepersonellovens § 16 og Spesialisthelsetjenestelovens § 3-9.

3.5 Refleksivitet

I følge Kirsti Malterud handler refleksivitet *"om å forholde seg til forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former den kunnskapen som kommer ut av prosessen"* (Malterud, 2002: 2471). I denne definisjonen ligger det at vi som forskere må være bevisste på vår forforståelse og den teoretiske referanseramme som bestemmer hvilken side av virkeligheten som skal belyses.

Som nevnt innledningsvis er begge forfatterne av denne oppgaven sykepleiere med henholdsvis spesialisering i psykiatri og intensivsykepleie. Vi har til sammen jobbet 24 år med klinisk sykepleie, og ingen av oss har nevneverdig ledererfaring.

Vi har forsøkt å være oss bevisst, både i forarbeidet, i intervjusituasjonen, under transkriberingen og i analysearbeidet, å ikke være forutinntatt i forhold til informantenes respons på våre spørsmål. Samtidig har vi tilstrebet å være åpne, nysgjerrige og spørrende. Vi informerte ikke informantene på forhånd om hva vår yrkesprofesjon var, bare at vi var mastergradsstudenter. Til de informantene som lurte på dette underveis i intervjuet ga vi informasjon om vår profesjon og spesialisering. Grunnen til at vi ikke valgte å informere om dette var at vi ønsket at informantene skulle se på oss som nøytrale og objektive individer som var ærlig nysgjerrig, uten forutinntatthet, på de svarene de kom med.

Vi begge stilte utfyllende og oppklarende spørsmål underveis i intervjuene, men i ettertid ser vi at vi også stilte noen tilleggsspørsmål, av ren nysgjerrighet, som ikke var relevant i forhold til våre forskningsspørsmål. Dette medførte ekstra transkripsjonsarbeid, men slik vi kan se det har ikke dette medført at vi har gått glipp av informasjon som er relevant i forhold til vår problemstilling.

Vår forforståelse var at det er flest med legebakgrunn som sitter i denne type lederstilling. Vi ble derfor noe overrasket da det viste seg seks av våre informanter hadde sykepleierbakgrunn.

Vi var ikke forberedt på de store forskjellene det er å være leder på nivå 3 ved et stort sykehus versus et lite sykehus. På et stort sykehus kan en nivå 3 leder ha lederansvar for 700 ansatte, til forskjell fra en nivå 3 leder ved et lite sykehus med lederansvar for 30 personer. Våre funn kan vise om det til tross for disse forskjellene er noen fellestrekk ved å være leder, og hvilke ulike type utfordringer det medbringer å ha ansvar for mange ansatte versus få. Vi vil komme nærmere inn på forskjeller og likheter i vår resultat- og diskusjonsdel.

En annen forforståelse vi hadde var at legeledere er mer opptatt av fagledelse enn sykepleiere, og at leger generelt har en motstand mot å la seg lede av andre enn de faglig beste fra sitt eget spesialfelt med medisinsk embetseksamen. Denne forforståelsen er ervervet av å lese tidligere avhandlinger (Skjøld Johansen, 2005: 13; Torjesen, 2007: 27-28) om dette temaet, samt vår egen praksiserfaring. Svaret på om vår forforståelse vedrørende dette temaet ble bekreftet eller avkreftet finner vi i oppgavens del 4.2.3.

Ved utforming av prosjektbeskrivelse, problemstilling og intervjuguide diskuterte vi vår forforståelse med våre veiledere.

4 Presentasjon av funn

Vi har valgt å presentere våre funn i forhold til vår problemstilling, og temaene blir derfor behandlet i denne rekkefølgen:

4.1 Hvilke synspunkter har avdelingsledere på enhetlig ledelse?

Vi vil i denne delen gjengi hva informantene har formidlet vedrørende deres syn på enhetlig ledelse, og hvorvidt de synes at denne ledelsesformen er en hensiktsmessig måte å lede en avdeling på.

4.2 Hva vektlegger avdelingsledere i sin utøvelse av ledelse?

I denne delen vil vi berøre informantenes syn på ledelse og hvilke personlige egenskaper som er viktige å inneha som enhetlig leder. Vi vil også gjengi deres holdninger og syn på hvilken faglig bakgrunn en leder bør ha, samt deres syn på faglig ledelse. Vi har i dette spørsmålet valgt å se legeledernes svar opp mot sykepleieledernes svar.

4.3 Hvilke utfordringer opplever informantene som enhetlige ledere?

Under dette punktet vil vi gjøre rede for hvilke typer utfordringer informantene har i sin hverdag som enhetlig leder, og vi ønsker også å identifisere om det er store eller små forskjeller i utfordringer ved å være avdelingsleder i et stort og et lite sykehus.

4.1 Hvilke synspunkter har avdelingsledere på enhetlig ledelse?

For å finne svar på dette forskningsspørsmålet stilte vi spørsmål til informantene hvorvidt de syntes enhetlig ledelse var en hensiktsmessig måte å lede på i forhold til tidligere ledermodell som var todelt ledelse. Som vi har redegjort for i vår teoridel var det skepsis og motstand mot innføringen av enhetlig ledelse for 10 år siden. Konflikter dreide seg om hvorvidt det var sykepleiere, leger eller annet helsepersonell som skulle lede i sykehus. Nedenfor følger informantenes svar og begrunnelse i forhold til hva de tenker om enhetlig ledelse, i dag 10 år etter reformen. Det viste seg at åtte av informantene syntes at enhetlig ledelse er en riktig ledelsesmodell i sykehus. En informant som er lege begrunnet dette med følgende sitat:

”Jeg tror det er bra at det er en som har det totale ansvaret, men behovet er forskjellig utover i organisasjonen. Dermed er det en fordel at det er en leder som har ansvaret for hele pasienten, slik det er med enhetlig ledelse.”

Den samme informanten meddelte også enhetlig ledelse medbringer mange utfordringer fordi man er avhengig av å samarbeide med andre enheter som også er ansvarlige for pasienten. Til tross for disse utfordringene blir det vektlagt at behovet til de ulike enheter, og eventuelt deres fagpersonell, er forskjellig og at det derfor er positivt at én leder sitter som ansvarlig for den medisinske behandlingen av pasienten i denne spesifikke avdelingen.

En annen informant, som også er lege, meddelte at han var ”ganske sikker” på at enhetlig ledelse var noe man måtte ha. Begrunnelsen for dette var at man kan ha rådgivere og lederteam men disse kan ikke bestemme og ta ansvaret fordi dette er fortsatt en leders ansvar. Slik vi forstår denne informanten så ligger det i ”leder-begrepet” at en leder må ha det avgjørende ordet, og at flere personer kan ikke ha denne rollen/makten i en avdeling. Denne informanten virker å være fortrolig med det ansvaret som medfølger å være enhetlig leder og uttrykte følgende:

”Hadde vi gått tilbake til todelt ledelse, hadde jeg oppfattet det som mistillit og takket for meg. Jeg ville ikke kunnet fungere for man må ha et ansvar.”

To andre informanter som er sykepleiere uttrykte at de anså enhetlig ledelse som en god modell fordi de opplevde faggruppene som tettere faglig og samarbeidsmessig nå med én felles leder. Begge disse lederne hadde lang jobberfaring i dette sykehuset, og de hadde tidligere jobbet under flerdelt ledelse. Etter innføringen av enhetlig ledelse har de opplevd at samholdet har blitt styrket. Den ene synes flerdelt ledelse er en merkelig gammel tradisjon da dette ikke fremmer tverrfaglig samarbeid. Videre ble det formidlet at dersom man hadde gått tilbake til flerdelt ledelse ville informanten ha syntes at dette var veldig trist fordi man skal jobbe ut i fra det samme: ”vi skal jo hjelpe pasientene våre!”. For å få til dette så mener de at enheter må samles, tverrfaglighet fremmes og én leder må sitte ansvarlig for dette.

En annen leder med sykepleiebakgrunn var støttende i forhold til hva de to overstående formidlet har følgende å si:

”Kunne jeg velge mellom enhetlig eller flerdelt ledelse er jeg ikke i tvil. Jeg vil ha det tverrfaglig. Jeg kunne ikke gått tilbake til flerdelt ledelse nå, hvis du skal tenke bare

sykepleieledelse så blir du fastlåst, du får ikke det vide helhetssynet mener jeg. Og likedan med kun leger, derfor vil jeg ha det enhetlig.

En av informantene virker noe usikker i forhold til dette forskningsspørsmålet. Denne informanten (sykepleier) har svart følgende:

”Det er ikke slik at enhetlig ledelse er det eneste som kan fungere, tredelt ledelse kan også fungere, det går på det å samarbeide. Likevel er det slik at det er en som må ha ansvaret.”

Denne lederen har vært leder i mange år, både under to- og tredelt ledelse. Slik vi tolker denne informantens svar så har de ulike ledelsesmodellene sine fordeler og ulemper, og informanten har selv opplevd at ved hjelp av godt samarbeid kan man få fagledelse til å fungere. Allikevel virker det som om informanten i løpet av intervjuet kom frem til at enhetlig ledelse, i den forstand at det er en som har det totale ansvaret for pasienten og tjenesten som avdelingen tilbyr, er nødvendig.

En annen informant, som også var sykepleier, trekker frem medbestemmelse og rådføring mellom faggruppene som en god modell for å lykkes med enhetlig ledelse i en kompleks avdeling. Denne lederen mener at å ha en ledergruppe bestående av 6-8 personer, der alle profesjoner er representert, er en god måte å drive ledelse på. Slik vi har tolket denne informanten så kan en ledergruppe brukes til rådføring, men samtidig så sier ikke denne informanten noe tydelig om hvem som skal ha beslutningsmyndigheten. Informanten formidler at enhetlig ledelse gir mer tydelighet og at det er en styrke for faget. Å ha en egen ledelse på ulike fagnivåer vil medføre en kvalitetsvekkelse. Vi tror at denne lederen mener at enhetlig ledelse er å foretrekke fremfor to- eller flerdelt ledelse, men at dette ble uttrykt litt vagt som følge at denne tilleggsinformasjonen:

”Dette er en organisasjon som ikke bærer preg av å være enhetlig ledet, men den er visst det juridisk sett.”

Denne lederen er ansatt ved det mindre sykehuset, og underveis i intervjuene identifiserte vi at legene ved dette sykehuset ble ledet i en egen linje. Til tross for dette mener sykehuset selv at de praktiserer enhetlig ledelse, men dette kommer først til uttrykk ved ledernivå 2 (se figur under punkt 3.2). Klinikksjefene har beslutningsmyndighet overfor legene, mens avdelingsledere på nivå 3 ikke har denne beslutningsmyndigheten. Nivå 3 lederne har beslutningsmyndighet overfor de andre faggruppene, slik som for eksempel psykologer og

fysioterapeutene, og dette er grunnlaget for at de kaller sin ledelsesstruktur for tverrfaglig eller enhetlig. Vi vil komme tilbake til hva dette medfører av utfordringer for avdelingslederne ved dette sykehuset under punkt 4.3.

En informant som er leder for flere hundre mennesker trakk frem både positive og negative sider ved enhetlig ledelse og uttrykte følgende:

”Det positive med enhetlig ledelse er at det er tydelig hvem som sitter med ansvaret, men det negative i det synes jeg er at vi ikke har fått lov til å bygge opp nok stabsstøtte på avdelingene slik at man ivaretar lederfunksjonene godt nok. Jeg tror det hadde vært en styrke om man fikk lov til å bygge mer lederstøtte.”

Informanten sier her at han i utgangspunktet ikke er negativ til enhetlig ledelse, men at en enhetlig leder på et stort sykehus er avhengig av en stabsstøtte slik at man har en forutsetning til å lede og ikke bare administrere. Videre i intervjuet kommer det frem at denne lederen egentlig tror at på avdelingsnivå i en stor avdeling så er todelt ledelse mer funksjonelt. Hadde man hatt en bedre stabsstøtte og flere som kunne ha delt lederansvaret, så hadde man kunne delegert bort mindre ledelsesoppgaver og utfordringene hadde vært mindre. Videre formidlet denne informanten at enhetlig ledelse bare var et ”slagord”, og at i denne informantens avdeling vil det være svært vanskelig å være profesjonsnøytral.

Vårt helhetsinntrykk av informantenes syn på denne problemstillingen er at uavhengig av fagprofesjon (lege eller sykepleier), og om man jobber på et stort eller lite sykehus, er det en klar overvekt av ledere som mener at enhetlig ledelse er den riktige lederformen for å få til et tverrfaglig samarbeid og samhold mellom faggruppene. Ved enhetlig ledelse får man en mer helhetlig behandling av pasienten i følge disse informantene. Disse lederne virker å trives i sin ledergjerning og mange av dem uttrykte at de ville ha følt det som et nederlag å skulle bli ”degradert” til å være leder for kun sin egen faggruppe.

Én leder har en mer negativ innstilling til enhetlig ledelse. Begrunnelsen for dette er at han mener sykehuset fremdeles preges av fagledelse, og at enhetlig ledelse praktiseres på papiret og for at ledernivå 1 og 2 skal ha noen å ansvarliggjøre. Denne lederen har en sterk faglig forankring inn i avdelingen. Til tross for dette bærer våre funn preg av en massiv oppslutning om at enhetlig ledelse fører til større tverrfaglig samarbeid og en mer helhetlig tenkning.

4.2 Hva vektlegger avdelingsledere i sin utøvelse av ledelse?

I dette kapittelet ønsker vi å redegjøre for hva informantene har svart i forhold til hva de selv legger vekt på i sin ledergjerning og hva ledelse innebærer for dem. Vi vil også videreformidle hva informantene tenker om personlige egenskaper som er viktige å ha i sin ledergjerning. Vi stilte dette spørsmålet fordi vi ønsket å finne ut om hva ledere faktisk legger i begrepet ”personlige egenskaper” og hvordan de bruker dette selv i sin ledergjerning. Vi ønsket også å stille spørsmålet om det er viktig med en spesiell faglig forankring for å kunne lede en sykehusavdeling, og bakgrunnen for dette spørsmålet var å se om tidligere konflikter og uenigheter fremdeles er gjeldende på dette området (Gjerberg, 2006).

4.2.1 Informantenes syn på ledelse

Legenes syn på ledelse:

En av lederne med legebakgrunn meddelte at slik han så det så skal en leder tilrettelegge for sine medarbeidere slik at de får gjort jobben sin på en riktig måte. Videre formidlet denne lederen at en leder ikke kan være tilstede hele tiden men at man som leder må håpe på at ved hjelp av denne type tilrettelegging, og ved hjelp av at systemer virker som de skal, så får medarbeiderne utført det de skal. Målet med hans ledelse er at medarbeiderne skal få gjøre de oppgavene de har med best mulig rammebetingelser og resultat da dette er en kompetansebedrift. Vi antar at informanten med rammebetingelser mener økonomiske ressurser, utstyr, kunnskap og tekniske systemer som hjelper og støtter medarbeiderne i deres virke. Resultatet vil være en vellykket behandling av pasienten ut fra de forutsetningene man har.

En annen informant meddelte at ledelse er å skape verdier gjennom andre. Målet med dette er at avdelingen utvikles i positiv retning og at man gjør de rette valgene i forhold til fagets og samfunnets utvikling. Denne lederen tar altså på seg et visst samfunnsansvar i forhold til å dekke de økende kravene som kommer fra befolkningen og myndighetene. Som nevnt innledningsvis (se punkt 1.1) så stilles det krav om stadige mer effektive, sikre og kostnadseffektive måter å behandle pasienter på, noe denne informanten er seg bevisst i sitt ledervirke.

En tredje informant med legebakgrunn la i sin ledergjerning vekt på å være åpen og ha evne til personalpolitikk, og målet med dette er å få de rette personene til å jobbe på en riktig måte i de rette posisjonene. Vedkommende uttrykte også at hans profesjon hadde lært ham til ikke å degge med medarbeidernes følelser, og han blander seg ikke opp deres privatliv. For oss virker denne lederen å ha et sterkt fokus på faget sitt, og å være faglig orientert i forhold til å få sine medarbeidere til å yte sitt beste i avdelingen.

Vårt helhetsinntrykk av det avdelingsledere med legebakgrunn vektlegger i sin ledergjerning er å være en tilrettelegger for at medarbeiderne skal kunne få utført sitt arbeid på en tilfredsstillende måte. Å degge med personalets følelser blir ikke vektlagt, men samtidig bør en ha evnen til å lytte til sine medarbeidere for så å kunne få folk til å jobbe på riktig sted og på riktig måte. Det er også viktig med fremsynthet og visjoner slik at man kan lede faget i riktig retning, samt ta et visst samfunnsansvar i forhold til å dekke befolkningens og myndigheters behov.

Sykepleiernes syn på ledelse:

En av våre informanter med sykepleierfaglig bakgrunn fremla mål og tiltak som viktige essenser i ledelse og at man som leder følger opp disse målene og tiltakene. Den samme lederen fremla i en annen setning at kjennskap til økonomi og avtaleverk også var viktig i forhold til å utøve ledelse.

En annen informant som har flere hundre ansatte hadde følgende å si om ledelse:

”For meg er det å lede, å veilede/lede andre. Backe opp andre ledelsesnivå under meg og å få gjennomført ting.”

Denne lederen har altså et fokus på å fremme ledelse gjennom å støtte og veilede sine medarbeidere. Den samme lederen trakk frem at det er viktig å være visjonær ved å stake ut kursen og vise retning.

En annen leder med sykepleiefaglig bakgrunn uttalte at det er viktig å få til et godt miljø og et best mulig klima å jobbe etter i avdelingen. Denne lederen synes å vektlegge at et godt fysisk og psykisk arbeidsmiljø bidrar til en god jobbutførelse hos de ansatte, og at dette er et lederansvar.

En annen leder fremmet tverrfaglig samarbeid som viktig. Uten slikt samarbeid vil det være vanskelig for en leder å nå de målene som er satt opp i forhold til resultat, økonomi og andre ting som man kan måles på.

Våre informanter med sykepleiefaglig bakgrunn var relativt sparsommelig med å uttale seg om ledelse på generelt grunnlag. På begrepet viktige personlige egenskaper hadde de desto mer å formidle (se nedenfor). Det vi allikevel kan trekke ut av informantenes svar er at sykepleieledere seg ut til å vektlegge verdier slik som å ”støtte opp under”, ”tilrettelegge for et best mulig klima”, ”tverrfaglig samarbeid” og ”å følge opp (mål og tiltak)”. Dette er begreper som dreier seg mye om mellommenneskelige forhold, og om å se og ivareta sine ansatte/medarbeidere innad i avdelingen. Middelet ved ledelse er å få kvalifiserte medarbeidere som er motiverte og samarbeidsvillige og målet er nå de resultatene som sykehusets øvrige ledelse krever.

4.2.2 Informantenes syn på personlige egenskaper

Legenes syn på personlige egenskaper som leder:

Den ene lederen med medisinskfaglig bakgrunn fokuserte på følgende i sitt svar om hva som er viktige egenskaper å ha når man er leder:

”Som leder trenger man et betydelig støtteapparat, man må være villig til å innhente kompetanse og bruke den.”

Vi tolker dette utsagnet dit hen at for å lykkes som leder i en kompetansebedrift bør lederen ha en viss ydmykhet. Dette innebærer at man må evne til å innhente kunnskapen der den finnes og ta denne i bruk når man skal beslutte. Med andre ord er det en viktig egenskap å lytte til de ansatte og benytte seg av gode rådgivere. Denne lederen mente også at man som leder bør ha litt humor, og at man evner til ikke å være for selvhøytidelig på vegne av seg selv og virksomheten.

En annen informant trakk frem følgende egenskap som viktig:

”Du må selvfølgelig ha en formell bakgrunn, og jeg tror det er en fordel at du står faglig sterkt i det miljøet du skal lede.”

Den samme informanten meddelte at man som person burde være glad i å ha med folk å gjøre og at man må like å prate med folk. Med andre ord blir sosiale egenskaper vektlagt og at man ikke er en introvert leder som tilbringer mesteparten av tiden sin på sitt kontor. Det ble også påpekt at man bør være en person som gir en viss trygghet i de formelle prosessene slik som å følge loven, prosedyrehåndverk og så videre. Vi tolker ”å gi en viss trygghet” dit hen at lederen selv går foran sine medarbeidere som et godt eksempel. En forutsetning for dette er at vedkommende selv har god kjennskap til prosedyrehåndverk og lignende, og som således blir respektert av de ansatte fordi vedkommende selv følger disse og således blir en leder som viser retning.

Lederne med legebakgrunn synes å legge vekt på at en leder bør stå faglig sterkt i miljøet han/hun skal lede. Dette henger nok sammen med at for å oppnå respekt i et medisinsk fagmiljø tenker leger at ens egen kunnskap i fagfeltet blir vurdert før de ansatte velger å respektere sin leder. For å få de ansattes respekt (og da spesielt legekolleger) må de ha en leder som av person er samvittighetsfull, kunnskapsrik og til å stole på slik at han/hun kan vise retning innenfor faget. Ved siden av dette bør en leder evne å innhente kompetanse rundt seg og benytte seg av et støtteapparat. De trekker også frem at en leder bør inneha sosiale egenskaper, like å omgås med sine ansatte og ha humor.

Sykepleiernes syn på personlige egenskaper som leder:

Flere av sykepleielederne trakk frem evne til kommunikasjon som en viktig lederegenskap. I forhold til å vise aktsomhet i så henseende ble følgende utsagn trukket frem av en avdelingsleder på et stort sykehus:

”Man må passe på ikke å utøve ledelse i forbifarten, folk må ta ting gjennom linja.”

Denne informanten vektla lojalitetsbegrepet og at avgjørelser må tas gjennom de rette linjene. Informanten mener, slik vi forstår det, at det er viktig at alle ansatte opplever å bli behandlet likt av sin leder og at ikke kun de som for eksempel snakker mest får mest oppmerksomhet. Det viktig å ha lojalitet i forhold til linjene og nivåene i organisasjonen. Det er viktig at avdelingsleder også opptrer lojalt overfor ledere under seg i avdelingen.

I forhold til kommunikasjon trakk lederne med sykepleiefaglig bakgrunn frem at man som leder ikke kan være problemfokuset. I sin dialog med de ansatte bør man evne å være klar, tydelig og løsningsorientert. Det ble også sagt at en leder bør evne til ikke å være for impulsiv

i sin kommunikasjon. Man bør ikke si ting før man kan stå inne for det, fordi da kan ting fort bli misforstått noe som igjen kan bidra til uro i organisasjonen. Videre blir det vektlagt at man må ha sosiale egenskaper i form av å like å omgås folk, evne til å motivere og få de ansatte til å trekke i samme retning og få til en utvikling.

Ved siden av dette trekker en av informantene frem det å evne til å se helheten som en viktig personlig egenskap for en leder. Følgende utsagn kan illustrere dette:

”Man må kunne snakke for seg, lytte til de ansatte, trekke ting sammen, komme til konklusjoner, stille spørsmål og reflektere.”

Det ble også sagt at en leder må våge å ta beslutninger, eller sagt på en annen måte: en leder bør som person være klar, tydelig og gi retninger i forhold til de eller det man skal lede.

En informant trakk også frem en personlig egenskap som går på dette med å vise omsorg for de ansatte. Denne informanten meddeler at å være leder i en avdeling (på et lite sykehus) innebærer også å være ”sosialarbeider”. I et sårbart miljø hvor man er svært avhengig av alt fagpersonell så gjelder det å være på tilbudssiden og tilrettelegge for at medarbeiderne kommer på jobb og trives der.

Sett i sammenheng trekker ledere med sykepleierfaglig bakgrunn frem gode kommuniserende evner, visjonær tenkning, positiv til endringer, omsorgsfull, motiverende og med god beslutningsevne som de viktigste lederegenskapene en enhetlig leder bør ha. Ved siden av dette ble en evne til lojalitet trukket frem ved at det er viktig å ta opp saker og beslutninger der de hører hjemme i det hierarkiske systemet.

4.2.3 Informantenes holdninger til faglig ledelse og hvem som bør besitte lederrollen

Legenes holdninger til faglig ledelse og hvem som bør lede:

En av informantene uttalte følgende om faglig ledelse i sykehus:

”I denne type fagtung bedrift så må ledelse også ha et sterkt fokus på faget. Ledelse er ikke å føre fravær og å sette opp ferieavvikling – det er administrasjon og ikke ledelse.”

Denne lederen formidlet videre at sykehus er en kunnskapsbedrift, og som en følge av dette kommer de med kunnskap og kompetanse lett i en maktposisjon. Denne legen formidlet videre at hvis man som leder vil ha en del av makten, så må man selv besitte denne form for kunnskap og kompetanse eller så blir man ikke en ansvarlig aktør. Slik vi forstår det mener informanten at det er helt nødvendig at en avdelingsleder i sykehus har kunnskapen og er en faglig leder innenfor det feltet han/hun skal lede. Dersom han/hun ikke har det, så vil det være andre medarbeidere med denne kunnskapen som i realiteten kommer til å lede avdelingen, og at lederen da egentlig bare er en administrator og ikke leder.

Den samme lederen hadde følgende ærlige mening å berette om enhetlig profesjonsnøytral ledelse:

”På avdelingsnivå er det blitt et mantra at det skal være profesjonsnøytrale ledere, det er bare tull. Det er bare et slagord.”

Denne informanten uttrykte seg veldig tydelig på at profesjonsnøytral enhetlig ledelse ikke vil fungere på hans avdeling. Denne lederen formidlet videre at han opplever å ha god støtte fra de ansatte i avdelingen, og grunnen til dette er at han selv deltar med klinisk arbeid 20 % av tiden. Han er derfor med på å ta kliniske vurderinger og beslutninger, og de ansatte opplever at han er en leder som ikke har fjernet seg fra avdelingen og at han således deltar aktivt i deres arbeidshverdag. Han har også bestemt at alle lederne under han skal jobbe klinisk slik at de vet hvor ressursene skal brukes.

Denne informanten vektlegger altså å ha pasientkontakt, være en ansvarlig aktør og inneha høy faglig legitimitet. Vårt helhetsinntrykk av informantens svar er at han mener man må ha en medisinskfaglig bakgrunn og være en dyktig fagperson for å lede en spesialisert avdeling på et sykehus.

Vår neste informant svarte dette i forhold til faglig ledelse:

”I en tung fagavdeling som denne, så må man ha en betydelig kjennskap på hva det er denne avdelingen skal frambringe av produkt eller behandling. Det vil bety at man må ha tung faglig bakgrunn for forståelse av bedriftsstyring og andre profesjoner.”

På lik linje som den som den første informanten mener denne lederen at for å kunne være en leder for en spesialisert sykehusavdeling, så må man være faglig dyktig, ha medisinsk

utdannelse og lang erfaring innenfor fagfeltet. Begrunnelsen for dette var at lederen ellers vil ha problemer med å forstå og argumentere i forhold til tekniske problemstillinger innenfor fagområdet. Også denne lederen jobbet klinisk i sin avdeling, og tilstrebet å få til en eller to dager i klinikk i uken. Denne informanten var veldig tydelig på at man som leder i en kompetansebedrift ikke kan se på ledelse som en profesjon og at faglig erfaring er det som er viktig i forhold til avdelingsledelse i sykehus:

”De som ser på ledelse som en profesjon, passer relativt dårlig som ledere i en kompetansebedrift for det er det sykehus er. Jeg tror at faglig erfaring er viktig for ledelse og at de som hopper rett på ledelsesstigen ikke er noen vinnere for hverken bedriften, samfunnet eller medarbeiderne.”

En tredje informant svarte dette:

”I denne type høyspesialisert avdeling, så tror jeg på en måte at det er litt av min maktbase det å kunne faget. Hvis jeg forlot den maktbasen så tror jeg at veldig mye for min forutsetning for å lede den, bortsett fra å administrere den, ville da forsvinne. Derfor må du ha et faglig fotfeste, det har noe med respekten inn i avdelingen å gjøre.”

Denne lederen mener også at man må kunne faget godt og være en faglig retningsviser for å lede en kompleks sykehusavdeling. Makten og respekten inn i avdelingen forutsetter at lederen selv er faglig dyktig. Også denne lederen tilstreber å jobbe noe i klinikken og å være tilstede i avdelingen, men sier også at tidspress gjør at dette ikke alltid er så lett å få til.

Sett under ett viser våre funn at legene tror det vil være utfordrende å være leder i for eksempel en kirurgisk avdeling i sykehus hvis man selv ikke er lege. De mener faglig ledelse spiller en stor rolle i deres ledergjerning, og derfor velger samtlige legeledere å arbeide klinisk i den grad det lar seg gjøre. Dyktige medisinskfaglige rådgivere kan muligens kompensere for manglende medisinsk embetseksamen hos en leder, men sannsynligheten er tilstede for at lederen allikevel ville møtt utfordringer som vi tolker som motstand og mangel på respekt hos de ansatte.

Vi tolker legenes besvarelse i forhold til hvem som er mest kompetente i forhold til å lede en sykehusavdeling dit hen at de anser medisinsk embetseksamen, erfaring innenfor fagfeltet og personlige egenskaper som den beste forutsetningen for å kunne lede en komplisert avdeling slik som for eksempel en kirurgisk avdeling. For oss virker ikke informantenes svar som

bombastiske i forhold til faglig bakgrunn, men dersom man som leder skal unngå ekstra store utordringer i sitt virke så er de tre nevnte forutsetningene det beste utgangspunktet. Såkalt faglig maktkamp i forhold til hvem som skal styre i sykehus (se vår forforståelse i punkt 3.5 side 29) blir delvis bekreftet. Legene utelukker ikke at en sykepleier (med medisinskfaglige dyktige rådgivere) kan lede deres avdeling, men dette sier ikke noe om hva legene på nivå 4, 5 og 6 og deres holdning til dette. Gjennom intervjuene av legene har vi sporet motstand mot å tenke ledelse som fag, faglig ledelse er fremdeles i fokus og således antar vi at tidligere holdninger om at leger er mest kompetente til å lede sykehusavdelinger fremdeles holdes i hevd.

Sykepleiernes holdninger til faglig ledelse og hvem som bør lede:

Analyse av intervjuene viste at alle informantene mente at det er en fordel om avdelingsleder har helsefaglig bakgrunn. Samtlige av informantene med sykepleiefaglig bakgrunn jobbet ikke selv klinisk lengre. Fagledelse var med andre ord delegert videre til annet fagpersonell.

Følgende sitat fremlegges som eksempel på overstående:

”Skulle jeg bestemme så må man ha en helsefaglig bakgrunn for å være leder, fordi man ikke kan kompensere for de ting man ikke vet i forhold til helse.”

Men en del av informantene trakk også frem at det er viktig med lederskolering, og at man må ”løsrive” seg fra sin egen faggruppe når man skal fungere som tverrfaglig leder:

”Jeg tenker at ledelse er et fag, det er noe annet enn bare fagledelse. Ledelse er ofte et teamarbeid i en organisasjon.”

En annen informant fra det store helseforetaket uttalte seg likt som overstående informant og meddelte videre at han så en klar utvikling i forhold til at det stilles mer konkrete krav til avdelingsledere som dreier seg om lederutførelse og ikke på om man er medisinskfaglig dyktig. (Denne lederens kollegaer med legebakgrunn på det samme sykehuset uttrykte ikke det samme). Videre formidlet denne lederen at han var opptatt av at man skal være leder og ikke faglig leder. Samtidig blir denne lederen til stadighet utfordret i faglige spørsmål, og vedkommende benytter seg da av en medisinskfaglig rådgiver.

Oppsummerende ser vi at sykepleieledere er samstemte i at en enhetlig leder bør ha helsefaglig utdanning. Av de som hadde uttalt seg om dette temaet så mente de at helsefaglig bakgrunn var nødvendig, men at denne ikke behøvde å være innenfor sykepleie eller medisin. Man kunne for eksempel være fysioterapeut eller psykolog og godt egnet. Essensen i viktigheten av faglig bakgrunn er at man forstår fagfeltet og terminologien innenfor det fagfeltet man skal lede. Likeledes trekkes det frem at erfaring fra fagfeltet gjør det lettere å ta gode avgjørelser som leder. Sykepleielederne vektlegger også viktigheten av å ha lederutdanning og at man evner å frigjøre seg fra faggruppeledelse, og at dette blir det et større og større fokus på i helseforetakene. Man må med andre ord evne til å tenke helhetlig, anse ledelse som et fag og samtidig forstå fagområdene man er satt til å lede i følge sykepleielederne. Dette innebærer for disse lederne at det ikke er vilje/eventuelt tid til å jobbe i direkte pasientrettet arbeid.

Overstående blir godt illustrert av en informant ved det mindre sykehuset:

”Jeg arbeider ikke selv klinisk lengre, fordi jeg som leder er ikke fagansvarlig. Vi har egne personer som er fagansvarlige, og samarbeidet med dem fungerer bra, dette gjør at jeg opplever at jeg som tverrfaglig leder lykkes.”

4.3 Hvilke utfordringer opplever informantene som enhetlige ledere?

For å få et innblikk i hvordan det oppleves å være enhetlig leder i sykehus i dag har vi stilt spørsmål om hva informantene opplever som utfordrende i sin ledergjerning. Ordet ”utfordrende” kan dekke alt fra svært problematiske arbeidsforhold/betingelser til spennende og givende oppgaver. Vi antok at ved å bruke benevnelsen ”utfordrende” kunne vi også få ærlige svar på hvilke ulemper denne ledelsesformen kan medføre uten at informantens føler at de svarer negativt og illojalt i forhold til sine ledere. Vår baktanke var også å se om vi kunne få svar vedrørende deres syn på enhetlig ledelse som fenomen, og om det oppleves som en positiv og hensiktsmessig måte å lede sykehusavdelinger på. Vi opplever at vi har fått svært gode og konkrete svar fra informantene på dette spørsmålet. Nedenfor gjengis hva informantene oppgir som krevende, utfordrende eller problematisk ved å være mellomleder i sykehus i dag.

For å få inndelt dette kapitlet på en hensiktsmessig måte, har vi valgt å ordne besvarelsene i forhold til om lederen er avdelingsleder på et lite eller stort sykehus. Størrelsen på sykehuset vil ha betydning i forhold til hvilke type utfordringer lederne vil møte i sitt daglige virke, både i forhold til det rent personalmessige, mens også annen type infrastruktur og avdelingens faglige produksjon. Dette fikk vi bekreftet, men vi hadde ikke forventet å få så store utslag i forskjeller som det vi faktisk gjorde.

Utfordringer på et stort sykehus:

Flere av lederne vi har snakket med, har trukket fram personalpolitikk og konflikter som en krevende utfordring.

En av informantene trekker frem det å ha forskjellige kulturer innenfor samme avdeling kan skape samarbeidsutfordringer og utfordringer i forhold til prioriteringer. En annen utfordring som opplevdes som krevende for denne, og de andre lederne ved dette sykehuset, var å være leder på flere steder som var geografisk atskilt fra hverandre. Disse avdelingslederne hadde blitt ledere for avdelinger som hadde blitt sammenslått og følgende sitat synliggjør en utfordring ved dette:

”Jeg er leder på fire steder. Fire tidligere arbeidsplasser, med fire forskjellige kulturer. Det er det aller mest krevende, å prøve å få de til å jobbe sammen på en tillitsfull måte.”

I tillegg til dette føler disse lederne seg dratt i alle retninger, og en annen utfordring for dem er at de har mistet mye støtteapparat i avdelingen. Fra tidligere å ha en fagansvarlig for sykepleiertjenesten og annet nøkkelpersonell har de nå ene og alene det fulle ansvar for alle faggrupper i sin avdeling. Det å bli ”dratt i alle retninger” og at det er vanskelig å være synlig i alle enhetene, oppleves vanskelig og utfordrende. De føler også at dette gjør det vanskelig å holde fokus på det som de mener er viktig. Flere trekker også frem tidspress som en utfordring og følgende sitat kan illustrere en følge et slikt tidspress:

”Det er så mange oppgaver å utføre at det som ikke pusses på, det gjøres ikke.”

En annen informant er tydelig på hva han opplever som en problematisk utfordring ved å være mellomleder i et stort sykehus:

”I toppledelsen er det en rekke individer som skal bekrefte sin egen stilling, som stadig finner på nye prosjekter og som kommer med krav om nye rapporter og systemer som vi ikke har. Det er et problem.”

En tredje informant trakk også frem at toppledelsen innfører systemer som man ikke ser hensikten med, og det vi tolker ut av dette er at å være mellomleder i en stor organisasjon er krevende i forhold til at det er lengre avstand til toppledelsen. Dette medfører at avgjørelser blir tatt derifra som ikke har tilstrekkelig hold og legitimitet hos avdelingslederne. Det kom innspill på at sykehuset har bygget opp en stor sentraladministrasjon som styrer sterkt fra toppen, noe som medfører konflikter i denne type kunnskapsbedrift. Det blir lagd bestemmelser som muligens kan stride imot avdelingsledernes syn og holdninger, hvilket kan medføre en følelse av at man står mer alene i dag, samt at man har mindre påvirkningskraft. Følgende sitater illustrerer dette:

”Kommunikasjonen opplever jeg som dårlig. For hvis ikke prosesser fører til det toppledelsen ønsker, så blir det allikevel ikke tatt hensyn til.”

”Man står mer alene i dag enn tidligere, for det er blitt et stort konsern med store avstander til lederne over meg.”

I tillegg til dette blir det trukket frem som utfordrende at avdelingslederne kan ha mangel på ressurspersoner, og at det kan være vanskelig å dekke opp vaktlistene på en forsvarlig måte. De ansatte har i dag, i større grad enn tidligere, høyere krav og forventninger til fritid og til sitt privatliv. Følgende sitat illustrerer dette:

”Ansatte har andre forventninger til fritid og så videre nå enn før, dette gjør at det kan være svært vanskelig å få nok folk på jobb til bestemte tider. Det er ikke mange pålegg man kan gi før man plutselig står uten medarbeidere.”

En annen informant uttrykte følgende om utfordringer i sin lederstilling:

”Den største utfordringen er å være synlig i alle enhetene i avdelingen.”

Slik vi tolker det har denne lederen størst problemer i forhold til å være synlig for alle sine ansatte. I tillegg til dette ble det meddelt at ”ting tar lengre tid i en stor organisasjon”. Fordi informanten har mistet mye støtteapparat, og fordi driftssystemer ikke er ferdigstilt, blir han

hengene etter i de gjøremål som kreves av han som leder. ”Tidsklemmen” er et faktum i en avdelingsleder virke:

”Jeg føler at jeg står i en tidsklemme hele tiden, det å løsrive seg fra e-poster og komme seg ut der ting skjer, kan være en utfordring. Jeg føler jeg ikke får det helt til, det er mye som skjer hele tiden.”

Vi har valgt å gjengi følgende sitater fra de to siste informantene ved et stort helseforetak:

”Det kan lett bli motsetninger mellom ulike fagmiljøer.”

”Det er en svakhet med de økonomiske inntektene på bunntinjen, i forhold til å planlegge aktivitetsnivå, bemanning og budsjett. Det medfører lite forutsigbarhet i forhold til det å oppnå balanse i budsjettet når det er slik det er i dag.”

”Jeg føler meg litt dratt mellom de ulike enhetene i min avdeling som er på forskjellige steder, også geografisk. Det er også klare kulturforskjeller på de ulike stedene og det fører til økt konfliktnivå ansatte imellom.”

Det fremstår for oss som at det store sykehuset ser ut til å ha organisatoriske utfordringer som går på geografiske og fagkulturelle forskjeller. Disse lederne er under stort tidspress som medfører at de føler seg dratt i alle retninger. Samtidig føler flere av dem at de står mer alene og mangler/savner en støttepersonell å rådføre seg med. Å innfri krav om budsjettbalanse, eventuelt kutt, er utfordrende likeledes personalkonflikter, avstanden mellom ledernivåene og mangel på påvirkningskraft. I tillegg trekker en av informantene frem det vil tolkes som konflikter mellom faggrupper som en utfordring. Også her blir geografisk og kulturelle avstander nevnt.

Utfordringer på et lite sykehus:

Samtlige av disse fire informantene trakk det frem som utfordrende at de ikke hadde instruksjonsrett over legene. Det ble også formidlet at legene ikke ønsket å endre på organisasjonsstrukturen, og at de ikke ønsket å bli ledet av noen andre faggrupper enn sin egen faggruppe. Vi har plukket ut følgende to sitater som illustrerer det dem formidlet:

”Jeg er leder for alle faggruppene unntatt legene. Legene er organisert i en egen linje som ledes av klinikkoverlege som igjen rapporterer til klinikkjef. Det kan være en utfordring når

vi skal ha møter fordi legene uteblir ofte. De bestemmer selv om de vil delta og dette forhindrer at avgjørelser som skal fattes blir fattet.”

”Det er utfordrende å ikke kunne få bestemme mer over pasientbehandling og flyt, det er det legen som gjør. Jeg kan vise til ventelister, men jeg har ingen myndighet og det er ganske tøft.”

Følgende utfordringer ble i tillegg til overstående trukket frem av en informant:

”Det å ha ansvar for mange faggrupper i seg selv er jo en utfordring, fordi de er forskjellige. Det er jo av og til småkonflikter faggruppene imellom vedrørende ressursfordeling.”

”Jeg synes det er kjempevanskelig å forholde meg til økonomikrav og aktivitetskrav og formidle dette til de ansatte.”

Vi tolker at motsetninger mellom faggrupper, og å stille krav til aktivitet i forhold til budsjett, er utfordrende for denne lederen. En annen informant formidlet også en mellomleders press fra ledelse og ansatte som utfordrende. Vanskelige personalsaker ble også trukket frem som utfordrende. En av informantene meddelte også:

”Investeringer og innkjøp er alltid en utfordring, man har jo ikke investeringsbudsjetter.”

De to siste informantene trakk frem følgende utfordringer som ikke er blitt nevnt av de to foregående kollegaene:

”Jeg har jo satt meg en plan for dagen, den blir ofte skjøvet på. Det er ofte mange visitter og når man er nær og synlig kommer det ofte opp nye problemstillinger som jeg må ta tak i.”

”Jeg synes det er vanskelig å prioritere tiden, for jeg føler at jeg ikke får gjort alt det jeg skal.”

”Informasjonsbiten er utfordrende, du synes du informerer og informerer men likevel hører du de ansatte fortelle at det har de ikke hørt noe om.”

Oppsummerende fremstår utfordringene ved å være leder ved et lite sykehus først og fremst av at man ikke har instruksjonsrett over legene. Dette forhindrer lederne innflytelse over pasientflyt og at avgjørelser ble tatt i tverrfaglige fora. Det ble også trukket frem som utfordrende å være tilgjengelig for sine ansatte, da dette medførte at nye problemstillinger

kom frem og som det krevdes at man tok stilling til. Dette igjen kan medføre et tidspress og at andre oppgaver blir skjøvet på. Dette igjen medfører utfordringer i forhold til prioriteringer av tidsbruk. Konflikter og faggruppemotsetninger ble også nevnt, men budsjettkrav og vanskelige personalsaker virket for oss å være en større utfordring for disse informantene. Effektive informasjonssystemer til medarbeidere som leser lite e-post og som jobber turnus ble også nevnt av en informant.

5 Teoretisk diskusjon av funn

Hensikten med denne undersøkelsen har vært å finne ut hvordan avdelingsledere i sykehus vurderer enhetlig ledelse, både i forhold til sin rolle som leder og i forhold til den systemiske dimensjon i sykehuset.

Våre hovedfunn i denne undersøkelsen er som følger:

Vår studie viser forskjeller mellom leger og sykepleiere i deres tanker rundt ledelse:

- Ledere med medisinsk bakgrunn vektlegger tilrettelegging i sin ledergjerning. For oss fremstår det som at ved å tilrettelegge har disse lederne en tillit til at medarbeiderne og andre ledere under dem selv tar ansvar for at jobben blir gjort på en mest mulig tilfredsstillende måte. Disse lederne virker å være noe mer fokusert på fagutvikling og ansvaret rundt dette.
- Ledere med sykepleiefaglig bakgrunn vektlegger veiledning og støtte av medarbeidere og ledere under seg, og inntar dermed en noe mer aktiv styring i sin ledergjerning. Disse lederne virker å være noe mer fokusert på hva som rører seg innad i avdelingen og ikke så mye på eksterne forhold slik som forskning og fagutvikling.

Forskjeller i syn mellom leger og sykepleiere i forhold personlige egenskaper en leder bør ha:

- Ledere med legebakgrunn: Faglig dyktig og å være en retningsviser innenfor faget, prosedyrer og lovverk.
- Ledere med sykepleiebakgrunn: visjonær, omsorgsfull, lojal, motiverende og helhetstenkende.

Begge faggruppene trakk det frem som vesentlig å ha gode sosiale evner, like å ha med folk å gjøre og å være tydelig i sin kommunikasjon.

Faglig ledelse og hvem bør lede?

- Leger: Er for faglig ledelse, og mener spesialiserte og faglig dyktige leger bør lede i komplekse sykehusavdelinger. Ledelse som eget fag og karriere-vei hører ikke hjemme i et sykehus.

- Sykepleiere: Leder må ha helsefaglig bakgrunn, men må lede profesjonsnøytralt og helhetstenkende. Ser på ledelse som et eget fag, og mener fagledelse ikke hører hjemme i enhetlig ledelse.

Største utfordringer:

- I et stort sykehus med avdelingsledere med medisinsk fagbakgrunn som mener at ledelse er fagledelse: Å lede enheter som er geografisk atskilt fra hverandre samt å få ansatte fra ulike kulturer til å trekke i samme retning. Være synlig i enhetene. Krav fra øvrig ledelse som styrer tungt fra toppen uten å tilstrebe enighet med avdelingslederne.
- I et stort sykehus med avdelingsledere med sykepleiefaglig bakgrunn: Geografisk avstand mellom enhetene man leder, større avstand mellom ledernivåene og at man står mer alene i dag, kulturforskjeller mellom geografisk skilte enheter.
- I et lite sykehus med avdelingsledere som er imot ren fagledelse som en del av enhetlig ledelse. Manglende beslutningsmyndighet over legene, avgjørelser og prosesser blir ikke effektive nok.

Det ligger til rollen som avdelingsleder, uavhengig av størrelse på sykehus og leders faglige bakgrunn, at tidspress, vanskelige personalsaker og budsjett- og resultatkrav er en utfordring.

Vi anvender et teoretisk fundament i kapittel 2, kapittel 4 presenterer data og funn vi har gjort, og i dette kapitlet vil vi diskutere funn i lys av det teoretiske fundament, sett i lys av vårt forskningsspørsmål. Vi har valgt å fokusere på de temaer vi identifiserte etter transkribering og koding av intervjuene, som vi mener har høyest relevans i forhold til problemstillingen. Etter kapitlet om metodologiske refleksjoner og etiske aspekter, er temaene vi vil belyse i dette kapitlet følgende:

- Ledelsesbegrepet.
- Hvem bør lede?
- Perspektiver på framtidens sykehus.

5.1 Metodologiske refleksjoner og etiske aspekter

Det er et mål ved kvalitative forskningsstrategier å utnytte det mangfoldet denne metoden representerer (Malterud, 2008). Vår kvalitative studie viser forskjeller i de utfordringene det er å lede på avdelingsledernivå (ledelsesnivå 3) ved sykehus i Norge.

Det kan råde forskjeller fra sykehus til sykehus i hvordan man ser på profesjonskamp, ledelse, en hensiktsmessig organisering og hvordan man velger å løse sine arbeidsoppgaver. I stedet for å finne generaliserbare funn, fokuserer vår oppgave på å synliggjøre mangfoldet, og noen fellestrekk, i forhold til å være enhetlig leder i to norske sykehus i 2011. Generalisering handler om overførbarhet, om hvor gyldig er kunnskapen i denne studien for andre. Kvalitative undersøkelser kan generelt sies å produsere begrepsmessig gyldighet for den gruppen man ønsker å beskrive. Utvalget i denne studien er på ni personer. Dette er relativt få, men likevel ikke uvanlig i denne typen undersøkelser. Vi opplevde at respondentene i stor grad var opptatt av de samme forholdene, selv om vektingen kunne variere noe. Således sa flere av respondentene det samme, og det kom det ikke frem vesentlige nye momenter etter som flere ble intervjuet. Ut fra dette kan man anta at kravet om metning i funnene er oppfylt. Det er sannsynlig å tro at funnene som er beskrevet i denne studien kan overføres til andre i samme situasjon og kontekst, og at det til tross for utvalgets størrelse også vil ha en viss overføringsverdi.

I følge Tove Thagaard (2008) kan det dannes grunnlag for en felles forståelse mellom forsker og informant når man er av samme kjønn. Vi har intervjuet 4 kvinner og 5 menn, og dette håper vi gir et bredere mangfold i våre funn. Vi har også intervjuet ledere med to ulike fagprofesjoner og ved to sykehus av ulik størrelse og kultur. Til sammen håper vi at dette gir et større mangfold i besvarelsene. Begge forfatterne av denne oppgaven var tilstede under intervjuene, og vi representerer begge kjønn. Vi opplevde høy grad av vennlighet, tillit og åpenhet hos alle informanter, og muligens kan dette skyldes at de selv opplevde det som trygt at vi representerte begge kjønn.

Vi begge stilte utfyllende og oppklarende spørsmål underveis i intervjuene, men i ettertid ser vi at vi også stilte noen tilleggsspørsmål, av ren nysgjerrighet, som ikke var relevant i forhold til våre forskningsspørsmål. Dette medførte ekstra transkripsjonsarbeid, men slik vi kan se det har ikke dette medført at vi har gått glipp av informasjon som er relevant i forhold til vår problemstilling. Utfordringen ble å sikre at det ble gitt en mest mulig korrekt gjengivelse av

det respondentene sa. Er det som kommer frem i studien til å stole på? Det blir viktig å ha en rimelig balanse mellom utsagn, beskrivelse, analyse og problemstilling. Også i validitetsspørsmålet er forskeren sentral ved at man hele tiden må være bevisst på hvordan ens egen erfaring og kunnskap om emnet virker inn på vurderingen av data. Vi har forsøkt å være oss bevisst, både i forarbeider, i intervjusituasjonen, under transkriberingen og i analysearbeidet, å ikke være forutinntatt i forhold til informantenes respons på våre spørsmål. Samtidig har vi tilstrebet å være åpne, nysgjerrige og spørrende. Vi informerte ikke informantene på forhånd om hva vår yrkesprofesjon var, bare at vi var mastergradsstudenter. Til de informantene som lurte på dette underveis i intervjuet ga vi informasjon om vår profesjon og spesialisering. Grunnen til at vi ikke valgte å informere om dette ved starten av intervjuene, var at vi ønsket at informantene skulle se på oss som nøytrale og objektive individer som var ærlig nysgjerrig, uten forutinntatthet, på de svarene de kom med.

Validitet berører alle ledd i undersøkelsen og skal fungere som en kvalitetskontroll underveis. Kvale (2009) hevder at det er en prosess å sikre validiteten gjennom en hel studie og ikke bare i slutfasen. Først og fremst må man sikre at valget av metode og design er riktig i forhold til den problemstilling som er valgt, dernest at man har et representativt utvalg. Vi valgte et semistrukturert forskningsintervju for vår oppgave, framfor å ha fokusgrupper, observasjon eller en ren litteraturstudie. Det semistrukturerte forskningsintervju har en fordel ved at informanten er alene og kan svare for seg selv i sitt tempo. Det er enklere å observere non-verbal kommunikasjon under individuelle intervjuer, og det kan være enklere å observere tegn på utilpasshet hos informanten, eller om informanten ikke svarer sant. Ved en fokusgruppe kan det raskt bli enkeltpersoner som dominerer andre og det kan også raskt bli slik at gruppen som helhet fokuserer på noe spesifikt og utelater andre momenter. Et individuelt dybdeintervju styrker dermed forskerens kontroll over samtalen, samtidig som at det åpner for spontanitet ved at informantene selv også kan styre en del samtalen. Ulempen ved en slik framgangsmåte er naturligvis at forskerens tilstedeværelse kan påvirke situasjonen og dermed data som innhentes.

Det er viktig å sikre at man bruker samme begrep både på teori og empiri stadiet, og at man som forsker har bred innsikt i problemområdet. Det er essensielt at det er en logisk sammenheng mellom det teoretiske fundamentet i undersøkelsen og forskningsspørsmålet. Man skal også avdekke mangfoldet i data, fordi jo flere forhold som dukker opp desto større er muligheten for at sentrale områder avdekkes. Samtidig må det respondentene sier tolkes

riktig slik at det fremstår som troverdig. Dette krever blant annet at de spørsmålene som stilles er logisk oppbygget og reelle. Den ferdige rapporten vil også gi leseren mulighet til å vurdere om hovedfunnene virkelig blir presentert. Målet med denne masteroppgaven har ikke vært å si at ”slik er virkeligheten for alle ledere i norsk sykehusvesen”, men å gi et mest mulig korrekt bilde av hva 9 informanter selv har formidlet om begrepet ledelse og hvordan de opplever å være leder. Først når vi faktisk har avdekket hva disse informantene sier og mener, har vi selv og andre fått ny kunnskap om hva det innebærer å være enhetlig leder i sykehus i dag.

All forskning krever ivaretaging av tre overordnede prinsipper: *Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser* (Kvale, 2008). Dette sikres på den ene siden gjennom et satt regelverk, men også ved at forskeren følger etiske og forskningsmessige forpliktelser. Som beskrevet tidligere i oppgaven, valgte vi å søke Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om tillatelse til å gjennomføre vår studie. Det ble påkrevd et skriftlig samtykke fra respondentene. Det ble også informert om at all data skulle anonymiseres og navneliste slettes ved oppgavens ferdigstilling. Intervjuene på bånd oppbevares innelåst i et år etter at oppgaven er ferdigstilt. De registrerte data skal ikke brukes til noe annet enn det som er undersøkelsens formål og det informanten har gitt sitt samtykke til. Registeret skal ikke kobles til andre registre. I tillegg var vi av den oppfatning av at et prosjekt godkjent av NSD ville ha høyere legitimitet hos informantene, vårt ønske var at de ville anse vår undersøkelse som seriøs forskning.

Samtlige informanter fikk både skriftlig og muntlig informasjon om prosjektets målsetting og fremdrift, og de underskrev en samtykkeerklæring som de returnerte signert til oss før intervjuet startet. I tillegg ble de forsikret om at dataene ville bli oppbevart innelåst, bli makulert etter bruk, og at deres identitet eller hvilket sykehus de arbeidet på ikke ville bli gjort kjent. Dette ble også sikret ved at vi selv transkriberte intervjuene fra båndene. Ingen andre hadde tilgang til dataene. Det ble heller ikke brukt navn eller tittel på respondentene, og de ble også forsikret om at de ikke skulle siteres eller fremstilles på en måte i teksten som kunne true anonymiteten, eller på noen annen måte skade dem. For å ivareta konfidensialiteten anvendte vi informant og nummer i stedet for navn og arbeidssted, både under selve intervjuet og ved transkripsjonen. I tillegg til å anonymisere informantene og hvilket sykehus de arbeider ved, har vi fjernet navn på enkeltpersoner, avdelinger og avdelingsaktiviteter i sitater hvor dette kan synliggjøre hvem som sier hva.

5.2 Ledelsesbegrepet

De fleste avdelingslederne i vår undersøkelse er enige i at enhetlig ledelse bidrar til klare ansvarslinjer og enklere kommunikasjon mellom de ulike nivåene. Det skulle bety at enhetlig ledelse skulle være lite konfliktykt. Det kan se ut som at dette ikke er tilfelle. Problemet er at legene og sykepleierne ikke deler oppfatningen om hva man skal forstå med ledelse.

Legelederne vektlegger det å tilrettelegge for sine ansatte slik at de kan utføre sitt arbeid på best mulig måte. Det er viktig for legelederne at pasientens behov blir tilfredsstillt først, så kommer statens behov og til sist medarbeiderne. Det ansees ikke som ledelse å "degge" med medarbeidernes følelser og privatliv. Derimot så legelederne viktigheten av å ha evne til å lytte til sine medarbeidere. Det var essensielt for legelederne i vår undersøkelse å være visjonære med det formål å bevege det faglige arbeidet i "riktig retning". Faglig ledelse er altså det legelederne anser som det viktigste, ledelse for de betyr å sørge for at ansatte får ordnet arbeidsdagen sin på mest mulig effektiv måte slik at de får behandlet pasienter på best mulig faglig og effektiv måte.

Sykepleierlederne anser det å identifisere mål og tiltak som viktig for ledelse og å ha et mål for å oppfylle disse. For å nå gitte mål anser sykepleierlederne det som essensielt å skape et godt arbeidsmiljø hvor ansatte trives slik at de kommer på arbeid og er produktive. Ledelse for sykepleierne betyr også å ha kjennskap til avtaleverk i arbeidslivet og til økonomi, ellers blir det hverken noen måloppnåelse eller et godt arbeidsmiljø. Målet for sykepleierlederen er å arbeide tverrfaglig og å få kvalifiserte medarbeidere som er motiverte og samarbeidsvillige til å nå resultatene sykehusets øvrige ledelse krever. Sagt på en annen måte, i mange tilfeller kan det se ut som at legeledere og sykepleierledere definerer innholdet i ledelse rimelig likt, men de definerer innholdet i samme type stilling ulikt.

Det som kommer klart fram i vår undersøkelse er hvordan sykepleiere og leger ser på ledelse forskjellig og utøver det forskjellig. Samtlige av sykepleierne vi intervjuet anså at de har det største ansvaret for driften og helheten, og dermed for oppgaver knyttet til både avdelingens og sykehusets totale virksomhet. Ingen av sykepleierne i vår undersøkelse jobber klinisk lenger, men er ledere på fulltid. Legene hadde en annen fordeling. Alle legene arbeidet klinisk og anså dette som svært viktig selv om de var avdelingsleder. Legene ser ledelse nært knyttet til klinisk arbeid og fag, noe sykepleierne ikke gjør. Disse funnene er overens med dataene presentert i Kjekshus og Bernstrøms (2010) undersøkelse hvor kun 2 % av legene som er

avdelingsledere bruker all sin tid på ledelse. Dette er igjen i overensstemmelse med Berg (2006) som mener at leger foretrekker å lede med utgangspunkt i sitt medisinskfaglige arbeid. Budsjett, økonomi og ressursforvaltning er meget sentralt i en avdelingsleders hverdag og virke. Alle våre informanter uttrykker at ressursforvaltning er en sentral arbeidsoppgave i dagens sykehus når en er leder. Det er avdelingslederens ansvar å påse at avdelingen holder seg innenfor gitte rammer, både budsjettmessige og personalmessige. Både sykepleierne og legene uttrykker at økonomi er viktig, tidkrevende og til tider belastende når en skal utøve ledelse. Det er imidlertid ulik innfallsvinkel til økonomiarbeidet til en leder fra de to hovedgruppene; Sykepleierne opplever at det tar tid med økonomisk styringsarbeid samt at det kan være vanskelig å få de ansattes forståelse for budsjettets begrensning, mens legene uttrykker mer frustrasjon over hvor lite egnet økonomien er som styringsverktøy siden de ikke har noen reell innflytelse på gitte økonomiske rammer.

For å få en bedre forståelse for bakgrunnen til legenes og sykepleiernes forskjellige tankegang rundt begrepet ledelse og enhetlig ledelse, og hvordan de vektlegger og prioriterer sin ledergjerning, peker Fjeldbraaten (2010) på ulikheten i de to gruppernes logikk. Logikk vil for eksempel kunne representere en evne og måte forskjellige grupper og mennesker tolker og vurderer ulike situasjoner på. Fjeldbraaten viser til en oversikt Kragh Jespersen (2005) har laget over danske legers og sykepleieres profesjonelle prosjekter. Norge og Danmark er to skandinaviske land med mange samfunnsmessige likheter. Dette gjelder også for helsevesenet, dessuten har de to helseprofesjonene utdanning og skolering som har mange likhetstrekk. Vi mener derfor at sammenlikningen blir relevant for Norge. Basert på arbeidet til Kragh Jespersen (2005: 72) så setter Fjeldbraaten (2010: 87) opp følgende oversikt;

Legene

1. Legenes kunnskapsområde er behandling av syke med tilhørende utdanning og forskning. Leger søker gjennom autorisasjon et statsgarantert monopol på behandling av syke, samt kontroll med utdanning og forskning innenfor hele det

Sykepleierne

1. Sykepleiernes kunnskapsområde er pleie av syke mennesker. Sykepleiere er autorisert av staten. Pleie omfatter helsefaglige, pedagogiske og psykologiske elementer, og det legges vekt på å se pasientene som hele personer. Sykepleierne søker kontroll med sykepleierutdannelsens

- | | |
|--|---|
| <p>legevitenskapelige kunnskapsområdet.</p> | <p>kjerneområder, og sykepleiefaglig forskning søkes etablert som et selvstendig fagområde.</p> |
| <p>2. Leger søker høy status ved å definere legeprofesjonen som den ledende profesjon innenfor sykehusene, og samtidig definere de øvrige profesjoner som underordnede eller hjelpeprofesjoner som bør ledes av leger.</p> | <p>2. Sykepleiere søker status som sidestilt profesjon i forhold til legene og motarbeider en status som hjelpefag. I forhold til andre pleiegrupper søker profesjonen å definere pleieoppgaver som kun må ivaretas av utdannede sykepleiere og således ekskludere andre fra dem.</p> |
| <p>3. Tillit hos pasienter og offentlighet søkes oppnådd ved hjelp av taushetsplikt og interne etiske regler, supplert med et legedominert offentlig klagesystem.</p> | <p>3. Sykepleierne deltar i et visst omfang i offentlige råd, kommisjoner og nemnder, og yter bidrag til politikkdannelsen i helsevesenet.</p> |
| <p>4. Den offentlige anerkjennelse søkes befestet gjennom deltagelse i råd, kommisjoner, utvalg eller ved faglige bidrag til politikkdannelsen på helseområdet.</p> | <p>4. De søker gjennom etiske regler og atferds normer å oppnå respekt og tillit til profesjonalismen i deres arbeid.</p> |
| <p>5. Legenes verdier om naturvitenskapelige prinsipper, evidensbasert medisin, spesialiseringens fordeler og det individuelle legefaglige ansvar søkes til stadighet å bli forsvart i den offentlige debatt og i forbindelse med enkeltsaker.</p> | <p>5. Sykepleieres verdier knyttes særlig til faglig fellesskap, et helhetssyn på pasienter og integrasjon av helsefaglige og pedagogisk-psykologiske fag.</p> |
| <p>6. Legene søker kontroll med arbeidsprosesser, organisering og ledelse av eget arbeid.</p> | <p>6. Sykepleiere søker kontroll med ledelsen av pleiarbeidet og som minimum ledelsen av egen faggruppe.</p> |

Det neste spørsmålet blir hvordan enhetlig ledelse fungerer i praksis; altså hvordan det *er*. Antagelsen er at uenigheten mellom legene og sykepleierne om hvem som bør lede hva, får konsekvenser for hvordan enhetlig ledelse utspiller seg i praksis. Det kan se ut som at det å lede leger er kjernen til uenigheten. Et interessant funn er at dette deles av legelederne; at det er utfordrende og vanskelig å lede leger. Spørsmålet blir om dette er en utfordring som også kan forstås som noe som er knyttet til profesjonsulikheter og profesjonssystemet som sådan. Sykepleielederne, spesielt på det mindre sykehuset, uttrykker vanskeligheter med å få legene involvert i avdelingen. Det at legene ikke anser seg som en del av teamet har ikke bare sin årsak i at de ikke vil ledes av andre enn seg selv, men at de ikke ledes av en enhetlig leder på avdelingsnivå. Legene ved det mindre sykehuset har en egen linje, de rapporterer ikke til en avdelingsleder slik som alle andre helseprofesjoner ved sykehuset, men til en klinikkoverlege. Sykepleielederne ser også felles på det at leger generelt sett ikke ønsker å ledes av andre enn leger. Legene anser ikke en leder med en annen profesjonsbakgrunn som deres egentlige leder. Når legene i tillegg ikke er under formell ledelse av avdelingsleder, så blir det praktisk sett tilnærmet umulig for avdelingslederne å få gjennomslag overfor legene. Det er altså vanskelig å se at enhetlig ledelse er satt i system og utøves i praksis ved det mindre sykehuset.

På det mindre sykehuset eksisterer det ikke en ansvarlig leder på hvert nivå, i og med at legene ikke er underlagt avdelingsledelsen som andre profesjoner ved sykehuset. Det faktum at det eksisterer en egen linje kun for leger, strider i mot reformen for enhetlig ledelse. Likevel kan det se ut til at det mindre sykehuset har innført enhetlig ledelse som reform til og med klinikkledernivå og dermed kan det ikke hevdes at sykehuset opererer med en ulovlig ledelsesstruktur. Spørsmålet blir om det er hensiktsmessig for sykehuset totalt sett at det ikke utøves enhetlig ledelse på avdelingsledernivå, altså nivå 3 i lederlinjen, og om enhetlig ledelse i grunnen kun eksisterer på papiret og i teorien ved sykehuset. Er enhetlig ledelse kun implementert for å tekkes politikerne og rådende myndigheter?

Reformen gir rom for fortolkninger, slik det er gjort rede for i teoridelen, og man vil derfor i praksis finne lokale løsninger i forhold til hvordan enhetlig ledelse praktiseres. Ved det mindre sykehuset er det mye som tyder på at det fremdeles praktiseres todelt ledelse, der leger og sykepleiere sammen leder avdelingene. Slik vi ser det er det legen som er ansvarlig for pasientbehandlingen ved avdelingene og eventuelt de andre legene, og sykepleieren er ansvarlig for administrative oppgaver og ledelse av andre faggrupper. Det blir en form for todelt ledelse mellom klinikkoverlegen, som er legenes ansvarlige, og avdelingslederen. Det

blir en fusjon av både nivå- og profesjonsforskjeller i utøvelsen av enhetlig ledelse. Personen som klinikkoverlegen må rapportere til er klinikksjefen. Ved det store sykehuset dannes det et annet bilde; Dersom det er en sykepleier som er avdelingsleder, så har denne en lege som er medisinskfaglig rådgiver, og lederen fungerer som den øverst faglig ansvarlige for legene. I praksis vil det også kunne bety en todelt ledelse. Sykepleieren er ansvarlig for alt annet enn det medisinskfaglige. Den medisinskfaglige rådgiveren, eller ansvarlige, har riktignok ingen formell selvstendig ansvarsfunksjon. Han/hun rapporterer til avdelingsleder, men mye tyder på at i praksis så fungerer avdelingsleder og den medisinskfaglige rådgiveren som et felles ansvarlig lederteam for avdelingen. Legen tar seg av det medisinskfaglige mens sykepleieren tar seg av administrative og personalmessige oppgaver og plikter. Denne arbeids- og ansvarsfordelingen i lederteamet, kan gi et bilde av at det er i praksis liten forskjell og endring i hvordan sykehusavdelinger ledes i 2011. I praksis er ansvaret fordelt på lik linje som før innføringen av enhetlig ledelse; separate linjer mellom oversykepleier og avdelingsoverlege, og en ansvarsfordeling ledelsesmessig mellom de to gruppene. Det essensielle spørsmål blir da om enhetlig ledelse fungerer som en følge av at denne arbeids- og ansvarsfordelingen som fortsatt praktiseres. Føler både sykepleiere og leger som er avdelingsledere i sykehus i dag at enhetlig ledelse fungerer bra, nettopp fordi det finnes en fordeling?

Fordelingen av ansvar og arbeid i dagens sykehus kan få norsk sykehusvesen til å framstå som et kjerneeksempel på det Mintzberg kaller fagbyråkrati (1989). I et fagbyråkratisk system vil makt avgis nedover i organisasjonens system til de profesjonelle, i denne sammenheng pasientbehandlerne, grunnet fagbyråkratiets flate ledelsesstruktur og demokrati (ibid). Ole Berg (2010) ser at denne maktfordelingen kan føre til problemer. Det kan oppstå koordineringsproblemer mellom de profesjonelles arbeid og administrasjonen. En følge av dette kan bli at administrasjonen ikke får lett innsyn eller forståelse av de profesjonelles arbeid. Dette kan igjen medføre at fagbyråkratiet blir lite fleksibelt i forhold til gjennomføring av endringer. Enhetlig ledelse oppgis på papiret som å være gjennomført, men det er ikke gjennomført i praksis. Dermed blir det slik at det finnes lokale løsninger som bidrar til å opprettholde det som i praksis fungerer best på de enkelte avdelingene, og man opprettholder legitimiteten i systemet. I tillegg opprettholdes legens lojalitet for sitt fag og overfor sine legekolleger. Løsningen er blitt at det orienteres mot et system og en ansvars- og funksjonsfordeling man vet fungerer, sett fra et historisk perspektiv. Fordeling av funksjoner og ansvar gjør sitt til at det skilles mellom det leder utøver i sitt daglige virke mellom formell struktur som representeres av helsevesenets og politikernes mål og visjoner, og

hverdagsaktivitetene i avdelingen. Ved å praktisere ledelse på denne måten ser det ut til at en mulig konflikt mellom sykepleiere og leger om hvem som skal lede, for tiden er løst. Dette kan være årsaken til at samtlige, minus en informant, er positive til reformen om enhetlig ledelse og ikke anser det som en god løsning å gå tilbake til offisiell todelt ledelse i sykehus. Når det er sagt, så kan en se fra tidligere tall i Kjekshus og Bernstrøms undersøkelse (2010) om enhetlige ledere i sykehus, at det er en utvikling der antall legeledere holder seg stabilt, tallet for sykepleieledere faller noe. Årsaken rundt det er mest sannsynlig at antall ledere med andre profesjonsbakgrunner øker. Årsaken til at antall legeledere er lavere enn sykepleieledere, men fremdeles stabilt (ibid), synes noe uklar. Én mulighet er at man flere steder har skilt ut sengepostene som en egen organisatorisk enhet med en sykepleiefaglig leder (ibid: 28). Antallet legeledere burde, i likhet med sykepleieledere falle, om ønsket for å arbeide klinisk er sterkere enn ønsket om å lede, men det kan samtidig forklare hvorfor ikke antallet legeledere øker når antallet sykepleieledere faller. Det er mulig det er at ønsket om å arbeide klinisk viser seg for legestanden.

5.2.1 Implikasjoner

Vi ser at det hersker ulik forståelse og tankegang rundt begrepet ledelse blant avdelingsledere i sykehus. Dette fører igjen til ulik utførelse av ledelse og vektlegging av lederskapet. Ulikt syn på ledelse vil alltid eksistere, men noe av årsaken til at ledelse i sykehus ikke utføres på en mer homogen måte må tilskrives at ledelse ikke er godt nok definert fra myndighetenes side. Myndighetene må definere hva som menes med ledelse på en mer klar og forståelig måte, slik at ledere i sykehus kan utføre sitt lederskap på en mer lik måte. En forståelse av hva som menes med begrepet ledelse i sykehus bør komme nedskrevet i et skriv fra Helse- og omsorgsdepartementet og henwise til allerede eksisterende lovverk. Et slikt skriv bør ha som hensikt, fra helsemyndighetenes side, å oppklare uklarheter rundt begrepet ledelse, hvordan det skal forstås og hvordan det skal utøves. Det vil også være hensiktsmessig at ledelse innføres i rammeplanen for alle helseprofesjonsutdanninger. Dermed kan det sikres at også legene har en innføring til ledelse før det kliniske arbeidet startes. Vår mening er også at aktuelle fagforbund bør arbeide for at sine medlemmer arbeider i tråd med helsemyndighetenes ønsker, slik at et felles fundament for hva er ledelse er, og hvordan det skal utøves, ikke fører til ytterligere uro og misforståelser slik historien viser.

5.3 Hvem bør lede?

Ledere i sykehus i Norge i dag står i et spenningsfelt mellom mange forskjellige hensyn. Ledere skal arbeide i henhold til de føringer og forestillinger som reformen om enhetlig ledelse i sykehus gir. Disse føringene er blant annet å tilfredsstillere større krav om autonomi og et mer klargjort ledelsesideal. Føringene er sterkt inspirert av ideene i New Public Management (NPM). I tillegg til å arbeide etter NPM-inspirerte ledelsesidealer, skal lederne også tilfredsstillere krav til det faglige innholdet i sin aktuelle virksomhet. Avdelingslederne i vår undersøkelse synes å støtte denne problemstillingen. Spenningsfeltet mellom kravene til styring, personalforvaltning, fagutvikling, økonomi og budsjett setter avdelingsledere stadig i en situasjon der de opplever sterkt tidspress. Som en følge av dette har lederne en mindre tilfredsstillende følelse av mestring i sin arbeidshverdag. Dermed kan man si at det utvikles et språk mellom den ideelle verden og den virkelige verden.

Alle avdelingslederne vi har snakket med bekrefter at det prioriteres ulikt. Ulikhetene henger mye sammen med driften av den aktuelle avdeling, og størrelsen på denne og sykehuset for øvrig. Størrelsen på både avdelingen og selve sykehuset vil naturlig nok ha mye å si for hvilken type belastning avdelingslederen vil føle og møte i sitt daglige virke. Det er for eksempel verdt å nevne at en av avdelingslederne ved det store sykehuset vi intervjuet, har omtrent like mange ansatte som det lille sykehuset i sin helhet. Størrelsen på enhetene vil naturlig nok ha mye å si, både det at avdelingslederen har flere ledd med ledere under seg og også mange flere ansatte. Det sykehusene har til felles i sin virksomhet, er at de begge har landsdekkende funksjoner innen spesielle områder.

Legelederne mener at en avdelingsleder på sykehus må inneha medisinsk fagkompetanse fordi i fagtunge bedrifter så må lederen også ha et sterkt fagfokus. Årsaken til dette synet kan ligge i fortiden. Som nevnt tidligere i kapittel 2, så har sykepleielederen alltid hatt et administrativt fokus. Oversykepleieren hadde mesteparten av det administrative ansvaret delegert fra avdelingsoverlegen. Sykepleiergruppen har alltid vært mye større i antall enn legene så det var naturlig for legen å delegere dette til sykepleielederen. Likevel må det fremheves at intensjonen med enhetlig ledelse er profesjonsnøytral ledelse, med et helhetlig ansvar på alle nivå i organisasjonen. Det betyr at lederen skal ha ansvar for avdelingens administrative, organisatoriske og faglige oppgaver. Oppgaver knyttet til administrasjon og drift ansees som like viktig som det faglige ansvaret for en leder. Dette betyr at en leder ikke

kan velge bort deler av sine oppgaver og ansvarsområder om enhetlig ledelse skal utøves. Grunnen til at dette skjer kan være i at da Steine-utvalgets innstilling om enhetlig ledelse ble offentliggjort i "Pasienten først!" (1997), så var ikke ledelsesfunksjonen og hvordan dette skulle løses og organiseres tydeliggjort. Det som var tydeligst var at ledelsen skulle være profesjonsnøytral og at en leder skulle bære et totalansvar for sin avdeling. Likevel førte forvirringen til en til tider krass debatt og strid i sykehusene om hvordan dette skulle gjøres og om hvem som skulle være leder (slik artikkelen til Gjerberg & Sørensen (2006) gir klart uttrykk for). Helsedepartementets forsøk på å skape orden i rekkene gjennom sitt rundskriv (I-9/2002) førte ikke til noen annen oppklaring og løsning for sykehusene bortsett fra at det ble ytterligere tydeliggjort at det gikk et klart skille mellom å være leder og fagleder. Dermed plasseres profesjonsansvaret, altså fagansvaret, hos den enkelte profesjonsutøver og ikke først og fremst hos lederen av avdelingen. Man skal altså forstå det slik at faglig ledelse ikke er enhetlig ledelse. Enhetlig ledelse innebærer å ha totalt ansvar for resultat, drift, personalsaker og så videre, i tillegg til å ha ansvaret for det faglige. Den faglige utøvelsen, og ansvaret for dette, skal ligge hos den enkelte ansatt som utøver medisinsk behandling eller pleie og omsorg.

Tradisjonelt sett var ledelse noe som var nedarvet hevder Ole Berg (2010), og ledere ble dermed valgt både ut i fra hvem de var som person og hvilke faglige kvalifikasjoner de besatte. Vår studie bekrefter til dels at dette er synlig også i dag; alle våre informanter mener at det å ha helsefaglig bakgrunn bør være grunnleggende for å være avdelingsleder i sykehus. Derimot ser legelederne til dels å gå lenger når det hevdes at du må inneha medisinsk fagkompetanse innenfor den spesialitet avdelingen som du leder bedriver. Ved å mene at avdelingsledere i sykehus bør ha en eller annen form for helsefaglig bakgrunn så utelukkes en rekke personer med lederkompetanse, men det å utelukke alle andre enn leger er å gå veldig mye lenger. Det blir å anse som fagledelse når det menes at kun én, eller meget få, kan lede en type avdeling. Det bryter totalt med tanken bak enhetlig ledelse. Når det er faglig ledelse som ligger til grunn, så blir det vanskelig å fullbyrde funksjonene en enhetlig leder skal gjøre i forhold til å ha evne til å se ting fra forskjellige synsvinkler og fra nye og uvante sammenhenger. Ved faglig ledelse fokuseres det ikke på helheten man skal ha ansvar for som enhetlig leder. Slik vi ser det vil det å ha et ansvar for helheten innebære å utvikle andres kompetanse, få de ansatte til å følge prosedyrer og regelverk og å ha det totale ansvar for hele virksomheten og at systemene fungerer. Det kan oppfattes dit hen at leger har større motstand

mot å gå fra stillingen der de er eksperter og spesialister, til å ivareta andre og avdelingen som en helhet.

Den tidligere modellen som var gjeldende i norske sykehus, hvor legen er på toppen med sine undersåtter (en ganske så hierarkisk modell som Ole Berg (2006) viser til) er ikke lenger gjeldende. Enhetlig ledelse erstatter legehierarkiet med profesjonsnøytral ledelse, og et totalt ansvar på hvert nivå. Dette kan være noe av årsaken til motstanden som tidligere ble avdekket blant legene, og som vår studie viser er rådende den dag i dag; legene ønsker ikke å bli ledet av andre enn sin egen profesjonsgruppe. Sykepleielederne har tidligere, og i dag, fremdeles en utfordring i forhold til å lede leger. Enkelte sykepleieledere mener at leger ikke tenker at enhetlig ledelse er noe som angår de, og at de heller ikke er opptatt av å delta i det tverrfaglige samarbeidet. Den hierarkiske modellen kan passe til organisasjoner som har sterke og faste strukturer, noe som gjorde samhandling mindre viktig. Som tidligere nevnt er sykehus, i følge Mintzberg (1989), en organisasjon preget av fagbyråkrati. I en hierarkisk organisasjon treffes beslutninger av lederen, som igjen oppfattes som en autoritær skikkelse, og som effektuerte endringer og handling via instruksjer. En maskin blir ofte brukt som en allegori på en slik type bedrift, mens Mintzberg (1989) karakteriserer sykehuset som et fagbyråkrati med en flat, desentralisert struktur med få ledelsesnivåer; hvert enkelt sykehus er ikke en arbeidsplass, men mange. Hver avdeling er ulik og kontakt avdelinger imellom kan være liten, og dette bekreftes av vår undersøkelse.

Resultatene i vår undersøkelse viser at det er usikkert i hvilken grad enhetlig egentlig kan utøves i praksis i samtlige avdelinger. Dette fordi for eksempel en leder som mangler medisinsk embetseksamen blir nødt til å ha en dyktig medisinskfaglig rådgiver, noe som kanskje kan tilsløre enhetlig ledelse. Dette igjen vil skape en diskusjon som alle av våre informanter berørte i sine svar til oss, om viktigheten av å inneha helsefaglig kompetanse. Er ledere uten helsefaglig kompetanse i mindre stand til å lede enhetlig i sykehus fordi de vil ha problemer med å forstå faglig terminologi og rutiner? Det står nedfelt at lederen skal være kjent med området han eller hun leder (NOU, 1997:2). Er det slik å forstå at det å besitte kunnskap om området, er betydende med medisinsk embetseksamen? Nei, NOU, 1997:2 fastslår at det ikke er slik at det kun er leger som kan lede, dette gjentas i lovverket (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Samtidig kan det stilles spørsmål om ledere uten erfaring kan lede enhetlig. Til det vil vi hevde at det samme gjelder her som for helsefaglig

kompetanse. Det står ikke noe sted at lederkompetanse er påkrevd, ei heller erfaring, kun det at en leder skal ha kunnskap og forståelse for det området som ledes.

Samtlige av våre informanter ser på seg selv som ledere. Det ser likevel ut til at sykepleielederne ser det som mer viktig av at en leder innehar lederkompetanse fra en lederutdanning. De går ikke langt i å spesifisere hvilken type lederutdanning det bør være, hverken i omfang eller på hvilket utdanningsnivå, men de mener at formell lederkompetanse er viktig når en skal virke som enhetlig leder. På samme tid mener sykepleielederne, og legelederne, at for å være avdelingsleder i sykehus så bør lederen inneha helsefaglig kompetanse. Dette begrunner de med viktigheten av å snakke "språket", kjenne kulturen og de ulike faggruppene. Ledere som har dette synet kalles "hybridledere" av Kragh Jespersen (2005). "Hybridledere" har verdier fra sitt eget fag og sin profesjon, som eksempelvis kan være et ønske om mer faglig selvstyre, samtidig innehar disse lederne verdier som er av en karakter som er mer aktuell og karakteristisk for generell ledelse (Kragh Jespersen, 2005). Sykepleielederne i vår undersøkelse ser altså ut til å ligge nært opp til det som kan kalles "hybridledere" i syn. Det er viktig med helsefaglig bakgrunn og ledelsesutdanning. Hybridlederne kan kalles helseledere i og med at de innehar formell kompetanse på både helse-området og ledelses-området, og samtidig fjerner de seg fra sine tidligere faggrupper ved å bygge en ny nisje. Denne nye nisjen er helseledelse. Helseledere i denne forstand, vil i vår undersøkelse først og fremst representeres av sykepleielederne. Sykepleielederne i vår undersøkelse arbeider for eksempel ikke klinisk lenger og har et mer generelt lederfokus enn legelederne har. Sue Llewellyn beskriver hybridledere og mener at disse typer ledere har en helt unik mulighet til både å forstå og representere faggrupper og toppledelse i og med at de innehar en såpass sammensatt faglig- og erfaringskompetanse (Llewellyn, 2001). Det er kanskje dette som er løsningen og det er kanskje disse som bør lede i sykehus? Det å ha helsefaglig bakgrunn og lederkompetanse synes å være det rette, dermed har man kunnskap og forutsetninger for å forstå problemstillinger ansatte møter og hva de innebærer, og også har en større forutsetning for å kunne skille mellom ulike råd man som leder er avhengig av å få.

5.3.1 Implikasjoner

Det eksisterer ikke noen formelle krav til at dagens ledere skal inneha formell lederkompetanse. Det eksisterer heller ingen retningslinjer, eller en entydig praksis, som sier noe om fra hvilket ledernivå det er påkrevd med lederutdanning og kompetanse. Sykehuset

som organisasjon har ansvar for at sykehusets produksjon, altså pasientbehandlingen, utføres på mest mulig kostnadseffektiv måte med den best mulige kvalitet for pasienten og samfunnet. Lederne i sykehuset har dermed et stort ansvar for å organisere drift og behandlingstilbud slik at krav fra myndigheter, samfunnet og ikke minst pasienten, blir tilfredsstillt. Sykehuset som arbeidsgiver er ansvarlig for å ansette mennesker med gode forutsetninger for at krav imøtekommes, og det er derfor naturlig at sykehusene selv tar ansvar for å innføre kompetansekrav til sine avdelingsledere. Mange sykehus har allerede lederprogram og lokale utdannelser, men dette er kanskje ikke nok? Arbeidsgiver bør påse at ledere i sykehuset har lederkompetanse og definere dette i stillingsannonser og stillingsbeskrivelser. Det må eksistere et krav fra arbeidsgiver på dette området for å sikre at god ledelse utøves av kvalifiserte ledere i sykehuset.

5.4 Perspektiver på utfordringer i framtidens sykehus

Vår undersøkelse viser at avdelingslederne anser seg selv som ledere og stort sett er de positivt innstilt til enhetlig ledelse. Forståelsen av begrepet ledelse er derimot ikke felles. Målet for innføring av enhetlig ledelse i sykehus var både å klargjøre og plassere det helhetlige ansvar hos en leder på hvert nivå i organisasjonen. Utgangspunktet for definisjonen av "enhetlig ledelse" slik det er gjort rede for i denne oppgaven, har sitt utgangspunkt i NOU 1997:2 "Pasienten først!" Der står det, som gjort rede for tidligere, at det skal være en leder på hvert nivå og at lederen skal selv definere sin lederrolle og sine oppgaver. Det legges også et stort ansvar på sykehusene, de skal definere hvordan ledelse skal organiseres i den enkelte organisasjon.

Å være leder i en ekspertorganisasjon er både krevende og utfordrende. I tillegg er konteksten, forventningene og premissene for avdelingslederstillingen endret som følge av innføring av enhetlig ledelse. Dette gir utfordringer, men kan også sees på som et rom for å prøve ut grenser og muligheter. Avdelingslederne beskriver litt forskjellige handlingsrom de har til å utføre ledelse. Spesielt i forhold til faglig ledelse ser legelederne flere begrensninger i sin rolle som enhetlig leder enn sykepleielederne. Én avdelingsleder fokuserer på at enhetlig ledelse er mest positivt i forhold til sine ledere, og ikke nødvendigvis til det bedre for det faglige nivået i avdelingen. Dette utsagnet illustrerer det styringsproblemet og dilemmaet Kragh Jespersen (2005) sier at de nye reformene gir i forhold til legeledere. Nye reformer endrer historisk etablerte maktposisjoner og gjør at lederne i sykehus opplever

skjæringspunktet mellom ulike institusjonelle logikker, hvor de skal navigere i et terreng med forskjellige handlingsimperativer, behov, normer og verdier. Legene er vant til å ha sterk autonomi og å ha et sterkt faglig fokus, og de nye reformene strider i mot deres logikk med faglig fokus.

Avdelingslederne i vår undersøkelse viser imidlertid også til de begrensninger økonomien, budsjett og et økende hierarki legger på handlingsrommet de har som leder. De fleste uttrykker eksempelvis at det er vanskelig å holde seg innenfor rammene i et budsjett når en ikke vet hva rammene er, og at dette fører til de alltid må be om tillatelse fra administrasjonen. Dette mener de er en unødvendig begrensning som ikke er i samsvar med det ansvaret de er delegert til å ha som enhetlig leder. Det som var interessant her var at alle lederne i vår undersøkelse deler denne bekymringen i større eller mindre grad.

Som gjort rede for tidligere i oppgaven gjenspeiles enhetlig ledelse, økonomisk lønnsomhet og brukervedvirkning i både pasientrettighetsloven, innsatsstyrt finansiering og sykehusreformen. Økt produktivitet og kvalitet er de to overordnede målsettingene ved gjennomføringen av reformene i sykehusvesenet de siste 15 årene, og det er derfor naturlig å tenke seg at dette er elementer som skaper utfordringer for dagens avdelingsledere. I de følgende avsnitt diskuterer vi målsettingene om økt produktivitet og kvalitet i forhold til hvordan dette kan oppleves som utfordrende eller problemer for avdelingsledere i sykehus i dag.

Sykehusreformen fører med seg en ansvarliggjøring av ledere på ulike nivå i sykehuset, i langt større grad og omfang enn tidligere. Enhetlig ledelse skal gjøre ansvarslinjene klarere innenfor de lokale rammene i sykehuset. Dette innebærer igjen at ansvaret i forhold til budsjett disiplin på hvert nivå, innen hver avdeling og enhet, i sykehuset både er ny og tydeligere enn det var tidligere. Dette vises i våre funn i denne undersøkelsen. Alle avdelingslederne har som nevnt tidligere, et sterkt fokus på budsjett og økonomisk styring, men noe mange uttrykker er at det er vanskelig å forholde seg til rammer som de ikke vet hva er. Reformen innebærer at økonomiske hensyn må ligge til grunn i sterkere grad enn tidligere for ledelse og styring av sykehusene og sykehusavdelinger. Behandlingsprosedyrer, diagnoser og pasienter blir omgjort til økonomiske størrelser. Dette har også medført at språket forandres, det handler ikke lenger om medisinske og sykepleiefaglige uttrykk, økonomi er blitt en del av språket. Begreper som behandlingsvolum og produserte enheter er også en sentral del av språkliggjøringen som synliggjør endringene. Målet om økt produktivitet og

effektivitet relaterer til økonomiens språk og kunnskapssystem. Dette representerer en helt ny måte å tenke på for leger og sykepleiere. Det ser derimot ut som om legelederne i vår undersøkelse opplever det som mer utfordrende enn sykepleielederne å forholde seg til disse endringene. Dette kan komme av at endringene innebærer en depersonalisering av pasientene og en kvantifisering av det profesjonelle arbeidet som utføres i sykehusene. Det er pengene som råder, sykehusene har ikke lenger ”et sugerør” inn i statskassa, slik bildet fra tidligere tider synes å vise. Målet om økt produktivitet synes å innebære at det økonomiske kunnskapssystemet er legitimt og ønskelig som styrings- og ledelsesgrunnlag, og man har videreført prosjektet ved å endre de institusjonelle styringsordningene innad i sykehusene hvor målet har vært å få styring basert på ledelse og ikke fag. Som i mange andre vestlige land har nye styringsmodeller blitt introdusert for blant annet å redusere den makten de profesjonelle tradisjonelt har hatt (Mo, 2006).

Målet for å øke kvaliteten i sykehusvesenet er at ledelsesmodeller som fremmer systematisk forbedring, synliggjøring og belønning av god ledelse, skal stimuleres. På den måten skal både ledelse og organisasjon styrkes. Dessuten er bruk av kvalitetssystemer og internkontroll essensielle. Systemene som etableres for kvalitetsforbedring og kompetanseutvikling må være kontinuerlige. Disse må gi helsepersonell mulighet til å følge med i utviklingen både i forhold til faglige spørsmål og utvikling, samt holde seg oppdatert i forhold til de krav som stilles til kvalitet og kompetanse. Kvalitetsarbeid skal ikke gå utover det daglige virke, men bør være integrert i dette (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dermed blir det klart at utvikling og forbedring av kvalitet forutsetter tydelige føringer, avklaring av roller og god ledelse. Vår undersøkelse viser at samtlige ledere, men i sær legeledere, føler de kommer til kort i forhold til dette. Dette gjelder like mye selv om det er snakk om ledelse ved et stort eller lite sykehus.

På det store sykehuset viser det seg at mengden saker er langt større, eksempelvis for personalsaker, enn det det er på det mindre sykehuset. Dette virker opplagt, det er naturligvis stor forskjell å være avdelingsleder for 700 ansatte, framfor å være avdelingsleder for 30-40 ansatte. Det interessante funnet her er at utfordringen oppleves tilnærmet lik. Det er også rene geografiske forskjeller. Det store sykehuset har avdelinger på opp til 5-6 forskjellige geografiske steder. Dette skaper utfordringer når det gjelder kulturforskjeller, tidspress i forhold til det å være tilstede, og det å bli kjent med alle systemer. Disse utfordringene stjeler tid og oppmerksomhet hos lederne, og det går på bekostning av andre arbeidsoppgaver når det er mange tunge personalsaker. I tillegg vil mengden kvalitetsarbeid være ulik i en stor og liten

organisasjon. Kvalitetsarbeid medfører mye merarbeid som ikke er naturlig for helseprofesjoner. Kvalitet skal rapporteres og dokumenteres, dette forutsetter at registreringer, målinger og videreutvikling av systemer som skal sikre at kvalitetsarbeid gjøres kontinuerlig. Enhetlige ledere bærer ansvaret for alt dette. Kvalitetsstrategien fastslår ansvaret for dette i det to statlige utarbeidelsene for strategi for kvalitet i helsetjenesten som ble presentert tidligere i denne oppgaven. Pasientene er brukerne av tjenester i sykehusene og deres medvirkning sikres gjennom deres mulighet til fritt sykehusvalg. Kvalitetsindikatorer er ment som et informasjonsgrunnlag for et fritt valg, og dermed stimulere og gi insitamenter til sykehus for å styrke kvaliteten på sitt behandlingstilbud. Basert på Donabedian (1980) er de nasjonale kvalitetsindikatorerne vi har til nå relatert til prosess- og struktur, og det skilles mellom faglig kvalitet, pasientopplevd kvalitet og organisatorisk kvalitet (Helsedirektoratet, 2005, 2006, 2007).

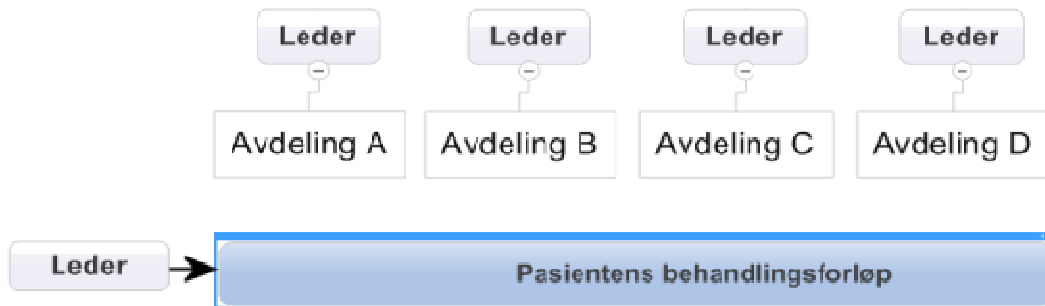
Målsetningene om økt produktivitet og kvalitet vil ikke være nye, men virkemidlene for å oppnå målene vil til dels være nye. Disse virkemidlene synes i økende grad å gå i en retning av markedsmekanismer, kontroll og foretakslogikk. Både kontroll av det profesjonelle arbeidet, samt kontroll av ressursanvendelsen og behandlingsaktiviteten er sentrale redskaper for å øke produktiviteten og kvaliteten i spesialisthelsetjenesten. Det kan synes som om den organisatoriske profesjonalismen utfordrer den faglige profesjonalismen. De statlige målene om økt kvalitet og produktivitet bærer til dels med seg andre fortolkningsrammer og legitimitetskriterier enn det de profesjonelle logikker er representert ved. Kvalitetspolitikken er utfordrende for enhetlige ledere i sykehus fordi det representerer en klar overgang fra faglig selvstyre til et mer organisatorisk kvalitetsansvar. Det organisatoriske kvalitetsansvaret ble så overtatt av et fokus på nasjonale systemer, for så igjen til å preges av det organisatoriske kvalitetsansvaret igjen. Dette kan oppleves som uklart og vanskelig å få tak i for avdelingsledere, noe våre funn bekrefter. Det hersker til en viss grad uklarhet om hvem som eier oppgavene, hvem som skal løse hva, på hvilket nivå. Det er også et savn blant enhetlige avdelingsledere at de ikke har mer innflytelse på sin egen hverdag. Våre funn er i samsvar med det Peter Kragh Jespersen viser gjennom empiriske undersøkelser fra Danmark; i legenes oppfattelse av avdelingsledelse er fag og ledelse nærmest er uløselig sammenkoblet (Kragh Jespersen, 2005: 130). Legeledere anser vanligvis ikke generelle lederoppgaver, som økonomistyring, personalutvikling og arbeidsmiljøtiltak, som særlig viktige, men prioriterer tydelig faglig og klinisk utvikling. Denne oppfattelsen strider med tankegangen bak enhetlig ledelse som legger til grunn at den enhetlige lederen først og fremst skal være leder, så

profesjonsutøver. Det at de nye lederstillingene er definert som rene kontorstillinger passer også dårlig overens med legenes tradisjonelle måte å lede på, og når premissene og lovverk blir forandret så blir det utfordrende for en profesjon som historisk sett har hatt mye faglig og politisk tyngde. Slik enhetlig ledelse ser ut i dag, så blir vanskelig for flere av dem fordi de føler seg trukket mellom så mange krav og fysiske og kulturelle avstander mellom enhetene de leder.

5.4.1 Implikasjoner

Historien viser at sykehusvesenet er gjenstand for ulike reformer som skaper ulike krav både innad i sykehuset og utenfra. I framtidens sykehus blir muligens løsningen en annen tilnærming til ledelse enn det som er tilfelle i sykehus i dag. Kanskje ser vi frem mot en utvikling som går i retning av at ledere i sykehus i framtiden vil måtte omorganiseres ytterligere for å møte krav til kvalitet og effektivitet. Løsningen kan være en mer prosessorientert ledelse. Pasientbildet endrer seg som følge av at levetiden og levekår økes, pasienter blir dermed ikke lenger hjemmehørende i en avdeling slik utviklingen allerede viser. Pasienter har mer sammensatte diagnoser og lidelser som krever mer samarbeid mellom ulike avdelinger og enheter, samt et økt samarbeid med helsevesenet utenfor sykehuset. Samhandlingsreformen bidrar til at kommunehelsetjenesten skal overta pasienter tidligere, og hensikten er at pasientene og samfunnet for øvrig skal oppleve en forbedring i kvalitet, effektivitet og økonomi. Framtiden vil også mest sannsynlig føre til at disse kravene økes ytterligere slik at selve behandlingsprosessen blir fokuset fra et lederperspektiv. Løsningen kan bli slik som figur 2 viser, en sykehusorganisering som i en matrise. Sykehuset måles på kvalitet, effektivitet og økonomi, og for å sikre best mulig resultat kan en koordinerende leder være svaret.

Figur 2:



Denne lederen følger pasientforløpet gjennom oppholdet og bør ha instruerende myndighet i forhold til ulike avdelings- og enhetsledere dersom det identifiseres faktorer som kan virke som en obstruksjon i systemet. En slik prosessleder bør, etter vår mening, ha både helsefaglig bakgrunn og lederkompetanse, altså det som tidligere i kapitlet beskrives som en hybridleder. Faglig ledelse representerer ikke en tankegang om ledelse som er helhetlig nok, så legene må revurdere sin innstilling og syn på ledelse om de skal inneha en slik lederrolle. Hybridlederen representerer det beste fra to leire; helsefaglig kompetanse og lederkompetanse, noe som kan sikre en mer overordnet og helhetlig tankegang og utøvelse av lederrollen. Dette vil igjen kunne sikre et lederskap som vil gi en bedre løsning på utfordringene sykehusene vil stå ovenfor i framtida.

6 Konklusjon og anbefaling for videre forskning

Hovedfunn i vår undersøkelse var at legeledere og sykepleieledere er overordnet enige om at enhetlig ledelse er det riktige for dagens sykehusavdelinger, men at begrepet ledelse har forskjellig betydning for de to gruppene. Det blir dermed forskjeller for hvordan ledelse utøves, og det blir ulike strategier og tilnærming i forhold til å løse dagens utfordringer.

Ulikt syn på ledelse vil alltid eksistere, men noe av årsaken til at ledelse i sykehus ikke utføres på en mer homogen måte må tilskrives at ledelse ikke er implementert som en del i utdanningen av all helsepersonell og ledelse er ikke definert godt nok fra myndighetenes side. Vårt syn er at myndighetene må definere hva som menes med ledelse på en mer klar og forståelig måte, slik at ledere i sykehus kan utføre sitt lederskap på en mer lik måte. Vi foreslår at en ønsket forståelse av hva som menes med begrepet ledelse i sykehus kommer nedskrevet i et skriv fra Helse- og omsorgsdepartementet. Definisjonen av ledelsesbegrepet bør henvise til allerede eksisterende lovverk. Helsemyndighetenes formål må være å oppklare uklarheter rundt begrepet ledelse, slik at ledelsesutøvelsen får et felles fundament. Vår mening er også at aktuelle fagforbund må arbeide for at medlemmene arbeider i tråd med helsemyndighetenes ønsker og eventuelle veiledning, slik at et felles fundament for hva ledelse er og hvordan det skal utøves ikke fører til ytterligere uro og misforståelser slik historien viser.

Det eksisterer ikke noen formelle krav til at dagens ledere skal inneha formell lederkompetanse. Sykehuset som organisasjon har ansvar for at sykehusets produksjon, altså pasientbehandlingen, utføres på mest mulig kostnadseffektiv måte med den best mulige kvalitet for pasienten og samfunnet. Arbeidsgiver er ansvarlig for hvem som ansettes. I sykehuset er det viktig å ansette mennesker som er godt kvalifisert, slik at forutsetningene for at krav sykehuset får imøtekommes. Etter vår mening er det derfor naturlig at sykehusene selv tar ansvar for å innføre kompetansekrav til sine avdelingsledere. Mange sykehus har allerede lederprogram og lokale utdannelser, men dette er kanskje ikke nok? Arbeidsgiver bør påse at ledere i sykehuset har lederkompetanse og definere dette i stillingsannonser og stillingsbeskrivelser. Det må eksistere et krav fra arbeidsgiver på dette området for å sikre at god ledelse utøves av kvalifiserte ledere i sykehuset.

I framtidens sykehus blir muligens løsningen en annen tilnærming til ledelse enn det som er tilfelle i sykehus i dag. Vi mener at utviklingen trolig peker dit hen at krav til effektivitet og kvalitet bare vil øke og at framtidens sykehus vil ha behov for ytterligere omorganisering og reformer for å møte kravene. I tillegg endrer pasientbildet seg som følge av blant annet høyere levealder, bedre levevilkår og bedre behandling. Dette fører til at sykehusene vil ha pasienter med mer sammensatte lidelser i framtida. Resultatet av dette vil føre til at pasienter vil ha et behandlingsbehov som gjør at de ikke lenger tilhører en bestemt avdeling eller seksjon, men flere. I tillegg vil samhandlingsreformen føre til et krav om mer og bedre samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Pasientene skal oppleve et mer effektivt helsevesen og bedre kvalitet på behandlingen. Samfunnskravet er at helsevesenet skal bli bedre økonomisk styrt. Vi mener at disse kravene bare vil øke i framtida. Slik vi ser det kan løsningen være en mer prosessorientert ledelse fordi behandlingsprosessen blir selve fokuset til sykehusledere for å tilfredsstille de økte kravene. Vår mening er at faglig ledelse, representert ved legeledelse, representerer ikke en ledelsestankegang som er helhetlig nok for å imøtekomme framtidens krav og behov til sykehuset. Hybridledelse vil sikre et lederskap som vil gi en bedre løsning på utfordringene sykehusene vil stå ovenfor i framtida, siden hybridlederen representerer det beste fra to leire, både helsefaglig bakgrunn og ledelseskompetanse.

Vi ønsker at det forskes mer på ledelse i sykehus og i helsevesenet for øvrig. Blant annet kan det foretas kvantitative eller kvalitative studier for å avdekke holdninger og meninger fra ansatte i sykehus vedrørende hvilke kvalifikasjoner og egenskaper de ønsker at deres leder skal inneha. Dette kan gi nyttig svar til de som skal utforme en stillingsinstruks/bestemmelse i forhold til ledelse i sykehus. Det kan også være interessant å foreta en tilsvarende studie som vår, hvorpå man i tillegg har ledere fra flere profesjoner inkludert. Mer forskning på enhetlig ledelse vil også kunne avdekke hvorvidt denne ledelsesformen er egnet til å møte de fremtidige utfordringene som helsevesenet vil møte.

Litteraturliste

Andersland, G.K. (1990): *Ledelse i sykehus*. Sosialdepartementet.

Berg, O. (1996): *Meta-Medicine: The rise and fall of the doctor as leader and manager*. I: Larsen, Ø., Olsen, B.O. (red.) (1996): *The shaping of a profession: Physicians in Norway, past and present*. Canton, MA: Science history publications: 431-443.

Berg, O. (2006): *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo: Den Norske Lægeforening.

Berg, O. (2010): *Sykehusene og den legelige selvstendighet. Innledende betraktninger om hvordan den faglige suksess førte til politisk nederlag: Historien fra ca. 1900 til ca. 2000*. I: Finset, A. et al, (red.) (2010): *Utfordring og mulighet: en helsetjeneste i endring*. Unipub: 48-74.

Christensen, T. & Lægreid, T (red.) (2002): *In New Public Management: The Transformation of Ideas and practice*. UK: Ashgate.

Christensen, T., Lie, A. & Lægreid, P. (2008): *Beyond new Public Management: agencification and regulatory reform in Norway*. *Financial Accountability & Management*, 24(1): 15-30.

Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Fayol, H. (1974): *General and industrial management*. London: Pitman.

Fjeldbraaten, E.M. (2010): *Mellom idealer og praksis: En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten*. Doktorgradsavhandling. Aalborg universitet.

Gjerberg, E. & Sørensen, B.A. (2006): *Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet?* Oslo: Tidsskrift Norsk Lægeforening, 126: 1063–1066.

Gruenig, G. (2001): *Origin and theoretical basis of New Public Management*. *International Public Management Journal*, 4: 1-25.

Grønhaug, K., Hellesøy, O. & Kaufmann, G. (2003): *Ledelse i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedepartementet (2001): *Sykehusreformen – noen eierperspektiver. (rapport, 14.09.2001)*

Helsedirektoratet (2005): *....Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Sosial- og helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf

Helsedirektoratet (2006): *Pasientrapporterte kvalitetsindikatorer innlagte pasienter*.

Tilgjengelig fra: http://www.sykehusvalg.net/sidemaler/VisStatiskInformasjon_____2279.aspx

Helsedirektoratet (2007): *Fritt sykehusvalg, kvalitetsindikatorer*.

Tilgjengelig fra: http://www.sykehusvalg.net/sidemaler/VisStatiskInformasjon_____2156.aspx

Hope, O. (2009): *Essays on Middle Management Responses to Change Initiatives*.

Doktorgradsavhandling. Norges Handelshøyskole.

Hvalvik, S. (2005): *Bergljot Larsson og den moderne sykepleien*. Oslo: Akribe.

I-9(2002): Rundskriv fra Helsedepartementet.

Innstilling til Stortinget nr. 275 (1995-1996): *Innstilling fra sosialkomiteen om trygdeetatens edb- system, prisstopp på legemidler, ny ledelsesstruktur ved Rikshospitalet m.m*

Jørgensen, M. & Berntsen, A.G.S. (2009): *Ledelse i sykehus – en studie av utviklingen fra fagledelse til profesjonell ledelse*. Masteroppgave. Institutt for helseledelse og helseøkonomi.

Universitetet i Oslo. Tilgjengelig fra:

http://www.duo.uio.no/sok/search.html?absize=200&sort=published&q=masteroppgave&OR_GID=257

Kjekshus, L.E. & Bernstrøm, V. (2010): *Helseforetakenes interne organisering og ledelse*.

INTORG 2009. Universitetet i Oslo, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Skriftserie 2010:4.

Kragh Jespersen, P. (2005). *Mellem profession og management : Ledelse i danske sygehuse*.

København: Handelshøjskolens Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Kuper, A, Lindgard, L. & Levinson, W. (2008): *Critically appraising qualitative research*. BMJ 2008; 337:a1035. Tilgjengelig fra: <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a1035.extract>

Llewellyn, S. (2001): "Two way windows": *Clinicians as medical managers*. *Organization Studies*, 22(4): 593-623

LOV 1999-07-02 nr. 64: *Lov om helsepersonell m.v.*

LOV 1999-07-02 nr. 61: *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

LOV 2001-06-15 nr. 93: *Lov om helseforetak m.m.*

Malterud, K. (2002): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger*. Oslo: Tidsskrift Norsk Lægeforening, 25: 2468-2472.

Malterud, K. (2008): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mathisen, J. (2006): *Sykepleiehistorie: ideer – mennesker – muligheter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Melby, K. (1990): *Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie*. Oslo: Cappelen forlag.

Mintzberg, H. (1989): *Mintzberg on Management. Inside Our Strange World of Organizations*. New York: The Free Press.

Nerheim, S.T. (2005): *Hvem skal lede? Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. Hovedfagsoppgave. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen. Tilgjengelig fra: http://www.polis.no/Publikasjonsserien/ATM-serie%2010-2008_STN.pdf

Nerland, S.M. (2001): *Kurpengeordningen før 1980*. Oslo: Tidsskriftet for den Norske Lægeforening nr. 25, 2001: 121.

NOU, 1997:2: *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

- NOU (2003:1). *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Odelstingsproposisjon nr. 73 (1950): *Om endringer i lov om syketrygd av 6. juni 1930*.
- Odelstingsproposisjon nr. 10 (1998-1999): *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.M.*
- Odelstingsproposisjon nr. 66 (2000-2001): *Om lov om helseforetak*
- Odelstingsproposisjon nr. 63 (2002-2003): *Om lov om endringer i lov 2. Juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.M.*
- Pfeiffer, R. (2007): *Sykepleier og leder. Den administrative og den faglige sykepleierlederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skjøld Johansen, M. (2005): "Penga – eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet." Tilgjengelig fra: <http://www.polis.no/files/Johansen2005.pdf>
- Skjøld Johansen, M. (2009): *Mellom profesjon og reform. Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. Doktorgradsavhandling. Handelshøyskolen BI.
- Stortingsmelding 16 (2011): *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015*.
- Sommervold, W. (1997): *Ledelse i sykepleien – en strategi for profesjonalisering*. I: Byrkjeflot, H. (1997): *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2008): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*, Bergen: Fagbokforlaget, 3.utgave.
- Torjesen, D.O.(2007): *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjeneste*. Dr.polit avhandling. Universitetet i Bergen. Tilgjengelig fra: http://www.polis.no/Avhandling_Dag%20Torjesen.pdf
- Yukl, G. (2001): *Leadership in organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Liste over vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD)

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 1

Intervjuguide

“Enhetlig ledelse i 2011” Av Kjell Magne Mørk og Marit Åsland

1. Kan du fortelle meg om enhetlig ledelse og hva du forstår med det begrepet/fenomenet?
2. Hva er de viktigste kompetanseområdene som en leder i denne type stilling må ha?
3. Hvilke type utfordringer møter du som enhetlig leder i denne typen stilling?
4. Hva betyr stillingsnivå, profesjon, kjønn og alder for de forventningene andre har til deg?
5. Er enhetlig ledelse det du trodde det var før du startet i stillingen?
6. Hva er positivt med enhetlig ledelse og kan du gi noen eksempler på dette i din hverdag?
7. Hva mener du om denne formen for å organisere ledelse og selve organisasjonen på?
8. Hvordan påvirker denne ledelsesorganisasjonen din arbeidshverdag?
9. Hvordan vil du karakterisere reformen som førte til enhetlig ledelse i sykehus, sett i lys av hvordan den er gjennomført og grad av suksess?
10. Hvordan oppleves det å være enhetlig leder i 2011?
11. Hva har de største utfordringene vært underveis?
12. Hvordan ville du reagert om enhetlig ledelse ble avskaffet og at man gikk tilbake til en mer profesjonsartet ledelse, slik som todelt ledelse?
13. Hva ville dine reaksjoner og tanker vært om du fikk en leder som var av en annen profesjon enn deg selv?
14. Hva mener du er de største forskjellene på leger og sykepleiere som ledere?

Vedlegg 2

Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Jan Frich
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 17.02.2011

Vår ref: 26165 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.01.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 17.02.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26165	<i>Enhetlig ledelse i sykehus i 2011 - en god opplevelse? En kvalitativ analyse av opplevelsen av å være leder i sykehus 2011.</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Jan Frich
Student	Marit Åsland

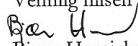
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Marit Åsland, Oppsjømarka 71, 1385 ASKER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg 3

Informasjonsskriv og samtykkeskjema



UNIVERSITETET
I OSLO

AVDELING FOR HELSELEDELSE OG
HELSEØKONOMI

Postboks 1089 Blindern,
NO-0317 Oslo

Samtykke om å delta i forskningsprosjektet ”Ledelse i sykehus i 2011 – en god opplevelse?”

Mastergradstudentene Kjell Magne Mørk og Marit Åsland ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitet i Oslo gjennomfører for tiden en mastergradoppgave knyttet til ledelse på norske sykehus. Prosjektet/studentene veiledes av Førstemanuensis Jan Frich og Doktorgradsstipendiat Ivan Spehar. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet ved NSD.

Deltagelse i forskningsprosjektet ”Ledelse i sykehus i 2011 – en god opplevelse?” innebærer at du vil bli intervjuet i om lag en times tid. Intervjuene foretas av Mastergradstudentene Kjell Magne Mørk og Marit Åsland og vil følge et åpent format, med særlig fokus på å avdekke hvordan du opplever din egen jobbhverdag. Det vil benyttes båndopptaker ved intervjuene, som kun prosjektets kontaktpersoner har tilgang til. Lydfiler fra intervjuet overføres umiddelbart til en sikkerhetsbeskyttet eksternt harddisk som holdes innelåst og utilgjengelig for andre enn de to forskerne. Lydfilene vil bli slettet ved prosjektets slutt (senest 15.05.2012). Vi er underlagt taushetsplikt og alle opplysninger vil bli behandlet strengt konfidensielt. Resultater fra intervjuene vil presenteres anonymt, og det vil ikke bli gitt spesifikk informasjon som kan spores tilbake til den enkelte deltaker eller sykehus.

Det er helt frivillig å delta i prosjektet og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg uten å måtte begrunne dette nærmere.

Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, eller ønsker å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, kan du gjerne ta kontakt med undertegnede.

Med vennlig hilsen

Kjell Magne Mørk og Marit Åsland

Institutt for helse og samfunn/Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Universitetet i Oslo

Tlf. Kjell Magne Mørk: 917 65554 / Marit Åsland: 952 77002

E-post: k.m.mork@studmed.uio.no / marit.asland@studmed.uio.no

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet ”Ledelse i sykehus i 2011 – avdelingsleders utfordringer og løsninger” og er villig til å delta i studien.

Dato

SignaturTelefonnummer

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Medisinsk fakultet
Universitetet i Oslo