

# Mellom profesjon og reform

Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen

Monica Skjøld Johansen

Avhandling sendt til vurdering for graden PhD ved  
Handelshøyskolen BI

Series of Dissertations 2/2009

Handelshøyskolen BI  
Institutt for ledelse og organisasjon

Monica Skjæld Johansen  
*Mellom profesjon og reform: Om fremveksten og impelmenteringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*

© Monica Skjæld Johansen  
2009

Series of Dissertations 2/2009

ISBN: 978 82 7042 945 5  
ISSN: 1502-2099

Handelshøyskolen BI  
N-0442 Oslo  
Telefon: 4641 0000  
[www.bi.no](http://www.bi.no)

Trykk: Nordberg hurtigtrykk

Avhandlingen kan bestilles fra BIs hjemmeside [www.bi.no](http://www.bi.no)  
(Forskning – Forskningspublikasjoner)

## Sammendrag

Det overordnede temaet for denne avhandlingen er møtet mellom reformer og profesjonssterke aktører i offentlige organisasjoner. Hensikten er å belyse de prosessene som igangsettes når man forsøker å implementere en reform i offentlig sektor og resultatet av denne implementeringen. For å studere dette empirisk, har jeg sett på fremveksten og innføringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen samt konsekvensene knyttet til implementeringen av denne reformen.

Reformen om enhetlig ledelse ble vedtatt innført i norske sykehus i 1999, og skulle erstatte en praksis der leger og sykepleiere hadde ledet sammen, såkalt todelt ledelse. Med enhetlig ledelse var tanken at man skulle ha én ansvarlig leder for hver organisatoriske enhet i sykehusene. Vedtaket om å innføre enhetlig ledelse utløste en debatt mellom leger og sykepleiere om hvem som skulle ha rett på avdelingslederstillinger i sykehusene. Tanken bak reformen var at den som var best kvalifisert til å lede skulle lede, uavhengig av profesjon. Kjernen i debatten ble derfor spørsmål om hva ledelse var og hvilke kvalifikasjoner en leder av en sykehusavdeling skulle ha.

Studien bruker innføringen av enhetlig ledelse som inntak til å belyse de organisatoriske prosessene som igangsettes når politisk initierte reformer møter profesjonssterke aktører i offentlige organisasjoner. Mer konkret har jeg ønsket å utvikle en bedre forståelse av de profesjonelles ledelsesidealer og praksis (det man kan kalle de profesjonelles ledelsesprosjekter), med særlig vekt på hvordan leger og sykepleiere tradisjonelt har forholdt seg, og i dag forholder seg til spørsmålet om ledelse av kliniske avdelinger.

Avhandlingen består foruten en introduksjonsdel av tre artikler. Den første artikkelen (*Fra fagstyre til enhetlig ledelse*) er en historisk studie av utviklingen fra enhetlig legeledelse, som var den dominerende ledelsesmodellen på 1950-tallet, via todelt ledelse, og frem til innføringen av enhetlig profesjonsuavhengig ledelse. I den andre artikkelen (*Unitary management, multiple practices?*) undersøkes hvordan ledere med ulik profesjonsbakgrunn utøver og reflekterer over lederrollen, deres karriereløp samt hvordan eventuelle forskjeller mellom profesjonene kan forstås. I den tredje og siste artikkelen (*Mellom profesjon og reform*) belyses sykepleiere og legers grunnholdning til ledelse generelt og enhetlig ledelse spesielt, og hvordan disse holdningene påvirker gjennomføringen og praktiseringen av reformen om enhetlig ledelse.

For å belyse studiens problemstillinger har jeg benyttet ulike metodiske tilnærminger, i kombinasjon med hverandre. Disse kan deles i tre hovedkategorier: kvalitative intervjuer, skriftelige kilder og kvantitative survey data. I noen grad baserer studien seg også på et komparativ perspektiv, der utviklingen av enhetlig ledelse i Norge sammenlignes med tilsvarende utvikling i Danmark.

Studien viser for det første at legene i Norge tapte sin hevd på lederstillinger i kliniske avdelinger i sykehus i årene fra 1945 til 2003. Denne utviklingen kan knyttes både til en tiltagende fragmentering innad i legegruppen og at sykepleierne har stått på barrikadene og i stor grad fått gjennomslag for sine krav om retten på lederposisjoner i sykehus. Men fremfor alt må årsaken knyttes til en tiltagende politisk vilje og interesse for å få gjennomslag for ideen om profesjonsnøytralitet. At norske politikere var så sterkt tilstede i debatten om enhetlig ledelse og la så tydelige premisser for hvordan reformen skulle se ut bidro til tap av makt for legene, samtidig som det førte til at sykepleierne fikk rett på enhetlige lederposisjoner i kliniske avdelinger i sykehus.

Jeg har videre vært opptatt av de enhetlige ledernes utdanning og karrierevei, hvordan de utøver lederrollen i det daglige og hvilke refleksjoner de gjør seg omkring sin fremtid som ledere. Jeg har blant annet stilt spørsmål om det er slik at forskjell i tidsbruk kan relateres til de to profesjonenes ulike tilknytninger til organisasjonen og således deres ledelsesforståelse. I begrepet enhetlig ledelse, ligger det en implikasjon om at ledelsen (og ikke bare lederen) skal være enhetlig. Sagt mer konkret, uavhengig av profesjonsbakgrunn skal lederne utføre de samme ledelsesoppgavene. Men når legeledere og sykepleierledere på mange områder og i så stor grad vektlegger ulike aspekter ved lederrollen, så må man stille spørsmålet om enhetlig ledelse har bidratt til slik "enhetlighet". Mine funn peker snarere i retning av at vi har å gjøre med "multiple practices" på ledelsesområdet. Spørsmålet er om situasjonen skal betraktes som et fargerikt fellesskap eller om vi snarere har å gjøre med en pervertering av en offentlig initiert reform?

Sist, men ikke minst har jeg studert ledernes grunnholdning til ledelse og hvordan denne holdningen påvirker praktiseringen og gjennomføringen av reformen om enhetlig ledelse. Studien viser at de to profesjonsgruppene tillegger ulike betydninger til hva de forstår med ledelse, men at de også har klare møtepunkter. Det har vært vanlig å hevde at sykepleierne leder med utgangspunkt i en administrativ ledelsesforståelse, der det medisinskfaglige spiller en birolle. Men også sykepleierne er opptatt av at en helsefaglig kompetanse må ligge i bunnen. Den ideelle lederen for dem kombinerer medisinskfaglig bakgrunn (forstått som legefaglig eller sykepleiefaglig bakgrunn) med administrativ tilleggsutdanning og -erfaring.

## Forord

Da jeg sommeren 2002 avsluttet min cand. polit grad i sosiologi var det overhodet ikke i mine tanker at jeg på noe som helst tidspunkt skulle gjøre en doktorgrad. Jeg var vel tilfreds med ha fått et hovedfag i sosiologi og jobbe midlertidig som vit.ass på Institutt for Samfunnsforskning (ISF). Planen var at jeg i løpet av høsten skulle få meg en jobb i Sosial-og helsedirektoratet (Shdir). Alt fungerte etter planen; jeg hadde søkt jobb i Shdir og skulle på jobbintervju da min venn, tidligere studiekamerat og kollega på ISF, Jon Vatnaland, i lunsjen en dag fortalte at de hadde utlyst stipendiatstillinger på BI. Han skulle søke og oppfordret meg til å gjøre det samme. Jeg feide det raskt bort, men Jon fortsatte å oppfordre (og utfordre?) meg. Til slutt ble jeg lei maset og tenkte: ”Greit, jeg søker, så får han se at jeg ikke får noe stipend, men så får vi i alle fall saken ut av verden!” Resten er historie!

Det er mitt navn som står på denne avhandlingen, men det er mange som har bidratt til at jeg har kunnet gjennomføre prosjektet.

Denne avhandlingen er skrevet ved Handelshøyskolen BI, der Jan Grund har vært min veileder.

Min biveileder, førsteamanuensis Lars Erik Kjekshus ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi UiO, skal ha en stor takk for å ha lest og kommentert med et kritisk blikk store deler av avhandlingen min, både underveis i prosessen og i sluttspurten. Tusen takk for at du stort sett alltid har vært tilgjengelig og rask med tilbakemeldinger. Det bidrar til progresjon i arbeidet!

Takk til professor Ole Berg, Institutt for helseledelse og helseøkonomi UiO, for at du sjenerøst har gitt av din tid og delt dine kunnskaper om norsk helsevesen generelt og profesjonene spesielt.

Min veileder på hovedfag i sosiologi, professor Fredrik Engelstad ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi UiO, skal ha en stor og varm takk for at du satte av tid til å diskutere og lese gjennom deler av avhandlingen for meg.

En stor takk til mine stipendiatkolleger ved BI. Jeg er fristet til å si ingen nevnt ingen glemte, men det er likevel noen som må nevnes: Først og fremst Hanne Karlsen. Men også Ety Nilsen, Anne Swanberg, Dijana Tiplic, Taran Thune, Bjørn Erik Mørk og sist, men ikke minst Karoline Kopperud skal ha

en varm takk. Administrasjonssjef Tonje H. Omland ved Institutt for ledelse og organisasjon skal også ha sin del av takken.

Tusen takk til Silje E. Lund som motiverte meg og holdt meg oppe da jeg holdt på å gi opp halvveis. Takk også for at du har vært en del av hverdagen min på BI i fire år.

En varm takk til min medforfatter på artikkelen ”Unitary management, multiple practices?”, Elisabeth Gjerberg ved Kunnskapsenteret/ AFI. Vi strevde lenge for å få det til, men det gikk til slutt!

Takk til Finn Borum og Peter Kjær for at jeg vinteren 2006 fikk sitte tre måneder på Copenhagen Business School, Centre for Health Management. En varm takk også til Finn Borum for svært konstruktive tilbakemeldinger underveis i prosessen

Stor takk til Haldor Byrkjeflot og stipendiatene og miljøet rundt ATM prosjektet ved Rokkansenteret, UiB for at dere inviterte en ”ensom” helsetjenesteforsker fra BI inn i miljøet deres.

Den største takken skal likevel Espen ha, som har lest, kommentert og kritisert og lest igjen – artikkel for artikkel og avhandlingen i sin helhet. Det er bare en ting å si: Tusen takk!

Denne avhandlingen er dedikert Espen og vår lille datter Agnes. Uendelig mange tusen takk for at dere stadig minner meg på hva som virkelig betyr noe i livet.

Oslo, 19. februar 2009

Monica Skjøld Johansen

# Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG  
FORORD  
INNHOLDSFORTEGNELSE

## DEL I: INTRODUKSJON

<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>11</b>
1.1 BAKGRUNN FOR STUDIEN.....	13
1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	13
1.3 AVHANDLINGENS DISPOSISJON .....	14
<b>2 TEORETISKE INNFALLSVINKLER TIL STUDIET AV ENHETLIG LEDELSE I SYKEHUSVESENET .....</b>	<b>17</b>
2.1 NEW PUBLIC MANAGEMENT.....	17
2.1.1 <i>Kritikk av NPM</i> .....	20
2.2 NY-INSTITUSJONELL ORGANISASJONSTEORI .....	21
2.2.1 <i>Kritikk av ny-institusjonell organisasjonsteori</i> .....	25
2.3 PROFESJONSTEORIER .....	26
<b>3 FORSKNING PÅ ENHETLIG LEDELSE I SYKEHUSVESENET.....</b>	<b>29</b>
3.1 SAMSPILLET MELLOM SYKEHUSORGANISASJONEN OG DEN NPM INSPIRERTE STYRINGSFORSTÅElsen .....	29
3.2 LEDELSESREFORMER OG DE PROFESJONELLE .....	35
3.3 EMPIRIDREVNE STUDIER AV ENHETLIG LEDELSE.....	42
3.4 GENERELLE STUDIER AV UTVIKLINGEN I SYKEHUSVESENET .....	44
3.5 OPPSUMMERING.....	47
<b>4 METODE OG DATAKILDER.....</b>	<b>49</b>
4.1 DE KVALITATIVE INTERVJUENE – TYPE OG UTVALG.....	49
4.1.1 <i>Utfordringer ved bruk av kvalitative intervjuer</i> .....	53
4.2 SKRIFTELIGE KILDER .....	57
4.2.1 <i>Offentlige dokumenter</i> .....	57
4.2.2 <i>Tidsskrifter, trykte interne dokumenter og avisinnlegg</i> .....	58
4.2.3 <i>Litt om Eyr</i> .....	59
4.2.4 <i>Om bruk av sekundærlitteratur</i> .....	59
4.3 DE KVANTITATIVE DATAENE – TYPE, UTVALG OG KVALITET .....	60
<b>5 SAMMENDRAG AV ARTIKLENE .....</b>	<b>63</b>
<b>6 AVSLUTNING – MELLOM PROFESJON OG REFORM .....</b>	<b>69</b>
6.1 VIDERE FORSKNING .....	71
<b>7 LITTERATUR .....</b>	<b>73</b>

## **DEL II: 3 ARTIKLER**

### *Artikkel 1:*

Monica Skjøld Johansen: "Fra fagstyre til enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen". Artikkel under vurdering i Tidsskrift for samfunnsforskning, 10. april 2008.

### *Artikkel 2:*

Monica Skjøld Johansen & Elisabeth Gjerberg (kommer 2009): "Unitary management, multiple practices?" i Journal of Health Organization and Management, nr. 4, 2009.

### *Artikkel 3:*

Monica Skjøld Johansen (2008): "Mellom profesjon og reform. En kvalitativ analyse av ledelsesidealer og lederpraksis blant leger og sykepleiere i norske somatiske sykehus," i Nordiske Organisasjonsstudier, nr. 1, 2008.

## **VEDLEGG**

Vedlegg 1: Intervjuguide til samtaler med divisjonssjefer på norske sykehus.

Vedlegg 2: Intervjuguide til samtaler med avdelingssjefer på norske sykehus.



## Del 1: Introduksjon



## 1 Innledning

Det overordnede temaet for denne avhandlingen er hva som skjer i møtet mellom politisk genererte vedtak og profesjonssterke aktører i offentlige organisasjoner. Hensikten er å belyse de prosessene som igangsettes når man forsøker å implementere en reform i offentlig sektor og resultatet av denne implementeringen. For å studere dette empirisk, har jeg sett på fremveksten og innføringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen samt konsekvensene knyttet til implementeringen av denne reformen.

19. april 1996 ble det nedsatt et utvalg av Sosial- og helsedepartementet, Steine-utvalget, som skulle utrede spørsmålet om intern organisering og ledelse i norske sykehus. Mandatet var *å foreslå tiltak innenfor områdene ledelse og organisering som kan bedre driften ved norske sykehus* (NOU 1997:2:9). Utvalgets innstilling ble presentert i NOU 1997:2 *Pasienten først!* Et av tiltakene som ble foreslått i utredningen var innføring av enhetlig ledelse ved alle landets sykehus. Som et resultat av utvalgets arbeid, ble reformen om enhetlig ledelse vedtatt innført i norske sykehus i 1999 (Lov om spesialisthelsetjenester 1999) med virkning fra januar 2001. Enhetlig ledelse skulle erstatte en praksis der leger og sykepleiere ledet sammen – såkalt todelt ledelse. Med enhetlig ledelse var tanken at man skulle ha én ansvarlig leder for hver organisatoriske enhet i sykehusene.

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

Innføringen av enhetlig ledelse fremstår som særlig velegnet til å kaste lys over hva som skjer i møtet mellom profesjoner og reformer i offentlige organisasjoner. Grunnen er som følger: innføringen av enhetlig ledelse har foregått i en organisasjon preget av autonome aktører - leger og sykepleiere. Disse aktørene har internalisert et sett med sterke profesjonsnormer som de har ervervet gjennom sin utdanning og i sitt daglige virke. Dette bidrar til å forme deres fortolkningsramme i forhold til de reformene som blir vedtatt. De profesjonelle vil med andre ord reagere og handle i henhold til sine profesjoners verdier og normer når de møter moderniseringstiltak i organisasjonen de jobber i. Potensielt vil dette kunne få konsekvenser for

reformenes vei gjennom organisasjonen og hvordan de blir levd ut/ fortolket i praksis.

Selv om denne studien empirisk fokuserer på innføringen av enhetlig ledelse, er det ikke en studie av hvem som bør lede i norske sykehus. Det er heller ingen studie av hva slags kvalifikasjoner en leder i sykehus bør ha eller hvordan ledelse i sykehus ideelt sett bør utøves. Det jeg har vært opptatt av er å belyse de organisatoriske prosessene som settes i gang når politisk initierte reformer møter profesjonssterke aktører i offentlige organisasjoner; hva som skjer i møtet mellom profesjon og reform. Mer konkret har jeg ønsket å utvikle en bedre forståelse av de profesjonelles ledelsesidealer og -praksis, det man med et annet ord kan kalle de profesjonelles ledelsesprosjekter (Larson 1977) og hvordan disse blir utfordret i møtet med politiske reformer. Studien belyser de profesjonelles ledelsesprosjekter fra 1945 og frem til 2003, med særlig vekt på hvordan leger og sykepleiere tradisjonelt har forholdt seg, og i dag forholder seg, til spørsmålet om ledelse av kliniske avdelinger. Den overordnede ambisjonen er således empirisk i den forstand at avhandlingen forsøker å bedre vår forståelse av de faktiske empiriske prosessene som ledet frem til reformen om enhetlig ledelse og konsekvensene av denne reformen. Teoretisk bygger studien på et begrepsmessig rammeverk utviklet innenfor organisasjonsteorien i vid forstand. Men det er ingen selvstendig ambisjon å videreutvikle denne typen generelle og allmenne teorier. Den teoretiske ambisjonen er snarere knyttet til å bygge videre på og dels justere eksisterende kunnskap om profesjonelle som ledere, slik denne er kommet til uttrykk i eksisterende norsk og internasjonal forskning om enhetlig ledelse i sykehusvesenet. I så måte er den teoretiske ambisjonen ikke av en generell karakter, men befinner seg på ”mellomnivået” (Merton 1968).<sup>1</sup>

I tillegg til denne introduksjonsdelen består avhandlingen av tre artikler. Den første artikkelen (*Fra fagstyre til enhetlig ledelse*) er en historisk studie av utviklingen fra enhetlig legeledelse via todelt ledelse til enhetlig profesjonsuavhengig ledelse. I den andre artikkelen (*Unitary management, multiple practices?*) undersøker vi hvordan ledere med ulik profesjonsbakgrunn utøver og reflekterer over lederrollen, deres karriereløp samt hvordan eventuelle forskjeller mellom profesjonene kan forstås. I den siste artikkelen (*Mellom profesjon og reform*) belyses sykepleiere og legers grunnholdning til ledelse generelt og enhetlig ledelse spesielt.

---

<sup>1</sup> “Middle range theory (..) is intermediate to general theories of social systems which are too remote from particular classes of social behaviour, organization and change to account for what is observed and to those detailed orderly descriptions of particulars that are not generalized at all” (Merton 1968: 39).

Faglig beveger studien seg i krysningspunktet mellom fagene historie, statsvitenskap og sosiologi. For å forstå et så komplekst felt som ledelse i sykehus, er en tverrfaglig tilnærming avgjørende. Det handler om å forstå vilkårene for våre handlinger, noe en historisk tilnærming bidrar til. Men det handler også om å forstå de politiske kreftene som er i spill, samt hvordan aktørene i det institusjonelle feltet handler og reflekterer.

## **1.1 Bakgrunn for studien**

I de senere år har det vært mange reformer i norsk og internasjonal offentlig sektor. Målet har vært økt brukervennlighet samt bedret effektivitet og ressursutnyttelse. Ikke minst har disse moderniseringsfremstøtene gjort seg gjeldende gjennom en rekke reformer i norsk helsevesen. Reformene har favnet bredt: fra innføring av ulike typer økonomiske styringstiltak (DRG/ innsattsstyrt finansiering), reformer i eierskapsdelen og organisering av sykehus (foretaksreformen), pasientrettede reformer (fastlegereformen og fritt sykehusvalg) og ledelsesreformer (enhetlig ledelse). Man kan sann sett si at norsk helsevesen de siste 10-20 årene har vært gjennom et organisatorisk hamskifte, som gjør seg gjeldende på samtlige nivåer og områder i helsevesenet.

Reformtiltakene har gitt oss noen generelle utfordringer som er viktige å studere for bedre å kunne forstå hva som skjer i møtet mellom organisasjonen og politiske vedtak. Innføringen av de ulike reformtiltakene har avstedkommet ulike utfordringer blant de profesjonelle, i sykehusorganisasjonen samt på politisk nivå. Spørsmålet er hvilke prosesser som har blitt igangsatt internt i organisasjonen som potensielt kan ha innvirkning på hvorvidt reformene lever opp til intensjonen. Det er også rimelig å stille spørsmål om hvorvidt vi har fått et bedre helsevesen som et resultat av reformene (selv om dette er vanskelig å måle). Det er med andre ord et behov for en evaluering av reformene, og det er samfunnsvitenskapens og således samfunnsviternes oppgave å undersøke hvordan slike reformer virker i praksis.

## **1.2 Forskningsspørsmål**

Studien består av tre artikler som hver på sin måte belyser det overordnede temaet: Møtet mellom politisk genererte reformer og profesjonssterke aktører. Mer konkret vil følgende tre forskningsspørsmål stå i sentrum:

1. Hva kan forklare at norske leger har måttet gi fra seg sin tradisjonelle hevd på lederstillinger i kliniske avdelinger, mens

- sykepleierne gradvis har evnet å posisjonere seg i forhold til disse stillingene?
2. Utøver ledere med ulik profesjonsbakgrunn lederrollen ulikt, og hvordan kan disse eventuelle forskjellene forstås?
  3. Hvilken grunnholdning har dagens lege- og sykepleierledere til ledelse, og hvordan påvirker denne holdningen gjennomføringen og praktiseringen av reformen om enhetlig ledelse?

Problemstilling 1 belyses i artikkelen *Fra fagstyre til enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. I artikkel *Unitary management, multiple practices?* besvares problemstilling 2. Mens problemstilling 3 belyses i artikkelen *Mellom profesjon og reform*.

Hvordan henger så disse tre artiklene sammen? Det overordnede temaet for avhandlingen er altså møtet mellom profesjoner og reformer i offentlig sektor. På et mer konkret nivå ser avhandlingen på fremveksten av enhetlig ledelse, debatten omkring innføringen samt hvordan implementeringen av reformen har avstedkommet. Den første artikkelen, *Fra fagstyre til enhetlig ledelse*, er en historisk analyse av utviklingen fra 1945 og frem til avgjørelsen om å innføre enhetlig ledelse i 1999. De politiske prosessene blir belyst, samt hvilken rolle legene, sykepleierne og helsebyråkratene spilte i prosessen frem mot innføringen av reformen. De to neste artiklene i avhandlingen tar opp tråden der artikkelen *Fra fagstyre til enhetlig ledelse* avsluttes og belyser for det første debatten omkring innføringen av reformen i større bredde. Og for det andre analyseres det hvordan implementeringen av reformen har vært og hvordan reformen faktisk praktiseres; hvordan ser reformen ut i praksis? Mer konkret, i artikkelen *Unitary management, multiple practices?* ser vi på de enhetlige ledernes utdanning og karrierevei, hvordan de utøver lederrollen i det daglige og hvilke refleksjoner de gjør seg omkring sin fremtid som ledere. I artikkelen *Mellom profesjon og reform* er fokuset ledernes grunnholdning til ledelse og hvordan denne holdningen påvirker praktiseringen og gjennomføringen av reformen om enhetlig ledelse.

### **1.3 Avhandlingens disposisjon**

Avhandlingen består av to hoveddeler. De tre selvstendige artiklene er hovedbidraget og presenteres i del to. Denne første introduksjonsdelen fungerer som en overbygging som skal bidra til å trekke artiklenes tema, teori og metode opp på et mer sammenbindene nivå enn det som gjøres i de enkelte artiklene. Introduksjonen er disponert på følgende måte:

Kapittel 2: *Teoretiske innfallsvinkler til studiet av enhetlig ledelse i sykehusvesenet.* I dette kapitlet presenteres tre overordnede teoretiske innfallsvinkler til studiet av enhetlig ledelse. Disse retningene har innenfor ”enhetlig ledelse-forskningen” vært benyttet på ulike måter for å forklare og forstå reformen.

Kapittel 3: *Forskning på enhetlig ledelse i sykehusvesenet.* Hensikten med dette kapitlet er å presentere eksisterende empirisk forskning på enhetlig ledelse mer konkret, samt å plassere den foreliggende studien i dette forskningsfeltet. Hvilke andre norske studier av enhetlig ledelse finner vi? Hvilke andre internasjonale studier av ledelse i sykehus finner vi? Hvordan skiller den foreliggende studien seg fra andre studier i feltet?

Kapittel 4: *Metode og datakilder.* Dette kapitlet er delt i tre. Først presenteres den kvalitative intervjuundersøkelsen. I del to presenteres de skriftelige kildene. I del tre går jeg gjennom de kvantitative dataene som har vært benyttet. I hver del reflekterer jeg over metodens utfordringer og muligheter.

Kapittel 5: *Sammendrag av artiklene.* Her vil et sammendrag av artiklene presenteres.

Kapittel 6: *Avslutning – Mellom profesjon og reform.* Avhandlingen avsluttes med en kort oppsummering av studiens hovedfunn samt noen refleksjoner rundt videre forskning.





## **2 Teoretiske innfallsvinkler til studiet av enhetlig ledelse i sykehusvesenet**

En studie står ikke alene. Den er en av flere studier innenfor sitt fagfelt. I dette og det neste kapittelet vil jeg plassere studien i det teoretiske og empiriske forskningsfeltet.

Eksisterende forskning om enhetlig ledelse har valgt ulike teoretiske inntak til studiet av reformer i offentlige organisasjoner med profesjonssterke aktører. Jeg skal i dette kapittelet konsentrere meg om de mest fremtredende, nemlig New Public Management (i den grad man kan kalle det en teori), ny-institusjonell organisasjonsteori samt profesjonsteorier. Ved hjelp av disse teoriretningene, enten alene eller i kombinasjon, har forskere på ulikt vis belyst problemer og utfordringer omkring innføring av nye ledelsesmodeller i offentlige organisasjoner generelt og sykehusvesenet spesielt.

Kapittelet gir en oversikt over de sentrale begrepene i de generelle teoriretningene. Parallelt søker jeg å vise på hvilken måte de aktuelle teoriene har blitt anvendt i studier av enhetlig ledelse spesielt og diskuterer kort i hvilken grad de evner å fange de sentrale sidene ved problemkomplekset. Hva har disse teoriretningene bidratt med i forskningen om enhetlig ledelse i sykehus? Og hvor kommer de til kort? I neste kapittel går jeg mer konkret til verks og presenterer de viktigste empiriske bidragene i den foreliggende forskningen om enhetlig ledelse.

Som tidligere nevnt har denne avhandlingen ikke noe selvstendig mål om generell teoribygging. Ambisjonen er ikke å bruke de empiriske studiene til å utvikle eller utfordre generell teori. Hovedambisjonen er en bedre forståelse av de empiriske prosessene, der de generelle teoriene og det vi vet fra mer spesifikk forskning om ledelse i sykehus, blir redskaper i analysen. Bakgrunnen for at jeg likevel bruker tid og plass på en relativt omfattende teoretisk gjennomgang er at jeg anser det som viktig å plassere den foreliggende studien innenfor et overordnet teoretisk landskap. Det er samtidig slik at flere av de generelle innsiktene de utvalgte teoriene representerer er viktige redskaper i min analyse. Dermed blir presentasjonen viktig som en spesifisering av det begrepsapparatet som danner rammen om studien.

### **2.1 New Public Management**

De senere års reformer i offentlig sektor er sagt å være inspirerte av New Public Management (NPM). Dette gjelder også for de mange reformer som

har vært gjennomført innenfor helsesektoren. Prinsippet om enhetlig ledelse, som blant annet vektlegger betydningen av profesjonelt lederskap og klare kommandolinjer ("unity of command" prinsippet), blir gjerne betraktet som en typisk NPM reform. Dermed er reformen gjerne også analysert med dette som sentralt premiss. Men hva er egentlig NPM?

NPM kan neppe sies å være en teori i seg selv, men er snarere en merkelapp (eller et begrep) på reformforsøk i offentlig sektor som bærer særskilte kjennetegn. Begrepet NPM ble først brukt av den britiske forskeren Christopher Hood, som merkelapp på reformer innen offentlig sektor (Christensen & Lægred 2001). I en kjent artikkel fra 1991 skriver Hood at: "The rise of 'new public management' (..) over the past 15 years is one of the most striking international trends in public administration" (Hood 1991).

Utgangspunktet for reformtrenden Hood beskriver, var en kritikk mot velferdsstatens stadige ekspansjon. En ekspansjon som jevnt og trutt hadde foregått siden slutten av andre verdenskrig. Utviklingen gikk i retning av stadig større etterspørsel, dels skapt av teknologiske nyvinninger som gjorde at flere typer lidelser kunne behandles med mer vellykket resultat. Resultatet var at man ikke klarte å henge med på tilbudssiden. Og etter hvert ble velferdsstaten rammet av stadig mer intrikate styringsproblemer; velferdsstaten som helhet ble satt under press. NPM ble med andre ord et svar på denne utviklingen, og kan i korte trekk forstås som en fellesbetegnelse på en reformbølge, hvor hovedsiktet er kostnadseffektivisering av offentlig forvaltning gjennom avbyråkratisering og rasjonalisering og økt bruk av økonomiske incitamentsystemer. Ideen er at styringsmekanismer fra privat næringsliv og bruk av økonomiske/markedsbaserte incitamentstrukturer i offentlige organisasjoner vil bidra til effektivisering og en mer rasjonell tjenesteyting. Norsk offentlig sektor har, på bakgrunn av en stadig tiltagende kritikk, de siste 10-20 årene vært preget av denne typen omorganiseringer, der økt bruk av konkurranseutsetting, brukerorientering, fokus på bedre kostnadskontroll, økt fokus på profesjonell styring og ledelse og økende vekt på frihet for individene har vært sentrale trekk (Christensen & Lægred 2002).

Mer konkret kan NPM i følge Hood (1991) ses på som et ekteskap mellom to motsetninger: på den ene siden *New institutional economics*, og på den andre siden det Hood kaller *Business type managerialism*. Mens den første bygger på en markedsmessig styringslogikk, hvor aktørene er nyttemaksimerende og hvor konkurranse er en viktig mekanisme, bygger den andre på en hierarkisk styringslogikk.

New institutional economics rommer teorier som public choice, transaksjonskostnads teorier og prinsipal agent teorier. Viktige ingredienser

er brukervalg, transparens, konkurranse og incentivstrukturer (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald & Pettigrew 1996). Innenfor denne retningen er friheten til å velge det essensielle. Teoriene er utviklet av økonomer og økonomiske sosiologer. Ideen er at aktørene i et marked har (full) informasjon og gjør valg basert på rasjonelle beslutninger. Med andre ord har denne partneren i ekteskapet å gjøre med en liberalistisk markedsorientering, der ideen er at markedet skal gi retningslinjer og incentiver for handling (Hood 1991; Klausen 2001; Byrkjeflot & Neby 2005). Reformen om fritt sykehusvalg og innføring av økonomiske styringsverktøy er typiske eksempler fra helsevesenet.

Business type managerialism er den andre partneren i dette NPM ekteskapet. Denne partneren kan sees i lys av den såkalte "scientific management" tankegangen (Hood 1991). Scientific management, eller vitenskapelig bedriftsledelse, dreier seg enkelt sagt om å skille mellom ledelsesoppgaver og den praktiske utførelsen av avdelingens/bedriftens oppgaver (Taylor 2005). Tanken er at man skal ha én ansvarlig leder for hver organisatoriske enhet, hvor denne lederen først og fremst er leder og ikke fagperson. Ingen skal motta ordre fra mer enn én overordnet, da dette skaper best mulig koordinert aktivitet i organisasjonen (Scott 2003). Ideen stammer fra Henri Fayol og hans "unity-of-command"-prinsipp.

Med bakgrunn i denne "business type managerialism"-tankegangen har NPM litteraturen vektlagt *ledelse* som et viktig verktøy for utvikling av offentlig sektor (Byrkjeflot & Neby 2005). Byrkjeflot og Neby hevder at "ledelse har i pakt med NPM-trenden i stadig større grad blitt et selvstendig fokusområde, mens det tidligere ble oppfattet som en forlengelse av fag eller en bieffekt av lang erfaring" (2005:56). Den formen for ledelse som i særlig grad blir trukket frem som et ideal er den såkalt *profesjonelle*. Profesjonell ledelse innebærer at lederen primært er leder (og generalist) og ikke fagperson. En NPM inspirert ledelsestenkning legger til grunn at den som er best egnet til å lede skal lede (uansett profesjon) og at lederroller og –egenskaper er generiske. Med andre ord, er det ingen forskjell på hva ledelse og styring dreier seg om i ulike sammenhenger (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald & Pettigrew 1996; Klausen 2001). Prinsippet er at alle ledere møter de samme utfordringene og problemene, og ledelse er derfor ikke situasjons- (institusjons-) betinget, men snarere personavhengig (Christensen & Læg Reid 2002). NPM inspirert ledelsestenkning ser med andre ord bort fra organisasjonskultur og at det kan være noen forskjell på hva som skal ledes (for eksempel type organisasjon eller avdeling). Normen er at man skal ansette egnet person til lederjobben og ikke profesjon.

Flere forskere som har studert reformen om enhetlig ledelse hevder at reformen er tydelig inspirert av NPM tankegangen. Blant annet skriver Tone

Opdahl Mo i sin doktorgradsavhandling at ”denne reformen ses som eksempel på hvordan en New Public Management styringsforståelse kommer inn i sykehuset” (2006:v). Tilsvarende hevder den danske sykehusforskeren Peter Kragh Jespersen. I en bok fra 2005 (*Mellem profession og management*) er det et sentralt formål å ”kaste lys på, hva der sker, når eksternt genererte og NPM inspirerte organisations- og ledelsesreformer møder indarbejdede professionelle holdninger og praksiser” (Kragh Jespersen 2005:22). Det er med andre ord stor grad av enighet blant forskere at reformen om enhetlig ledelse er inspirert av NPM tankegangen.

### **2.1.1 Kritikk av NPM**

Man snakker altså om to retninger innenfor NPM, den som hviler på en markedsmessig styringslogikk og den som bygger på en hierarkisk styringslogikk. Den førstnevnte er den teoretisk mest stringente. Den er noe annet og noe mer enn bare en hybrid av foreliggende teorier. Den andre er mer problematisk i så henseende, som kan sies å ha hentet sine teorier og ideer fra statsvitenskapen og sosiologien samt psykologien. NPM er således ikke én koherent og integrert teori, men snarere en serie av delvis motsetningsfylte anbefalinger. Sånn sett representerer ikke NPM én klar og tydelig idé i forhold til organisering av velferdsstatlige institusjoner, men flere (Christensen & Lægreid 2002). Eller som Ferlie mfl. sier det: ”sometimes the new public management seems like an empty canvass: you can paint on it whatever you like” (1996:10).

Denne uklarheten gjør det i neste runde vanskelig å konseptualisere NPM. Det er eksempelvis ikke helt gitt hvordan man skal forstå ledelse og hva man vektlegger i forhold til ledelse innenfor NPM. Det sies at man har hentet inspirasjon fra privat næringsliv. Problemet er dog at det ikke finnes én enkelt erfaring fra privat næringsliv hva ledelse angår. Derimot finnes det mange (Klausen 2001). Dermed blir det viktig når man skal studere ledelse i sykehusvesenet i et NPM perspektiv at man er tydelig på hva slags faktisk ledelsesideal som blir frontet. Selv om reformen om enhetlig ledelse kan sies å være klart inspirert av en NPM tankegang var anbefalingen ikke å innføre profesjonell avdelingsledelse i rendyrket form. Det var et eksplisitt krav at den som skulle inneha de enhetlige lederposisjonene også måtte ha nødvendig helsefaglig kompetanse. Dermed var disse stillingene blokkert for ”rene” ledelseseksperter, samtidig som det ble åpnet opp for diskusjon om hvordan medisinskfaglig kompetanse skulle forstås.

I stedet for bare å slå fast at enhetlig ledelse var en NPM inspirerte reform, mener jeg derfor det kan være interessant å gå konkret inn i de historiske prosessene som ledet frem til innføringen av reformen om enhetlig ledelse.

Slik blir det mulig å spesifisere tydelig og med grunnlag i de faktiske empiriske kildene hva som var det substansielle innholdet i reformen. En slik avklaring vil kunne være viktig i seg selv, samtidig som den kan danne grunnlag for en mer nyansert forståelse av de konfliktene som reformen genererte.

## **2.2 Ny-institusjonell organisasjonsteori**

En andre viktig innfallsvinkel til studiet av reformer i helsesektoren generelt og enhetlig ledelse spesielt er ny-institusjonell organisasjonsteori. Dette teoretiske rammeverket har særlig blitt benyttet i analyser med fokus på spredning av reformer og hvordan reformer er blitt implementert i sykehusorganisasjonen.

Ny-institusjonell organisasjonsteori er én av flere retninger innenfor det man kan betegne organisasjonsteorier. Ny-institusjonell organisasjonsteori analyserer enkelt sagt institusjonenes betydning for samfunnet og organisasjonene. Retningen legger til grunn at organisasjonene er en del av sine omgivelser og studerer måten handlinger i organisasjoner blir strukturert på gjennom sosial samhandling og sosiale regler. Ny-institusjonell organisasjonsteori vektlegger på den måten både hvordan handlinger formes (struktureres) og muliggjøres innenfor det institusjonelle feltet (Powell & DiMaggio 1991; Scott 2001; Johansson 2001).

Den amerikanske forskeren og sosiologen, Richard Scott har forsøkt å finne en overgripende definisjon av institusjonsbegrepet. Hans forslag lyder som følger: "Institutions are composed of cultured-cognitive, normative, and regulative elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life" (Scott 2001:48). Scott betegner således kognitive, normative og regulative elementer som institusjonens tre grunnstener. De tre elementene former et kontinuum som beveger seg fra det bevisste til det ubevisste, fra det legalt aksepterte til det tatt-for-gitte (Scott 2001). Dette betyr, slik jeg ser det, at man beveger seg langs et kontinuum der det regulative elementet er bevisst for aktørene, der det kognitive er ubevisst for aktørene og der det normative elementet befinner seg et sted mellom det bevisste og det ubevisste.

Til tross for en slik bred definisjon har det ikke vært mulig å enes om en enhetlig oppfatning av hva institusjoner er, og teoretikere varierer i forhold til i hvilken grad de fokuserer på den ene eller andre av elementene i definisjonen (Scott 2001). De fleste institusjonalister er likevel enige om at institusjoner begrenser og regulerer adferden, men vektlegger ulike aspekter ved hvordan denne begrensningen uttrykker seg (Scott 2001).

For å ta den regulative siden først. I sin videste betydning er alle institusjonalister enige om de regulative aspektene ved institusjoner. Det som kjennetegner de forskerne som vektlegger dette elementet er at de i særlig grad fokuserer på de eksplisitt regulerende foreteelsene, det vil si de regelskapende, overvåkende og sanksjonerende elementene ved institusjonen (Scott 2001). Denne retningen er særlig anerkjent blant økonomene.

Videre har vi de som vektlegger de normative aspektene ved institusjoner. Organisasjoner og institusjoner styres av forestillinger om hvilke mål og verdier man bør strebe etter og hvilke midler som er legitime for å oppnå disse målene (Johansson 2001). Teoretikere som vektlegger den normative siden av institusjoner betoner den stabiliserende påvirkningen fra sosiale normer og regler, som både er internalisert og som kommer fra andre. Særlig sosiologene har omfavnet denne retningen (Scott 2001).

Tilslutt har vi retninger som vektlegger det kognitive, eller det kulturelt-kognitive aspektet ved institusjonene. Denne retningen er særlig utviklet av antropologer og sosiologer, slik som Berger og Luckman og Zucker (Berger & Luckman 1967, Zucker 1977). Sosiale aktører handler på bestemte måter og følger bestemte regler og rutiner. Handlingsmønsteret tas for gitt; aktørene kan ikke tenke seg andre måter å handle på, eller har ikke reflektert over andre måter å handle på: "In the cognitive paradigm, what a creature does is, in large part, a function of the creature's internal representation of its environment" (D'Andrade i Scott 2001:57). Meninger dannes i interaksjon med andre og blir opprettholdt i det de tas for gitt av aktørene som objektive sannheter og der aktørene finner en felles oppfatning av den sosiale virkeligheten (Berger & Luckman 1967).

I den etterhvert klassiske artikkelen: "Institutionalized Organizations: Formal structure as Myth and Ceremony," skrevet av John Meyer og Brian Rowan i 1977, og publisert i *American Journal of Sociology* tar forfatterne utgangspunkt i Berger og Luckmans institusjonsbegrep. De vektlegger særlig hvordan organisasjoner ikke bare vokser frem som et produkt av økt teknologisk innsikt og kunnskap, men at institusjoner også er et resultat av økt rasjonalisering av kulturelle normer og regler, regler som er uavhengige av institusjonens oppbygging (Scott 2001). Som Meyer og Rowan selv uttrykker det: "the formal structures of many organizations in postindustrial society dramatically reflects the myths of their institutional environments instead of the demands of their work activities" (1977:341). Dette innebærer at man ser på institusjoner som bestående av komplekser av kulturelle regler. Men ikke alle kulturelle regler støtter opp om organisasjonen, tvert imot, reglene må rasjonaliseres av aktørene i organisasjonen. Kun gjennom rasjonalisering av regler anser aktørene dem for å være legitime:

Organizations are driven to incorporate the practices and procedures defined by prevailing rationalized concepts of organizational work and institutionalized in society. Organizations that do so increase their legitimacy and their survival prospects, independent of the immediate efficacy of the acquired practices and procedures (Meyer & Rowan 1977:340).

Men de normene og kulturelle reglene som eksisterer i organisasjonen vil kunne være i konflikt med organisasjonens formelle krav om effektivitet. Med andre ord, det som er aksepterte handlingssett blant de som jobber i organisasjonen vil ofte kunne være på kollisjonskurs med de utenforstående kravene om effektivitet og rasjonell ressursbruk. Ikke fordi effektivitet i seg selv ikke kan tolereres av de som jobber i organisasjonen, men fordi midlene mot målet om økt effektivitet ikke er i tråd med normene og de godtatte handlingssettene til de som jobber i organisasjonen. Resultatet vil da kunne bli det Meyer og Rowan omtaler som løs kopling. Det vil si, inkonsistens mellom organisasjonens formelle (og legitime) struktur og hverdagsaktivitetene i organisasjonen (se også Weick 1979).

Innenfor forskningen på enhetlig ledelse i sykehusvesenet, er det flere eksempler på studier som har sett på fenomenet løs kopling (se for eksempel Doolin 2001). Løs kopling blir en realitet når aktørene i sykehusorganisasjonen utad aksepterer de formelle organisatoriske endringene, mens de internt (i det daglige virket) motsetter seg den praktiske innføringen og de faktiske endringene reformen forsøker å bidra til. Når denne typen prosesser oppstår kan grunnen være at de ansvarlige reformatorene undervurderer kompleksiteten i organisasjonen og de sterke profesjonsnormene som preger sykehusets organisasjonskultur. Dermed vil man kunne komme i en situasjon der enhetlig ledelse de jure (formelt) er innført, men de facto er det "business as usual" – man praktiserer med andre ord som man gjorde før reformen ble innført.

Foruten løs kopling/ frikopling er det et annet aspekt ved det ny-institusjonelle paradigmet som har vært mye benyttet for å forstå fremveksten av nye ledelsesmodeller i sykehus, såkalt isomorfisme. I en artikkel fra 1983 skriver de amerikanske forskerne Paul DiMaggio og Walter Powell hvordan organisasjoner innen samme felt tenderer til å bli like hverandre (isomorfisme), og undersøker de mekanismene som ligger bak disse homogeniseringsprosessene (DiMaggio og Powell 1983). De to forfatterne skiller mellom tre viktige mekanismer knyttet til det de kaller institusjonell isomorfisk endring (Institutional Isomorphic Change): tvingende isomorfisme, mimetisk isomorfisme og normativ isomorfisme. Disse er nært knyttet opp mot de tre grunnelementene som jeg omtalte

tidligere: det regulative, det kognitive og det normative elementet (Scott 2001). Nedenfor er en nærmere beskrivelse av disse tre formene for isomorfisme.

**Tvingende Isomorfisme (coercive):** Knytter seg til politisk påvirkning og problemer knyttet til legitimitet. Tvingende isomorfisme er en effekt av de formelle eller uformelle tilpasningskrav som svake organisasjoner utsettes for av sterkere organisasjoner. Staten spiller her en nøkkelrolle (Johansson 2001).

**Etterlignende/Mimetisk Isomorfisme (mimetic):** Resultat av standard svar på usikkerhet. Mimetisk isomorfisme har usikkerheten som drivkraft. I virksomheter der kunnskapen om sammenhengen mellom årsak og virkning er dårlig og der målene er tvetydige og løsningene er uklare, kan organisasjoner, istedenfor å finne egne løsninger på problemene, forsøke å etterligne andre organisasjoner som har mestret å finne gode løsninger tidligere. Organisasjoner som oppleves å ha lyktes innenfor et felt blir imitert av andre organisasjoner, i et forsøk på å få tilsvarende fremgang, eller i det minste legitimere sine handlinger (Johansson 2001).

**Normativ Isomorfisme (normative):** Forbundet med profesjonalisering. Normativ isomorfisme er et resultat av den tiltagende profesjonaliseringen som har funnet sted. Organisasjoner ansetter flere og flere folk med profesjonell utdanning. De profesjonelle opprettholder nettverk som bidrar til at man opprettholder likhet og sprer impulser innen gruppen de tilhører, som siden omsettes på lignende måter i de ulike organisasjonene de jobber i (Johansson 2001).

I et forsøk på å forstå ”sykehuslederes opfattelse af ledelsesvilkår i Danmark og Norge” har de to forskerne Dag Olaf Torjesen og Karsten Vrangbæk benyttet seg av dette begrepsapparatet. De spør blant annet om det kan identifiseres en annen vekt på forandringspress og omverdensforståelse i Norge enn i Danmark (Vrangbæk & Torjesen 2005; Torjesen 1997b:97). Studien viser blant annet at danske sykehusledere opplever at det horisontale isomorfe presset fra søsterorganisasjoner og brukere er sterkere enn deres norske kolleger opplever. De norske lederne derimot opplever at det hierarkiske isomorfe presset har vært sterkest, det vil altså si press fra ”oven” (sentralt politisk hold) (Vrangbæk & Torjesen 2005; Torjesen 2007b:109). Dette funnet blir tydelig illustrert i min historiske gjennomgang av fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i Norge og Danmark (*Fra fagstyre til enhetlig ledelse*).



### 2.2.1 Kritikk av ny-institusjonell organisasjonsteori

Ny-institusjonell teori har måttet tåle mye kritikk. Blant annet er retningen blitt kritisert for å være for konsensusorientert og for harmonisk (Oliver 1991; Greenwood & Hinings 1996). Aktører, strategier og maktforhold tas i liten grad opp. Problemet med dette er at endring og forandring får liten plass i teorien. Endring oppstår av seg selv og med en anonym karakter. Videre er det et problem med et rent kognitivt syn på institusjonalisering, der en tatt-for-gitt-holdning og mer eller mindre ubevisste forestillinger om virkeligheten antas å styre handlingene til aktørene. Aktørene har ingen maktinteresser, ingen strategier. Teorien ender opp med å bli passiv, den får noe mekanisk og automatisk over seg. Man ser ingen handlende subjekt som drives av motiver eller interesser. Dermed gis det heller intet rom for konflikter og kamp mellom ulike interessegrupper (Johansson 2001:49). Følgende kan tjene som illustrasjon: i en studie av det amerikanske sykehusvesenet beskriver Scott, Ruef, Mendel og Caronna (2000) den historiske utviklingen fra "the era of professional dominance" via "federal involvement" til "managerial control and market mechanisms". Her argumenteres det for at det eksterne institusjonelle miljøet er av stor betydning når vi søker å beskrive den endringen vi har vært vitne til i helsevesenet i årene etter andre verdenskrig. Studien analyserer dog i liten grad de ulike aktørgruppens *strategiske rolle* i endringsprosessen.

Spørsmålet som reiser seg er om dette er tilfredsstillende. Johan P. Olsen kaller det "environmental determinism" når man kun fokuserer på endringer drevet frem av *eksterne* sosiale, økonomiske og kulturelle krefter (Olsen 2004:464). Det kan med andre ord se ut til at det er et behov for å supplere institusjonell analyse med en sterkere vektlegging av de *interne* aktørenes rolle som strategiske endringsagenter. Spørsmålet som således bør reises er hvordan aktørene kan endre de institusjonene de er en del av og som de har blitt sosialisert inn i og som de, i følge institusjonell teori, tar for gitt (Scott 2001).

En annen kritikk av ny-institusjonell teori er at den er svakt empirisk fundert og lite anvendelig som verktøy i konkrete empiriske studier. Teorien har i liten grad vist hvilken praktisk nytte den har, og har på mange måter fungert primært som et teoretisk rammeverk. Man kan undre seg på om det mangelfulle empiriske fundamentet teorien ser ut til å støtte seg på er forårsaket av at den er lite egnet til å analysere empiriske forhold. For eksempel beskriver den isomorfisme, men uten å vise på en overbevisende måte hvordan dette gjennomføres i praksis; hvilke mekanismer som spiller inn. Teorien står dermed i fare for å bli en deskriptiv modell og ikke et analyseverktøy. For eksempel er teorien benyttet av Scott (se for eksempel Scott med flere 2000) for å forklare hvorfor sykehusvesenet i ulike land blir likere hverandre. Men studien forblir svært deskriptiv og klarer i liten grad å forklare *hvordan og hvorfor* endringene skjer. Ei heller bidrar den i særlig

grad til å analysere problemene innad i sykehusvesenet. Den konstaterer at det har skjedd institusjonelle endringer uten å forklare på hvilken måte eller hvordan dette påvirker den enkelte aktør, alternativt på hvilken måte den enkelte aktør spiller inn i denne prosessen.

I min studie har ny-institusjonell organisasjonsteori vært en viktig inspirasjonskilde. Ikke minst har begrepet om løs kopling bidratt til å fange sider ved de prosessene som igangsettes når reformer møter profesjonssterke aktører. Men jeg har forsøkt å unngå tendensen til "environmental determinism" ved å analysere den historiske fremveksten av reformen med utgangspunkt i aktører og strategier. Samtidig har jeg sett på hvordan de isomorfe prosessene gjør seg gjeldende ved at man også i norsk sykehusvesen innfører reformer som er tydelig inspirert av tilsvarende reformer i andre land. Jeg viser imidlertid også hvordan institusjonell endring gjennom isomorfe prosesser kan ha ulikt grunnlag. Mens utviklingen i Danmark synes å ha vært drevet fremover gjennom horisontalt press (fra brukergrupper etc.), rapporterer norske sykehusledere politisk press ovenfra som den sentrale drivkraften for endring.

### **2.3 Profesjonsteorier**

Et tredje viktig teoretisk inntak til studiet av enhetlig ledelse har vært profesjonsteorier. Studier med denne teoretisk innfallsvinkelen som utgangspunkt har typisk sett på hvordan enhetlig ledelse og eventuelt andre reformer har blitt mottatt av de som jobber i sykehusorganisasjonen.

Det eksisterer ulike teoretiske inntak til studiet av profesjoner. Det vanlige er å skille mellom en funksjonalistisk forståelse av profesjoner og en mer maktorientert forståelse. De to retningene står tradisjonelt i opposisjon til hverandre, der den maktorienterte forståelsen fremstår som en kritikk av den funksjonalistiske forståelsen. Den amerikanske sosiologen Andrew Abbotts bok om profesjonssystemer representerer et tredje syn på profesjoner, der fokuset er profesjonenes forhold til hverandre (Abbott 1988).

Profesjoner kan defineres som: "En yrkesgruppe som ønsker å fremstå som et selvstendig fag og yrke i forhold til andre yrkesgrupper, og med kontroll og autoritet over eget fag og arbeidsfelt" (Sommervold 1997:247). Videre vil jeg legge til at profesjoner forvalter et kulturfellesskap som innebærer at den gitte profesjonen deler felles erfaringer, identitet og verdisyn (Schjøtz 2003). Legene utgjør et kjerneeksempel på profesjoner. Når det gjelder sykepleiergruppen er ikke svaret umiddelbart gitt. I profesjonsforskningen eksisterer også begrepet semi-profesjoner. Begrepet viser til grupper som har kortere utdanning som ikke er forskningsbasert. Utdanningsinstitusjonene er gjerne plassert utenfor universitetene (for eksempel i høyskolene). Videre kjennetegnes de ved at yrkesutøvelsen ikke er autonom. Dette innebærer blant annet at den enkelte profesjonelle har en mindre selvstendig innflytelse

i forhold til tilrettelegging og utførelse av sitt arbeid (Freidson 1988). I denne sammenhengen er imidlertid ikke dette skillet så viktig. Det interessante i dette tilfellet er å studere leger og sykepleiere i relasjon til hverandre og hvordan de agerer i forhold til reformen om enhetlig ledelse.

Frem til den amerikanske sosiologen Andrew Abbott skrev sin bok ”The System of Professions” i 1988, var fokuset i profesjonsforskningen i hovedsak rettet mot å studere én profesjon av gangen. Men Abbott søkte i sin studie å fokusere på forholdet *mellom* profesjonene og introduserte derfor begrepet *profesjonssystemer*.

I et profesjonssystem ses de profesjonelle som innbyrdes forbundet med hverandre i et gjensidig avhengig system som samtidig også er et hierarkisk system (Abbott 1988; Erichsen 1996). I det hierarkiske systemet er profesjonene tuftet på ulik teoretisk og empirisk kunnskap, der de mer teoretisk orienterte profesjonene plasserer seg øverst i yrkeshierarkiet, mens de empirisk orienterte plasserer seg lenger ned i hierarkiet (Schiøtz 2003). Et svært illustrerende eksempel er situasjonen i sykehusvesenet der sykepleierne tradisjonelt har vært legene faglig sett underordnet

I denne systemtankegangen inngår også en forståelse av at ulike profesjoner har ulike myndighetsområder over arbeidsoppgaver. Om vi igjen tar helsevesenet som et eksempel: noen oppgaver er tradisjonelt sykepleieroppgaver, mens andre oppgaver tar legen seg av. Disse myndighetsområdene er imidlertid ikke statiske, men er gjenstand for stadig forhandling og reforhandling. Defineringen av hvilken yrkesgruppe som har krav og tilgang på et myndighetsområde, vil derfor endre seg over tid (Sommervold 1997). Reformen om enhetlig ledelse er et svært illustrerende eksempel på hvordan ledelse som myndighetsområde ble omdefinert når man ved offentlig lov ga sykepleierne tilgang til lederposisjoner som tidligere hadde vært forbeholdt legene.

Et sentralt spørsmål i denne studien er hvilke sosiale prosesser som settes i gang når ulike profesjoner får tilgang på samme posisjoner, i dette tilfellet ledelsesposisjonen. Hvordan reagerer aktørene når en tradisjonell skillelinje viskes ut? Hvilke strategier settes i gang for å markere nye skillelinjer mot andre yrkesgrupper? Mer konkret, hvordan forhandler legeledere og sykepleierledere om ledelse som myndighetsområde?

Sykepleierne har som nevnt, tradisjonelt vært legenes underordnede. I og med innføringen av enhetlig ledelse åpnet man opp for at både sykepleiere og leger kunne søke på enhetlige lederstillinger i sykehus. Dette skapte behov for en redefinering av grensene mellom legeprofesjonen og sykepleierprofesjonen. En redefinering som igjen ledet til konflikter.

I profesjonslitteraturen omtales denne typen konflikter gjerne som jurisdiksjonskonflikter. Med jurisdiksjon menes enkelt sagt en profesjons myndighetsområde. For å bevare dette myndighetsområdet anvender profesjonen en bestemt kunnskap og utelukker andre profesjonsgrupper ved å skape demarkasjonslinjer (Abbott 1988). Det er i denne prosessen de jurisdiksjonelle konfliktene vokser frem (Freidson 2001). Jurisdiksjon kan således forstås som en *prosess* der ulike profesjoner (i vårt tilfelle leger og sykepleiere) kjemper om samme arbeidsområder eller myndighetsområder (Erichsen 1996). Når det er bevegelse i en profesjons jurisdiksjon, vil dette ha effekt på de omkringliggende profesjonene (Abbott 1988).

Ledelsesposisjoner kan betraktes som et myndighetsområde som profesjonene kjemper om tilgangen på. En måte å argumentere for en profesjons rett på tilgang til ledelsesfeltet er ved å konstruere en profesjonsidentitet som markerer grenser mot andre (konkurrerende) profesjoner. Denne typen profesjonsidentiteter kan igjen knyttes opp mot syn på ledelse og hvem de forskjellige profesjonene hevder bør sitte i lederposisjoner. I en kunnskapsbedrift der mange profesjoner jobber sammen, vil det naturlig nok være en debatt om hvilken profesjon som skal ha rett på å lede. De institusjonelle rammene bidrar til å definere betingelsene for de profesjonelles arbeid og derfor vil de profesjonelle søke å kontrollere den institusjonelle påvirkningen. Dette kan blant annet skje gjennom å forsøke å definere arbeidsoppgaver innenfor eller utenfor sin profesjons myndighetsområde.

Som vi skal se dannet ulike syn på ledelse og hva nødvendige kvalifikasjoner er for å kunne inneha en lederstilling, en kjerne i den konflikten som oppstod i kjølvannet av innføringen av enhetlig ledelse. Det utviklet seg en klassisk jurisdiksjonskonflikt der ledelse som myndighetsområde kom under debatt. En studie av denne konflikten har således mye å hente i det begrepsapparatet som er utviklet i profesjonslitteraturen. Samtidig bør man se opp for profesjonslitteraturens tendens til å analysere jurisdiksjonskonfliktene isolert fra den organisasjonsmessige konteksten de foregår innenfor. En grensedragningskonflikt vil ikke bare formes av faktorer som er begrenset til profesjonene selv, men vil også preges av de aktuelle profesjonsgruppene ulike tilknytning til den organisasjonen de er en del av. Konflikten mellom leger og sykepleiere i kjølvannet av reformen om enhetlig ledelse bør derfor også analyseres med henblikk på de to profesjonenes ulikartede tilknytning til sykehusorganisasjonen. Videre er det viktig at man ikke går i fellen med å ukritisk behandle de ulike profesjonene som homogene grupper. Legene er ikke nødvendigvis en gruppe som agerer ensartet i alle tilfeller. Ei heller er sykepleierne det. Det finnes potensielt store variasjoner innad i de ulike profesjonsgruppene. En hver analyse av profesjoner, deres holdninger til hverandre, til organisasjonen de jobber i og til eksternt initierte reformer bør ha denne potensielle variasjonen i mente.

### 3 Forskning på enhetlig ledelse i sykehusvesenet

Innføring av ledelsesreformer i sykehussektoren er ikke et særnorsk fenomen. Også i andre vestlig land har man forsøkt å effektivisere og rasjonalisere sykehusvesenet ved hjelp av ledelsesreformer som ligner den norske. I kjølvannet av denne utviklingen har forskere studert innføringen av ledelsesreformene og effekter av disse, både i Norge og internasjonalt. Når denne studien tar utgangspunkt i reformen om enhetlig ledelse og forsøker å vise og analysere de prosessene som igangsettes når reformen møter de profesjonelle i sykehussektoren, føyer den seg således inn i en større forskningsmessig debatt omkring reformen om enhetlig ledelse. Jeg vil i dette kapittelet si noe om denne forskningen ved å kort presentere det jeg anser som de viktigste bidragene innenfor feltet og å diskutere de viktigste funnene i disse bidragene. Avslutningsvis summerer jeg opp hva vi vet om enhetlig ledelse med utgangspunkt i de foreliggende studiene og hvor det trengs mer forskning.

Studiene som presenteres er organisert i fire hovedgrupper. Den første gruppen av studier er opptatt av hvordan enhetlig ledelse har vært en reform tydelig inspirert av NPM tankegangen, og hva som skjer når denne styringsforståelsen møter de eksisterende normene og tradisjonene i sykehusorganisasjonen. Den andre gruppen av studier er på tilsvarende vis opptatt av møtet mellom enhetlig ledelse som en NPM-inspirert reform og det institusjonelle feltet sykehusorganisasjonen utgjør, men har samtidig et eksplisitt fokus på relasjonen og samspillet mellom profesjonene. Mens den første gruppen av studier primært forholder seg til legeprofesjonen som de sentrale og relevante aktørene, legger denne andre gruppen av studier vekt på dynamikken mellom leger og sykepleiere og hvordan denne dynamikken former implementeringen av enhetlig ledelse. I tillegg til disse to hovedgruppene ser jeg i en tredje del på mer empiridrevne studier, da i all hovedsak en større norsk studie av enhetlig ledelse fra 2006. En fjerde gruppe av studier utgjøres av analyser som ikke ser på enhetlig ledelse spesielt, men diskuterer den mer generelle utviklingen i *dansk* sykehusvesen. Disse bidragene presenteres og diskuteres først og fremst fordi de utgjør en viktig empirisk basis for et komparativt blikk mellom Norge og Danmark.

#### 3.1 Samspillet mellom sykehusorganisasjonen og den NPM inspirerte styringsforståelsen

Den første gruppen av studier jeg ønsker å trekke frem, har som sitt fokus møtet mellom sykehusorganisasjonen og den nye styringsforståelsen NPM

representerer. Presentasjonen er delt i to hoveddeler, der jeg først ser på en norsk studie og dernest tar for meg et utvalg internasjonale studier.

Samfunnsviteren Tone Opdahl Mo har i sin doktorgrad tatt utgangspunkt i enhetlig ledelse for å studere: "hvilken betydning fagkunnskap har for ledelse av sykehusavdelinger" (Mo 2006:v). Hun legger særlig vekt på hvordan den tradisjonelle faglige ledelsen i sykehusene gjennom innføringen av enhetlig ledelse har blitt utfordret av en New Public Management inspirert reform. Denne reformen har, som Mo skriver, hatt som mål å profesjonalisere ledelsesfunksjonen og gjennom det oppnå et klarere skille mellom fag og ledelse. Avhandlingen er med andre ord en studie av hvordan nye ideer om styring og ledelse, her i NPM drakt, utfordrer feltets etablerte logikk. Hun sier selv: "Jeg bruker en reform [enhetlig ledelse] som et inntak til å studere det jeg ser på som et møte mellom en New Public Management (NPM)-inspirert styringsforståelse, og sykehusets medisinsk-faglige forståelser av ledelse av faglig aktivitet. Dette møtet analyseres primært gjennom å studere de nye avdelingsledernes håndtering av lederreformen i innføringsfasen av reformen" (Mo 2006:2-3). Studien er basert på 19 kvalitative intervjuer med ledere på ulike nivåer på ett universitetssykehus samt dokumentanalyse av aviser og innlegg på legenes egen nettside Eyr.

Et hovedpoeng med reformen om enhetlig ledelse var at lederposisjonene skulle være profesjonsnøytrale. Det vil si at man primært skulle tilsette person og ikke profesjon i lederstillinger. Men som studien til Mo viser, synes legene å holde fast ved synet om at en lege må lede de kliniske avdelingene i sykehus. Grunnen er at legene oppfatter ledelse av kliniske avdelinger tett knyttet opp mot medisinsk aktivitet. Legenes forståelse av ledelse knytter seg opp mot det faglige ledelsesidealet, der fag og ledelse er uløselig knyttet sammen. Dette gjenspeiles ikke minst i hvordan legenes legitimitet som avdelingsledere er bestemt av den faglige tilknytningen legelederen har til klinikken. Å forlate klinikken til fordel for ledelse betyr i legefelleskapet at legen ikke lenger vet hva han snakker om. "Legene har et faglig utgangspunkt for ledelse, og legitimiteten til en legeleder vil derfor ut fra en medisinskfaglig forståelse være knyttet til egen faglighet, og faget representeres i medisinen først og fremst gjennom arbeidet i klinikken," skriver Mo (2006:127). Lederen av kliniske avdelinger må altså i følge legene være en lege og denne legelederen skal først og fremst være en fagperson som deltar i klinikken. At det forventes fra legeledernes side at de skal delta i klinikken handler også om ledernes rettetmulighet til en ren faglig stilling, hevder Mo. Legeledernes argumentasjon dreier seg altså om to ting: for det første, at legene mener at ledelse ikke kan skilles fra klinikk, og for det andre at legene vil ha muligheter for å kunne gå tilbake til en ren klinisk stilling dersom de på et senere tidspunkt skulle ønske det.

Mo argumenterer videre for at både legene og sykepleierne uttrykker ambivalens i forhold til å påta seg de nye enhetlige lederoppgavene. For legenes del handler ambivalensen om at de må velge bort "faget" til fordel for ledelse. Ikke minst blir dette problematisk ettersom de nye enhetlige lederposisjonene innebærer en helt annen administrativ byrde enn tidligere, noe som "stjeler" av tiden legelederen kunne benyttet på kliniske oppgaver. Som et resultat risikerer legelederne å tape respekt blant sine legekolleger. Å være en dyktig lege handler om å kunne "håndverket". Dersom en legeleder bruker mer tid på ledelse og administrasjon enn det kliniske, vil han kunne bli mistenkt av sine kolleger om at han ikke lenger har klinikken "i fingrene". Dette forsterker i neste runde ambivalensen til legene i forhold til lederstillinger. Legelederne anser derfor lederposisjoner som midlertidige. Mo sier imidlertid lite om hvorfor sykepleierne er uvillige til å påta seg de nye enhetlige lederstillingene.

Til tross for den tydelige ambivalensen hos legene i forhold til å ta på seg enhetlige lederoppgaver viser Mo til utviklingstrekk som kan tyde på at reformen kanskje har begynt å få virkninger i retning av hva som var reformens intensjoner. I følge Mo representerer de "nye" legelederne noe annet enn den tidligere faglederen. Vi ser altså konturene av en ny form for medisinsk ledelse, hvor avdelingslederen er mer leder enn lege, men hvor den medisinske kunnskapen er en viktig komponent.

Studien til Mo er et viktig bidrag i forhold til å få innsikt i de profesjonelles, og spesielt legenes forhandlinger omkring de nye ledelsesformene i sykehus, og særlig hva som skjer i møtet mellom den medisinskfaglige forståelsen av faglig aktivitet og en NPM inspirert styringsforståelse. Studien er således viktig for å gripe hva som skjer i møtet mellom den veletablerte medisinske logikken og den NPM inspirerte styringstankegangen. Studien savner imidlertid en dypere og mer inngående problematisering av faglig versus profesjonell ledelse og de ulike profesjonsgruppenes tilknytning til de ulike ledelsesformene. Mo tar nærmest for gitt at leger driver faglig ledelse, mens sykepleierne er talspersoner for den rene administrative ledelse (profesjonell ledelse). I det hele er studien til Mo i betydelig grad fokusert omkring legenes fortolkning av reformen om enhetlig ledelse, mens sykepleiernes syn i liten grad gjenspeiles. Dette er en generell mangel som jeg kommer nærmere tilbake til.

De senere års reformer i helsevesenet er som nevnt ikke et særnorsk fenomen. I Skandinavia og resten av verden finnes det reformer som ligner de norske, dog med nasjonale særtrekk. Når det gjelder innføring av enhetlig ledelse, ser vi tilsvarende i de øvrige skandinaviske landene, i Storbritannia, USA og på New Zealand for å nevne noen.

I artikkelen *Doctors as Managers. New Public Management in a New Zealand hospital* fra 2001, ser Bill Doolin på hva som skjedde da man introduserte såkalt "clinical leadership" på et sykehus på New Zealand. Innføring av "clinical leadership" eller klinisk ledelse var et forsøk på å gjøre legene i klinikken mer ansvarlige i forhold til økonomi og organisering av kliniske avdelinger. Tanken var at de kliniske lederne skulle fungere som brobyggere mellom sine kolleger i klinikken og den administrative toppledelsen på sykehuset.

Bakgrunnen for at de innførte den nye ledelsesformen var et ønske om rasjonalisering og innsparing. Som et første endringsforsøk hadde det blitt innført en form for "general management", eller profesjonell ledelse. Men man erfarte raskt at dette ikke fungerte og man innførte derfor klinisk lederskap, der "the people making strategic and day to day management decisions will be the same people working together to deliver patient care. Accountability was to be moved one step closer to the patient, 'to where the dollars are being spent'" (Doolin 2001:236).

Den nye organisasjonsstrukturen baserte seg på en *unit director* på toppen. Denne personen skulle ideelt sett være en lege som også skulle ha mulighet til å drive klinisk praksis ved siden av jobben som leder/ administrator. At *unit director*'en fikk fortsette å drive klinisk mente ledelsen ved sykehuset var avgjørende for å gjøre legene mer vennlig innstilt til stillingen. I tillegg opprettet man en stilling for en *operations manager*, en generell administrator/leder, som enten var underordnet eller sideordnet *unit director*, avhengig av *unit director*'ens interesse for økonomi og administrering. Uansett den lokale organiseringen ble disse to beskrevet som et team. Underordnet disse igjen var *charge nurse*. Denne sykepleieren skulle ta seg av ledelse og administrasjon av sykepleiergruppen.

Det ledelsesidealet som ble introdusert var således en tillempet form for NPM-ideen om ren profesjonell, enhetlig ledelse. Lederne skulle få fortsette med klinisk arbeid. Samtidig var planen å dytte økonomiske avgjørelser lenger ned i organisasjonen. På den måten ville man gjøre legene mer ansvarlige for virksomhetens mål ved en mer effektiv og rasjonell utnyttelse av de økonomiske ressursene. Reformen hadde som ideal at *unit director*'en skulle ta fullt ansvar for enheten. Men ved å opprette en egen stilling for en såkalt *operations manager* åpnet man for at ledelsen ble mer teambasert enn enhetlig. I artikkelen undersøker Doolin i hvilken grad klinikerne adopterte rollen som kliniske ledere. Studien baserer seg hovedsaklig på feltarbeid og intervjuer av 40 ledere på ulike nivåer i et sykehus på New Zealand.

Et hovedmål med reformen var å overbevise legene om at lederskap var relevant for dem. Men som Doolins studie viser, skulle dette vise seg å bli



utfordrende. Selv om introduksjonen av klinisk lederskap var en tillemping av et rent NPM-ideal, iverksatt for å gjøre ledelse mer attraktivt for legene, viste legene gjennomgående liten interesse for de nye stillingene. Tradisjonelt hadde legenes holdning til ledelse vært negativ. Ved å innføre klinisk lederskap, der man søkte å integrere generell ledelse og medisinskfaglig kunnskap, håpet man å overbevise legene om at lederrollen var relevant for dem. Men Doolin hevder at legene i hans materiale, til tross for dette tiltaket, fortsatte å nedvurdere ledelse som eget fag. Det medisinske faget var i følge legene akademisk i sitt fundament, der klinisk arbeid, forskning og publisering var essensielt. Ledelse var, til sammenligning, "common sense" og lett å lære seg. Ledelse var altså for legene en del av faget, der den som var best blant likemenn eller senioren innen faget var den selvsagte leder. Grunnen var, i følge legene, at ledelse ikke kunne sees uavhengig av hva som skulle ledes.

Videre forble legeledernes identitet tett knyttet opp til det medisinske faget (klinikken), og det å tre ut av legerollen og inn i en lederrolle handlet i stor grad om å fornekte sin faglige identitet på bekostning av noe de anså som lekmannskunnskap. De legene som faktisk aktivt ønsket å gå inn i lederposisjoner ble sett på med mistenksomhet av de andre legene. Å stikke seg ut og mene noe annet enn det som var godtatte sannheter, ble ansett som et svik mot profesjonsfellesskapet som i sin natur baserer seg på tradisjoner, verdifellesskap og etablerte normer.

Doolin fant riktignok at de legene som hadde tatt lederutdanning var mer vennlig innstilt til de nye styringsforståelsene og mer positivt innstilt til reformene i sin helhet. Spørsmålet som kan og bør stilles, er imidlertid om disse var mer vennlig innstilt etter at de hadde tatt lederutdanning, eller om det snarere var slik at de i utgangspunktet var mer positivt innstilt og derfor hadde søkt videreutdanning i ledelse. Dette er dog uansett et interessant funn. I en studie av amerikanske legeledere fant Timothy Hoff at leger som befant seg i lederposisjoner høyere opp i systemet (lengre unna klinikken) var mer vennlig innstilt til administrative oppgaver enn legeledere på lavere nivå (nærmere klinikken). På den andre siden, ble legelederne i administrative stillinger høyere opp i systemet ansett som en pariakaste av legene i klinikken (Hoff 1999). Et svært interessant funn som også maner til forsiktighet i forhold til å behandle profesjonsgrupper som homogene grupper.

Ved hjelp av innføring av klinisk lederskap ved New Zealandske sykehus var målet altså å bidra til en mer positiv holdning til ledelse blant legene. Klinisk lederskap skulle føre til at legene ville involvere seg mer i ledelse uten at de opplevde at det gikk på bekostning av deres medisinske kultur. På den måten kunne legene beskytte sin kliniske frihet samtidig som de tok

innover seg ledelsesperspektivene og fikk mer ansvar i forhold til ressursbruk og administrasjon. De skulle med andre ord fungere som oversettere mellom de to styringslogikkene, altså som hybridledere. Begrepet hybridleder finner vi også igjen hos den britiske forskeren Sue Llewellyn, som i artikkelen *'Two-way Windows': Clinicians as Medical Managers* (2001) har sett på relasjonen mellom legene og de "nye" administrative/økonomiske styringslogikkene i Storbritannia.

Tilsvarende som Doolin har Llewellyn studert leger som ledere og som oversettere mellom de to logikkene. I likhet med Doolin og Hoff fant Llewellyn at klinikerne ikke anså ledelse som et ordentlig fag og at de fryktet å miste respekten blant sine legekolleger dersom de tok på seg lederstillinger. Leger som påtok seg lederjobber måtte også leve med mistanken om at de hadde blitt ledere av mangel på nødvendige faglige evner innen det medisinske faget/ klinikken som var nødvendig for å gjøre en karriere innen medisinen.

Doolin og Llewellyn konkluderer imidlertid på noe ulik måte. Doolin konkluderer med at legenes fortsatte skepsis også til de nye "kliniske" lederposisjonene gjenspeiler hvordan endringer i organisasjonsstrukturen ikke alltid etterfølges av endringer i legenes adferd og at løs kopling ofte blir et svar på slike organisatoriske endringer. Llewellyn på sin side konkluderer mer normativt og hevder at posisjonen som hybridleder vil kunne gi legene mulighet til å se og orientere seg mot begge verdener, det vil si både mot den faglige legeverden og den generelle ledelsesverden. Denne posisjonen er unik for de profesjonelle og gir dem en særegen mulighet til å erverve og skape ny kunnskap, hevder Llewellyn.

Oppsummert kan vi slå fast at man har kunnet observere de samme utviklingstrekk innenfor offentlig sektor i flere vestlige land de siste 10-20 årene: staten har ønsket bedre kontroll med ressursbruken også på klinisk nivå og tydeligere ledelse har blitt ansett ett middel til et mer rasjonelt helsevesen. Enhetlig ledelse eller tilsvarende reformer har således blitt implementert i en rekke land.

I de fleste land har det vært ansett som selvsagt at legene skulle lede de kliniske avdelingene. Det foreligger på denne bakgrunn, mange studier som ser på legenes forhold til ledelse. Men det er lite forskning på legenes og sykepleiernes relasjon til hverandre og til ledelsesfeltet. Heller ikke Mo som har Norge som case har i noen vesentlig grad diskutert relasjonen mellom sykepleiere og leger. Med utgangspunkt i skandinavisk og særlig dansk empiri finnes det imidlertid noen studier som særlig har sett på forholdene mellom profesjonene. Vi må derfor flytte blikket hit for å finne studier som har vært opptatt av denne typen problemstillinger.

### 3.2 Ledelsesreformer og de profesjonelle

Også innenfor denne andre gruppen av studier har møtet mellom NPM og det institusjonelle feltet stått i fokus. Men i tillegg viser denne typen av studier en større interesse for å analysere relasjonen og samspillet mellom profesjonene. Med andre ord, trer sykepleierne inn i bildet i disse studiene. I særlig grad er det to danske studier jeg vil trekke frem: Hanne Sognstrups doktorgradsavhandling fra 2003, *Profesjonelle i afdelingsledelse*, og Peter Kragh Jespersens studie, gjengitt i boken: *Mellem profession og management* fra 2005. Avslutningsvis vil jeg gå gjennom en doktorgradsstudie av den norske samfunnsviteren Dag Olaf Torjesen.

Studiene til Sognstrup og Kragh Jespersen baserer seg på et treårig forskningsprosjekt (1999-2002) med tittelen "Sygehusorganisation og ledelse" (SYOL), der Kragh Jespersen var forskningsleder og Sognstrup PhD student. Prosjektets formål var dels å bedre forståelsen av den moderne danske sykehusorganisasjonen (Kragh Jespersen 2005). Men det var også en viktig målsetting å belyse hva som skjer når eksternt genererte og NPM inspirerte reformer møter innarbeidede profesjonelle holdninger og praksiser (Kragh Jespersen 2005:22). Metodisk baserte studiene til Sognstrup og Kragh Jespersen seg hovedsakelig på kvalitative intervjuer. De fulgte til sammen 17 forskjellige avdelinger på tre sykehus over en periode på tre år. Av de som ble intervjuet, var 25 administrerende overleger og nitten oversykepleiere.

Teoretisk baserer studiene seg på ny-institusjonell organisasjonsteori, NPM samt profesjonsteori. Grunnen til at de benytter ny-institusjonell organisasjonsteori er, som de selv hevder, at det gir mulighet for å forstå og undersøke hele NPM tankegangens påvirkning av sykehusene og de profesjonelle. Sognstrup sier: "Jeg interesserer meg for professioners og professionelles betydning for ledelse på organisationsnivå, og nyinstitution-listerne peger her på institusjoner som helt centrale, når man skal forstå samspillet mellem organisation og omverden" (Sognstrup 2003:28). I den ny-institusjonelle tankegangen ses som kjent de profesjonelle som bærere av tradisjoner og profesjonelle normer. Men som Kragh Jespersen påpeker, de profesjonelle må ikke nødvendigvis oppfattes som en homogen gruppe som agerer ensartet. Også innad i de ulike profesjonsgruppene er det variasjoner. Kragh Jespersens utgangspunkt er nettopp det; det er sannsynligvis forskjeller i kraft av personlige preferanser, hvilken type avdeling man jobber ved og hva slags type sykehus (størrelse, lokalisering) man er ansatt i. På dette punktet er de ny-institusjonelle forklaringene, i følge Kragh Jespersen, utilfredsstillende. Og nettopp med dette teoretiske utgangspunktet skiller disse to studiene seg fra studiene i forrige gruppe.

Men også på et annet punkt er den ny-institusjonelle teorien utilfredsstillende, hevder Sognstrup og Kragh Jespersen. Den tilbyr ingen forklaring på *hvorfor* de profesjonelle reagerer som de gjør, men nøyer seg med å konstatere hvilken funksjon de profesjonelle har. Dermed føyer Kragh Jespersen og Sognstrup seg inn i rekken av de som kritiserer ny-institusjonell organisasjonsteori for å være for konsensusorientert og for fokusert på "environmental determinism". De to danske forskerne har derfor søkt etter forklaringer innenfor profesjonssosiologien, for å kunne belyse hvorfor det er så vesentlig for de profesjonelle, både som gruppe og som enkeltpersoner, å delta i ledelsen, samt å forsvare oppnådde posisjoner i sykehusorganisasjonen (Sognstrup 2003; Kragh Jespersen 2005).

Sognstrup og Kragh Jespersens to studier baserer seg i så måte på de samme dataene og den samme teoretiske referanserammen. Jeg vil i det følgende først gå gjennom Kragh Jespersens studie: hans problemstilling og hva han konkret har funnet. Deretter gjør jeg det tilsvarende med Sognstrup sin studie, før jeg gir en felles oppsummering.

I boken "Mellem profession og management" fra 2005 analyserer Kragh Jespersen NPM inspirerte organisasjons- og ledelsesreformers møte med fagprofesjonelle ledere og de profesjonelle generelt, i dansk sykehusvesen. Tre overordnede temaer blir belyst:

1. Samspillet mellom sykehus, profesjonelle og det organisatoriske feltet.
2. Ledernes og de ansattes tolkninger av organisasjons- og ledelsesreformer.
3. De fagprofesjonelle ledernes rolle.

Temaene skal til sammen søke å belyse hvordan institusjoner og den institusjonelle dynamikken påvirker vilkår for ledelse blant de profesjonelle i sykehusvesenet. I studien ser Kragh Jespersen både på kvalitetsutviklingen i danske sykehus, kontraktsstyring samt enhetlig ledelse. I gjennomgangen her ligger fokuset på hans analyser i forhold til enhetlig ledelse.<sup>2</sup> Studien av enhetlig ledelse er både en historisk gjennomgang av ulike ledelsesmodeller i dansk sykehusvesen samt en analyse av hvordan leger og sykepleiere i dag (1999-2002) definerer sin jobb som avdelingsledere (Kragh Jespersen 2005:114).

Hva har han så funnet? I motsetning til i Norge var det opp til det enkelte amtet å fortolke den enhetlige ledelsesmodellen; hvordan den skulle se ut i praksis. Resultatet ble at forskjellige enhetlige ledelsesmodeller ble

---

<sup>2</sup> Enhetlig ledelse på dansk: "entydig ledelse". Jeg benytter termene litt om hverandre i omtalen av de danske studiene.

utarbeidet i ulike amter. Den dominerende fortolkning var dog at ledelsen skulle samles hos én person, altså slik som vi så det i Norge. Men i motsetning til i Norge, forventet både legene og sykepleierne i Danmark at legene skulle inneha de enhetlige ledelsesposisjonen.

Ikke overraskende fant Kragh Jespersen også at de to profesjonsgruppene, leger og sykepleiere, oppfatter ledelse ulikt. Legene fokuserer på ledelse av det medisinske faget, det vil si ledelse av behandlingsarbeidet. Fag og ledelse henger uløselig sammen for legene. Dette er tilsvarende det Mo fant fra Norge og også hva vi så i studiene fra New Zealand, Storbritannia og USA. Lederen for en lege, er senioren i faget. Og det viktige for en legeleder er utviklingen av det kliniske faget.

På samme måte viser Kragh Jespersen hvordan de generelle ledelsesoppgavene nedvurderes av legelederne. Det gjelder i særlig grad økonomistyring, men også personalledelse og det å bidra til å skape gode personalmessige arbeidsvilkår i avdelingene. Men i motsetning til hva Doolin og Hoff fant, kan det virke som at de danske legene er langt mer aksepterende i forhold til ledelsesfaget. I følge Kragh Jespersen ”etterlyser de ansatte læger, at fremtidige lægelige ledere får mer utdanning som ledere, og ser gjerne at de søker lederjobbet af interesse for ledelse” (Kragh Jespersen 2005:130).

Sykepleierne på sin side tillegger avdelingsledelsen stor betydning og deres tenkning omkring ledelse handler i likhet med legene om faglig utvikling og kvalitet. Men i motsetning til legene er sykepleierne opptatt av tankegangen om at lederen skal lede gjennom andre og i samspill med andre, med andre ord en tankegang som ligger tett opp mot en klassisk general management tenkning. Sykepleierne stiller seg spørsmål om hvordan det kan etableres gode miljøer for faglig utvikling og samarbeid på tvers av faggruppene. Denne kollektive orienteringen handler også om hvordan de skal tilrettelegge for samarbeid på tvers av faggrupper. Dette er ikke tilfellet for legene. Grunnen er, i følge Kragh Jespersen, at legene antakeligvis er langt mer autonome i sitt virke enn sykepleierne og derfor ikke er vant til å tenke i kollektivets termer (Kragh Jespersen 2005).

Oppsummert kan man si at ledere fra de to profesjonene tolker ledelsesoppgavene ulikt. Men deres tolkning av ledelse avspeiler mer faglige tradisjoner enn det NPM tankegangen legger opp til, der generell ledelse er idealet. Verken sykepleiere eller leger synes å støtte opp om denne tolkningen, slik Kragh Jespersen presenterer sine funn. Samtidig synes aksepten av ledelsens positive funksjon å være betydelig, og idealet som synes å avtegne seg blant både leger og sykepleiere er således en form for hybridledelse (jfr. Doolin 2001; Llewellyn 2001) som kombinerer faglig og

generell ledelse, dog med visse variasjoner. I motsetning til i sin tidligere forskning (se for eksempel Kragh Jespersen 1999) påpeker Kragh Jespersen i denne studien at de to logikkene, den profesjonelle og NPM, kan la seg forene, slik at det dannes nye typer ledere, nemlig hybridledere. Hybridlederen kan i følge Kragh Jespersen fungere som mediator og formidler mellom de forskjellige verdenene, og har også den egenskapen at de kan integrere de i utgangspunktet forskjelligartede verdenene. Hybridlederen evner ideelt sett å kople sammen ledelse av egen faggruppe med de generelle og NPM initierte ledelsesoppgaver. Posisjonen som hybridleder gir således de fagprofesjonelle muligheten for å se og orientere seg både mot den faglige og den generelle ledelsesverden. Dette er unikt for leger og sykepleiere som er ledere. Generelle ledere har ingen mulighet til å bli hybridledere, da de ikke kan utføre kliniske oppgaver, og dette innebærer at rollen som hybridleder i sykehus bare er en rolle som kan fylles av leger eller sykepleiere som er ledere (Kragh Jespersen 2005).

Hanne Sognstrup har i sin avhandling søkt å forstå ledelsesproblemene i danske sykehus. Avhandlingens siktemål er i følge Sognstrup: ”å give et bidrag til den eksisterende viden om professionelle som ledere (...) ved å belyse professioners og professionelles betydning for udmøntningen af de to ledelsesmodeller; fælles afdelingsledelse og entydig ledelse i det danske sygehusfelt” (Sognstrup 2003:9-10) Hennes antagelse er at lederne, siden de også er medlemmer av en profesjon, i stor grad blir preget av sin profesjonsbakgrunn når de utfører sitt lederskap. Sognstrups studie utfyller Kragh Jespersens studie ved at hun i større grad går inn i debatten omkring to ulike ledelsesmodeller i dansk sykehusvesen, nemlig felles avdelingsledelse og enhetlig ledelse. På den måten søker hun å forstå mekanismene bak debatten og gjennom det de profesjonelles ledelsesprosjekter.<sup>3</sup> I gjennomgangen her fokuseres det på hennes funn omkring enhetlig ledelse.

Enhetlig ledelse overtok som ledelsesideal i dansk sykehusvesen på 1980-1990 tallet. Tidligere hadde man i Danmark praktisert felles avdelingsledelse, der leger og sykepleiere samt en administrator ledet sammen, såkalt trojkaledelse. På 1990-tallet innførte man enhetlig ledelse, som innebar et større fokus på generell ledelse i tråd med NPM-tankegangen og trenden i andre vestlige land.

---

<sup>3</sup> ”Et professionelt projekt defineres som en evig streben efter at monopolisere videnbaserede services og opnå høj status, respekt og tillid samt social anerkendelse gennem forbindelser med omverdenen, staten og organisationerne, men også ved at påvirke den sociale orden, værdierne og normerne” (Sognstrup 2003:10).

I likhet med i Norge, var det i Danmark en diskusjon om hvilken profesjon som skulle ha rett på de enhetlige lederposisjonene og hvordan profesjonene skulle plasseres i forhold til hverandre, likestilt eller ordnet hierarkisk. Sognstrup påpeker i sin studie at både leger og sykepleiere opplevde at ledelsesoppgaver som knyttet seg til deres respektive profesjoner bare kunne ivaretas av ledere med samme fagbakgrunn som dem selv. Dette har da også vært praksis i danske sykehus, legene og sykepleierne har ledet i tospann<sup>4</sup>, der sykepleierlederne har tatt seg av det sykepleiefaglige og sykepleiergruppen, mens legelederne har tatt seg av legene og det legefaglige. Som Kragh Jespersen imidlertid påpekte var det en forståelse blant både legene og sykepleierne at når enhetlig ledelse ble innført, skulle legene ha de enhetlige lederposisjonene. I praksis innebar det at sykepleierne i klinikken mistet sin oversykepleier og således sin nærmeste faglige overordnede. Resultatet var at sykepleierne opplevde at ledelsesoppgavene som var knyttet til sykepleierprofesjonen ikke ble ivaretatt på tilsvarende vis som tidligere, da felles avdelingsledelse var praksis.

Hvordan ble så utviklingen av enhetlig ledelse drevet frem i Danmark? Sognstrup viser hvordan ledelse var et myndighetsområde underlagt stadige forhandlinger og grensdragninger. Leger og sykepleiere forsøkte stadig å underbygge og utvide sitt ledelsesområde i forhold til hverandre. Dette handler om at kjernen i det å være profesjonell i stor grad dreier seg om faglig selvstyre og autonomi. Derfor er det avgjørende for profesjoner å ha kontroll med den kunnskapen profesjonen baserer seg på, for eksempel ved å lede sin egen faggruppe. Det er et tilbakeskritt å miste retten til å lede seg selv, derfor søker de profesjonelle stadig å underbygge og utvide sin jurisdiksjon (Sognstrup 2003:201). Fordi danske myndigheter i liten grad la føringer for hvordan den enhetlige ledelsesmodellen skulle se ut innenfor de ulike amtene, men heller la opp til at disse selv kunne fortolke reformen og hvordan den skulle se ut i praksis, hevder Sognstrup at man fant lokale fortolkninger av reformen. Innføring av "entydig ledelse" og hvordan det skulle se ut i praksis ble fortolket ulikt i ulike organisasjoner og preget av forskjellige lokale og politiske forhold. Dette ga i sin tur legene muligheten til å utøve en offensiv fortolkningstrategi, der de argumenterte for at entydig ledelse skulle forstås som legelig ledelse. Sykepleierne på sin side ble presset på defensiven og sånn sett ga de indirekte rom for legene som de selvsagte innehavere av posisjonens som entydige ledere. Sognstrup sier:

(...) denne modell (..) gavnet lægernes ledelsesprosjekt, og det kan *også* på lengere sikt betyde, at lægerne får bedre vilkår for varetakelsen av projektet. Der har i dette tilfælde været et sammenfald mellem de magtfulde politisk-administrative

---

<sup>4</sup> Eller trespann, fordi også en administrator hadde en rolle i lederteamet.

aktørers ønske om én ansvarlig leder, og lægeprofesjonens tolkning af entydig ledelse som entydig lægelig ledelse samtidig med, at sygeplejerskerne ikke har kunnet forsvare deres opnåede position i de fælles afdelingsledelser (Sognstrup 2003:204).

Til sammen gir de studiene til Kragh Jespersen og Sognstrup svært viktig innsikt i innføringen av enhetlig ledelse i Danmark og de utfordringer som ligger i det å innføre reformer i profesjonssterke organisasjoner. Det profesjonsteoretiske inntaket bidrar til en bredere og dypere forståelse av hva som skjer i det institusjonelle feltet og hvorfor det er så utfordrende å innføre reformer i offentlig sektor der de fagprofesjonelle normene står så sterkt i hevd. Ikke minst er Sognstrups analyse av hvordan sykepleierne mistet sin posisjon i forhold til ledelsesfeltet interessant. Som jeg viser i en av mine artikler var utviklingen i Norge noe annerledes, særlig i forhold til sykepleiernes posisjon. Et uavklart spørsmål er derfor hvorfor innføringen enhetlig ledelse i Danmark og Norge fikk såpass ulike praktiske konsekvenser.

Hva vet vi om de ulike profesjonenes rolle og reaksjoner ved innføring av enhetlig ledelse i norske sykehus? Vi har tidligere sett hva Tone Opdahl Mo fant i sin studie. Men som nevnt problematiserer hun i liten grad relasjonen mellom leger og sykepleiere. Dette gjøres i noe større grad i en fersk doktorgradsavhandling signert den norske samfunnsviteren Dag Olaf Torjesen. Han har i sin doktorgrad *Foretak, management og medikrati – en sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjeneste*, studert samspillet mellom det han kaller foretakslogikken, den politiske logikken og den profesjonelle logikken (Torjesen 2007b). I likhet med Kragh Jespersen og Sognstrup inkluderer Torjesen de profesjonelles rolle i analysen av ledelsesreformen. I tillegg vektlegger Torjesen foretaksreformen i norsk sykehusvesen, ved å argumentere for at ”sammenhengen mellom disse reformene ligger nettopp i at foretaksorganiseringen forutsetter en sterkere vekt på ledelse for å fylle det styringsbehovet som oppstod i sykehusene ved fristillingen” (Torjesen 2007b:8). Avhandlingen består av i alt fire artikler der to eksplisitt drøfter spørsmål om enhetlig ledelse. Studien tar utgangspunkt i semi-strukturerte intervjuer, dokumentdata av ulike slag, samt spørreskjemabesvarelser fra danske og norske sykehusledere.

I studien tar Torjesen altså utgangspunkt i to store reformer i norsk sykehusvesen de senere årene, nemlig helseforetaksreformen fra 2002 og enhetlig ledelse fra 2001. Spørsmålet som søkes belyst i avhandlingen er ”hvordan ledelse i sykehus forstås og utøves innenfor konteksten av endringen i ledelsesprinsipp og organisasjonsform” (Torjesen 2007b:9). Et



sentralt underspørsmål er om ”profesjonelle vil kunne tilpasse seg nye lederroller i overensstemmelse med nye krav og forventninger helseforetaksmodellen legger opp til” (Torjesen 2007b:15).

I den første artikkelen som omhandler ledelse tar Torjesen et historisk tilbakeblikk på ”hvordan henholdsvis sykepleiernes og legenes vitenskaper og kunnskapsproduksjon har bidratt til å autorisere og legitimere disse profesjonene i forhold til ledelse” (Torjesen 2007a:275). I artikkelen viser han hvordan sykepleien har utviklet seg som fag etter andre verdenskrig, med særlig fokus på sykepleiernes syn på ledelse. Torjesen hevder at sykepleierne leder med utgangspunkt i en management-forståelse av ledelse. Han begrunner dette med amerikaniseringen av sykepleiefaget i Norge på 1950 og 1960-tallet. Torjesen skriver blant annet:

Eksempelvis tok nestoren i [sykepleie] faget, Helga Dagsland, sammen med flere andre pionerer fra Norges sykepleierhøgskole mastergrad i sykepleievitenskap i USA på 50- og 60-tallet. (...) Her ser amerikansk behaviorisme ut til å ha vært spesielt forbilledlig i den administrative sykepleie ved Norges sykepleierhøgskole (2007a:279).

Torjesen trekker forbindelseslinjer fra behaviorismen og til generell ledelse og hevder at sykepleiernes ledelsesidealer ser ut til å harmonere med en general-management forståelse av ledelse. Dette betyr, i følge Torjesen, at de også lettere identifiserer seg med et ”New Public Management relatert styringsunivers” (Torjesen 2007a). I artikkelen ser han også på legenes ledelse av offentlig helsetjeneste, det såkalte fagstyret og medikratiet. Frem til 1970-tallet styrte overlegen ved de fleste sykehusavdelinger, mens en administrerende overlege gjorde det samme på vegne av sykehusene. Legenes forståelse av ledelse knyttes dermed tett opp mot den faglige ledelsen, der de anser legen som den naturlige lederen av klinikken. Dette er i tråd med det Mo fant i sin studie. Torjesen konkluderer i artikkelen med at legene fortsatt leder med utgangspunkt i fag, mens sykepleierne leder i utgangspunkt med en management-forståelse.

I den andre artikkelen stiller Torjesen ”spørsmålet om hvilke handlingsbetingelser helseforetaksreformen kan ha skapt for ledelse i norske sykehus” (Torjesen 2007b:27). Han hevder her at handlingsbetingelsene varierer avhengig av hvilket foretak lederne er ledere i, samt at kjønnsforskjeller og profesjonsbakgrunn påvirker hva lederne vektlegger i sitt lederskap. Blant annet finner han at legene vektlegger det han kaller den profesjonelle logikken. Dette innebærer i praksis at legene fortsatt driver klinisk selv om de er ledere. Ledelse er altså ikke en fulltidsbeskjeftigelse fra legenes side. Når det gjelder sykepleierlederne hevder han at deres ”identifikasjon med

egen fagprofesjon er betydelig mindre (eller helt "utvisket") enn hos legene" (Torjesen 2007b:28). I følge Torjesen er ledelse en egen karrierevei for sykepleierne, noe som innebærer at de forlater sin faglige identitet som sykepleiere og identifiserer seg som ledere når de går inn i lederstillinger.

Samlet gir studien til Torjesen et viktig bidrag til forskningen på enhetlig ledelse i Norge. Og sammen med Mo gir Torjesen oss en bedre forståelse av legene og sykepleiernes ledelsesprosjekter etter innføringen av reformen om enhetlig ledelse. Samtidig mener jeg det behov for å problematisere Torjesens skarpe kategorisering av sykepleiere som en representant for en ren profesjonell ledelse. Det er mye som tyder på at sykepleierne holder fast ved en form for et faglig ledelsesideal, og at dette blant annet er et ledd i en grensedragningsstrategi mot hjelpepleierne.

### **3.3 Empiridrevne studier av enhetlig ledelse**

Denne tredje gruppen av studier utgjøres av det jeg har valgt å kalle mer empiridrevne studier. Nærmere bestemt dreier det seg om en større norsk undersøkelse av enhetlig ledelse gjennomført i 2003/2004 og publisert i 2006 (Gjerberg & Sørensen 2006). I studien søker de to forskerne Elisabeth Gjerberg og Bjørg Aase Sørensen å "belyse implementeringen av reformen, hvordan prosessen rundt innføringen ble opplevd og hvilke konsekvenser den synes å ha avstedkommet" (Gjerberg & Sørensen 2006:v).

Studien er basert på tre delundersøkelser:

1. Spørreundersøkelse til toppledelsen ved samtlige offentlige sykehus i Norge, høsten 2003,
2. Intervjuer med et utvalg ledere på ulike nivåer, 2003/2004 samt
3. Spørreundersøkelse til et utvalg avdelingsledere, høsten 2004.

Et første spørsmål Gjerberg og Sørensen undersøker er i hvilken grad sykehusene faktisk har innført enhetlig ledelse. I den forbindelse stiller de spørsmål om hvem som sitter i de enhetlige lederposisjonene, ledernes ledererfaring samt hvorfra de er rekruttert. Når det gjelder avdelingsledernes profesjonsbakgrunn finner Gjerberg og Sørensen at 67% er utdannet leger, 28% er sykepleierutdannet og 5% har annen profesjonsbakgrunn (psykologer primært) på undersøkelsestidspunktet (dvs. 2003/2004). De finner videre at legene som oftest er representert i lederstillinger på somatiske avdelinger, mens det innen psykiatrien er en "tredeling" (dvs. 32% leger, 47% sykepleiere og 21% annen bakgrunn). Lederne har i snitt jobbet 24 år i helsetjenesten og i gjennomsnitt har de 11 års ledererfaring. Sykepleierne har oftere enn legene formell lederkompetanse.

Gjerberg og Sørensen er videre opptatt av den interne lederstrukturen; hvorvidt de har en assisterende avdelingssjef eller om man praktiserer lederteam. 31% svarer at de har opprettet stilling for assisterende avdelingssjef, altså en person underordnet den enhetlige lederen. Flere legeledere enn sykepleierledere svarer at de har opprettet en slik stilling. Er grunnen at legene delegerer administrative oppgaver til en assisterende avdelingssjef? Bruken av assisterende avdelingssjef samvarierer også med størrelsen på avdelingen. Det vil si at jo større avdelingen er, desto større er sannsynligheten for at lederen har en assisterende avdelingsleder. Grunnen er antageligvis at større avdelinger har en mer krevende administrativ byrde.

Deretter ser de to forskerne på de enhetlige ledernes rolleutforming; hva de opplever som viktigste oppgave som leder og balansen mellom kliniske og administrative oppgaver. Når det gjelder balansen mellom kliniske oppgaver og ledelsesoppgaver viser svarene at legelederne jobber færre timer per uke med ledelsesoppgaver enn ledere med annen fagbakgrunn: medianverdien er 27 timer per uke for legeledere og 38 timer per uke for ledere med annen bakgrunn (sykepleiere eller psykologer). Men ledere med legefaglig bakgrunn har en samlet arbeidstid per uke som overstiger en normalarbeidsuke på 38 timer. Medianverdien for totalt antall arbeidstimer per uke er 50 timer for legene og 39 timer for sykepleierlederne.

Gjerberg og Sørensen tar også opp spørsmål rundt den profesjonskonflikten som oppstod i kjølvannet av innføringen av enhetlig ledelse. De spør også om reformen har innfridd de intensjonene som ble beskrevet i NOU 1997:2 og som lå til grunn for vedtaket om å innføre enhetlig ledelse. De finner at det på de fleste avdelinger har vært konflikter rundt innføringen av reformen, og at disse konfliktene har vært størst på de største sykehusene (universitetssykehusene). Som et mål på reformens vellykkethet finner de like fullt at hele 90% av de sykehusdirektørene som ble spurt var "helt" eller "ganske enig" i at reformen hadde bidratt til å styrke ledelsesfunksjonen, noe som også var en av hovedintensjonene i reformen.

Surveyen og intervjuene til Gjerberg og Sørensen bidrar med en svært viktig kartlegging av hvem som sitter i avdelingslederstillinger, hvor lenge de har sittet i stillingene, rolleutforming og så videre. Studien gir med andre ord en viktig oversikt av ledelsesfeltet i sykehus noen år etter innføringen av reformen (2003/2004). Men analysen forblir i hovedsak deskriptiv. Dataene brukes i liten grad til å analysere det substansielle innholdet i den profesjonskonflikten som oppstod i kjølvannet av innføringen av reformen. Studien går i liten grad inn i mer substansielle spørsmål slik som hva profesjonskampen mellom leger og sykepleiere egentlig dreide seg om eller hvordan de to profesjonene forstår ledelse. Det er også et spørsmål om sykehusdirektørens oppfatninger av reformens effekt på ledelsesfunksjonen

er et godt mål på hvorvidt reformen har fungert etter intensjonene. Som jeg var inne på viser Gjerberg og Sørensens egne data at det er mange avdelinger som har opprettet en egen stilling for assisterende avdelingsleder. Og spørsmålet man bør stille er om dette er et uttrykk for at man flere steder fortsatt praktiserer en form for todelt ledelse, der den eneste forskjellen fra tidligere er at man formelt har én ansvarlig leder.

### 3.4 Generelle studier av utviklingen i sykehusvesenet

En fjerde og siste gruppe av studier dreier seg om analyser som ikke ser på enhetlig ledelse spesielt, men som diskuterer den mer generelle utviklingen i *dansk* sykehusvesen. Disse presenteres og diskuteres først og fremst fordi de utgjør en viktig empirisk basis for et komparativt blikk mellom Norge og Danmark i min avhandling. Det er særlig to danske studier jeg ønsker å trekke frem i den forbindelse: Signild Vallgårdas historiske studie av sykehus og sykehuspolitikk i Danmark fra 1930 til 1987 (Vallgård 1992), og Eva Zeuthen Bentsens studie av Trojkaledelsesmodellen i danske sykehus; dens fremvekst spredning og funksjon i det danske sykehusfeltet (Bentsen 1996).

Den danske historikeren Signild Vallgård skrev i 1992 en avhandling om "Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark". Studien er en analyse av "den ideologi, der har ligget til grund for de beslutninger, der siden 1930'erne er truffet i sygehusvæsenet" (Vallgård 1992:23). Studien er således en historisk analyse av det danske sykehusvesenets nyere historie. Formålet med prosjektet er særlig å analysere "hvorledes de sentrale aktører, lægerne, politikere og embedsmændene, opfattet de problemer, som skulle løses, og de løsningsmuligheder som fandtes. Desuden er det formålet at analysere mer konkret, hva beslutningerne har resulteret i, dvs. hvorledes sygehuse rent faktisk har udviklet sig" (Vallgård 1992:13). Avhandlingen handler altså om hvilke forestillinger politikerne, legene og embetsmennene har gjort seg om hva som har vært riktig og mulig å gjøre, når det gjelder sykehusvesenet. Den bidrar i så måte til å gi en forklaring på hvorfor det danske sykehusvesen er blitt som det har blitt; hvorfor det ser ut som det gjør.

En annen dansk studie som går enda mer konkret inn i spørsmålet om ledelse er den danske samfunnsforskeren Eva Zeuthen Bentsens doktorgrad om trojkaledelsesmodellen i danske sykehus: dens fremvekst, spredning og funksjon i det danske sykehusfeltet. Trojkaledelsesmodellen er, kort fortalt, en ledelsesmodell som ble brakt på banen i dansk sykehusvesen i 1974. Tradisjonelt hadde det i dansk sykehusvesen vært tre adskilte ledelseshierarkier: økonomene, legene og sykepleierne, som hver styrte sin del av

sykehuset. Koordinasjon mellom de ulike hierarkiene ble i liten grad ivaretatt. Den samlede ledelsen befant seg utenfor sykehusene, nemlig hos "hospitalsborgermesteren" eller hos "amtsborgermesteren" (Bentsen 1996:3). Tanken bak trojkamodellen var derfor bedre koordinering i forhold til organisasjonen som helhet og et skritt i retning av å etablere en selvstendig og koordinert ledelse innad i sykehusene. Trojkametaforen er hentet fra gresk mytologi: "en rytter der står med et ben på hver af de to heste og samtidig styrer tre heste foran; et billede på koordination, samarbejde og øget styrke. Metaforen skulle således afspejle en ledelse, som med administrator, en læge og en sygeplejerske skulle lede sammen," skriver Bentsen (Bentsen 1996:4). Modellen la altså opp til økt samarbeid mellom de tre faggruppene og et felles ledelsesmessig ansvar.

Studien til Bentsen baserer seg på dokumentanalyser i tillegg til intervjuer med leger og sykepleiere på ulike nivåer. Videre har hun benyttet observasjon og informasjon omkring møtestruktur, samt sykehusledelsens konkrete ivaretagelse av bestemte oppgaver. Studien starter ut med en historisk beskrivelse av ledelsesfeltet i danske sykehus og beskriver utviklingen fra 1960 og frem til 1996. Deretter analyserer Bentsen trojkamodellens fremvekst; hvem er det som initierer og hjelper modellen frem til en suksessrik fødsel? Videre, hvordan spredte modellen seg i det organisatoriske feltet? Avslutningsvis belyser hun hvordan modellen har fungert. Gjennom denne innfallsvinkelen søker Bentsen: "Å analysere en sykehusmodells utvikling, funktion og konsekvens i et område, hvor omgivelsene stiller mange forskjelligartede og vekslende krav til organisationen, og hvor den interne struktur samtidig er domineret af en medarbejderstruktur med forskellige mål, interesser og kulturer" (Bentsen 1996:2). Omgivelsenes krav definerer hun blant annet som *økte økonomiske krav* i forhold til effektivitet, omkostningsbevissthet og prioriteringer, *servicebetingede krav*, som kortere ventetid og økt brukerfokus, samt at hun påpeker den stadige *økte konkurransesituasjonen* i helsevesenet.

Bentsen viser både hvordan fremveksten av modellen kan knyttes til demokratiseringstendenser i samfunnet og økt politisering. Dette påvirker i neste runde hvordan modellen ble seende ut. Mer konkret: Tidligere hadde legene hatt et selvsagt monopol på lederstillinger i sykehus. Men i forbindelse med de økte demokratiseringstendensene i samfunnet samt en tiltagende politisering av sykehusfeltet tapte legene etter hvert terreng i forhold til politikere og administratorer. Retten på å definere sykehusvesenets behov og tiltak var ikke lenger forbeholdt legene. Embetsmennene som knapt tidligere hadde deltatt i debatten om sykehusvesenets organisering og styring kom på banen. Man så også en tiltagende og generell svekket tillit til legene, samtidig som andre yrkesgrupper krevde å få sin stemme hørt. Dette gjaldt i særdeleshet sykepleierne og administratorene/økonomene. Et

konkret resultat av denne utviklingen var at den ledelsesmessige dagsorden i sykehusene ble endret. Man begynte å snakke om effektivisering og rasjonalisering av sykehusvesenets ressurser og nye aktører fikk en legitim status. Ledelse ble et av midlene til målet om et mer effektivt og ressursutnyttende sykehusvesen. Og ledelsesmodellen man gikk inn for var trojkaledelsesmodellen. Trojka modellen skulle sikre en styrkelse av planleggings- og prioriteringsfunksjonen samt oppbyggingen av ledelsen på avdelingsnivå (Bentsen 1996:89).

Etter å ha levd en stund i det danske sykehusvesen så man etter hvert ”indikationer i omgivelsene på at den samme kontekst nu ændres og truer modellen, som ikke er blevet holdt ved lige og derfor må dø. Der tales om enhedsledelse og ansvarsplacering” (s.178). Trojka modellen dør etter hvert altså ut. Dette skjer nok en gang (og ikke overraskende) fordi den samfunnsmessige konteksten endres (blant annet fikk man ny regjering i Danmark i 1991 etter 10 år med borgerlig dominert styring). I starten på 1990-tallet var fortsatt modellen svaret på sykehusvesenets ustyrlighet, men etter hvert endret den politiske diskurs seg. I praksis innebar det at trojkastrukturen ble erstattet av nye ledelsesmodeller, deriblant senterstrukturer/divisjonalisering av sykehusets klinikker og ”entydig ledelse”.

Studiene til Vallgård og Bentsen gir et godt grunnlag for å studere utviklingen i norsk sykehusvesen generelt og fremveksten av enhetlig ledelse spesielt, i et komparativt perspektiv. Vallgårdas avhandling gir et viktig innblikk i den danske sykehuspolitikken fra 1930-tallet og frem til slutten av 1980-årene. Hun viser frem de rådende tankemønstrene i dansk sykehusvesen i denne perioden og hvordan disse påvirket den faktiske utviklingen av sykehusvesenets organisasjon. Bentsen på sin side gir et viktig bidrag til å forstå hvordan en gitt ledelsesmodell utvikler seg over tid og hvordan modellen blir implementert i sykehusorganisasjon. Selv om Bentsen studerer en annen type ledelsesmodell enn det jeg er opptatt av – og i et annet land – gir analysen viktig innsikt i hvilke aktører og hvilke organisatoriske og samfunnsmessige prosesser som kommer i spill når reformer skal implementeres i sykehusorganisasjonen. På den måten danner fremstillingen et viktig analytisk utgangspunkt for min egen diskusjon av den historiske fremveksten av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen. Sammen med Vallgårdas generelle historiske bidrag og den nyere forskningen på enhetlig ledelse i Danmark, gir Bentsens studie meg anledning til å perspektivere den norske utviklingen gjennom et komparativt blikk på Danmark.

### 3.5 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg sett på eksisterende forskning på enhetlig ledelse både i Norge og internasjonalt. Foreliggende forskning om enhetlig ledelse har i stor grad tatt utgangspunkt i et ny-institusjonelt rammeverket og studert møtet mellom etablerte normer og tradisjoner i sykehusorganisasjonen og NPM inspirerte reformer. Ut fra denne forskningen vet vi at det på generelt grunnlag kan være utfordrende å implementere reformer i organisasjoner med profesjonssterke aktører, særlig når reformene baserer seg på en NPM inspirert styringsforståelse, en forståelse som tilsynelatende ofte er på kollisjonskurs med den fagprofesjonelle forståelsen. Resultatet er ofte løs kopling.

Mye av forskningen som har tatt utgangspunkt i møtet mellom NPM inspirerte ledelsesreformer og det institusjonaliserte feltet, har vært studier av hvordan *legene* forholder seg til disse ledelsesmessige endringene. Det er ikke underlig tatt i betraktning at i de fleste land er det utenkelig at sykepleierne skal kunne sidestilles med legene i det medisinskfaglige hierarkiet. I så måte er Norge et særtilfelle. Forskning viser samtidig at NPM tankegangen er vanskelig å akseptere for legene, som har tradisjon for å lede med bakgrunn i fag, der lederen er den beste blant likemenn. Legene er lite endringsvillige når det gjelder å ta inn over seg nye styringsforståelser. Men som Mo hevder, så er det ting som kan tyde på at det har skjedd en endring i retning av at de "nye" legelederne er noe annet enn den tidligere faglederen. Den nye legelederen er mer leder enn lege, men den medisinske komponenten er fortsatt viktig. Dette er i tråd med funn fra Danmark (Kragh Jespersen 2005) og Storbritannia (Llewellyn 2001). Kragh Jespersen og Llewellyn introduserer begrepet "hybridleder" som betegnelsen på de nye lederne.

Skandinavisk forskning om enhetlig ledelse er relativt omfattende. Gjerberg og Sørensen har, som vi har sett, kartlagt avdelingsledere med ulik fagbakgrunn gjennom en deskriptiv studie av enhetlig ledelse. Studien tar imidlertid i liten grad opp hva profesjonskampen egentlig dreide seg om eller hvordan leger og sykepleiere forstår ledelse. Er det for eksempel slik at forskjell i tidsbruk kan relateres til de to profesjonenes ulike tilknytninger til organisasjonen og således deres ledelsesforståelse?

Sognstrup, Torjesen og til dels Mo hevder at leger og sykepleiere forholder seg ulikt til ledelse. Legene leder med utgangspunkt i faglig ledelse, mens sykepleierne i følge disse er mer orientert mot general management tankegangen. Men som jeg viser i min studie kan mye tyde på at bildet er noe mer sammensatt. Er det virkelig slik at sykepleierne går inn for en generell ledelsesform? Har ikke sykepleierne også interesse av å hegne om

sitt fag for eksempel gjennom å hevde sin rett på lederstillinger? Hvordan distingverer eksempelvis sykepleierne seg mot hjelpepleierne på dette området?

Samlet gir de eksisterende skandinaviske studiene oss et viktig bidrag til forskningen på enhetlig ledelse. Når det gjelder de norske studiene spesielt så gir Torjesen og Mo oss en bedre forståelse av legene og sykepleierens ledelsesprosjekter etter innføringen av reformen om enhetlig ledelse i Norge. Samtidig mener jeg at temaet fortsatt ikke er tilfredsstillende analysert. Ingen av de to nevnte studiene har problematisert relasjonen mellom de to profesjonene og deres forhold til ledelse. Hva ledelse er og hvordan ulike ledelsesidealer gjenspeiles i de to profesjonenes ledelsesprosjekter diskuteres i liten grad. Enhetlig ledelse er innført og vi vet *mye* om hva som tenkes. Men vi vet *lite* om hvordan det fungerer i praksis. I forlengelsen av Gjerberg og Sørensens studie er det også behov for å gi en mer utdypende analyse av hvordan praktiseringen av enhetlig ledelse er knyttet opp mot profesjonenes ledelsesidealer. Dette er spørsmål som fortsatt står ubesvart. Jeg mener også at det er behov for å sette reformen om enhetlig ledelse inn i en bredere historisk kontekst. Dette er viktig for å bedre forstå bakgrunnen for de profesjonskonfliktene og praktiske løsninger reformen genererte.



## 4 Metode og datakilder

Data og metode er beskrevet i hver av de tre artiklene, men dette kapittelet søker å gi en mer samlet fremstilling, samt en bredere og dypere refleksjon. For å kunne belyse studiens problemstillinger har jeg benyttet ulike metodiske tilnærminger, i kombinasjon med hverandre. Disse kan deles i tre hovedkategorier: kvalitative intervjuer, skriftelige kilder og kvantitative survey data. De kvalitative intervjuene er både av en ustrukturert og en semi-strukturert art. Det skriftelige materialet kan igjen deles inn i seks typer: offentlige dokumenter, avisinnlegg, tidsskrifter, trykte interne dokumenter, legenes egen nettside Eyr samt sekundærlitteratur. De kvantitative dataene baserer seg på Elisabeth Gjerberg og Bjørg Aase Sørensens studie av enhetlig ledelse fra 2006, utført ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI).

Kapittelet er organisert på følgende måte: I del 4.1 vil jeg først si noe om utvalget samt fremgangsmåten jeg har benyttet for å samle inn de kvalitative intervjudataene. I tillegg gir jeg en utførlig drøfting om dataenes kvalitet. I del 4.2 vil jeg si noe om de skriftelige kildene jeg har benyttet, og drøfte de muligheter og begrensninger som ligger i bruken av denne typen kilder. I del 4.3 presenteres og vurderes det kvantitative materialet som er benyttet.

### 4.1 De kvalitative intervjuene – type og utvalg

Det finnes ulike former for kvalitative intervjuer: strukturerte, semi-strukturerte og ustrukturerte. I denne studien har jeg benyttet ustrukturerte- og semi-strukturerte intervjuer.

Ustrukturerte intervjuer innebærer at forskeren har et tema som hun/han vil ha undersøkt, men har få spesifikke spørsmål (Rubin & Rubin 1995; Kvale 1997). Ustrukturerte intervjuer ble benyttet tidlig i studien. Jeg hadde seks samtaler av en eksplorerende karakter på et universitetssykehus. Begrunnelsen for å gjøre de seks første intervjuene var at jeg ønsket å vite mer om hva de som jobbet i feltet (sykehus) opplevde som utfordrende i sin hverdag. Jeg ønsket ikke å sette utfor med en problemstilling som var teoretisk konstruert uten kontakt med det ”virkelige livet”. Samtalene bidro i første rekke til spissing av temaet ved at informantene fortalte hva de opplevde som vanskelig og utfordrende i sin arbeidshverdag. Intervjuene ble gjennomført fra og med våren 2003 til og med våren 2004. Både leger og sykepleiere på ulike nivåer i sykehushierarkiet ble intervjuet. Til sammen snakket jeg med:

- 2 sykepleiere, hvorav:
  - 1 klinikkoversykepleier
  - 1 sykepleier i direktørens stab
- 4 leger, hvorav:
  - 2 klinikkssjefer
  - 2 leger i klinikken

Samtlige informanter i lederstillinger på dette sykehuset hadde sittet som ledere i tilsvarende stillinger i sykehushierarkiet også før innføringen av enhetlig ledelse.

Semi-strukturerte intervjuer er intervjuer der intervjueren introduserer et emne eller tema og deretter leder en diskusjon ved hjelp av bestemte spørsmål (intervjuguide). Denne intervjutypen benyttes dersom intervjueren på forhånd vet hvilken informasjon hun er ute etter (Rubin & Rubin 1995). Dette var hovedfremgangsmåten når det gjaldt de kvalitative intervjuene.

På bakgrunn av den informasjonen jeg hadde fra de ustrukturerte intervjuene fulgte jeg altså opp disse med semi-strukturerte intervjuer med ledere på et middels stort lokalsykehus. Grunnen til at jeg valgte et lokalsykehus i denne runden var at jeg antok at jeg der lettere ville få oversikt over de ulike medarbeiderne på ulike nivåer i hierarkiet og sånn sett enklere få tilgang på informasjon. Intervjuene ble gjennomført høsten 2004 og vinteren 2005.

De første intervjuene ble gjort med to divisjonsdirektører, en med legebakgrunn og en med sykepleierbakgrunn. Disse to formidlet i neste runde kontakt mellom sine (underordnede) avdelingssjefer og meg. Hver av divisjonsdirektørene foreslo to avdelingssjefer jeg kunne intervjuer. Jeg antar at det var enklere å få legitimitet for å gjøre intervjuer med avdelingssjefene når de ble forespurt av sine overordnede (divisjonsdirektørene). Divisjonsdirektørene anbefalte dem å prate med meg på bakgrunn av at de selv opplevde at intervjuene var interessante og fikk dem til å reflektere over sin hverdag og sin praksis. Et problem med denne fremgangsmåten kan selsagt være at divisjonsdirektørene anbefalte meg å snakke med bestemte avdelingssjefer ut fra at disse har tilsvarende syn på reformene og organisasjonen som dem selv. Dette problemet forholdt jeg meg til ved at jeg etter hvert utvalget.

Jeg tok derfor igjen kontakt med "mine" divisjonsdirektører, for å spørre om de kunne formidle kontakt mellom meg og resten av avdelingssjefene ved dette sykehuset. Noe de gjorde. Jeg fikk i denne andre runden kontakt med en avdelingssykepleier på ortopedisk avdeling, og to legeledere: én på intensiv/anestesi og én på kirurgisk avdeling.

I siste runde tok jeg kontakt med divisjonsdirektøren i den psykiatriske divisjonen som er knyttet til dette sykehuset. Jeg tok utgangspunkt i intervjuguiden jeg hadde brukt i de andre intervjuene. Men det skulle vise seg at problemstillingene og spørsmålene ikke var like relevante i denne divisjonen. Blant annet er mye av utfordringen innen psykiatrien først og fremst knyttet til en debatt mellom psykiatere og psykologer og deres ulike vitenskapelige ståsted; årsaker til psykiske lidelser og behandlingsmåter av psykiatriske pasienter. Divisjonsdirektøren hadde også en annen utdanning enn de øvrige informantene, noe som gjorde det vanskelig å plassere ham og kategorisere hans betraktninger i forhold til de andre informantene og deres svar/refleksjoner.

Til sammen har jeg intervjuet ti ledere på dette sykehuset, hvorav:

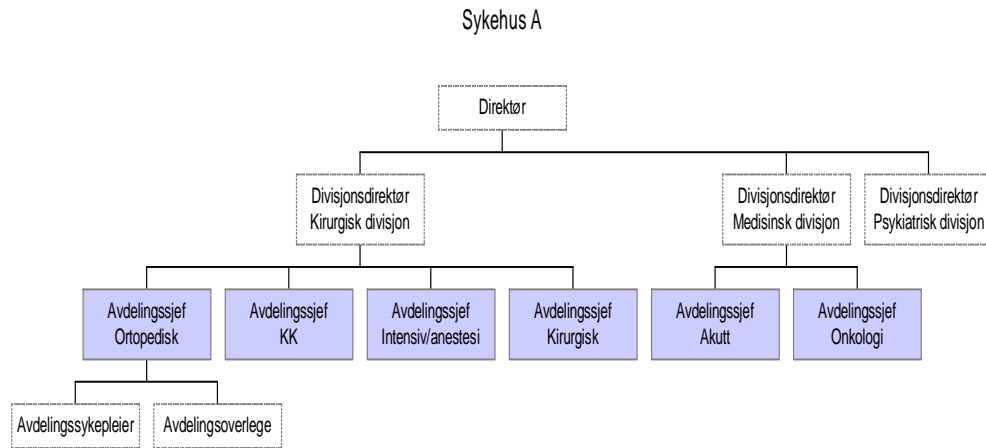
- 4 leger
  - 1 divisjonsdirektør
  - 3 avdelingssjefer
- 5 sykepleiere
  - 1 divisjonsdirektør
  - 3 avdelingssjefer
  - 1 avdelingssykepleier
- 1 med annen bakgrunn

Under har jeg tegnet et organisasjonskart av dette sykehuset. De skraverte feltene illustrerer hvor fokuset for mine intervjuer lå (avdelingssjefene).<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Legg merke til at dette kartet er et utsnitt av den kliniske biten av organisasjonskartet for sykehuset. I tillegg kommer serviceavdelingene, IT, rehabiliteringsavdelingene og så videre.

Figur 4.1: Sykehuset



Kjønnsfordelingen mellom lederne var som følger: åtte kvinner og to menn. Av de to mennene var den ene divisjonsdirektør i psykiatrien og den andre var avdelingssjef på en kirurgisk avdeling.

Intervjuene hadde en varighet på én til to timer. Samtlige intervjuer er tatt opp på bånd og transkribert av undertegnede. I etterkant av intervjuene kategoriserte jeg svarene ut i fra ulike dimensjoner. Hvordan opplevde de innføringen av enhetlig ledelse? Hvem mener de bør lede (profesjon)? Er det forskjell mellom leger og sykepleiere? Hvordan opplever de å måtte forholde seg til de nye styringssystemene? Hva slags type avdeling var de leder for? Langs hvilke dimensjoner ser vi ulikhetene? Og så videre.

Som vi ser av figuren er det to nivåer av ledere mellom sykehusdirektøren og avdelingssykepleier/avdelingsoverlege, nemlig divisjonsdirektøren og avdelingssjefen. Selv om jeg har intervjuet divisjonsdirektører og avdelingsledere, samt en avdelingssykepleier, ligger fokuset i denne studien på avdelingssjefene. Dette henger dels sammen med at enhetlig ledelse er en reform som primært retter seg mot avdelingsnivået. En annen grunn er at avdelingssjefene befinner seg nærmere det kliniske feltet enn divisjonsdirektørene. Dette innebærer at de i større grad enn divisjonsdirektørene må oversette politiske krav og føringer til sine underordnede i klinikken (Nonaka & Takeuchi 1995). Sån sett lever de i et potensielt større krysspress enn divisjonsdirektørene.

Oppsummert: Jeg har gjort intervjuer med leger og sykepleiere på to sykehus, et universitetssykehus samt et middels stort lokalsykehus. Begge i

Østlandsområdet. Jeg har til sammen snakket med 16 informanter, der åtte var leger, syv var sykepleiere og en hadde annen bakgrunn.

#### **4.1.1 utfordringer ved bruk av kvalitative intervjuer**

I enhver vitenskapelig studie bør man kritisk reflektere over forskningsmetodens egnethet til å frembringe data som kan kaste lys over problemstillingen(e) som er reist. I standard metodelitteratur er det særlig tre vurderingskriterier som trekkes frem som sentrale i en slik analyse: reliabilitet, validitet og representativitet (se blant annet Johannessen, Tufte & Kristoffersen 2006). Selv om disse vurderingskriteriene er omstridt innenfor den kvalitative forskningstradisjonen (se for eksempel Kvale 2001) mener jeg de danner et godt utgangspunkt for å reflektere over metoden jeg har benyttet og de data denne har frembrakt.

Hovedmålet ved valg av metode må være at den er egnet til å frembringe gyldige data, det vil si data som er egnet til å si noe om problemstillingen (Hellevik 1991). For at dette skal sikres må metoden for det første være fundert på nøyaktighet (reliabilitetskravet). Den må kunne "måle" det samme hver gang og fremstå som et pålitelig verktøy i frembringelsen av data. For det andre må metoden som er valgt være egnet til å fange den informasjonen man er ute etter (validitetskravet). Avhengig av problemstillingens grad av generalitet bør metoden også (for det tredje) evne å fremskaffe data som er representative for andre (lignende) situasjoner enn den/de som faktisk undersøkes (representativitetskravet). På hvilken måte tilfredsstiller den kvalitative metoden jeg har benyttet disse kravene?

Når det gjelder det såkalte reliabilitetskravet så er det alltid en fare for at unøyaktigheter og feil vil kunne påvirke datainnsamlingen. I den kvalitative intervjusituasjonen og i bearbeidelsen av dataene er det mange potensielle feller. Jeg har søkt å unngå disse blant annet ved å basere en stor del av intervjuene på en omfattende intervjuguide, nøye forberedt i forkant av intervjuene. Slik har jeg søkt å unngå ledende spørsmål og sørget for at jeg har stilt alle informantene de samme spørsmålene. Videre har jeg tatt alle intervjuene opp på bånd, transkribert alle intervjuene selv og kvalitetssikret dette arbeidet ved å høre på intervjuene flere ganger. Jeg har også tilstrebet systematisk og nøyaktig kategorisering av dataene i relativt få og enkle kategorier. På denne bakgrunn mener jeg at metoden tilfredsstiller reliabilitetskravet på en god måte.

Når det gjelder min kvalitative fremgangsmåtes egnethet til å fange den informasjonen jeg trenger for å besvare studiens problemstillinger – validitetskravet – er det flere aspekter som kan diskuteres. Man kan for det

første aldri vite om informantene svarer oppriktig på de spørsmålene man stiller. Uttaler informantene seg som man forventer at de skal uttale seg? Dette er dog ikke et problem som er spesielt for den kvalitative metoden. Vi vet for eksempel at det ikke er uvanlig at man svarer i forhold til hva som er sosialt akseptert også på surveyundersøkelser som for eksempel omhandler rus og seksualitet. Vi kan med andre ord aldri vite med sikkerhet om informantene/respondentene sier det de egentlig mener eller om de svarer ut i fra det som er sosial akseptert.

Mer spesifikt for min studie kan det, for det andre, være en utfordring at helsevesenet de siste ti-tyve årene har gjennomgått en serie av reformer både i forhold til brukere (fritt sykehusvalg og fastlegereformen), organisering av sykehus (foretaksreformen), innføring og endring av de økonomiske styringsverktøyene (ramme og stykkprisfinansiering, og DRG) samt intern organisering (ledelsesreformen). At helsevesenet har vært gjennom et organisatorisk hamskifte kan gjøre det vanskelig for informantene å skille opplevelsen og effekten av den ene reformen fra den andre. Sykehusene og de som jobber i dem, har i løpet av få år vært gjennom flere store omstillingsprosesser. Det er derfor vanskelig å vite om deres opplevelse knytter seg til den ene bestemte reformen, eller omstillingsprosessen som helhet. Problemet med å isolere opplevelsen av reformen kan kanskje best illustreres ved hjelp av følgende eksempel. Et spørsmål jeg stilte mine informanter var: ”hvilken av de siste årenes reformer mener du har vært mest mulighetsskapende?” og ”hvilken av de siste årenes reformer mener du har vært mest utfordrende?” Dette var spørsmål som informantene opplevde at det var vanskelig å svare på. De uttrykte at det var vanskelig å skille den ene fra den andre.

En tredje utfordring knytter seg til det å sikre at de spørsmålene man stiller er logisk utledet av en gjennomarbeidet teoretisk og empirisk forutantagelse. Dette er viktig for å sikre at ”man måler det man har tenkt å måle” (se Hellevik 1991). I mitt tilfelle mer konkret, er spørsmålet hvorvidt den metodiske fremgangsmåten har evnet å belyse de faktiske problemene og konfliktene som knytter seg til reformen om enhetlig ledelse.

Hvordan har jeg så håndtert disse ulike validitetsutfordringene? For å ta den siste utfordringen først; for å sikre at spørsmålene ble stilt på en slik måte at de var egnet til å fange opp de empiriske fenomenene jeg var opptatt av ble spørsmålene i de semi-strukturerte intervjuene utformet på bakgrunn av grundige intervjuer av en eksplorerende art. Videre baserte den endelige intervjuguiden seg på en bred gjennomgang av eksisterende forskning og samtaler med fagfeller i ulike miljøer.

For å hjelpe informantene med å holde fokus på spørsmål omkring reformen om enhetlig ledelse var jeg nøye med å informere om og presentere prosjektet mitt og hva det var jeg ønsket å snakke om i intervjuene. Jeg uttrykte også at jeg ønsket å snakke med dem i egenskap av at de var ledere og at vi skulle snakke om temaer som var relatert til ledelse generelt og innføring av enhetlig ledelse spesielt. På den måten forsøkte jeg å peile informantene inn mot temaet mitt.

For å ytterligere validere dataene mine, intervjuet jeg ledere på ulike nivåer i organisasjonen. Slik fikk jeg belyst problemkomplekset fra ulike vinkler i organisasjonen. Gjennomgående stilte jeg også det samme spørsmålet flere ganger, på ulike måter. I min intervjuguide hadde jeg flere relativt like spørsmål. Følgende kan tjene som eksempel: "I 1999 ble enhetlig ledelse vedtatt innført i alle norske sykehus. Hvordan opplevde du den prosessen?" Senere i intervjuet stilte jeg spørsmålet: "Mener du at det spiller noen rolle hvem som leder? Profesjon?" Når det gjelder disse spørsmålene fikk jeg ofte ulike svar på det første og andre spørsmålet. På spørsmål én, fikk jeg ofte svaret at det hadde gått smertefritt og at toppledelsen hadde vært godt forberedt i det de satte i gang prosessen. På det andre spørsmålet svarte samtlige leger i materialet at de mente at en lege burde lede. Og på mitt oppfølgingsspørsmål: "Hvorfor", var svaret blant annet: "fordi det er vi som kan faget og det er det som skal drive dette fremover".

Jeg benyttet også uformelle samtaler med leger og sykepleiere utenfor sykehuskonteksten; i undervisningssammenheng, på seminarer, workshops og så videre, som en måte å kvalitetssikre dataene på. Jeg har i flere private og offentlige sammenhenger diskutert mine funn og tolkninger med leger og sykepleiere, og sjekket ut om det jeg har funnet korresponderer med den virkeligheten de snakker med lever i. Selv om dette ikke gir en systematisk kontroll av dataene, kan det likevel bidra til underbygge at man er på sporet av noe.

En siste måte dataene ble kvalitetssikret på var ved å supplere dem med data frembrakt ved hjelp av andre metoder, såkalt metodetriangulering. Fordelen med å benytte ulike metoder er at det styrker de resultatene en finner, forutsatt at funnene peker i samme retning. Dersom man finner det samme ved hjelp av ulike typer metoder, tyder det på at man har robuste funn: "Dersom ulike metoder fører til identiske analyseresultater, kan vi anta at resultatene ikke skyldes særegenheter ved de metoder som er benyttet" (Jick i Grønmo 1996:98-99). I flere av studiene som ligger til grunn for denne avhandlingen er de kvalitative dataene supplert med kvantitative data, dokumentdata eller begge deler.

Å sikre god validitet er en avgjørende forutsetning for forskningsresultatenes kvalitet. På bakgrunn av vurderingen ovenfor mener jeg at de kvalitative dataene denne studien baserer seg på, samlet sett tilfredsstillende kravene til validitet.

Et tredje og siste krav som må vurderes i forhold til den metodiske fremgangsmåten, knytter seg til metodens evne til å frembringe generaliserbare data. Den overordnede ambisjonen for denne studien er relativt generell. Jeg ønsker å si noe om "hva som skjer i møtet mellom politisk genererte vedtak og profesjonssterke aktører i offentlige organisasjoner". Videre er det empiriske fenomenet jeg studerer for å kaste lys over dette temaet, innføringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen. De kvalitative intervjuene begrenser seg imidlertid til en studie av to sykehus og et relativt begrenset utvalg ledere. Er dette tilstrekkelig til å sikre en tilfredsstillende representativitet?

I en statistisk forstand er det åpenbart at dataene ikke er representative. Like fullt mener jeg de gir et presist bilde av situasjonen. Analysen av hvordan enhetlig ledelse vokste frem og ble implementert i norsk sykehusvesen mener jeg gir et godt inntak til å forstå det mer overordnede temaet: møtet mellom profesjon og reform. Videre vil jeg hevde at jeg gjennom de kvalitative dataene har evnet å fange de sentrale aspektene ved enhetlig ledelse som reform, de prinsipper den bygde på, hvordan den ble oppfattet av de berørte parter i sykehusorganisasjonen og hvordan de forholder seg til reformen i sitt daglige virke som ledere. Det er flere grunner til at jeg vil hevde dette. For det første er de sykehusene som er valgt, gode og representative case, både størrelsesmessig og i forhold til funksjon. Videre opplevde jeg i intervjusituasjonen ganske tidlig å komme til et såkalt "metningspunkt". I kvalitative studier vil utvalget gjerne betraktes som tilstrekkelig stort når flere intervjuer ikke synes å gi ytterligere forståelse av det som skal studeres (Rubin & Rubin 1995; Thagaard 1998). Denne opplevelsen ble ytterligere styrket ved at mine funn på et grunnleggende plan støttet opp om den etablerte kunnskapen på feltet. Selv om mine data i flere tilfeller syntes å peke i en noe annen retning enn den eksisterende forskningen var funnene ikke fundamentalt avvikende. Sist, men ikke minst, trekker studien også på andre viktige datakilder. Som jeg har vært inne på allerede brukes både ulike typer dokumentdata og en eksisterende kvantitativ studie som et supplement til de kvalitative dataene. På et substansielt plan mener jeg derfor at de kvalitative dataene også kan brukes som utgangspunkt til å trekke mer generelle konklusjoner.



## 4.2 Skriftelige kilder

I tillegg til kvalitative data i form av intervjuer, baserer studien seg på et bredt utvalg av skriftelige kilder. Disse er av seks typer: offentlige dokumenter, avisinnlegg, tidsskrifter og trykte, interne dokumenter, legenes eget nettsted Eyr, samt sekundærlitteratur.

### 4.2.1 Offentlige dokumenter

Når det gjelder de offentlige dokumentene har arbeidsmetoden vært å ta utgangspunkt i NOU 1997:2 *Pasienten først!* og så grave seg bakover og forsøke å finne den røde tråden. Det har til tider vært svært krevende, men også svært tilfredsstillende etter hvert som stadig ny informasjon dukket opp og jeg fikk mer kjøtt på beinet.

Følgende typer offentlige dokumenter vært viktige kilder i denne avhandlingen:

- Offentlige utredninger
- Offentlige utvalg
- Referater fra møter i Stortinget
- Stortingsmeldinger
- Stortingsproposisjoner
- Stortingsinnstillinger
- Odelstingsinnstillinger
- Lover

Utfordringen med bruk av dokumentdata og offentlige dokumenter er at de påvirkes av offentlighetsloven: de er skrevet med det for øyet at de kan bli lest av alle. Vi vet lite om hva som er skjedd ”backstage”, hvordan aktørene har blitt påvirket av hverandre, og hvem som har snakket med hvem i korridorene og inne på kontorene. Dette kunne muligens vært løst ved å gjort intervjuer med de aktuelle aktørene. Men ved å studere stortingsdebatter kan vi likevel få klarhet i hvilke aktører som har vært sentrale i prosessen. Blant annet vet vi hvem som til enhver tid har sittet i sosialkomiteen, hvilket politisk parti de representerer og ofte også hvilke offentlige holdninger de har hatt til et gitt helsepolitisk saksforhold.

Videre, dokumentene er formulert formelt og med de krav som stilles til nedtegning av politiske og offentlige dokumenter. Offentlige dokumenter er skrevet med et bestemt formål, gjerne ut i fra et mandat, og for en bestemt målgruppe. Det farger teksten. Ideologier trer gjerne frem mellom linjene i teksten, men kan også bli mer tydelige og åpenbare i de tilfeller der synene er delt.

Fordelen med bruk av dokumentanalyser er at man har mulighet til å spore temaet langt bakover i tid og skaffe seg kronologisk oversikt over utviklingen av temaet man undersøker. Samtidig reflekterer de den tiden de er skrevet i, som igjen påvirker hva man mener er viktige saker og hvordan man tenker om ting. Det er interessant i seg selv. Men det er samtidig en utfordring å sitte i dag, med den kunnskapen vi har i dag, å fortolke fortidens tekster.

#### **4.2.2 Tidsskrifter, trykte interne dokumenter og avisinnlegg**

I tillegg til offentlige dokumenter har jeg benyttet tidsskrifter, noen trykte interne dokumenter samt avisinnlegg som datamateriale. Blant annet har de følgende vært viktige kilder:

- Tidsskriftet Sykepleien
- Tidsskrift for Norske Lægeforening
- Dokumenter fra Norske Kommuners Sentralforbund (NKS)
- Landsmøtoreferat fra Norsk Sykepleierforbund (NSF)
- Diverse avisartikler

Utfordringen ved bruk av fagtidsskrifter og interne trykte dokumenter, er selvsagt at de er skrevet for og av representanter for de profesjonelle gruppene. Man må derfor lese og forholde seg til den informasjonen de gir, med dette for øyet. Samtidig er disse publikasjonene hovedsakelig brukt som kilder til de aktuelle profesjonelle gruppens holdninger. Dermed er det nærmest et poeng at de er ”verdiladet”. Faktaopplysninger og beskrivelser av hendelsesforløp som kan være formet av de ulike interessegruppens holdninger har jeg i all hovedsak hentet fra andre kilder.

Sommeren 2002 oppstod en debatt (polemikk) i norske aviser om enhetlig ledelse. Bergens Tidende og Dagens Næringsliv var i særlig grad brukt som arena i denne, til tider, opphetede debatten, men også andre riksdekkende aviser hadde oppslag og innlegg om temaet. Debattantene var leger med ulike syn på enhetlig ledelse, politikere samt representanter for jordmødrene og sykepleierne. Den umiddelbare foranledningen til debatten var at Kvinneklubben på Haukeland sykehus hadde tilsatt en jordmor som avdelingssjef, og ikke en lege.

Denne avisdebatten utgjør en viktig datakilde i studien. Den gir viktig innsikt i holdninger blant de dominerende interessegruppene og hva konflikten mellom dem bestod i. Samtidig er det viktig å ha i mente at ikke alle meningsberettigede deltar i en slik offentlig debatt. De som deltar er de som har særlig sterke meninger om temaet. Og misnøye og utilfredshet er

ofte meningsgenererende; helsen tier som kjent stille (Petersson, Westholm & Blomberg 1989). De som deltok i avisdebatten var stort sett leger på ulike nivåer i hierarkiet. Sykepleierne og jordmødrene ble i debatten representert av respektive fagforeninger. Med andre ord, svært få sykepleiere deltok individuelt. Var det fordi de var tilfredse med situasjonen slik den var? Eller opplevde de ikke media som en arena der de kunne diskutere problemstillingen? Eller følte ikke den allmenne sykepleier seg berettiget til å ytre seg om saken? Og, hvordan farget dette debatten? Jo, den allmenne sykepleiers stemme ble i liten grad hørt. Dette må man ha i mente når man analyserer dataene. Sykepleiernes stemme var sykepleierkollektivets stemme. Og når man analyserer legenes stemme i debatten, ser vi at det er store nyanser i deres meninger om temaet. Ingenting tilsier at det samme ikke gjelder blant sykepleierne.

#### **4.2.3 Litt om Eyr**

Legene har en egen nettside, Eyr. Eyr er et lavterskeltilbud for legene der de kan diskutere fag og politikk med hverandre. Forsommeren og sommeren 2002 ble en debatt startet på Eyr om sykepleiernes tilgang på lederposisjoner i kliniske avdelinger. Debattantene var i all hovedsak allmennpraktiserende leger som hadde meninger om temaet.

Jeg har i avhandlingen ikke sitert direkte fra Eyr, men har valgt å se innleggene som et supplement til og en nyansering av avisinnleggene. Grunnen til at jeg ikke vil benytte informasjon fra Eyr direkte, skyldes at jeg opplever informasjonen fra nettstedet som privat, til tross for at informasjonen fra Eyr er tilgjengelig for allmennheten.

Tilsvarende nettside finnes ikke for sykepleierne. Nettsiden kan bidra til at leger på ulike nivåer inviteres til å være med i debatten. Selv om betydningen av en slik nettside ikke skal overdrives, vil mangel på tilsvarende forum for sykepleierne gjøre at den allmenne sykepleier har færre og vanskeligere kanaler å jobbe gjennom. Sykepleiernes ”stemme” i debatten blir dermed ikke like tydelig og artikulert, samtidig som man ikke vil få frem nyansene innad i sykepleiergruppen.

#### **4.2.4 Om bruk av sekundærlitteratur**

Til sist vil jeg si litt om bruk av sekundærlitteratur. I artikkelen *Fra fagstyre til enhetlig ledelse* har jeg benyttet foreliggende litteratur om norsk helsevesen, blant annet Trond Nordbys biografi om Karl Evang (Nordby 1989), og Aina Schiøtz bind i historieverket om norsk helsevesens historie (Schiøtz 2003). Slik litteratur er ikke nøytral, men tvert i mot farget av den

som har skrevet det. Forfatteren har selv valgt ut hva han/hun opplever som viktig i forhold til det som blir beskrevet og jeg vet i liten grad hva som er utelukket. Om man legger opp til en ukritisk reproduksjon av eksisterende fortolkninger står man i fare for å reprodusere feilaktigheter og unøyaktigheter. For å unngå denne potensielle fellen har jeg tilstrebet å bruke sekundærlitteraturen primært som et supplement. Dels innebærer dette at jeg bruker litteraturen som en måte å kryssjekke fakta og fremstillinger av hendelser som jeg har kommet over på selvstendig basis. I de tilfeller der foreliggende litteratur har vært benyttet for å beskrive hendelser, har jeg også søkt annen dokumentasjon på hendelsesforløpet. Et eksempel er Aina Schiøtz beskrivelse av sykepleierstreiken i 1972, der jeg har hentet tilleggsdokumentasjon fra offentlige dokumenter, blant annet Stortingsmelding nr. 16 (1972-73). Til sist er sekundærlitteraturen anvendt som en form for ”diskusjonspartner” der mine vurderinger er blitt holdt opp mot etablerte fortolkninger. Sekundærlitteratur har i så liten grad som mulig vært benyttet som eneste kilde til en opplysning eller vurdering.

### **4.3 De kvantitative dataene – type, utvalg og kvalitet**

Artikkelen ”Unitary management, multiple practices?” er skrevet i samarbeid med Elisabeth Gjerberg. Vi har i denne artikkelen anvendt data fra Elisabeth Gjerberg og Bjørg Aase Sørensens studie: ”Enhetlig ledelse i sykehus” fra 2006 utført ved AFI (Arbeidsforskningsinstituttet). Jeg vil her kort redegjøre for disse dataene.<sup>6</sup>

Studien baserer seg på tre datasett/deler. I forkant av den første hovedundersøkelsen gjorde Gjerberg og Sørensen syv intervjuer med sykehusdirektører, avdelingsledere og avdelingsoverleger i tre ulike helseforetak. Dette skulle bidra til å utarbeide en spørreundersøkelse – del 1 av studien. Denne spørreundersøkelsen ble sendt ut høsten 2003 til toppledelsen ved samtlige offentlige sykehus i Norge. Det vil si i alt 68 enheter/sykehus.<sup>7</sup> Svarprosenten på denne spørreundersøkelsen var 72.

---

<sup>6</sup> Denne redegjørelsen baserer seg på Gjerberg og Sørensens beskrivelse av dataene, som man finner i kapittel 3, ”Data og metodisk tilnærming”, i deres rapport (Gjerberg & Sørensen 2006).

<sup>7</sup> Etter en gjennomgang av hvilke sykehus som i løpet av høsten 2003 hadde inngått i større enheter (helseforetak), ble antallet redusert til 60 sykehus. ”Undersøkelsen er gjennomført i en periode hvor det på samme tid skjedde mange og store endringer ved sykehusene. Spesielt medførte implementeringen av Lov om Helseforetak til endringer i sykehus- og avdelingsstrukturer, som vanskeliggjorde utsendelse og oppfølging av de to spørreundersøkelsene” (Gjerberg & Sørensen 2006:17).

I del 2 av studien gjennomførte Gjerberg og Sørensen kvalitative intervjuer med et utvalg ledere, 21 personer, på avdelingsnivå. Dette ble gjort vår og høst 2004. Ledere fra alle fem helseregioner ble intervjuet.<sup>8</sup> Intervjuene var basert på en felles intervjuguide og hadde en varighet på en til to timer. Hensikten med intervjuene var dels å få lederne til å reflektere rundt prosessen med implementeringen av reformen og dele sine erfaringer. Dels skulle dette danne grunnlag for utarbeiding av enda en spørreskjemaundersøkelse som ble sendt til et større utvalg avdelingsledere.

Basert på det som kom frem i prosjektets del 1 og 2 (altså spørreskjemaundersøkelsen og de kvalitative intervjuene), ble det i del 3 av studien utarbeidet et spørreskjema sendt til enhetsledere på avdelingsnivå. Skjemaet ble først pilottestet blant seks ledere og deretter ferdigstilt og sendt ut i november/desember 2004. Antallet potensielle respondenter var 290 avdelinger/ledere. Det kom svar fra 171, det vil si en svarprosent på 59.

Når det gjelder databearbeiding så har Gjerberg og Sørensen i hovedsak benyttet seg av deskriptiv statistikk, enkle fordelinger og samvariasjoner. Multivariate analyser er benyttet i begrenset omfang. Når det gjelder de kvalitative intervjuene ble de tatt opp på bånd og utskriftene ble systematisert i forhold til de temaene som var mest sentrale.

Artikkelen jeg har skrevet i samarbeid med Elisabeth Gjerberg baserer seg på følgende data fra denne undersøkelsen: kvalitative intervjuer med 28 ledere på ulike nivåer i seks sykehus og spørreskjemaundersøkelsen som ble sendt ut til 290 enhetlige ledere (del 3 av studien).<sup>9</sup> Spørsmålene vi benyttet fra denne studien var for det første data om ledernes sosiodemografiske bakgrunn (profesjonsbakgrunn, kjønn og alder). Videre så vi på deres karriereløp; hvorvidt de hadde formell lederutdanning, eventuelt hvorfra de hadde den og hvorvidt de hadde ledererfaring før de gikk inn i rollen som enhetlige ledere. Deretter så vi på deres daglige virke: tid brukt på ledelse versus kliniske oppgaver. Noen av disse dataene var presentert i den foreliggende rapporten. Andre var ferdig analysert, men ikke benyttet i rapporten. Vi gjorde ingen nye analyser av dataene i forbindelse med denne artikkelen, men ved å kople dem med mine kvalitative data var det mulig å anvende det eksisterende materialet på problemstillinger jeg var spesielt opptatt av.

---

<sup>8</sup> Tidligere var norsk helsevesen inndelt i fem helseregioner: Øst, sør, vest, midt og nord. 1. januar 2002 overtok staten ansvaret for sykehusene og fem regionale helseforetak var en realitet: Helse Sør, Helse Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. I 2006/2007 ble øst og sør sammenslått til ett helseforetak.

<sup>9</sup> I tillegg ble data fra min kvalitative intervjuundersøkelse benyttet.

Samlet sett vil jeg hevde at dataene til Gjerberg og Sørensen holder en tilfredsstillende kvalitet, både i forhold til validitetskravet, reliabilitetskravet og representativitetskravet. Studien bærer preg av å være solid faglig forankret, systematisk og nøyaktig gjennomført og med god respons fra informantene.

## 5 Sammendrag av artiklene

Monica Skjøld Johansen: "Fra fagstyre til enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen"

Artikkel under vurdering i *Tidsskrift for samfunnsforskning*.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive og fortolke de ulike ledelsesmodellene som har dominert i norsk sykehusvesen fra 1945 til 2003, med særlig vekt på innføringen av enhetlig ledelse i 2001. Da enhetlig ledelse ble vedtatt innført i norske sykehus var det et sentralt premis at ingen enkeltstående profesjonsgruppe skulle ha eksklusiv tilgang på lederposisjoner i kliniske avdelinger. Ledelsen skulle med andre ord være profesjonsnøytral. Resultatet var at sykepleierne fikk tilgang på lederstillinger der de også skulle lede leger. Dette står i kontrast til de fleste andre vestlige land som på samme tidspunkt som Norge innførte ledelsesreformer i sykehus. I disse landene fikk legene styrket sin posisjon. Norge fremstår med andre ord som et særtilfelle og i denne artikkelen spørres det om hvorfor det ble slik: hva kan forklare at norske leger har måttet gi fra seg sin tradisjonelle hevd på lederstillinger i kliniske avdelinger, mens sykepleierne gradvis har evnet å posisjonere seg i forhold til disse stillingene?

For å svare på disse spørsmålene gir artikkelen en bred historisk gjennomgang av de helsepolitiske rasjonaler som har dominert i norsk etterkrigstid og som førte frem til enhetlig ledelse. Det fokuseres særlig på den rollen leger og sykepleiere samt helsepolitikere har spilt i å forme utviklingen fra en situasjon der legene kontrollerte lederposisjonene alene, via en todelt modell der sykepleiere og leger ledet sammen, til innføringen av enhetlig profesjonsuavhengig ledelse.

Metodisk baserer studien seg på et bredt spekter av trykte historiske kilder, slik som offentlige dokumenter, trykte interne dokumenter, stortingsdebatter, og –vedtak, samt ulike tidsskrifter og avisartikler. I tillegg støtter analysen seg på relevant sekundærlitteratur. For å belyse det særegne med Norge benyttes Danmark som et perspektiverende case. Artikkelen har således også et komparativt element.

Artikkelen viser hvordan legene og deres fagstyre regjerte, både innad i sykehusene og når det gjaldt sykehuspolitikken, i perioden frem til 1960-årene. Gjennom 1960- og 1970-årene endret dette bildet seg gradvis. Legenes makt og legenes utforming av helsepolitikken ble svekket, og på

ledelsesområdet kom sykepleierne sterkere på banen og fikk aksept for en todelt ledelsesmodell. På 1980- og 1990-tallet økte presset på sykehusvesenet, kravet var mer helse for pengene. Helsepolitikken dreide i retning av et mer markedsorientert styringsrasjonale, der profesjonell ledelse ble ansett som middel til et mer effektivt helsevesen. I 2001 ble profesjonsnøytral enhetlig ledelse innført, der både leger og sykepleiere samt andre helseprofesjoner fikk mulighet til å søke på de samme lederstillingene i de kliniske avdelingene i sykehusene.

I et forsøk på å forklare denne utviklingen pekes det på tre hovedårsaker. For det første en tiltagende fragmentering innad i legegruppen. Denne fragmenteringen skyldtes flere faktorer som spilte sammen. Blant annet syntes tilknytningen til fagspesialiteten gradvis å bli viktigere enn tilknytningen til legestanden generelt. For det andre kan utviklingen knyttes til hvordan sykepleierne har stått på barrikadene og i stor grad fått gjennomslag for sine krav om å lede seg selv og etter hvert også retten på ledelsesposisjoner i sykehus. Men fremfor alt har utviklingen blitt formet av en tiltagende og sterk politisk interesse for å gjøre ledelse i sykehus til et viktig helsepolitisk spørsmål. Sammenligner man med utviklingen i Danmark, ser man at særlig denne siste faktoren var avgjørende for å få innført profesjonsnøytral enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen. I den politiske behandlingen ble det eksplisitt lagt til grunn at andre enn leger skulle kunne ha rett på lederposisjoner. Også i etterkant engasjerte helsepolitikkerne seg sterkt mot legenes syn om at de enhetlige lederposisjonene måtte forbeholdes leger. At norske politikere har vært så sterkt tilstede i debatten og lagt så tydelige premisser har bidratt til tap av makt for legene samtidig som det har ført til at sykepleierne har fått rett på enhetlige lederposisjoner i kliniske avdelinger i sykehus.



## Monica Skjøld Johansen & Elisabeth Gjerberg: Unitary management, multiple practices?

Artikkel antatt for publisering i *Journal of Health Organization and Management*, nr. 4, 2009

Hovedtemaet for denne artikkelen er hvordan ledere med ulike profesjonsbakgrunn utøver og reflekterer over lederrollen, deres karriereløp samt hvordan eventuelle forskjeller mellom profesjonene kan forstås. Empirisk baserer studien seg på data fra to ulike studier, bestående av til sammen tre datasett:

1. Intervju med 16 ledere på ulike nivåer på to ulike sykehus
2. Intervju med 28 ledere på ulike nivåer på 6 sykehus
3. Landsomfattende survey til et utvalg på 290 enhetlige ledere.

Teoretisk tar studien utgangspunkt i Alvin Gouldners teori om forskjellene mellom latente og manifeste identiteter. Hensikten er å kople profesjonsteoriens vektlegging av jurisdiksjonskonflikter tettere til profesjonenes ulike organisasjonstilknytning. Gouldner hevder at ulike latente identiteter påvirker den manifeste rolleutøvelsen ulikt. Ifølge Gouldner, kan vi finne to idealtyper av latente identiteter i en organisasjon, nemlig *locals* og *cosmopolitans*. *Locals* kjennetegnes av at de har sterk lojalitet til organisasjonen de jobber ved, mindre forpliktelser (commitment) overfor faget (professional skills) og en lokal referansegruppeorientering. *Cosmopolitans* kjennetegnes av svakere lojalitet til organisasjonen de jobber ved, sterke forpliktelser overfor faget sitt og en referansegruppe som gjerne befinner seg utenfor den lokale organisasjonen, for eksempel innenfor det profesjonelle kollektivet. I tråd med Gouldner undersøkes dette langs tre dimensjoner:

1. Ledernes karriereløp
  - a. Formell lederkompetanse
  - b. Ledererfaring
2. Hvordan de utøver lederrollen i det daglige
  - a. Tid brukt på ledelse versus kliniske oppgaver
  - b. Forskningsaktiviteter
3. Refleksjoner omkring deres fremtid som ledere

Når det gjelder ledernes karriereløp, så finner vi at sykepleierlederne oftere har formell lederutdanning enn legelederne, henholdsvis 83% og 50%. Sykepleierlederne har startet sin lederkarriere tidligere enn legene og de hadde lengre ledererfaring enn legene da de gikk inn i de enhetlige

lederposisjonene (henholdsvis 13 og 10 år). Legelederne på sin side har lengre erfaring i helsevesenet. En forklaring på dette, er at sykepleierne anser ledelse som en karrierevei, noe de velger istedenfor en klinisk karrierevei, mens legene først går inn i lederjobber når de har mange års erfaring som klinikere og etter klinisk spesialisering (gjernede også etter doktorgrad). Prinsippet om best blant likemenn står sterkt i hevd hos legene, og dette innebærer i praksis at legene først blir ledere når de er blitt enere innenfor sitt fagfelt.

Når det gjelder hvordan de utøver lederrollen i det daglige, ser vi en klar tendens til at sykepleierlederne brukte flere timer per uke på administrative oppgaver enn legene (38 timer versus 27 timer). Legene på sin side brukte 20 timer per uke på klinisk arbeid. Det innebærer at legelederne i snitt jobbet nærmere 50 timer i uken til sammen, mens tilsvarende tall for sykepleierlederne er 39 i uken. Legene føler altså sterkere forpliktelse overfor kliniske oppgaver og er svært tydelige på at klinikken burde integreres i lederjobben. Ledelse på avdelingsnivå, er for legene, klinisk ledelse. Sykepleierne på sin side, mener at avdelingslederjobben er 100% ledelse.

Ledernes refleksjoner omkring deres fremtid som ledere reflekterer at sykepleierne som har gått inn i lederposisjoner ønsker å forbli der. Igjen ser vi hvordan ledelse for sykepleierne er en karrierevei. Legene derimot er langt mer vage. Flere av dem antyder at de vil tilbake til klinikken.

Vi konkluderer i artikkelen med at det er mye som tyder på at legelederne som gruppe ter seg som *cosmopolitans* i større grad enn sykepleierlederne, som på sin side virker å te seg som *locals*. Denne ulike organisasjonstilknytningen bidrar til å forme de ulike profesjonenes faktiske praktisering av lederjobben.

Monica Skjøld Johansen: "Mellom profesjon og reform. En kvalitativ analyse av ledelsesidealer og lederpraksis blant leger og sykepleiere i norske somatiske sykehus"

Artikkel publisert i *Nordiske Organisasjonsstudier*, nr. 1, 2008.

Artikkelen har som utgangspunkt uoverensstemmelsen mellom leger og sykepleiere som oppstod i kjølvannet av innføringen av enhetlig ledelse. Dog søker ikke artikkelen å dvele ved konflikten, men ser den heller som et inntak til å studere hvilken grunnholdning leger og sykepleiere har til ledelse generelt og enhetlig ledelse spesielt. Med dette som utgangspunkt, stilles to spørsmål:

1. Hvilken grunnholdning har dagens lege- og sykepleierledere til ledelse?
2. Hvordan påvirker denne holdningen gjennomføringen og praktiseringen av reformen?

Metodisk baserer studien seg på en analyse av mediedebatten som oppstod i kjølvannet av innføringen av reformen, samt kvalitative intervjuer blant ledere i kirurgiske og medisinske avdelinger. Jeg er opptatt av ledernes egne fortellinger om hvilken profesjon de mener *bør* lede og hvordan de begrunner dette. Jeg søker å gå bakenfor selve konflikten og se nærmere på *bakgrunnen* for konflikten; hvordan kommer ulike syn på ledelse faktisk til uttrykk? Og, hvilke konsekvenser kan dette få for praktiseringen av enhetlig ledelse? Mer generelt bidrar artikkelen til en bedre forståelse av hvilke mekanismer som igangsettes når reformer møter profesjonssterke aktører, og der ulike ledelsesidealer blir aktualisert innenfor en og samme organisasjon.

Teoretisk tar studien utgangspunkt i distinksjonen mellom faglig og profesjonell ledelse. Mens faglig ledelse forstås som ledelse der lederen er "den kyndigste blant de kyndige" og hvor "lojaliteten overfor det faglige kollegium er en essensiell forutsetning for lederskapet" (Byrkjeflot 1997:422), så forstås profesjonell ledelse i retning av noe generisk. Konteksten eller hva man skal lede er ikke i seg selv relevant (Mintzberg 1989).

Artikkelen viser for det første, at de to profesjonsgruppene, sykepleiere og leger, tillegger ulike betydninger i forhold til hva de forstår med ledelse, men at de også har klare møtepunkter. Legene vektlegger ledelse av det medisinske faget.

Ut fra legenes syn bør en lege med spesialisering innenfor det aktuelle fagfeltet lede den aktuelle avdelingen. Legenes syn på ledelse baserer seg på prinsippet om "best blant likemenn" og er således sterkt forankret i det faglige ledelsesidealet. Sykepleierne på sin side vektlegger i større grad ledelse som en selvstendig form for kompetanse. Sykepleiernes syn på ledelse må dog ikke forveksles med en ren profesjonell ledelse, som tar utgangspunkt i at ledelse anses som et eget fag, og at lederegenskaper er generiske. En slik holdning ville innebære et syn der avdelingslederen ikke nødvendigvis har medisinskfaglig bakgrunn, men like gjerne har en økonomisk bakgrunn eller annet tilsvarende. Dette er ikke sykepleiernes syn. Tilsvarende som legene argumenterer sykepleierne for at lederen bør ha medisinskfaglig kompetanse for å kunne lede. Forskjellen mellom legene og sykepleierne ligger i hva de definerer som medisinskfaglig kompetanse. Dette blir tydelig når vi ser hvordan sykepleierne distingverer seg fra hjelpepleierne ved å argumentere for at de er hjelpepleierne overordnet i pleiehierarkiet, og således også i profesjonssystemet og i ledelseshierarkiet.

For det andre viser artikkelen at selv om enhetlig ledelse de jure er implementert, er det mye som tyder på at man de facto praktiserer slik man gjorde før enhetlig ledelse ble innført, der en lege tar hovedansvaret for det medisinskadministrative, mens en sykepleier har ansvar for det øvrige administrative og sykepleiefaglige. Dette funnet kan ses i lys av teorien om løs koplete systemer

## 6 Avslutning – Mellom profesjon og reform

Denne studien forsøker å belyse møtet mellom profesjonssterke aktører og reformer i norsk sykehusvesen. Dette gjøres gjennom tre selvstendige artikler som på ulikt vis tar for seg fremveksten, innføringen og implementeringen av reformen om enhetlig ledelse.

Som vi har sett i denne introduksjonen har det vært gjort mye forskning på profesjonenes rolle som bærere av tradisjoner og profesjonelle normer i det institusjonelle feltet. Reformen om enhetlig ledelse har også vært gjenstand for en del forskning både i Norge og internasjonalt. Disse analysene har i særlig grad vært opptatt av spørsmål knyttet til de profesjonelles rolle og oppfatninger omkring de nye ledelsesreformene. Min ambisjon har vært å bygge videre på denne forskningen og bidra til en bredere og dypere forståelse av de profesjonelles ledelsesprosjekter, hvordan disse har utviklet seg historisk og hvordan de har manifestert seg etter innføringen av enhetlig ledelse. La meg kort oppsummere.

Studien gir for det første et historisk tilbakeblikk på fremveksten av enhetlig ledelse i Norge og en analyse av de aktørene som har vært pådrivere for å få fjernet fagstyret og det såkalte "medikratiet" og å innføre enhetlig profesjonsuavhengig ledelse. Så langt har ingen norske forskere sett på den historiske fremveksten av denne ledelsesreformen. For å forstå de utfordringene reformen brakte med seg, mener jeg det er viktig med et historisk tilbakeblikk på det institusjonelle feltet. Man snakker om at de profesjonelle bærer med seg tradisjoner og profesjonelle normer, men det er gjort lite forsøk på å forstå disse i en historisk kontekst. Nettopp dette mener jeg å ha bidratt til gjennom den historiske fremstillingen av legene, sykepleierne og helsepolitikernes relasjon til hverandre og ledelsesspørsmålet.

Som vi har sett har Eva Zeuthen Bentsen gjort en tilsvarende studie av fremveksten av trojkamodellen i dansk sykehusvesen. Ved å sammenligne mine funn med hennes analyse har jeg ikke bare satt lys på den historiske fremveksten av enhetlig ledelse i Norge og de profesjonelles forhold til hverandre, men jeg får også belyst ulike styringstradisjoner i offentlig organisasjoner i de to nabolandene. Forskning har påpekt at man i dansk offentlig styring har en langt mer desentralisert modell enn i Norge (se blant annet Vrangbæk & Torjesen 2005). Dette gjenspeiler seg i den faktiske implementeringen av enhetlig ledelse i de to landene. I Danmark har vi sett hvordan det var opp til amtene å fortolke reformens praktiske utforming og hvordan dette innebar at det var legene som ble de enhetlige lederne (Sognstrup 2003). I Norge derimot var de sentrale offentlige signalene

tydelige i retning av at legene ikke skulle ha noe monopol på de enhetlige lederstillingene. Resultatet var at man ikke bare vedtok innføringen av enhetlig ledelse, men også kom til å implementere det i praksis. Mens 90% av de enhetlig lederne var leger i 2001, var tallet 67% bare to år senere (Gjerberg & Sørensen 2006).

Jeg har videre vært opptatt av hva leger og sykepleiere faktisk gjør som ledere. Jeg har blant annet stilt spørsmål om det er slik at forskjell i tidsbruk kan relateres til de to profesjonenes ulike tilknytninger til organisasjonen og således deres ledelsesforståelse? For å kunne belyse dette spørsmålet har jeg blant annet sett på tidsbruken blant ledere med ulik profesjonsbakgrunn og forsøkt å forklare hva den ulike tidsbruken blant ledere med ulik profesjonsbakgrunn skyldes. Jeg har også studert karriereløpet til ledere med ulik profesjonsbakgrunn samt hva de tenker om sin posisjon som leder i fremtiden. Det har i liten grad vært gjort tidligere. I begrepet enhetlig ledelse, ligger det en implikasjon om at ledelsen (og ikke bare lederen) skal være enhetlig. Sagt mer konkret, uavhengig av profesjonsbakgrunn skal lederne utføre de samme ledelsesoppgavene. Men når legeledere og sykepleierledere på mange områder og i så stor grad vektlegger ulike aspekter ved lederrollen, så må man stille spørsmålet om enhetlig ledelse har bidratt til slik "enhetlighet". Mine funn peker snarere i retning av at vi har å gjøre med "multiple practices" på ledelsesområdet. Den praktiske konsekvensen av denne situasjonen må være opp til andre å trekke. Spørsmålet er om situasjonen skal betraktes som et fargerikt fellesskap eller om vi snarere har å gjøre med en pervertering av en offentlig initiert reform?

Vi vet mye om hva som skjer i møtet mellom profesjoner og reformer. Vi vet også at leger og sykepleiere oppfatter ledelse ulikt og at dette får konsekvenser for hvordan de fortolker reformen om enhetlig ledelse (Torjesen 2007a,b). Ansettelsen av en jordmor som klinikkjef på kvinneklinikken, Haukeland sykehus, utløste et rabalder blant mange leger. For legene var det utenkelig at man skulle bli ledet av en sykepleier/jordmor, fordi legene hevdet at ledelse av kliniske avdelinger først og fremst måtte forstås som ledelse av det medisinske faget. Debatten var opphetet og på mange måter tabloid i formen. Men hva bestod konflikten egentlig i? I et forsøk på å trenge bakenfor konflikten har jeg gått dypere inn i begrepene faglig og profesjonell ledelse og problematisert dette. Jeg har forsøkt å belyse og å reflektere forholdet mellom faglig og administrativ ledelse blant profesjonelle i kunnskapsorganisasjoner. Legene i min studie hevder at ledelse i kliniske avdelinger handler om faglig ledelse. Tilsvarende som legene argumenterer sykepleierne for at lederen bør ha medisinskfaglig kompetanse for å kunne lede kliniske avdelinger. Dette funnet er en nyansering av blant annet Torjesens funn om at leger leder med bakgrunn i fag mens sykepleierne leder på bakgrunn av en management forståelse.

Forskjellen mellom legene og sykepleierne ligger, i følge mine funn, i hva de definerer som medisinskfaglig kompetanse. For legene er medisinskfaglig kompetanse synonymt med legefaglig kompetanse. Sykepleierne derimot hevder at også sykepleie må defineres inn under medisinskfaglig kompetanse. Dette blir tydelig når vi ser hvordan de distingverer seg fra hjelpepleierne ved å argumentere for at de er hjelpepleierne overordnet i pleiehierarkiet og således også i profesjonssystemet. Med andre ord argumenterer legene for en hierarkisk orden der legene er overordnet de andre profesjonsgruppene, mens sykepleierne argumenterer både for en horisontal orden der de er likestilt legene og en hierarkisk orden der de er overordnet hjelpepleierne. Sykepleierne oppfatter altså seg selv som ledende i pleiehierarkiet.

Forskjellen mellom legenes og sykepleiernes ulike argumenter omkring hvem som skal ha retten på lederstillinger i kliniske avdelinger blir tydeligere i praksis. Legenes argument er at ledelse av kliniske avdelinger må forstås som faglig ledelse. Punktum. Sykepleierne derimot, hevder at en leder av en sykehusavdeling bør ha medisinskfaglig bakgrunn (forstått som legefaglig eller sykepleierfaglig bakgrunn) samt formell lederutdanning. For i motsetning til legene vektlegger sykepleierne i langt sterkere grad betydningen av administrativt lederskap når de først har kommet i posisjonen som enhetlige ledere. Dette vises tydelig både i forhold til hvordan de argumenterer for deres holdning til ledelse, men også i forhold til tidsbruk.

Det er mye som tyder på at enhetlig ledelse mange steder er skinnimplementert. De jure er det innført, men de facto finner vi at mange avdelinger praktiserer en ordning der legene fortsatt leder det medisinskfaglige arbeidet i avdelingene mens sykepleierne tar seg av det administrative. Med andre ord kan vi observere en klassisk form for såkalt løs kopling mellom organisasjonens krav og hverdagsaktivitetene. Systemet opprettholdes som det tradisjonelt har vært, sykepleierne administrerer og legene er medisinskfaglige ledere. Dette funnet får vi støtte for når vi ser på tidsbruken blant lege- og sykepleierlederne. At situasjonen faktisk er slik bekreftes også av flere informanter. Lignende prosesser er også beskrevet av Doolin (2001). En viktig endring fra tidligere er imidlertid klar, i dag har man formelt sett én ansvarlig leder og ikke to som tidligere, og sykepleierne ser i økende grad ut til å ta hånd om disse lederposisjonene.

## **6.1 Videre forskning**

Hvilke muligheter for videre forskning kan man se for seg etter å ha lest denne studien?

For det første kunne det være interessant å studert hvorvidt det er forskjell på ledere avhengig av hvilket nivå de sitter på i organisasjonen. Hoff (1999) viste i sin studie fra USA at legeledere høyere opp i det administrative hierarkiet i større grad identifiserte seg som leder (og ikke primært lege) og følte sterkere forpliktelse overfor administrative oppgaver enn legeledere i klinikken. Hvilke organisatoriske konsekvenser kan dette få i forhold til gjennomføring og implementering av reformer?

For det andre, kunne det være spennende å studere om det er forskjell på generasjoner. Er for eksempel eldre leger mer konservative i forhold til å slippe sykepleiere til enn yngre leger? Eller motsatt, er eldre leger mer avslappet i forhold til å gi fra seg oppgaver enn yngre leger og ikke så opptatt av å markere sine demarkasjonslinjer?

For det tredje er det flere interessante temaer å studere i forhold til kjønn, profesjoner og ledelse. Det er mange ulike felter som kan utforskes i forhold til kjønn og kjønnsrettet makt. Blant annet stiller Abrahamsen og Gjerberg (2002:292) spørsmålet om ”det er slik at legenes muligheter til å få gjennomført sine ønsker og beslutninger influeres av om legen er en kvinne eller en mann?” Hva skjer når legelederen er kvinne? Har kvinnelige legeledere samme autoritet som mannlige legeledere? Hva med mannlige sykepleierledere? Dette bringer meg over til et annet tema knyttet til kjønn og ledelse som kunne vært interessant å studere nærmere, nemlig kjønnsfordelingen blant legeledere og sykepleierledere. I en studie av Bente Abrahamsen påvises det at dobbelt så mange mannlige som kvinnelige sykepleiere får lederansvar (Aftenposten 14.mars 2004). Samtidig viser andre studier at det er de kvinnelige legene som blir enhetlige ledere på avdelingsnivå. Hvilke konsekvenser kan dette få for profesjonene og deres jurisdiksjon på ledelsesfeltet? Hvilke konsekvenser kan det få for statusen på lederposisjoner i kliniske avdelinger?

For det fjerde, kunne det også være interessant å studere mer inngående hvorvidt det er forskjeller innad i de ulike profesjonsgruppene i forhold til hvordan de oppfatter ledelsesreformene. Det er ikke uvanlig å behandle profesjoner som en homogen gruppe. Men som vi har sett, har Kragh Jespersen påpekt at de profesjonelle ikke nødvendigvis må oppfattes som en homogen gruppe som agerer ensartet (Kragh Jespersen 2005; se også Vinge 2003, 2005). I en omfattende studie av forholdet mellom de norske legene og staten i perioden 1945 til 2000, har Maren Skaset vist at legene i mange tilfeller ikke evnet å agere som en samlet gruppe overfor staten (Skaset 2006). Det er kanskje på tide å undersøke dette nærmere i forhold til ledelsesreformer, eller andre reformer, som får konsekvenser for de profesjonelles daglige virke?



## 7 Litteratur

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Abrahamsen, B. & E. Gjerberg (2002): "Maktrelasjoner i helsetjenestens yrkeshierarki" i Ellingsæter, A. L. & J. Solheim (red.): *Den usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv*. Gyldendal Akademisk.
- Aftenposten (14. mars 2004): "Mannlige sykepleiere tar makten".
- Aftenposten (30. juli 2002): "Høybråten refser herskesyke leger".
- Allen, D. (2001): *The Changing Shape of Nursing Practice. The role of nurses in the hospital division of labour*. Routledge, London and New York.
- Andersland, G. K. (1990): *Ledelse i sykehus*. Sosialdepartementet, september 1990.
- Bentsen, E. Z. (1996): *Sykehusledelse i et institutionelt perspektiv. En analyse av trojkaledelsemodellens opståen, spredning og funksjon*. Doktorgradsavhandling ved Handelshøyskolen i København, Institut for Organisation og Arbejdssociologi.
- Benum, E. (2005): "Overflod og fremtidsfrykt. 1970-1997." *Aschehougs Norges historie*. Bind 12. Aschehoug.
- Berg, O. (1987): *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Universitetsforlaget.
- Berg, O. (1996): "Meta-Medicine: The Rise and Fall of the Norwegian Doctor as Leader and Manager" i Larsen, Ø. (1996): *The Shaping of a Profession: Physicians in Norway, Past and Present*. Science History Publications.
- Berg, O. (2005): *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Tidsskriftets skriftserie. Den norske lægeforening.
- Bergens Tidende (2. juni 2002): "Ledelse av sykehusavdelinger".
- Bergens Tidende (27. juni 2002): "Hvem skal lede Kvinneklinikken?"
- Bergens Tidende (3. juli 2002): "Debatten om kvinneklinikken".
- Berger, P. L. & T. Luckmann (1966): *The Social Construction of Reality*. Anchor books.
- B.innst.S.nr. 11 (1995-1996), Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 1996 vedkommende Sosial- og helsedepartementet.

- Borum, F. (1999): "Perspektiver på forandringsprosesser i sundheds- og sygehusfeltet" i Bentsen, E. Z., F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson (red.): *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstillingen af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Handelshøjskolens Forlag. Munksgaard.
- Borum, F. (red.) (2003): *Ledelse i sygehusvæsenet*. Handelshøjskolens forlag.
- Bukve, O. (2003): "Forklaring og forståing i samfunnsvitskapen" i *Tidsskrift for Samfunnsforskning*. Nr. 3, 2003, årgang 44.
- Busch T., & J. O. Vanebo (2001): *Modernisering av offentlig sektor: new public management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Byrkjeflot, H. (1999): *Modernisering og ledelse. Om samfunnsmessige betingelser for demokratisk lederskap*. Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og Organisasjonsvitenskap.
- Byrkjeflot, H. (1997): "Fra ledelse til management?" i Byrkjeflot, H. (red.): *Fra styring til ledelse*. Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. (1999): "Kan demokrati og ledelse forenes?" i *Nytt Norsk Tidsskrift*. Nr. 3 1999.
- Byrkjeflot, H. & T. Halvorsen (1997): "Ledelse og kunnskap – angloamerikanske og tyske kontraster" i Byrkjeflot, H. (red.): *Fra styring til ledelse*. Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. & S. Neby (2005): "Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren?" i Opedal, S. & I. M. Stigen (red.): *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Fagbokforlaget.
- Chemers, M. M. (1997): *An Integrative Theory of Leadership*. Lawrence Erlbaum Associates Inc. US.
- Christensen, T. & P. Lægreid (2002): "New Public Management - Puzzles of Democracy and the Influence of Citizens," in *Journal of Political Philosophy*, 2002, vol. 10, no. 3 (sept), pp: 267-295.
- Dagens Medisin (20. juni 2002): "Stortingspolitiker pisker legene".
- Dagens Næringsliv Magasinet (13./14. juli 2002): "Så, så, søster".
- Dagens Næringsliv (17. juli 2002): "Tar ikke legeoppgjør".
- Dagens Næringsliv (1. august 2002): "Hellige kuer i sykehusene?".
- Dalland, H. T. & K. Sørngård (2007): "Endring av profesjonell identitet – Helsereformens krav til økonomisk kunnskap blant de medisinske lederne." SNF rapport nr 13/07, Bergen Juni 2007.
- Davies, C. (1996): "The sociology of professions and the professions of gender," i *Sociology*, vol.30:661-678.
- DiMaggio, P. & W. Powell (1983): "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields," in *American Sociological Review* 48 (April): 147-160.

- DiMaggio, P. & W. Powell (1991): "Introduction" in Powell, W. W. & P. J. DiMaggio (1991) (eds.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press.
- Dok.nr.8:70 (1997-1998): "Forslag fra stortingsrepresentantene Gunhild Øyangen og Asmund Kristoffersen om å be regjeringen sette i verk tiltak slik at sykehusene organiseres og ledes med en ansvarlig leder på alle nivå".
- Doolin, B. (2001): "Doctors as Managers. New Public Management in a New Zealand Hospital," in *Public Management Review*, vol. 3, Issue 2.
- Engelstad, F. (1999): "Innledning av Fredrik Engelstad" i Weber, Max (1999): *Verdi og handling*. Pax forlag A/S, Oslo 1999.
- Erichsen, V. (red.) (1996): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Tano Aschehoug.
- Fagin, C. M. (1992): "Collaboration between nurses and physicians: No longer a choice?" i *Academic Medicine*, 67, 295-303.
- Fauske, H. (1996): "Funktionalisme" i Andersen, H. & L. B. Kaspersen (red.): *Klassisk og moderne samfundsteori*. Hans Reitzels Forlag.
- Ferlie, E., L. Ashburner, L. Fitzgerald & A. Pettigrew (1996): *The New Public Management in Action*. Oxford University Press.
- Fitzgerald, L. (1994): "Moving Clinicians into Management. A Professional Challenge or Threat?" i *Journal of Management in Medicine*, vol. 8, no. 6.
- Freidson, E. (1970): *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Dodd, Mead & Company, New York 1972.
- Freidson, E. (1988): *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Freidson, E. (1994): *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy, and Policy*. Polity Press.
- Freidson, E. (2001): *Professionalism. The third logic*. Polity.
- Galaskiewicz, J. (1991): "Making Corporate Actors Accountable" in Powell, W. W. & P. J. DiMaggio (1991) (eds.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press.
- Gjerberg, E. (2002): *Kvinner i norsk medisin – mot full integrering? En studie av kjønnsdifferensieringen i legers spesialitet*. Doktorgradsavhandling, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo, Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie.
- Gjerberg E. & B. Aa. Sørensen (2006): "Enhetlig ledelse i sykehus". AFI-rapport nr 1/2006. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Gouldner, A. (1957): "Cosmopolitans and Locals: Toward an Analysis of Latent Social Roles-I" in *Administrative Science Quarterly*. Vol. 2, nr. 3 (des.) pp. 281-306.

- Greenwood, R. & C. R. Hinings (1996): "Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and the New Institutionalism," in *Academy of Management Review*. Vol. 21, No. 4.
- Grønmo, S. (1996): "Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnæringer i samfunnsforskningen" i Holter, H. & R. Kalleberg (red.): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Universitetsforlagets metodebibliotek.
- Haffner J., F. A. Mürer & O. G. Aasland (2000): "Avdelingsoverlegen - leder eller lege?" i *Tidsskrift Norske Lægeforening*, Vol. 120, p. 3002.
- Harrison S. & C. Pollitt (1994): *Controlling Health Professionals. The Future of Work and Organization in the NHS*. Open University Press.
- Heidenheimer, A. J. & N. Elvander (1980): *The shaping of the Swedish health care system*. London.
- Hellevik, Ottar (1991): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget (5. utgave).
- Hoff, T. J. (1999): "The Social Organization of Physician-Managers in a Changing HMO", in *Work and Occupations*, vol. 26, No. 3, August 1999, pp. 324-351.
- Hood, C. (1991): "A Public Management for all seasons?" i *Public Administration*. Vol. 69, Spring 1991 (3-19).
- Hughes, E. C. (1945): "Dilemmas and Contradictions of Status", in *The American Journal of Sociology*, Vol. 50, No. 5 (Mar., 1945) pp. 353-359.
- Innst. O. nr. 65 (1998-99): "Innstilling fra sosialkomiteen om lov om spesialisthelsetjenesten m.m."
- Innst.S.nr.161 (1997-1998): "Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Gunhild Øyangen og Asmund Kristoffersen om å be regjeringen sette i verk tiltak slik at sykehusene organiseres og ledes med en ansvarlig leder på alle nivå."
- Johannessen, A., P. A. Tufte & L. Kristoffersen (2006): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag.
- Johansen, M. S. (2005): "Det er ikke et pleiehjem vi driver her...En studie av profesjonskonflikter i sykehus etter innføring av enhetlig ledelse." Paper submitted to NFF conference 2005. Health sector management and organisation. Århus, Denmark, august 2005.
- Johansen, M. S. (2005b): "Penga eller livet? Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet" i *Rokkansenteret Notat 16-2005*, Universitetet i Bergen.

- Johansen, M. S. (2008): "Mellom profesjons og reform. En kvalitativ analyse av ledelsesidealer og lederpraksis blant leger og sykepleiere i norske somatiske sykehus" i Nordiske Organisasjonsstudier, nr 1, 2008.
- Johansson, R. (2002): *Nyinstitutionalismen innom organisationsanalysen*. Studentlitteratur.
- Kjekshus, L. E. & T. Harsvik (2007): "Organisasjonsutvikling ved norske sykehus" i Tidsskrift for Den norske lægeforening, nr. 3, 2007; 127: 288-90.
- Klausen, K. K. (2001): "New Public Management - en fortolkningsramme for reformer" i Busch, Tor, Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen & Jan Ole Vanebo (red.): *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kragh Jespersen, P. (1999): "New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sykehusorganistionen" i Bentsen, E.Zeuthen, F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson (red.) (1999): *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstillingen af sygehus-og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Handelshøjskolens Forlag. Munksgaard.
- Kragh Jespersen, P. (2003): "Sygehusledelser mellem interne strategier og institutionelle krav" i Borum, F. (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. Handelshøjskolens forlag.
- Kragh Jespersen, P. (2005): *Mellom profession og Management - Ledelse i danske sygehuse*. Handelshøjskolens Forlag.
- Kragh Jespersen, P., L-L. M. Nielsen & H. Sognstrup (2002): "Professions, Institutional Dynamics, and New Public Management in the Danish Hospital Field" i International Journal of Public Administration, Vol. 25, No. 12, 1555-1574.
- Kvale, S. (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- Larson, M. S. (1977): *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*. University of California Press. Berkeley: California.
- Lian O. S. (2003): *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Llewellyn, S. (2001): "Two-way Windows: Clinicians as Medical Managers" i Organization Studies vol. 22, no. 4, pp. 593-623.
- Lov om spesialisthelsetjenesten (1999): Lov av 2. juli 1999 nr. 61, Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Mead, G. H. (1967): *Mind, Self and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist*. The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Melby, K. (1990): *Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie*. Cappelen.
- Merton, R. K. (1968): *Social Theory and Social Structure*. Enlarged edition. The Free Press.

- Meyer, J. W. & B. Rowan (1977): "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony," in *American Journal of Sociology*, Vol 83, Issue 2 (Sep.,1977), 340-363).
- Mintzberg, H. (1989): *Mintzberg on Management. Inside Our Strange World of Organizations*. The Free Press.
- Mo, T. O. (2006): *Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus*. Doktorgradsavhandling, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU.
- Modalsliutvalget (1970): "Innstilling om Den sentrale forvaltnings Organisasjon".
- Moseng, O.G. (2003): "Ansvaret for undersåttenes helse 1603-1850" bind I i *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Universitetsforlaget.
- Nightingale, F. (1969): *Notes on Nursing. What it is and what it is not*. Dover Publications (First edition: 1860).
- NKS (Norske Kommuners Sentralforbund) (1981): *Organisasjonsstrukturer i sykehussektoren. Utredning fra Sykehusorganisasjonskomiteen*. (Øie utvalget).
- NKS (Norske Kommuners Sentralforbund) (1983): *Organisering av somatiske sykehus i fylkeskommunen*. (Organisasjonskomité III). Kommunalrapport 8:83, Oslo, Kommuneforlaget.
- Nonaka, I. & H. Takeuchi (1995): *The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press.
- Nordby, T. (1989): *Karl Evang. En biografi*. Aschehoug.
- Normann, L. (2001): *Enhetlig todelt ledelse, kraftpotensiale eller konflikt? En deskriptiv studie av sykepleie- og legeledere i sykehus, deres ledelsesformer og oppgaver*. Hovedoppgave, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Norsk sykepleierforbund) (1979): Referat fra NSF's landsmøte i 1979.
- Norsk sykepleierforbund) (2005): *Sykepleier med lederansvar. God på fag og ledelse*.
- NOU 1997: 2: "Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus" Sosial- og Helsedepartementet.
- Oliver, C. (1991): "Strategic Responses to Institutional Processes" in *Academy of Management Review*. Vol. 16, number 1.
- Olsen, J. P. (1988): *Statsstyre og institusjonsutforming*. "Det blå bibliotek", Universitetsforlaget.
- Olsen, J. P. (2004): "Survey Article: Unity, Diversity and Democratic Institutions: Lessons from the European Union" in *The Journal of Political Philosophy*, Vol. 12, number 4, 2004, pp. 461-495.
- Opedal, S. & H. Rommetvedt (2005a): "Foretaksfrihet eller stortingsstyring?" i Opedal, S. & I. M. Stigen (red.): *Helse-Norge I støpeskjeen*. Fagbokforlaget.

- Opedal, S. & H. Rommetvedt (2005b): "Sykehus på Løvebakken. Stortingets engasjement og innflytelse før og etter sykehusreformen" i Tidsskrift for samfunnsforskning, nr. 2, 2005.
- Ouchi, W. G. (1979): "A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms" in Management Science, Vol. 25, No. 9, (Sept. 1979).
- Ouchi, W. G. (1980): "Markets, Bureaucracies and Clans" in Administrative Science Quarterly, Vol. 25 (Mar., 1980).
- Parsons, T. (1964): *The Professions and Social Structure*. The Free Press
- Petersson, O., A. Westholm & G. Blomberg (1989): *Medborgarnas makt*. Helsingborg; Carlssons bokförlag.
- Pollitt C. (1990): *Managerialism and the public services: the Anglo-American experience*. Oxford: Basil Blackwell.
- Powell W. W. & P. J. DiMaggio (eds.) (1991): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Powell, M. J., D. M. Brock & C. R. Hinings (1999): "The Changing Professional Organization" i Powell, Michael J., David M. Brock & C. R. Hinings (eds.): *Restructuring the Professional Organization. Accounting, health care and law*. Routledge, New York.
- Ricoeur, P. (1993): "Förklara och förstå. Text-handling-historia" i *Från text til handling*. Östlings bokförlag. Symposion 1993.
- Rubin, H. J. & I. S. Rubin (1995): *Qualitative Interviewing. The Art of Hearing Data*. SAGE Publications.
- Schiøtz, A. (2003): *Folkets helse - landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Scott, W. R. (2003): *Organizations. Rational, Natural and Open Systems*. Prentice Hall. 5th edition.
- Scott, W. R. (2001): *Institutions and Organizations*. Sage Publications. 2<sup>nd</sup> edition.
- Scott, W. R., M. Ruef, P. J. Mendel & C. A. Caronna (2000): *Institutional change and healthcare organizations. From professional dominance to managed care*. The university of Chicago press, Chicago and London.
- Sejersted, F. (2005): *Sosialdemokratiets tidsalder. Norge og Sverige i det 20. århundre*. Pax Forlag A/S, Oslo.
- Skaset, M. (2003): "Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985" i Schiøtz, A. (2003): *Folkets helse-landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skaset, M. (2006): *I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945-2000*. Doktorgradsavhandling 2006, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Slagstad, R. (2001): *De norske strateger*. Pax Forlag.

- Sognstrup, H. (2003): *Professionelle i afdelingsledelse*. PhD afhandling. Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning. Aalborg Universitet.
- Sommervold, W. (1996): "Ledelse i sykepleien: Forståelsesmåter i endring" i Erichsen, V. (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. TANO Aschehoug.
- Sommervold, W. (1997): "Ledelse i sykepleien" i Byrkjeflot, H. (red.) (1997): *Fra styring til ledelse*. Fagbokforlaget.
- St. meld. nr. 16 (1972-73): "Om sykepleieraksjonen 1972", Forbruker- og administrasjonsdepartementet.
- St.meld. nr. 9 (1974-74): "Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen", Sosialdepartementet.
- Stortinget, "Møte tysdag den 26. mai kl. 10 1998. Sak nummer 4".
- St.prp. nr. 65 (1995-96): "Ny ledelsesstruktur ved nye Rikshospitalet", Sosial- og helsedepartementet.
- Sundar T. (2000): "Enhetlig ledelse - en varm potet.", i Tidsskrift Norske lægeforening, Vol. 120, pp. 3466-3467.
- Svensson, R. (1996): "The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective" in *Sociology of Health and Illness*, 18, 379-398.
- Sykepleien nr. 10 og 11, 1952.
- Sykepleien nr 2 og 3, 1996.
- Taylor, F. W. (2005): *Prinsippene for vitenskapelig bedriftsledelse*. Vidarforlaget (første gang utgitt 1911).
- Teig, I-L. (2005): "The hidden gender in a gendered conflict." Paper submitted to EGOS 21<sup>st</sup> Colloquium, sub-theme 31, June 30-July 2, 2005.
- Thagaard, T. (1998): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.
- Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, nr. 28, 2000.
- Torjesen, D. O. (2007a): "Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsevesen," i Tidsskrift for Samfunnsforskning, nr. 2, 2007.
- Torjesen, D. O. (2007b): *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen.
- Tracey, C. (2006): "The glass ceiling in Irish healthcare: a nursing perspective" in *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 20, No. 6, 2006 pp. 502-511.
- Vallgård, S. (1992): *Sygehuse og sygehuspolitikk i Danmark. Et bidrag til det spesialiserte sygehusvæsens historie 1930-1987*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.



- Vinge, S. (2003): *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse*. PhD afhandling. Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet. Institut for Organisation og Arbejdssociologi. Handelshøjskolen i København.
- Vinge, S. (2005): "Arbejdsorganisering og organisationsforståelse i sygehussektoren" i Nordiske Organisasjonsstudier, nr. 2, 2005.
- Vrangbæk, K. (1999): "New Public Management i sygehusfeltet-udforming og konsekvenser" i Bentsen, E. Z., F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson (red.) (1999): *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstillingen af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Handelshøjskolens Forlag. Munksgaard.
- Vrangbæk, K. & D. O. Torjesen (2005): "Sygehuslederens opfattelse af ledelsesvilkår i Danmark og Norge" i Nordiske Organisasjonsstudier, nr 2 2005.
- Weber, M. (1999): *Verdi og handling*. Pax Forlag A/S.
- Weick, K. E. (1979): *The Social Psychology of Organizing*. Random house, 2nd edition.
- Witz, A. (1992): *Professions and patriarchy*. London: Routledge.
- Wyller, I. (1990): *Sykepleiens historie i Norge*. Gyldendal.
- Zucker, L. (1977): "The Role of Institutionalization in Cultural Persistence," in *American Sociological Review* 42(5): 726-43.
- Östergren, K. & K. Sahlin-Andersson (1998): *Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politikk och administration*. Landstingsförbundet.
- Aarseth H. P. (2000): "Ledelse - og atter ledelse." i Tidsskrift Norske Lægeforening, Vol 120, p. 1491.

