



# Masteroppgave

**ADM750 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse**

**Mange går - noen står. Hva kjennetegner ledelses- og organisasjonsforståelsen til toppledere som har "overlevd" i helseforetakene etter reformen 2002?**

Elin Mordal

Molde, 12.06.09



Høgskolen i Molde

# Publiseringsavtale

Tittel på norsk:

Mange går- noen står. Hva kjennetegner ledelses- og organisasjonsforståelsen til toppledere som har "overlevd" i helseforetakene etter reformen 2002?

**Forfatter: Elin Mordal**

**Fagkode: ADM750**

**Studiepoeng: 45**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Hallgeir Gammelsæter**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**  ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 090609**

## **Førord**

Denne oppgaven er avslutningen på masterstudiet i Samfunnsendring, organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Molde. Takket være mine informanter har jeg kunnet skrive en masteroppgave med langtidsoverlevelse som toppleder i helseforetakene som tema. Uten deres velvilje hadde denne undersøkelsen ikke vært mulig å gjennomføre. De har gitt meg innsyn i sine egne refleksjoner rundt toppledelse og organisering. En stor takk til mine informanter.

I prosessen som har ledet fram til en ferdig masteroppgave er det flere som på hver sin måte har bidratt med hjelp og støtte, og som fortjener en takk. Først og fremst vil jeg takke min hovedveileder, professor Hallgeir Gammelsæter. Uten hans solide og tålmodige veiledning ville ikke min interesse for toppledelse i helseforetakene kunnet munne ut i en oppgave som dette. Videre vil jeg takke min biveileder Turid Aarseth for hennes alltid oppmuntrende ord og gode råd. Takk også til mine kollegaer på helsefag som har lyttet til mine utfordringer og oppmuntret meg nå i sluttspurten. Til slutt vil jeg takke Tor Magne for støtten undervegs i en lang prosess.

Molde, mai 2009

Elin Mordal

# Innhold

<b>Helseforetaksreformen og høy utskiftingsfrekvens av toppledere.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Mange går, noen står etter innføringen av reformen.....</b>	<b>2</b>
1.1 Problemstilling .....	3
1.2 Kontekstuell ramme.....	4
1.3.1 Spesialisthelsetjenesten og toppledelse.....	6
<b>2. Ulike perspektiver på ledelse.....</b>	<b>8</b>
2.1 Ledelse som samhandling .....	8
2.1.1 Kommunikativ ledelse.....	9
2.1.2 Samhandling med media .....	10
2.2 Hvilke roller kan ledere ha? .....	11
2.2.2 Ledelsesoppgaver i det offentlige .....	13
2.3 Kriterier for god ledelse .....	15
2.4 Struktur som kontekst for ledelse .....	16
2.5 Endring og ledelse .....	19
2.6 Økonomiske og politiske maktfaktorer.....	21
<b>3. Metode.....</b>	<b>24</b>
3.1 Type intervju .....	26
3.2 Intervjusituasjonen.....	28
3.3 Etske betraktninger .....	29
3.4 Analysen og tolkningene.....	30
3.5 Validitet, reliabilitet og undersøkelseeffekter.....	31
<b>4. Toppledernes forståelse av eget lederskap.....</b>	<b>33</b>
4.1 De som fortsatt er der.....	33
4.2 Mange går.....	35
4.3 Orienteringer og prioriteringer .....	37
4.4 Media, samarbeidspartner eller vaktbikkje .....	40
4.5 ”Innenriksminister” eller ”utenriksminister”?.....	43
4.6 Oppmerksomhet til alle .....	46
4.7 Endring, endringsvillighet og motstand.....	49
4.8 Lederen som politisk aktør .....	52
4.9 Betydningen av de økonomiske rammene .....	53
4.10 Ledelse som generell kompetanse .....	55
<b>5. Forståelser og overlevelsesmuligheter .....</b>	<b>59</b>
5.1 Funnene i undersøkelsen .....	59
5.2 Ledelsesforståelse .....	60
5.2.1 Kommunikasjon i ledelse .....	61
5.2.2 Ulike funksjoner og egenskaper .....	64
5.2.3 Ufordringer knyttet til endring, engasjement og motstand.....	65
5.3 Organisasjonsforståelse.....	67
5.3.1 Rekruttere, bygge og styrke et nettverk av gode ledere .....	67
5.4 Hva sikrer overlevelse?.....	69
5.4.1 Lojale til reformen .....	71
5.4.2 Ledererfaring .....	73

5.5 Avsluttende refleksjoner .....	74
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>78</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>82</b>
1. Regionale helseforetak med underliggende helseforetak .....	82
2. Oversikt over toppledere i helseforetakene etter 2002 .....	83
3. Intervjuguide .....	85
4. Figuroversikt .....	87

## **Helseforetaksreformen og høy utskiftningsfrekvens av toppledere**

I 2002 ble helseforetaksreformen innført. Den hadde som en av sine målsettinger å styrke ledelsen og styringen av spesialisthelsetjenesten. Reformen førte til at spesialisthelsetjenesten ble organisert etter foretaksprinsippet. I dag er det fire regionale helseforetak som er eiere av 27 underliggende helseforetak med både et somatisk og et psykiatrisk spesialisthelsetjenestetilbud. Perioden etter innføringen av reformen bærer preg av høy utskiftningsfrekvens av toppledere. Det er per i dag kun fem toppledere som har stått i stillingene sine de sju årene etter innføringen av helseforetaksreformen. De resterende 22 helseforetakene har blitt ledet av til sammen over 60 toppledere.

Studien ser nærmere på egenforståelsen til de toppledere som har sittet i posisjonen siden innføringen av helseforetaksreformen i 2002. Dette er interessant med bakgrunn i den store utskiftningsfrekvensen som har skjedd satt opp mot reformens vektlegging av ledelse. Denne studien er derfor et forsøk på å få bedre innsikt i de ledelsesformene som overlever over tid.

Konklusjonen i studien er at topplederne som overlever leder i tett samarbeid med andre. Åpenhet, kommunikasjon og det å fastholde sin egen posisjonsmakt vektlegges i deres egenforståelse. Toppledere erfarer at det tar tid å innfri de ulike forventningene som følger topplederrollen. Helseforetakene som organisasjon med sin størrelse, geografisk spredning og sin særegenhet gjør det krevende å gjennomføre raske endringsprosesser. Det kan se ut til at det er implementeringen mer enn vedtakene som er utfordrende for topplederen og lederteamet i foretakene. Studien viser at de fleste fokuserer mest på den innadrettede delen av topplederjobben samtidig som de opplever også å ha tak på den mer utadrettede delen. De er klar over at om eiernes krav ikke blir innfridd, står de i fare for å måtte gå fra topplederstillingen.

## 1. Mange går, noen står etter innføringen av reformen

Av de over 60 topplederne som har ledet helseforetak etter innføringen av reformen i 2002, er det i dag (april 2009) bare 5 toppledere som har sittet hele perioden (Brønnøysundregisteret). Denne oppgaven har som mål å studere ledelsesforståelsen til de topplederne som har "overlevd" over tid i helseforetakene. Ved å studere deres ledelses- og organisasjonsforståelse kan denne studien gi et nytt innblikk i ledelsesprosesser og ledelsesforståelse i helseforetakene. Det er interessant at på tross reformens av vektlegging på ledelse har det ikke lyktes å få til en stabil ledelse i foretakene. Den empiriske delen av undersøkelsen baserer seg på de langtidsoverlevende toppledernes egenforståelse og hvordan de formidler den. Det er en generell oppfatning at helseforetakene er komplekse og krevende organisasjoner å lede. I tillegg utsettes ledere i sin alminnelighet og ledere i helsevesenet spesielt, for mange og til dels motstridende forventninger og krav. Det er interessant å få toppledere som har lang erfaring og har "overlevd" i disse organisasjonene til å gi et innblikk i hvordan de forholder seg de ulike utfordringene. Deres rolleoppfatning kan være med å gi større innsikt i hvilke krav og forventninger topplederne i helseforetakene møter og til hvordan man kan forholde seg til disse.

Helseforetakene blir til tider framstilt som noe som er umulig å "temme" på grunn av sterke profesjoner og et ressursbehov som stiger hvert år. En av mine respondenter ga et innblikk i noe av utfordringen på denne måten:

*"Store sykehus er akademiske institusjoner, og da er produksjonsarbeidskraften akademisk og ikke sånn som i andre produksjonsbedrifter at det gjerne er de minst ressurssterke som står nærmest produksjonen. Her er det helt omvendt. Det skaper styringsmessige dilemmaer i forhold til ledelse."*

Sitatet illustrerer at toppledelse i helseforetakene har noen iboende utfordringer som kanskje skiller dem fra ledelse i en del andre organisasjoner.

## **1.1 Problemstilling**

Denne oppgavens intensjon er å ha hovedfokus på hvilken ledelsesmodell som "overlever" over tid i helseforetakene. Konteksten er helseforetaksreformen og de endringer som fulgte i kjølevannet av den. Toppledernes forståelse av ledelse i endring vil derfor også være interessant. Med dette som bakteppe blir problemstillingen i denne studien:

*Hva kjennetegner ledelses- og organisasjonsforståelsen til toppledere som har "overlevd" i helseforetakene etter reformen 2002?*

Rolleforståelsen er interessant. Hvilken rolle har topplederne og hvordan opplever de å fylle den? Hvilke tanker og vurderinger rundt egen ledelse har disse topplederne? Oppmerksomheten vil også bli rettet mot helseforetakene som organisasjon. Ulike ytre betingelse vil være med å danne avgjørende rammer for toppledelse i helseforetakene. Her blir helseforetaksreformen, som også i stor grad var en ledelsesreform med stor tro på og forventning til ledelse gitt en viktig plass. Hvordan leder topplederne som har vært i posisjon hele perioden etter innføringen av sykehusreformen sine organisasjoner ut fra de gitte rammene? Hvilken egenforståelse har de i forhold ledelse under disse ytre rammebetingelsene?

Å forske på toppledernes egenforståelse er utfordrende. Et nærliggende spørsmål er om det er samsvar mellom det de sier og det de faktisk gjør. Tegner de et bilde av det som forventes, eller er de sannferdige rapportører av eget arbeid? Interessant er det også om deres svar er preget av moderne ledelsesteorier. Ønsket om å følge trenden kan ligge til grunn for å gi et inntrykk av å være moderne. Det trenger ikke å bety at de etterleveres. Å kontrollere for slike skjevheter er ikke lett, så det er viktig å ta forbehold om at det først og fremst er deres subjektive opplevelser, selv om de er ærlige, som formidles i denne oppgaven. Ut fra fenomenologisk – sosialkonstruktivistisk teori er nettopp aktørenes erfaringer det som kan belyse temaet og er en verdi i seg selv. Ved å fortolke toppledernes subjektive forståelser blir det de opplever viktige bidrag for å få bedre innblikk i ledelsesmåter som overlever.



## **1.2 Kontekstuell ramme**

Det er over sju år siden helseforetaksreformen ble innført og bakteppet i denne studien blir den store troen på ledelse som var noe av bakgrunnen for at reformen ble innført i 2002. Helseforetaksreformen er en av de største reformene som er gjennomført i Norge. Den hadde som målsetting å legge grunnlaget for en helhetlig og statlig styring av spesialisthelsetjenesten<sup>1</sup>. Reformen skulle gi en klarere ansvars- og rollefordeling slik at ressursene ble utnyttet på en best mulig måte for å sikre alle grupper i befolkningen bedre helsetjenester. Staten overtok eierskapet og ansvaret for de fylkeskommunale sykehusene og andre virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten. Sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet ble samlet i staten.

Tidligere var den politiske styringen av sykehusene delt mellom de nitten fylkestingene og Stortinget. Etter innføringen av helseforetaksreformen ble den lagt til Stortinget. Målet med reformen var å oppnå både politisk styring, regional samordning og profesjonell drift. Helseforetakene skulle i første rekke drive med pasientbehandling, utdanning, opplæring av pasienter og pårørende og forskning (regjeringen.no)<sup>2</sup>.

I 2002 organiserte staten helseforetakene inn under fem regionale helseforetak og i juni 2007 ble to av disse igjen slått sammen. Dagens fire regionale helseforetak er Helse Nord RHF, Helse Midt – Norge RHF, Helse Vest RHF og det sammenslåtte Helse Sør – Øst RHF. Foretaksorganiseringen (regionale og lokale helseforetak, vedlegg 2) medfører at helseforetakene er egne rettssubjekter med egne styrever. De er derfor ikke lenger en integrert del av forvaltningen i staten. Det betyr i utgangspunktet en økt lokal myndighet til helseforetakene. Etter reformen er det Helse- og Omsorgsdepartementet som har det overordnede ansvaret for helseforetakene, og staten er eier.

---

<sup>1</sup> Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, prehospitaltjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet.

<sup>2</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20002001/Otprp-nr-66-2000-2001-2.html?id=165012>

Helseforetaksreformen framstår som en ledelsesreform. Det rådet en stor tro på ledelse da den ble vedtatt. Daværende helseminister Dagfinn Høybråten sa i en tale på Legeforeningens landsstyremøte i Tromsø i 2002 at *"Helsereformen står og faller med lederskapet på alle nivåer."* Der kom han med tanker rundt det å etablere en egen lederutvikling spesifikt for helseforetakene (regjeringen.no)<sup>3</sup>. Året etter i 2003 ble det startet et landsdekkende program for ledelsesutvikling i helseforetakene. Dette ble sett på som et viktig strategisk ledd i oppfølgingen av reformen. Målet var å utvikle en felles lederforståelse bygd på et felles nasjonalt verdigrunnlag. Det var store forventninger til lederne. Det sies blant annet:

*"Ved å skille ut sykehusene fra forvaltningen og gjøre dem til selvstendige foretak, legges forholdene bedre til rette for at sykehusledere skal kunne utøve lederskap og ta ansvar. Det dreier seg om å presisere og målrette ansvaret og å kople myndighet og handlefrihet til ansvaret. I så måte kan dette sies å være vel så meget en ansvars- og lederskapsreform som en eierskapsreform."* (regjeringen.no<sup>4</sup>)

Det presiseres at i sykehusene med all sin kompleksitet blir det særdeles viktig med en manøvreringsdyktig ledelse. Foretaksorganiseringen hadde som mål å legge bedre til rette for at lederne skulle kunne utøve lederskap og ta ansvar. Myndighet og handlefrihet skulle koples til ansvaret. En annen målsetting var at ledernes autoritet og legitimitet skulle styrkes. Et klart og autorativt lederskap hadde til hensikt blant annet å medvirke til mindre spillerom for konflikter blant profesjonene. Staten som arbeidsgiver hadde et ønske om å tydeliggjøre lederansvaret.

I etterkant av reformen ser vi at det har blitt svært mange topplederskifter (vedlegg 3). I følge Brønnøysundregisteret har det i tidsrommet januar 2002 og fram til 2008 vært hele sju helseforetak som har hatt fire forskjellige toppledere i perioden på ca 6,5 år. Tre av helseforetakene har hatt tre ulike toppledere og sju andre har hatt to toppledere i perioden. Tilbake står fem helseforetak som har hatt samme toppleder i hele perioden. Noen har vært ledere i flere runder og enkelte har vært toppledere i ulike helseforetak. Da jeg startet arbeidet med oppgaven var det sju toppledere som

---

<sup>3</sup> [http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-II/Helsedepartementet/265625/265484/medisinskfaglige\\_utfordringer\\_ved.html?id=265578](http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-II/Helsedepartementet/265625/265484/medisinskfaglige_utfordringer_ved.html?id=265578)

hadde sittet i posisjonen hele perioden etter innføringen av reformen i 2002. Underveis i arbeidet med oppgaven har det skjedd endringer og nå er det fem toppledere som fortsatt står i stillingen. I Norge har en gjennomsnittlig ansettelsestid for toppledere i helseforetak på omlag 2,5 år. Tatt i betraktning at noen har sittet hele perioden illustrerer dette at andre har hatt kort tid på å innfri forventningene som følger topplederrollen. Det er fascinerende at noen blir værende i posisjoner der statistikken viser at mange ellers går etter relativt kort tid. Kontinuitet har vært en utfordring de første årene etter innføringen av reformen der en av målsettingene var styrket fokus på ledelse. Dette reiser spørsmål ved realismen i ideen bak helseforetaksreformen.

### **1.3.1 Spesialisthelsetjenesten og toppledelse**

Spesialisthelsetjenesten opererer i spenningsfeltet mellom hva som er medisinskfaglig mulig og den økende etterspørselen etter spesialisthelsetjenester på den ene siden, og ressurstilgangen i form av budsjettammer og finansieringssystemer på den andre siden. Den økende bruken av rettighetslovgivning er i tillegg med og påvirker helseforetakene ved at den gir pasienter rett til nødvendig helsehjelp, til vurdering, til valg av sykehus og til informasjon. Helseforetaksreformen kan på flere områder være under innflytelse av den New Public Managementorienterte utviklingen vi har sett i offentlig sektor. Reformbølgen New Public Management fokuserer på mål- og resultatstyring, fristilling, markedsretting og effektivitet. Det medfører blant annet at ideer og konsepter fra privat sektor innenfor ledelse og styring overføres til offentlig sektor (Christensen et al 2004).

Ledelse i sykehussektoren beveget seg allerede før innføringen av helseforetaksreformen i retning av et ønske om mer makt og myndighet til lederen. Dette understrekes i den offentlige utredningen "Pasienten først!" allerede fem år før innføringen av helseforetaksreformen.

---

<sup>4</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-66-2000-2001-/2/7/2.html?id=165051>

*”Det vil være rettslige grenser, og da særlig på det medisinsk - faglige området, for hvilken styring som toppledelsen kan utøve i forhold til de utøvende medisinsk faglige miljøene. Begrensningene i styringsaktivitetene som toppledelsen kan utøve i forhold til de operative avdelingene gjør det særlig viktig å markere at ansvaret også inkluderer de faglige resultatene. Det helhetlige ansvaret inkluderer derfor alle sider ved driften.” ( NOU 1997:2;128)*

Mer makt og ansvar samlet hos toppledelsen har ført til en utvikling i retning av at ledelse i økende grad blir sett på som et uavhengig fokusområde og ikke lenger bare en naturlig forlengelse av fag eller erfaring (Byrkjeflot og Neby 2005). I en sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten er et av funnene at sykehusledere har blitt mer resultatorienterte (Torjesen 2007). En annen studie viste at en måte å nå opp til de økonomiske resultatkravene var å utnytte den innsatsstyrte delen av finansieringssystemet (Gammelsæter og Torjesen 2004). Helseforetaksreformen har i følge studien til Torjesen (2007) ikke gitt lederne større handlefrihet. Den statlige styringen etter innføringen av helseforetaksreformen ser heller ut til å ha ført til mer hierarkisk forvaltningsledelse. En annen studie spør om topplederrollen har endret seg etter reformen (Kjos 2005). Den slår fast at topplederrollen har endret seg, men at endringen fortøner seg forskjellig i de forskjellige helseforetakene fordi foretakene har ulik størrelse, struktur og oppgaver samt at de ulike topplederne utformer lederrollen forskjellig. På bakgrunn av at mange ledere har forlatt sin stilling spør Marstein (2005) i artikkelen ”Hodeløs hodejakt på norske sykehusledere” om man har fått den ledelsen man faktisk ønsker i helseforetakene. Han hevder at den høye utskiftingsfrekvensen av toppledere svekker helseforetakenes evne til å innfri pasientenes forventninger knyttet til tjenestetilbud, kvalitet i behandlingen og tilgjengelighet. I tillegg blir det vanskeligere å imøtekomme eiernes krav til økonomisk kontroll og effektiv ressursutnyttelse når kontinuitet i toppledelsen mangler. I følge ham kan en av årsakene til den høye utskiftingsfrekvensen av toppledere i helseforetakene være en eierforvaltning som ikke tydelig konkretiserer normer og forutsetninger for nettopp topplederrollen. Han påpeker videre at den høy utskiftningsfrekvens er ressurskrevende for foretakene.

Disse forskningsbidragene synliggjør at toppladelse i helseforetakene er et sammensatt fenomen. Studiene sier ikke noe om hvordan toppladere selv fortolker sin ledergjering.

## **2. Ulike perspektiver på ledelse**

I dette kapitlet vil jeg presentere perspektiver som kan være med å belyse ulike sider ved ledelses- og organisasjonsforståelsen til toppladere i helseforetak. Det finnes et mangfold av teorier som kan være med å forklare og beskrive sentrale elementer i denne studien. Jeg har forsøkt å bevisst håndtere dette teorimangfoldet. Roness (1997) har skissert ulike strategier som kan brukes når teori skal velges ut. Den første av disse strategiene kort beskrevet er *avskjerming* der en velger ut en av de aktuelle teoriene og eventuelt videreutvikler denne. Videre kan man bruke *utfylling* som vil si at flere ulike teorier brukes samtidig og sees under ett. En annen variant er *konkurrering* der man også bruker flere teorier samtidig, men da vurderer de i forhold til hverandre. Den siste strategien er *sameining* der flere teorier brukes og elementer fra de ulike teoriene syntetiseres til en ny teori.

Valget av strategi henger sammen med målet med studien. Her står beskrivelse, forklaring og forståelse av lederskap i helseforetakene som har overlevd. I denne studien velger jeg å bruke utfylling som strategi for å håndtere teorimangfoldet fordi siktemålet er å forstå og forklare for å få en større innsikt. Utfyllingsstrategien er å gå inn å se fra ulike perspektiver for å kunne forklare uten å miste oversikten på grunn av de mange ulike refleksjonene. Det er viktig å merke seg at de ulike teoriene kan gi innsikt selv om de er motstridende seg i mellom. De kan også være delvis overlappende. Teoriene i denne studien har ulike fokus, men de kan med forskjellige innfallsvinkler belyse problemstillingen og hvilke forventninger vi kan ha til toppladere som "overlever". Å forsøke å finne essensen eller den sanne definisjonen av ledelse kan synes umulig (Strand 2007).

### **2.1 Ledelse som samhandling**

Dette perspektivet vektlegger at ledelse i stor grad innebærer en samhandlingsprosess. Ledelse forutsetter både kommunikasjon og samhandling. Ledelse er en prosess som ikke nødvendigvis er lineær og fullt ut forutsigbar. Det

kan være mer enn å nå mål. Ledelse kan være å skape motivasjon, trivsel, og endring. Kompetansesamfunnet har utfordringer som ofte krever fleksibilitet heller enn rigiditet og regulering. Verdier og visjoner kan være redskaper for å knytte sammen til "felles innsats mot felles mål" (Skogstad og Einarsen 2002). Sentralt er det å tolke omgivelsene og kommunisere med dem (Aadland 2004:23). Lederen i et samhandlingsperspektiv er sentral ved at han er et møtepunkt for alle uløste oppgaver, motsetninger og krav (Strand 2007:13). Lederen må fortolke og håndtere en konfliktfull og paradoksal virkelighet.

### **2.1.1 Kommunikativ ledelse**

Kommunikativ ledelse viser til at ledere må ha tillit hos de ansatte. Denne tilliten opparbeider lederne seg ideelt sett ved at de rettferdiggjør sine beslutninger overfor berørte parter (Eriksen 1999). Åpenhet, dialog og deltagelse bidrar til å skape denne nødvendige tilliten for ledere. Den kommunikative lederen vil legge stor vekt på kollektiv meningsdannelse der det er argumentenes overbevisningskraft som blir avgjørende. Den kommunikative rasjonaliteten bygger på en forståelsesorientert innstilling. Det vil si at en rasjonell resultatorientert oppfatning ikke alltid er tilstrekkelig for å nå mål (Eriksen 1999: 44). Kommunikativ rasjonalitet sier noe om hvordan man oppfatter og forholder seg til sine omgivelser. En person må kunne begrunne sine valg og handlinger. I den tvangløse kommunikasjonen som er en forutsetning for den kommunikative rasjonaliteten brytes meningene mot hverandre til det oppnås konsensus rundt det beste argumentet. Konsensus vil kunne oppnås dersom den tvangfrie kommunikasjonen holder fram lenge nok. Hvor godt en leder greier å skape et handlingsrom for styring ved hjelp av den kommunikative rasjonaliteten avhenger av om han evner å samarbeide. Suksessen til lederen i dette perspektivet avhenger i stor grad av kvaliteten på det samarbeidet han greier å få til. Dette gjelder både samarbeidet mellom ulike ledere i organisasjonen og samarbeidet mellom lederne og de øvrige medarbeiderne. Her forutsettes det at det skapes trygghet og åpenhet for samhandling på grunnlag av et felles utgangspunkt (Byrkjeflot 1997).

Ledelse i et kommunikativt perspektiv er også mobilisering av oppslutning. På den ene siden betyr det ressursmobilisering i forhold til eksterne myndigheter og på den andre siden en intern mobilisering for å få ting gjort. Fellesnevneren er å mobilisere til

felles ansvar gjennom mellommenneskelige samhandlinger (Eriksen 1999:137). Denne ledelsesforståelsen med sin dialogiske tilnærming gir grunnlag for å diskutere alternative problemforståelser under beslutningsprosesser. Skal det beste argument være styrende for beslutningsprosessene, forutsetter det samhandling. Relasjonene må kjennetegnes av åpenhet og dialog. Når en leder bygger på den type samhandling i sitt lederskap vil tilliten kunne øke gradvis (Eriksen 1999). Det er i tillegg viktig å kunne avslutte beslutningsprosesser. En trygg leder vil i konfliktsituasjoner eventuelt kunne framstå som en samlende "syndebukk" (Strand 2007). Lederne må begrunne og rettferdiggjøre sine disposisjoner. Transparens og offentlighet er med på å øke kritikkmulighetene og det blir lettere å evaluere beslutninger i lys av målsettinger (Eriksen 1999:155). Kommunikativ ledelse medfører delegering av makt. Økt innflytelse fører til økt ansvar.

Ut fra det kommunikative perspektivet vil vi kunne forvente at de topplederne som har overlevd i posisjonen vektlegger samarbeid med både profesjonene som står for tjenesteproduksjonen og eierne som er sentrale når ressursene skal fordeles. Topplederne i denne studien må ta hensyn til disse ulike samarbeidspartenes ulike og til dels motstridende forventninger. I helseforetakene med høy kompetanse blant produksjonsarbeidskraften er det grunn til å tro at topplederne snakker med og lytter til spesielt medarbeiderne med ekspertkompetanse. Samtidig vil vi kunne regne med at dette er ledere som også mestrer å få oppslutning for store deler av de beslutninger som vedtas siden de fortsatt har tillit i sine organisasjoner.

### **2.1.2 Samhandling med media**

Media har en spesiell posisjon i helseforetakenes omgivelser. Helseforetakene er av stor interesse for hele samfunnet. De tilbyr spesialisthelsetjenester til befolkningen samtidig som de legger beslag på store økonomiske ressurser. Media har som en av sine oppgaver å gjøre informasjon tilgjengelig for folk flest. De skal drive kritisk journalistikk ved å skaffe tilveie informasjon fra spesialfelter som for eksempel spesialisthelsetjenesten. Informasjonsformidling samt det å stille de kritiske spørsmålene fremstilles som medias samfunnsoppdrag (Skjeie 2001). Nettopp fordi ingen kan ha førstehåndsinformasjon om alt som rører seg i helseforetakene, har media en viktig rolle som formidler. Undersøkelser viser at pasienter i stedet for å benytte seg av tilgjengelig informasjon og aktuelle kvalitetsindikatorer fra

helsesektoren selv, heller lytter til råd fra familie og venner og i tillegg får informasjon fra media (Levay og Waks 2006). Dette har sammenheng med at informasjonen ikke bare må være tilgjengelig, men også forståelig. En økende andel av helseforetakene har i dag en egen informasjonsstrategi for å markedsføre seg overfor pasienter (Kjekshus og Westlie 2007).

Topplederne i helseforetakene kan være eksempler på lederroller i det offentlige som i dag opplever en periodevis stor grad av interesse fra omgivelsene. Det er et av mange elementer som er med å påvirke topplederrollen. Ut fra medias samfunnsoppdrag og den store interessen fra samfunnet, vil vi kunne forvente at toppledere som har suksess ved at de overlever i posisjonen, har et reflektert forhold til hva som er medias rolle. Samtidig vil vi kunne forvente at de legger arbeid i at helseforetaket skal fremstå på en god måte slik at pasienter og andre får tillit til det spesialisthelsetjenestetilbudet som leveres. Rollen som toppleder er til tider en synlig rolle. Det er rimelig å gå ut fra at ledere ønsker å framstå som handlekraftige og troverdige i media.

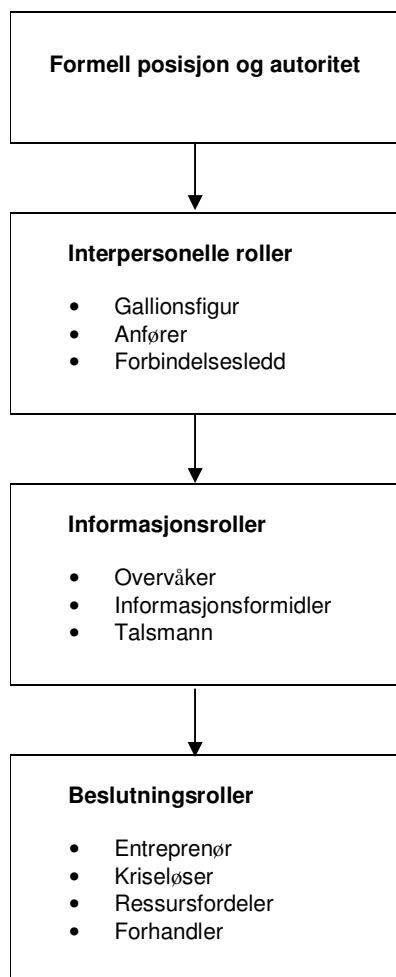
## ***2.2 Hvilke roller kan ledere ha?***

Rollebegrepet sier noe om menneskers atferd i lys av hvordan de forholder seg til andre mennesker i sosiale situasjoner. Relasjonelle eller sosiale forhold får forklaringskraft i motsetning til teori som legger vekt på egenskaper ved personen selv. Rolle supplerer forståelsen av ledelsesbegrepet ved at lederens egenforståelse av hvordan de skal utføre sine oppgaver tillegges vekt. Det innebærer at mellommenneskelige forhold og hvilke avhengighetsforhold som fins er framtrepende i forståelsen. Ulike roller har ulike tilhørende forventninger fra både organisasjonsmedlemmene og omgivelsene. Tilpasninger som gjøres i forhold til konteksten danner et mønster som bidrar til både muligheter og begrensninger i yrkesutøvelsen. Yrkesrollen er utformet gjennom egeninnsats, utdanning og kompetanse. I tillegg er den formell (Strand 2007). Rollebegrepet gir forklaringskraft til sammenhengen mellom lederen som person, posisjonen og organisasjonen.

Rolleinnhaveren har en påvirkningsmulighet i hvordan rollen praktiseres. Roller kan klassifiseres ved å se på ulike sider ved rollebegrepet. Mintzberg (1973) har med



utgangspunkt i den formelle posisjonen utledet tre interpersonelle roller og ut fra disse fire informasjonsroller som videre er opphavet til fire beslutningsroller.



Figur 1 - Lederroller

**Interpersonelle roller** er roller som innbefatter lederens kontakt med andre mennesker i og utenfor organisasjonen. *Gallionsfigur*: Lederen opptrer som symbol på grunn av formell autoritet. Eksempel kan være å kaste glans over arrangementer og seremonier. *Anfører*: Lederens aktivitet knyttet til rekruttering, opplæring og motivering i tillegg til det å legge til rette for en avveining mellom ansattes behov og organisasjonens behov. *Forbindelsesledd*: Lederens aktivitet knyttet til det å utvikle relasjoner til aktuelle aktører i og utenfor organisasjonen.

**Informasjonsroller** er roller som dreier seg om behandling av informasjon. *Overvåker*: Lederen mottar og informasjon som gir grunnlag for å forstå interne og eksterne vurderinger. Lederens aktivitet knyttet til å fange opp endringer, se muligheter og problemer. *Informasjonsformidler*: Lederen er generalist og er den som vet noe om alt, både om faktiske forhold og mer verdibasert informasjon. I lederrollen som informasjonsformidler blir det å formidle verdier som kan være retningsgivende i beslutningssituasjoner like viktig som objektiv informasjon. *Talsmann*: Denne rollen formidler informasjon fra organisasjonen til omgivelsene.

**Beslutningsroller**: Topplederen har høyest formell autoritet og er den som symbolsk fremtrer som viktig å ha med i en beslutning. *Entreprenør*: Rollen er knyttet til de aktiviteter lederen gjør for å utnytte muligheter knyttet til å forbedre organisasjonenes situasjon for eksempel ved reorganisering for mer effektiv drift. *Kriseløser*: Denne rollen er knyttet til lederen som den som finner løsninger i vanskelige situasjoner. Det finnes ulike typer kriser og de kan deles inn i konflikter mellom ansatte, konflikter

med andre organisasjoner og tap eller trusler om tap. *Ressursfordeler*: I denne rollen er lederen sentral fordi han har stor innflytelse i beslutningsprosesser som avgjør hva som skal gjøres, når, hvor og av hvem. Videre er strategier i forhold til prioriteringer og satsningsområder sentralt i rollen som ressursfordeler. *Forhandler*: Denne rollen er knyttet til at lederen går i forhandlinger med for eksempel andre organisasjoner eller myndigheter. Han kan gi forhandlinger troverdighet og kan på grunn av formell autoritet forplikte organisasjonen (Mintzberg 1973).

Ledere vil vurdere betydningen av ulike roller i sin forståelse av eget lederskap. En rolle kan ikke løsriveres fra konteksten og lederen vil formes av hvilken organisasjon han fungerer i. Ytre betingelsene som bransje, privat eller offentlig sektor spiller inn på hvordan lederrollen fortolkes. Forventningene til en rolle ligger i den kollektive forståelsen av hva rollen innbefatter. Det innbefatter både strukturelle forhold som ansvar og fullmakter, og mer holdningsmessige dimensjoner. Det siste dreier seg om hvordan lederen selv og de som blir ledet opplever sin forpliktelse og sin rolle.

Topplederrollen er også et mandat fra eierne. Nettopp eierne har forventninger til hvilken rolle topplederen skal fylle og hvilke oppgaver han skal løse. Knyttet til disse oppgavene og forventningene er det et sett med fullmakter og ressurser som blir stilt til rådighet. Formelle instruksjoner trenger ikke nødvendigvis være særlig styrende for lederrollen. Dette medfører likevel ikke at rollen fritt kan formes. Forventningene og oppfatningene av hva som skal gjøres kan være både sterke og styrende, men sjelden entydige (Strand 2007).

På tross av instruksjoner, analyser, press samt forestilte og faktiske forventninger må lederne innimellom forholde seg til motsetninger. Et av de elementene som særpreger lederrollen er nettopp det å virke i problemsoner uten fasit på beste løsning (Strand 2007:397). Forventninger fra andre og lederens egen oppfatning av grenser, risikovillighet og eksperimentering er sentrale forhold som spiller inn på lederrollen.

### **2.2.2 Ledelsesoppgaver i det offentlige**

Ledelsesoppgaver sier noe om hva ledere kan bidra med i organisasjonen. Adizes (1980) har en inndeling som beskriver fire ulike funksjoner ledelsen ivaretar. De

tilhørende rollebenevnelsene som er knyttet til ledelse og bestemte organisasjonsfunksjoner er produsent, administrator, integrator og entreprenør. Rollene kan knyttes til ulike ledelsesoppgaver med tilhørende rolleforventninger. *Integrasjon* handler om å skape en felles plattform og bidra til at medlemmene føler en tilhørighet til organisasjonen. *Administrasjon* er å utvikle og bruke systemer og struktur. *Entreprenørskap* er å rette blikket utover for å utnytte muligheter og samtidig avverge trusler. *Produksjon* handler i om å sette mål og å jobbe fram resultater. Ulike grupper har ulike forventninger til ledelsen. De ansatte har i hovedsak forventninger til lederens integratorfunksjon. Eiernes interesser er knyttet til entreprenørfunksjonen. Mens kundene har størst interesse knyttet til produsentfunksjonen. Myndighetene har krav til at systemet skal fungere og regler og retningslinjer blir fulgt. Da blir fokuset lederens administratorfunksjon.

Forenklet kan ulike roller kobles til de ulike ledelsesoppgavene. Knyttet til integrasjon kan lederen opptre som rådgiver og bidra til å skape utvikling og oppslutning. Denne lederrollen kan få mer preg av at lederen er en støtte som stimulerer til diskusjon og deltagelse. Til ledelsesoppgaven entreprenørskap, kan rollene innovatør og mekler koples. Oppgaver knyttet til rollen kan her være det å skaffe ressurser og yte støtte, samt å bidra til tilpasning og endring. Administrasjon gir lederrollen overvåker med kontroll på dokumentasjon og informasjonsstyring. I tillegg er koordinatorrollen som ivaretar områder som kontroll, kontinuitet og stabilitet aktuell. Ser vi på den siste ledelsesoppgaven produksjon henger det sammen med rollene dirigent og pådriver. Pådriverrollen har et fokus på produktivitet og resultat. Dirigentrollen innebærer at planlegging og målklarhet står sentralt (Strand 2007). Vi kan se ulike vektlegginger både i forhold til hva slags type oppgaver organisasjonen har og hvilke situasjoner som ligger til grunn. Denne opplistingen er en forenkling og forutsetter at man tar hensyn til at lederoppgavene strekker seg over mer enn et felt i gangen. Vi kan si at lederteamet til sammen har ansvar for alle funksjonene i modellen. En lederoppgave er at ledelsen samlet er slik sammensatt at gruppens roller virker komplementære.

Ut fra rolleteori vil vi kunne forvente at toppledere som overlever i helseforetakene er i stand til å fortolke ulike krav og forventninger fra både egne ansatte og eierne. Vi vil også kunne forvente å finne ledere som opplever at de kan justere andres forventninger samtidig som de er åpne for andres synspunkter. I tillegg vil vi kunne

regne med å finne ledere som er aktive påvirkere av egen rolle og eget handlingsrom. Måten de leder på vil derfor kunne bidra til å justere andres forventninger til hva topplederrollen innebærer. Ut fra dette vil vi kunne forvente at toppledere som overlever vet hvilke krav som er viktigst for organisasjonen å innfri. Det innebærer for eksempel på bakgrunn av eierens krav, har kontroll på økonomistyringen og at de tilrettelegger for mest mulig effektiv tjenesteproduksjon av tilfredsstillende kvalitet i sine foretak.

### ***2.3 Kriterier for god ledelse***

Lederegenskaper kan si noe om hva som kjennetegner ledere og eventuelt hva som kjennetegner ledere som har suksess. Et stadig tilbakevendende spørsmål både i litteraturen og den allmenne samfunnsdebatten er hvorvidt skiller ledere seg fra dem som ikke er ledere? Her presenteres noen egenskaper som Strand (2007) gir uttrykk for kan være en grunnutrustning ledere i den vestlige verden bør ha.

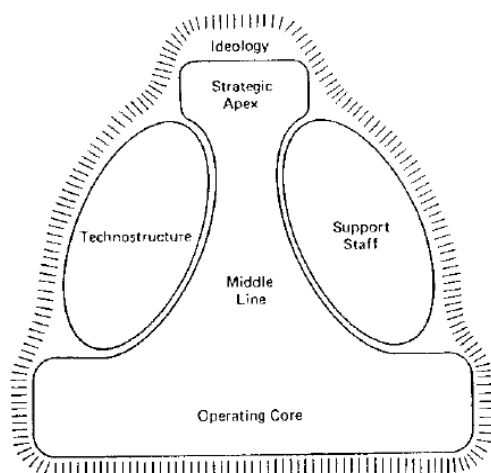
*Energi og utholdenhet* vil være nødvendig spesielt på grunn av at lederposisjonen inneholder å håndtere usikkerhet. *Makt og prestasjonslyst* bidrar til at ledere tror de kan gjøre en forskjell. Det krever en påvirkningslyst og en påvirkningsevne ut over det organisasjonen mekanisk presterer. *Ansvarsfølelse og ansvars glede* betyr at en leder må kunne evne og ta på seg ansvar utenfor sitt eget innflytelsesområde uten å beklage seg. Videre er *verbale evner* er grunnutrustning som er en betingelse for å kunne formidle seg gjennom språket muntlig og i ansikt til ansikt kontakt med andre. Tett knyttet til de verbale evnene er *sosial kompetanse*. Det betyr at ledere bør kunne bevege seg naturlig i ulike sosiale sammenhenger. Det innebærer også evne å tolke signaler og justere responsen etter det. Å *Utholde usikkerhet* er også en del av den grunnutrustningen ledere i følge Strand bør ha. Dette først og fremst fordi uklare, motstridende og konfliktfylte situasjoner er det en leder stadig forholder seg til. *Selvinnsikt* er et element som vektlegger viktigheten av at en leder kjenner egne sterke og svake sider. Dette henger tett sammen med den siste egenskapen *moralisk integritet*. Dette innebærer å ha en selvstendighet i forhold til fortjent oppslutning (Strand 2007:53-54). Denne listen av lederegenskaper kan fort bli umulig å oppfylle i sin helhet, men er med å belyse kompleksiteten i ledelse.

Ut fra teori om lederegenskaper vil vi kunne forvente at topplederne i denne studien innehar både verbal og sosial kompetanse. Ansvarsfølelse er nok en egenskap alle toppledere har, men kanskje er ansvarsglede og en prestasjonslyst tydelig hos de som står lenge i stillingen. Det er også rimelig å forvente at de mestrer fokuserer på prioriterte prosjekter selv om det både er motstridende interesser og at endring og forbedringsprosesser kan ta tid i store komplekse organisasjoner som helseforetakene representerer.

## **2.4 Struktur som kontekst for ledelse**

Organisasjonsstruktur sier noe om hvordan en organisasjon ser ut og hvilke krav som stilles til ulike aktører i organisasjonen. Innen situasjonsbestemt skole legges det til grunn at forskjellige organisasjonsformer er tilpasset forskjellige situasjoner. De forskjellige organisasjonsformene vil gi ulike handlingsbetingelser for ledelse.

Mintzberg(1989) beskriver organisasjonsstrukturen ut fra tre ulike komponenter. Organisasjonskonfigurasjoner, organisasjonsdeler og strukturerende krefter. Konfigurasjonene er mer et resultat av at det er en balanse mellom alle elementene i en organisasjon med det som mål å gjøre organisasjoner effektive. Hovudfokus her er toppledelsen eller det Mintzberg benevner *strategic apex*. Denne delen av organisasjonen ligger som figur 2 illustrerer på toppen.

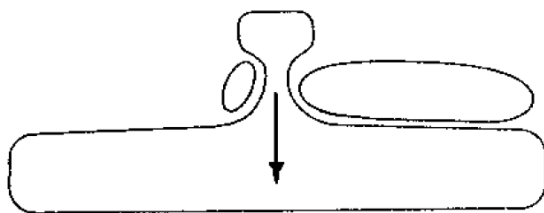


Figur - 2 *Six Basic parts of the organization* (Mintzberg 1989)

Figur - 2 er en grunnmodell. Den kan modelleres om alt etter hvilke særtrekk en organisasjon har i forhold til både de ulike organisasjonsdelene og de strukturerende kreftene. Som figur - 2 illustrerer, er det tre deler som danner "skjellettet". Nederst har vi den operative kjernen som omfatter de ansatte som har med produksjonen av varer og tjenester knyttet til primærvirksomheten. Øverst på hoveddelen ligger en mindre del som benevnes strategisk ledelse. Her finner vi de som innehar topplederposisjonen. De har et overordnet ansvar for hele organisasjonen. Mellom den strategiske ledelsen og den operative kjernen ligger linjeledelsen. I tilknytning til, men ikke inne i selve hovedkjernen i organisasjonen finner vi en teknostruktur og en støttestruktur. Teknostrukturen omfatter personer og enheter som er med og utformer og styrer arbeidsprosesser, produkter og tjenester. Støttestrukturen er en serviceenhet som gir indirekte støtte og service til alle deler av organisasjonen. Rundt alle organisasjonsdelene ligger ideologien og kulturen som innbefatter organisasjonens særegenhet (Mintzberg 1989).

Organisasjonsdelene kan ha en mer eller mindre framtrede rolle alt etter hvilken organisasjon vi ser på. Mintzbergs grunnmodell vil kunne modelleres for bedre å illustrere ulike organisasjonstyper. Her presenteres fagbyråkratiet som er den organisasjonstypen som kan se ut til å ha flest fellesnevne med helseforetakene.

Modellerer vi grunnmodellen for å illustrere organisasjonsdelene til et fagbyråkrati får vi denne figuren.



Figur - 3 *The Professional Organization* (Mintzberg 1989)

Fagbyråkratiet har flere særegne kjennetegn når det gjelder de ulike organisasjonsdelene. Først legger vi merke til at den operative kjerne og støttestrukturene er dominerende. Den operative kjerne er aktivt med å analysere og løse problemene og derfor er det lite behov for en stor linjeledelse. Heller ikke

toppledelsen er i modellen forvokst. De profesjonelle arbeidstakerne er på mange måter selvstyrte og må løse utfordringene løpende på bakgrunn av den kompetansen de innehar. På grunn av kompleksiteten er behovet for en godt utbygd støttestruktur til stede (Mintzberg 1989). De ansatte i fagbyråkratiet må håndtere komplekse problemer. Arbeidsoppgavene kjennetegnes ved at de må analyseres før de kan løses. Kunnskapen som skal til for å gjøre analysene og løse arbeidsoppgavene krever gjerne høyere utdanning på høgskole eller universitetsnivå. Gjennom utdanningen læres etikk, normer og arbeidsmåter. Utdanningen er i hovedsak bedriftsekstern. Strand (2007) deler også inn i fire ulike organisasjonsformer. Han drøfter hvilke hovedrolle lederen har, hvilke styringsmekanismer som betyr mest og hvilke avgrensinger på ledelse som kan være typiske. I følge Strand er sykehus et typisk eksempel på en ekspertorganisasjon.

Ekspertorganisasjonen blir beskrevet ved at de har et lavt hierarki, de har arenaer for fagspesialisering, de håndterer komplekse problem og er i tillegg ofte orientert mot løsninger for eksterne interessenter. De profesjonelle arbeidstakerne deltar i stor grad i hele arbeidsprosesser fra analysenivå til beslutningstaking. Omgivelsene kan spenne fra fiendtlige omgivelser preget av konkurranse gjerne i kombinasjon med kompleksitet til omgivelser nærmest fri for konkurranseinnslag (Baldersheim og Rose 2005). Forholdet mellom organisasjonene og omgivelsene er en viktig faktor både for organisasjonenes suksess og deres eksistens.

Helseforetakene kjennetegnes ved at flere profesjoner arbeider side om side. Det er ulikheter mellom profesjonene når det gjelder innflytelse og grad av autonomi (Ekeland 2004). Legene som er en sentral gruppe i sykehusene har for eksempel stor autonomi i kraft av sin fagkompetanse. Dette innebærer at de på mange områder kan sies å være selvstyrte. De kan fungere godt i de direkte pasientkonsultasjonene uavhengig av ledelsen.

*Professionals in these structures do not generally consider themselves part of a team. To many, the organization is almost incidental, a convenient place to practice their skills. They are loyal to their profession, not to the place where they happen to practice it.*  
( Mintzberg 1983:214)

Problematikken kyndig versus myndig ledelse kan skape spesielle utfordringer i ledelse av ekspertorganisasjoner. I dette perspektivet er spørsmålet om hvem som skal ledes viktig. Den typiske arbeidstakeren er i følge Strand (2007) og Mintzberg (1989) selvstendig og bruker organisasjonen som et apparat og en ramme for sin yrkesutøving.

Det blir viktig å påpeke skillet mellom den ledelsen som er knyttet til yrkesutøvelsen direkte og den som blir utøvd i den omkringliggende organisasjonen. Faglig innsikt er en god ballast for lederen i en ekspertorganisasjon, men ikke en nødvendig forutsetning for å bli godtatt av de mektige og kyndige. Legene kan på den ene siden, i kraft av sin ekspertise og faglige innsikt ha andre interesser enn den mektige sykehuseieren med ressursene og sin planleggings- og kontrollfunksjon.

Ut fra konfigurasjonsteori som klassifiserer sykehusene som fagbyråkrati eller ekspertorganisasjoner kan vi forvente å finne ledere som forsøker å legge til rette for at profesjonene skal få utføre sine oppgaver. Vi vil kunne forvente at toppledere som overlever samarbeidet tett med den mektige legeprofesjonen. Ledelsen vil være avhengige av medarbeiderne på produksjonsnivået siden de innehar en kompetanse som er helt grunnleggende for organisasjonens tjenesteproduksjon og overlevelse. Siden fagansatte etterspør ledelse i liten grad vil vi kunne forvente å finne ledere som i liten grad forsøker å endre eller utfordre de sterke profesjonene.

## ***2.5 Endring og ledelse***

Ledelse i en reformtid handler om endring. En reform er i seg selv et eksempel på en omfattende planlagt endring. Den har et startpunkt, men ikke en avgrensning i forhold til når den fullt ut skal være implementert. Endring henger tett sammen med utviklingsprosesser. Endringsmotstand kan ha ulike årsaker som spenner fra at omstilling ikke er tilstrekkelig begrunnet, til at den medfører tap av goder eller den skaper uttrykk og en følelsesmessig motstand (Strand 2007:416).

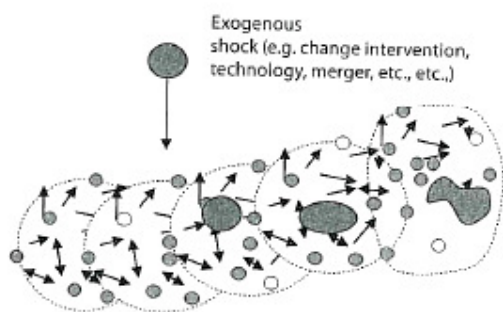
Omstilling og tilpasning kan også være en ressurs for å møte utfordringer og å overleve som organisasjon (Levin og Klev 2006). Det medfører et kontinuerlig arbeid med forbedringsprosesser og tilhørende endringer. Denis og Langley (2005) har



fremmet en prosessorientert teori på organisatorisk endring. I deres materiale er det sykehusvesenet som har vært arena for det empiriske datagrunnlaget.

Planlagt endring kan hindres. Den blir sjelden utført som planlagt og får i tillegg ofte uventede resultater. Endringsprosesser blir ofte moderert og mindre omveltende enn opprinnelig planlagt (Denise og Langley 2005: 137 ). Planlagt endring koples ofte til hendelser av en viss varighet. For eksempel kan nevnes omstruktureringer, sammenslåinger og reformer.

Endring kan forstås episodisk som en rasjonell prosess fra en kjent situasjon til en ny situasjon. En annen forståelse plasserer endring inn mer som en kontinuerlig trinnvis prosess mot et overordnet mål. I sin teori integrerer Denise og Langley både den episodiske og den kontinuerlige forståelsen av endringer i komplekse organisasjoner. Endringer kan være ny teknologi, sykehussammenslåinger eller som bakkeppet i denne teksten, reformer. Endringene blir ofte innledningsvis oppfattet som et "sjokk", men etter hvert blir de integrert som en del av hverdagslivet i organisasjonen.



Figur - 4. *Organisasjonsendring* (Denise og Langley 2005:141)

En endring og organisasjonen vil som figuren viser gjensidig påvirke hverandre. Målsettinger om smertefrie implementeringer der endringene blir som planlagt kan føre til at ledere opplever at de har uoppnåelige mål å jobbe mot. De kan komme til å få skyldfølelse for at de ikke greier å gjennomføre endringer som planlagt (Denise og Langley 2006). Dette behøver ikke nødvendigvis å koples til deres lederferdigheter, men kan være et resultat av kompleksiteten som setter begrensninger for ledernes handlingsrom. Å endre og lede fagbyråkratier krever en bevisstgjøring av at dette er en organisasjonsform der makten som regel er desentralisert (Denise et al 2006). Rene toppdrevne endringsprosesser kan synes krevende.

Ut fra den prosessorienterte endringsteorien vil vi kunne forvente at toppledere i ekspertorganisasjoner som overlever ser på endring i et langsiktig perspektiv. De vil forsøke å flette inn endring uten at motstanden blir for stor. I tillegg vil vi kunne forvente at de prøver å holde endringskravene nede på et minimum.

## ***2.6 Økonomiske og politiske maktfaktorer***

Økonomisk kontroll er en maktfaktor (Skogstad 2002). I dette avsnittet vil både den økonomiske og den politiske logikken kort bli beskrevet. Etter innføringen av helseforetaksreformen ser vi en vektlegging av den industrielle logikkens premisser i omorganiseringen av sykehusvesenet (Berg 2006:89). Foretaksorganiseringen innebærer forventninger om at helseforetakene selv skaper resultater i tråd med de målsettingene eierne har vedtatt. Dette kan synes som i første rekke å gjelde økonomiske mål. Andre mål som kvalitet eller spørsmål om hva som faktisk er et godt tjenestetilbud til befolkningen fra spesialisthelsetjenesten skal videre ikke komme i konflikt med de økonomiske målene (Gammelsæter og Torjesen 2004). Vektleggingen av de økonomiske målene fører til at pasientene blir kunder som gjør sine vurderinger og valg på grunnlag av egne interesser. Markedsøkonomisk rasjonalitet forholder seg i første rekke til etterspørsel. Det legges til grunn at den enkelte aktør i "helsemarkedet" opptrer isolert og uavhengig av andre etterspørrere av spesialisthelsetjenester. Tilbydere av helsetjenester vil i en markedsøkonomisk logikk uavhengig av andre aktører tilpasse seg etterspørselen. Markedsøkonomisk styring kan også bidra til en mer transparent og effektiv medisin (Gammelsæter og Torjesen 2004).

Den økonomiske logikken er i stor grad orientert mot effektivitet, mens politikk i første rekke er rettet mot rettferdig fordeling av knappe ressurser. Rettferdighet i den betydningen er at alle skal bli hørt og at sosiale skjevheter skal jevnes ut (Eriksen 1999). Lian (2003) tar opp problemet når profesjonenes verdigrunnlag møter de økonomiske verdiene der effektivitet er en viktigere målestokk enn kvalitet. Skal ventelister og antall behandlede pasienter ha hovedfokus eller er det kvaliteten på behandlingen som skal stå i første rekke?

Politisk styring baserer seg på argumentasjon rundt hva som er beste løsning. En politisk prosess legges til grunn for beslutningene. Denne prosessen innebærer et samspill mellom ulike aktører. I spesialisthelsetjenesten vil folkevalgte politikere, ansatte, pasienter og pårørende være viktige bidragsyttere til den politiske prosessen der fellesskapet og rettferdighet står sterkere enn marked, effektivitet og den enkeltes egeninteresse. Tegn tyder på at det er den økonomiske logikken på mange måter har blitt den rådende i dag. Årsakene kan være en sterk påvirkning fra amerikansk tenkning. I kjølevannet av den kom økende bruk av rettighetslovgivning. Pasientene har blitt kunder i helsemarkedet.

Figur- 5 viser en skjematisk oppsummering av de mest sentrale teoribidragene og hvilke forståelser vi ut fra teori vil kunne forvente å finne hos toppledere som har overlevd i helseforetak.

<b>Teori</b>	<b>Forventninger til toppledernes forståelser</b>
<b>Kommunikativ ledelsesteori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliserer oppslutning ved hjelp av kommunikasjon og samhandling.</li> <li>• Begrunner prioriteringer.</li> <li>• Åpenhet og dialog legges til grunn i prosessene fram mot beslutninger</li> </ul>
<b>Rolleteori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestrer å fortolke ulike krav og forventninger knyttet til topplederrollen.</li> <li>• Bygger lederskapet på opparbeidet legitimitet. Påvirker aktivt eget handlingsrom.</li> <li>• Lederen er en del av et relasjonelt fellesskap med ulike aktører.</li> </ul>
<b>Teori om lederegenskaper</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Topplederne innehar de ulike egenskapene som en suksessrik leder bør ha.</li> <li>• Lederen som aktør er sentral i organisasjonen</li> </ul>
<b>Konfigurasjonsteori. Fagbyråkrati/ ekspertorganisasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeider med den sterke legeprofesjonen.</li> <li>• Forsøker i liten grad å gjøre endringer som strider mot interessene til de kyndige ekspertene.</li> </ul>
<b>Proessorientert endringsteori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser på endring i et langsiktig perspektiv.</li> <li>• Passer på at de små skrittene går i retning målet.</li> <li>• Forsøker å flette inn endringer uten for stor motstand.</li> </ul>

Figur – 5. Oppsummering av teori

Bidragene er forskjellige med hensyn til innfallsvinkel. Det vektlegger ulike sider av ledelses- og organisasjonsforståelsen. Til sammen gir de et mangefasettert bilde av lederes arbeid og utfordringer. På tross av mangfoldet har dette vært viktige bidrag i analysearbeidet. Før datamaterialet presenteres og drøftes, vil jeg beskrive den metodiske tilnærmingen i denne studien.

### 3. Metode

Hensikten med en empirisk undersøkelse er å fremskaffe kunnskap. Noe kunnskap er helt ny og revolusjonerende, men som James, D. March har vist, kan kunnskap også være å videreutvikle eksisterende kunnskap (Jacobsen 2005:15). For å skaffe ny eller videreutvikle eksisterende kunnskap må datamateriale samles inn og systematiseres. Materialet skal være med å undersøke og underbygge problemstillingen (Holter og Kalleberg 1996).

Målet med den metodiske tilnærmingen er å få innsikt i disse kanskje noe sjeldne ledernes egenforståelse av sin lederrolle. Jeg valgte en kvalitativ tilnærming. Konstruktivisme er en teoretisk retning som kan koples til kvalitativ metode. Forståelser skapes av forskeren og de som forskes på. "Virkeligheten" er under stadig danning og omdanning. Mennesket er et tenkende og handlende subjekt som bidrar til å skape verden rundt seg (Holter og Kalleberg 2002:153). Menneskers fortolkninger og meningsdannelse er avhengig av språket. Tenkemåter og utsagn formuleres i ord og sjelden numerisk. Data innhentet ved kvalitativ metode er som regel best egnet i forbindelse med analytiske helhetlige beskrivelser som ikke løsrives fra konteksten.

I kvalitativ metode finnes ulike måter å samle inn data på. Hovedtyngden av datainnsamlingen i denne studien er skaffet til veie gjennom kvalitative intervju av toppledere i helseforetakene. Det som særpreger det kvalitative intervjuet som her benevnes uformell intervjuing er at opplegget består i samtaler mellom intervjueren og respondentene. Der er verken fastlåste spørsmål eller ferdigstilte svaralternativer (Grønmo 2004:127). Fokuset under datainnsamlingen i denne undersøkelsen har heller vært et spekter av ulike historier enn hyppigheten av dem.

Flere ulike metodiske tilnærminger kunne ha gitt nyttig kunnskap omkring temaet. Her har jeg ønsket å skissere et undersøkelsesopplegg som i første rekke beskriver topplederes praksiser og opplevelser. Målsettingen var å få kjennskap til erfaringer, arbeidsmåter og spesielt få en mer helhetlig kunnskap om ledelsesmåter med vektlegginger som fungerer over tid ute i helseforetakene. Og til sist hva er det som kjennetegner disse toppledernes egenforståelse..

Kvalitative data særpreges av mangfoldet og dybden. Dette i motsetning til kvantitative data der vi gjerne har mange informanter, men færre og mer fastlåste variabler. En annen vesentlig forskjell er kvalitativ metodes fleksibilitet både i forhold til metodisk opplegg og at den kan brukes ulikt på ulike respondenter. Vurderinger og eventuelle endringer kan gjøres underveis. Faren kan da være at opplegget endres så mye at det perspektivet som var utgangspunktet for undersøkelsen mistes av syne (Grønmo 2004). Med fleksibilitetens fortrinn kan også problemformuleringen bearbeides og justeres i løpet av prosessen. Forskerens kategorisering og tolkning av datamaterialet vil være avgjørende for analysen. Dette kan bidra til at dataenes gyldighet vanskeligere kan etterprøves. Da blir det av stor betydning å greie ut om egne valg og tolkningsgrunnlag, samtidig som man er lojal mot respondentenes utsagn. I tillegg trenger man framgangsmåter for å kunne tolke og strukturere dataene. Bearbeidingen spenner fra å danne seg forestillinger om dataene, gjøre utvalg i datamengden, utarbeide kategorier til å sammenlikne. I kvalitative undersøkelser er det dessuten viktig å understreke at som forsker forholder man seg til et forholdsvis lite antall personer. For at slutningene man kommer fram til skal ha gyldighet for flere, bør de formuleres mer som uttalelser om mulige forhold eller sammenhenger heller enn som beskrivelser av kategoriske konklusjoner.

Utgangspunktet for denne undersøkelsen var at jeg startet med å gå inn i Brønnøysundregisteret for å kartlegge hvem som per 1.januar -08 satt som toppledere i helseforetakene. Deretter kartla jeg hvem som hadde vært toppleder i de ulike lokale helseforetakene etter helseforetaksreformen ble innført i januar 2002. Jeg registrerte antallet og så på varigheten av ansettelsene i topplederposisjonen (vedlegg nr 1). I denne studien inkluderer jeg de helseforetakene som minst både har et psykiatrisk og et somatisk spesialisthelsetestetilbud. Ved å se på disse faktaopplysningene stod jeg per 1. januar 2008 igjen med sju toppledere som hadde sittet i posisjonene sine i perioden etter innføringen av helseforetaksreformen. Dette førte til at populasjonen jeg i utgangspunktet ønsket å intervju var relativt liten. Det skjedde videre forandringer underveis i arbeidet med oppgaven. En toppleder måtte slutte i stillingen sin før jeg fikk sendt ut forespørsel om intervju. En annen toppleder jeg hadde avtalt intervju med, valgte å trekke seg fra stillingen sin i perioden etter jeg hadde fått en avtale, men før jeg fikk gjennomført intervjuet. Tilbake stod en populasjon på fem toppledere. En av topplederne så ikke at han kunne avsette tid i

en hektisk arbeidssituasjon, mens de fire andre var positive og sa seg villige til å stille opp til intervju. Dette sammenholdt med at jeg ønsket en mest mulig helhetlig beskrivelse av toppledernes egenforståelse rundt sin lederrolle førte til at jeg valgte et intensivt opplegg. Det ble forsøkt å gå relativt dypt inn i materialet for å få fram så mange detaljer og nyanser som mulig ut fra den tidsressursen jeg hadde til rådighet. Det tar tid å samle inn data, men mest tid krever den informasjonen som blir gjort tilgjengelig. Den blir i et intensivt opplegg nyansert, detaljert og komplekst (Jacobsen 2005:88). I praksis medførte det mye tid til analysearbeid.

### **3.1 Type intervju**

Målet med denne studien var ikke å finne en eller flere "sannheter". Det var mer å bidra til at toppledernes ledelses- og organisasjonsforståelse kommer til uttrykk. Da som beskrivelse av måter å lede helseforetakene på. For å nå dette målet bestemte jeg meg for å anvende noe tilnærmet det Kvale benevner intervjusamtale. Han beskriver slike intervju på denne måten:

*"Det har en rekke temaer som skal dekkes og forslag til spørsmål. Samtidig er det åpent for forandringer, både i rekkefølge og spørsmålsform, slik at intervjueren kan følge opp svarene og historiene han eller hun får av intervjupersonen "*

(Kvale 2001:72)

Under intervjuene forsøket jeg å fange opp flest mulig oppfatninger og forestillinger hos informantene om prosessen og tenkingen som har bidratt til at deres måte å lede på har vart over tid. De individuelle intervjuene ble gjennomført enten på respondentens arbeidsplass eller ved telefonintervju. Jeg måtte tilstrebe og være fleksibel i forhold til når intervjuene skulle gjøres både fordi det var viktig for meg å få snakket med flest mulig siden de i utgangspunktet var få, og fordi topplederne jeg ønsket å intervju nok har et relativt tett program. Jeg tok selv kontakt med respondentene via e – post der jeg sa litt om meg selv og den planlagte studien samt at veilederne og utdanningsinstitusjonen kort ble presentert. Det tok i de fleste tilfellene noe tid fra jeg sendte forespørselen via e - post til intervjuet ble gjennomført.

Geografisk avstand gjorde at jeg gjennomførte tre av intervjuene via telefon. I utgangspunktet hadde jeg en ide om at det personlige møtet ville fungere mest

optimalt. Jeg prøvde begge deler og mener i ettertid at også telefonintervju fungerte godt. Telefonintervju medfører at elementer som kroppsspråk og førsteinntrykk er fraværende eller reduseres til et minimum. Tilbake står språket og stemmen. Jeg valgte å snakke dialekt med visshet om at enkelte ord og uttrykk kanskje kunne være vanskelig å forstå. Derfor uttrykte jeg til to av respondentene at de måtte si fra om dialekten var vanskelig å forstå. Dette bød ikke på noen problemer i selve intervjusituasjonen. Fordelen med telefonintervju var at jeg som uerfaren intervjuer kunne ha spørsmål og notater liggende rundt meg. Jeg noterte flittigere stikkord under telefonintervjuene enn ved det personlige møtet. I tillegg trengte jeg ikke å være oppmerksom på å ha blikkontakt med respondenten. Likevel tror jeg fortsatt et møte i de fleste tilfeller vil være å foretrekke både for meg som intervjuer og for respondentene.

Intervju kan ha ulik struktur. Intervjuene i dette undersøkelsesopplegget hadde til hensikt å få fram toppledernes erfaringer, meninger og handlinger. Verktøyet var en kombinasjon av åpne spørsmål der jeg gav rom for stort spenn i hvilke data jeg kunne forvente til noen mer lukkede spørsmål (intervjuguide, vedlegg 3). Jeg brukte guiden som en huskeliste og forsøkte å flette spørsmålene inn som naturlige deler undervegs i intervjusamtalen. Dagligdags språk dannet rammen.

Min rolle som intervjuer ble å starte opp en menings- og erfaringsmeddelelse og å søke utdypning der det var ønskelig. Spørsmålsstillingen var mitt viktigste enkeltbidrag i tillegg til å fungere som en lyttende samtalepartner. Min yrkesbakgrunn, utdanning og den iboende interessen for spesialisthelsetjenesten låg i stor grad til grunn når spørsmålene skulle formuleres. I tillegg hadde jeg et ønske om at noen av spørsmålene skulle utfordre respondentene til å gi svar som ikke på forhånd var innstuderte fraser. Jeg opplevde at en av respondentene svarte litt knappere på den type spørsmål.

Statistiske faktaopplysninger ble brukt innledningsvis i hvert intervju for å understreke aktualiteten rundt problemstillingen. Videre ble det brakt på det rene at respondentene satt inne med erfaringer som kan betegnes som noe "eksklusive" og var av avgjørende betydning for den empiriske datainnsamlingen i denne studien. Av



praktiske årsaker ble det kvalitative materiale lagret på lydfil. Notater i form av stikkord ble skrevet ned undervegs i intervjuene som supplement.

Det muntlige språket har en annen form enn det skriftlige. Setningene kan være usammenhengende og ispedd mange småord. Disse småordene ble i noen få tilfeller fjernet når det ikke hadde betydning for innholdet, men ellers er ordvalgene i sitatene beholdt. All tekst er gjengitt på bokmål både for å gjøre teksten mest mulig helhetlig, men mest av hensyn til konfidensialiteten til respondentene. Det har vist seg i analysearbeidet at noen av respondentene har et mer sitatvennlig språk enn andre, men det er ikke tatt hensyn til i analysearbeidet. Det var viktig for helheten i arbeidet at alle intervjuene dannet grunnlaget siden jeg hadde relativt få respondenter på grunn av vinklingen på problemstillingen. Jeg har likevel ikke sitert alle informantene like mye, men alle intervjuene danner sammen helheten i analysen.

I etterkant av intervjuene valgte jeg å transkribere opptakene. Dette var tidkrevende, men gav meg samtidig god oversikt over datamaterialet jeg hadde samlet inn. Stikkordene skrevet underveis har vært et verktøy både under selve intervjuene for å holde en viss oversikt, samt en hjelp i analysearbeidet i etterkant. Den kvalitative metodens store fortrinn er som tidligere nevnt fleksibilitet. Da jeg var ferdig med å intervju to respondenter gjorde jeg opp foreløpig status på flere områder. Hadde jeg fått inn noe av det datamateriale som jeg ønsket og var det andre temaer som naturlig hørte hjemme i et slik intervju? Jeg valgte å bruke den opprinnelige intervjuguiden videre.

### ***3.2 Intervjusituasjonen***

Jeg hadde som mål å være åpen og vennlig i intervjuene samtidig som jeg forsøkte å tilpasse meg respondenten. Det var et mål at respondentene skulle føle seg komfortable i intervjusituasjonen. Tidsmessig tok intervjuene ca 1 time, noe jeg hadde forespeilet respondentene på forhånd.

I denne studien var respondentene det som kan klassifiseres som eliten i samfunnet. Det medførte noen utfordringer for meg i min rolle som student. Ville de bare bekrefte det anerkjente? Blant andre Repstad(1993) påpeker at det kan være utfordrende å intervju personer i ledende stillinger. De er i sitt daglige virke i posisjoner som

medfører at de i stor grad tar styring og legger premissene. Kanskje var det store innslag av innstuderte forventede synspunkter jeg fikk presentert? Selv om denne studiens utgangspunkt også setter respondentene i et gunstig lys som langtidsoverlevende i helseforetakene, har de kanskje et iboende ønske om å presentere seg selv og sin ledelses- og organisasjonsforståelse på en mest mulig anerkjent måte. Her var intervjuguiden et godt hjelpemiddel for meg som intervjuer. Den gav rom for at jeg både kunne la respondentene få komme med sine uttalelser fritt, samtidig som den sikret at jeg fikk dekket de ulike temaområdene jeg i utgangspunktet vurderte som interessante i forhold til problemstillingen.

Jeg opplevde at intervjusamtalene foregikk i en lett og god tone. Avslutningsvis i hvert intervju gav jeg rom for at den enkelte toppleder kunne komme med tilføyninger om det var betraktninger de syntes burde med. Jeg spurte om jeg kunne kontakte dem igjen senere om det skulle komme til behov for mer data i forbindelse med studien. Min erfaring er at jeg gjennom intervjusamtalene fikk et detaljert og omfangsrikt datamateriale og jeg har ikke hatt behov for å kontakte informantene videre utover intervjuet.

### ***3.3 Etiske betraktninger***

I et kvalitativt undersøkelsesopplegg der jeg er avhengig av at respondenter sier seg villige til å stille til intervju er det noen etiske dilemmaer som må reflekteres over. Alle som blir spurt om og delta må oppleve at dette er basert på frivillighet. De må også få informasjon om undersøkelsens hensikt (Jacobsen 2005). Som et ledd i å øke påliteligheten har jeg i tillegg til å ta opp intervjuene på lydfil, lagt vekt på å gjengi relativt mye av dataene fra intervjuene samt gitt plass til lengre sitater.

I Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora blir det i punkt 14 *Krav om konfidensialitet* blant annet tatt opp at forskningsmateriale vanligvis må anonymiseres. I denne studien er den største utfordringen at det er få respondenter samtidig som kriteriene om at de skal ha sittet i topplederposisjon i et helseforetak i Norge siden innføringen av helseforetaksreformen er kjent for leserne. I teksten har jeg derfor bestrebet meg på at alle opplysninger som kan knytte

respondentene til et spesielt helseforetak er fjernet. I tillegg har jeg uavhengig av kjønn benevnt alle topplederne han.

Jeg vil tilføye at bak kravet om konfidensialitet ligger det strenge forskrifter, men det ligger også til grunn at personer som har akseptert posisjoner som medfører offentlig oppmerksomhet, ikke får sin frihet truet i samme grad som andre (etikkom.no). Jeg mener i utgangspunktet at personer i topplederstillinger i helseforetakene bør akseptere at deres posisjon medfører offentlig oppmerksomhet. Likevel tolker jeg det å stille opp til et kvalitativt intervju i den hensikt å gi verdifulle data til en masteroppgave som av en slik karakter at kravet om konfidensialitet bør etterleves.

Et annet etisk moment som jeg måtte ta stilling til var hvordan jeg skulle håndtere dataene under arbeidet med oppgaven. Respondentene ble spurt om jeg av praktiske årsaker fikk lov å ta intervjuet opp på lydfil. Alle svarte ja til det. Videre vil jeg følge punkt 16 i de forskningsetiske retningslinjene som sier at opplysninger om identifiserbare enkeltpersoner skal lagres forsvarlig og ikke lenger enn nødvendig for å gjennomføre formålet. Det vil si at etter at oppgaven var ferdigstilt ble alle lydfilene slettet og transkripsjonene anonymisert.

### ***3.4 Analysen og tolkningene***

Analysen er en kontinuerlig prosess som starter ved innsamlingen av data (Kvale 1997). Dette betyr at analysedelen ikke skal isoleres, men må integreres i hele undersøkelsen. Når det gjelder tolkningene har Gilje og Grimen (1995) påpekt at det er mulig å sette fram kriterier for gode eller rimelige tolkninger, samtidig som det er høyst problematisk å komme fram til den "sanne" eller "den beste" tolkningen. Dette på bakgrunn av at forskeren har med seg en forforståelse i sin kognitive bagasje.

Det finnes ulike metoder for å analysere et datamateriale. Her i denne studien har jeg benyttet en kategoribasert analyse når dataene skulle systematiseres. Da dannet førsteinntrykket av hvert intervju et utgangspunkt. Alle innfall til kategorier ble så ukritisk notert. Hyppigheten av trekk var også avgjørende for hva jeg til slutt kom fram til var vesentlig i dette datamateriale. Starten på analyseprosessen var selve spørsmålsformuleringene. De ulike emnene dannet et viktig utgangspunkt. De var med å tydeliggjøre hva som skulle analyseres med de muligheter og begrensninger

som lå innbakt i intervjuguiden. Transkriberingen i etterkant førte til at jeg fikk et godt helhetsinntrykk av det innkomne datamaterialet. Deretter ble teoretisk forståelse og interesse lagt til grunn når kategoriene skulle inndeles.

Videre i analysen og presentasjonen av de fire ulike intervjuene delte jeg inn etter hovedmønster. Svarene ble ordnet etter likheter og ulikheter. I presentasjonen blir hovedinntrykket og det med størst oppslutning presentert først. Deretter presenteres ulik eller avvikende forståelse. I denne studien har det vært vanskelig å velge ut direkte sitater fordi jeg opplevde at tilgangen på gode sitater har vært stor. Det å utelate har bydd på den største utfordringen.

Det videre arbeidet med å tolke resultatet av undersøkelsen knyttes til den teorien jeg har valgt. Her i denne studien har utfyllingsstrategien blitt benyttet for å bevisst håndtere teorimangfoldet. Jeg oppfatter temaet som så komplekst at det å bruke bare en teoretisk innfallsvinkel ville gi et utilstrekkelig bilde. Likevel ser jeg at det er en fare for at mangfoldet har bidratt til å danne et uskarpt bilde. Et element som er med å bidra til å redusere denne faren er at jeg har hatt en stram definering av hvilke respondenter jeg har inkludert i denne studien.

### ***3.5 Validitet, reliabilitet og undersøkelseeffekter***

Gyldigheten(validiteten) til datamaterialet i kvalitative undersøkelsesmetoder handler mer om hvordan forskeren har samlet inn data og hvordan det empiriske materialet har blitt analysert og tolket enn om objektive resultater og standardiserte datainnsamlinger. Måler vi det vi ønsker å måle? Å validere er å være kritisk til de konklusjoner som trekkes.

Et grunnleggende spørsmål blir om det finnes metodiske svakheter som kan ha ført resultatene i en bestemt retning. Validiteten kan ikke testes med et enkelt grep eller med en enkelt beregning (Holter og Kalleberg 1996:22). Det individuelle intervjuet som jeg har valgt å bruke i denne undersøkelsen er egnet til å måle individuelle, personlige synspunkter på et fenomen (Jacobsen 2005:167) og i denne teksten er det toppedernes egenforståelse som belyses. De har en nærhet til temaet og er førstehåndskilder, noe som kan bidra til å styrke gyldigheten til datamaterialet. En stor del av informasjonen kom som svar på spørsmål jeg som intervjuer stilte. Mange av

svarene var svært utfyllende og inneholdt innslag av informasjon av mer spontan karakter.

Påliteligheten (reliabiliteten) til datamaterialet blir påvirket av ulike faktorer. Lydopptakene bidrog til at det var lett å i ettertid forstå det respondentene sa under intervjuene. Som tidligere nevnt er respondentene i denne studien i en posisjon der de er godt trent i kommunisere og legge fram synspunkter. De virket ledige og avslappet i intervjusituasjonen. At det ble gjort lydopptak under intervjuene virket de heller ikke berørt av. En respondent ba konkret om at en kommentar ikke skulle siteres, og det er respektert.

Utfordringen når det gjelder undersøkelseeffekten ved det kvalitative individuelle intervjuet er at jeg som intervjuer kan være med å påvirke resultatet, og at den kontekstuelle rammen kan ha ulik effekt. Jeg vurderer det som lite sannsynlig at jeg som intervjuer og student har påvirket de data som kom fram. Konteksten intervjuene ble gjort i var heller ikke fremmed for respondenten. Det største spørsmålet er om mine respondenter som tidligere nevnt valgte og presenterte kun det de opplevde ble forventet av dem, og som satte helseforetakene og deres egen topplederrolle i et mest mulig gunstig lys. Mitt inntrykk etter intervjuene er at alle respondentene svarte ærlig på mine spørsmål slik at de opplysningene som ble gitt var sannferdige. Og det er disse opplysningene sammen med den teoretiske forståelsen som danner grunnlaget for analysene og tolkningene i denne studien. Denne studien søker å få kunnskap om hvordan topplederne fortolker ulike sider ved sitt lederskap og spørsmålet om dette er sant eller usant er ikke relevante kategorier. Hvis de velger ut fra strategiske hensyn å fremstille dette på spesielle måter, så er det like verdifulle data, da det uansett gir innblikk i hvordan disse lederne ønsker å framstille seg selv. Det er også et spørsmål om forskningsdesignet svarer til problemstillingen. Et komparativt design ville for eksempel gitt en annen mulighet til å se det spesielle ved langtidsoverlevelse.

## 4. Toppledernes forståelse av eget lederskap

Denne studien gir ikke svar på hvorvidt de langtidsoverlevende toppledernes måte å lede på i stor grad avviker fra andre topplederes. Vissheten om at de har overlevd som toppledere gjør likevel at deres ledelses- og organisasjonsforståelse er av interesse når toppledelse i helseforetakene er tema. Utgangspunktet er å presentere sentrale deler av deres egenforståelse. Deres egen tolkning av hvordan denne rollen skal fylles gir oss en verdifull beskrivelse av de ulike orienteringene de gjør i forhold til topplederposisjonen. Overlevelse som toppleder gir ikke direkte svar på om dette er god ledelse. Likevel er dette en måte å lede på som har hatt suksess ved å tåle både de krav og forventninger som stilles fra eierne og de omkringliggende omgivelsene i tillegg til at de har overlevd i egen organisasjon. Derfor er deres egenforståelse av topplederrollen interessant. Særlig på bakgrunn av at det i spesialisthelsetjenesten etter at helseforetaksreformen ble innført har vært et relativt stort forbruk av toppledere.

I den første delen av kapitlet vil vi se på toppledernes egenforståelse av hvorfor de er blant dem som har stått i en topplederstilling i et helseforetak over lang tid. Videre belyses det topplederne i størst grad gav uttrykk for at de la vekt på og at de opplevde å lykkes med. Dernest vil deres fokus på åpenhet og dialog bli presentert. Deretter vil deres rolle som politiske aktører og den betydningen rammer har for deres topplederfunksjon belyses. Avslutningsvis presenteres synspunkter rundt hva som er hensiktsmessig ledelseskompetanse i helseforetakene.

### ***4.1 De som fortsatt er der***

Innledningsvis i de individuelle intervju samtaler ble respondentene spurt om hvorfor de hadde overlevd i topplederposisjonen. De hadde noe ulike vektlegginger som kan plasseres i spennet fra et kommunikativt - til i retning av et mer instrumentelt perspektiv. Deres oppfatning av hvorfor de i en tid med hyppige topplederskifte var av de få som fortsatt sto i posisjon inneholdt ulike faktorer. En av topplederne begrunnet det at han hadde fått tillit over så mange år på denne måten:

*"Jeg tror folk opplever at det skjer noe her. Jeg prøver å være strateg og ligge i forkant, og det tror jeg de er ganske komfortable med slik at de ikke blir overkjørt av*

*et tog som kommer rullende bakfra. De skjønner at du prøver å få til det beste for virksomheten. Jeg prøver aldri å lure de eller å underkommunisere noe. Jeg prøver heller å overkommunisere slik at de får en viss trygghet i forhold til det.”*

En annen toppleder la vekt på det å ha innsikt i kompleksiteten som preger helseforetakene.

*”Kombinasjonen av hensiktsmessig bakgrunn og erfaring er jo noe. Det er ikke unyttig etter min vurdering å ha god kunnskap om sykehus og sykehusorganisasjoner i et både teoretisk og praktisk organisasjonsperspektiv. Det er organisasjoner som ikke nødvendigvis er lettstyrte ut fra et formalautorativt perspektiv, så formalautoriteten til en direktør må balanseres mot kunnskap om hvordan disse systemene faktisk fungerer styremessig, beslutningsmessig og operativt. Jeg tror samhandlingsperspektivet for ledelse er en viktig forutsetning for å kunne håndtere kompleksiteten av foretakene.”*

En annen toppleder la vekt på en form for balansegang og manøvreringsdyktighet som begrunnelse for overlevelse som toppleder over tid. Hovedvekten ble lagt på utfordringene rundt de til dels motstridende forventningene en toppleder i helseforetaket får fra innsiden og utsiden av organisasjonen. Topplederen formulerte det slik:

*”Når du sitter i slike stillinger så må du ha en balansegang der du både klarer å tekkes organisasjonen som du leder i det daglige og du må også håndtere eierne som står over deg. Disse to gruppene kan representere motsetninger. Tenker som så at da må jeg ha klart å få til den balansegangen.”*

Også den siste topplederen legger vekt på at det å lykkes som toppleder i helseforetakene forutsetter at ulike krav og forventninger balanseres.

*”Vi ser en tydelig forståelse av at om enten eierne eller de ansatte i organisasjonen ikke lenger har tillit til topplederen vil resultatet kunne bli at lederen må slutte.”*

Det kan virke motstridende at toppledere i denne type organisasjoner som i tillegg til å være preget av eksperter og kompleksitet også er bærere av viktige verdier som helse og omsorg, ser ut til å relativt lett kvitte seg med toppledere som ikke greier å balansere mellom indre og mer ytre problemområder.

Vissheten om at denne type organisasjon langsomt og gradvis endrer seg ser i følge de lengstsittende topplederne ikke ut til å påvirke den store troen på topplederens muligheter til styring.

Topplederne hevder med noe ulike vektlegginger at ledelse av helseforetakene krever en innsikt i de ulike krav og forventninger som koples til topplederrollen. I tillegg har de gjennom intervjuene tydelig vektlagt at ledelse av helseforetakene krever støtte og tillit fra andre aktører i helseforetaket. I intervjuene ble for eksempel ord som "vi", "her hos oss" og liknende brukt hyppigere enn "jeg." Dette på tross av at jeg som intervjuer stadig utfordret dem på hvilke forståelse de som toppledere hadde lagt til grunn. Dette mener jeg kan være med å vise at topplederne har en forståelse av at de i sine topplederposisjoner er avhengig av en viss legitimitet overfor ulike interessenter når beslutninger skal tas.

#### ***4.2 Mange går***

Ideen til denne studien kom på bakgrunn av kunnskapen om at utskiftingsfrekvensen blant topplederne i helseforetakene var stor tross statens fokus på ledelse. De som står i posisjonen har hovedfokus. Likevel er det interessant å få et lite innblikk i nettopp respondentenes tanker rundt hvorfor så mange av deres kollegaer i andre helseforetak selv har valgt, eller har måttet slutte i sine topplederstillinger. Disse refleksjonene vil kunne speile områder de selv har et bevisst fokus på. En av topplederne sa dette om mulige årsaker til de stadige topplederskiftene i helseforetakene:

*"Sykehusvesenet er et vesen som har en serie innebygde problemer i seg."*

Her påpekte topplederen at spesialisthelsetjenesten som en del av det offentlige har noen innebygde krav og forventninger som ikke nødvendigvis er lett og forene med



kravene til økonomistyring med tilhørende rammer og inntjeningskrav. Samme toppleder sa dette om mulige resultater om dette ikke lar seg forene.

*"Da må det ofres, og de letteste ofrene er nok sykehusdirektørene. Uten at det hjelper noe som helst fordi det ikke kan skapes resultater i dette systemet her uten å jobbe langsiktig."*

En annen toppleder gir en beskrivelse av det store spekter av krav og forventninger som kan koples til topplederrollen. De kan på ulike måter være sentrale faktorer som medvirker til at toppledere slutter. Han forklarte det slik:

*"Jeg ser jo noen som jobber seg i hjel da, og det er fullt mulig å gjøre i slike jobber som det her, som i alle andre jobber. Så er det noen som ikke tåler presset. Det er mange linjer som går inn til direktøren. Vi er møtepunkt for mye krav og forventninger. Problemgods av ulike slag. Mye av dette er funksjoner av hvordan du organiserer, men det er også en funksjon av hvordan du som person håndterer og evner å leve med dette... Så forklaringsforholdet er sikkert individorienterte forhold til det at du kanskje da blir en uønsket person i egen organisasjon eller eventuelt at du forholder deg på en måte slik at du mister styrets tillit eller at du får et forhold til politiske miljøer eller RHFet som vanskeliggjør din funksjon som direktør."*

Å forutse hvilke krav og forventninger som følger topplederjobben er en vektlegging en annen toppleder utdypet på denne måten:

*"Noen har nok ikke møtt eller fått innfridd forventningene sine i forhold til hvilken jobb dette egentlig er. De har trodd at det er en lettere jobb en det er. Det er spesielt for personer som har kommet inn fra det private næringsliv som ikke har hatt begrep om verken offentlig virksomhet eller sykehusdrift og har kanskje gått inn i direktørstillingene med forventninger og forestillinger som en fort ser ikke harmonerer med det virkelige liv. Det kan være to ulike årsaker som at noen gjør såpass mye uklokt internt i organisasjonen slik at det ikke blir levelig å være der av den grunn og slutter. Og så er det andre som ikke klarer å innfri de kravene som styret setter, og som rett og slett har måttet gå av. Det handler veldig mye slik som jeg ser det om å ha en innsikt og klokskap til å kunne manøvrere i et så komplekst system."*

Den siste topplederen sa dette om hvorfor så mange har sluttet i topplederstillinger i helseforetakene:

*”Det er klart at det er en tøff jobb hvis man både skal styre økonomien som har blitt strammere og strammere relativt sett og samtidig ha legitimitet hos de ansatte ikke minst fagpersonene. Det er nok en viktig grunn til at det blir tøft for mange tror jeg. Du får ikke legitimitet på å gjøre tiltak hvis du ikke kan forankre det i fagmiljøene. Du må ha en viss grad av forståelse hos fagpersonene for de grepene du må gjøre.”*

Vi legger merke til at topplederne mener at det er sammensatte årsaker til at vi har hatt høy utskiftingsfrekvens av toppledere i helseforetakene etter reformen. Tydeligst trer kompleksiteten fram som en utfordring. Det har vært en turbulent tid med både fokus på og stor tro på hva toppledelsen kan oppnå. Topplederposisjonen er møtepunkt for ulike og til dels motstridende interesser fra både ansatte, eiere og brukere. Mangel på innsikt i å manøvrere i dette terrenget kommer fram som en viktig årsak til at mange har måttet gå. Videre kan det se ut til at de også har en forståelse av at for enkelte har topplederjobben med sine særegenheter blitt for krevende. Alle linjene går inn til topplederen. Å leve med de ulike krav og forventningene har blitt for vanskelig tross lederopplæringsprogram og intensjoner om å få til ledelse.

#### **4.3 Orienteringer og prioriteringer**

Det er interessant å få et innblikk i hva topplederne bruker tiden sin på. Det kan være med å si noe om hva de prioriterer i sin topplederposisjon. Dette mangfoldet av arbeidsoppgaver fører til at topplederne må gjøre valg. Hvordan ser de sin egen orientering? En av topplederne sa dette om egne prioriteringer:

*”Jeg bruker mest tid på å jobbe sammen med de lederne som finnes i virksomheten. De er de jeg bruker tid på”*

Samme toppleder presiserte videre prioriteringene på denne måten:

*”Da er du tilbake til at du kan ikke få omstilling hvis du ikke har en organisasjon som er underkastet skikkelig ledelse på alle nivåer. Det er lederen på et hvert nivå til enhver tid som må gå først i omstillingsprosesser, man kan ikke forlange at folk av*

*egen maskin skal gå først der. Det er derfor du har ledere og derfor må den biten på plass.”*

En annen toppleder uttrykte dette om egne prioriteringer i sitt lederskap:

*”Jeg bygger posisjoner rundt meg som jeg mener skal ha faginnhold, selvstendighet og ansvar. Jeg prøver å pushe både faglige ledere og mer stabsledere fram og opp slik at dette som organisasjon skal være en rimelig selvstendig organisasjon.”*

Lederskap kan ha ulike orienteringer og en annen av topplederne i denne studien uttalte dette:

*”Det jeg synes jeg har lykket med er å ha fått et større ledelsesfokus ned i organisasjonen enn hva det var da jeg startet her. Jeg jobbet mye med avdelingslederne for å få de til å forstå hva som var deres lederansvar. Også det å rekruttere inn i disse posisjonene gode potensielle ledere når de gikk inn som avdelingssjefer... Vi får mye tilbakemeldinger på at avdelingssjefene mine fremstår som veldig dyktige, profesjonelle og flinke både som ledere og fagfolk.”*

En av de andre topplederne hadde et innspill som trekker fram noen utfordringer:

*”Alle store bedrifter har som rekrutteringsbase egen virksomhet, men det er ennå lange veier å gå når det gjelder rekruttering og utvikling av ledere... Man kan ikke sette inn hva som helst til ledelse.”*

Samme toppleder sa videre noe om hvordan de var forsøkt løst i helseforetaket under hans ledelse:

*”Vi har stått for all ledelsesutvikling og selv tilpasset de organisatoriske styringsmessige omleggingene. Vi har kontinuerlig utviklet egen ledelse i takt og parallelt med omleggingene... Det er en temmelig intens og langsiktig jobb å utvikle forståelse for den ledelsen som må til, både blant de som blir rekruttert inn i ledelse og de som skal ledes.*

En annen toppleder gav også et eksempel på en utfordring og hvilken tilnærming han selv hadde:

*”Vi fikk til det vi jobbet mye med da vi overtok psykiatrien. Å få ledelsesaspektet inn der og rekruttere litt ledelse og å få de til å skjønne at de måtte utvikle seg i mer moderne retning i psykiatrien. Der var det fagpersoner som hadde styringen og de som ledet hadde ikke særlig grep om utviklingen. Jeg skiftet ut topplederen og satt tett på den nye lederen... Da var det å være på banen, bistå og gi trygghet til lederen som var der, og være med å fronte når det var nødvendig... Der føler jeg vi er på vei selv om vi ikke er helt i mål enda.”*

Samme toppleder viste med denne uttalelsen på hvilken måte han setter kommunikasjonen med de ulike nivåene i organisasjonen sentralt:

*”Jeg forankrer det jo oppad og kommuniserer det i linjen... Jeg prøver aldri å lure de eller å underkommunisere noe. Jeg prøver heller å overkommunisere... Jeg har mye kontakt med de tillitsvalgte og prøver å informere dem, så de kan i hvert fall ikke si at de ikke vet hva som skjer og hva jeg tenker... så kan vi nok være uenige... ansattrepresentanter og tillitsvalgte får du ikke alltid med deg så jeg er grundig i informeringen.”*

Denne topplederen spiller på åpenhet. Samtidig viser han at der finnes en maktdimensjon i tillegg:

*”Man får heller bruke litt mer tid, men ikke gi seg på prinsippene.”*

Det å være tydelig er en del av kommunikasjonen. En annen toppleder vektlegger det siste på denne måten:

*”Det er ikke noen i organisasjonen som skal drive og springe rundt å sjekke ut hva direktøren mener til enhver tid. Det skal de på en måte vite og ha trygghet for i sin respektive utøvelse av myndighetsansvar der de måtte sitte”.*

En annen av topplederne svarte dette på hva han brukte mesteparten av tiden sin som toppleder på:

*”Sitte og prate med folk. Jeg sitter ved et møtebord her med konferansetelefon. Jeg lever et møteliv og dialogliv et sånt kommunikasjonsliv. For meg har det ingen hensikt å jobbe overtid for jeg jobber bare med relasjoner. Etter arbeidstid har folk gått hjem og da har jeg ikke noe mer å gjøre her... mitt bidrag er dialogen, avklaringen og beslutningene og ikke forberedelsen.”*

Tidsbruken og samarbeidsparter ble kommentert slik av en av de andre topplederne:

*”Jeg har jo et styre da selvsagt, men det er jo ikke noe jeg er i daglig kontakt med så det er staben min rundt meg her med assisterende direktør, fagdirektør, økonomidirektør, personaldirektør i lag med avdelingssjefene.”*

Et hovedinntrykk etter å ha intervjuet de fire topplederne er at de, ved ulike tilnærminger, bygger organisasjonen og setter fokus på ledelse. Mye av strategien er å bruke tid på å styrke og støtte ledelsen på alle nivåer i organisasjonen. Det kan se ut til at disse topplederne forstår at deler av dette tar tid, men akseptere det uten å miste målene av syne. Topplederne sier ikke så mye om innholdet i ledelse. De gir tydelig uttrykk for at det er viktig å utvikle andre ledere i organisasjonen.

Etter å ha intervjuet de fire topplederne er inntrykket at det å kommunisere godt er sentralt. De vektlegger dette aspektet som en sentral forutsetning for å lede en organisasjon med den størrelsen den har og de omgivelsene den omslutes av. Samhandling generelt og spesielt med egne ledere er vesentlig for topplederne i denne undersøkelsen.

#### ***4.4 Media, samarbeidspartner eller vaktbikkje***

Det er interessant å vite litt om hvordan topplederne som har sittet lenge i posisjon forholder seg til media. Det er den delen av omgivelsen som på mange måter representerer den kritiske innfallsvinkelen og i tillegg påvirker pasientene i deres vurderinger av spesialisthelsetjenesten. En uttrykte dette om samhandlingen med media:

*"..vi er vel nødt til å ha et politisk formulert, åpent og aktivt forhold til pressen"*

En annen av topplederne spiller på at han har et nettverk som også inkluderer aktører i mediebransjen:

*"Det går an å snakke med journalistene, jeg kjenner alle. Det går an å ringe til dem og de ringer til meg. Vi har tidvis dialoger med ansvarlig redaktør på både samhandlingsformer, altså rutinisering av det som skal rutineres. Så har vi kjøperegler og avtaler på bordet om hvordan henvendelser skal skje og hvordan de skal få stoffet... I tillegg prøver vi å forholde oss på en måte som gjør at journalistene får tak i oss. Hvis det er noe som brenner så skal de ha mulighet til å få våre kommentarer... vi stiller standard opp hvis de rekvirerer ønsker om å benytte tiden vår"*

Denne topplederen var tydelig på at han ønsket åpenhet og kommunikasjon med media. Videre sa han:

*"..så liker vi jo ikke alt pressen skriver om oss, men vi har ikke noe prosjekt som går på å oppdra media."*

Så avslutningsvis som for å understreke at han ikke har kontroll på hva journalister skriver kom denne kommentaren:

*"Jeg får tåle å bli fremstilt som en tulling av og til."*

Dette gir et inntrykk av at han ikke er selvhøytidelig. Også en annen av topplederne vektla sterkt at hans holdning til media og deres oppgaver i forhold til helseforetaket som organisasjon skal bygge på åpenhet.

*"Det er gjennom år bygget opp en åpen mediefilosofi. Det er ingen stengsler."*

En annen av topplederne gav innblikk i den etter hvert økte bruken av stabspersonell som har en spesiell funksjon i forhold til informasjonsarbeid i helseforetakene.

*"Vi har en informasjonssjef som har god kontakt opp mot media. Mandag skal vi for øvrig ha møte med redaktøren, så det er ikke bare ensidig. Men vi ser at det er vanskeligere å få gode saker på dagsorden enn saker som er mer negativt vinklet. Så skaper det usikkerhet blant pasienter og pårørende. Vi skal ta opp med redaktøren for å høre hva som er intensjonen med slike oppslag når vi merker at vi får mange tilbakemeldinger på folk som blir usikre."*

Denne undersøkelsen viser at topplederne føler en viss maktesløshet i forhold til at mediebildet som tegnes av organisasjonen skaper usikkerhet blant pasienter og pårørende. Pressens egne retningslinjer sier at det er deres rett å informere om det som skjer i samfunnet og avdekke kritikkverdige forhold. Det topplederne da må forholde seg til er at media selv setter stempel på hva som er kritikkverdige forhold og hva som er en nyhet.

Den samme topplederen avslutter med denne mer generelle kommentaren om de utfordringene topplederne kan stå overfor i forhold til hva media velger å presentere.

*"så det er å nå ut til media med de gode historiene som kan legge en demper på alt det negative."*

Dette er et sammenfallende inntrykk flere toppledere har. En oppsummerer slik:

*"Jeg har prøvd å ha et godt forhold til media. De er flinke til å ta opp negative saker og vi prøver å fore dem med mest mulig positive saker."*

En viss resignasjon kan spores her. Men likevel tyder undersøkelsen på at topplederne på ingen måte er passive i forhold til at de og deres organisasjon er av stor interesse både for brukerne og samfunnet for øvrig.

*"Hvis ikke journalisten gjør jobben sin må jeg av og til gå helt til topps i den avisen for å få ryddet opp litte grann. Det kan jo være krevende, men det er en fordel å ha vært lenge og kjenne personene."*

Hovedinntrykket er at topplederne ser på media som en integrert del av omgivelsene til helseforetakene. Det ser ut til at tiden som leder er av betydning for det å bygge et nettverk til mediene. Topplederne spiller på den ene siden på åpenhet og dialog samtidig som de på ulike måter forsøker å bygge rammer i form av for eksempel ulike retningslinjer.

Holdningen er at media skal få tilgang til den informasjon de ønsker. Det skal være mulig å få innsyn i hva helseforetakene driver med. Alle har en aktiv, og til dels oppsøkende strategi om nødvendig. Samtidig innser de at det ikke er alt media presenterer de kan ha styringsmulighet i forhold til. Topplederne gir uttrykk for en offensiv holdning der de forsøker ulike tilnærminger for å demme opp for det etter deres mening noe unyanserte bilde som dannes.

Forholdet til media tegner å være forholdsvis udramatisk for de topplederne jeg har intervjuet. Det kommer samtidig fram et ønske om at media tegner et annet og etter deres syn mer sannferdig bilde av helseforetakene og deres virksomhet. De ønsker seg et mer nyansert, positivt bilde av helseforetakene. Det er etter deres forståelse begrenset hvilken mulighet de som toppledere har til å påvirke.

#### ***4.5 "Innenriksminister" eller "utenriksminister"?***

Helseforetakene er store organisasjoner. De regionale helseforetakene har fått delegert ansvar for de lokale helseforetakene. De formidler det oppdrag staten bestiller, og gir helseforetakene tilgang til de økonomiske ressursene. Topplederne forholde seg til både ansattes interne interesser og samfunnets krav og forventninger. Det er ikke gitt at de ulike interessene er sammenfallende. Samtidig som vi ikke kan se bort fra at interne interesser faller sammen med de mer eksterne interessene. Her skal vi se på hvilke vektlegginger topplederne gjør. Dette henger både sammen med deres egenforståelse av topplederrollen samt hvilke forventninger deres omgivelser signaliserer. Dette er ikke konstanter og deres egne fortolkninger er bestemmende.

En av topplederne sa dette om sine vektlegginger:



*"Jeg vil være innenriksminister. Det er det som er min jobb å utvikle det sykehuset her, så det kan yte den jobben som samfunnet forventer og bestiller av oss. Det gjør jeg ikke ved å reise rundt i verden. Mine prioriteringer er helt klare. Jobben min er å utvikle det sykehuset her og det gjør jeg med å være her å bistå menneskene rundt meg til å være med framover."*

En annen toppleder har en tilnærmet lik forståelse av hva han ønsker å vektlegge. Samtidig kommer han med noen betraktninger rundt det regionale helseforetaket:

*"Mitt ytre perspektiv går mot det regionale helseforetaket. Det er jo ikke noen fulltidsjobb å forholde seg til det nivået og vi jobber for så vidt med å minimalisere den kontakten... det skal være en kontakt som nesten er ideelt sett styrt av oppdragsdokumentet og rapporteringspunkter. ... det er ikke noe prosjekt hos meg å renne dørstokkene ned på RHFet for å kjøre enkeltsaker eller på andre måter å bruke tid der nede. Det er et slags sykdomstegn tror jeg om behovet for å dra dit ned blir oppfattet som stort."*

En annen toppleder gav inntrykk av en litt mer balansert tilpasning der det indre fokuset på lik linje med de overstående uttalelsene ble sett på som en sentral del. Samme toppleder påpekte videre en prioritering i retning av å samtidig rette en betydelig del av oppmerksomhet utover mot det regionale helseforetaket.

*"Du må drive en god del innenriks, men samtidig er det klart at det er en særdeles viktig rolle for meg som jeg ikke kan overlate til andre rundt meg i min stab å håndtere utenriks. Internt har vi en arbeidsdeling mellom meg og min assisterende direktør der jeg i hovedsak tar meg av utenriksdelen, mens han har et ansvar i den daglige kontakten mot avdelingene. Så slik sett bruker jeg mye av tiden min til å drive med utenrikspolitikk. Så i tid kan en si 50/50."*

En prioritering som avviker noe fra de andre er den topplederen som gir uttrykk for at han legger størst vekt på den utadrettede delen av topplederrollen. Dette forklarer han som et resultat av at han finner det interessant og at han i sin lederrolle legger stor vekt på det å være strategisk og i forkant av utviklingen.

*Nå som vi er inne i dette ... prosjektet og alle de tingene som har skjedd etter reformen i 2002 så vil jeg nok si at jeg er mest utenriksminister selv om jeg holder grepet på det indre også... jobber inn mot nye sykehusområder og samarbeidsmodeller med sykehusene i nabofylket for tiden.”*

Topplederne hadde noe ulike vektlegginger i forhold til samhandlingen med sitt regionale helseforetak. En av dem uttrykte det slik:

*”Skal en være i en region så er en nødt til å tenke.. altså heve seg litt over sin egen lille andedam selv når det gjelder det å kjempe for sitt sykehus så må man legge fra seg den rollen også.”*

De regionale helseforetakene skal sørge for at de lokale helseforetakene følger opp og leverer helsetjenester innenfor spesialisthelsetjenestens rammer i henhold til oppdragsdokumentet. Denne oppfølgingen ble karakterisert slik av en av topplerne:

*”Det er jo mye tettere oppfølging og styring nå. Tydeligere signaler ovenfra og masse krav som kommer gjennom foretaksmøter og oppdragsdokumenter. Ja, mer kontroll og mye mer rapportering. I og med at vi leverer såpass bra så blir vi ikke satt mest under lupen når det gjelder oppfølging, men det er en ganske tett oppfølging.”*

En av topplerne utdypet dette med å si at det regionale helseforetaket selv får de samme saksdokumentene fra staten representert ved Helse – og Omsorgsdepartementet, som de videresender til de lokale helseforetakene. Etter hans syn er det regionale helseforetaket på mange områder et mellomledd uten selvstendig kompetanse og kraft til å påvirke reelle organisatoriske og driftsmessige forhold. Topplederen påpekte også at direktøren i det regionale helseforetaket styres stramt på rammer og muligheter for alternative løsninger av staten. Han uttrykte også at der kunne ligge en dimensjon av kamp mellom det regionale helseforetaket og det lokale sykehusets autonomi. Her ble det understreket at det ikke trengte å være en slik dimensjon tilstede, men at det vil kunne være det. En av de merkbare endringene etter innføringen av helseforetaksreformen for denne toppleren er at

helseforetaket har blitt klarere definert som et operativt nivå med de begrensninger det har i forhold til for eksempel ressursdiskusjoner på egne vegne.

En annen toppleder sier dette om politikernes rolle i styrene og hvilken effekt det har for ledelse av helseforetaket:

*”Nå har politikerne kommet mer inn i styrene og vi ser at politikken blir mer og mer framtreddende og dermed at også interessekonflikten blir tydeligere. Fogderistriden har begynt å bli tydeligere etter hvert...”*

Denne topplederen erfarer at disse interessekonflikten kan komme i veien for det arbeidet som går på å utvikle en spesialisthelsetjeneste og et helsevesen som er tilpasset den befolkningen regionen har.

Topplederne i helseforetakene som er med i denne studien opplever at de regionale helseforetakene er en viktig del av deres organisasjon. Flere gir uttrykk for at det i dag er regionale helseforetak som på mange måter kan sies å fungere som budbringere for staten. Staten igjen er en relativt fraværende eier som ikke kommuniserer direkte med helseforetakene.

Topplederne har noe ulike vektlegginger om vi deler inn i innadrettet eller utadrettet fokus. To av respondentene har et klart innadrettet fokus, en gir uttrykk for et noenlunde jevnfordelt fokus, men at den utadrettede delen i større grad faller på topplederen alene. Det er verdt å merke seg at den av topplederne som har en medisinsk faglig bakgrunn i størst grad uttrykker et utadrettet fokus i sitt lederskap. En slik todeling kan synes noe kunstig siden innadrettet og utadrettet fokus kan overlappe hverandre. Likevel vil deres prioriteringer kunne belyse ulike vektlegginger de gjør som toppledere.

#### **4.6 Oppmerksomhet til alle**

En del av topplederens hverdag er å gjøre prioriteringer. Her skal vi se nærmere på hvilke erfaringer topplederne i denne studien hadde gjort seg i forhold til det å gi oppmerksomhet til de ansatte i helseforetaket.

Topplederne har selv gjennom intervjusamtalene synliggjort en stor vektlegging på kommunikasjon og da spesielt til egne ledere innad i helseforetakene. En av topplerne løste noe av utfordringen rundt oppmerksomhet slik:

*”Nå på denne tiden av året gjennomfører jeg medarbeidersamtaler med alle avdelingssjefene og så fortsetter jeg med å ha en runde ut til alle avdelingene der avdelingssjefene selv setter dagsorden og inviterer de som de ønsker skal være med på møte med direktøren. Jeg får en del tilbakemeldinger på at jeg er for lite synlig i organisasjonen. Alle vil ha direktøren i tale.*

Topplederen utdypet det med å være synlig i organisasjonen og koplet det både til bygningsmessige forhold og ikke minst til det faktum at helseforetakene også etter innføringen av helseforetaksreformen har vokst og fått flere deler innunder seg.

*”Ja. Det er ikke uten grunn jeg får tilbakemelding om at jeg er mindre synlig nå enn før reformen, og det er nok noe med at kompleksiteten har vokst og størrelsen på organisasjonen. Før hadde jeg kontor midt nede i huset og da var jeg nede i kantina hver dag når jeg var på kontoret. Nå er det veldig sjelden jeg rekker å gå dit ned å spise. Så det er nok reelt, men jeg prøver å få til andre fora der en kan møtes. Både å ha disse møtene internt i avdelingene og så har jeg jevnlig møter med mellomlederne, seksjonslederne og avdelingssykepleierne. En må møte de også selv om det ikke er beslutningsforum.”*

En annen utdypet det med oppmerksomhet fra toppledelsen på en noe annerledes måte:

*”Det med å bli sett er nok en metafor, det går på at de fysisk skal se meg. De skal oppleve at det skjer ting i organisasjonen som er positivt ut fra deres lokale ståsted... Vi har egentlig fire sykehus i foretaket. Da holder det ikke å bare konsentrere seg om det somatiske sykehuset her. Skal vi bygge foretak og skal vi ha mulighet til å slå en fellesramme rundt foretaket, så må min interesse være fordelt på hele foretaket... Asymmetrisk utvikling er konfliktskapende og det har vært et prosjekt hos meg på det å balansere de ulike utviklingsstøtene slik at følelsen av å bli sett og følelsen av å ta del i utviklingen skulle ha rimelige kår.”*

Her er det en oppfatning av at helseforetaket kan sees på som en mor - organisasjon med flere tilkoblede organisasjoner av ulik størrelse og med ulik funksjon. Her er et eksempel fra samme toppleder:

*”Et byggeprosjekt symboliserer en type oppmerksomhet, og det gir en veldig konkret føring inn mot det lokale. At ting skjer, her er det noe på gang. Det kan spinnes en del positive prosesser ut av det.”*

At det er krevende for en toppleder å fordele oppmerksomhet og det å møte forventningene om at topplederen som er leder for alle i hele helseforetaket skal være synlig ble bekreftet av en annen direktør som uttrykte det slik:

*Jeg er nok litt for lite synlig og det er en utfordring, men jeg tror de etter hvert skjønner at verden er sånn så jeg får tilgivelse for det... I en periode måtte jeg være veldig mye i psykiatrien og nå har jeg vært litt mer i somatikken fordi vi har drevet med endringer der.”*

På spørsmål om avstanden ned til avdelingsledernivå har blitt større etter helseforetaksreformen sa samme topplederen dette:

*”Nei jeg synes egentlig ikke det. De to siste årene har vi gjennomført et internt lederutviklingsprogram så jeg følger opp de på fellesmøter hvert år... jeg kjenner jo så mye mennesker jeg vet du at jeg føler meg rimelig komfortabel med å snakke med hvem det skal være om det er det som er behovet.”*

Ut fra de ulike innspillene kan vi se at topplederne på mange måter har en relativt lik tilnærming i forhold til det å fordele oppmerksomhet til de ansatte i sine lokale helseforetak. Topplederne finner dette utfordrende både på bakgrunn av organisasjonens størrelse, og at der er ulike behov i ulike deler av foretaket. Byggeprosjekt ble for eksempel brukt bevisst til å oppnå både en forbedring i bygningsmassen, men også som en håndfast del av det å gi positiv oppmerksomhet.

Et annet funn er at flere av topplederne i stor grad møter utfordringen med oppmerksomhet ved en form for sekvensiell synlighet. Dette ved at noe

oppmerksomhet er satt inn i faste rammer og ellers ved at topplederne forsøker å balansere og fordele oppmerksomheten der de ser behovet er størst. Balanseringen kan blant annet være med å holde konfliktnivået mellom ulike interesser nede.

#### ***4.7 Endring, endringsvillighet og motstand***

Etter helseforetaksreformen har helseforetakene på en annen måte, blitt avhengig av omgivelsene. Mest tydelig trer inntektskildene med større innslag av innsatsstyrt finansiering fram. Videre er det også blitt større konkurranse om pasientene. Dette har skapt en usikkerhet i omgivelsene. Denne økte usikkerheten fører til et større behov for endring og omstilling. Det er derfor interessant å få et innblikk i toppledernes forståelse av endringsarbeid i spesialisthelsetjenesten. Spesielt var det interessant å høre om de har opplevd at organisasjonen med sine ansatte har økt sin endringskompetanse.

En av topplederne svarte dette på spørsmålet om de ansattes vilje og evne til endring var forandret:

*”Endring er vanskelig enten det gjelder en stor og kompleks organisasjon eller i en liten organisasjon. Vi mennesker er slik laget at det er skummelt å måtte endre arbeidsvanene sine. Det er noen få som jeg tror synes det er spennende og går på med liv og lyst. Når vi har så mange ansatte er det klart at det er tunge prosesser. Jeg tror ikke folk er mer opptatt av endring nå enn de var tidligere, men de hører nok begrepet endring oftere nå enn tidligere. Med alle nye lover og krav som er kommet med pasientrettigheter så tror jeg det også er flere som innser at det må til en endring i mye av det vi gjør i arbeidsprosesser nå enn det var tidligere. Men som sagt det inngrodde mennesket tror jeg ikke er glad i å endre seg.”*

Denne topplederen la også vekt på den tregheten som kan være med å prege helseforetaket med sin størrelse og sine innebygde begrensninger i forhold til hurtige omstillinger:

*”Jeg tror stabilitet er godt for en slik organisasjon. Det å skape en ro og en forutsigbarhet som trengs nettopp fordi du ikke klarer å snu en organisasjon på et par år.”*

En annen av topplederne ga eksempel på at en ytre fysisk endring samtidig kan skape rom for andre omstillingsprosesser:

*"Når du bygger nytt, bygger om, bygger til så gir det også de beste mulighetene for å endre på organisasjonen, du løfter det litt og du har muligheten til å legge det på en ny måte... Du klarer å få til et endrings- og omstillings moment i de fleste organisasjoner der du kommer inn med for eksempel et moderniseringsprosjekt."*

Men at endring er krevende understreker også denne kommentaren:

*"Det er ikke særlig god strategi å tro at bare du får et styre til å bestemme noen ting så skjer det deretter. Beslutningen er den enkle delen av endring, så er det gjennomføringen som er "cluet"."*

En annen toppleder kommenterte motstand og faren med for hyppige endringskrav på denne måten:

*"Jeg skal ikke si de er konstanter, men noe du må forholde deg til uansett. Det er ikke slik at har du gjort det en gang blir det lettere neste gang nødvendigvis. Har du gjort det for mange ganger blir folk trøtt, forbannet og motvillig... du må ha litt følelse for hva som er tålegrensen."*

En annen toppleder gav et innblikk i hvordan han forholdt seg til endring og motstand:

*"Det ligger nok der i grunnmuren mye enda. Alle disse tingene er tunge prosesser, men når man har gjort det et par ganger og man har sett at det går seg til så lar man seg ikke styre av all motstanden ute. Uten at jeg tror jeg oppleves som noen bulldoser så tror jeg på en måte man får glidd det inn på en relativt udramatisk måte."*

Den siste toppleder vektla også trening, men da med fokus på organisasjonens tilvenning til omstillingskrav.

Når det gjelder motstand mot endring hadde han erfaringer som tilsa at det hadde skjedd en endring i det helseforetaket han ledet:

*"Jeg opplever at motstanden er mindre nå enn før. Og det tilskrives noe helt enkelt, det har med trening å gjøre. Akkurat som et enkeltindivid som slippes ut på en idrettsbane uten trening så blir resultatet deretter. Man vil ikke og hvis man blir tvunget ut på der så detter man sammen ganske kvikt. Det er det som er resultatet av mangel på trening og slik er det med organisasjoner og som i liten grad har omstilt seg som helsevesenet har gjort. Da må man trene og den må ikke bare doseres på en vettug måte, det må og passes på at alle får en hvis sjanse til å trene litt. Da merker du at evnen til å takle omstillingskrav den bli bedre og ferdighetene øker fordi man trener."*

Samme toppleder plasserer samtidig motstand som ikke bare noe utelukkende negativt.

*"Selvfølgelig er det ofte tungt fordi et sykehus driver med ting som er så vanskelig og som må være preget av gjennomarbeidede rutiner og prosedyrer... det skaper i seg selv en konservatisme som på mange måter er sunn for hvis man begynner å eksperimentere med nye ting hele tiden så kan man jo ikke det."*

Her ser vi tydelig at toppladelse blir forstått som en form for balansekunst når endring og endringskrav står i fokus. Timing, mengde og trening blir nevnt som nøkkelfaktorer for å lykkes. Det kommer også fram at topplederne ikke ser det som umulig å skape endrings- og forbedringsprosesser selv om de fleste opplever en relativt tydelig motstand hos store deler av de ansatte når det gjelder endringer. Flere ulike tilnærminger ser ut til å kunne bidra til å skape vellykkede endringsprosesser. Det spenner fra å porsjonere endringskrav til å få glidd de inn uten at det oppleves for dramatisk.

Motstand mot endring ble i stor grad sett på som noe ventet uten at topplederne gav inntrykk av at de opplevde det som noe utelukkende negativt. Det kom også fram at stabilitet og treghet som motvekt til endring blir vektlagt som noe positivt for helseforetakene som organisasjon.



#### **4.8 Lederen som politisk aktør**

Politikk er sentralt når knappe ressurser skal fordeles. Det innebærer at mål blir satt, prioriteringer ordnet, verdier fordelt og virkemidler valgt og anvendt. I spesialisthelsetjenesten har det etter helseforetaksreformen blitt endringer på områder som direkte påvirker toppledernes ansvarsområder. Her i denne studien blir spørsmålet om topplederne hadde en egenforståelse av sin rolle der de plasserte seg som politiske aktører på vegne av helseforetaket eller om de bare oppfattet seg som en ansvarlig del av produksjonsapparatet.

Topplederrollen kan i stor grad knyttes til de mer overordnede prinsippene og er politikk en sentral del av toppledernes organisasjonsforståelse? En av topplederne uttrykte det slik:

*"Helsevesen er politikk i aller høyeste grad. Jeg ser helt klart at jeg har en slags politisk rolle utad for å ivareta mitt helseforetaks interesser. Det er min rolle som direktør mener jeg. Samtidig så er jeg i et fellesskap i det regionale helseforetaket, så jeg må balansere det."*

En annen toppleder kommer inn på kursendring og omfordeling som sentrale deler av politikkområdet som toppledere i helseforetakene kan bli involverte i:

*"Hvis et sykehus er utsatt for trusler om nedleggelse, om funksjonsendringer og lignende, så blir en automatisk tvunget inn i en rolle som politisk aktør. Men jeg tror ikke det er absolutt. Hvis sykehuset har en rimelig harmoni med omgivelsene, leverer stort sett de tjenestene folk forventer og det ikke er evig bråk og spetakkel så vil sykehuset bli avpolitisert."*

Samtidig ble det uttrykt at helseforetakene kanskje er det mest politisk potente samfunnsområdet vi har i Norge i dag. Flere lignende tilnærminger kom til uttrykk:

*"Det å være politiker er jo selvsagt avhengig av at de oppfatter oss som en både legitim og rimelig formell representant for en stor organisasjon. Det tror jeg det er viktig at de ansatte oppfatter. At en fyller en rolle."*

Han knyttet den politiske rollen til at topplederen skal fungere hensiktsmessig i forhold til beslutningsnivået over og til omgivelsene. En annen svarte dette på spørsmålet om han så på seg selv som en politisk aktør:

*”Ja, det er klart. Det blir man jo siden man er en viktig organisasjon for samfunnet og betyr mye for mange mennesker. Så blir man tett fulgt og som sagt samarbeider vi tett med kommunene både politisk og administrativt og det er mye fokus på oss fra politiske myndigheter.”*

Her tydeliggjøres at det ofte er vanskelig å skille politikk og administrasjon. Dette var en av de topplederne som uttrykte at han i sin topplederrolle hadde vært spart for de store utfordringene med tungt politisk fokus, men at det var andre helseforetak som fikk slite mer med det. Dette viser at det i politikken natur er innslag av konflikter som kan være utfordrende i topplederrollen.

Respondentene i denne undersøkelsen viser at de i varierende grad opplever seg selv som politiske aktører. Det spenner fra en viss beklagelse over manglende påvirkningsmulighet til at de evner å få oppslutning og har gjennomføringskraft. Det kan se ut til at de balanserer sin lederrolle mellom de mer administrative kravene og finner påvirkningsmuligheter der det er mulig. Det å skaffe handlingsrom er nødvendig for å kunne være en politisk aktør på vegne av helseforetakene.

#### ***4.9 Betydningen av de økonomiske rammene***

Spesialisthelsetjenesten beslaglegger betydelige ressurser. Over 75 milliarder kroner i 2008. Dette er nesten 4 milliarder mer enn forrige år. Spesialisthelsetjenesten har vist seg krevende å styre og koordinere. Av de helseforetakene som ble ledet av en av respondentene i denne studien hadde et av dem underskudd i 2007, mens de andre var noenlunde i balanse. Topplederne hadde gjort justeringer som følge av instruksjonen om å gå i balanse. Noe de i utgangspunktet gav uttrykk for var et rimelig, men ikke nødvendigvis enkelt krav. Det kan se ut som at det i helseforetakene har skjedd en utvikling i retning av økt fokus på de økonomiske rammebetingelsene. Kontroll på økonomien gir i følge flere av topplederne i denne undersøkelsen en større handlefrihet. Topplederne ser det som en del av sin oppgave å gi mest mulig spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor de gitte rammene.

Selve verdiskapningen blir satt fokus på både ved at blikk rettes mot hvilke behandlingstilbud de ulike helseforetakene betjener samfunnet med, hvilken kvalitet disse tilbudene har og til hvilken pris. En av topplederne hadde denne uttalelsen om de økonomiske rammefaktorene og hva han i sin forståelse la til grunn:

*"Styring betyr at ressursbruken styres og at man har kontroll over ressursbruken."*

Men at det i store komplekse organisasjoner som helseforetakene ikke er enkelt, viser den videre kommentaren til samme toppleder:

*"Videre at man har planleggingssystemer og budsjettssystemer som fungerer ut fra en grunnleggende filosofi om at den faglige og den økonomiske logikk må forenes på et lavest mulig nivå i organisasjonen."*

En annen toppleder påpekte at det å drive i økonomisk balanse gjorde hans arbeidshverdag mye mer tilfredsstillende og positiv enn om der var et konstant press i form av økonomisk underskudd som skulle rettes opp. Han uttrykker det slik:

*"å drive i økonomisk balanse som vi har gjort i ni av ti år har gjort at det har vært trivelig å drive med dette her sett i forhold til å ha store underskudd som hele tiden utfordrer deg... I fjor hadde vi en minus som ikke var dramatisk stor, den styrbare delen som jeg kunne ta ansvar for var på 30 millioner og nå har vi reorganisert og lagt ned noen senger og redusert litt med årsverk, så nå tror jeg vi har kontroll igjen."*

At det å styre helseforetakene innenfor de økonomiske rammene er en sentral del av lederrollen viser kommentaren til en annen toppleder.

*"... det er kanskje ikke så mange som er klar over hva vi har bedrevet internt i virksomheten vår de siste årene for å tilpasse oss alle nye mål, krav og økonomiske resultatkrav... Nå mener vi at vi har fått styring og kontroll på økonomien, der hadde vi et kjempeår i fjor der vi gjorde veldig mye, eller egentlig har vi gjort mye de siste fire årene som vi nå høster resultat av."*

En av topplederne hadde et litt annerledes fokus på de økonomiske rammebetingelsene. Han vektla i tydeligere grad det å skaffe ressurser. Spesielt i form av å bli prioritert i sin region i forhold til investeringer i bygningsmassen.

*”Dette er konkrete eksempler på at vi har lykket i krevende prioriteringskamper og vi ligger med både første, andre og tredje prioritet foran alle andre aktører i vår region som også skriker etter store investeringer.”*

I helseforetakene har ”gapet” mellom hva som er medisinskfaglig mulig og det som er ressursmessig mulig, tatt mye oppmerksomhet. Tiltak som kortere liggetid og økende bruk av polikliniske behandlingstilbud kan være eksempel på ny medisinskfaglig kunnskap og teknologi. Samtidig kan det også være bidrag til økt effektivitet og innsparing. Denne studien viser at topplederne i stor grad greid å innfri de forventningene eierne har til økonomisk styring og kontroll og samtidig holde fred med de ansatte.

Det kommer fram en forståelse som vektlegger det å finne en balanse mellom ytre og indre krav og forventninger. For å oppnå dette samhandler de tett med medarbeidere nedover i organisasjonen både ved å delegere myndighet og ikke minst med å være tydelig i kommunikasjonen. Flere signaliserer at det har en direkte betydning for deres jobbtilfredsstillelse at de mestrer å innfri kravene i forhold til å holde budsjettene.

#### **4.10 Ledelse som generell kompetanse**

I denne undersøkelsen er en av topplederne utdannet lege, de tre andre har mer helseuavhengige utdannings- og yrkeserfaringer. For å få et innblikk i deres egenforståelse rundt hvordan de var tilpasset helseforetaket som fagbyråkrati spurte jeg topplederne om deres måte å lede på kunne ha fungert i andre organisasjoner som eksempelvis kunne være andre helseforetak med ulik størrelse og funksjonsfordeling eller andre store virksomheter.

En av topplederne kom med denne beskrivelsen av eget lederskap og om det ville ha fungert i andre organisasjoner:

*”Det grunnleggende i mitt lederskap tror jeg også kunne ha fungert i andre helseforetak. Men så må du ha det lille ekstra, du må kjenne kulturen, du må kjenne organisasjonen denne ”fingerspitzgefulen”... Organisasjonen må bli vant til deg på samme måte som du må bli vant til organisasjonen. Hadde jeg tatt med meg vår stil til en annen organisasjon så er det ikke sikkert at det hadde fungert. Du har noe som ligger i basis og så må du ha med de kulturelle tingene i tillegg før du kan lede en organisasjon godt.”*

En annen toppleder hadde denne uttalelsen om sitt lederskap:

*”Det å drive ledelse tror jeg ikke er så forskjellig. Å ha kontakt med ansatte og på en måte være synlig og gjøre alle de tingene der er generelt. Men det er klart at når du driver en så tung fagvirksomhet så er det en fordel i kommunikasjonen og kjenne folkene og kunne møte de diskusjoner som betyr noe for dem. Jeg er glad jeg leder noe jeg har kunnskap om, for å si det sånn.”*

En av de andre topplederne gav et interessant innblikk i at man som toppleder må bruke det handlingsrommet man har. Han sa det slik:

*”Nå er jeg en gammel mann etter hvert, hvem som påvirker hvem er det jo uvisst å si. Om jeg skulle vært i en annen organisasjon så hadde det ikke vært noen annen person. Jeg hadde sikkert gjort jobben på den måten jeg mer eller mindre gjør nå. Men konteksten er jeg opptatt av og jeg tror at ledelsen må forsøke å skape en kontekst som en selv evner å leve i. Det er lederens privilegium at du har mulighet og myndighet til å påvirke dine nære omgivelser slik at de blir funksjonelle og støttende for det lederskapet du ønsker å utvikle.”*

Videre svarte samme toppleder slik på spørsmålet om han kunne ha gått inn og ledet en hvilken som helst virksomhet:

*”Slik som jeg har jobbet over tid tror jeg at jeg hadde vært avhengig av å jobbe i en stor og ressurssterk organisasjon fordi min form stiller krav til ressurser i nære omgivelser.”*

Den topplederen som retorisk gav inntrykk av å ha tilpasset seg forventningene til profesjonell ledelse som det mer NPM orienterte synet forfekter, beskriver sine ledelsesmetoder slik:

*”Det det dreier seg om er å innføre normale ledelsesprinsipper som norsk næringsliv innførte i 80-90 årene... Jeg vil vel være så fri å tro at det som vi har jobbet med her gjennom mange år, er nå blitt mer og mer alminnelig rundt omkring i helsevesenet i Norge.”*

For å få bedre innsikt i hva de lengstsittende topplederne i helseforetakene hadde erfart var nyttige og kanskje nødvendige forutsetninger for å fungere i denne posisjonen utfordret jeg dem til å gi en kort beskrivelse av hvilke egenskaper de ville ha sett etter om de skulle ansette sin egen etterfølger. Her forutsetter jeg at deres målsetting er å rekruttere inn en toppleder som vil kunne lede helseforetaket på en god måte. Dette gir ikke direkte svar på hvordan deres ledelses- og organisasjonsforståelse ser ut, men gir likevel et indirekte bilde på deres vektlegginger. En av topplederne sammenfatter hva han ville sett etter hos en tenkt etterfølger:

*”Kunnskap om ledelse i sykehus, praktiske ferdigheter i å utøve ledelse og en passe, ikke solid, bransjekunnskap. Skulle jeg hive på et fjerde: kjenne politiske spilleregler og måten politikk utøves på, altså politiske beslutningsprosesser. Kunnskap om ledelse og dokumenterte praktiske ferdigheter i ledelsesfaget. Ja, helst fra sykehus”*

En av de andre topplederne legger stor vekt på en tenkt etterfølgers kommunikative evne og kopler det til evnen å ta gode beslutninger.

*”Da hadde jeg valgt en person som er åpen for ny kunnskap, som er lyttende og kan kommunisere. Det betyr at jeg ikke ville lett etter en person som på forhånd hadde gjort seg opp mange meninger og hadde mange løsninger. Jeg tror nøkkelen for å lykkes er at du har en god dialog og at du klarer å bli kjent med organisasjonen din på en slik måte at du etter å ha fått kunnskap klarer å gjøre deg opp dine egne meninger og kan stille kritiske spørsmål inn i organisasjonen. Videre når du får svar*

*på dine kritiske spørsmål vurdere om det er gode eller dårlige svar og ta beslutningene ut fra det.”*

På mange områder understøtter en av de andre topplederne disse synspunktene og sier det på denne måten:

*”Det går nok på kombinasjonsevne på samhandlingsevne og beslutningsevne. Det går videre på at du trenger ikke selv å være den mest sentrale i alle prosesser og samtidig opprettholde direktørposisjonen som en reell posisjon i organisasjonen. Jeg tror at det er såpass stort det systemet her, altså alle foretakene er såpass store og sammensatte og da må du ha en type posisjonstrygghet som gjør at du bruker organisasjonen. Alle sier at det er samlet mye kompetanse i sykehus og det er viktig å leve etter det å bruke kompetansen og ikke tro at en selv vet best i alle sammenhenger. Men du skal som leder være bevisst på at du skal treffe beslutninger og da må du samhandle med relevant kompetanse slik at de evner å skape en rimelig sammenheng mellom etablert kompetanse og beslutningsatferd.”*

Her vil jeg la den siste topplederens innspill stå for oppsummeringen av det budskapet topplederne med ulike vektlegginger presenterte:

*”En som er flink til å kommunisere og har kontakt utad. Å kunne kombinere det å lytte og samtidig være litt hard i klypa når det trengs.”*

Hovedinntrykket var at alle gav uttrykk for at de hadde en generell ledelsesbasis i topplederrollen sin. Også helseforetaksreformens intensjon om å få større kontroll med spesialisthelsetjenesten fordrer på mange område disse ledelsesprinsippene. De fire topplederne har ulike tilnærminger til sine lederroller, men alle ser at en forholdsvis stor del av deres funksjon er preget av en generell ledelsesfilosofi som kan passe inn i beskrivelsen av profesjonell ledelse. Så har de gjort sine individuelle justeringer.

Å være god i kommunikasjon er et fellestrekk. Samhandling, og kommunikasjon med omgivelsene blir forstått som en sentral forutsetning for ledelse. I tillegg vektlegger flere av topplederne beslutningsevne som en nødvendig egenskap i topplederposisjonen. Det dette ikke gir svar på er om disse langtidsoverlevende

topplederne ønsker å rekruttere inn "speilbilder" av seg selv eller om de mer gir uttrykk for vektlegginger uavhengig av hva de selv opplever at de mestrer.

## **5. Forståelser og overlevelsesmuligheter**

Fokuset i denne oppgaven har vært hva som kjennetegner egenforståelsen til ledere som har "overlevd" siden helseforetaksreformen ble innført og fram til i dag. I dette kapitlet vil jeg først oppsummere hovedfunnene, for deretter å diskutere disse i lys av sentrale aspekter ved de ulike teoretiske perspektivene som danner utgangspunktet for undersøkelsen.

### ***5.1 Funnene i undersøkelsen***

Gjennom intervjuene har det kommet fram en rekke funn som kan knyttets til toppledernes ledelses- og organisasjonsforståelse. I tabellen plasseres funnene i tilknytning til de ulike teoriene. Det må påpekes at dette er en forenkling. Mange av funnene vil kunne koples til flere ulike teoriperspektiver. Det er ikke unaturlig siden flere av teoriene som har blitt presentert også er til dels overlappende.



	<b>Topplederens vektlegginger</b>
<b>Kommunikativ ledelsesteori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Går i dialog med ulike interessenter</li> <li>• Arbeider for å skape en forståelse for at ledelse er en sentral funksjon for helseforetakets utvikling og eksistens</li> <li>• Nettverksbyggere</li> </ul>
<b>Rollesteori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fastholder den formelle makten de har i kraft av sin posisjon</li> <li>• Villige til å stå opp som politiske aktører for sitt foretak.</li> <li>• Gode til å fortolke endrede strukturer og rammebetingelser sammen med andre</li> <li>• Fordeler oppmerksomhet</li> </ul>
<b>Teori om lederegenskaper</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommuniserer godt</li> <li>• Kontakt med mange mennesker i og utenfor organisasjonen</li> </ul>
<b>Konfigurasjonsteori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Makt og ansvar delegert nedover i organisasjonen</li> <li>• Kyndighet og myndighet i samarbeidsrelasjoner</li> </ul>
<b>Proessorientert endringsteori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkjenner at endring tar tid</li> <li>• Motstand oppfattes som naturlig. Den kan ha både positive og forsinkende effekter</li> </ul>

Figur 6 – Funnene i undersøkelsen

Av tabellen ser vi at funnene kan plasseres i samtlige teoretiske kategorier denne studien bygger på. Hovedtyngden ser vi plasserer seg under kommunikativ ledelsesteori og rollesteori.

## **5.2 Ledelsesforståelse**

Ledelse kan forstås som en kontinuerlig, dynamisk prosess (Strand 2007). I følge kommunikativ ledelsesteori kan en forvente at lederen ved hjelp av kommunikasjon og samhandling skaffer oppslutning om prioriteringer med tilhørende beslutninger (Eriksen 1999). Ut fra teori om lederegenskaper ville vi kunne regne med at lederne

hadde en egenforståelse som tydelig satte eget lederskap og egne personlige egenskaper sentralt. Inntrykket etter intervjuene er at de hadde en forståelse som i første rekke var å skape en forståelse for ledelse som aktivitet. Topplederne vektla det å gå foran som et ledd i det å mobilisere oppslutning. Med seg hadde de topplererteamet og avdelingslederne slik at de i fellesskap kunne initiere og gjennomføre de beslutninger som er nødvendige for å nå en målsetting. Denne forståelsen samsvarer i stor grad med deler av rolleteorien som vektlegger lederen som anfører og forbindelsesledd. Dette kan være med å avspeile at ledelse er for sammensatt til at topplereren som enkeltaktør kan innfri det settet av krav og forventninger som følger topplererrollen.

### **5.2.1 Kommunikasjon i ledelse**

Kommunikativ ledelsesteori bygger på dialog og at sakene, prosessen og beslutningene skal stå i fokus (Eriksen 1999). Toppledelse ut fra denne teoriretningen kan være å balansere mellom det autorative som å fatte beslutninger når der er motstridende interesser, og det mer relasjonelle som kommunikasjon og samarbeid. Det faktum at spesialisthelsetjenesten har sterke profesjoner kan være med å forklare hvorfor en ledelsesforståelse som på mange måter har et relativt demokratisk preg over seg ser ut til å overleve. Topplererne i denne studien synes å på den ene siden å opptre lyttende og kommunikativt til profesjonene, samtidig som de uttrykker at deres ansvar i stor grad er å fatte vedtak basert på blant annet dialogene. Det kan se ut som de langtidsoverlevende topplererne mestrer denne balansegangen og har skaffet seg tilstrekkelig legitimitet til å fatte vedtak også når profesjonene ikke er fullt ut enige.

Topplererne vektla at kommunikasjonen med de ulike interessegruppene skal være tydelig. Dette for at omgivelsene og medarbeiderne i organisasjonen hele tiden skal vite hvilke prioriteringer og orienteringer som ligger til grunn for de ulike beslutningene og vektleggingene. Det betyr at ideelt sett skal ingen være usikre på hva ledelsen mener og beslutter.

Den kommunikative rasjonaliteten bygger på maktlikevekt (Eriksen 1999). Om disse topplererne og de ulike samarbeidspartene opplever kommunikasjonen som maktfri sier denne undersøkelsen derimot ikke noe om.

Topplederne i helseforetakene har etter innføringen av helseforetaksreformen fått lederansvaret for stadig større organisasjoner. De leder ulike helseforetak og utfordringene i forhold til å være tilgjengelig og synlig er derfor forskjellige. Som en av topplerne påpekte er det å være tilgjengelig ikke nødvendigvis synonymt med fysisk tilstedeværelse. Kanskje like sentralt blir det å fordele oppmerksomheten. Denne studien viser konturene av en ledelsesforståelse som på mange områder bygger på åpenhet, dialog og involvering. Samtidig er det tydelig at topplerne i helseforetakene har en sentral oppgave i det å finne løsninger og fatte beslutninger også under forhold der konsensus kan synes vanskelig. Det å være løsningsfokuseret strider ikke nødvendigvis mot den kommunikative rasjonaliteten. Topplerne i denne studien har noen tilnærminger som kan være med å bidra til å skape en forståelse for de tiltak de finner nødvendige og riktige. Det å formidle en overbevisning og å holde fokus over tid ser ut til å stå sentralt. Det samsvarer både med integratorfunksjon (Adizes 1980) og deler av rolleteorien som vektlegger lederens kontakt med andre aktører i og utenfor organisasjonen (Mintzberg 1973). Det å samarbeide tett med egne ledere kan være en måte som bidrar til å videreformidle ulike prioriteringer og beslutninger ut i organisasjonen.

Skal dialogen og sakene stå i fokus som i kommunikativ rasjonalitet må motstridende meninger i utgangspunktet ha lik oppmerksomhet. Det krever at saken og ikke personene eller posisjonen står i sentrum. Kommunikativ beslutningstaking i rendyrket form der alle berørte parter får delta og at dialogen pågår så lenge at vedtakene som fattes kan aksepteres av alle, kan ofte være krevende og ofte umulig i store komplekse organisasjoner. Det å i utgangspunktet være lyttende til ulike grupper kan se ut til å bidra til styrket legitimitet. Tidsressursen kan bli knapp om den kommunikative rasjonaliteten skal følges fullt ut. Innsikt i andres forståelser kunne bidra til at lederne lettere mestrer å fortolke de ulike krav og forventninger som er knyttet til topplerrollen. Vi ser at de lengstsittende topplerne er villige til å gå inn i diskusjoner med berørte aktører uten at de nødvendigvis følger den kommunikative beslutningsmåten fullt ut. Noe av kommunikasjonen finner sted først og fremst fordi det er forventet eller som ledd i å gi oppmerksomhet. Resultatet av dialogene vil av dette kunne være både å bygge relasjoner, skape legitimitet og sist men ikke minst som grunnlag for beslutningstaking. Kommunikative evner og en kommunikativ tilpasset ledelsesform ser ut til å være en viktig del i de ledelsesmåter som overlever

over tid. Begrunnelsen for å bruke betegnelsen tilpasset kommunikativ ledelsesform er at den kommunikative rasjonaliteten ikke følges i sin helhet. Ledelsesforståelsen til topplederne inneholdt avgjort elementer av den kommunikative forståelsen, men ikke i en rendyrket form.

Kravet til transparens kan koples til åpenhet og kommunikasjon. Åpenhet vil kunne styrke samarbeidet med for eksempel media, men også kunne være med å avdekke synspunkter og prioriteringer som i så stor grad strider velferdssamfunnets verdier at motstanden blir for massiv. Topplederne i denne studien har erfaring med at journalistikkens rapportering og kommentering ofte formidles ved en tilspissing. Konflikter framheves og historier framstilles ofte i en forenklet form (Skjeie 2001). Topplederne i undersøkelsen gir uttrykk for å være offensive i forhold til media. De gjemmer seg ikke.

Opplevelsen av at media i mange tilfeller ikke presenterer et sannferdig bilde kommer ikke i vegen for at de forsøker å spille på lag. Her kan det se ut som topplederne har en opplevelse av at helhetsbildet lett forsvinner i media. Ut fra datamaterialet kom det fram at topplederne hadde forståelser som sammenfaller med Mintzbergs informasjonsroller.

Selv om de har en aktivt og imøtekommende strategi i forhold til media, mener jeg bruken av spesialisert stabspersonell kan være et uttrykk for at dette har blitt både en høyere prioritert og mer krevende oppgave. Kanskje er det også et resultat av at pasienter og pårørende som Levay og Waks (2006) viser heller bruker media enn informasjon formidlet av spesialisthelsetjenesten selv for å skaffe seg informasjon. Både talsmannsrollen og ikke minst omdømmebygging er sentrale deler i toppledernes forhold til media. Det ser helt klart ut til at topplederne opplever en nærmest en forpliktelse til å være imøtekommende overfor medias behov. Noen bytterelasjon trer ikke klart fram av datamaterialet, men media har stor makt ved at de når mange og er de som definerer hva som er viktig og skal slås opp. Toppledernes imøtekommenhet overfor media vil positivt kunne påvirke hvordan media omtaler både foretaket og topplederne som enkeltaktører.

### **5.2.2 Ulike funksjoner og egenskaper**

Toppledelse er blant annet å ha ansvar for andres arbeid og beslutningstaking. Andre aktuelle funksjoner er tilrettelegging for måloppnåelse og det å sikre helhetlige strategiske føringer for hele organisasjonen (Strand 2007). For å få en bedre innsikt i toppledernes egenforståelse kan vi i tillegg til rolleteori legge til grunn et perspektiv der lederens personlige egenskaper står sentralt. Teori om spesielle egenskaper hos ledere som lykkes sier noe om ledere som enkeltindivid (Strand 2007). Antagelser om at topplederen er den som i hovedsak legger rammene og premisene for lederskapet trer fram.

Denne studien viser at topplederne i sin ledelsesforståelse støtter opp under antagelsen om at det er egenskaper som er viktige for toppledere å ha. De bør i følge respondentene ha gode verbale egenskaper. Dette kommer fram både når topplederne har gitt innblikk i tidsbruken, og videre som en del av ledelsesforståelsen. Flere av topplederne sier at deres tid i stor utstrekning blir brukt til kommunikasjon med medarbeidere, oppdragsgivere og andre aktører. En stor del av kommunikasjonen skjer verbalt, enten ansikt til ansikt eller gjennom telefon.

Topplederne i denne undersøkelsen ser ut til å kjenne mange mennesker og har mange kontakter på ulike nivåer. Inntrykket er at sosial kompetanse er en egenskap flere av topplederne synes å vektlegge. Spesielt en av respondentene snakket om at det var positivt for hans lederskap og kjenner mange mennesker både i organisasjonen og dens omgivelser. Denne undersøkelsen gir ikke grunnlag for å si noe om hvorvidt topplederne i denne undersøkelsen har velutviklet sosial kompetanse. Den sier heller ikke noe om hvorvidt de evner å tilpasse kommunikasjonen etter hvem de har kontakt med. Inntrykket etter intervjuene er imidlertid at topplederne ikke på noen måte problematiserer denne delen av jobben sin.

Datamaterialet inneholder også eksempler på kommunikasjon som finner sted i første rekke fordi det er forventet ut fra formalkrav. Det trenger ikke være motstridende, men mer et uttrykk for at struktur her kan ha like stor forklaringskraft som toppledernes egenskaper. Analysen støtter antagelsen om at ledere må ha en påvirkningslyst og en påvirkningsevne. Spesielt ble det tydelig når topplederne skulle

gi et innblikk i hva de hadde lykkes med. Alle hadde opplevelse av at de hadde lykkes med viktige endringsprosesser. I tillegg ser det ut til at det å ligge i forkant eller opplevelsen av å være "best" på enkelte områder, bidrar til at lederne trives i jobben sin.

At ledelsesforståelsen delvis bygger på lederegenskaper kom også fram når topplederne skulle si litt om hvem de ville ha rekruttert inn som etterfølger i sin egen posisjon. Beslutningsdyktig, kommunikativ og med bransjekunnskap var egenskaper som ble nevnt av de fleste. Det kan se ut til at det å kjenne sektoren og typen organisasjon kan være like sentralt som fagkunnskap, uten at det trenger å være motstridende. På mange måter kan dette sies å ikke helt samsvare med argumentasjonen hos Strand (2007) og Mintzberg (1989). Om ledelse i ekspertorganisasjoner/fagbyråkrati sier de at det generelt er liten etterspørsel etter ledelse av fagansatte og det som blir etterspurt er fagledelse. Hva eiere og eksterne interessenter ønsker sier teori om ekspertorganisasjoner derimot lite om.

Studien viser at topplederne gav uttrykk for at det å nå målsettingene de hadde satt seg, i stor grad var avhengig av samarbeid og støtte fra andre sentrale aktører. Gode egenskaper alene ikke er tilstrekkelig for en leder som lykkes. Dette strider til en viss grad mot forståelsen av at lederen som individ står i sentrum. Topplederne i denne undersøkelsen har vært med å vise at lederegenskaper kan være en basis å bygge på når de skal fylle de ulike rolleforventningene. Det ser ut til at toppledere må være dynamiske og velge vektlegginger ut fra helseforetakets behov. Da vil noen lederegenskaper være en god grunnutrustning når de skal prioritere mellom de ulike funksjonsområder. Så kan vi spørre oss om gode lederegenskaper egentlig er gode allmenneegenskaper også for andre som ikke innehar lederstillinger?

### **5.2.3 utfordringer knyttet til endring, engasjement og motstand**

Topplederne erkjenner at endring tar tid. Samtidig er de bevisste på at det å være handlekraftig og fatte beslutninger er sentralt i topplerollen. Dette harmonerer med Denise og Langley (2006) prosessorienterte tilnærming til endring i store komplekse organisasjoner. Ut fra denne teorien vil toppledere best nærme seg endringskravene ved å skape en forståelse for at endring tar tid.

Topplederne erfarer utfordringer knyttet til endring og motstand på forskjellige måter, men noen tendenser kan vi se. De bruker tid i forkant til å lytte til og snakke med aktuelle grupper. Det er for å sikre seg at alle forstår, og alle får mulighet til å komme med sine synspunkter. Dette samsvarer i stor grad med anbefalingene utledet fra den prosessorienterte endringsteorien. Dette betyr ikke at topplederne i denne studien er særdeles tålmodige og ikke ønsker å få beslutninger raskt implementert. Slik jeg ser det er det mer et uttrykk for at de kjenner organisasjonen. Helseforetakene er omgitt av mange ulike interessenter og det framstår som umulig å imøtekomme alle. Den dialogiske tilnærmingen til ledelse ser ikke ut til, som tidligere nevnt, å hindre dem i å fatte beslutninger selv om de er upopulære.

Samtidig som topplederne gir uttrykk for at endring ofte tar tid, uttrykker de at endringskrav har blitt en naturlig del av hverdagslivet i helseforetakene. Timing kommer fram som en egenskap for å få til endring og utvikling. Dette betyr at ledere mestrer å vurdere når det er klokt å introdusere og beslutte å gjennomføre en endring. I datamaterialet kom det i tillegg fram at endring med fordel kan posjioneres for å unngå for stor slitasje på medarbeiderne. Det vil også kunne være med å dempe eventuell motstand. En interessant erfaring er det en av topplederne beskriver som trening på endring. Han opplever at helseforetaket, fordi det har trent på endringsprosesser, i stadig større grad også får en økt kompetanse til å håndtere endringskrav og å gjennomføre endringer. Økt endringskompetanse kan her kanskje knyttes til en leder som signaliserer forventninger til sine medarbeidere. Hans tro på treningsmetaforen vil kunne være med å motivere og påvirke de ansatte i organisasjonen. Hovedforståelsen til topplederne i undersøkelsen samsvarer likevel med antagelser som sier at det finnes en god del innebygd motstand mot endring i store komplekse organisasjoner. Motstand bygger ofte på erfaring. Å lytte til erfarne medarbeidere vil også kunne hindre at endring fører til det verre.

I undersøkelsen kommer det fram en ledelsesforståelse som i stor grad faller sammen med rollen som anfører og forbindelsesledd. Topplederen og lederteamet må gå foran og vise engasjement i endringsprosesser. Den forståelsen som peker seg ut er viktigheten av at topplederen støtter sine ledere tett i faser med krevende endringsprosesser. Kanskje spesielt i så store og komplekse organisasjoner som

helseforetakene blir det en sentral ledelsesoppgave å følge opp endrings- og forbedringsprosesser.

Det å imøtekomme forventningene om stadig endrings- og forbedringsprosesser kan se ut til å være en ikke ubetydelig grunn til at noen overlever i topplederposisjonen i helseforetakene. Med i dette bildet mener jeg tilpasning kan være en ressurs for å møte utfordringer og å overleve. Det samsvarer med det Levin og Klev (2006) sier om tilpasning til ytre krav. Dette kan på den ene siden høres passivt aksepterende ut, men samtidig vil det på den andre siden kunne bidra til overlevelse i posisjonen. Når vi samtidig har fått innsikt i at det å drive endringsarbeid tar tid, er det å overleve som toppleder sentralt for å i det hele tatt ha mulighet til å gjennomføre større utviklingsprosjekter. Desentralisering av makt og ansvar til andre ledelsesnivåer i foretaket er også en tilpasning som kan være med og reduserer noe av kravene og forventningene til topplederne. Spesialisthelsetjenesten må i dag kontinuerlig håndtere indre og ytre endringskrav. Helseforetakene som organisasjon ser ut til å trenge toppledere som behersker både å "time", prioritere, følge opp og fullføre endringsprosesser.

### ***5.3 Organisasjonsforståelse***

I situasjonsbestemt organisasjonsteori blir gjerne sykehus omtalt som typiske eksempler på ekspertorganisasjoner eller fagbyråkrati. I slike organisasjoner er ledelse lite etterspurt og vi vil kunne forvente at ledere som overlever i liten grad utfordrer de kyndige ekspertene. De er profesjonelle medarbeidere og bruker organisasjonen som ramme for egen yrkesutøvelse (Strand 2007, Mintzberg 1989). Topplederen må i denne type organisasjon forholde seg til at ofte er det de ansatte "på gulvet" som er best orientert på områder knyttet til tjenesteproduksjonen. Denne undersøkelsen viser at spenningsforholdet mellom kyndighet og myndighet representerer en sentral utfordring for topplederne.

#### **5.3.1 Rekruttere, bygge og styrke et nettverk av gode ledere**

Topplederne i denne studien ser ut til å møte styringsmessige utfordringene på bakgrunn av at de kyndige befinner seg i den operative kjernen ved å bygge et nettverk av dyktige ledere i egen organisasjon. Dette samsvarer med funn i undersøkelsen om helseforetakenes interne organisering og ledelse. Den viste at et



av de mest åpenbare endringstrekkene i sykehusenes interne organisering er økt ansvarliggjøring og delegering av myndighet til avdelingsnivået (Kjekshus og Westlie 2007). Å lede et arbeidsfellesskap i store organisasjoner krever at topplederen har samarbeidsparter. Kjennskap til og kunnskap om helseforetaket som organisasjon ble vektlagt som en nyttig forutsetning for å møte utfordringene. I helseforetakene med sterke profesjoner og til dels motstridende verdigrunnlag kan det se ut til at topplederne har en forståelse av at helseforetakene best ledes av et lederteam med sterk forankring innover i organisasjonen. Denne undersøkelsen viser at topplederne gir uttrykk for å nærme seg utfordringen nettopp ved å forsøke å skape en forståelse for hvorfor ledelse er sentralt også i helseforetak. Denne vektleggingen på ledelse vil til en viss grad stride mot teorien om at i ekspertorganisasjoner er det i første rekke fagledelse som er etterspurt (Mintzberg 1989, Strand 2007).

Topplederrollen kan bli uoverkommelig om en alene skal løse alt knyttet til både interne og eksterne problemområder. Lederne i denne undersøkelsen opplever og opptrer som nettverksbyggere. De har tilpasset seg oppgavemengden ved å delegerer ansvar samt å styrke ledelsen nedover i organisasjonen. Kapasitetsproblem ble nevnt som en mulig årsak til at andre sluttet i topplerstillingen etter kort tid. En effekt av å delegerer ansvar og styrke ledernivåene under, vil kunne redusere utfordringene med for mange arbeidsoppgaver. For å mestre delegering må det også ligge til grunn en tillit til lederteamet. Det kan være en medvirkende årsak til at topplederne i denne undersøkelsen så sterkt vektla det å finne de potensielt gode lederne og rekruttere de inn i organisasjonen. Det vil kunne bidra til et mest mulig velfungerende lederteam rundt toppleren.

Topplederne gav uttrykk for at å rykke ut og nedover i organisasjonen for å støtte og motivere når det er behov for det vil kunne være et av deres bidrag for å styrke ledernetverket. På sikt vil dette skape større forventninger om at nivåene under selv løser problemer som måtte dukke opp. Dette bidrar videre til at topplederne får større kontroll over sin egen rolle og unngår at andre er de som styrer hverdagen til toppleren ved at alle krav sendes oppover. Å ha strategier for å unngå at alle problemer flyttes oppover kan være med å lette presset på topplerrollen.

Topplederne som er leder for alle i hele virksomheten ender opp med et fokus på å være leder for andre ledere. Den interpersonelle delen av Mintzbergs rolleteori får stor forklaringskraft når topplerne i så stor grad leder gjennom andre ledere. Denne måten å lede på vil slik jeg ser det, forutsette en forståelse av å løfte fram andre slik at de også får æren når de lykkes. Jeg mener det har kommet til uttrykk i denne undersøkelsen ved at topplerne retorisk har brukt uttrykket "vi" i mye større grad enn "jeg".

Det å skape en aksept for ulike beslutninger ser det ut til at topplerne i denne undersøkelsen best gjør ved å være i dialog med de ulike interessegruppene for å bygge et best mulig grunnlag for å fatte beslutninger. Det kommer fram at også strukturelle tiltak settes i verk for å sikre at viktige grupper blir gitt mulighet til dialog med topplerne. Å kombinere flere strategier for samhandling mellom lederen og de ansatte er en tilnærming som sikrer bredere deltagelse i ulike prosesser.

#### ***5.4 Hva sikrer overlevelse?***

Topplerne i denne studien har hatt suksess ved at de har greid å overleve som leder for sine helseforetak over en lang periode. Rolleteori sier noe om krav og forventninger knyttet til ulike roller. Forventningen ut fra teori er at "overleverne" i denne undersøkelsen mestrer å fortolke de ulike krav og forventninger knyttet til topplerrollen. Forventninger skaper både muligheter og begrensninger. Under intervjuene kom det fram at flere topplerne hadde erfaringer der de hadde tatt avgjørelser eller stilt krav som de opplevde kunne ha kostet dem jobben. Det er med og tydeliggjør at det kan være noen hårfine balanse ganger mellom enten det å "vinne" slike dragkamper eller å måtte gå fra stillingen. Resultatet om lederen får fortsatt tillit, kan bli at han kommer styrket ut og med det kanskje får økt sitt handlingsrom. Motsatt om topplerne tar for stor risiko og for eksempel overskrider de økonomiske rammene, står de i fare for å miste tillit hos eierne. Dette er en av de årsakene som nevnes som svar på hvorfor vi har hatt et så høyt forbruk av topplerne i helseforetakene i Norge. Et spørsmål kan være om det er innslag av tilfeldigheter som fører til at noen må gå, og andre kommer styrket ut av liknende situasjoner. Det vil trolig være sammensatte årsaksforhold som fører til at en leder

må gå fra stillingen sin, men kanskje er det bare den utløsende årsaken som blir kjent.

Selv om der er ulikheter viser topplederne i denne studien at de bevisst forsøker og manøvrerer i dette terrenget av utfordringer. Det å innfri alle forventningene som følger topplederrollen blir beskrevet som krevende, og toppledere kan lett komme inn i det sporet der de opplever at uansett hvor mye tid og krefter de legger i jobben sin, kan de gjøre mer. Denne forståelsen antyder at toppledere må ha en vurderingsevne som går på det å vite når det kreves ekstrainsats, samtidig som en må ha evne til å justere arbeidsmengden til det akseptable i hverdagen. Dette vil også innebære både å prioritere hvilke oppgaver topplederen skal gjøre og hvilke han kan delegerer til andre i organisasjonen. Det å kunne sette sine egne grenser og være med påvirke egen arbeidshverdag vil kunne skape en viss oversikt selv om deler av topplederposisjonen alltid vil være preget av uforutsigbarhet og forventninger om umiddelbare reaksjoner fra topplederen. Det er grunn til å anta at topplederne som har stått i stillingen lenge har noe av den "manøvreringsevnen" eierne ønsket da helseforetaksreformen ble innført i 2002.

Å komme i langvarige konflikter med egne ansatte på den ene siden eller eierne på den andre siden, kommer fram som to mulige årsaksforhold til at mange har måttet slutte i jobben som toppleder. Det å skaffe seg legitimitet er av betydning for om man som toppleder greier å opparbeide seg stort nok handlingsrom for beslutningstaking. Ut fra konfigurasjonsteori vil det i helseforetakene være blant annet profesjonene, med legeprofesjonen i spissen, topplederne må ha et samarbeid med for å opparbeide nødvendig tillit innad i organisasjonen. Det kan synes å være av stor betydning for topplederne når ulike endringer og forbedringstiltak skal settes i verk. Overlevelse som toppleder i helseforetakene ser ut til å blant annet basere seg på denne tilliten og det samarbeidet topplederne greier å bygge opp med fagmiljøene innad i helseforetaket. Derfor kan det være toppledernes kommunikative evne og kommunikative ledelsesforståelse som gir størst forklaringskraft. Nettverket av gode avdelingsledere kan se ut til å være med på å sikre og holde ved like et slik samarbeid. En annen samarbeidsgruppe for topplederne i denne sammenhengen er de tillitsvalgte. Det er tydelig at topplederne i denne undersøkelsen ser verdien av dette samarbeidet. Det betyr som en av topplederne så tydelig uttrykte ikke at de

alltid er enige, eller greier å bli enige. Likevel er det for en toppleder av betydning å holde de tillitsvalgte orientert, lytte til deres uttalelser og gå i dialog. Inntrykket er at topplederne er bevisst hvilke forventninger og hvilken maktfaktor i organisasjonen de tillitsvalgte representerer.

Eierne og samfunnet for øvrig har forventninger til økonomisk styring og kontroll. Det ble gitt uttrykk for at nettopp mangel på økonomisk styring har vært en årsak til at mange toppledere har blitt skiftet ut. Topplederposisjonen i helseforetakene kan synes å ha blitt mer synlig. Som det kommer fram av datamaterialet og som samsvarer med utsagnene til Marstein (2005), kan det se ut som at når eierne ser behov for endring er det lett at topplederne blir "ofret". Dette henger sammen med at de som virksomhetsledere har det overordnede ansvaret for alle deler av driften. Samtidig kan vi spørre om toppledernes økte synlighet også kan være en medvirkende årsak til at de må gå når eierne ser behov for en endring. Eiernes ønske om å vise handlekraft når forventningene til foretaket ikke innfris, blir synliggjort ved at topplederen blir skiftet ut.

#### **5.4.1 Lojale til reformen**

Vi ser av analysen at topplederne gir inntrykk av å forholde seg rimelig lojalt til de mange endringene som kom i kjølevannet av helseforetaksreformen uten at det er gitt at de er enige i den. Spesielt de økte rapporterings, og dokumentasjonskravene blir nevnt av flere som merkbare endringer sett i forhold til deres rolle. Dette samsvarer med rolleforventningene knyttet til overvåkning, ressursfordeling og forhandling (Mintzberg 1973). Reformen forutsetter at topplederen tar ansvar for alle deler av driften til helseforetaket. Lederen kan da bli helten som får æren for gode resultater eller motsatt den som blir sparket fra stillingen når kravene og forventningene fra ansatte, eierne eller omgivelsene ikke blir innfridd.

Flere toppledere har en organisasjonsforståelse som underbygger at de etter helseforetaksreformen har fått innskrenket sitt handlingsrom hva prioriteringer og påvirkningsmuligheter angår. I tillegg kommer opplevelsen av at de blir mye tettere målt i forhold til ulike styringsparametere. Selv om hovedtendensen er at de blir tettere fulgt etter helseforetaksreformen ser flere dette som en utvikling som startet flere år før reformen ble innført. Det kan være med å vise at den New Public

Managementorienterte utviklingen startet lenge før og uavhengig av helseforetaksreformen. Dette mener jeg er en utvikling som med stor sannsynlighet ville kommet selv med fortsatt fylkeskommunalt eierskap.

Denne studien viser at spesielt en av topplederne i stor grad tar del i utformingen av framtidens organisering av spesialisthelsetjenesten. Da først og fremst ved å ha et tett samarbeid med det regionale helseforetaket og de andre foretakene i sin region. Denne lederen har helsefaglig bakgrunn og kanskje er det en medvirkende årsak til at han i mindre grad har behov for det å bygge legitimitet innad i organisasjonen? Ut fra undersøkelsen er det vanskelig å si noe om i hvilken grad de andre topplederne har fokus på utformingen av spesialisthelsetjenesten i et mer helhetlig ytre perspektiv. Inntrykket er at her varierer toppledernes praksis på bakgrunn av interesse og opplevde forventninger fra omgivelsene.

Topplederne i denne studien har stort sett greid å holde seg innenfor de økonomiske rammebetingelsene. De forholder seg til omgivelsenes krav, samtidig som de har greid å skape en viss forståelse for det innad i organisasjonen. Flere av topplederne opplever at fordi de har kontroll på budsjettet og overholder de krav som settes, får de et større handlingsrom til å utøve lederskap. Den makten som er forankret i de økonomiske ressursene i helseforetakene har på mange måter store begrensninger innebygd i et system av instruksjer og kontroll (Strand 2007). Toppledere er i en posisjon som gjør at de er sentral i det å skaffe organisasjonen ekstra ressurser. De har også et større ansvar for hvordan de økonomiske ressursene forvaltes. I helseforetakene kan ressursene omfordeles. En avdeling kan for eksempel legges ned til fordel for utvidelse av en annen. Det betyr tap for noen og det kan lett bli konfliktfylt for lederen. I dag skal topplederne i helseforetakene få fagfolkene til å ta innover seg at det ikke finnes isolert sett medisinskfaglige beslutninger. Alle beslutninger vil være innleiret i ressursmessige hensyn. Det betyr både kompetanseforhold og ikke minst økonomiske hensyn. Noe av svaret på at dette er utfordrende finner vi av de stadig stigende utgiftene til spesialisthelsetjenesten. Som vi kunne forvente har topplederne i denne undersøkelsen et rimelig grep om økonomien. Å holde seg til de økonomiske rammene ser ut til å oppleves som et av de sterkeste kravene fra eierne for å få tillit som topplerer. Derfor er funnene i

studien til Torjesen (2007) som viste at ledere er mer resultatorienterte samsvarende med det vi kan forvente fra ledere som har ambisjoner om å bli i topplederposisjonen.

#### **5.4.2 Ledererfaring**

Det var ved innføringen av helseforetaksreformen en målsetting at ved å samle ansvaret for alle deler av virksomheten hos topplederen skulle man få en autorativ ledelse som var med å dempe konfliktnivået mellom profesjonene. Flere av topplederne i denne studien vektlegger et innadrettet fokus. Om dette bunner i helseforetaksreformens forventninger og krav til dem som toppledere gir det ikke direkte svar på, men tegn tyder på at de ved å gjøre denne vektleggingen blant annet prioriterer å holde konfliktnivået nede. Interessant er det at lang tid i topplederposisjonen synes å ha betydning for både hvor mange konflikter topplederne må håndterer, og hvor lett det er å være autorativ og avslutte en konflikt. Dette viser at å ha erfaring som toppleder kan være et fortrinn i forhold til både å dempe og å avslutte konflikter. Det samme gjelder det å ta omstridte beslutninger. Et interessant innspill som delvis motstrider vektleggingen av erfaring var fra en av topplederne som sa at i direktørstolen har du ingen prøvetid. Med det mente han at en toppleder ville svi av for mye legitimitet om han skulle bruke lang tid på å prøve å feile. Analysen viser at legitimitet bygger topplederne opp over tid. Oppbygd legitimitet kan derimot på kort tid rives ned igjen ved å gjøre ukloke vurderinger.

Ser vi på tidsperspektivet, mener de fleste av topplederne at deres lange fartstid er en fordel i forhold til både stabilitet og endring. Begge deler er viktig i en organisasjon. Det er ikke topplederposisjonen i seg selv som avgjør handlingskapasiteten og handlingsrommet, men heller hvordan den blir forvaltet og hvordan ulike påvirkningene influerer. Det er tegn som tyder på at de lengstsittende topplederne opplever at erfaring med og kunnskap om ledelse er en sentral forutsetning for å kunne manøvrere mellom alle mulige motsetninger. Dette kan på noen områder sies å stride mot den store troen på foretaksorganiseringen. Når vi samtidig bruker de statistiske faktaene ser vi at nettopp erfaring i å utøve lederskap i helseforetak blir en utfordring med den høye utskiftningsfrekvensen av toppledere vi har i helseforetakene i Norge. Topplederne uttrykte at det å kjenne organisasjonen er en forutsetning som lettet ulike endringsprosesser.

Statens målsetting om en felles nasjonal kultur for ledelsesfokus i helseforetakene ser derfor ikke ut til å være nok. Ut fra datamaterialet i denne undersøkelsen vil en lokal kunnskap være et positivt tillegg når endrings- og forbedringsprosesser skal initieres og implementeres i foretakene. Mer kunnskap om konteksten de ulike topplederne virker i ville kunne gitt en sikrere og større kunnskap om dette feltet.

### ***5.5 Avsluttende refleksjoner***

Empirigrunnet i denne studien er begrenset siden det var de lengstsittende toppledernes egenforståelse som har hovedfokus. Denne studien har sett på deler av langtidsoverlevende topplederes ledelses- og organisasjonsforståelse. Deres opplevelse og vektlegginger bygger på en erfaringsmessig forståelse. Teorirammen har sammen med empirien dannet grunnlaget for de ulike tolkningene. Teori kan i større og mindre grad belyse det innsamlede datamaterialet. Jeg mener mye av teorirammen på en god måte har vært med å bidra til de tolkningene som kommer fram av undersøkelsen. Likevel vil jeg kritisk sette søkelyset på at store deler av den organisasjonsteoretiske rammen denne oppgaven opererer innenfor. Mintzberg og Strands kategorisering av organisasjonstyper der helseforetakene er typiske eksempler på fagbyråkrati eller ekspertorganisasjoner har blitt presentert. Kanskje ville en annen organisasjonsteoretisk tilnærming gitt et bedre grunnlag for å drøfte toppledernes ledelses- og organisasjonsforståelse? I denne studien vektlegger topplederne i større grad relasjoner til lederne i organisasjonen og gjør tilpasninger som er forenlige med de krav og forventninger som følger av innføringen av helseforetaksreformen. Likevel mener jeg den organisasjonsteoretiske rammen har forklaringskraft når toppledernes bevissthet rundt viktigheten av å ha kjennskap til helseforetakene som organisasjon trer fram som et sentralt funn. Deres vektlegginger rundt det å rekruttere toppledere til helseforetakene inneholder elementer av kjennskap eller kunnskap om spesialisthelsetjenestens organisering. Så vil det videre kunne diskuteres om de andre idealtypene maskinbyråkrati eller byråkrati passer bedre som en beskrivelse på helseforetakene med det økte fokuset på funksjonsfordeling og spesialisering koplet til en i stadig økende bestiller - utfører logikk. Til teorien om spesielle lederegenskaper som ble presentert kan vi stille spørsmålsteget ved om det er mulig å spesifisere slike egenskaper. Vi ser at teorien på mange måter ramser opp en rekke gode egenskaper som vil kunne være nyttige i flere posisjoner.

Det er også verdt å påpeke at denne studiens empiri utelukkende er toppledernes egenforståelse. Her kommer deres egenrapportering fram og vi får ikke direkte svar på om dette er en sannferdig beretning eller mer er et svar på hva de opplever at det forventes at de svarer. For å få et mer nyansert datagrunnlag hadde det vært interessant og fått andres syn på topplederne og deres organisasjons- og ledelsesforståelse. Aktuelle informanter ville da kunne være tillitsvalgte for de store profesjonene, avdelingsledere og journalister med helsesektoren som interessefelt. De ville kunne gitt innspill på om toppledernes egenrapportering samsvarte med andres oppfatning av toppledernes ledelses – og organisasjonsforståelse.

Ledelse og organisering er kontekstavhengig. Denne studiens design har ikke på en god måte klart å ivareta et kontekstuellt perspektiv. Her er det den generaliserte konteksten som i stor grad legges til grunn. Fordi vi vet at topplederne i denne studie leder helseforetak av ulike størrelse, geografisk spredning og funksjonsområder, hadde det gitt et mer helhetlig bilde om studien hadde sett nærmere på de ulike helseforetakene de ulike topplederne virket i.

Tilgangen til respondenter ut fra kriteriene har vært begrenset og undersøkelsens funn kan derfor ha begrenset overføringsverdi. Likevel mener jeg at nettopp denne begrensede tilgangen på respondenter er med å tydeliggjøre at de sitter inne med unike rolleerfaringer som i alle fall kan være til inspirasjon i ledelses - og organisasjonsforståelser.

Innføringen av helseforetaksreformen har medført endringer i forhold til de krav og forventninger som stilles til topplederne i helseforetakene. Denne studien har på ulike måter forsøkt å se nærmere på hvilke forståelser de topplederne som har hatt suksess ved å stå i stillingene over tid har. Som antatt innledningsvis kan ikke denne analysen gi et eksakt svar på hvilke forståelser som er rådende, men vi kan se noen tendenser og noen vektlegginger som trer klarere fram.

Denne studien har vist at det er flere forhold som virker inn på ledernes opplevelse av mulighet til å påvirke. Deres betingelser for ledelse avhenger av både formelle mandat og skapt og opplevd handlingsrom. Ser vi først på de ytre faktorene har vi reformen som på den ene siden signaliserer større ansvar og handlefrihet og på den



andre siden stiller store krav i forhold til styring og kontroll. I tillegg har lokalsamfunnet sine krav og forventninger. Ser vi videre på de indre faktorene og deres påvirkning av det opplevde handlingsrommet trer profesjonene og deres kyndighet fram som en sentral faktor. Samarbeidet med profesjonene kan virke både begrensende og muliggjørende på toppledernes opplevde handlingsrom. Organisasjonsformen henger sammen med toppledernes samarbeid med de kyndige. Den tredje sentrale faktoren velger jeg å kalle toppledernes egne ressurser. Handlingsrommet kan både innskrenkes og utvides på bakgrunn av toppledernes ulike lederegenskaper.

Ledelsesforskning er et mangefasettert område som henter inspirasjon fra ulike fagfelter. En av de mest framtreddende ledelsesforskerne James G. March sa i en publisert samtale blant annet:

*"Jeg tror, at ledere i praksis nogle gange er mindre reflekterende, end de kunne være. Ledelsesretorikken fordrer av lederne, at de foregiver, at tingene er klarere, at alting er simpelt. Ofte ved de godt, at livet som leder er mer tvetydig og motsætningsfuldt, men kan ikke sige det højt."*  
( March 2005:28)

Ut fra March kunne vi forvente at topplederne under intervjuene hadde stort fokus på strategi og rasjonell tilnærming til ledelse og organisering. Denne studien har derimot vist at toppledernes forståelser er at ledelse i foretakene er preget av kompleksitet med iboende motsetninger. Inntrykket er at "overleverne" er innforstått med de usikkerhetsmomentene posisjonen medfører. Deres forståelser går mer i retning av en kommunikativ relasjonell forståelse. De balanserer på ulike måter mellom de krav og forventninger som er knyttet til rollen som toppleder. De må i topplederposisjonen evne og leve med motstridende interesser. Denne utfordringen erfarer de best å løse ved å samhandle med og støtte egne ledere. Kjennskap til organisasjonstypen, oppbygd legitimitet og en åpen samarbeidende innstilling som samtidig ikke utelukker den formelle autoriteten til topplederrollen står sentralt i deres forståelse.

Denne studien sier ikke noe direkte om dem som har sluttet i topplederposisjonen. Har de gått til det private arbeidsmarkedet eller har de andre stillinger i

helseforetakene? Mer kunnskap om dette feltet ville kunne bidra til en økt innsikt i om egenforståelsen til de som har sittet lenge i topplederposisjonen i helseforetakene er avvikende fra egenforståelsen til de topplederne som har sluttet i sine stillinger etter kortere tid. Det er vanskelig å si noe om hvorfor toppledere ikke sitter så lenge på toppen som tidligere. Så avslutningsvis kan vi stille spørsmål om staten som eier arbeider for eller har som mål en kontinuitet i topplederposisjonene i helseforetakene i Norge. Kanskje må spesialisthelsetjenesten og sykehuseierne ta innover seg at kontinuitet er vanskelig å oppnå ut fra de forventninger og krav som stilles til topplederne i dag.

Dette feltet har vært interessant å forske på. For å få bedre innsikt i langtidsoverlevende toppledere i helseforetakene egenforståelse hadde det vært nyttig å følge opp med en komparasjonsstudie. Den kunne sammenligne de langtidsoverlevende toppledernes forståelser med andre toppledere i helseforetakene som har sittet i posisjonen en kortere periode. Hva i deres forståelse av ledelse og organisering ville være likt og hva ville eventuelt avvike? Da ville mer spesiell kunnskap om langtidsoverlevelse kunne komme fram. Å sammenligne denne studiens toppledere med andre langtidsoverlevende toppledere enten fra andre store kunnskapsbedrifter eller fra store private selskaper ville også kunne gi økt kunnskap om topplederes forståelser har mange fellestrekk eller om foretakenes organisasjonsmedlemmer, struktur og kontekst i stor grad preger toppledernes forståelser.

Siktemålet var at denne studien skulle bidra til større innsikt i ledelsesformer som overlever i helseforetakene på bakgrunn av "overlevernes" egenforståelse. Kanskje kan studien også være med å justere kravene til topplederne og skape nye forventninger til topplederrollen.

## Litteraturliste

Berg, Ole. 2006. *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel.* Oslo: Den norske lægeforening, tidsskriftets skriftserie. Kap. 4.

Byrkjeflot, Haldor. 1997. *Fra styring til ledelse.* Bergen: Fagbokforlaget.

Byrkjeflot, Haldor og Neby, Simon 2005. *Norge i Norden: Fra etterløper til pioner i reformering av sykehussektoren?*, i Opedal, S. og Stigen, I.M. (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen – søkelys på sykehusreformen.* Bergen: Fagbokforlaget.

Christensen, Tom, Lægreid, Per, Roness, Paul G. og Røvik, Kjell Arne. 2004. *Organisasjonsteori for offentlig sektor.* Oslo. Universitetsforlaget.

Eriksen, Erik Oddvar. 1999. *Kommunikativ ledelse.* Bergen. Fagbokforlaget.

Gammelsæter, Hallgeir og Torjesen, Dag Olaf. 2004. [Management between autonomy and transparency in the enterprise hospital.](#) Bind 1. Rokkansenteret.

Gilje, Nils og Grimen, Harald. 1995. *Samfunnsvitenskapens forutsetninger: Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi.* Oslo. Universitetsforlaget.

Grønmo, Sigmund. 2004 *Samfunnsvitenskapelige metoder.* Bergen. Fagbokforlaget.

Holter, Harriet og Kalleberg, Rangvald. 1996. *Kvalitative metoder i samfunnsforskning.* Oslo. Universitetsforlaget.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2004. *Organisasjonsendringer og endringsledelse.* Bergen. Fagbokforlaget.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand. Høyskoleforlaget.

Kjekshus, Lars Erik og Westlie, Anders. 2007. *Helseforetakenes interne organisering og ledelse*. Skriftserie 2008:1. Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO  
[http://www.med.uio.no/heled/HORN/publications/2008/INTORG2007\\_100208.pdf](http://www.med.uio.no/heled/HORN/publications/2008/INTORG2007_100208.pdf)

[ lastet ned 20.05.09]

Kjos, Kari Grendahl. 2005. *Ledelse i en endringsprosess- En studie av toppledere i fire lokale helseforetak*. [http://www.polis.no/Publikasjonsserien/ATM-serie%207-2008\\_KKG.pdf](http://www.polis.no/Publikasjonsserien/ATM-serie%207-2008_KKG.pdf) [ lastet ned 01.11.08]

Langley, Ann og Denis, J-L. 2005. *Neglected dimensions of organizational change toward a situated view*. Bergen. Fagbokforlaget.

Langley, Ann, Lines, Rune og Stensaker, Inger G. 2006. *New Perspectives on organizational Change and Learning*. Bergen. Fagbokforlaget.

Levay, Charlotta og Waks, Caroline. 2006. *Straven etter transparens*. SNS Forlag. Stockholm

Levin, Morten og Klev, Roger. 2002. *Forandring som praksis*. Bergen. Fagbokforlaget.

Lian, Olaug. 2003. *Når helse blir en vare*. Kristiansand. Høyskoleforlaget.

March, James G. 2005. *Valg, vane og vision*. Frederiksberg. Forlaget Samfundslitteratur.

Marstein, Egil. 2005. *Hodeløs hodejakt på norske sykehusledere*.  
[http://www.bi.no/Content/Article4\\_4091.aspx](http://www.bi.no/Content/Article4_4091.aspx) [lastet ned 02.10.08]

Mintzberg, Henry. 1973. *The nature of managerial work*. New York. Harper & Row

Mintzberg, Henry. 1983. *Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N. J. Prentice- Hall.

Mintzberg, Henry. 1989. *Mintzberg on management*. New York. Free Press

Roness, Paul (1997), *Organisasjonsendringar. Teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar*. Bergen. Fagbokforlaget.

Skjeie, Hege. 2001. *Det kritiske kjendiseri* Nytt Norsk Tidsskrift. 18, nr 3: 229-245.

Skogstad, Anders og Einarsen, Ståle. 2002.(red) *Ledelse på godt og vondt*. Bergen. Fagbokforlaget.

Strand, Torodd. 2007. *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2. utgave. Bergen. Fagbokforlaget.

Torjesen, Dag Olaf. 2007. *Foretak, management og medikrati*.

[http://www.polis.no/Avhandling\\_Dag%20Torjesen.pdf](http://www.polis.no/Avhandling_Dag%20Torjesen.pdf) [lastet ned 10.11.08]

Aadland, Einar. 2004. *Den truverdige leiaren*. Oslo. Det norske samlaget.

## **Offentlige publikasjoner**

Grunnstrukturen i helsetjenesten

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Sykehus/Grunnstrukturen-i-helsetjenesten.html?id=227440> [ lastet ned 03,02,08]

Høybråten, Dagfinn. 2002. *Medisinskfaglige utfordringer ved helseforetaksreformen*. Tale under Legeforeningens landsstyremøte.

[http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-II/Helsedepartementet/265625/265484/medisinskfaglige\\_utfordringer\\_ved.html?id=265578](http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-II/Helsedepartementet/265625/265484/medisinskfaglige_utfordringer_ved.html?id=265578). [ lastet ned 14.08.08]

Magnussen, Geir og Hansen, Peter Emmerich. 2005. *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet.*

[http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rap/2005/0006/ddd/pdfv/267200-r5040\\_helseforetaksmodellen2.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rap/2005/0006/ddd/pdfv/267200-r5040_helseforetaksmodellen2.pdf) [ lastet ned 10.08.08]

*NOU 1997:2. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19971997/002/PDFA/NOU199719970002000DDPDFA.pdf> [ lastet ned 03.02.08]

## **Lover**

Lov om helseforetak m.m. 2001.

[http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-20010615-093.html&emne=helseforetakslov\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-20010615-093.html&emne=helseforetakslov*&&)

Lov om pasientrettigheter. 1999.

[http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&&)

## Vedlegg

### **1. Regionale helseforetakene med underliggende helseforetak**

#### **Helse Vest RHF**

Helse Stavanger HF	<a href="http://www.helse-vest.no">www.helse-vest.no</a>
Helse Fonna HF	<a href="http://www.helse-stavanger.no">www.helse-stavanger.no</a>
Helse Bergen HF	<a href="http://www.helse-fonna.no">www.helse-fonna.no</a>
Helse Førde HF	<a href="http://www.helse-bergen.no">www.helse-bergen.no</a>
Apoteka Vest HF	<a href="http://www.helse-forde.no">www.helse-forde.no</a>

#### **Helse Midt-Norge RHF**

Helse Sunnmøre HF	<a href="http://www.apotekene-vest.no">www.apotekene-vest.no</a>
Helse Nordmøre og Romsdal HF	<a href="http://www.helse-midt.no">www.helse-midt.no</a>
St. Olavs Hospital HF	<a href="http://www.helse-sunnmore.no">www.helse-sunnmore.no</a>
Helse Nord-Trøndelag HF	<a href="http://www.helsenr.no">www.helsenr.no</a>
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	<a href="http://www.stolav.no">www.stolav.no</a>

#### **Helse Nord RHF**

Helse Finnmark HF	<a href="http://www.hnt.no">www.hnt.no</a>
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	<a href="http://www.sykehusapoteket.no">www.sykehusapoteket.no</a>
Nordlandssykehuset HF	<a href="http://www.helse-nord.no">www.helse-nord.no</a>
Helgelandssykehuset HF	<a href="http://www.helse-finnmark.no">www.helse-finnmark.no</a>
Sykehusapotek Nord HF	<a href="http://www.unn.no">www.unn.no</a>

#### **Helse Sør- Øst RHF**

Akershus universitetssykehus HF	<a href="http://www.nordlandssykehuset.no">www.nordlandssykehuset.no</a>
Aker universitetssykehus HF	<a href="http://www.hsyk.no">www.hsyk.no</a>
Blefjell sykehus HF	<a href="http://www.sykehusapotek-nord.no">www.sykehusapotek-nord.no</a>
Psykiatrien i Vestfold HF	<a href="http://www.helse-sorost.no">www.helse-sorost.no</a>
Ringerike sykehus HF	<a href="http://www.ahus.no">www.ahus.no</a>
Rikshospitalet HF	<a href="http://www.aus.no">www.aus.no</a>
Sunnaas sykehus HF	<a href="http://www.blefjellsykehus.no">www.blefjellsykehus.no</a>
Sykehuset Asker og Bærum HF	<a href="http://www.piv.no">www.piv.no</a>
Sykehuset Buskerud HF	<a href="http://www.ringerike-sykehus.no">www.ringerike-sykehus.no</a>
Sykehuset i Vestfold HF	<a href="http://www.rikshospitalet.no">www.rikshospitalet.no</a>
Sykehuset Innlandet HF	<a href="http://www.sunnaas.no">www.sunnaas.no</a>
Sykehuset Telemark HF	<a href="http://www.sabhf.no">www.sabhf.no</a>
Sykehuset Østfold HF	<a href="http://www.sykehuset-buskerud.no">www.sykehuset-buskerud.no</a>
Sørlandet sykehus HF	<a href="http://www.sykehuset-innlandet.no">www.sykehuset-innlandet.no</a>
Ullevål universitetssykehus HF	<a href="http://www.sthf.no">www.sthf.no</a>

## 2. Oversikt over toppledere i helseforetakene etter 2002

### Helse Sør-Øst

#### [Akershus universitetssykehus](#)

<a href="#">HF</a>	5.12.2001 Lars Øystein Dolva	27.8.2003 Are Helseth	16.4.2005 Erik Kreyberg Normann	
<a href="#">Aker universitetssykehus HF</a>	5.12.2001 Kari Elisabeth Sletnes	28.7.2004 Stig Bjørn Grydeland	16.4.2005 Hulda Gunnlaugsdottir	
<a href="#">Blefjell sykehus HF</a>	13.12.2001 Ole Braarud Tunold	31.1.2003 Per Christian Voss	13.1.2007 Ivar Kristian Dahl	17.9.2007 Per Christian Voss
<a href="#">Psykiatrien i Vestfold HF</a>	13.12.2001 Stein Are Agledal			
<a href="#">Ringerike sykehus HF</a>	13.12.2001 Bjarne Riis Strøm	1.7.2005 Unn Teslo	22.9.2005 Bjarne Riis Strøm	22.12.2005 Unn Teslo
<a href="#">Rikshospitalet HF</a>	11.11.2004 Svein Tore Valsø	5.2.2005 Åge Jan Danielsen		
<a href="#">Sunnaas sykehus HF</a>	5.12.2001 Torbjørn Jarle Gravås	28.11.2002 Einar Magnus Strand		
<a href="#">Sykehuset Asker og Bærum HF</a>	5.12.2001 Erik Omland			
<a href="#">Sykehuset Buskerud HF</a>	13.12.2001 Marit Hamkoll	31.8.2002 Erik Kreyberg Normann	21.5.2005 Halfdan Aass	4.9.2007 Marit Hamkoll
<a href="#">Sykehuset i Vestfold HF</a>	13.12.2001 Bjørn Grønli	24.1.2007 Marit Hamkoll	19.6.2007 Stein Kinserdal	
<a href="#">Sykehuset Telemark HF</a>	13.12.2001 Arne Rui			
<a href="#">Sykehuset Østfold HF</a>	5.12.2001 Carl Ulf Gøran Ljungblad	7.3.2007 Leiv Kvale		
<a href="#">Sørlandet sykehus HF</a>	13.12.2001 Per Anders S. Wahlstedt	14.3.2003 Anders Rønningen	04.11.2003 Jan Roger Olsen	
<a href="#">Ullevål universitetssykehus HF</a>	5.12.2001 Helge Johan Kjersem	06.10.2005 Tove Astri Strand		

### Helse Vest

<a href="#">Helse Stavanger</a>	5.12.2001 Inge Bjørn Storøy	25.9.2002 Erik Tjemslund	18.3.2004 Stein Tore Nilsen	26.4.2004 Gunnar Hall Skavoll
<a href="#">Helse Fonna</a>	5.12.2001 Johannes Kolnes			
<a href="#">Helse Bergen</a>	5.12.2001 Egil Haugland	24.8.2002 Anne Kverneland Bogsnes	25.4.2006 Anne Sissel Faugstad	29.5.2007 Stener Kvinnsland
<a href="#">Helse Førde</a>	5.12.2001 Oddbjørn Schei	30.9.2002 Leif Olav Kapstad	17.3.2004 Ingar Valvik	18.9.2004 Jon Bolstad



### Helse Midt-Norge

<a href="#">Helse Nordmøre og Romsdal HF</a>	13.12.2001 Eirik Heggemsnes	24.4.2007 Bjørn Gisle Engum		
<a href="#">Helse Nord-Trøndelag HF</a>	13.12.2001 Sigurd Jan Ingvaldsen	17.9.2002 Reidar Tessem	5.1.2005 Jan Eirik K. Thoresen	13.6.2005 Arne Flaata
<a href="#">Helse Sunmøre HF</a>	13.12.2001 Astrid Jartrud Eidsvik			
<a href="#">St. Olavs Hospital HF</a>	13.12.2001 Valborg Ellen Sund	8.3.2003 Roar Arntzen	13.9.2006 Gunnar Bovim	

### Helse Nord

<a href="#">Helse Finnmark HF</a>		6.3.2003 Are Johan Eriksen	3.3.2004 Bjørn Gisle Engum	22.5.2007 Eva Håheim Pedersen
<a href="#">Universitetssykehuset Nord-Norge HF</a>	18.12.2001 Knut Einar Schrøder	19.11.2007 Tor Ingebrigtsen		
<a href="#">Nordlandssykehuset HF</a>	18.12.2001 Eivind Solheim			
<a href="#">Helgelandssykehuset HF</a>	18.12.2001 Jan Erik Furunes			

### **3. Intervjuguide**

Hvorfor har du "overlevd" så lenge som toppleder?

Hvorfor tror du så mange har sluttet i stillingene som toppledere i helseforetakene?

Fortell litt om topplederrollen.

- Hva er mest interessant?
- Hva er viktigst? Kan du gi noen eksempler?
- Hva bruker du mest tid på?

Helseforetaket er en særpregede organisasjoner på flere områder. Jeg kan nevne profesjonene, størrelsen på organisasjonen og den sentrale posisjonen den har i velferdsstaten. Som leder må du både lede og samarbeide med mange ulike grupper. Hvem betyr mest for din ledergjerning?

For å utdype det litt, er du mest innenriksminister eller utenriksminister?

Har du noen spesielt gode samarbeidspartnere, noen allianser som betyr mye i din lederposisjon? Videre har du hatt noen forbilder eller idealer?

Du har erfaring som sykehusleder både før og etter helseforetaksreformen. Kan du si litt om utfordringene du møter etter foretaksorganiseringen.

Konkurransen, kontroll, sammenligning, finansieringssystem, regioninndeling, byråkratiet

Politikk, makt, ansvar.

Har du et eksempel på en "krigshistorie" og utfallet av den?

Husker du en med motsatt utfall sett fra ditt ståsted?

Ser du på deg selv som en politisk aktør på vegne av ditt helseforetak innad i det regionale helseforetaket? Hvilke konsekvenser får det i tilfelle for jobben din?

Er du tilpasset din organisasjon? Kunne du like gjerne vært leder på Rikshospitalet eller for eksempel NSB? Hvor kontekstavhengig er din ledelsesform?

Du har vært toppleder lenge og har på mange måter preget din organisasjon. Kan du gi et konkret eksempel på noe av ditt ledelsesprosjekt som du er særlig fornøyd med?

Når det gjelder endring ser du en forskjell på dine ansatte nå i forhold til tidligere når det gjelde endringsvilje?

Om du skulle ansette din egen etterfølger hva ville du se etter og prioritere hos ønskekandidaten?

Til slutt. Du er av alle dagens toppledere i helseforetakene av de som har sittet lengst. Har du noen tanker rundt tidsperspektivet. Hvor lenge er det å ha vært leder lenge i dag? Ser du en forandring gjennom din tid som leder?

Takk for at du tok deg tid til å snakke med meg. Kan jeg ta kontakt via e- post om det dukker opp mer jeg ønsker å spørre om?

#### ***4. Figuroversikt***

Figur – 1 Lederroller

Figur – 2 Six Basic parts of the organization

Figur – 3 The Professional Organization

Figur – 4 Organisasjonsendring

Figur – 5 Oppsummering av teoribidrag

Figur – 6 Funnene i undersøkelsen