

# Masteroppgave i offentlig politikk og ledelse

Fakultet for økonomi og samfunnsfag  
Høgskolen i Agder - Våren 2007

## Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus

Laila Nordstrand Berg

Laila Nordstrand Berg

## **Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus**

Masteroppgave i offentlig politikk og ledelse

Høgskolen i Agder

Fakultet for økonomi og samfunnsfag

2007

## Sammendrag

Ledelse i helsevesenet er i fokus i denne oppgava og ulike aspekter belyses. Dette gjøres på bakgrunn av de NPM-påvirkningene som har prega helsevesenet gjennom ulike reformer. Jeg ser på hvilke betydninger kjønn har ved ledelse i sykehus, videre studeres legenes og sykepleiernes lederrolle og jeg ser på hvordan disse påvirkes av NPM-ideene og sist så ser jeg på hvilke effekter disse ideene har på ledernes identitet.

### Betydning av kjønn ved ledelse

Når jeg studerer konsekvenser for kjønn i sykehus etter reformene har jeg gjort følgende funn:

- Ledelsesreformen åpna opp for at flere yrkesgrupper enn leger kunne være ledere i sykehus. Sykepleiere kunne kvalifisere seg til å bli ledere og siden den gruppa domineres av kvinner så skulle det åpne opp for en jevnere kjønnsbalanse i ledelsen. Funn fra min undersøkelse så langt etter reformen samsvarer med andre funn hvor det ser ut som at kvinnelige ledere finnes i såkalte perifere deler av sykehuset, mens situasjonen er uendra i sentrale posisjoner som på kirurgen og medisinen.
- Lederstillinger som kvinner i hovedsak befinner seg i, begrenses i forhold til mulighet til ledelse og tømmes for innhold fordi de mangler autonomi, myndighet, økonomiske rammer og de styres fra oven.
- Lederstillinger fjernes. Rekrutterings og opplæringsstillinger i lavere deler av hierarkiet fjernes, og avansementstillinger som oversykepleierstillinger fjernes i mange foretak. Dette gir begrensa mulighet for kvinner i ledelse og kan spesielt være et savn i sentrale deler av sykehuset hvor kvinner har begrensa mulighet til ledelse.
- Nettverksproblematikk. Blant legene er det få kvinner som er ledere og med det blir nettverket lite. Dette kan være et hinder for kvinnelige leger til å søke lederstillinger. Dette problemet forsterkes av at de utestenges fra de mannlige nettverka.
- Kvinner som ledere avviker i forhold til organisasjons forestilling om hvem som er ledere i organisasjonen og dette kan resultere i at deres kompetanse underkjennes.
- Mitt materiale avspeiler kjønnsdelinga i samfunnet, noe som har konsekvenser for lønn og hierarkisk plassering.
- Den måten individa samhandler på reproducerer dominans og underordning. Eksempel på dette er at kvinnelige ledere utestenges fra mannlige nettverk da de ikke passer inn i bildet av en leder (lederen er mann). Dette forsterkes ved at de kvinnelige lederne utestenges fra nettverket fordi deres ektefeller tar for stor plass i de sosiale nettverka;

de oppfører seg ikke som de stille og høflige konene til de andre sjefene. Med dette brytes balansen både av den kvinnelige lederen og hennes partner.

- Organisasjonsprosesser som bidrar til at det oppstår kjønnsforskjeller med underordning kan være både skjulte og åpenbare. Reformene kan være eksempel på en slik skjult prosess da disse har resultert i dårligere lederbetingelser for kvinnene.

Kjønnsaspektet er ofte fraværende i diskusjoner hvor dette er av underliggende betydning og dette ser jeg tydelige spor av i mitt materiale:

- De eneste som problematiserer betydningen av kjønn blant mine respondenter er de kvinnelige legene. De har gått inn i et mannsdominert yrke og er seg bevisst at dette ikke er problemfritt.
- De mannlige sykepleierne har også gått inn i yrker som er dominert av et annet kjønn, men de nevner ikke noe om dette. Dette kan komme av at de har utdanna seg til et kvinneyrke som anses underordnet i forhold til legegruppa og denne underordninga ønsker de ikke å bli identifisert med. Et annet moment er at samfunnsinstitusjoner organiseres på en måte som preges av mannlig dominans og gir menn makt. Det er derfor "naturlig" at de er blitt ledere og dette kan være ei forklaring på hvorfor de ikke vektlegger dette.
- Forklaringa på måten samfunnsinstitusjoner er organisert kan knyttes til hvorfor de mannlige legene heller ikke problematiserer kjønnsaspektet; de er menn, leger og ledere og samsvarer med hvem som er ledere i sykehus.
- Ingen av de kvinnelige sykepleierne nevner kjønnsaspektet og dette kan tolkes som at de nøytraliserer kjønn ved ikke å nevne det. Ledelse har vært en strategi for sykepleierne til å oppnå full profesjonsstatus og til frigjøring fra legenes dominans. Når de kvinnelige sykepleierne ønsker å bli oppfatta som ledere som noe kjønnsnøytralt, overser de at stereotypien av en leder er den heteroseksuelle mannen og de overser at utenforstående ser på dem som kvinnelige ledere enten de refererer til det eller ei.

## Hvordan ledere påvirkes av NPM-ideene

Funn fra leger som ledere:

- Legelederne i mitt materiale har en sterk forankring i sin faglige bakgrunn, samtidig som de har et mer helhetlig syn på ledelse og vektlegger lederaspektet sterkt. Dette kan ses som ei påvirkning fra NPM-ideene.

- Funn fra min undersøkelse viser at legene er ledere fordi de ønsker dette og halvparten av dem har tatt lederutdannelse.
- Ledelse av leger anses som vanskelig og flesteparten av legene fortsetter derfor med klinisk arbeid for å opprettholde sin kompetanse og for å beholde legitimitet i legegruppa.

Funn fra sykepleierne som ledere:

- Funn om sykepleiere som ledere samsvarer i større grad med tidligere funn og de preges i stor grad av påvirkningene om ledelse ut fra NPM og de har et helhetlig syn på ledelse.
- Sykepleielederne har kvalifisert seg som ledere og kan med det utfordre legenes monopol på ledelse. Dette kan også tolkes som et ledd i sykepleiernes kamp om å oppnå profesjonsstatus. Sett fra en kjønnsynsvinkel kan det tolkes som at de kvinnedominerte sykepleielederne forsøker seg på en frigjøringskamp fra det mannsdominerte medisinske hierarkiet.
- Sykepleierne arbeider i mindre grad klinisk og er ikke avhengig av dette for å oppnå legitimitet blant sine egne. Fra legegruppa så må de vise seg som gode generalistledere og finne en god balanse i samarbeid med den medisinskfaglige rådgiveren for å bli godtatt.

I spesialisthelsetjenesteloven så er det lagt føringer for kvalifikasjoner ved ansettelse av ledere i sykehus. Når jeg ser på vektlegging av lederkompetansen som anbefales ved ansettelse av ledere, så kan det synes som at de formelle krava har blitt vektlagt svakere ved ansettelse av legene som ledere i min studie, mens alle sykepleierne er formelt kvalifisert.

## Identitet

Et av siktemåla med reformene er å styrke lederrolla i sykehus og det kan synes som at lederrolla har blitt mer akseptert og vektlegges i større grad hos legene i mitt materiale og flesteparten av dem knytter sin identitet mest og oftest til lederrolla. De uttrykker at legeidentiteten forblir uendra, mens lederidentiteten styrkes parallelt. Blant sykepleierne så vektlegges også lederrolla sterkt lik funn fra andre studier viser. Gjennom å kvalifisere seg som ledere ved å ta lederutdannelse, så fjerner de seg fra sykepleieridentiteten og knytter i større grad sin identitet til lederrolla.

## **Forord**

Med denne oppgava så avsluttes mitt masterstudie i offentlige politikk og ledelse ved Høgskolen i Agder. Jeg har arbeida som leder i sykehus parallelt med dette studiet og det har derfor vært naturlig å knytte oppgava til aspekter ved ledelse og å belyse dette ut fra de reformene som har prega helsevesenet de siste åra. Kjønnssdimensjonen har jeg alltid vært opptatt av og finner det særlig interessant å knytte dette opp mot reformene. Nyttan av å velge tema som interesserer har vist seg ved at jeg ikke har mista motet underveis og jeg har hatt stor glede av å arbeide med oppgava.

Jeg vil benytte anledningen til å takke min sjef som har gitt meg mulighet til å arbeide fulltid med oppgava. Det har vært utrolig givende å kunne konsentrere seg om oppgava og ikke bare arbeide med dette noen seine kveldstunder etter at ungene er i seng. Videre vil jeg takke alle respondentene for deres livsberetninger. Beretningene er deres, men fortolkningen og gjenfortellinga av disse er helt og holdent mitt verk. Den største sorgen med oppgava er alle gode betraktninger og formuleringer jeg ikke får plass til å sitere!

Sist men ikke minst vil jeg takke min veileder Dag Olaf Torjesen for interessante og lærerike diskusjoner og ikke minst kritiske kommentarer og nyttige innspill som har gjort dette til en særdeles lærerik prosess.

Kristiansand 31.05.07

Laila Nordstrand Berg

# Figurliste

Figur 1 Lederidentitet

# Innhold

Sammendrag .....	2
Forord .....	5
Figurliste.....	6
Innhold .....	7
<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>9</b>
1.1 BAKGRUNN FOR TEMA: STOR VEKST I HELSEVESENEN GAV KRAV OM REFORMER .....	9
1.2 TEORETISK RAMMEVERK.....	10
1.3 PROBLEMSTILLING .....	11
1.4 DEN TEORETISKE BASISEN FOR OPPGAVA .....	11
1.4.1 Påvirkning av kjønn i ledelse etter reformene .....	12
1.4.2 Påvirkninger av lederne fra NPM-ideene .....	12
1.4.3 Effekter av NPM-påvirkningene på ledernes identitet .....	13
1.5 OPPBYGGING AV OPPGAVA.....	13
<b>2 FORSKNINGSDESIGN, METODE OG GJENNOMFØRING.....</b>	<b>14</b>
2.1 REPETISJON AV PROBLEMSTILLINGA .....	14
2.2 DESIGN.....	14
2.2.1 Intensivt design.....	15
2.3 KVALITATIV METODE VELGES .....	15
2.3.1 Narrativ metode.....	15
2.4 MIN GANG I DEN NARRATIVE METODEN.....	16
2.4.1 Om spørreskjema og følgebrev .....	16
2.4.2 Fra analyse til oppsummering.....	17
2.5 TROVERDIGHET, ASPEKTER VED KVALITETSSIKRING AV MIN STUDIE.....	17
2.5.1 Fra forskerens nærhet til ønskelig distanse .....	17
2.5.2 Informasjonsrike informanter – men ikke generaliserbare.....	19
2.5.3 Innsamling av data via data .....	19
2.5.3.1 Fordeler ved innsamling av data via e-post.....	19
2.5.3.2 Ulemper ved innsamling av data via e-post .....	20
2.6 UTVELGELSE .....	21
2.7 RESPONDENTENE – EN KORT PRESENTASJON .....	21
2.7.1 Legene .....	21
2.7.2 Sykepleierne .....	22
2.7.3 Utdanning i forhold til kjønn.....	22
2.7.4 Aldersgruppe .....	22
2.7.5 Benevnelser .....	22
2.8 SVARPROSENT .....	22
2.9 ETISKE AVVEIINGER .....	23
<b>3 TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ BETYDNING AV KJØNN I ORGANISASJONER.....</b>	<b>23</b>
3.1 EGENSKAPER VED INDIVIDET: MOTIVASJONSSTUDIEN .....	24
3.2 KONSEKVENSN AV STRUKTUR .....	25
3.2.1 Strukturelle begrensninger .....	25
3.2.2 Omstilling med reproduksjon av kjønnshierarki.....	26
3.2.3 Betydning av organisasjonsstruktur.....	27
3.2.4 Synliggjøring av reformenes konsekvenser i mitt materiale .....	28
3.3 KRITIKK AV TRADISJONELL ORGANISASJONSTEORI .....	34



3.3.1	<i>Kjønning av organisasjonsteori</i> .....	34
3.3.1.1	Spor av kjønna prosesser i mitt materiale .....	35
3.3.2	<i>Kjønnspolitiske organisasjoner</i> .....	36
3.3.2.1	Fra kulturelt-institusjonelt perspektiv .....	37
3.3.2.2	Det andre, ubrukte kjønn .....	37
3.3.2.3	Hvem skriver om kjønn blant respondentene? .....	39
3.3.2.4	Fravær av kjønn i kampen .....	40
3.4	OPPSUMMERING .....	41
<b>4</b>	<b>TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ HVORDAN LEDERNE PÅVIRKES AV NPM-IDEENE</b> .....	<b>41</b>
4.1	MARKEDSBASERT STYRINGSRASJONALE .....	42
4.1.1	<i>Ideallederen ut fra det markedsbaserte rasjonalet - generalisten</i> .....	44
4.2	PROFESJONELT STYRINGSRASJONALE.....	44
4.2.1	<i>Ledelse mer komplekst</i> .....	45
4.3	LEGER SOM LEDERE.....	46
4.3.1	<i>Legelederens dominerende rasjonale: FAG</i> .....	46
4.3.2	<i>"Lederen skal være lege" – men ønsker leger å være ledere?</i> .....	48
4.3.3	<i>Klinisk arbeid nødvendig for legitimitet</i> .....	48
4.3.4	<i>Hybridledere</i> .....	50
4.3.5	<i>Oppsummering, leger som ledere</i> .....	51
4.4	SYKEPLEIERE SOM LEDERE .....	52
4.4.1	<i>Sykepleieledernes dominerende rasjonale: Generell lederrolle</i> .....	52
4.4.2	<i>Ledelse som profesjonaliseringsstrategi</i> .....	52
4.4.3	<i>Klinisk aktivitet</i> .....	54
4.4.4	<i>Sykepleiernes hybride former for ledelse</i> .....	55
4.4.5	<i>Oppsummering, sykepleiere som ledere</i> .....	56
4.5	ASPEKTER VED LEDERKOMPETANSEN VEKTLAGT VED ANSETTELSE AV LEDERNE?... 56	56
<b>5</b>	<b>TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ IDENTITET HOS LEDERNE</b> .....	<b>57</b>
5.1	LEGELEDEREN ER "LEGE"? .....	57
5.1.1	<i>Ledelse – svik mot kallet</i> .....	58
5.2	JOBBOMFANG OG IDENTITET FOR LEGER OG SYKEPLEIERE.....	59
5.3	SYKEPLEIELEDEREN ER "LEDER" MED STERKERE ORIENTERING MOT DET MARKEDSBASERTE RASJONALET .....	60
5.3.1	<i>Sykepleieledernes holdninger til reformene</i> .....	61
5.4	RENDYRKA ROLLEMODELLER BLANT LEDENDE LEGER OG SYKEPLEIERE.....	61
<b>6</b>	<b>SYNTETISERING AV SPØRSMÅLA I PROBLEMSTILLINGA</b> .....	<b>62</b>
<b>7</b>	<b>OPPSUMMERING</b> .....	<b>64</b>
7.1	BETYDNING AV KJØNN VED LEDELSE.....	64
7.2	HVORDAN PÅVIRKES LEDERNE AV NPM-IDEENE .....	67
7.2.1	<i>Leger som ledere</i> .....	67
7.2.2	<i>Sykepleiere som ledere</i> .....	68
7.2.3	<i>Aspekter ved lederkompetansen</i> .....	69
7.3	IDENTITET .....	69
7.4	AVSLUTTENDE REFLEKSJONER .....	70
Litteraturliste	.....	72
Vedlegg 1	.....	75

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for tema: Stor vekst i helsevesenet gav krav om reformer

Helsevesenet har vært preget av en enorm vekst etter krigen. Fra slutten av 80-tallet og begynnelsen av 90-tallet fikk den helsepolitiske debatten som følge av dette, fokus på å få kontroll med kostnadsveksten og få et mer effektivt og bedre helsevesen (Gjerberg og Sørensen 2006). Til tross for ekspansjonen var det lange ventelister for behandling, geografiske forskjeller i tilbud og ressursbruk, det var stor mangel på ulike typer helsepersonell, uklar ansvarsfordeling og beslutningsmyndighet (Berg 1987). Parallelt med dette ble det en økt fokus på ledelse og det ble reist krav om bedre kontroll og bedre ledelse av helsevesenet.

På denne bakgrunn har det blitt gjennomført flere store reformer og lovendringer i spesialisthelsetjenesten i Norge. Jeg vil ta en kort gjennomgang av de reformene som jeg anser viktigst i forhold til mi oppgave.

*Innsatsstyrt finansiering* ble innført for å øke behandlingsskapiteten på sykehus (Pettersen og Bjørnenak 2003). Den metoden som er mest brukt er DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper) hvor pasienter klassifiseres i grupper etter hvilken diagnose de har.

Stykkprisfinansieringen skulle stimulere til økt effektivitet og økt produksjon (NOU 1987:25). Antall behandla pasienter og hvilken diagnosekode som brukes vil da påvirke inntjeningen, forutsatt riktig dokumentering.

*Lov om spesialisthelsetjenesten.* I forbindelse med Stortingets budsjettbehandling i 1996 ble det satt ned et offentlig utvalg, Steine-utvalget, som skulle se på forslag til organisering og ledelse i helsevesenet. I rapporten "Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus" NOU 1997:2 foreslår utvalget å innføre enhetlig ledelse i sykehus. Dette ender i endring i Lov om spesialisthelsetjeneste 1999, § 3.9. I loven bestemmes det at fra 01.01.01 skal det innføres enhetlig ledelse på alle nivåer i sykehuset og på avdelinger som ledes av andre enn leger skal det utpekes en medisinsk faglig rådgiver. Som følge av debatten dette medførte ble det i 2002 sendt ut et rundskriv fra Helsedepartementet med presiseringer i forhold til ansvar knyttet til medisinske beslutninger (Gjerberg og Sørensen 2006). Som ellers i det offentlige ble det større fokus på profesjonell ledelse som et middel til forbedring og økt effektivitet (ibid) og et

middel til dette var å åpne opp for andre profesjoner enn leger til å ha det overordna ansvaret som ledere i sykehusa.

*Lov om pasientrettigheter* formaliserer ulike rettigheter for pasienten og gir økt brukerorganisering. Eksempel er fritt sykehusvalg, ventetidsgarantier, ankemuligheter, rett til fornya vurdering av medisinsk tilstand og rett til journalinnsyn (Pettersen og Bjørnenak 2003).

*Sykehusreformen* medførte en overtakelse av spesialisthelsetjenesten fra fylke til stat. Sykehusdriften endres fra å være forvaltningsorgan til foretak (helseforetak) og landet deles inn i fem regionale helseforetak med overordna ansvar for helseforetakene i sin region. Et foretak er et sjølstendig rettssubjekt som har egne styringsorgan og ansvar for egen økonomi (ibid). Dette medfører krav om målretta ledelse og ansvar i henhold til tildelte rammer. Statlig styring foregår på overordna nivå som eier gjennom lover, vedtak og innspill på foretaksmøter.

Disse reformene hadde sitt utspring i New Public Management, NPM som jeg vil komme tilbake til.

## **1.2 Teoretisk rammeverk**

Ulike teoretiske innfallsvinkler kan brukes for å studere ledelse i sykehus. Jeg vil i hovedsak bruke et institusjonelt perspektiv. Ut fra dette perspektivet så kan jeg se på hvordan reformene og NPM påvirker lederne i deres arbeid. I et kulturelt-institusjonelt perspektiv så vektlegges uformelle strukturer, kultur og normer, hvordan virkeligheten oppfattes, hva som er legitimt, bruk av symboler og verdiene i organisasjonen (Christensen og Lægred 2002). Dette perspektivet er nyttig i betraktningen av rolleutforminga ut fra mine spørsmål. Legitimitet oppnås i et kulturelt-institusjonelt perspektiv ut fra hva organisasjonen *er* og ikke gjennom hva den *gjør* (ibid). I dette perspektivet så påpeker forfatterne at institusjoner utvikler seg gjennom en stivhengighet. Christensen og Lægred (2002:21) sier at "Når man har valgt en utviklingsvei, så innebærer det at det investeres mye ressurser, tid og kompetanse, noe som gjør det mer sannsynlig at man fortsetter på denne veien". Med reformer så vil denne stien påvirkes og forsøkt endra ved å påvirke uformelle roller eller ved å endre rammebetingelsene slik resultatet har blitt av de NPM-reformene som har prega det offentlige helsevesenet de siste åra. Christensen og Lægred (ibid) sier videre at reformatorene håper med dette at

ledernes adferd og tankemønster endres. Rollemodeller fra det private implementeres og betydningen av effektivitet, målstyring og management kultur vektlegges til forskjell for fokus på prosesser og prosedyrer. Hvorvidt reformene har effekt på lederrolla avhenger av i hvor stor grad det er samsvar med den kulturelle tradisjonen, normene og verdiene og reformen og i hvilken grad det blir en tilpasning.

Lederrolla kan i dette perspektivet ses som et bindeledd mellom personen som er innehaver av rolla og strukturen i organisasjonen (Strand 2001). Rollene er rimelig faste, men innehaveren kan til en viss grad velge hvordan rolla fylles og prege rolla. Den utførte adferda blir da en balanse mellom de formelle krava, de andres forventninger og lederens valg og fortolkninger.

### **1.3 Problemstilling**

I oppgava så ønsker jeg å se på lederrolla i sykehus og ønsker å belyse ulike aspekter ved denne. Problemstillinga sier noe om hva jeg ønsker å undersøke (Frankfort-Nachmias & Nachmias 2003) og mi problemstilling deles i tre spørsmål. Spørsmåla og teoriene jeg har valgt kan belyse ulike sider ved tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus. Spørsmåla lyder:

1. Hvilken betydning har kjønn ved ledelse i sykehus?
2. Hvordan påvirkes lederne av NPM-ideene?
3. Hvilke effekter har NPM-påvirkningene på deres identitet?

### **1.4 Den teoretiske basisen for oppgava**

Jeg velger å ta en kort presentasjon av de tre hovedavsnitta med teori her i dette innledende kapitlet for å presentere hovedlinjene, og så går jeg mer detaljert ned i de ulike teoriene i en felles teori og analysedel. ”Det er ingen absolutt lov som sier at det skal være ett teorikapittel og ett empirikapittel.” skriver Pål Repstad (1998:115) og nevner videre at teoribaserte drøftinger kan knyttes til fortolkningen underveis. Jeg har derfor valgt å knytte teori og analyse av spørsmål 1 i problemstillinga til kapittel 3, kapittel 4 belyser spørsmål 2 og i kapittel 5 så belyses den tredje problemstillinga ut fra teoretisk materiale. Jeg velger å benytte meg av denne presentasjonsformen for å minske avstanden mellom teoriframstillingen og anvendelsen av teoriene i analysen og håper på den måten at det blir mindre gjentakelser av det som er sagt før og lettere å trekke linjene mellom teori og min empiri

### **1.4.1 Påvirkning av kjønn i ledelse etter reformene**

Kjønn kan defineres som ”strukturerte, samfunnsskapt forskjeller mellom kvinnelig og mannlig, feminint og maskulint. Kjønn er ikke noe man er, i en naturnødvendig og iboende forstand, selv om vi i vår bevissthet oppfatter oss selv på den måten” (Acker 1993:3). Ho sier videre at kjønn er både individuelt og kollektivt og *skapes* daglig i vår deltagelse i samfunn og organisasjoner. For å begrense oppgava velger jeg noen få studier til å belyse konsekvenser for kjønn i ledelsen av sykehus etter reformene. Jeg tar for meg ei studie som ser på kvinner og ledelse ut fra en individuell synsvinkel (Horner 1972 i Hitland 1997). Deretter ser jeg på et par studier som vektlegger strukturelle forhold i organisasjonen som forklaringsfaktorer for manglende kvinner i ledelse (Kanter 1977 og Kvande og Rasmussen 1997) og sist ser jeg på kritikk av tradisjonell organisasjonsteori hvor prosesser og kontekst vektlegges (Acker 1993 og Johannessen 1994).

### **1.4.2 Påvirkninger av lederne fra NPM-ideene**

NPM er en betegnelse som først ble benyttet av Hood (1991). Dette kan betegnes som strømninger som preges av ulike markedsbaserte styringsrasjonaler og disse implementeres i det offentlige sammen med organisasjonsformer fra det private. Ut fra dette kan NPM ses både som en ideologi, men også som teknikker for styring (Christensen og Lægred 2002). Disse ideene har fått en stor utbredelse og påvirket reformer av det offentlige i mange vestlige land siden slutten av 70-tallet (Hood 1991). Reformene jeg omtalte innledningsvis har sitt utspring i disse NPM-påvirkningen.

Helseforetaka er komplekse organisasjoner med ulike funksjoner, med over 100 ulike yrkesgrupper (Byrkjeflot 1997), mange avdelinger og det er kontakt med mange eksterne aktører. Dette kan inndeles og studeres på forskjellige måter for å følge med endringene som har skjedd etter de store reformene. Jeg vil i gjennomgangen av mitt teoretiske grunnlag ta utgangspunkt i Vrangbæk (1999) ”New Public Management i sykehusfeltet – utforming og konsekvenser”. I denne artikkelen studerer han ledelse i helsevesenet ut fra tre styringsrasjonaler. Styringsrasjonalene er rammer som hjelper aktørene til å forstå virkeligheten i organisasjonen, hva som er riktig eller galt, problem og løsning, samt hva som er riktige handlinger. Dette er viktig for legitimering av forandringer og omorganiseringer (ibid). De tre styringsrasjonale er det markedsbaserte, det politiske og det profesjonelle/faglige rasjonale. For å begrense oppgava så vil jeg relatere analysen til de to

rasjonalene som er mest aktuelt i forhold til mi problemstilling, det markedsbaserte og det profesjonelle rasjonalet.

Med bakgrunn i disse rasjonalene så ser jeg på legene og sykepleierne fra min undersøkelse som ledere. Som utgangspunkt for min teoretiske framstilling av leger og sykepleiere som ledere tar jeg Peter Krag Jespersens bok "Mellom profession og management" (2005). Legene som ledere preges i stor grad av faglig ledelse og øvrige lederoppgaver blir ikke ansett som viktige nok og disse delegeres vekk. Sykepleierne har et mer holistisk syn på både jobb og ledelse og ser ut til å favne denne NPM-påvirkningen i større grad (Fjeldbraaten og Torjesen 2006). I følge Sommervold (1997) kan ledelse for sykepleierne ses som et ledd i strategien for økt profesjonalisering og med det en frigjøring fra legenes hegemoni og det medisinske hierarki.

### **1.4.3 Effekter av NPM-påvirkningene på ledernes identitet**

Til slutt ser jeg på identitetstilknytningen til leger og sykepleiere som ledere i lys av påvirkningen fra det markedsbaserte rasjonalet og jeg tar utgangspunkt i artikkelen til Fjeldbraaten og Torjesen (2006). Legens identitet er sterkt knytta til det legefaglige og endres ikke nevneverdig om de får lederstilling. Dette henger i stor grad sammen med at lederstillinger ikke anses som et steg oppover i deres karrierestige, men et steg til sida. For sykepleierne er det omvendt. Ledelse har i lang tid vært en vei til å få større anerkjennelse og høyere lønn. De ser også ut til å favne NPM-ledelsesfilosofien i større grad. Sykepleierne mener dette rasjonalet har et riktigere fokus ved at lederen har totalansvar for avdelingen og dette stemmer med deres holistiske tilnærming til arbeidet (Sommervold 1997).

## **1.5 Oppbygging av oppgava**

I kapittel 1 har jeg hatt en kort introduksjon av bakgrunn for temaet i oppgava, teoretisk perspektiv, presentasjon av spørsmåla i problemstillinga og en kort introduksjon av det teoretiske bakgrunns materialet for min undersøkelse. I kapittel 2 går jeg gjennom valg av forskningsdesign, metode, aspekter ved kvalitetssikring av min studie og etiske avveiningar. I kapittel 3 presenterer jeg teori i tilknytning til den første problemstillinga som handler om betydning av kjønn i organisasjoner og belyser mine funn på bakgrunn av dette. I kapittel 4 analyserer jeg problemstilling 2 og se på mine data i lys av styringsrasjonaler. Videre i dette kapitlet ser jeg på legene og sykepleierne fra mitt materiale som ledere i lys av teori om dette emnet. I kapittel 5 analyseres problemstilling 3 om identitetstilknytning til leger og

sykepleiere i lys av påvirkning av NPM-strømningene. I kapittel 6 har jeg en kort syntetisering av funna fra de tre innfallsporene jeg har studert ledelse i sykehus og kapittel 7 har ei oppsummering av de viktigste funna fra min undersøkelse.

## **2 Forskningsdesign, metode og gjennomføring**

### ***2.1 Repetisjon av problemstillinga***

”Det beste utgangspunktet for et godt prosjekt er at problemstillingen er forskbar ” (Ryen 2006:77). Jeg ønsker å se på ledelse i sykehus og dette kan ses som et komplekst sosialt fenomen og slike komplekse, sosiale fenomener kan ikke forklares med bare en variabel (ibid). For å gjøre dette forskbart og for å ha mulighet til å rekke det innen det tidsperspektivet jeg har til rådighet, har jeg begrensa oppgava til å belyse aspekta kjønn, hvordan lederne påvirkes av NPM-ideene og hvilke effekter dette har på ledernes identitet.

Måler er å få en dypere innsikt i disse tre aspekta ved ledelse i sykehus og med det har jeg også begrensa meg i forhold til tema og teoretisk bakgrunnsstoff. Jeg prøver ikke å belyse alle aspekter ved lederrolla. Dette valget av problemstilling er viktig for den videre gangen i undersøkelsen, ved valg av design og metode.

### ***2.2 Design***

Forskningsdesignet kan ses som en plan, struktur og strategi for undersøkelsen for å få svar på spørsmåla som stilles og forskningsdesign kan grupperes og studeres på utallige måter i følge Blaikie (2005). Hvilken type design som velges til et forskningsopplegg vil avhenge av hva som er formålet med forskningen (Patton 1990). Formålet med mi problemstilling er å få en dypere kjennskap til de tre aspektene ved ledelse i sykehus som nevnes i problemstillinga og jeg ønsker å se hvordan reformene og NPM-påvirkningen har påvirka dette. Med denne kompleksiteten kan et casestudiedesign være en måte å besvare problemstillinga (Denzin og Lincoln 2000) og mitt case er ledelse i helseforetak. Frankfort-Nachmias og Nacmias (2003) sier at en casestudie kan gjøres etter et fornyingsprogram slik reformene kan oppfattes som. I mi oppgave involverer dette ei gruppe ledere på et avgrensa tidsrom og de blir studert etter at ei forandring har inntruffet for å se på effekter av dette. Reformene kan her ses som forandringer som påvirker konteksten som ledelse utføres i.



### **2.2.1 Intensivt design**

Valg av design vil også si noe om en vil gå i dybden på et fenomen eller få en overfladisk kunnskap og dette vil influere på det videre valg av metode for undersøkelse (Patton 1990). Jeg ønsker å fordype meg i hvordan disse lederne tilpasser seg og hvilke erfaringer de har i lederrolla og velger med det et intensivt design. Denne typen design kan grupperes på flere måter og mitt design kan ligne på en tverrsnittstudie hvor jeg får et øyeblikksbilde av et fenomen (Frankfort-Nachmias og Nachmias 2003). Jeg har utfordra lederne til å fortelle si beretning om hvordan deres vei til ledelse har forløpt seg. Lederne må da tenke tilbake og forsøke å huske hvorfor de ble opptatt av ledelse og hvorfor de valgte dette som karrierevei. Lederne gir meg informasjon om hvordan de i nåtid ser på sin vei til ledelse. Dette kan jeg gjøre fordi mennesker har evna til å huske tilbake i tid og beskrive dette. Faren er at de har glemt vesentlige ting, at hendelser vektlegges annerledes i ettertid og rekkefølga kan glemmes. Det er også en mulighet at de framstår som mer rasjonelle i ettertid enn de var i situasjonen.

### **2.3 Kvalitativ metode velges**

En metode kan ses som et redskap til å få en bedre forståelse av samfunnet (Holme og Solvang 1993) og det er viktig å bruke en metode som er egna til å belyse problemstillinga. I samfunnsforskningen er det to hovedformer for metoder; kvalitativ og kvantitativ metode. De kvantitative metodene preges av en standardisert tilnærming, eksempelvis spørreskjema hvor respondentene må forholde seg til fastlagte svarkategorier (Patton 1990). Som sagt så ønsker jeg å gå i dybden og til dette egner den kvalitative metoden seg best (ibid). Primærfokuset er her å få en nyansert og dypere kjennskap til problemstillinga og sammenhengen den står i, og fokuset er få enheter og metoden gir mye informasjon om et lite område (Ryen 2006). En styrke med denne metoden er at den er fleksibel og det er mulig å endre problemstillinga underveis dersom det viser seg nødvendig i forhold til samspillet mellom teori, begreper og de funna en gjør. Denne fleksibiliteten har jeg brukt gjennom prosessen. Jeg har laga et gjennomtenkt spørsmålsark til respondentene ut fra mi arbeidsproblemstilling.

Problemstillinga har så blitt spissa etter jeg har samla inn dataene, slik Ryen (ibid) forteller.

#### **2.3.1 Narrativ metode**

I mi oppgave så velger jeg å bruke en type kvalitativ metode som ikke er så vanlig å bruke innen statsvitenskapelig forskning, en narrativ metode. Narrativ betyr beretning og i min sammenheng brukes det i tilknytning til livsberetninger hvor jeg utfordrer respondentene til å



fortelle historia om sin vei til ledelse. Czarniawska (2004:17) gir en definisjon på hva denne narrativen er: ”a narrative is understood as a spoken or written text giving account of an event/action or series of events/actions, chronologically connected”. Ledernes beretninger kan da ses som erfaringas uttrykksform (Kvåle 2001) og dette skiller seg fra den objektive og distanserte måten som er vanlig i akademiske skrifter.

## **2.4 Min gang i den narrative metoden**

Ved anvendelse av narrativ metode så kan forskeren utfordre respondentene til historiefortelling på ulike måter som å ta opp historier som fortelles spontant under en feltundersøkelse, gjennom å ”lokke fram” historier eller ved å direkte spørre respondentene om de vil fortelle si historie slik jeg har gjort (Czarniawska 2004). Dette kan være historier som er fortalt muntlig, eller skrevne historier som sirkulerer. Internett åpner for bruken av skrevne historier (ibid) og denne metoden er det jeg har benytta meg av for å ha mulighet til å nå ut til mine respondenter i det tidsrommet jeg har til rådighet. Undersøkelserredskapet som jeg bruker er noen spørsmål som jeg har sendt til respondentene på e-post.

### **2.4.1 Om spørreskjema og følgebrev**

Dette spørreskjemaet som respondentene fikk tilsendt, var åpne spørsmål uten fastlagte svaralternativer. Spørreskjemaet er enkelt bygd opp ved at jeg går rett på hovedspørsmåla, så følger en del hjelpespørsmål som de eventuelt kan bruke underveis i si fortelling. Til slutt har jeg tatt med bakgrunnsspørsmål med demografiske fakta og litt fakta om jobben. Sammen med spørsmålsarket som jeg sendte ut, hadde jeg skrevet et følgebrev med forklaringer (vedlegg 1). I dette følgebrevet har jeg med vilje fortalt mer inngående om metoden enn jeg ville gjort dersom utvalget var annerledes. Dette kommer av at jeg har sendt dette til høyt utdanna personer som er vant til å lese forskningsrapporter, delta i studier og noen har forskerbakgrunn. Imidlertid har de fleste av dem gitt uttrykk for at de er mer vant til å forholde seg til kvantitative undersøkelser, så for å sikre høy deltagelse ville jeg fortelle litt mer inngående om metoden så de visst hva de sa ja til å delta på.

For å sikre meg at disse lederne ville delta på studien, har jeg sendt en e-post til dem på forhånd for å informere om den forestående undersøkelsen og fått positiv tilbakemelding fra de fleste om at de gjerne vil delta. Jeg har også presisert metoden ytterligere i utsendingsmailen og oppgitt mine telefonnummer og adresser til spørsmål.

## **2.4.2 Fra analyse til oppsummering**

Ettersom historiene begynte å strømme inn, begynte jeg på analysearbeidet. Jeg benytter meg av ”konvoluttmetoden” – riktignok på datamaskinen, hvor jeg deler opp historiene og grupperer dem etter spørsmål og tema. Deretter så har jeg gått nøyere gjennom de ulike gruppene for å bringe orden, struktur og mening inn i de innsamla data i forhold til mitt teoretiske utgangspunkt. Jeg har også gruppert respondentene i en tabell etter funna. Dersom jeg ved slurv eller misforståelse kategoriserer feil, så påvirker dette påliteligheten til undersøkelsen. Videre kan det være en fare for at jeg overtolker svara og legger mer betydning i dem enn jeg ville ha gjort dersom jeg hadde stilt utdypende og avklarende spørsmål. Analysen er likevel tolkning og jeg kan legge andre betydninger i et utsagn enn informanten fordi jeg forholder meg til en teoretisk ramme som mine respondenter kanskje ikke har samme kunnskap om.

Etter oppdeling og gruppering så samler jeg historiene sammen igjen og begynner på mi fortelling eller fortolkning av deres vei til ledelse. Mi gjenfortelling knyttes til mitt teoretiske bakgrunnsmateriale og ledernes svar fortolker jeg i lys av teoriene. Analysen av materialet framstilles da som ei forenkling av virkeligheten (Kvåle 2001). Som sagt innledningsvis så kobler jeg sammen analyse- og teoridelen for å knytte de teoretiske fortellingene fra academia sammen med mitt empiriske materiale og håper på den måten å unngå for mange gjentakelser. Jeg foretar så ei syntetisering hvor jeg sammenligner noen funn fra de tre spørsmåla i problemstillingen, før den siste oppsummeringa.

Analyseprosessen er imidlertid ikke så lineær som jeg har skissert her. Ryen (2006) betegner prosessen som rotete og tidkrevende med rom for mye tvil. Dette er betegnende for mi oppgave også; strukturen har blitt snudd og endevendt noen ganger etter gransking av funn og forsøk på skrive disse ned. I denne prosessen kan det være ulike fallgruver og i neste avsnitt vil jeg peke på noen av disse i forhold til kvalitetssikring av mitt materiale.

## ***2.5 Troverdighet. Aspekter ved kvalitetssikring av min studie***

### **2.5.1 Fra forskerens nærhet til ønskelig distanse**

Å forske i egen organisasjon kan være problematisk da en kan oppleve mange dilemmaer og feilkilder, men det kan også innebære mange fordeler. En måte å tydeliggjøre for leseren at dette er noe forskeren er seg bevisst på, er å klargjøre for leseren om forskerens bakgrunn

(Nilsen og Repstad 1993). For å klargjøre min bakgrunn, så betrakter jeg helsevesenet her som min ”egen organisasjon”, den er fellesnevneren for meg og respondentene, til tross for at vi arbeider i ulike helseforetak rundt om i landet. Et annet fellestrekk mellom meg og respondentene er at jeg har arbeidet som leder i mange år og kjenner sykehusvesenet fra ulike nivåer i organisasjonen, før og etter reformene. Først som radiograf i turnus, deretter i ulike lederstillinger og de siste åra som avdelingsleder. Med smaken på ledelse kom lysten til lederutdanning og dette har jeg for det meste tatt parallelt med full jobb som leder.

Det er ikke ensbetydende negativt at jeg med min bakgrunn i masterutdanningen og med erfaring fra ledelse, forsker i egen organisasjon da min tanker bygges ut fra egne erfaringer og observasjoner. Jeg vil nevne noen av disse fordelene. ”Organisasjonen” er stor og det kan være store kulturelle forskjeller, likevel har hverdagspråket mange fellesnevnerer som en utenforstående må lære for å forstå nyansene av (Nilsen og Repstad 1993). Dette kan være nyttig i utforminga av spørsmåla i spørreskjemaet. Et annet viktig moment er at vi har en felles forståelse av kritiske hendelser i organisasjonen – slik eksempelvis reformene kan oppleves. Når en har kjennskap til organisasjonen så kan det være lettere å gjennomskue såkalte ”parademålsettinger” (ibid) hvor det er langt mellom ord og handling. Eksempel på noe som kan oppleves som en parademålsetting er senterdanningen med såkalt desentralisering av makt. Dette er en felles opplevelse for oss som ledere i den store organisasjonen som helsevesenet er .

Jeg vil også peke på noen av de ulemper jeg opplever i forhold til å forske på egen organisasjon. Den første faren er at det kan være vanskelig å innta et fugleperspektiv (ibid), det er lett å bli for nærsynt. En fare ved dette er at det er lett å akseptere respondentenes forklaringer på fenomener i stedet for å løfte blikket og se dette ut fra annen forskning og mitt teoretiske fundament. Når data skal tolkes så er det lett å bli påvirket av egne fordommer og meninger som har sitt utspring i mine egne erfaringer som leder og gjennom den utdanningen jeg har tatt. Jeg har også tenkt den tanken som Nilsen og Repstad (ibid:357) skriver i forhold til at det kan være vanskelig å skrive ”sannheten” eller hva jeg finner av resultater: ”Tør jeg, vil jeg eller burde jeg la være?”. Dette er et av de mest kritiske spørsmåla i forhold til å forske i egen organisasjon, da det er mulig at respondentene blir støttet av mine fortolkninger av deres svar eller at andre ledere som leser oppgava blir støttet av deler av materialet. Jeg finner det likevel såpass interessant av jeg tør å ta sjansen. Kanskje kan denne tilbakemeldingen som min rapport blir, gi aktørene en dypere forståelse av egen organisasjon og gjøre dem i stand til

en dypere refleksjon over temaene jeg tar opp i forhold til ledelse i helsevesenet, - slik Nilsen og Repstad (1993) sier er hensikta med å formidle resultata tilbake til organisasjonen.

## **2.5.2 Informasjonsrike informanter – men ikke generaliserbare**

12 personer er med i mitt utvalg og funn fra et så lite utvalg kan ikke generaliseres. Informantene er heller ikke representative for ledere i norsk helsevesen da de ikke avspeiler et tverrsnitt. Disse lederne er sjølselekterte ved at de har kommet med på det nasjonale lederutviklingsprogrammet. Lederne er forskjellige som mennesker, i stillingsnivå og utdannelsesbakgrunn, likevel har de en del fellestrekk som er nyttige i forhold til deres refleksjoner. Helsevesenet er fellesnevneren, videre deltagelse på lederutviklingsprogrammet, dette er ledere som er bevisste på at de er ledere og *ønsker* å være det og de har lang erfaring som ledere. De har mange refleksjoner og informasjon å bidra med og dette gir mye informasjon fra ledere som *ønsker* å være ledere. Derfor *ønsker* jeg å bruke disse som mine respondenter, men jeg er bevisst på at jeg ikke kan generalisere ut fra funna.

## **2.5.3 Innsamling av data via data**

Bruk av datamaskinen og elektronisk post åpner opp for nye muligheter til innsamling av data i en undersøkelse og jeg velger å bruke denne metoden til innsamling av livsberetninger slik Czarniawska (2004) nevner. Å ta en slik metode i bruk innebærer en rekke fordeler, men også ulemper (Ryen 2002). I en kvalitativ spørsmålsrekke som jeg sender ut på denne måten kan jeg risikere at jeg får inn mye informasjon som jeg ikke trenger og ingenting av det jeg etterspør.

### **2.5.3.1 Fordeler ved innsamling av data via e-post**

Norges geografi blir ingen begrensning ved bruk av e-post. En del av mine informanter bor langt nord i landet og de andre spredt rundt i alle kanter av Sør-Norge. Det ville tatt mye tid og kostnadene ville blitt for høye, dersom jeg skulle reise rundt og samle inn deres historier. Det har også vist seg som en fordel for meg at respondentene har skrevet sine svar sjøl, med det har jeg spart meg mye tid til transkripsjon av opptak og kunne begynne systematiseringen av besvarelsene etter hvert som de kom inn. En annen fordel er at respondentene får tid til å reflektere over spørsmåla. Jeg har ikke fått inntrykk av at respondentene har skrevet si livsberetning tidligere og flere av dem har gitt uttrykk for at det har vært en fordel at de har fått tid til å reflektere over dette.

Siden de fleste svarte positivt på informasjonsmailen jeg sendte ut på forhånd, gav det meg ro for å fortsette. I praksis viser det seg at det måtte et par purrerunder til for å få inn de siste svara, utfordringa ble større enn de såg for seg med å reflektere over egen vei til ledelse og deres ståsted nå. Altså utfordringa var *innholdsmessig* og ikke uvilje mot å bidra med sine svar eller at det skulle være teknisk vanskelig.

### **2.5.3.2 Ulemper ved innsamling av data via e-post**

En vesentlig ulempe er at det ikke er direkte kontakt mellom meg og respondentene. Det er dermed ikke mulig å fange opp nonverbal kommunikasjon, som stemninger via smil og latter eller uttrykk for misnøye og ubehag. Jeg har heller ikke mulighet til å se og høre om oppdraget de har fått blir misforstått eller om det trengs utdyping og supplerende spørsmål og informasjon kan dermed gå tapt. At respondentene har hatt tid til å tenke over svara har jeg sagt var en fordel. Det kan også være ei ulempe ved at jeg ikke får det *umiddelbare* svaret fra respondentene slik jeg ville fått dersom jeg var til stede og stilte spørsmål direkte. Når respondenten har tid til å tenke over svaret slik metoden jeg har valgt innebærer, så har respondenten mulighet til å utforme svaret på en måte som framstiller dem på en mer flatterende måte enn det som kanskje ville skje i en intervjusituasjon. I et intervju vet ikke respondenten hva spørsmål som kommer og svaret således blir mindre gjennomtenkt, men da kanskje mer ærlig.

Skrivemåten ved bruk av e-post varierer med brukeren. Respondentene har brukt den uhøytidlige formidlingsmåten som jeg har invitert til ved at de bruker store bokstaver, utropstegn, smilefjes og mange punktum etter hverandre for å understreke stemningen i uttalelsen. Dette kan til en viss grad veie opp for den manglende observasjonen av nonverbal kommunikasjon. Måten de har gjort dette på understreker for meg ærligheten i besvarelsene. Språket er lite formelt med taleprega setningsbygning, mye skrivefeil og aktiv tegnsetting (smilefjes, utropstegn osv), noe som understreker at de ikke pynter på besvarelsene for å framstille seg i et godt lys. Noen av dem er ikke glad for å uttrykke seg skriftlig og hadde foretrukket å bli intervjuet på vanlig måte – som en av dem uttrykker det:

*”Jeg liker ikke å skrive!!! Jeg er mer aksjonsmenneske.”*

De har likevel vært så behjelpelige at de har sendt meg si beretning!

Som beskrevet tidligere så har jeg en viss kjennskap til respondentene siden vi har deltatt på det nasjonale lederprogrammet sammen. Jeg kjenner dem likevel ikke godt nok til å

gjennomskue om de forteller sannheten. Det kan være en fare for at de pynter på virkeligheten når de skriver om seg sjøl på denne måten og jeg kjenner dem ikke godt nok til å gjennomskue dette, - men det kan også være like stor fare for at de er for beskjedne, slik jeg ser spor av hos noen av respondentene.

## **2.6 Utvelgelse**

Det finnes ulike metoder for å velge ut hvem som skal delta i undersøkelsen og dette avhenger av hva en vil med undersøkelsen; generalisere eller få dypere kjennskap til et fenomen. Jeg ønsker en dypere kjennskap og har derfor foretatt en ”skjønnsmessig utvelgelse” som Holme og Solvang kaller det (1993). Personer som antas å ha mye å bidra med, blir med i utvalget (Ryen 2006). Jeg har henvendt meg til 14 ledere som jeg har fått en viss kjennskap til gjennom deltagelse i Nasjonalt ledelsesutviklingsprogram for helseforetakene. Det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet ble arrangert med 6 moduler à 3 dager i 2003-2004. Rundt 180 deltakere fra hele Norge har deltatt fra laveste nivå av tillitsvalgte og avdelingssykepleiere, videre oppover i lederhierarkiet i foretakene, til ledere av helseregionene og deltakere fra departementet. Jeg og en annen avdelingsleder har deltatt fra Sørlandet sykehus HF.

Av de 14 ledere jeg har henvendt meg til har jeg fått svar fra 12. Jeg valgt ut disse respondentene fordi de alle har viktige erfaringer i forhold til ledelse i helseforetak. De representerer samtidig ulike typer stillinger og geografiske områder i sykehussektoren og har en felles plattform fra lederutviklingsprogrammet. Samtidig representerer de en balansert kjønnsfordeling, noe som er viktig i forhold til mi problemstilling.

Jeg har fått svar fra seks leger og seks med annen helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå. To leger har ikke svart. Blant legene er det to kvinner og fire menn. I den andre gruppa er det omvendt; fire kvinner og to menn.

## **2.7 Respondentene – en kort presentasjon**

### **2.7.1 Legene**

Legene er alle overleger med ulike spesialiseringer. Jeg går ikke inn på hva slags spesialisering for å bevare deres anonymitet. To av legene har direktørstillinger, en er klinikkjef og de tre resterende er avdelingssjefer. Tre av legene skiller seg ut i forhold til ledelsesutdanning. To av dem har tilsvarende 60 studiepoeng med ledelse i helsefag mens den andre har mastergrad i helseledelse. De øvrige legene rapporterer at de har gått på diverse

lederkurs som for eksempel det nasjonale lederutviklingsprogrammet. I sin spesialisering så har overlegene også et lederkurs for overleger. To av legene har doktorgrader og en av disse har professorkompetanse.

### **2.7.2 Sykepleierne**

De seks resterende respondentene har helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå. Gruppen domineres av sykepleiere og jeg vil heretter benevne dem som sykepleiere for lettere å ivareta anonymiteten til alle. Gruppen domineres av avdelingssjefer, en er oversykepleier og en klinikk-sjef. En tidligere avdelingssjef er som følge av en fusjon for tida uten tittel. Alle sykepleierne har minimum ett års lederutdanning og de fleste har også spesialisering innen den retningen de leder. Tre av dem har i tillegg veiledingspedagogikk. I denne gruppa er det fire kvinner og to menn.

### **2.7.3 Utdanning i forhold til kjønn**

Dersom jeg ser på utdanning i forhold til kjønn, så er det ei kvinne som skiller seg ut blant legene med både en medisinskfaglig doktorgrad samt en mastergrad i ledelse. Blant sykepleierne er det mennene som skiller seg ut med høyest utdanning med mer enn ett års lederutdanning, spesialisering og veiledningskompetanse.

### **2.7.4 Aldersgruppe**

Aldersmessig så er de fra begynnelsen av 40-åra og oppover mot 60 år.

### **2.7.5 Benevnelser**

Legene kaller jeg ”legeledere”. Denne benevnelsen sier at dette er en person med medisinskfaglig bakgrunn som er leder, altså en lege som er leder. Benevnelsen kan virke misvisende og lede en til å tro at disse legene er bare ledere for leger. Dette er imidlertid ledere med et helhetlig ansvar for sin enhet og har med det ansvar for de aktuelle yrkesgrupper som arbeider der. Den samme faren for misforståelse kan oppstå i forhold til lederne med sykepleierbakgrunn som jeg for enkelthets skyld kaller ”sykepleieledere”. Disse er også ansvarlige for andre yrkesgrupper og ikke bare for si yrkesgruppe. Jeg går likevel videre med disse benevnelserne da de er korte og enkle å forholde seg til.

## **2.8 Svarprosent**

12 av 14 mulige svar gir en svarprosent på 86. Dette at de ikke er vant til å delta i kvalitative studier kan gi utslag i min svarprosent. Det kan komme av at det er hurtigere å svare på et



spørreskjema med utkrysningsmuligheter og det kan være utfordrende å skulle tenke ut og sjøl skrive sin beretning. Å skrive si livsberetning kan være tidkrevende og dermed en grunn til ikke å svare og tilbakemeldinga fra den ene som ikke svarte var at han hadde alt for mye å gjøre nå til å delta. For å få en høy svarprosent har jeg presisert anonymitet både i følgebrev og e-posten, så da blir det mi utfordring å ta med interessante fortellinger på en måte som samtidig ivaretar deres behov for beskyttelse.

## **2.9 Ethiske avveininger**

Til alle fasene i en undersøkelse er det viktig å ta forskningsetiske hensyn (Ryen 2006). Det er frivillig å delta i en undersøkelse og respondentene har krav på god informasjon om hva slags undersøkelse de deltar i. Holme og Solvang (1993) skriver at svarpersonene ikke må delta på falske premisser og de derfor må ha nok informasjon til å vurdere om de vil delta. Slik informasjon sendte jeg respondentene på forhånd før de fikk det offisielle spørsmålet om deltagelse i studiet. Respondentene skrev sjøl sitt svar i denne undersøkelsen og på den måten trengs ikke en samtykkeerklæring. Relasjonene mellom forsker og deltagere er avgjørende for tilliten. Tillit er viktig for å få respondenter til å delta i forskningen og for at deltakerne skal ha trygghet for at deres informasjon blir behandla konfidensielt og framstilles på en måte som ivaretar deres anonymitet. Mine respondenter framstilles uten navn, og er gruppert etter yrkesbakgrunn.

Videre i de neste kapitla skal jeg forsøke å analyser materialet, dra ut funn og sammenligne disse med mitt utvalg av teori.

## **3 Teoretiske perspektiver på betydning av kjønn i organisasjoner**

Organisasjoner har blitt oppfatta som kjønnsnøytrale, noe Acker (1993) kritiserer: ”Tradisjonell organisasjonsteori problematiserer i liten eller ingen grad betydningen av kjønn i organisasjoner. Men det betyr ikke at faget er kjønnsnøytralt. Det teoretiske området forutsetter implisitt at ledere og arbeidere er av hankjønn, med mannstereotyp makt og forpliktelser”. Hitland (1997:1) sier at ”Forskning viser at fordeling av goder og byrder i organisasjonene er bygd opp omkring kjønn. Til tross for dette blir antagelsen om kjønnsnøytralitet opprettholdt i organisasjonsteori og bidrar på denne måten til undertrykkelse av kunnskap om kjønn.”. Dette temaet har blitt studert og gruppert på ulike måter og jeg har



begrensa meg til noen få studier som kan belyse konsekvenser for kjønn ved ledelse i sykehus etter reformene.

### **3.1 Egenskaper ved individet: Motivasjonsstudien**

Ulike studier har blitt gjort for å avdekke mangler hos kvinner som forklaring på hvorfor det er så få kvinnelige ledere. Et eksempel er motivasjonsstudien som hadde fokus på kvinners manglende sjøltillit, motivasjon, ambisjoner og kvalifikasjoner (Horner 1972 i Hitland 1997). Kvinner mangler sjøltillit og motivasjon fordi de er redde for negative konsekvenser som tap av femininitet og sosial erkjennelse dersom de oppnår suksess.

Når jeg studerer beretningene jeg har fått fra mine respondenter, så ser det ikke ut til at kvinnene i mitt materiale mangler sjøltillit og i lys av en slik motivasjonsstudie er det vanskelig å framstille kvinnene som avvikere i forhold til mennene. En uttalelsen fra en kvinnelig leder kan stå som en illustrasjon på dette:

*”Det er klart at jeg jo må tro jeg har noe å bidra med, og at jeg har meninger om hvordan ting bør være – det er jo det som ligger bak, ...”*

Mitt materiale er for lite til å generalisere, men dette harmonerer med funn fra den store kvantitative undersøkelsen om Irmelin Drake (2002) gjorde blant kvinnelige ledere i privat og offentlig sektor. Kvinner som er ledere ser ikke ut til å mangle sjøltillit i hennes store materiale og ho avliver dette som ei myte. Disse undersøkelsene sier imidlertid ikke noe om hvordan kvinner generelt er, om de mangler ambisjoner eller motivasjon til å bli ledere.

Ser jeg i forhold til ambisjoner så er det store variasjoner blant mine respondenter. Dette er ei gruppe med ledere som har noen års erfaring som ledere og veien til ledelse har vært av varierende bevissthetsgrad. Den største gruppa har blitt tilbudt jobb som ledere og på den måten fått smaken på ledelse og valgt det som karrierevei, ambisjonene har kommet etter hvert som de har fått prøve seg som ledere slik en illustrerer:

*”Jeg tror at valget av en lederkarriere i stor grad er styrt av tilfeldigheter, personlige egenskaper og evne til å ta utfordringer. Min egen erfaring er at jeg var langt på vei inn i rollen som leder før jeg gjorde bevisste strategiske valg mot en lederkarriere.”*

Flere av dem forteller at de har blitt lagt merke til som dyktige som fagpersoner og derfor blitt tilbudt lederstilling slik en annen leder illustrerer:

*”Jeg har ikke så vidt jeg vet strebet meg bevisst mot en lederkarriere som et valg for min vei. Jeg hadde nok egentlig tenkt meg en faglig yrkesvei og hadde planer om å*

*utvide forskningsinnsatsen og styrke meg kompetansemessig også der.... Når man er verbal og reflekterer og bidrar på den måten, har det en tendens til å utvikle seg til at man blir bedt om å være med på utvikling der man er. Man blir ”dratt inn i det”, eller for å uttrykke det kanskje litt mer positivt, ”headhundet” til å være med på prosesser og til syvende og sist posisjoner.”*

Den andre gruppa som er noe mindre, har bevisst søkt posisjoner hvor de kan påvirke slik en av dem uttaler:

*”Jeg har nok hele tiden hatt en ambisjon om også å kunne noe om ledelse, at det å være leder kunne være gøy og/eller viktig...”*

Slik det ser ut i mitt lille materiale er det ikke tydelige kjønnsforskjeller på ambisjonsnivået verken blant de som har hatt et bevisst ønske om å bli ledere eller i den andre gruppa, det ser heller ikke ut som at det er forskjeller i yrkesbakgrunn. Mine funn harmonerer derfor ikke med motivasjonsstudien og jeg kan ikke se at det er kjønnsmessige forskjeller i mitt materiale på disse variablene. I disse studiene har egenskaper ved *individet* blitt vektlagt som forklaringsmodeller. Feil og mangler ved kvinnene har blitt påpekt og forslag til hvordan kvinnene kunne endre dette har blitt framlagt (Hitland 1997). Jeg vil nå gå over til forskere som har belyst hvordan *strukturelle* forhold i organisasjoner begrenser kvinners muligheter til ledelse.

### **3.2 Konsekvens av struktur**

Til belysning av hvordan struktur påvirker kvinners mulighet til ledelse nevner jeg Rosabeth Moss Kanter si forskning, gjengitt i boka ”Men and Women of the Corporation” (1977), og deretter går jeg innom Kvande og Rasmussens forskning (1997) fra pleie- og omsorgssektoren. De fokuserer på hvordan strukturelle endringer etter ei reform har endra muligheten for kvinner i ledelse. Jeg tar først en gjennomgang av disse studiene, og bruker deretter disse til å belyse funn fra mitt materiale.

#### **3.2.1 Strukturelle begrensninger**

Kanter (1977) viser hvordan organisasjonsform og ledelsesform er med på å begrense kvinners muligheter i bedrifter. Posisjoner i hierarkiet er mer bestemmende for kvinners og menns oppførsel enn kjønn og hvordan de har blitt sosialisert gjennom barndommen. Ulikhetsskapende prosesser innad i organisasjonen blir da i fokus i stedet for de ”mer eller

mindre reflekterte forestillinger om kjønnsforskjeller som utgangspunkt for å forklare kvinners (og menns) atferd i organisasjoner” (Johannessen 1994:2). En kritikk mot Kanters forskning er at ho ikke problematiserer at mannlighet var implisitt i relevante trekk hos en leder. Ho forstod ledelse som noe kjønnsnøytralt og kjønn som noe kvinner representerte (Hitland 1997, Johannessen 1994). Ho problematiserer ikke at maskulint blir stående som det overordna, som det generelle og allmenne (Johannessen 1994).

Videre viser Kanter (1977) at sammensetningen av grupper er av betydning. Mindretallet må komme opp i mot en tredjedel før de har mulighet til å bygge allianser som har påvirkningskraft nok til å påvirke kulturen. Dersom kvinneandelen mindre enn dette, har kvinner liten reell mulighet til å påvirke gruppa og de blir gjenstand for ei stereotypifisering; de framstår som personifisering av Kvinna. Ei kvinne blir da ikke bare oppfatta som et individ, men måten ho oppfører seg på blir ”tokens” eller symbol for hvordan kvinner er. Denne stereotypifiseringa kan svekke kvinnelige lederes troverdighet og redusere deres muligheter for å bli inkludert i de uformelle nettverka der menn dominerer (ibid). Den kvinnelige lederen som er i mindretall kan få problemer med å oppnå faglig troverdighet og anerkjennelse og kan presses inn i spesielle roller. De blir vurdert opp mot hva som er typisk kvinnelig og et resultat av det kan bli at de fornekte relevansen av kjønn – til tross for at dette alltid vil telle i andres øyne. Som kvinnelige ledere så samsvarer de ikke med organisasjonens identitet og roller.

### **3.2.2 Omstilling med reproduksjon av kjønnshierarki**

Kvande og Rasmussen (1997) viser til hvordan strukturelle endringer som følger av reformer kan bidra til å forsterke kjønns skillet blant kvinnelige og mannlige ledere. De kvinnelige sykepleierne i deres studie har tidligere hatt mellomlederstillinger og stillinger høyere oppover i hierarkiet. Omorganiseringen medførte at hjemmehjelpsarbeidet ble organisert sammen med hjelpepleie- og hjemmesykepleietjenestene. Dette medførte en forbedring av hjemmehjelpens hverdag, mens de andre gruppene måtte delta i husarbeid i tillegg til det de var utdanna til, noe som opplevdes som en forringelse av deres arbeidsdag. Videre medførte omorganiseringen en endring fra institusjonsbasert omsorg til hjemmebasert med desentralisering av ansvar og beslutningsmyndighet. Ansvar for koordinering av tjenester ble lagt til lavt nivå i distriktet mens økonomisk ansvar og ledelse ble profesjonalisert og samla høyere i organisasjonen.

Rasjonaliseringen medfører en sentralisering av makt ved at både institusjoner i området og hjemmesykepleien ble underlagt en enhetsleder. Dette medfører at budsjett- og personalansvaret er lagt til denne ene personen hvor dette tidligere hørte til hver avdeling på sykehjemmet og til de ulike sonelederne i hjemmesykepleien. Den daglige ledelsen av sonene og institusjonsavdelingene legges til koordinatorene som fungerer som ledere uten tittel og lederlønn – og som må utføre sykepleieoppgaver i tillegg til koordineringen. De har ansvaret for at arbeidet utføres, men mangler makt. Myndighet over ressursene og ansvaret for arbeidet skilles herved. Med denne sentralisering av ressurser, budsjett og personalansvar skapes nye profesjonelle lederjobber og det dannes et nivå av enhetsledere som rapporterer til en distriktsleder og disse utgjør lederteamet.

Disse endringene medfører forandringer i kjønns sammensetningen i ledelsen. Gammel organisasjon var preget av kvinnelige mellomledere med sykepleiebakgrunn som hadde både faglig og økonomisk ansvar mens disse nå er skilt. Dette gav et kjønnskille; kvinnelige sykepleiere på bunnen og mannlige sykepleiere inntok lederstillingene høyere oppe i hierarkiet. Dette har blitt en alternativ karrierevei for mannlige sykepleiere som vil bort fra sykepleiedelen. I Byrkjeflot (1997) sin gjennomgang av denne artikkelen så sier han at dette skillet av fag og økonomi/personal samtidig som at sykepleierne må ta arbeid med lavere status (arbeid fra hjemmehjelperne), kan medføre at kjønnsdelinga mellom kvinner og menn i det offentlige forsterkes med hensyn til lederoppgaver. Reformene har således medført en reproduksjon av det tradisjonelle kjønns hierarkiet.

### **3.2.3 Betydning av organisasjonsstruktur**

I artikkelen videre har Kvande og Rasmussen (1997) også et avsnitt hvor de drar paralleller til sin forskning blant sivilingeniører (1993). Av deres forskning blant kvinnelige og mannlige sivilingeniører så finner de at kvinnene hadde bedre mulighet til å bli ledere i flattere organisasjoner med teamarbeid og nettverksorganisering enn i hierarkiske. De viser til den internasjonale tendensen med nedbygging av organisasjoners hierarkiske nivå da de skrev artikkelen (som jeg knytter mot NPM-strømningene) og de mener at denne desentraliseringen vil fremme kvinners muligheter til ledelse.

Nettverksorganiseringen beskrives som er åpen for nye innspill og måter å gjøre arbeidet på, også er åpne for at kvinner kan få ansvarsfulle jobber. Til forskjell for hierarkiet så kan kvinnene lettere vise hva de kan i de dynamiske nettverka. Alle får utfordringer, må ta ansvar

og de andre ser hva de kan. I hierarkiet er det sjefen som ser den enkelte ansatte og som gir mulighet til avansement. Resultatet er homososial reproduksjon slik Kanter (1977) beskriver det. Kvinner har i egenskap av sitt kjønn liten mulighet til deltagelse i konkurransen.

Helsevesenet preges av hierarkisk oppbygging og dette kan brukes som ei forklaring på få kvinnelige ledere ut fra deres funn.

### **3.2.4 Synliggjøring av reformenes konsekvenser i mitt materiale**

Med innføring av sykehusreformen så ble det satt i gang store integrasjonsprosesser etter sammenslåing av sykehus og fra det nivået jeg arbeida som avdelingsleder så var det stort fokus på å flate ut hierarkiet og ikke bygge for mange lag i hierarkistrukturen. Det ble også vektlagt at lederne skulle ansvarliggjøres. Ledelsesreformen kunne i utgangspunktet åpne opp forbedring av likestilling i lederskiktet i helsevesenet, i og med at sykepleiere kunne bli avdelingsledere. Hva har skjedd på disse områda?

#### **Hierarkiet**

Kvande og Rasmussen referer til sin undersøkelse fra 1993 hvor de viser at de flate nettverksorganisasjonene gir bedre mulighet for kvinner i ledelse og de har en forhåpning om at ved en utflating av hierarkiet så vil det bli lettere for kvinner å bli ledere. Organisasjonen har mista noen ledd i nederste del av hierarkiet etter reformen, og dette har skjedd ved at det som før ble definert som lederstillinger i førstelinja ikke lenger defineres som dette. Samtidig opprettes et eget skikt i de fleste foretak under direktørnivå, noe som gjør organisasjonen mer topptung. Dette er trekk som viser at reformen har medført ei sentralisering av beslutningsnivåa til toppledelsen. Reformen har ført til økt byråkrati og avstand mellom nivåa (Opedal og Stigen 2005). Helsevesenet er i stor grad prega av kvinnelige pleiere med ulik yrkesbakgrunn og ved å fjerne avansementstillinger på bunnen, reduseres muligheten for kvinner til ledelse

Disse funna fra Kvande- og Rasmussen (1993) hvor de viser til at kvinner har dårligere mulighet til å bli ledere i hierarkiske organisasjoner, har blitt betrakta som viktige bidrag i forskningen i Norge (Nylehn 1997, Drake og Solberg 1995). Men funna har også blitt møtt med kritikk (Johannessen 1994). Hierarkiet omtales i negative vendinger, spesielt i anvendelsen av Kvande og Rasmussens funn i boka fra Drake og Solberg (1995) mens de ikke har gjort seg like stor flid med å finne negative følger av nettverksorganisasjonen. Kvinner er like mangfoldige som menn og noen like å jobbe i statiske hierarki, mens andre foretrekker de

løser nettverka. Kanskje er ikke organisasjonsform avgjørende heller for hvor de jobber, dette avhenger mer av utdanning og hva slags jobber som er tilgjengelige.

### Innhold i lederstillingene

Lederne i mitt materiale ønsker å lede og stikkorda som går igjen kan knyttes til det Byrkjeflot (1997) kaller en samordningselite; de nevner at de ønsker å legge til rette og samordne, de nevner betydning av veiledning av personalet så de kan både få inspirasjon til endring og til ny kunnskap for å utføre jobben. En av legelederne kommer med en uttalelse i tråd med dette:

*”I stedet for å drive som operatør ville jeg heller være med på å legge forholdene til rette.”*

Med NPM-påvirkningen så vektlegges ledelsesaspektet i større grad enn tidligere, men muligheten til å utøve ledelse kan se ut til å ha blitt begrensa for ledere nedover i organisasjonen. Funna fra Kvande og Rasmussen (1993) viser hvordan lederstillingene har blitt tømte for innhold og kan betraktes som tomme skall med liten autonomi utover det rent administrative. Med helsereformen og inndeling i klinikker og divisjoner ble ansvar og myndighet delegert nedover, men på avdelingsnivå begrenses muligheten til ledelse da rammene ligger på nivået over. Lederstillingene på avdelingsledernivå kan da betraktes som slike ”tomme skall” hvor overordna føringer styrer og begrenser deres mulighet til ledelse.

Ledelse er både vanskelig å definere og vanskelig å studere og det finnes nesten like mange definisjoner som forskere som har studert fenomenet (Strand 2003). En måte å se på temaet er å skille mellom ledelse og administrasjon. Ved administrasjon er lederen opptatt av det daglige arbeidet, produksjonen og å løse problema etter hvert som de dukker opp. Ved ledelse er lederen opptatt av å skape visjoner og fylle enheten med innhold, planlegge utviklinga og peke ut retning for organisasjonen. Når jeg ser på mine data i lys av denne definisjonen og på bakgrunn av endringene med reformene, så kan lederne utøve ledelse, planlegge og peke ut retning for sin enhet – så lenge de holder seg innenfor tildelte rammer. Lederen har autonomi til å lede den daglige drift, men møter begrensninger i form av økonomiske rammer, men også manglende myndighet. Jeg gir noen eksempler fra avdelingssjefsnivået: Ved ansettelse av nytt personale har ikke avdelingssjefen anledning til å gi høyere lønn enn det tariffen tilsier. Dette må det forhandles om med klinikkssjefen, sjøl om dette kan være sårt tiltrengt personale og det er rom for individuelle tillegg i avdelingens budsjett. Lederen har videre ansvar og myndighet til å forvalte budsjettet etter avdelingens prioriteringer, men ved behov for innkjøp over kr

100 000 så må dette innrapporteres til et utstysutvalg. Der må de konkurrere om begrensede midler med øvrige innspill fra foretaket, også om enheten har økonomi til å klare dette utlegget innen sitt budsjett. Utskifting av medisinsteknisk utstyr i millionklassen forsinkes ytterligere siden dette må samordnes innen helseregionen og dette kan gi år i forsinkelser! Da er det ikke lett for lederen å opprettholde motet i forhold til retninga som er pekt ut, inspirasjonen og troen på ledelsen hos de ansatte og et resultat kan bli flukt av kompetent personale. Lederen har videre ansvar for å legge til rette for og stimulere til faglig utvikling av høyt kompetent personale, men begrenses av små kursbudsjetter. Dette er eksempel på at ansvar og myndighet er delegert til avdelingsledernivå, men begrenses ved at rammene ligger på klinikk/divisjonsledernivået. Flere av lederne nevner at de ikke liker detaljstyring og dette kan stå som en illustrasjon på at de sjøl ikke liker å bli styrt og at deres mulighet til ledelse begrenses. Lederne blir styrt av overordna føringer og ressurstildeling og utfører i større grad den administrative delen av lederaspektet enn ledelse. Refleksjonsnivået over muligheten til ledelse varierer blant mine respondenter, men en av dem som har reflektert over dette sier:

*”Mine erfaringer med ledelse er dessverre få (mye mindre og færre enn jeg tror) fordi alle, meg selv inkludert, leder lite. Vi tror vi leder mye fordi vi bruker mye tid på det men egentlig leder vi ganske lite.”*

Klinikksjefene og direktørene blir tilsvarende styrt av overordna føringer og ressurstildelinger fra Helseregionene og deres mulighet til å utføre ledelse begrenses av dette. Styring fra hierarkisk posisjon har ikke samme legitimitet som tidligere (Byrkjeflot 1997) verken blant klinikksjefer og direktører eller ledere nedover i lavere skikt i organisasjonen. Det kreves at lederne ser helheten og kan samordne mellom de ulike fag og interessene i organisasjonen og dette er i tråd med ledelse inspirert av NPM-strømningene (jamfør NOU 1997:2). Da blir det for snevert å vise til at lederen har tildelt sin myndighet fra oven eller at lederen er den beste i sitt fag slik det gjerne var for den som var avdelingsoverlege. Dette gir en forflytning fra en styringselite til denne samordningseliten som jeg nevner rett overfor. Dette kan virke sjølmotsiende; styring gir ikke samme legitimitet som tidligere, samtidig som at lederne styres av overordna føringer. Med dette kan det synes som at rommet for ledelse har blitt ennå mer begrensa etter NPM-påvirkningene; lederen kan ikke ”sjefe” fordi han er den mest kompetente på området og lederen har sterke føringer for ledelse og drift ut fra manglende autonomi, makt og økonomiske ressurser. Muligheten for ledelse for både kvinnelige og mannlige ledere begrenses da på grunn av styring fra oven.



## Muligheter perifert – vanskeligere sentralt

Vi har fått sykepleiere som avdelingsledere, klinikksjefer og andre topplederstillinger, men et moment er *hvor* de finnes. Disse befinner seg i perifere deler av sykehuset (Torjesen 2007) som psykiatri, gynekologisk avdeling, barneklinner og servicedelene av sykehuset samt i sentraladministrasjonen og staben til administrerende direktør. I områder av sykehuset som anses mer sentralt, som medisinen og kirurgen har mulighetene for sykepleiere til å bli ledere vært mindre. Kvande og Rasmussen (1997) viser til stillingstyper som har blitt fjerna og med det redusert muligheten for ledelse for sykepleierne og de viser til at sykepleierne får lederstillinger på operativt nivå uten mulighet til å påvirke budsjettmessige beslutninger, men bare ansvaret for pasienten. Tilsvarende tendenser erfares i sykehus. Hvordan reformene har blitt utforma i de ulike foretak varierer. Det er for eksempel en oversykepleier i mitt materiale. Dette er en stillingstype som har blitt fjerna i andre foretak i fusjoner og reformer og det kan oppfattes som fjerning av et trinn i avansementsstigen for sykepleiere. Fjernes oversykepleierstillingen i medisinen og kirurgen hvor det statistisk viser seg vanskelig for andre enn leger å få lederstillinger, så blir dette spesielt et savn for sykepleiere som ønsker å arbeide som ledere. I disse deler av foretaka vil det da i praksis være liten mulighet for avansement til ledelse for sykepleiere dersom trenden fortsetter slik den er i dag. Dette vil da i praksis gi reduserte muligheter for kvinner i ledelse i denne delen av sykehuset, med mindre trenden snur i forhold til hvem som får lederstillingene. Kvinnelige leger som tar lederstillinger kan ”redde” kjønnsbalansen i disse områda.

## Lederstillinger fjernes

Flere ledere i mitt materiale som har opplevd påvirkning av deres stillinger slik Kvande og Rasmussen (1997) viser fra sitt materiale . Et par av lederne i min undersøkelse har opplevd fjerning av stillinger og degradering som følge av reformene. En av sykepleierlederne gir en god illustrasjon på hvordan omstillinger kan forringe mulighet for sykepleiere og dermed kvinner til å ha lederstillinger:

*”Jeg har nå satt meg ned for å tenke gjennom spørsmålene dine og fikk litt bakoversveis over eget ståsted. I tillegg til at vi på mitt lille lokalsykehus nettopp er blitt fusjonert..... ser jeg at jeg må tenke igjennom rollen min. Det som er nå med fusjonen, er at jeg ikke er leder på papiret lengre, men jeg har aldri hatt så mange administrative forventninger og oppgaver som nå (det opplever jeg som kjedelig og det resulterer i en reisevirksomhet som er helt hinsides).”*



Denne lederen rapporterer at ho arbeidet mellom 50-70 timer per uke. Ho er fratatt avdelingssjefstillingen men har samme arbeidet som tidligere. Med min undersøkelse har ho satt seg ned og reflektert over arbeidet og lederrolla og det ser ut som at ho har fått en aha-opplevelse over egen arbeidssituasjon i forhold til fusjonen.

### Innsnevring av muligheter for å søke en type stilling

Ledelsesreformen åpna som sagt for ulike helseprofesjoner i ledelse. Hvordan de ulike helseforetaka praktiserer dette kan være avgjørende for kvinner i ledelse. Eksempelvis nevner en av lederne at ei avdelingssjefsstilling skulle lyses ut og knyttes opp mot et professorat. Dette kan ses i lys av Kanter (1977) som viser hvordan strukturelle begrensninger påvirker kvinners muligheter til ledelse. Dette funnet viser hvordan strukturelle begrensninger legges i utlysning av stillinger. Til ei rein avdelingssjefstilling kunne personer med både lege- og sykepleiebakgrunn søke og på den måten ville det være større muligheter for kvinner. Når stillinga knyttes mot et professorat så utestenges sykepleierne og sannsynligvis snevres muligheten for kvinnelige leger også. Ved å knytte denne stillinga til et professorat så snevres altså mulighetene for kvinner til å søke på denne utlysninga.

### Lite nettverk og utestenging fra eksisterende nettverk

Ei kvinne påpeker at det er få kvinnelige leger som er ledere og med det blir nettverket lite. Dette kan være en medvirkende årsak til at få kvinnelige leger søker lederjobber. De har ingen likesinna å få støtte hos og dette forsterkes av at de holdes utenfor nettverket av mannlige ledere. Denne utestenginga kan være bevisst eller ubevisst fra de mannlige ledernes side. I lys av Kanter (1977) så blir ho som kvinnelig leder stereotypifisert som et symbol på kvinner generelt og dette kan medføre utestenging slik ho rapporterer. Men ikke bare de mannlige lederne stereotypifiserer, også deres koner gjør det og de opplever henne som en trussel. Ho har erfart at de mannlige lederne ikke vil inkludere henne som kvinnelig leder som om ho var en mannlig leder og viser eksempel på utestenging fra deres nettverk:

*”Vi kommer ikke med høflige koner i middagene, men enten alene eller med menn som ikke bare er høflig konverserende. Er vi alene blir vi fort en trussel for deres koner og har vi med våre menn tar de oftest en større plass enn de høflige stille koner.”*

Kjønn blir da noe de kvinnelige lederne bidrar med i denne sammenheng og det blir en trussel for de andre ledernes *koner* dersom de kommer alene uten sine partnere. En kritikk av Kanter er nettopp dette at ho ikke problematiserer betydningen av kjønn i ledelse (Hitland 1997, Johannessen 1994), for henne var ledelse kjønnsnøytralt. Ho kritiserer ikke at mannlighet

framstår som implisitt i relevante trekk hos ledere og kjønn er noe kvinner har – slik denne lederen opplevde.

### Konsekvens av stereotypifisering

Når kvinner utsettes for en slik stereotypifisering kan det resultere i at de fornekte at de er kvinner, eller de ønsker å fjerne fokus fra dette. De ønsker å bli tatt alvorlig som fagpersoner eller som ledere uten at dette skal knyttes til kjønn slik mennene erfarer - men overser at dette alltid vil telle i andres øyne (Kanter 1977). Som kvinnelige ledere så samsvarer de ikke med organisasjonens identitet og roller. Det er sjelden at noen sier en ”mannlig lege” eller ”mannlig leder”, men dette er ofte brukt når kvinner har disse posisjoner. Idealet er kjønnsnøytralitet for begge kjønn, men i virkeligheten så er tolkningsramma for vår adferd den heteroseksuelle mannen (Acker 1993). Kvinner som tar avstand fra sitt kjønn kan oppfattes som mandige, mannhaftige eller som jernkvinner, mens kvinner som er for feminine i forhold til forventet norm kan bli oppfatta som lettvektene eller i verste fall som skjøgere (Amble 1993). Dette gir kvinnene et lite rom å opptre i og ei suksessfull kvinne (lege og direktør) som ønsker å bli tatt seriøst uten at dette skal knyttes mot kjønn, kan da bli oppfatta som mandig. Dette bryter også med kjønnsstereotypien av ei kvinne og kan bidra til utestengingen fra nettverket, samtidig som ho som kvinne bryter med forestillingen om lederen.

### I mindretall

Kvinnelige ledere i en organisasjon som har overvekt av mannlige ledere samsvarer ikke med organisasjonens identitet og roller (Kanter 1977). Lederen skal jo være mann.

Kjønnsstereotypifiseringa av dem som kvinner kan da resultere i at de ikke oppnår faglig troverdighet (ibid). En av lederne beskriver konflikter som jeg knytter til dette. På spørsmål om hva ho mestrer dårlig svarer ho:

*”... konflikter der jeg selv blir rammet som person (ikke leder) er vanskelige å takle. Dvs angrep som går fra å være uenig i sak til at jeg ikke har medisinskfaglig innsikt / dømmekraft / ikke er egnet, er vanskelige å takle og vanskelige å møte. Og hvorfor dette er vanskelig: det er angrepet på meg som person som blir umulig å stå imot på en fornuftig eller saklig måte.”*

Ho sier her at dette er angrep på henne som person som er vanskelig å møte fornuftig. Dersom ”person” erstattes med ”kvinne” så kan det forklare den uforklarlige kritikken ho møter på

ulike områder. Ho utsettes for ei kjønnsstereotypifisering og oppnår ikke troverdighet siden ho er kvinne. Den samme kvinna har fått kommentarer som:

”Du som er så flink operatør må ikke kaste bort tid på å administrere.....”

Ho får da en medisinskfaglig anerkjennelse, samtidig som at ledelsesaspektet underkjennes. Underkjennelsen kan også knyttes mot kjønnsroller og organisasjonens identitet og roller som jeg har nevnt over, som kvinnelig lege og leder så samsvarer ho ikke med hvem som er leder i et sykehus.

### **3.3 Kritikk av tradisjonell organisasjonsteori**

#### **3.3.1 Kjønnning av organisasjonsteori**

Betydningen av kjønn forandres stadig og i tilsynelatende kjønnsnøytrale prosesser ”produseres” kjønn (Hitland 1997). Ulike organisasjonsprosesser kan resultere i kjønnsforskjeller med underordning. I et slikt mønster er kvinner vanligvis underordna, konkret eller symbolsk (Acker 1993). Jeg tar her utgangspunkt i artikkelen *Å kjønne organisasjonsteori* fra 1993 i Joan Ackers bidrag til kritikk av tradisjonell organisasjonsteori som ukjønna.

”Man fødes ikke som kvinne, man blir det” er et av de mest berømte sitata innen feministisk teori. Dette skrev Simone de Beauvoir i boka *Det annet kjønn* i 1949. I den danske oversettelse av sitatet sies det; ”Man fødes ikke som kvinne, man *skabes*”. Denne skapelsen er en aktiv og bevisst handling og som Strand (2003) referer fra Beauvoir, så er forholda mellom kjønna sosialt konstruert og mannen har herredømmet i denne konstruksjonen. Torhild Moi skriver i innledinga til *Det annet kjønn* at den andre hovedtanken i boka er at ”Kvinnens oppdragelse påtvinger dem ”kvinnelighet”, det vil si at den får dem til å oppfatte seg selv som *Den andre* i forhold til menn” (norsk utgave fra 2000). Dette *andre* har negativ klang, som noe underordna. Når kjønn blir sett på som et mønster med ulikheter slik Acker (1993) definerer det, innebærer det vanligvis en slik underordning som Beauvoir hevder.

Acker (ibid) skriver videre i sin artikkel om *kjønnete prosesser* og dette defineres som ”at fordeler og ulemper, utnyttelse og kontroll, handling og følelser, betydning og identitet, danner mønstre som opptrer gjennom og ved hjelp av et skille mellom mannlig og kvinnelig, maskulint og feminint”. Hitland (1997) sier at slike kjønna prosesser er de konkrete handlingene som folk utfører, hva de sier og deres tanker om dette. Disse prosessene foregår

integrrert i andre sosiale prosesser og de kan være åpne, men også dypt skjult (Acker 1993). Eksempel på åpne kjønna prosesser er når menn foretrekkes foran kvinner til bestemte stillinger eller når grove vitser som virker krenkende for kvinner er en del av kulturen på et arbeidssted. Acker beskriver fire sett av kjønna prosesser som foregår i organisasjoner: Kjønnssdeling i forhold til type arbeid, lønn og hierarkisk plassering er kjønna prosesser. Det er også bruk av symboler som legitimerer kjønnssdeling, for eksempel at organisasjoner beskrives med såkalte maskuline metaforer. Individias samhandling reproducerer dominans og underordning og individias mentale arbeid definerer hva som er passende kjønnsmessig adferd i organisasjonen.

### **3.3.1.1 Spor av kjønna prosesser i mitt materiale**

Når jeg ser etter spor av kjønna prosesser i mitt materiale så avspeiler mitt materiale den tradisjonelle kjønnssfordelinga i yrke fra samfunnet generelt og kjønnssdelinga innad i gruppene gjenspeiler maktforholdet som har vært i helsevesenet. Gjerberg og Sørensen gjorde en undersøkelse i 2004 blant ledere på avdelingsnivå for å se på ulike konsekvenser av ledelsesreformen. Resultatet er gjengitt i rapporten "Enhetlig ledelse i sykehus" (Gjerberg og Sørensen 2006). Av deres funn så viser det seg at 67 prosent av avdelingslederne har legebakgrunn, 28 prosent har sykepleierbakgrunn og 5 prosent andre typer bakgrunn. Ser en på kjønnssbalansen så var det 79 prosent mannlige ledere blant legene og 21 prosent kvinner. Blant sykepleierne var det 13 prosent menn og 87 prosent kvinnelige ledere.

Funn fra mitt lille materiale harmonerer med disse tidligere funna med hensyn til kjønnssbalansen. Sykepleieyrket har vært og er fremdeles dominert av kvinner (Sommervold 1997) og dette harmonerer med kjønnssbalansen blant sykepleierlederne i mitt materiale. Av de seks sykepleierne er det to mannlige ledere og resten kvinner. Blant legene er det omvendt, fire menn og to kvinner, og dette avspeiler den mannlige dominansen som har vært tidligere i dette yrket. Legegruppa domineres av mannlige ledere (Gjerberg og Sørensen 2006) og framtida vil vise om dette mønsteret vil fortsette når legeyrket etter hvert vil få en større kjønnsmessig utjamning siden flere kvinner tar legeutdannelse nå. Hvilken yrkesmessig bakgrunn lederen har, får konsekvenser for mulighetene de har både til hierarkiske plassering og hvilke lønnplassering de oppnår. Eksempelvis tjener en lege som avdelingsleder, klinikksejef og lignende mer enn en sykepleier, til tross for at stillingen innebærer samme arbeid og ansvar.

Passende kjønnsmessig adferd illustreres i sitatet fra den kvinnelige legelederen som utestenges fra mannlige nettverk. De kvinnelige lederne blir enten sett som en trussel for deres koner eller så tar deres menn for stor plass da de ikke oppfører seg som de stille, høflige konene. Dette kan ses som en prosess hvor kjønn produseres. Knytter jeg dette videre til nettverket så bryter de kvinnelige lederne med kjønnsbalansen som har vært i de sosiale nettverka. I de omtalte middagsselskapa så har mennene vært sjefen og kvinnene deres partnere. De kvinnelige lederne bryter dette mønsteret hvor mennene står for det overordna og kvinnene det underordna (Acker 1993). De kvinnelige ledernes partnere bryter med sitt kjønn mønsteret også. Som menn står de for ”overordna”, samtidig som de er med i disse selskapa fordi konene deres er sjefen. De framstår ikke som underordna pga sitt kjønn – og de oppfører seg heller ikke som underordna ved at de tar mye plass i diskusjonene, de inntar ikke plassen som underordna.

Som Acker (1993:3) sier kan ”kjønn være dypt skjult i organisasjonsmessige prosesser og beslutninger som ikke ser ut til å ha noe med kjønn å gjøre.” Ho viser til reformer av bankvesenet i Sverige og Storbritannia og jeg trekker paralleller til helsereformene her i Norge og referer til de mange eksempla jeg har gitt ovenfor som viser at kvinners mulighet til ledelse har blitt begrensa som følge av reformene.

### **3.3.2 Kjønnspolitiske organisasjoner**

Birte Folgerø Johannessen (1994) forsøker i sin doktoravhandling ”Det flytende kjønnnet” å vise til at organisasjoner kan betraktes som politiske systemer som en kontrast til denne rasjonelle og handlingsorienterte framstillingen som er vanlig i organisasjonsteori (for eksempel Flaa m.fl 1993). Med dette så sier ho at den normative konteksten til organisasjonen kan gjøres viktig for å forstå hvordan organisasjonen gjør kjønn relevant eller irrelevant. Johannessen tar utgangspunkt i Brunsson (1989) som har satt opp en idealmødel hvor organisasjoner kan betraktes som politiske system. I en tradisjonell handlingsorientert mødel framstilles organisasjoner som viktige for samfunnet fordi de produserer varer som samfunnet trenger. Ut fra et politisk perspektiv blir organisasjoner viktige som en *del av* samfunnet, det er en avhengighet mellom dem og organisasjonen tar også ansvar for omgivelsene.

Inkonsistente normer i omgivelsene er noe organisasjonene må forholde seg til i dette politiske perspektivet. Eksempel på inkonsistens er at organisasjoner både skal være kjønnsnøytrale og kvinnevennlige, eller for eksempel så skal de være menneskelige samtidig

som de skal være effektive og rasjonelle med en mål- og kundeorientering. Dette er i tråd med krav fra omgivelsene som organisasjonene demonstrerer ved hjelp av sine ideologier, strukturer og prosesser (Johannessen 1994).

### **3.3.2.1 Fra kulturelt-institusjonelt perspektiv**

Forestillingen om hvem de er, at deres gode intensjoner teller og at mål blir viktige i seg sjøl er viktig i en kjønnspolitisk organisasjon (ibid). Ses dette ut fra et kulturelt-institusjonelt perspektiv (Lægreid 2002), kan managementorienterte reformer virke som et signal på at noe gjøres for å møte kritikken om manglende effektivitet i det offentlige (Lægreid 1992, i Johannessen 1994). Jeg knytter dette opp mot ledelsesreformen hvor dette nettopp begrunnes og ses som et forsøk på å kontroll på den manglende effektiviteten. Eller for å vise at de ”rette menneskene” har makt som Brunsson (1989) sier. De rette menneskene kan her være kvinner. Ledere fikk på 1980-tallet en kjønnsrelatert symbolfunksjon og kvinnelige ledere ble både symbol på at organisasjonen forsøkte å møte effektivitetskravet og å utnytte ressursene best mulig, men også som et symbol på at organisasjonen var både kjønnsnøytral og samtidig kvinnevennlig (Johannessen 1994). En mannlig leder ville ikke formidle dette budskapet med samme tydelighet.

For å relatere dette til min oppgave så blir det i helsevesenet snakka om kjønnsnøytralitet og de bestreber seg på dette med å ansette kvinnelige ledere også. Dette er formalisert i ansettelsesprosedyrer og kvinnelige kandidater skal foretrekkes ved to like (jamfør ansettelsesprosedyrer ved Sørlandet sykehus HF). Dette kan ha stor symboleffekt, men kan oppfattes som hykleri (ibid) når vi får kvinnelige avdelingsledere, klinikkjefer og lignende – men kun i område som er ”mindre sentrale” (Torjesen 2007).

### **3.3.2.2 Det andre, ubrukte kjønn**

Kjønnskvolterering kunne oppfattes som hjelpetiltak for det svake kjønn og dette var ikke forenlig med ønsket om å framstille ”heroiske visjoner om lederskap” som Johannessen sier (1994:115) hvor de best kvalifiserte ble valgt til lederstillinger. Organisasjoner svarer på dette med å vise til at kvinner ikke er det svake kjønn, men det ”andre kjønn” som ikke er representert og de innehar noen spesielle egenskaper som er nyttige i ledelsen. Dette er viktig i dramatiseringen av inkonsistens ved at de slipper å bryte med framstillingen av heroisk lederskap siden kvinner tilfører andre kvaliteter enn de maskuline og derfor er det viktig å øke andelen av kvinnelige ledere. Dette medfører en inkonsistens: ”kvinne” som kjønn ble nøytralisert ved å ta i bruk metaforen ”ubrukt ressurs” samtidig som ”kvinnelig” ble en

attraktiv lederegenskap. Fravær av kvinner i ledelsen ble framstilt som et problem for organisasjoner, et problem de kunne løse for "for egen skyld" (Johannessens uthevinger, *ibid*) og også som en del av deres bidrag til samfunnsutviklinga. Med dette kom ei forskyvning i fokus fra overvekt av mannlige ledere mot mangel av kvinner, samt et fokus på de kvinner som fikk jobber med høy status og prestisje og de tiltak som ble gjort for å kvalifisere kvinner til lederjobber. Da kvinner begynte å få de riktige kvalifikasjonene mens mannlig dominans bestod, var fokuset fremdeles retta mot kvinnene for å finne ut hvilke mangler de *nå* hadde siden de fremdeles var i mindretall. Kvinnens psyke som manglende sjøtillit, for liten konkurranseorientering og lave ambisjoner ble utpekt som de viktigste hinder til at organisasjonene nådde sine mål om å øke kvinneandelen i lederskapet. Kvinnens hovedansvar for hus og hjem ble ansett som et strukturelt problem som det var lite organisasjonene kunne gjøre noe med. Organisasjonene var opptatt av å endre og påvirke kvinnene, men ikke mennenes prioriteringer. Noe som ikke identifiseres er at dette fokuset på ledelse bidrar til at de maskuline verdiene og normene opprettholdes og bidrar til at menn fortsetter å velge karriere og prioriterer ikke familien i samme grad som kvinnene.

"Ubrukt ressurs"- metaforen kan være problematisk da den usynliggjør kvinnens innsats. Kvinner har aldri vært ubrukt ressursen, sjøl om de har vært fraværende i ledelse. Det usynliggjør også menns avhengighet av kvinner som tar seg av familien og deres bidrag i den økonomiske offentlige sfære (Johannessen 1994). Med det heroiske fokuset på ledere og dets bidrag til å dramatisere organisasjoners handlingsevne, så virka dette fokuset på kvinnens ubrukte ressurser konserverende. Når kvinner omtales som ubrukt ressurs eller en særegen ressurs så henspeler det til at de representerer noe anna enn mennene, det refereres til kvinner som mødre og mer omsorgsfulle personer (*ibid*). Dette kan framstilles som noe radikalt nytt ved at organisasjoner vektlegger de myke sider ved ledelse, de inkorporerer de kvinnelige verdier i en organisasjon som er forskjellig fra dette. En slik essensialisme kan virke konserverende som låser kvinner fast i en forestilling om hvordan de bør være som ledere, - og hva med de kvinner som ikke passer inn i denne forestillingen? Johannessen (*ibid*) kommenterer også dette; at kvinner er omsorgsfulle som mødre er jo nettopp som mødre for sine barn - og ikke nødvendigvis for andre voksne på en arbeidsplass (mi presisering).

Når organisasjoner ansetter kvinner som ledere så avspeiles de inkonsistente normene som preger omgivelsene og dette er uavhengig av hva kvinnene står for (Johannessen 1994).



Organisasjonen drar da nytte av deres kjønn og dette blir symbol på at organisasjonen innlemmer såkalte kvinnelige verdier på linje med mannlige.

### 3.3.2.3 Hvem skriver om kjønn blant respondentene?

Når jeg studerer mitt materiale så leter jeg etter svar på mine spørsmål i problemstillinga. I dette søket så ser jeg også etter hva respondentene *ikke* sier noe om og da er det slående hvor få av dem som problematiserer kjønnsaspektet ved ledelse – til tross for at jeg nevner dette i følgebrevet.

De to kvinnelige legelederne er de som fokuserer mest på dette, men så har de også gått inn i yrker som var mannsdominert da de tok sin utdanning. Den ene av dem har bevisst valgt retning for spesialisering ut fra den lave kvinneandelen i den fagspesialiteten. Kanter (1977) sier også at stereotypifiseringen spesielt er et problem for kvinner med høyere utdanning og høyere i organisasjonen. Dette kan være en forklaring på bevissthetsnivået hos disse legene. Men høyt refleksjonsnivå i forhold til kjønn er ingen selvfølge, noe som Amble (1993) viser i sin studie av kvinnelige ledere i byggebransjen. Dette var også høyt utdanna kvinner (universitetsnivå), men de hadde ikke reflektert over relevansen av kjønn da de gikk inn som ledere i mannsdominerte bransjer og ble overraska over problema de møtte.

Fra de mannlige legelederne ser jeg spor av kjønnsaspektet i deres fortellinger i forhold til støtte på hjemmebane. En av dem som sier noe om en tradisjonell kjønnsrollefordeling; han har hatt ei kone som har tatt seg av hus og heim slik han har kunne hatt de tidkrevende jobbene han har hatt. Kjønn et ”naturlig nok” ikke et tema for disse legene da de samsvarer med bildet av en leder slik det forventes i det mannsdominerte lederhierarkiet, de er menn og leger som tradisjonelt har hatt stor makt i sykehus.

De mannlige sykepleielederne sier heller ikke noe om kjønnsaspektet til tross for at de som menn har gått inn i et kvinnedominert yrke og et yrke som kan ses som et underordna yrke i forhold til legene (Sommervold 1997). Kvande og Rasmussen (1990 i Hitland 1997) kritiserer Kanter for ikke å ta hensyn til *hvem* som er i mindretall når grupper studeres. Kanter (1977) viser at dersom kvinner utgjør mindre enn en tredjedel av gruppa har de liten reell mulighet til å påvirke, mens dette er forskjellig fra menns erfaringer. De mener ho ikke ser på hvordan alle samfunnsinstitusjoner preges av mannsdominans og ordnes på en måte som gir menn makt. Av den grunn er det ”naturlig” at de mannlige sykepleierne ble ledere og lite grunnlag for å



problematisere det. De mannlige sykepleielederne skiller seg ikke kjønnsmessig ut fra det tradisjonelt mannsdominerte lederhierarkiet i sykehus. "Mannlig" har også tradisjonelt blitt sett på som overordna (Acker 1993) og ut fra dette perspektivet blir det også "naturlig" at de blir ledere. Ledelse har for dem blitt en karrierevei slik Kvande og Rasmussen beskriver (1997) og det blir for dem en alternativ vei bort fra pleie av pasienter. Når samfunnsinstitusjonen blir reorganisert slik at pleie og personal/økonomi skilles, så kan det synes som at samfunnsinstitusjonen igjen ordnes på en måte som gir menn makt mens kvinnene blir værende i omsorgsdelen av arbeidet.

Blant de kvinnelige sykepleielederne er det ingen som sier noe om kjønnsaspektet. Dette kan knyttes mot Kanter (1977) som sier at stereotypifiseringen av kvinner kan medføre at kvinner fornekter relevansen av kjønn. Jeg vil ta et eget avsnitt om dette emnet:

#### **3.3.2.4 Fravær av kjønn i kampen**

Sykepleieyrket har vært og er et kvinneyrke til tross for at de allerede i 1948 endra yrkesbenevnelse fra *sykepleierske* til *sykepleier*. Dette ble gjort i forsøk på å avkjønne sykepleien og på den måten åpne opp for at menn også kunne ta denne utdannelsen. Samme år fikk de autorisasjon som gav dem større sjølstendighet i forhold til legene. Det har etter hvert blitt flere mannlige sykepleiere, men yrket er fremdeles dominert av kvinner. Sykepleien har blitt identifisert med pleie, omsorg og underordning (Sommervold 1997) som har vært tradisjonelle roller for kvinner. Legeyrket er fremdeles mannsdominert, sjøl om det vil jevne seg ut med tida siden over 50 prosent av studentene nå er kvinner. Legene har blitt identifisert med "behandling og overordna" (Sommervold 1997) som anses å være tradisjonelle mannroller. Disse kjønnsrollene blir trua når sykepleierne nå kan inneha avdelingslederjobbene og dermed være ledere for både sykepleierne og legene. Ei kvinne med lavere utdanning kan da bli sjef til en høyere utdanna mann, dette rokker både ved det faglige hierarkiet og det patriakalske systemet!

Sykepleiernes ønske om frigjørelsen fra legenes dominans i sykehuset kan i tillegg til en profesjonaliseringskamp også ses som en kjønnskamp. Gjerberg og Sørensen skriver i Tidsskrift for den norske lægeforening (nr 8/2006) at sykepleierne har ikke lenger vært villig til å la seg styre av legene og har gått i forhandling om innflytelse. Bakgrunnen for dette er både at de har utvikla egen forskningsbasert kunnskap, arbeidslivet har blitt ytterligere demokratisert og dette at kvinnene har fått ei sterkere stilling i både samfunn og yrkesliv.

Legene kan ikke i samme grad som tidligere definere andre gruppers arbeidsfelt, forholda er blitt mer likeverdige.

Kjønn er imidlertid fraværende i denne diskusjonen og i følge Johannessen (1994) så er ikke det uvanlig med fravær av kjønn i diskusjoner hvor det er av underliggende betydning. Med dette menes at sykepleierne tar avstand fra at sykepleieyrket som et kvinneyrke gis negativ klang av underordning i forhold til et overordna, mannsdominert legeyrke. De tar avstand fra det ved å ikke referere til det i ønsket om å høyne statusen til sykepleieyrket. Ledelse kan altså både knyttes til strategi for å oppnå full profesjonell status via økt kontroll med eget fag, men også en strategi for å øke kjønnsnøytraliseringsen og dermed gjøre det lettere for sykepleierne å få profesjonell status (Sommervold1997). Verken de kvinnelige eller mannlige sykepleielederne i mitt materiale nevner kjønnsaspektet og dette kan knyttes til at de *nøytraliserer* kjønn ved at de ikke referer til det, nettopp fordi det er viktig. I ledelsessammenheng kan de ha et ønske om ikke å bli identifisert med sykepleieyrket siden dette betraktes som underordna, de ønsker heller ikke bli oppfatta som kvinner da dette også bærer et underordningsstempel. De ønsker å bli oppfatta som *ledere*, som noe kjønnsnøytralt og overser med det at lederstereotypien er en heteroseksuell mann slik Acker skriver (1993). Og de ønsker å bli oppfatta som ledere som overordna, ikke rangert etter hvilken bakgrunn de har.

### **3.4 Oppsummering**

Det er vanskelig å påvise noe forskjeller mellom kvinner og menn som ledere, men det som viser seg fra mitt materiale er at de strukturelle endringene som reformene har medført, har gitt dårligere muligheter for kvinner i ledelse. Reformene har åpna opp for at andre yrkesgrupper enn leger kan ha lederstillinger i sykehus, samtidig fjernes stillinger som har vært avansementsstillinger for kvinnelige ledere i sykehuset. Andre stillinger degraderes og i atter andre stillinger er sykepleiere utestengt. "Vinnerne" ser ut til å være mennene slik Byrkjeflot (1997) beskrev det og dette kan ses som en reproduisering av det tradisjonelle kjønnshierarkiet hvor mennene fortsatt vil dominere i ledelsen i sykehus.

## **4 Teoretiske perspektiver på hvordan lederne påvirkes av NPM-ideene**

Ledelse i helseforetaka kan som sagt innledningsvis studeres ut fra styringsrasjonaler (Vrangbæk 1999). Når jeg i dette kapitlet belyser problemstilling 2 så tar jeg utgangspunkt i de dominerende styringsrasjonalene i forhold til mi problemstilling; det markedsbaserte og det

profesjonelle rasjonalet. Disse ligger som en basis i gjennomgangen videre når jeg beskriver leger og sykepleiere som ledere og ønsker å se hvordan de påvirkes av NPM-ideene.

#### **4.1 Markedsbasert styringsrasjonale**

Hood (1991) betegner NPM som ei samling ideer med konkrete reformelementer som tilpasses og implementeres i ulik grad i de ulike land. Med utgangspunkt i Vrangbæk (1999) vil jeg kort nevne eksempel på slike reformelementer som kan ses i norske sykehus. Et eksempel er desentraliseringen med delegering av beslutningsmyndighet slik det ses i senterdannelsen eller klinikkdannelsen etter sykehusreformen og avdelingene blir ansvarlige for sine budsjetter. Ledelsesreformen kan ses i lys av dette. Fritt sykehusvalg er et resultat av markeds- og konkurranseorienteringen. Indikatorstyring og målstyring brukes i større grad i helsevesenet. Andre påvirkninger fra private ledelsesprinsipper er fokus på TQM og managementutdanning av ledere. Målinger og benchmarking er blitt vanligere og styrking av pasientrettighetene kan ses i lys av fokus på service og klientorientering.

I det markedsbaserte rasjonalet – også benevnt modernistisk heretter, tas det utgangspunkt i økonomisk teori hvor aktørene er rasjonelle mennesker som har full oversikt over markedet og aktørene handler først når minst en av dem har nytte av det og den andre ikke taper på det (Vrangbæk 1999). Dette gir en økt verdioppyllelse for personen og denne blir opptatt av nyttemaksimering. I et ideelt marked må aktørene være frie, autonome og med noenlunde stabile preferanser. De skal ha full informasjon om relevante forhold for handelen, inkludert langtidseffekter. Videre må markedet ikke være prega av monopol, fusk, tvang eller tilbakeholdelse av informasjon. Det ideelle markedet preges av samarbeid, mulighet for kontroll samt mulighet til tvungen gjennomføring dersom kontrakter er inngått og en av partene motsetter seg gjennomføringen. Som motsetning til dette, har de offentlige organisasjonene blitt betegna som ineffektive og trege med profesjoner som dominerer og har monopol på kunnskap (ibid).

- Sykehusledelsen sin oppgave blir i dette perspektiv å plassere organisasjonen strategisk på markedet. De skal drive sykehuset som et foretak, en virksomhet. Ses foretaka i lys av dette rasjonalet så møter de ekstern konkurranse fra andre offentlige foretak og fra private og må av den grunn forsøke å utføre behandlingene mest mulig kostnadseffektivt og de må konkurrere om pasientene. Intern konkurranse fremmes via ulike tiltak som prestasjonsbetinga betaling og lignende.

- For de ansatte så gjelder det å maksimere sin innsats for å dra nytte av markedsorienterte konkurranseparametere. Det er belønningssystemer som bidrar til at individer eller enheter maksimerer sin nytte i forhold til aktuelle styringsindikatorer.
- Pasientene er rasjonelle brukere med god informasjon som velger mellom ulike sykehus etter hvor de får det beste tilbudet.

I lys av dette så betegner jeg lederne som en del av sykehusledelsen og flere av dem viser at de har som oppgave å bidra til å drive sykehuset som et foretak. De er opptatt av å plassere sin enhet i det markedet de opererer i, slik ei uttaler:

*”Den største jobben som leder er omgivelsene og oppover i organisasjonen. Jeg skal sørge for at vi er synlig og blir brukt av de andre avdelingene, og jeg skal ”selge” vårt tilbud til aktører i kommunene.”*

Lederne fokuserer også på at de må drive kostnadseffektivt og en av dem forteller om betydningen av indikatorstyring for hans enhet:

*”De mål som jeg og min ledergruppe streker opp er absolutte mål, og de baseres på den overordnede målsetting vi har, - utledet fra sykehusets mål. Økonomi er i dag blitt et altoverskyggende parameter, og vi legger til grunn, forventer av oss selv, og ber om å bli målt på overholdelse av budsjett. Men i dette ligger også mål på sykefravær, fagutvikling og pasientbehandling (antall pasienter på poliklinikk samt kortere liggetid).”*

Den lederen som ser ut til å være mest dominert av dette rasjonalet kaller også pasientene for brukere/klienter. Ingen av lederen rapporterer om belønningssystemer verken for seg sjøl eller de ansatte, men det ser ut som at de drives av et ønske om å klare de rammebetingelsene de tildeles og klarer de det, så er det i seg sjøl ei belønning. En av lederne viser likevel til noe som kan betraktes som et belønningssystem:

*”Har gått med overskudd de fleste år (alle faktisk) tross innsparinger, fått gjort det vi ønsker, opprettet ny post, økt legestaben + at vi har stor gavekonto som muliggjør å gjøre/skaffe ting vi ønsker utenfor budsjett.”*

Gavekontoen kan ses som en belønning som de får beholde siden deres klinikk klarer å gå med overskudd. Det er vanskelig å uttale seg om det finnes belønningssystemer i de ulike enhetene, men noe flere av dem poengterer er viktigheten av å nå sine og enhetens mål for å kunne beholde sine jobber. Med styrking av ledelsesaspekta og høyere krav om resultater, så svekkes ledernes rettigheter til å bli værende i jobbene sine ved manglende resultatoppnåelse.

For lederne kan det virke som det er få belønningssystemer utover lederlønna, men de har snarere en trussel om straff hengende over seg ved manglende måloppnåelse.

#### **4.1.1 Ideallederen ut fra det markedsbaserte rasjonalet - generalisten**

Idealet av en leder ut fra en NPM-synsvinkel er en generalist med ledelse som fag og ikke profesjonelt eller faglig fokus slik som var vanlig tidligere (Jespersen 2005). Er ikke dette mulig så skal ledere med profesjons bakgrunn glemme sitt fag, skifte fokus og få en ledelsesfaglig identitet. I Norge så har vi ikke gått så langt at generalister foretrekkes ved ansettelse av ledere på *avdelingsnivå*. I henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten skal lederen ha relevant helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå, være personlig egna og gjerne ha utdanning i ledelse. Dette strider med tankegangen om generalisten i NPM, men på den andre side så vektlegges det at ledelsesaspektet er bredere enn det faglige fokuset som det har vært tradisjon for tidligere. På høyere hierarkiske nivå ses imidlertid eksempler på generalistledere, eksempelvis er det en sivilingeniør som er direktør ved Sørlandet sykehus HF.

#### **4.2 Profesjonelt styringsrasjonale**

Profesjoners handlinger reguleres gjennom systematisk trening og utdanning og gjennom tilbakemeldinger fra kolleger. De har en etisk kode som tar utgangspunkt i å gi best mulig behandling til hver pasient og rekvirent i motsetning til en profittorientert etisk kode som gjelder i det markedsbaserte rasjonalet (Vrangbæk 1999).

- Administratorer og sykehusledelsen støtter behandling og faglig utvikling i respekt for den klinisk-faglige autoriteten uten at de blander seg i detaljer i planlegging og gjennomføring.
- For de enkelte aktører blir det viktig å gi best mulig behandling til den enkelte pasient, de blir pasientens advokat. For å kunne gjøre dette må sykehuset ha lagt opp en organisasjonsstruktur hvor legen har autonomi til å utføre oppgavene. Problemer kommer som følge av begrensede autonomi og manglende ressurser. Deres fokus for å løse problemene er utvikling og forskning og større autonomi så pasienten kan få best mulig behandling. Behandlerne ønsker et visst økonomisk slakk fordi det går ikke an å måle eller standardisere og effektivisere forskning eller individuell behandling. Det er viktig å opprettholde tillit mellom behandler og pasient. De må derfor formidle at de har en vitenskapelig objektivitet og gjør alt de kan for å tilby den beste behandling for pasienten og de gjør sine vurderinger ut fra et objektivt grunnlag og ikke ut fra personlig vinning eller ut fra økonomiske rammer.

- Pasienten aksepterer at fagfolka har faglig autoritet og kompetanse til å trekke beslutninger.

Når jeg ser på mitt materiale ut fra disse punkta, så er det vanskelig å plassere lederne i gruppa administratorer da de opptre mer distansert ut fra denne beskrivelsen. Faget står sterkt i mitt utvalg og dette knytter dem nærmere kulepunkt to som fagledere, samtidig som ledelsesaspektet er sterkt vektlagt – mer i tråd med markedsbasert rasjonale. Mange av lederne fra begge grupper vektlegger utvikling og forskning, om ikke som en løsning på problema, så betones dette som viktig for den faglige utviklinga og for å skape en god arbeidsplass. Dette gjøres ikke på en fjern og distansert måte lik en administrator som har delegert bort dette ansvaret, lederne er aktive i utviklinga etter det inntrykket jeg får, slik en av lederne vektlegger:

*”Mitt hovedmål som leder er å (være med på å) skape en trygg og god arbeidsplass for alle ansatte, med høy faglig standard i alle aktiviteter og funksjoner, og legge til rette for utvikling og forskning på internasjonalt nivå. For meg er lederfunksjonen stimulerende fordi jeg får mulighet til å være med på å styre og påvirke utviklingen. Det er positivt for meg personlig å se at tiltak fungerer og at arbeidstakerne har det bra. Det er utfordrende å kunne være med på gjøre arbeidsforhold og faglighet bedre.”*

Faglig utvikling står her sterkt, mens lederdelen er mer aktiv enn det som skisseres i dette rasjonale. Han vektlegger at han vil påvirke og styre utviklingen ikke bare legge til rette for fagfolka så de kan styre dette sjøl. Dette er et mønster som går igjen blant lederne i mitt materiale. På den ene side kan det oppfattes som at de opptre som fagledere, samtidig som de ikke er enstydig faglig orientert, men vektlegger lederaspektet i større grad.

#### **4.2.1 Ledelse mer komplekst**

Disse endringene som reformene har medført, gir til en viss grad en større frihet og autonomi for lederne, men det blir altså stilt større krav til ledelse og fare for at det får konsekvenser dersom de ikke klarer å holde sine forpliktelser. Sykehuslederne skal håndtere en kompleks situasjon med en profesjonell og en markedsmessig logikk. For de sykehusansatte så oppleves dette som et skifte av fokus fra deres profesjonelle fokus på fag til et økonomisk fokus. Dette strider med deres faglige etikk og oppleves problemfylt og i verste fall feilaktig. En av lederne uttrykker:

*”Som leder i dagens helsenorge er min hovedbekymring det ”altopplukende” fokuset på økonomi og budsjett og balanse og reduserte budsjett som jeg har opplevd mye de*

*siste årene. Forstår og aksepterer at dette er et sentralt fokus, men når dette blir ”viktigere” enn fokus på god pasientbehandling – oppleves dette som demotiverende og energitappende.”*

Med det markedsbaserte rasjonalet og generalisten som idealleder og fra det profesjonelle rasjonalet med faglederen som bakgrunn, ser jeg videre på leger og sykepleiere som ledere.

### **4.3 Leger som ledere**

#### **4.3.1 Legelederens dominerende rasjonale: FAG**

I de ulike organiseringsformer som har vært tidligere i forhold til ledelse, enten overlegen har hatt roret, ved todelt ledelse eller felles avdelingsledelse, så har arbeidet vært delt mellom overlegen og oversykepleieren. Mønsteret har vært at overlegen først velger oppgaver, deretter tar oversykepleieren over de resterende oppgaver som hører til ledelsen (Jespersen 2005). Tradisjonelt har leger som ledere hatt et sterkt fokus på helsefaglige problemstillinger (ibid) og således har det dominerende rasjonalet vært det kliniske eller profesjonelle rasjonalet som jeg har omtalt fra Vrangbæk (1999). Slik ønsker både lederne og de ansatte at det skal være og dette blir en motsetning til hva som betraktes som viktig i den generelle ledelsesverden (Jespersen 2005). Funn fra Fjeldbraaten og Torjesen (2006) understøtter funna fra Danmark om at profesjonelle verdier har stor betydning blant legeledere i norsk helsevesen også.

Faget er sterkt i fokus hos legegruppa i min undersøkelse også, men dette er ikke så entydig som jeg får inntrykk av i de nevnte undersøkelsene, flere preges også av modernistisk tankegang og vektlegger aspekter ved NPM-tankegangen som konkurranse, målstyring, og vektlegging av ledelse som en kontrast til fagstyring.

Legene fra Danmark har en kollektive forståelsen om at legene har riktig kompetanse til å lede og de tar av den grunn ikke lederutdanning (Jespersen 2005). Denne forståelsen blir ikke bekrefta i mitt utvalg og dette viser seg ved at halvparten av legene har minimum et års lederutdanning i tillegg til kurset om ledelse i overlegespesialiseringen og ei av disse har master i helseadministrasjon. Jeg har imidlertid ikke valgt disse legene fordi de skal være representative for legebestanden, men for å høre hva de har å si om temaene som opptar meg.



Med bakgrunn i funna fra dansk kontekst vil jeg se på legelederne i mitt lille materiale. Det ensidige fokuset på fag og ledelse av legegruppa blir ikke bekrefta. Mine respondenter skiller seg fra disse ved at de gir inntrykk av en mer holistisk tankegang, - noe som nærmer seg rollefunksjonen slik det var tenkt i "Pasienten først!", NOU 1997:2. I forbindelse med avdelingslederfunksjonen skal lederen (sitat fra side 102):

- Ivareta et helhetlig ansvar for driften knyttet til diagnostisering, behandling, pleie og omsorg for en definert pasientpopulasjon.
- Identifisere og iverksette tiltak som sikrer nødvendig omstilling i forhold til de krav som stilles til virksomheten på sikt.
- Sørge for at avdelingen oppfyller de fastsatte normer og standarder for faglig (forsvarlig) virksomhet.
- Ivareta personalansvaret.
- Tilrettelegge utdanningen på en tilfredstillende måte.
- Sørge for at forskning og utviklingen skjer med den kraft som gjør at sykehuset holder en god faglig standard.
- Ha ansvaret for økonomistyringen i avdelingen.

I hvilken grad respondentene i mitt materiale har fokus på denne bredda avhenger av hvilken type stilling de har. De som har avdelingsleder eller klinikklederansvar nevner stikkord som kan henlede til disse punkta; de har fokus på trivsel og utvikling for de ansatte, faglig utvikling og forskning betones viktig, at pasientene/brukerne er fornøyd med tjenestene, målstyring og utvikling av enheten. Det eneste punktet som ikke nevnes i deres framstilling i hva som er viktig, er ansvaret for økonomistyring. Fra de to legene som har mer fagorienterte stillinger så dominerer det profesjonelle rasjonalet i ulik grad, den mest modernistiske og sier:

*"... jeg synes det er for mange ting som ikke fungerer bra nok nå! Helsepersonellet får ikke gjort jobben sin hensiktsmessig og pasientene blir skadelidende under dårlig organisering – det må vi gjøre noe med!"*

Ho klager ikke over dårlige rammebetingelser men påpeker at ting kan gjøres bedre innenfor gitte rammet. Helsepersonell som ho her referer til innbefatter ikke bare legene, men også andre aktuelle yrkesgrupper og det indikerer at ho også har et mer holistisk ledersyn - noe som samsvarer med lederrolla i NOU 1997:2.



### 4.3.2 "Lederen skal være lege" – men ønsker leger å være ledere?

Fra den danske konteksten mener flesteparten av legene at en leder skal ha legeutdannelse i bunnen (Jespersen 2005), men det er få leger som ønsker å bli ledere. Ut fra funna til Jespersen (ibid) var det kun tre av de 23 administrerende overlegene som hadde jobben fordi de hadde interesse for å lede.

I dette punktet om lyst til å lede skiller mine respondenter seg igjen fra den danske undersøkelsen. To av legene hadde et bevisst ønske om å bli ledere før de fikk den første lederjobben. Hos de resterende har lysta til å *forbli* ledere kommet etter at de har fått smaken på ledelse. Sin første lederjobb ble de anbefalt eller tilbudt av sine overordna, så fikk de lyst til å fortsette som ledere og sitter i de stillingene de har i dag som følge av dette. En forklaring på at lederne i mitt materiale har et slikt bevisst ønske om å lede, er at dette er ledere som er "håndplukka" til å delta i det nasjonale lederutviklingsprogrammet. Deltakerne på programmet ble profilert som framtidens ledere og er plukka ut av sine overordna som ledere det satses på. Denne lysta til å lede kan ikke generaliseres til å gjelde alle norske leger som ledere.

Det er vanskelig å si at noen av lederne i mitt materiale ikke ønsker andre yrkesgrupper velkommen som ledere, men ved lesning av deres beretninger framstår de som mer prega av det modernistiske rasjonale enn deres danske kolleger og vektlegger et bredere ledelsesaspekt enn det rent faglige. En av legelederne har tidlig fronta at andre yrkesgrupper også kan ha denne rolla:

*"Deltagelse i diskusjoner om, og ikke minst fronting av, fordelene med enhetlig, profesjonsfri ledelse skaffet meg mange motkrefter og motstandere. Det var ingen overraskelse, og jeg fikk bekreftet mine antagelser, men nå i ettertid ser jeg med tilfredshet på det faktum at dette var det eneste rette. Når legene etter hvert kaster korta og går tilbake til faget fordi de oppdager at det å lede er noe annet enn å være lege – da mimrer jeg litt over diskusjonene vi hadde for 6-7 år siden..."*

Dette kan indikere at lederjobben også har fått et nytt innhold etter reformene, det kreves et større fokus på ledelsesaspekta enn det disse legene forventa.

### 4.3.3 Klinisk arbeid nødvendig for legitimitet

I sitt arbeide som ledende leger påpeker mange av respondentene i den danske undersøkelsen at det knytter seg mange vansker med å være ledere for leger, særlig overleger (Jespersen

2005). Dette anser halvparten av dem som den vanskeligste lederoppgava. Det kommer av at overlegene blir sosialisert gjennom sin utdanning, praksis og organisasjon til at når de blir overleger så blir de ledere. Dette oppfatter de administrative lederne harmonerer dårlig med virkeligheten ”Og man leder ikke noget som helst, det gjør en overlæge ikke” sier en av legelederne (ibid:121). Overlegene har imidlertid forventninger om at de får lederposisjoner eller områder de har ansvar for, sier den samme legen videre og dette gjør det ennå vanskeligere å styre dem. I virkeligheten er de høyt spesialiserte arbeidere som skal ledes og dette krever at arbeideren respekterer lederen. Dette er en av grunnene til at de administrerende legene ønsker å fortsette med klinisk arbeid, de må opprettholde sin kliniske kompetanse for å ha gjennomslagskraft (ibid). Funn fra Gjerberg og Sørensen (2006) blant de norske avdelingslederne med legebakgrunn viser også at klinisk arbeid gir legitimitet i legegruppa – men de har ikke undersøkt hvordan andre grupper ser på dette at legelederen er klinisk aktiv.

Fire av legene i min undersøkelse er klinisk aktive. I sin arbeidsuke på rundt 50 timer arbeider de omtrent 20 prosent med fag. Som grunn til at disse legene fortsetter med klinisk aktivitet nevnes behov for rutinearbeid i en krevende lederjobb og viktigheten av å opprettholde faglig kunnskap for egen del og for å beholde legitimitet i legegruppa slik en uttrykker:

*”Legitimiteten din trues hvis du kobler deg for mye fra fagjobben. Dette gjelder i særlig grad ledere som av fag er leger. Det er derfor lurt på mange måter å opprettholde en viss grad av fagpraksis. Dette for å hindre at et uformelt lederskap får fotfeste, og det kan være fort gjort. Autoritet er viktig å ha for en leder, men legitimiteten er mye viktigere!”*

De to legene som sitter i direktørstillinger arbeider ikke klinisk. Stillingens karakter kan brukes som forklaring på dette. På den andre sida så har de sjøl valgt å gå inn i de jobbene de har og dermed tatt et valg om å ikke arbeide praktisk med det de opprinnelig er utdanna til.

Fra både dansk (Jespersen 2005) og norsk kontekst (Gjerberg og Sørensen 2006) sies det at det ikke er føringer på om ledere kan eller skal jobbe klinisk. En av legelederne i mitt materiale sier at dette har det blitt endring på hos dem:

*”Det er i det siste året blitt restriksjoner på klinisk jobb ved siden av lederjobben for ledernivå 2 ut fra to hensyn: pasientbehandling tar mye energi og flytter fokus fra ledelse.”*

(Ledernivå 2 rapporterer direkte til administrerende direktør). Som leder på så høyt nivå i hierarkiet er ho leder for mange spesialiteter innen medisinen, og da har det kanskje mindre betydning for legitimiteten om ho opprettholder kompetanse innen ditt snevre felt ved å arbeide klinisk.

#### 4.3.4 Hybridledere

Ved å være klinisk aktiv som ledere oppnår legelederen en legitimitet til å lede leger som en leder uten medisinsk bakgrunn ville ha problemer med å få (Jespersen 2005). Sjøl om den administrerende overlegen i dansk kontekst ikke vektlegger det, så har det blitt krav om at avdelingslederen skal ha en lang rekke andre oppgaver som er i tråd med NPM-tankegangen om helhetlig lederansvar. Her har ikke overlegen som avdelingsleder en naturlig autoritet, men må opparbeide seg legitimitet ved å vise at ho eller han klarer oppgavene og måla nås (ibid). Dette er to ulike verdener og ulike rasjonaler som møtes, og det utvikles hybride former for ledelse hvor legene forsøker å forene disse rasjonalene. Dette kan oppfattes som et forsøk på ei sammensmelting av kryssende og motstridende verdier, normer og interesser. Funn fra Jespersen (2005) viser at overlegene løser dette på tre ulike måter. Framstillingen er stilistisk og en modell som ikke samsvarer helt ut med virkeligheten, men viser hvilke modeller legene som hybridledere arbeider innen.

1. Overlegen som kliniker: Denne avdelingslederen viderefører den tradisjonelle lederrolla for en overlege; faglig ledelse av legene er det som gjelder. Legene betraktes som autonome og skal ledes så lite som mulig. Konsensusledelse er for dem hovedredskapet og de fokuserer på det kollegiale. Andre typer ledelsesoppgaver overlates til oversykepleieren. En avdelingsleder sa: ”Jeg vil hellere være en god læge end en god leder.” (ibid:150).
2. Den administrerende overlege som formidler: Disse avdelingslederne opprettholder sin legitimitet i legegruppa ved å være klinisk aktive, samtidig som de ivaretar de øvrige lederoppgavene, deltar i lederfellesskapet på avdelingen og eksternt. De står med et bein i hver leir, har innsikt i begge og er formidler av informasjon mellom de to leirene.
3. Den administrerende overlege som generalistleder: Avdelingslederen prioriterer lederoppgaver og –fellesskap og har slutta å arbeide som kliniker, men de forlater ikke nødvendigvis legefellesskapet. Sjøl om disse legene har mest fokus mot ledelsesverda så har de fremdeles oppfatning om at en avdelingsleder skal være lege. De ivaretar formidlerrolla, men formidler mer fra ledelsesverda til legene enn omvendt. De overlater

den faglige ledelsen til andre men ivaretar andre lederoppgaver og fordeling av ressurser til avdelingen.

Mesteparten av avdelingslederne i Jespersens undersøkelse er i gruppe 1 og 2, dette stemmer overens med funn fra norsk kontekst (Gjerberg og Sørensen 2006). Begge steder sies det at det er mest sannsynlig å finne fulltids ledere, gruppe 3, på store avdelinger. Sammenhengen er imidlertid ikke entydig og avhenger i stor grad av hva legen sjøl prioriterer. Videre sier Jespersen (2005) at dersom avdelingslederen virkelig skal ha helhetlig ansvar for avdelingen, så vil det bli færre ledere som fortsetter med klinisk arbeid og flere fulltidsledere. Dette vil utfordre oppfattelsen av hva en leder skal gjøre både blant disse avdelingslederne og blant legene generelt.

Hva slags inntrykk av type lederrolle sitter jeg igjen med at legene i mitt materiale innehar? Ut fra mitt materiale så tolker jeg at fire av legene befinner seg i gruppe to da de arbeider en viss prosent med fag for å opprettholde kunnskap til å være medisinskfaglig ansvarlig for sin enhet og for å bevare legitimitet i legegruppa. De to direktørene arbeider ikke klinisk og plasseres i gruppe 3 som generalistledere med fagstillinger.

#### **4.3.5 Oppsummering, leger som ledere**

Bildet av overlegen som leder er litt mer nyansert i mitt lille materiale enn de andre undersøkelsene jeg har sett på (Jespersen 2005 og Gjerberg og Sørensen 2006). Det profesjonelle rasjonalet står sterkt, men de preges også av en holistisk tilnærming til arbeidet slik det beskrives som ønskelig i NOU 1997:2. Et annet punkt de skiller seg ut er at alle disse legene ønsker å være ledere og være i posisjoner hvor de har mulighet til å påvirke. I forhold til klinisk aktivitet skiller de seg imidlertid ikke fra det øvrige materialet; de anser det som nødvendig for å opprettholde legitimitet blant legene som de er ledere for. Ingen av disse legene viderefører den tradisjonelle overlegelederrolla slik det ses i dansk kontekst i større grad (Jespersen 2005). Av de hybride rollene så er flesteparten i rolle 2 hvor de opprettholder klinisk aktivitet samtidig som de ivaretar andre aspekter ved lederrolla. Et par av dem kan plasseres i hybridrolle 3 siden de ikke arbeider klinisk i de stillingene de har nå.

## **4.4 Sykepleiere som ledere**

### **4.4.1 Sykepleieledernes dominerende rasjonale: Generell lederrolle**

Jespersen (ibid:131-) har i samme bok som studien av leger som ledere, gjengitt ei tilsvarende studie av oversykepleiere og sykepleiere for å finne ut hvilke oppfatninger denne gruppa har av ledelse i sykehus fra dansk kontekst. Oversykepleierne er i likhet med legene opptatt av å sikre faglig utvikling. Dette gjøres imidlertid mer indirekte gjennom avdelingssykepleierne og gjennom en utvikling av pleiegruppa. De skiller seg også fra legene ved at de har et mer holistisk syn på ledelse ved at de er opptatt av tverrfaglig samarbeid og de er opptatt av den daglige administrasjonen av arbeidet for hele avdelinga. De nevner også den økonomiske delen av arbeidet som viktige arbeidsområdet. Ut fra dette kan det tolkes som at sykepleierne har et videre fokus enn det faglige rasjonalet og de preges mer av den generelle lederrolla som kan ledes ut fra det markedsbaserte rasjonale.

I lys av dette så framstår ikke sykepleielederne i mitt materiale som særlig forskjellige fra de danske sykepleielederne. Jeg presiserer imidlertid at kun en av sykepleielederne i mitt materiale er oversykepleier og de resterende er ledere høyere i hierarkiet. Dette kan brukes som forklaring på at de har et mer generelt lederfokus siden de er ledere for flere faggrupper og har et helhetlig ansvar lik det jeg siterte fra NOU 1997:2. Men mitt materiale er ikke så entydig. Faglig fokus står sterkt hos denne gruppa sykepleieledere lik ei av dem betegner i forhold til hvilke mål som er viktige å nå for henne:

*”Konstant fagutvikling. Ikke målbart, men med delmål hvert år på faglig utvikling.*

*Utføre tjenestene ut fra de behov som meldes, men innenfor disponible rammer.”*

### **4.4.2 Ledelse som profesjonaliseringsstrategi**

Alle sykepleielederne i mitt materiale ønsker å være ledere og dette er mindre overraskende enn funnet om at alle legelederne ønska å være ledere. Dette samsvarer med funn fra dansk kontekst blant sykepleiere (Jespersen 2005), men det samsvarer også med den profesjonaliseringskampen som sykepleierne har ført i forhold til legegruppa i Norge (Sommervold 1997).

Parallelt med ønsket fra samfunn og politikere om bedre ledelse av helsevesenet og krav om implementering av det markedsbaserte rasjonalet fra NPM, har sykepleierne ført en strategi for profesjonalisering av sykepleieyrket (Sommervold 1997). I dette ligger en kamp om

høyere status og den økende interessen for ledelse ble benytta som en strategi til å få profesjonsstatus. Legene har vært (og er) overordna i det *medisinske* hierarkiet i sykehus. Dette har sykepleierne utfordra ved å hevde at de er en overordna profesjon i *behandlingshierarkiet* (ibid) og de utfordrer legenes monopol på ledelse.

Sommervold (1997)) skiller mellom to kategorier ledelse som har sine paralleller til rasjonalene jeg har omtalt tidligere.

- Ved profesjonell ledelse (jamfør markedsbasert rasjonale) så vektlegges individuelle egenskaper hos leder, lederens lederegenskaper blir viktig. Ledelse kan utøves uavhengig av faglig bakgrunn slik også Jespersen (2005) tegner bildet av en leder ut fra NPM-tankegangen og et markedsbasert rasjonale.
- Ved faglig ledelse (jamfør profesjonelt rasjonale) så fungerer lederen som leder av egen yrkesgruppe og eventuelt av støttegrupper. I dette ligger det en kollektiv forståelse hvor ei yrkesgruppe har riktig kompetanse til ledelse ut fra sin yrkesbakgrunn. Ansvar til lederen er sammenfallende med den faglig kompetanse som lederen har. Som det kommer fram i bolken om leger over fra Danmark (ibid), så fastholdes dette av legene og de unnlater av den grunn å kvalifisere seg i ledelse og understreker overlapping av faglig og administrativ ledelse. Sykepleierne på sin side fjerner seg fra faglig ledelse ved å ta videreutdanning i ledelse og argumenterer for at det kreves en ledelsesfaglig dyktighet i å lede, ikke bare i medisinske fag (Sommervold 1997).

Sykepleierne ser herved ut til å favne NPM-ledelsesaspektet i større grad enn legene. Dette bekreftes i funn fra Fjeldbraaten og Torjesen (2006) også. Sykepleierne mener dette rasjonalet har et riktigere fokus ved at lederen har totalansvar for avdelingen og dette stemmer med deres holistiske tilnærming til arbeidet (Sommervold 1997). Alle sykepleielederne i mitt materiale har skaffa seg lederutdanning. Dette har vært et behov for å få høyere stillinger men også for å mestre oppgavene i stillingene de har hatt. Noen skriver også noe de har tatt utdanninga av eget ønske fordi de ville utvikle seg. Gruppen domineres av det modernistiske rasjonalet, men faglig ledelse vektlegges parallelt hos noen av lederne, til tross for at de har skaffa seg videreutdanning i ledelse.

At sykepleierne favner det markedsbaserte rasjonalet kan også ses som en del av en profesjonskamp mot legenes hegemoni (Sommervold 1997). Sykepleierne har med å kvalifisere seg som ledere ved å ta lederutdannelse, utfordra legenes mangel på sådanne

teoretiske kunnskaper. Som følge av dette kan de søke tverrfaglige lederstillinger som tidligere var forbeholdt leger fra avdelingsledernivå og oppover i hierarkiet. Dette kan de gjøre ut fra de nye krava til ledere i spesialisthelsetjenestelova hvor det kreves at ledere har helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå, har lederutdanning og er personlig egna. Ved å få slike lederstillinger så bidrar det til en frigjørelse fra legene. Alle sykepleielederne i min undersøkelse har videreutdanning i ledelse og erfaring fra ledelse fra ulike stillinger lavere i hierarkiet. Sykepleierne kan dermed kunnet utfordre legene ved å skaffe seg lederutdanning og –erfaring slik at de har mulighet til å bli ledere for leger også.

Hva har de så oppnådd? Som poengtert tidligere så har vi fått sykepleiere som ledere i de perifere deler av foretaka, samt i sentraladministrasjonen eller staben til direktøren (Torjesen 2007). Sykepleierne har fått ledertittel, høyere lønn og stort ansvar, men i realiteten begrensa myndighet slik jeg har beskrevet ovenfor. Og ses dette i lys av en kjønnsynsvinkel så er det ennå færre kvinnelige ledere med sykepleiebakgrunn i sentrale deler av foretaka hvor de har mulighet til å påvirke drift og retning for de store kostnadsdrivere i et foretak. Det kan derfor synes som at sykepleierne har fått lederstillinger som er tømte for innhold i forhold til ledelse, som er styrt fra oven og plassert i periferien.

#### **4.4.3 Klinisk aktivitet**

Som nevnt før så viser Jespersen (2005) at legene ser seg nødt til å fortsette med klinisk aktivitet etter at de blir ledere for å opprettholde legitimitet og kunne ha mulighet til å lede legegruppa, det samme viser seg i min undersøkelse. For sykepleierne i den danske undersøkelsen (ibid) rapporteres at de ikke arbeider klinisk. Funn fra Norge etter innføring av enhetlig ledelse viser at ca 30 prosent av sykepleielederne opprettholder klinisk aktivitet (Gjerberg og Sørensen 2006).

Funn fra mitt materiale viser at kun en av sykepleielederne arbeider klinisk – ho arbeider opptil 50 prosent klinisk. Dette kan komme av størrelsen på hennes enhet slik det også viser seg i funn fra Gjerberg og Sørensen (ibid); størrelsen på enheten har noe å si for sannsynligheten for at lederne jobber klinisk. Dette er imidlertid også et personlig valg for henne. Sykepleierne er ikke avhengig av klinisk aktivitet for å opprettholde legitimitet i samme grad som legene. Ledelse anser sykepleiegruppa som ei viktig oppgave som gir legitimitet i seg sjøl (Sommervold 1997), og for å oppnå respekt og legitimitet blant legene må sykepleielederen finne en balanse i forhold til det medisinskfaglige ansvaret og de må

være gode generalistledere (Torjesen 2007). Flere av sykepleielederne i mitt materiale betoner viktigheten av å ha et godt samarbeid med legen som har det medisinsfaglige ansvaret.

#### 4.4.4 Sykepleiernes hybride former for ledelse

Også sykepleierne opplever endringa som følger av enhetlig ledelse ved at de står med beina i to verdener, den sykepleiefaglige og den ledelsesfaglige (Jespersen 2005). Dette er imidlertid ikke så dramatisk for sykepleierne da det ikke medfører et brudd med en sterk faglig tradisjon slik legene opplever det. For sykepleierne er det snarere tvert i mot en forlengelse av den vektleggingen de har hatt på helhetlig ledelse (Sommervold 1997). Det er heller ikke så dramatisk siden sykepleierne arbeider stort sett fulltid som ledere og deltar ikke i det pleiefaglige arbeidet. For sykepleierne finner Jespersen (2005) to hybride former for ledelse, stilistisk framstilt.

1. Oversykepleieren som driftsleder: Denne type leder bruker mye av sin tid i avdelinga og har mye kontakt med de ansatte. Dette gir informasjon som er nyttig i ledelsen av avdelinga.
2. Oversykepleieren som generalistleder: Spennvidden i disse ledernes prioriteringer er større og de har fokus på de generelle lederaspektene i større grad. De fokuserer på faglig utvikling gjennom personalledelse, økonomi vektlegges i større grad, likedan organisering og utvikling av avdelinga. En annen karakteristik er at de er opptatt av å være et bindeledd mellom den faglig profesjonelle og den ledelsesmessige verda og de er opptatt av utvikling av hele enheten, inkludert legene.

I følge Jespersen (2005) og funn fra den danske konteksten så er driftslederen en "utdøende" type mens generalistlederen representerer den moderne sykepleieleder. Generalistlederen slik jeg har beskrevet sykepleielederne framstår ikke som den rendyrka generalisten som glemmer sitt fag slik den framstilles ut fra det markedsbaserte rasjonalet. Disse lederne oppfatter det ikke som motstridende å fokusere *både* på både faglige og generelle lederoppgaver. Denne type leder er mest sannsynlig å finne på store avdelinger og blant sykepleieledere med en omfattende lederutdannelse slik det også sies i norske undersøkelser (Fjeldbraaten og Torjesen 2006).

I lys av dette så kan sykepleielederne i mitt materiale framstilles i stor grad som generalistledere, mens ei av dem kan knyttes mer mot driftslederrolla. Dette kommer av



stillingenes karakter, men dette tolker jeg også som hennes eget valg i forhold til hvor ho har sitt fokus.

#### **4.4.5 Oppsummering, sykepleiere som ledere**

Flertallet av sykepleielederne i min undersøkelse er generalistledere, men det faglige fokuset står likevel sterkt i denne gruppa. Lik funn fra andre undersøkelser så ønsker de alle å være ledere og de har av den grunn skaffa seg lederutdanning. Med dette har de mulighet til å utfordre legenes hegemoni på ledelse. Sjøl om det faglige fokuset står sterkt i gruppa, så ser de likevel ut til å favne NPM-påvirkningen da dette samsvarer med deres holistiske fokus og totalansvar. Ledere med sykepleiebakgrunn ses i ulike lederstillinger i foretaka, men disse er plassert i periferien eller i sentraladministrasjonen og direktørens stab og det kan synes som at de har fått lederstillinger som er tømte for innhold i forhold til ledelse, styrt fra oven og plassert i periferien. Kun en av mine sykepleieledere arbeider klinisk. Sykepleierne er ikke avhengig av å arbeide klinisk for å få legitimitet blant sine egne, slik legene må. Ledelse er akseptert som viktig i sykepleiegruppa og for å oppnå legitimitet blant legene må sykepleielederne vise seg som gode generalistledere og da er det ikke nødvendig med klinisk aktivitet. Også sykepleierne opplevde å stå med beina i to leirer etter ledelsesreformen og dette løses hovedsakelig som to hybride former for ledelse; driftslederen som deltar i det daglige arbeidet og generalistlederen som er det største og mest framtidretta gruppa i følge Jespersen (2005).

#### **4.5 Aspekter ved lederkompetansen vektlagt ved ansettelse av lederne?**

Som følge av påvirkningene av NPM-ideene har det i spesialisthelsetjenestelova og i NOU 1997:2 blitt gitt føringer for kvalifikasjonskrav ved ansettelse av ledere. Med bakgrunn i at sykepleierne forsøker å kvalifisere seg som ledere for å kunne utfordre legenes monopol innen ledelse i sykehus og at legene i stor grad anser at de er de rette til å være ledere i sykehus, vil jeg ta et lite overblikk over lederne i min studie for å se hvordan disse er kvalifisert til ledelse ut fra disse føringene.

”Personlig egnethet” er ord som går igjen i utlysninger til lederstillinger. Dette er ord som kan spores tilbake til forarbeidet til innføring av ny ledelsesreform i helsevesenet. I NOU 1997:2 så stilles det to krav til de som skal bli ledere i sykehus; reell lederkompetanse og et adekvat kunnskapsnivå i forhold til aktuell enhet. Dette innebærer en relevant helsefaglig bakgrunn på

høgskole- eller universitetsnivå. I forhold til *lederkompetansen* så vektlegges personlige egenskaper og da nevnes personlig egnethet, relevant ledererfaring og lederutdannelse.

Ut fra mitt materiale kan det synes som at aspekta ved lederkompetansen har blitt vektlagt ulikt, alt etter hvilken profesjonsbakgrunn lederne har. For gruppa av sykepleiere så kan det se ut som at de formelle sidene med relevant ledererfaring og utdannelse er i orden, og jeg antar at de er personlig egna de har lederstillinger. Halvparten av legene har også adekvat lederutdannelse, relevant lederpraksis og antagelsesvis riktige personlige egenskaper. I den andre halvparten av legegruppa så kan det synes som at personlig egnethet har blitt tillagt stor vekt, da de mangler formell lederutdannelse og har varierende grad av ledererfaring ut fra den oversikta jeg har fått fra dataene. At de er leger som vil lede kan også være vektlagt som begrunnelse. De har solid medisinskfaglig bakgrunn, men den formelle lederkompetansen som vektlegges i tråd med NPM er svakere. Sykepleierne har utfordra legenes dominans i ledelse ved å kvalifisere seg som ledere, slik Sommervold (1997) påpeker, samtidig som leger fortsatt kan få lederjobber uten at de har formell lederkompetanse slik det anbefales i de overordna føringene.

## **5 Teoretiske perspektiver på identitet hos lederne**

Jeg vil i tilknytning til den tredje problemstillinga forsøke å se hvordan det markedsbaserte rasjonalet påvirker ledernes identitet i forhold til det profesjonelle rasjonalet og ender med å sette dette opp i en tabell med ei oversikt over de mest spissa utsagna fra lederne i forhold til identitet.

### **5.1 Legelederen er "lege"?**

Legegruppa kan ses på som den mest stereotypiske i et sykehus (Abbott 1988.) Det som kjennetegner denne gruppa er at de er autonome, behandlinga har sin begrunnelse i forskningsbasert viten, de handler ut fra det profesjonelle rasjonalet (Vrangbæk 1999). "Fag" og naturvitenskapen er deres basis. De må konstant arbeide med sitt kunnskapsfelt for å holde tritt og utvikle sin viten og det heter seg at de er hengitt til si tjeneste. Legene har en sterk identitetsfølelse knytta til sin profesjon og dette bekreftes i funn fra Fjeldbraaten og Torjesen (2006). Ved å bli ledere så endres ikke dette nevneverdig, en endring i identitet vil kunne oppleves som et svik mot deres profesjon.

Den sterke legeidentitetsfølelsen bekreftes av alle legene blant mine respondenter, men de fleste av dem uttrykker på den andre side at deres identitet er knytta mest og oftest til lederrolla, slik en av dem oppsummerer:

*”Begge steder siden jeg har begge funksjoner – fag og ledelse, men definitivt mest og oftest i lederrollen. Jeg er først og fremst sjef og driver med fag når det er plass til det.”*

En av dem som har uttalt sterkest tilknytning til legeidentiteten uttrykker:

*”Min identitet? Jeg er lege først og fremst i følelsene, men har ikke problemer med å identifisere meg i lederfunksjonen og de forpliktelse og ansvar som følger med det. Men det skjer nok litt utjevning etter hvert som årene går. Jeg mister ikke legeidentitetens styrke, men lederidentiteten styrkes kanskje parallelt.”*

### **5.1.1 Ledelse – svik mot kallet**

Legene har figurert øverst på rangstigen i sykehuset og da blir det vanskelig å identifisere seg med ei lederrolle som de tidligere ikke har akta (Fjeldbraaten og Torjesen 2006). Over halvparten av legene i mi gruppe refererer nettopp dette,

*”du tar ikke ei lederrolle som lege dersom du ønsker bekreftelse og anerkjennelse fra legegruppa”.*

Det oppfattes som et svik mot kallet og at de kaster bort si utdanning. En av legene viser et knippe av kommentarene ho har fått fra andre leger etter at ho blei leder:

*”Når skal du tilbake i jobb igjen?*

*Er det ikke kjedelig å bare flytte papirer og administrere?*

*Du som er så flink operatør må ikke kaste bort tid på å administrere.....*

*For legegruppen er fag det edle å prioritere!”*

Disse kommentarene kan illustrere at det kan være problematisk å identifisere seg med ei lederrolle helt og fullt dersom dette avspeiler holdninger blant legekollegaene.

Kommentarene kan også illustrere at det faglige rasjonalet står sterkt i legegruppa og at de har liten forståelse for det økte fokuset på å utøve ledelse utover rent faglig ledelse, slik påvirkningen fra det markedsbaserte rasjonalet har medført. Ledelse med et bredere fokus enn faget blir ikke sett på som arbeid av verdi og dette samsvarer med de danske kollegers syn (Jespersen 2005). På den andre sida så er denne legelederen uenig med sine legekolleger og mener at det er viktig med leger som ledere også:

*”Jeg har også helt klare fagpolitiske holdninger til at leger bør / må inn i ledelse, noe som forsterker egen opprinnelig utdanning. Bruker også den generelle fagkunnskapen min mye daglig i jobb...”*

Dette kan virke motstridende; ho vektlegger ledelsesaspektet som kan knyttes til en modernistisk påvirkning, samtidig som jeg aner en profesjonskamp som kan relateres til det profesjonelle rasjonalet. De fagpolitiske holdningene trenger ikke knyttes til det profesjonelle rasjonalet men kan også være et uttrykk for at legelederen vektlegger en modernistisk innfallsvinkel til ledelse, men at denne bør utøves av leger. Jeg er usikker på hvor stor den modernistiske påvirkningen er og om ho aksepterer at andre yrkesgrupper også kan være ledere slik det vektlegges ut fra en modernistisk synsvinkel. Gjennom lesing av hennes beretning får jeg inntrykk av at det faglige rasjonalet står sterkest hos henne og dette styrkes av at hennes identitet er nærmest knytta til å være lege, sjøl etter at ho fikk direktørstillinga.

Anerkjennelsen fra de øvrige legene avhenger av hva slags lederstilling det er snakk om og hvordan ledelse utføres. Den andre direktøren sier noe om at ho har fått mindre kommentarer på at ho kaster bort sin utdanning etter at ho ble direktør i forhold til da ho hadde lederstillinger lavere i hierarkiet. En annen legeleder sier også noe om at det har blitt en viss bevegelse i dette med aksept av ledelse blant leger:

*”... den måten jeg er leder på gjør at de aksepterer at det er greit at jeg er leder. Føler at dette er i bevegelse mot mer aksept med årene.”*

Jeg kan som sagt ikke generalisere ut fra min lille undersøkelse, men denne lederen viser at nå flere år etter reformen så begynner legene rundt ham å akseptere at han er leder.

## **5.2 Jobbomfang og identitet for leger og sykepleiere**

Deres sterke identitetsfølelse på individnivå henger sammen med at legene tilhører ei gruppe som har høy status både på sykehuset og i samfunnet (Fjeldbraaten og Torjesen 2006). De har blitt sosialisert gjennom si lange utdanning og har arbeida lenge for å komme i denne posisjonen. Legene arbeider betraktelig mer enn andre yrkesgrupper i sykehus og dette kan være med å bekrefte deres viktighet. Det er ikke uvanlig at leger har en tjenesteplan på over 50 timer i snitt pr uke mot 35,5 timer for en sykepleier i turnus. Dette er en måte for legene å opprettholde et høyt lønnsnivå, det er en måte for sykehuset å få dekket behovet for leger – men dette kan også ses ut fra et kulturelt-institusjonelt perspektiv som et symbol på viktighet (Christensen og Lægroid 2002) og det bekrefter at dette er ei viktig yrkesgruppe. Viktigheten tolkes da ikke bare ut fra hva de faktisk gjør, men timer per uke blir et symbol på dette.

Alle legelederne i mitt materiale arbeider mye. Mennene arbeider rundt 50 timer i uka mens de to kvinnene arbeider mellom 50 – 70 timer per uke. Dette er et resultat av at de har mye å gjøre, men kan også tolkes ut som et symbol på at de er viktige. Dersom ”viktighet” måles i timer på arbeid så er det ikke stor skilnad på legelederne og sykepleielederne. Et par av de kvinnelige sykepleielederne arbeider normalarbeidsuke, mens de resterende arbeider rundt 50-60 timer pr uke og skiller seg dermed ikke fra legelederne. Kvinnene totalt skiller seg ut her ved at det er den gruppa som arbeider mest og minst; det er opptil 30 timer forskjell i uka på ho som arbeider mest og ho som arbeider minst i uka. De sitter i ulike nivå i organisasjonen og representerer øverste og laveste hierarkiske nivå blant mitt materiale. Sykepleielederen er plassert lavest i hierarkiet og har færrest arbeidstimer i uka mens legelederen sitter høyest i hierarkiet og arbeider flest timer i uka. Betrakta fra denne synsvinkelen kan det da sies at legelederen er den viktigste i denne sammenheng.

### ***5.3 Sykepleielederen er ”leder” med sterkere orientering mot det markedsbaserte rasjonalet***

Sammenlignes sykepleierne med legene så har ikke sykepleierne samme status i sykehuset. Dette begrunnes med at de har kortere utdanning og en sykepleier er lettere å erstatte enn en lege. Sykepleierne har en sterkere gruppeidentitet (Sahlin-Andersson 1994 i Fjeldbraaten og Torjesen 2006) og ikke så sterk identitet til gruppa på individnivå. De har et mer holistisk syn på pasient og behandling, og til tross for at de har sin egen forskningsbaserte kunnskap (Sommervold 1997) så fungerer de også som assistenter for legene. Dette plasserer dem lavere i rangstigen. En sykepleier som blir leder identifiserer seg i større grad med lederrolla enn legen (Fjeldbraaten og Torjesen 2006). Dette til tross for at den økonomiske logikken eller rasjonalet, er forskjellig fra sykepleier- og det medisinskfaglige rasjonalet. Flesteparten av sykepleielederne i mitt materiale bekrefter det og er helt klare på dette, eksempelvis:

*”Min identitet som leder ligger primært i lederrollen, og mye mindre i min opprinnelige utdanning som sykepleier. Dette har blitt mye viktigere for meg de siste 7-8 årene, og har nok noe av sin bakgrunn i innføringen av enhetlig ledelse i sykehus med ledelse av mange ulike profesjoner.”*

Ei av dem har sterk identitetstilknytning til sitt opprinnelige fag og sier:

*”hater disse som sier de er sykepleiere på bunnen.”*

### 5.3.1 Sykepleieledernes holdninger til reformene

Sykepleierne har en mer positiv innfallsvinkel til de pågående reformene i norsk helsevesen enn legene (ibid). En forklaring på dette kan være at mange av sykepleierlederne har tatt lederutdanning og på den måten utvida sitt kunnskapsfelt og blitt påvirket av de ideene som preger reformen. En av lederne uttrykker:

*”Som leder har hovedmotivasjonen min for å være leder, ligget i funksjonen/rollen å lede (til forskjell fra å administrere) – og å omstille/endre organisasjonen til nye utfordringer og krav.”*

Lederen er i denne sammenheng ikke kritisk til reformene, men finner motivasjon som leder i å være med på å tilpasse organisasjonen til disse endringene.

Andre momenter som teller er at for sykepleierne så er ledelse en måte å få høyere lønn og status. Ideen om helhetlig ledelse (NOU 1997:2) stemmer også mer overens med deres holistiske tilnærming til drift av et sykehus og dette gjør det lettere å identifisere seg med dette.

### 5.4 Rendyrka rollemodeller blant ledende leger og sykepleiere

Jeg har laga en firefelts tabell hvor jeg forsøker å plassere min respondenter i forhold til identitetstilknytning til den fagorienterte og den modernistiske lederrolla. Tabellen har inndeling etter yrke og etter hvilken identitet som preger lederne. I tabellen har jeg satt opp de mest spissa utsagna fra de ulike gruppene.

**Figur 1**

Ledernes identitetstilknytning

	<b>Den fagorienterte leder</b>	<b>Den modernistiske leder</b>
<b>Legeleder</b>	Det er viktig for meg å være en dyktig fagperson innen faget mitt. Og merker ved presentasjoner at jeg oftest forteller det i tillegg til at jeg nå er direktør..... så om jeg skal være ærlig har jeg nok fortsatt mye av min identitet som lege.	Tiden var overmoden for ny ledelse (både ny leder og ny type ledelse, i den grad det var noen ledelse tidligere utenom direkte faglig veiledning).
<b>Sykepleieleder</b>	Jeg er faglig leder! Ikke lederleder (hater disse som sier at de er sykepleier i bunnen).	Som leder har hovedmotivasjonen min for å være leder, ligget i funksjonen/rollen å lede (til forskjell fra å administrere) - og å omstille/endre organisasjonen til nye utfordringer og krav.

Å skulle stilisere identitetstilknytningen til lederne i mitt materiale er ikke så enkelt som denne tabellen indikerer. Det kommer av at mange av respondentene har sin identitet knytta til flere felt innen sin yrkestilknytning, eksempelvis som lege, som spesialist, forsker og leder. Jeg har derfor sett på helheten i deres besvarelser for å se hvor jeg kan plassere noen av dem, i tillegg til hvor de sjøl sier de har sin identitet, mens andre har vært helt opplagt hvor de hører hjemme.

Ut fra empirien (Jespersen 2005, Fjeldbraaten og Torjesen 2006) hadde jeg ha ei forventning om at legelederne hadde en faglig identitet i størst grad og sykepleielederne en modernistisk identitetstilknytning. Ved å se på mi gruppe så har legene en sterk faglig identitet, samtidig som de vektlegger ledelsesidentiteten og den er mest framtrædende hos flesteparten av dem. Sitatet fra den fagorienterte legelederen viser at ho har et sterkt faglig fokus og plasseres i denne rubrikken siden dette også vektlegges av henne. Den modernistiske legen som siteres vektlegger flere aspekter ved det markedsbaserte rasjonalet og dette utsagnet viser hans kritikk av det fagstyret som har vært tradisjonen fra legegruppa. Fire av legelederne har et mer holistisk ledersyn og vektlegger flere aspekter ved det markedsbaserte rasjonalet, så jeg plasserer dem i den modernistiske rubrikken og dette harmonerer med hvor de uttaler at de har sin identitet.

Sykepleielederne er heller ikke så entydige i mitt materiale da jeg får inntrykk av faget står sterkt i fokus. En av sykepleierne har et tydelig faglig fokus slik sitatet illustrerer, men ho har likevel et bredere fokus enn det rent faglige. De resterende fem sykepleierne knytter jeg til den modernistiske lederrolla og den mest spissa uttalelsen fra denne gruppa viser at ledelse og tilpasning til reformene vektlegges.

## **6 Syntetisering av spørsmåla i problemstillinga**

Med utgangspunkt i det markedsbaserte rasjonalet er reformene innført i helsenorge og med dette skulle ledelsesaspektet styrkes i helsevesenet. Vi fikk nye ledelsesbetingelser som skulle åpne opp for autonomi og større frihet for lederne. I følge det markedsbaserte rasjonalet er aktørene frie i et ideelt marked, men friheten ser ut til å ha blitt begrensa for disse lederne da de har fått delegert ansvar, men begrenses i varierende grad av manglende myndighet, spesielt på mellomlederstillingene. Lederne styres av overordna føringer, rammer og indikatorstyring.

Ledelsesreformen åpna opp for at flere yrkesgrupper enn leger kunne være ledere i pasientnære enheter og ses dette ut fra en kjønnsynsvinkel så åpna det opp for at det kunne bli flere kvinner i ledelsen. Sykepleierne har lenge kvalifisert seg til ledelse og ved å ta lederutdannelse fikk de nå mulighet til å utfordre legenes dominans i ledelse og til å få mer makt og innflytelse. Til tross for føringene om kvalifikasjoner som kreves for å bli ledere så opprettholder legegruppa sin mulighet til makt og posisjoner da de fremdeles kan få lederstillinger uten at disse kvalifikasjonene i forhold til ledelespektet er vektlagt.

Det har kommet en del sykepleiere som ledere, men spørsmålet er om de har kommet i posisjoner hvor de har reell påvirkningsmulighet. Når sykehusa betraktes i et fugleperspektiv så ses de kvinnelige lederne i perifere posisjoner. Ledere i sykehus begrenses i sin mulighet til å utføre ledelse, sykepleiere som ledere begrenses ytterligere ved at de er avhengig av en medisinskfaglig rådgiver i medisinskfaglige spørsmål. Kvinnelige sykepleiere som ledere møter ennå mer begrensninger. Deres makt begrenses i forhold til medisinskfaglige spørsmål og dette medfører en avhengighet eller dominans av ei mannsdominert legegruppe. Ut fra dette kan ledelse for kvinner ses som et tomt skall hvor de underordnes i dobbelt forstand; de underordnes av legegruppa som anses overordna sykepleierne og de underordnes kjønnsmessig da kvinne anses underordna mann. I tillegg så samsvarer de som kvinner ikke med bildet av en leder i sykehus. Kvinnelige ledere kan utsettes for en stereotypifisering hvor de som kvinne betraktes som underordna i forhold til mennene, samtidig som deres kompetanse som ledere underkjennes. Ut fra dette kan det virke paradoksalt at de kvinnelige lederne knytter en stor del av sin identitet til ledelse, når de i realiteten har begrensa muligheter til ledelse. Ikke bare de kvinnelige sykepleielederne begrenses i sin mulighet til ledelse. De kvinnelige legelederne utsettes også for stereotypifisering og med det en underordning i forhold til mannlige ledere og underkjenning av deres kompetanse som ledere.

Et anna aspekt ved reformene og NPM-påvirkningen er at sykepleieres (og med det kvinners) mulighet til ledelse reduseres som følge av at ulike førstelinjelederstillinger og mellomlederstillinger fjernes etter reformer og fusjoner. Med det så fjernes rekrutterings/opplærings- og avansementstillinger for sykepleiere. Dette kan spesielt være av negativ betydning i sentrale deler av sykehusa hvor det i stor grad er leger som har lederstillinger fra avdelingsnivå og oppover.



Oppsummert kan det sies at det markedsbaserte rasjonalet gir nye lederbetingelser samtidig som at disse ikke harmonerer ut fra et kjønnsperspektiv. Det gir til en viss grad tilgang til posisjoner for kvinner men rommet for ledelse er begrensa og de domineres av menn innad i sin enhet som medisinskfaglige rådgivere og oppad av mannlige ledere på overordna nivå.

## 7 Oppsummering

### 7.1 Betydning av kjønn ved ledelse

I den første delen av teoriframstilling og analyse så ser jeg på betydningen av kjønn i ledelse i sykehus etter de reformene som er gjennomført. ”Forskning viser at fordeling av goder og byrder i organisasjonene er bygd opp omkring kjønn. Til tross for dette blir antagelsen om kjønnsnøytralitet opprettholdt i organisasjonsteori og bidrar på denne måten til undertrykkelse av kunnskap om kjønn.” (Hitland 1997:1). Organisasjoner er imidlertid ikke kjønnsnøytrale kritiserer en annen forsker, Acker (1993), noe organisasjonsforskning heller ikke er. Ho sier videre at det teoretiske området forutsetter implisitt at ledere og arbeidere er av hankjønn, med mannstereotyp makt og forpliktelser. Med dette som utgangspunkt så belyses materialet ut fra en kjønnsynsvinkel.

Ulike studier har blitt gjennomført opp gjennom åra for å finne ut det er forskjeller på kjønn, for å beskrive likheter og for å finne ut hvorfor det er så få kvinner som er ledere. Jeg har forsøkt å belyse mitt materiale ut fra motivasjonsstudiene (Horner 1971 i Hitland 1997), men finner ingen forskjeller mellom menn og kvinner som ledere i mitt materiale.

I denne forskningen var hovedfokus egenskaper ved *individet* vektlagt som en forklaringsmodell, feil og mangler ved kvinner vektlegges og det blir framlagt forslag på hvordan kvinnene kan endre på dette (Hitland 1997). Andre forskere viser hvordan *strukturelle* forhold i organisasjoner begrenser kvinners muligheter. Jeg ser da på mitt materiale mot en bakgrunn i Kanter sin forskning fra 1977 og Kvande og Rasmussen sin forskning fra 1997. Når mitt materiale belyses fra denne synsvinkelen så finner jeg følgende:

- Muligheter perifert – vanskeligere sentralt. Med en ledelsesreform som åpna opp for at andre enn leger kunne bli ledere, så skulle dette åpne opp for en jevnere kjønnsbalanse i ledelsen siden det er flest kvinner blant sykepleierne. Dette har ikke fått store konsekvenser ennå. Sykepleiere som ledere finnes i såkalte perifere deler av sykehuset, mens situasjonen er uendra i sentrale posisjoner som kirurgi og medisin.

- Lederstillingene tømmes for innhold i forhold til mulighet til ledelse da de styres av manglende autonomi, myndighet, økonomiske rammer og styring fra oven. Lederes reelle mulighet til ledelse blir med det begrensa.
- Lederstillinger fjernes.
- Innsnevring av mulighet til å søke stilling for sykepleiere. Dette gjøres ved å gjøre ei strukturell endring; ei avdelingssjefstilling knyttes mot professorat og legger på den måten ei begrensning for sykepleiere til å søke stillingen.
- Nettverksproblematikk. Få kvinnelige leger er ledere og det kan være et hinder for kvinnelige leger til å søke lederstillinger, de får ikke noe nettverk. Et anna problem i tilknytning til nettverk er at kvinnelige ledere ikke innlemmes i nettverket til mannlige ledere. Den kvinnelige lederen stereotypifiseres og ekskluderes.
- Kvinnelige ledere avviker i forhold til organisasjonens forestilling om hvem som er ledere i organisasjonen, de stereotypifiseres som kvinner og dette kan resultere i at den kvinnelige lederens kompetanse underkjennes.

Organisasjonsprosesser bidrar også til kjønnsforskjeller med underordning. Acker er kritisk til tradisjonell organisasjonsteori siden denne ikke problematiserer betydningen av kjønn. Ho mener at kjønn kan betraktes som både individuelt og kollektivt og skapes daglig i vår deltagelse i samfunn og organisasjoner. Dette gjøres gjennom handlingene og tankene til folk og det som sies. I forhold til organisasjoner så påpeker ho ulike prosesser som produserer kjønn. I mitt materiale ser jeg spor av:

- Kjønnssdeling i forhold til type arbeid, lønn og hierarkisk plassering er kjønna prosesser. Mitt materiale avspeiler kjønnssdelinga i samfunnet. Blant sykepleielederne er det flest kvinner, noe som harmonerer med fordelinga i samfunnet, mens legelederne domineres av menn slik det fremdeles er i yrkeslivet. Yrkesmessig bakgrunn har konsekvenser for blant anna hierarkisk plassering og lønnplassering.
- Individuas samhandling reproducerer dominans og underordning og individas mentale arbeid definerer hva som er passende kjønnsmessig adferd i organisasjonen. Kvinnelige ledere kan utestenges fra nettverk da de som kvinner ikke passer inn i bildet av hvem som er leder. Dette kan forsterkes ved at deres partnere heller ikke stemmer med stereotypien av en partner; de tar for stor plass i de sosiale nettverka ved at de ikke oppfører seg som de stille og høflige konene til de andre sjefene. Balansen brytes av både den kvinnelige lederen og hennes partner.

- Som eksempel på skjulte organisasjonsprosesser som ikke ser ut til å ha noe med kjønn å gjøre, nevner jeg reformene. Disse har resultert i dårligere lederbetingelser for kvinner.

Betydningen som tillegges kjønn endres stadig, noe Birte Folgerø Johannessen (1994) illustrerer med tittelen i sin doktoravhandling ”*Det flytende kjønn*”. Med beskrivelsen av kjønnspolitiske organisasjoner så viser ho hvordan konteksten til organisasjonen må studeres for å forstå om kjønn vektlegges eller ei. Inkonsistente normer i omgivelsene er noe organisasjonen må forholde seg til. Eksempelvis så skal organisasjonen være både kvinnevennlig og kjønnsnøytral.

Som inkonsistens viser ho at ”Kvinne” som kjønn ble omskrevet til ”ubrukt ressurs” i dramatiseringen av inkonsistens. Organisasjonen slipper da å bryte med forestillingen om det heroiske lederskap, for kvinnene representerte andre egenskaper som er nyttige i ledelse. Fravær av kvinner i ledelse ble da et problem for organisasjonen og et problem i forhold til samfunnsutviklinga. ”Kvinne” blir da nøytralisert til en ubrukt ressurs mens ”kvinnelig” ble en attraktiv lederegenskap (kvinnelig leder). Ved å fokusere på mangel på kvinner i ledelse, så fjernes fokus på overvekta av mannlige ledere. Da kvinner begynte å få de riktige kvalifikasjonene mens mannlig dominans bestod, var fokuset fremdeles retta mot kvinnene for å finne ut hvilke mangler de *nå* hadde siden de fremdeles var i mindretall.

Kjønnsaspektet er påfallende fraværende i beskrivelsen av ledernes beretninger, - påfallende samtidig som dette harmonerer med det Johannessen (1994) skriver om at kjønn er fraværende i diskusjoner hvor dette er av underliggende betydning. De to kvinnelige legene er de som fokuserer mest på dette, men så har de også gått inn i mannsdominerte yrker. De mannlige sykepleierne har også gått inn i yrker dominert av et annet kjønn, men de nevner heller ikke noe om kjønn. Dette kan komme av at de har gått inn i et kvinnedominerte yrke og dette kan betraktes som underordna i forhold til legegruppa. Denne underordninga ønsker de ikke identifisere seg med. Videre preges samfunnsinstitusjoner av at de er organisert på en måte som preges av mannlig dominans og gir menn makt. Med dette så er det ”naturlig” at de blir ledere og gir ikke grunn til å problematisere dette. Dette kan ses som en grunn til at de mannlige legene heller ikke problematiserer kjønnsaspektet, de er menn, leger og ledere og samsvarer da med hvem som er leder i sykehus. For sykepleierne har ledelse vært en strategi for å oppnå full profesjonsstatus og en strategi for å frigjøre seg fra legenes dominans i

ledelse. En tolkning kan være at de kvinnelige sykepleielederne nøytraliserer kjønn ved ikke å referere til det. De har et ønske om å bli oppfatta som ledere som noe kjønnsnøytralt, men overser med det at stereotypien av en leder er den heteroseksuelle mann og de vil av utenforstående bli sett på som kvinner enten de referer til det eller ei.

## **7.2 Hvordan påvirkes lederne av NPM-ideene**

Helseforetaka er komplekse organisasjoner og ledelse i sykehus kan studeres på mange måter. Jeg har med utgangspunkt i Vrangbæk (1999) studert dette ut fra styringsrasjonalene. Disse rasjonalene kan ses som rammer som er til hjelp i forståelsen av organisasjonen, hva som anses riktig og galt, hva som er problem og løsning og for å definere hva som er riktige handlinger. Rasjonalene vektlegger ulike verdier. Det markedsbaserte rasjonalet (også benevnt modernistisk) som preger NPM-strømningene har et fokus på økonomi, effektivitet og nyttemaksimering i alle ledd er viktig. Det faglige rasjonalet preger helsearbeiderne etter sosialisering gjennom både utdanning, praksis og samhandling mellom arbeiderne; fag og best mulig behandling til pasienten står i fokus.

### **7.2.1 Leger som ledere**

Blant leger som ledere har det tradisjonelt vært et sterkt fokus på helsefaglige problemstillinger (Jespersen 2005) og det profesjonelle rasjonalet har vært dominerende. På denne måten ønska både lederne og de ansatte at det skal være og dette blir en motsetning til hva som betraktes som viktig i den generelle ledelsesverda (Jespersen 2005). Disse funna bekreftes i norsk kontekst av funn fra Fjeldbraaten og Torjesen (2006). I mitt materiale er funna mer nyansert, faget står sterkt men ved en sammenligning av den helhetlige lista med ansvarsoppgaver for en leder ut fra NOU 1997:2, så samsvarer den i stor grad med det fokus som legene beskriver som viktige i sin utøvelse av ledelse. Dette kan indikere at legelederne også leder ut fra det modernistiske rasjonalet. Påvirkningen av de modernistiske verdiene kan også tolkes ut fra at halvparten av legene har tatt lederutdanning. Et annet punkt disse legene skiller seg fra de danske kolleger er at alle ønsker å være ledere.

Ledelse av leger er vanskelig. En av grunnene er at overlegene er sosialisert til å se seg som ledere. I virkeligheten er de høyt spesialisert arbeidere som skal ledes (Jespersen 2005) og det krever at de respekterer sin leder. Av den grunn så arbeider legeledere klinisk for å ha faglig tyngde til å møte legene. Tilsvarende viser funn fra norske forhold at klinisk arbeid gir legitimitet i legegruppa (Gjerberg og Sørensen 2006). Her skiller ikke legene i mitt materiale

seg ut og grunnene de oppgir til at de arbeider klinisk, er at de ønsker å holde seg faglig oppdatert, opprettholde legitimitet i legegruppa og det kan støtte et behov for rutinearbeid i jobben som leder.

Som leder med et helhetlig ansvar lik intensjonen i NOU 1997:2 har ikke legen som leder en naturlig autoritet og denne må opparbeides. To ulike rasjonaler møtes og Jespersen (2005) viser til at det utvikles hybride lederroller når legen prøver å forene disse og finne en måte å fungere som leder. Disse rollene er stilistisk framstilt. Funn fra både Danmark (Jespersen 2005) og Norge (Gjerberg og Sørensen 2006) viser at gruppe 1 (klinikeren) og 2 (formidleren) dominerer. I mitt materiale så er det ingen ledere i gruppe 1 som kan ses som en videreføring av den gamle avdelingsoverlegerolla. De fleste i mitt materiale finner seg i gruppe 2 som opprettholder klinisk aktivitet for å ivareta legitimitet i legegruppa samtidig som de ivaretar et bredere lederansvar enn det som knyttes til det medisinskfaglige. To av legene i mitt materiale kan betegnes som generalistledere fra gruppe 3 da de ikke arbeider klinisk. .

### **7.2.2 Sykepleiere som ledere**

Sykepleierne har hatt et mer holistisk syn på ledelse (Jespersen 2005) og dette samsvarer i større grad med idealet om generalistlederen ut fra et markedsbasert rasjonale. I lys av dette så er det samsvar mellom sykepleielederne i mitt materiale og funn fra dansk kontekst, samtidig som faget står sterkt i fokus hos noen av mine respondenter.

Parallelt med kravet fra samfunnet og politikerne om bedre ledelse av helsevesenet har sykepleierne ført en strategi for å oppnå full profesjonsstatus. Ved å kvalifisere seg som ledere så utfordrer de legenes monopol på ledelse, samtidig som de anser ledelse som et eget fag slik synet på ledelse framtrer i en NPM-synsvinkel. Lederne i mitt materiale uttrykker at de ønsker å være ledere og å påvirke og lede slik legene har hatt mulighet til og dette kan tolkes som at de distanserer seg fra det medisinske hierarkiet og kan ses om et ledd i sykepleiernes profesjonskamp. Ved å kvalifisere seg som ledere så utfordrer de legenes mangler på dette område. Dette kan også tolkes ut fra en kjønnssynsvinkel hvor de kvinnedominerte sykepleielederne forsøker seg på en frigjøringskamp fra det mannsdominerte medisinske hierarkiet. Hva sykepleierne har oppnådd i denne kampen kan betraktes som begrensa. Oppsummert kan det sies at de har fått lederstillinger perifert i foretaka som anses for å være tømt for ledelse og styrt fra oven.

Kun en av sykepleielederne i mitt materiale arbeider klinisk og dette samsvarer med andre funn fra norsk kontekst (Gjerberg og Sørensen 2006). Sykepleierne er ikke avhengig av klinisk aktivitet for å opprettholde legitimitet blant andre sykepleiere da denne gruppa anser ledelse som viktig. Sykepleielederne er heller ikke avhengig av klinisk aktivitet i forhold til legegruppa. For å bli godtatt av denne gruppa vil det være viktigere at de er gode generalistledere og finne en balanse i forhold til samarbeid med den medisinskfaglige rådgiveren.

Endringen til enhetlig ledelse er ikke så dramatisk for sykepleierlederne som for legene. Dette kommer av at det ikke medfører brudd med en sterk faglig tradisjon slik legene opplever det. Dette kan ses som en videreføring av deres vektlegging av helhetlig ledelse og dette korresponderer med funn fra mine data. To former for hybride ledere ses hos sykepleierne; driftslederen som deltar i den daglige drift og generalisten som er fulltidsledere med et helhetlig fokus for alle yrkesgrupper. Et par av mine respondenter kan knyttes til driftsledergruppa mens de resterende er generalistledere.

### **7.2.3 Aspekter ved lederkompetansen**

Med bakgrunn i sykepleiernes kvalifisering til ledelse og det generelle inntrykket fra legegruppa om at de er kvalifisert til å bli ledere (Jespersen 2005), tar jeg et overblikk over hvordan lederne i mitt materiale er kvalifisert til ledelse ut fra føringene i NOU 1997:2. Lederne skal ha reell lederkompetanse og et adekvat kunnskapsnivå i forhold til aktuell enhet. Det kan synes som at dette har blitt vektlagt ulikt ved ansettelse av disse gruppene. I sykepleiegruppa har alle lederne helsefaglig utdanning på høyskolenivå, mange også med spesialiseringer, de har lederutdanning samt ledererfaring før de tiltrådte sine lederstillinger. Halvparten av legene mangler adekvat lederutdannelse og varierende lederpraksis ut fra den oversikta jeg har fra dataene. Det kan derfor synes som at den formelle lederkompetansen vektlegges svakere i forhold til legegruppa.

### **7.3 Identitet**

De to rasjonalene baseres på forskjellige verdier. Verdier fra det markedsbaserte rasjonalet er strukturelt implementert i ledernes hverdag, men har lederne gjort disse verdiene til sine slik at det preger deres identitet? Fra den danske konteksten (Jespersen 2005) så vises det at legenes identitet ikke endres nevneverdig når de blir ledere, dette kan tolkes som at de NPM-baserte verdiene ikke integreres i deres identitet. Et av siktemåla i reformene er å styrke

lederrolla og i mitt materiale er legenes identitetstilknytning mer nyansert enn i dansk kontekst. Flesteparten av legene sier at deres identitet er mest og oftest knytta til lederrolla, men legeidentiteten svekkes ikke. Legeidentiteten forblir uendra, mens lederidentiteten styrkes parallelt. Dette kan tolkes som at lederrolla blir mer akseptert og vektlegges i større grad, slik intensjonen er i reformene.

At legene arbeider betraktelig mer enn andre yrkesgrupper kan være med på bygge opp under at dette er ei viktig gruppe og dette kan være en del av deres identitet. Det samme gjør imidlertid flere av sykepleielederne og halvparten av disse lederne arbeider like mye som legelederne. Den som jobber minst befinner seg lavest i hierarkiet og den som arbeider mest befinner seg høyest i hierarkiet, begge er kvinner.

For sykepleierne har ledelse vært en vei til å få større anseelse og vært et trinn oppover i karrierestigen. Denne gruppa ser ut til å favne det modernistiske rasjonalet i større grad enn legene generelt (Fjeldbraaten og Torjesen 2006) til tross for at det har ulikt fokus med det faglige rasjonalet. Gjennom å kvalifisere seg som ledere ved å ta lederutdanning så fjerner de seg fra sykepleieidentiteten. For dem er det riktig å ha et fokus som inkluderer alle yrkesgrupper de er leder for og vektlegger med det ei generell lederrolle som kan sies å ha sitt utspring fra et modernistisk rasjonale. Det modernistiske rasjonalet stemmer med deres holistiske tilnærming til arbeidet. I mitt materiale stemmer dette i grove trekk, men er mer nyansert: lederidentiteten står sterkt, men faglig fokus vektlegges i tillegg sterkt av noen av lederne, på samme måte som hos legene. De oppgir at deres identitet er knytta mest og oftest til lederrolla, men sykepleieidentiteten er parallelt sterk.

#### **7.4 Avsluttende refleksjoner**

Med reformen som er inspirert av NPM og det markedsbasert rasjonalet skulle ledelsesaspektet vektlegges i sterkere grad enn tidligere. Det har også blitt lovendring som åpner opp for at andre yrkesgrupper enn leger kan bli ledere og med dette skulle det i teorien åpne opp for ei kjønnsmessig utjamning i ledelse av sykehus. I praksis så ser det ut til at kvinners muligheter til ledelse ikke harmonerer med intensjonen ut fra et kjønnsperspektiv. Sett i et fugleperspektiv så har kvinner fått lederstillinger i perifere deler av sykehuset hvor rommet for ledelse er begrensa. Deres lederprosjekt kan betegnes som tomme skall, tømte for innhold ut fra et ledessynspunkt og styrt fra oven av en ledelse som også domineres av menn. Og tas det med i betraktningen at tidligere førstelinjelederstillinger og

avansementstillinger som oversykepleier fjernes i implementeringa av reformene i foretaka, så kan det synes som at kvinners mulighet til ledelsesposisjoner har blitt forringa og det medfører en reproduksjon av det mannlige kjønnshierarkiet i ledelse i sykehusa.



## Litteraturliste

- Abbott, A (1988): *The-System of Professions*. Chicago: University of Chicago
- Acker, Joan (1993): *Å kjønne organisasjonsteori*. Nytt om kvinneforskning 1.1993.
- Amble, Nina (1993): *Leder og kvinne. Hva handler det om?* Kvinneforskning 1.1993.
- Beauvoir, Simone de (2000): *Det annet kjønn*. Oslo: Pax Forlag AS.
- Berg (1987): *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Blaikie, Norman (2000): *Designing Social Research. The Logic of Anticipation*. Cambridge: Polity Press.
- Brunsson, N (1989): *The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions an Actions in Organizations*. W Sussex England: John Wiley and Sons.
- Byrkjeflot, Haldor (red) (1997): *Fra styring til ledelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Christensen, Tom og Per Læg Reid (2002): *Reformer og lederskap. Omstilling i den utøvende makt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Czarniawska, Barbara (2004): *Narratives in Social Science Research*. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage Publications.
- Denzin, Norman K og Yvonna S Lincoln (2000): *Handbook og Qualitative research*. Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage publications, Inc.
- Drake, Irmelin (2002): *Sjef og kvinne. Myter og fakta om kvinner i ledelse*. Oslo: Likestillingssenteret.
- Drake, Irmelin og Anne Grethe Solberg (1995): *Kvinner og ledelse – gjennom glasstaket*. Oslo: Tano.
- Fjeldbraaten, Elin M og Dag Olaf Torjesen (2006): *Changing roles and identities among clinical managers. Does a health enterprise reform make any differences? Redrawing Boundaries within Healthcare*. Nordic Workshop on Health Management and Organization. Copenhagen December 7-8, 2006.
- Flaa, Paul, Rolf Gabrielsen, Dag Hofoss, Finn Holmer Hoven, Rolf Rønning (1993): *Innføring i organisasjonsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Frankfort-Nachmias, Chava og David Nachmias (2003): *Research methods in the social sciences*. London: Arnold.
- Gjerberg, Elisabeth og Bjørg Aase Sørensen (2006): *Enhetlig ledelse i sykehus*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Gjerberg, Elisabeth og Bjørg Aase Sørensen (2006): *Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet?* Tidsskrift for Den norske lægeforening 8:2006.

Hitland, Synnøve (1997): *Kjønn, ledelse og organisasjon – en gjennomgang av aktuell forskning på området*. Trondheim: TØH-serien 1997:5

Holme, Idar Magne og Bernt Krohn Solvang (1993): *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano.

Hood, Christopher (1991): *A public Management for all Seasons?* Public administration 69 1:3-19

Horner, M (1972): *Toward an understanding of achievement-related conflicts in woman*. Journal of Social Issues, no 28. I Hitland, Synnøve (1997): *Kjønn, ledelse og organisasjon – en gjennomgang av aktuell forskning på området*. Trondheim: TØH-serien 1997:5

Høst, Tor (2005): *Ledelse i Helse- og sosialsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jespersen, Peter Kragh (2005): *Mellem profession og management*. København: Handelshøyskolenes forlag.

Johannessen, Birte Folgerø (1994): "Det flytende kjønn". Om lederskap, politikk og identitet. Bergen: LOS-senteret.

Kanter, Rosabeth Moss (1977): *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic Books.

Kvande, Elin og Bente Rasmussen (1997): *Omorganisering av helse- og omsorgsarbeid: nye muligheter for kvinnelig ledelse?* I Byrkjeflot, Haldor (red) (1997): *Fra styring til ledelse*. Oslo: Fagbokforlaget.

Kvande, Elin og Bente Rasmussen (1993): *Døtrenes inntog og sønnes opprør i fedrenes hus. Om kvinner – og menn – i mannsdominerte organisasjoner*. Oslo: Kvinneforskning 1. 1993.

Kvande, Elin og Bente Rasmussen (1990): *Nye kvinneliv, kvinner i menns organisasjoner*. Ad Notam, Arbeidslivsbiblioteket. Oslo i Hitland, Synnøve (1997): *Kjønn, ledelse og organisasjon – en gjennomgang av aktuell forskning på området*. Trondheim: TØH-serien 1997:5

Kvåle, Gro (2001): *Organisering av identitet. Ein studie av organisatorisk identitetsdanning i trygdeetaten*. Bodø: HBO-rapport 3/2001.

Lov om pasientrettigheter 2001

Lov om spesialisthelsetjenesten 1999, § 3.9.

Lægred, Per og Tom Christensen (2002): *Reformer og lederskap*. Oslo Universitetsforlaget.

Lægred, Per (1992): *Tendenser i utviklinga av offentlig sektor*. LOS-senter Notat 92/37. Bergen LOS-senteret i Johannessen, Birte Folgerø (1994): "Det flytende kjønnet". Om lederskap, politikk og identitet. Bergen: LOS-senteret.

Nielsen, Jens Carl Ry og Pål Repstad (1993): *Fra nærhet og distanse og tilbake igjen. Om å analysere sin egen organisasjon* i Repstad, Pål (Red) 1993): Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i praksis og teori. Oslo: Tano.

NOU 1997:2. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Sosial- og helsedepartementet, 1997

NOU 1987: 25. *Sykehustjenester i Norge*.

Nylehn, Børre (1997): *Organisasjonsteori. Kritiske analyser og refleksjoner*. Oslo: Kolle forlag.

Opedal, Ståle Harald og Inger Marie Stigen (red) (2005): *Helse-Norge i støpeskjeen: Søkelys på helsereformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Patton, Michael Quinn (1990): *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park, London, New Dehli: Sage Publications.

Pettersen, Inger Johanne og Trond Bjørnenak (2003): *Helse i hver krone? Om økonomisk styring i helsesektoren*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Repstad, Pål (1998): *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ryen, Anne (2006): *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sahlin-Andersson, K.; *Group identities as the building blocks of organisations: a story about nurses` daily work*. Scandinavian Journal of Management, Volume 10 Issue 2, June 1994, Pages 131-145 i Fjeldbraaten, Elin M og Dag Olaf Torjesen (2006): *Changing roles and identities among clinical managers. Does a health enterprise reform make any differences? Redrawing Boundaries within Healthcare*. Nordic Workshop on Health Management and Organization. Copenhagen December 7-8, 2006

Sommervold, Wenche (1997): *Ledelse i sykepleien – en strategi for profesjonalisering* i Byrkjeflot, Haldor (red) (1997): *Fra styring til ledelse*. Oslo: Fagbokforlaget.

Strand, Torodd (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

Torjesen, Dag Olaf (2007): *Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste*. Tidsskrift for samfunnsforskning nr 2/2007.

Vrangbæk, K: *New public management i sygehusfeltet – uforming og konsekvenser* i Bentsen, E.Z., Borum F., Erlingsdottir, G. og Sahlin-Andersson, K. Når styringsambitioner møder praksis. København: Handelshøyskolens forlag, 1999.

# Vedlegg 1

## Kjære utvalgte deltakere fra det nasjonale lederutviklingsprogrammet for helsevesenet



### Forespørsel om deltagelse i masterstudie

Som student i offentlig politikk og ledelse holder jeg på å skrive min masteroppgave. Dette studiet tar jeg på Høgskolen i Agder og Dag Olaf Torjesen, 1. lektor ved Institutt for Statsvitenskap og ledelsesfag vil bidra med veiledning av prosjektet. I den forbindelse vil jeg gjøre en undersøkelse blant ledere som deltok i det nasjonale lederutviklingsprogrammet.

Jeg henvender meg til dere fordi dere alle har viktige erfaringer i forhold til ledelse i helseforetak. Dere representerer samtidig erfaringer fra ulike typer stillinger og geografiske områder i sykehussektoren og dere har en felles plattform fra det nasjonale programmet for lederutvikling. Samtidig representerer dere en balansert kjønnsfordeling som er viktig i forhold til min problemstilling, dvs hva slags betydning kjønn kan ha for tilpasning og erfaring i lederroller i sykehus.

I prosjektet vil jeg anlegge en narrativ tilnærming. Det betyr at jeg vil forsøke å få fram deres erfaringer med ledelse i en fortellende form. Jeg ønsker at dere skriver deres beretning om deres veier til ledelse og eventuelt fra ledelse dersom dere har en pause eller har slutta som ledere. Dere kan fortelle fritt uten å legge så mye vekt på å framstille dette på et formelt korrekt språk. Jeg vil på neste side presentere noen tema som dere eventuelt kan bruke til å assosierer for å skrive deres historie og erfaringer ned. Jeg bruker som sagt en narrativ metode og det vil si at jeg skal gjenfortelle og fortolke deres fortellinger om erfaringer med ledelse. Fra deres tekster vil jeg (i anonymisert form) bruke utdrag i større utstrekning enn i en vanlig kvalitativ studie.

I datainnsamling, analyser og publisering vil det bli tatt høyde for at forskningsmessige og etiske retningslinjer vil bli ivarettatt og det vil ikke bli mulig å henføre resultatet fra selve masteroppgaven og data til enkeltpersoner, bestemte avdelinger eller sykehus.

Jeg håper dere alle har tid til å skrive deres beretning og på den måten bistå meg i arbeidet med å gjennomføre min master oppgave. Dersom det er vanskelig å få dette til i en hektisk hverdag, er jeg glad for kortversjonen også. Jeg håper vi kan ta en kort telefonsamtale dersom jeg trenger noen supplerende eller avklarende opplysninger. Svaret kan dere send pr post eller mail innen 11. februar. Dersom dere lurer på noe kan dere kontakte meg på mail eller telefon (*vedlegges til respondentene*)

### Mine adresser er

Laila Nordstrand Berg  
Odderhei terrasse 1  
4639 Kristiansand  
Mailadresse: (*vedlegges*)

På forhånd en stor takk for hjelpa!

Med vennlig hilsen

Laila Nordstrand Berg

Student  
Masterstudiet i offentlig politikk og ledelse  
Høgskolen i Agder

## Hovedspørsmål

1. Fortell om din vei til å bli leder, hvordan din yrkeskarriere har forløpt seg. Hvorfor ble du opptatt av ledelse og valgte dette som karrierevei? Hva er viktig for deg som leder?
2. Fortsett eventuelt fortellingen om din vei bort fra ledelse dersom du har en pause eller har slutta som leder.

## Hjelpespørsmål som du gjerne kan reflektere over i din beskrivelse

3. Hva har vært viktig for dine veivalg?
4. Personer som har hatt betydning for din vei til ledelse
5. Hvilke mål er viktige å nå for deg som leder?
6. Hva mestrer du dårlig? Og hvorfor?
7. Hva bekymrer deg som leder?
8. Hvem er din viktigste støttespiller i jobben som leder?
9. Hvor ligger din identitet, i din opprinnelige utdanning eller i lederjobben?
10. Hva slags reaksjoner har du fått fra andre på at du har blitt leder?
11. Hvor mange timer arbeider du i snitt pr uke?
12. Opprettholder du aktivitet i forhold til helsefag og kliniske oppgaver? Dersom du gjør det så fortell kort hvor stor andel av tida som går til administrasjon og ledelse i forhold til kliniske- eller pleiemessige oppgaver.

## Bakgrunnsinformasjon, skriv kort om

- Alder
- Kjønn
- Utdanning etter videregående
- Stilling
- Leder for antall årsverk i din enhet
- Har du ledergruppe i din enhet som du har ansvaret for?

## **Lykke til!**

Kontakt meg gjerne på e-post eller telefon dersom du lurer på noe.

Laila Nordstrand Berg