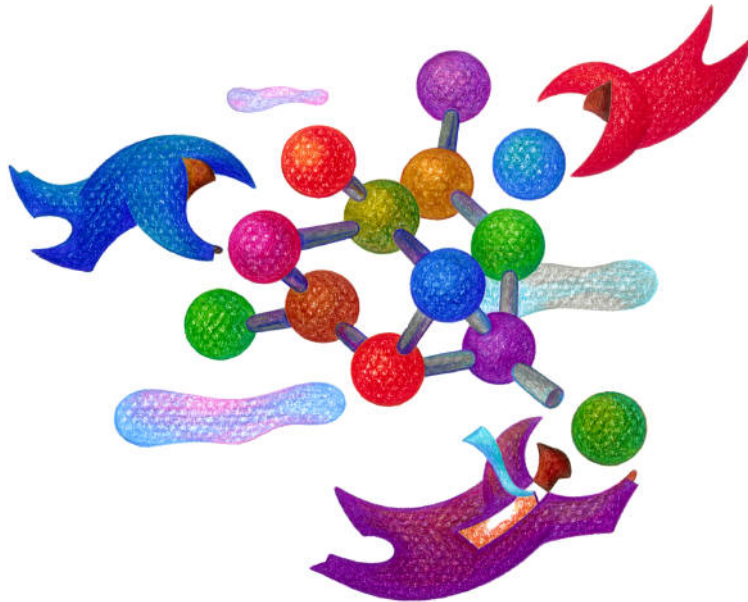


# Hvordan utvikle legitimitet for ledelse i helseforetakene?



Ottar Bjerkeset

Helse Nord Trøndelag HF

Edit Johnsen

Helse Finnmark HF

Kirsten Haugland

Akershus universitetssykehus HF

Tove Hovland

Helse Førde HF

Innledning .....	3
Bakgrunn .....	3
Problemstilling .....	5
En historie fra Helse Incognito.....	5
Teorier som kan belyse historien .....	6
Ledelse .....	6
Makt .....	7
Makt mellom organisasjonen og interessentene.....	7
Fire maktdimensjoner.....	8
Maktbaser .....	9
Autoritet og legitimitet .....	9
Ulike dimensjoner som har betydning for utvikling av lederlegitimitet .....	10
Diskusjon .....	11
Hvem er de viktigste interessentene i denne historien? .....	11
Hvordan kan vi forstå historien vår ved hjelp av ledelsesteoriene?.....	12
Hvordan kan vi forstå historien vår ved hjelp av teorier om makt.....	13
Hvordan er fordelingen av makta? .....	13
Hvordan er maktutøvingen mellom interessentene? .....	14
Hvordan kan vi forstå historien vår ved hjelp av teorier om autoritet og legitimitet? .....	15
Hvem har autoritet?.....	15
Har ledelsen legitimitet?.....	16
Konklusjon .....	17
Referanser.....	18

# Innledning

## **Bakgrunn**

Modernisering av offentlig sektor er en ”blå bølge” (Olsen, 1986) som slår innover alle land som Norge kan sammenligne seg med. Denne bølgen tar med seg mange moderne ord som vi tidligere har assosiert med det private næringslivet: for eksempel effektivisering, kvalitet, reform, endring, marked, fristilling, brukerfokus, ledelse og økonomistyring.

De siste 25 årene har modernisering av offentlig sektor vært et prioritert område for styresmaktene uavhengig av politisk ståsted. Regjeringen Willoch lanserte visjonen ”*Et Åpnere Norge*” tidlig på 80-tallet. Bondevik II regjeringen hadde sitt moderniseringsprogram ”*Fra ord til handling*”, der en sentral målsetting var å arbeide for en mer effektiv og produktivitetsfremmende offentlig sektor.

Sykehusreformen som ble iverksatt den 1. januar 2002 kan sees på som en del av denne moderniseringen. Omorganiseringen som har skjedd i sykehussektoren er en av de største i norsk samfunnsliv noensinne.

Bakgrunnen for sykehusreformen var et behov for å sikre pasientene et bedre tilbud innen spesialisthelsetjenester, og å sikre mer effektiv utnytting av både personlige og materielle ressurser. Målet var også å gi et mer likeverdig tilbud over hele landet, og å fjerne unødig ventetid på medisinsk behandling. Reformen stilte også tydelige krav til ledelse, blant annet påla Spesialisthelsetjenesteloven 2001 sykehusene å innføre enhetlig ledelse på alle nivå. Vidar Oma Steine (2003) skriver i et utkastnotat om lederrollen og ledelsesutfordringer i helseforetaksmodellen at:

*Det er helt grunnleggende at helseforetakets ledere tar det nødvendige lederskapet og skaper de resultat som samfunnet forventer*

I Nasjonal Helseplan (2007–2010) og i oppdragsdokument som kommer hvert år fra Helsedepartementet til alle regionale helseforetak (RHF), ser vi at det er mange av de nevnte moderne ordene som går igjen.

Denne utviklingen som vi ser generelt i offentlig sektor og spesielt i spesialisthelsetjenesten kan knyttes til en internasjonal trend som ofte blir omtalt som New Public Management (NPM). Denne trenden er ikke en egen teori eller modell, men et samlebegrep for trender og reformer i offentlig sektor som bygger på en nyliberalistisk ideologi. Mange av de nye trendene er oppskrifter hentet fra privat sektor. Reformen med utgangspunkt i NPM vart først

innført i de anglosaksiske landene i begynnelsen av 1980 åra som et mottiltak for å løse effektivitetsproblemene i offentlig sektor. Klausen (2001) deler NPM inn i to dimensjoner, en økonomisk og en som omfatter prinsipper for organisasjon og ledelse. Det er den sistnevnte som er mest aktuell for oss i denne oppgaven. Den har fokus på entreprenøraktig ledelse, strategisk ledelse, teamledelse og transformatorisk ledelse.

Det er mange eksempler på at sykehusene er vanskelige å lede. Et lite blikk i en lokalavis uansett hvor en er i landet vil ofte kunne bekrefte dette. Helseforetakene har store økonomiske utfordringer, toppledere blir skiftet i raskt tempo og helsepersonell er ikke lojale mot egen organisasjon og tar ofte interne diskusjoner på debattsidene i lokalavisen. Hver dag kommer ny næring til sykehusaksjonistene slik at de kan vokse seg stadig større og sterkere.

En av hensiktene med helsereformen er at det skal være sterk styring fra toppen av organisasjonen. Samtidig ser vi at den faglige styringen fra bunnen er så sterk at den enkelt kan stoppe mange vedtatte endringer.

I forbindelse med innføring av sykehusreformen laget Sosial- og Helsedepartementet en rapport som blant annet satte søkelys på og prøvde å forklare hva som gjør at ledelse i sykehus er så vanskelig. Der står det blant annet:

*Om vi søker etter svaret internt i sykehusorganisasjonen, er det særlig spenningen mellom den faglig-medisinske virksomhet og den overordnede ledelse som gjør lederskap vanskelig. Denne spenningen er primært uttrykk for at sykehusledelsen har et legitimitets- og autoritetsproblem i forhold til fagmiljøene, og at fagmiljøene vegrer seg mot å ta medansvar for helheten. (Rapport fra Sosial- og helsedepartementet 2001)*

Vi tror at ledelse av kunnskapsorganisasjoner innebærer særlige utfordringer og forutsetter at toppledelsen kommer i konstruktiv dialog og samhandling med de som faktisk utfører oppdraget.

## ***Problemstilling***

Gjennom historien vår, teoriene og drøftingene vil vi studere hvordan en kan utvikle legitimitet for ledelse i spesialisthelsetjenesten.

## ***En historie fra Helse Incognito***

To seksjonsledere, begge sentrale legespesialister innen samme fagfelt fra hvert sitt lokalsykehus, klinikkledelse, representanter fra direktørens stab, verneombud og tillitsvalgt utgjør en arbeidsgruppe. De skal sammen diskutere og avgjøre ny funksjonsfordeling mellom to lokalsykehus. De skal også komme med forslag til hvordan den totale aktiviteten kan reduseres og effektiviseres. Fra ledelsen påpekes de utfordringene gruppen har med å ta hensyn til faglig kvalitet i sine vurderinger. Jeg er møte- og gruppeleder for utvalget.

Møte går greit, saklisten blir godkjent og det er det ingen som har spørsmål eller motforestillinger. Legene snakker høflig til hverandre. Etter møte blir jeg usikker, hvorfor kommer ikke motsetningene fram? Alle vet at dette arbeidet er kontroversielt og at de to lokalsykehusene kjemper ulike kamper.

Møte nummer to. Jeg ønsker å få fram motsetningene og har laget en presentasjon som viser de ulike alternativene for funksjonsfordeling. Lege A tar ordet og fordeler oppgaver mellom sykehusene slik han ser det. Lege B sitter med ryggen til og er taus. Resten av gruppen deltar aktivt og tonen mellom dem er god.

Jeg presiserer at dette er et av flere alternativ, og spør lege B om han har noen andre forslag. Han tar ordet og snakker rolig i ca 10 min., om Nasjonal helseplan, bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet, Soria - Moria erklæringen, om fakkeltog og faglig utvikling. Flere prøver å få ham til å konkretisere sine tanker, men han foreslår ingen alternativ organisering.

Etter at møtet er slutt og de fleste har gått, forteller lege B imidlertid at han er helt uenig og ikke finner seg i forslaget som lege A har lagt frem. Han truer med oppsigelse. Lege A blander seg også inn og diskusjonen blir etter hvert opphisset. Jeg må gå, men hører høylydt krangel på vei ut.

Møtet etterfølges av mange hissige og usaklige telefoner og e-post fra den uenige legen, og jeg er svært overrasket over å se at de fleste e-postene også går som kopi til mange personer både i og utenfor Helse Incognito. Jeg føler meg både fortvilet, maktesløs og sint. Hvorfor ble

det slik, hvorfor kan de ikke ta opp slik på møtene? Jeg er redd for at diskusjonen nok en gang skal havne i lokalavisene slik at enda en prosess blir avgjort av aktivister og lokale kommunepolitikere.

Hvorfor aksepteres ikke spillereglene med å bruke formelle møter og ledelseslinjen til åpne diskusjoner og formelle beslutninger?

Hvordan skal en leder skaffe seg den legitimitet som er nødvendig for å utøve god og effektiv ledelse slik spesialisthelsetjenesten er organisert i dag?

## **Teorier som kan belyse historien**

### ***Ledelse***

Yukl (2005) sier at lederskap har blitt definert på mange måter opp gjennom årene, men at de fleste definisjonene deler forestillingen om at lederskap involverer og påvirker prosesser som er nødvendige for å gjennomføre et kollektivt arbeid.

Han velger en vid definisjon for ledelse som tar hensyn til flere områder, som er avgjørende for at kollektive anstrengelser fra medlemmer i en gruppe eller organisasjon klarer å utføre meningsfullt arbeid.

*Leadership is the process of influencing others to understanding and agree about what needs to be done and how to do it, and the process of facilitating individual and collective efforts to accomplish shared objectives.* (Yukl 2005, s 20)

I følge Sørhaug er det å lede - å gi retning og å indikere en utvikling. (T. Sørhaug, 2004). Ledelsen skal være garantist for at organisasjon har orden og retning. Det handler om å gripe inn og initiere prosesser i samhandling med andre. Prosessene er helt eller delvis innrettet mot felles verdier, mål og oppgaver. Sørhaug beskriver det som en fundamental lederoppgave å binde vold og bære fram en retning. Ledelse handler om å inkarnere organisatoriske prosesser. Disse er mer eller mindre samordnende, mellommenneskelige prosesser, som helt eller delvis er rettet mot felles verdier, mål og oppgaver

Berg (1995) hevder at det er en økende forståelse for ledelsens kommunikasjonsfunksjon. Dette kan man oppnå ved at de sammen formulerer felles misjon og visjon, og ved at ledelsen legger vekt på å skape et språk som kan motivere personalet.

I den senmoderne ledelsesforståelsen utvider Eriksen (1999) ledelsesbegrepet i sin bok ”Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner”. Han mener at ledelse må være demokratisk ved at en tillater argumentasjon og etablerer konsensus om vedtak, videre legger han vekt på kommunikasjon for å sikre intern og ekstern legitimitet.

Erik Johnsen har også en senmoderne ledelsesforståelse og definerer ledelse slik:

*Ledelse er et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker (Johnsen 1975).*

Ledelse og styring av sykehus dreier seg både om å posisjonere og mobilisere. I hovedsak må ledelse komme nedenfra, og en kontinuerlig dialog mellom ledere og ansatte må finne sted.

Moderne kunnskapsorganisasjoner er preget av både ekstern og intern kompleksitet. For å håndtere kompleksiteten kreves det en klar strategi, som innebærer en bevissthet om hvordan det hele tiden må treffes valg for å få en best mulig framtid. I tillegg er ledelse preget av initiativ, personlig resultatansvar og evne til å arbeide i team.

Det er behov for tydelige og klare ledere som er i stand til å mobilisere høykompetente, ofte arrogante, fagfolk til å utøve sine faglige ferdigheter til institusjonens beste (Jan Grund, 2006). Kort kan en si at ledelse dreier seg om tre ulike grupper faktorer, kjennetegn ved lederen, kjennetegn ved de som blir ledet og kjennetegn ved organisasjonen og dens omgivelser. Disse faktorene vil virke inn på resultater i form av effektivitet og jobbtrivsel. (Skogstad Anders og Einarsen Ståle: 2004)

## **Makt**

### **Makt mellom organisasjonen og interessentene**

I kampen om begrensede ressurser blir fordeling av makt mellom interessentene viktig, i samarbeidet mellom dem kan fordeling av makt gi grunnlag for konflikter. Makt er ulikt fordelt og hvem som har makt varierer.

Makt er relativt og gir bare mening i samspill mellom minst to aktører. Emerson (1962) sier at makt er knyttet til den ”avhengighetsrelasjonen” som er mellom organisasjonen og en interessent. Hvor avhengig organisasjonen er, blir bestemt av to forhold. For det første, dersom interessenten disponerer noe som organisasjonen trenger for å nå sine mål blir organisasjonen avhengig av interessenten. For det andre, dersom organisasjonen kan delvis

eller helt bytte ut interessenten sitt bidrag med bidrag fra andre interessenter blir avhengigheten mindre. Dersom interessenten har et bidrag som organisasjonen oppfatter som viktig kommer denne interessenten i et maktforhold. Men dersom det finns mange alternative interessenter som kan tilby samme bidrag blir makten redusert. Det kan også være slik at organisasjonen er avhengig av bidraget til interessenten samtidig som at interessenten ser at organisasjonen har noe som han er avhengig av. Da har vi ikke lenger et makt – avmakts forhold men mer et makt - makt forhold fordi de er gjensidig avhengig av hverandre.

### **Fire maktdimensjoner**

Christensen & Daugaard (2001) snakker om flere typer makt og skiller i sin maktanalyse mellom fire ulike former for maktutøving:

*Direkte makt* er makt som finner sted i vedtaksprosessen.

*Indirekte makt* fokuserer på makt som finner sted når man for eksempel fastsetter dagsorden på et møte. Interessegrupper med makt kan bestemme og la være å fremme enkeltsaker som innebærer en trussel.

*Bevissthetskontrollerende makt* er makt som kommer til uttrykk ved at noen aktører påvirker andre sine forestillinger og interesser, og hvordan en legitimt kan fremme disse interessene. Dette er en bevisst påvirkning med et bestemt formål. Disse tre dimensjonene av maktbegrepet har det til felles at makt blir utøvd i relasjoner mellom aktører.

Den *institusjonelle makten* skiller seg fra de andre formene for makt ved at den kommer til uttrykk i den menneskelige atferd gjennom normer, rutiner og strategier. Den strukturelle makt inneholder mentale forestillinger om hvordan ting skal være, hva en må og ikke må og hva en kan og ikke kan gjøre. Slike institusjonaliserte mekanismer finner vi i daglige rutiner og normer som regulerer atferd i sosiale system og i de kulturer og myter som finnes i organisasjonen.

Disse fenomenene, rutinene og normene regulerer og styrer mye av atferden til mennesker i en organisasjon, de fleste er aksepterte og blir utøvd daglig. Organisasjoner utvikler ofte sin egen form for maktutøving som foregår innenfor rammene av denne særegne kulturen (ibid).



## **Maktbaser**

Internt i en organisasjon kan en finne mange formelle og uformelle maktposisjoner som en person kan ha over en annen person. Makt er ikke likt fordelt og for eksempel har den formelle ledelsen, gjennom formelle fullmakter legitim rett til å utøve makt over de tilsatte.

French og Raven (1996) har i sin forskning kommet fram til fem typer maktbaser. Belønningsmakt; de som har kontroll over belønningene, tvangsmakt; de som har kontroll over straffetiltak, ekspertmakt; de som har spesielle kunnskaper, posisjonsmakt; de som har legitim makt i kraft av den posisjonen de har og til slutt normativ makt; referansemakt, i kraft av den enkelte sin personlighet.

Makt dreier seg altså om en kapasitet som får mennesker til å gjøre ting de (sannsynligvis) ellers ikke ville har gjort (Sørhaug 1996, s 22). Makt må imidlertid ikke forveksles med *tvang*, som er en av flere måter å utøve makt på. Dersom en prøver å utøve makt utenfor *maktgrensen* blir makt redusert og dersom en bruker tvangsmakt øker motstanden hos de andre aktørene.

Makt uten en komponent av tillit vil raskt reduseres. I følge Sørhaug ( 1996 ) tør ikke mennesker å ha tillit til hverandre uten å vite at det finnes noe eller noen som kan stoppe volden. Ledelse blir da å binde volden og garantere at grensene overholdes.

## ***Autoritet og legitimitet***

*Autoritet* skiller seg fra makt ved at den også inneholder et element av legitimitet. Autoritet gjør det mulig å få gjennomført mål mot andres interesser uten at det skjer mot deres vilje. Å akseptere autoritet betyr å godta uten å kreve begrunnelse. Hvor mye makt en kan ha, avhenger av størrelsen på maktbasen og jo mer legitim makt jo mindre motstand (Sørhaug 2004 s 45). For å overleve må en leder kjenne autoritetens begrensinger.

*Legitimitet*: I en relativt fersk doktorgradsavhandling har Cook Bulukin (2005) utforsket hvordan organisasjonens regler og leders organisering av ledelsesprosessen påvirker kompetansemedarbeideres syn på ledelse. Hun sier at:

*Lederlegitimitet kan forstås som den anerkjennelse medarbeidere tilfører lederen ut fra hans eller hennes måte å lede på og er således aksept eller godkjennelse av lederens evne til å anvende sin makt (Bulukin 2005 , s 4 ).*

Gode beslutninger kan forstås som legitime beslutninger og kan gi positive reaksjoner fra medarbeider til leder. Disse positive reaksjonene underbygger lederens legitimitet.

*En leder som utøver lederskap er en formell leder, men en leder som ikke vinner gehør utøver ikke lederskap* (Thylefoss, 2004, s 276)

Forstått på denne måten blir lederlegitimitet en forutsetning for at ledelse skal ha effekt, fordi organisasjonens evne til å nå mål er avhengig av hvordan medarbeideren reagerer på leders måte å lede på. Autoritet forstås som legitim makt som gis leder av et system, lederlegitimitet beskrives derimot som er kredittverdighet som gis leder av medarbeiderne.

## **Ulike dimensjoner som har betydning for utvikling av lederlegitimitet**

Max Weber er en viktig teoretiker innen studier av makt og ledelse. Han var opptatt av kommunikasjon og forhandling om makten gjennom sitt fokus på legitimitet som en forutsetning for maktutøvelse. Hos Weber baserer makthavernes stilling seg ikke så mye på kontroll over materielle ressurser, men mer på en form for «overtalelseskunst», som overbeviser folket om at makten er nødvendig og moralsk. Weber skrev om makt og legitimering av makt innenfor tre typer herredømme: *tradisjonell, karismatisk og byråkratisk autoritet* (Busch og Vanebo 1995).

### **Tradisjonell autoritet.**

Autoriteten er basert på tradisjoner, makten aksepteres fordi det "alltid har vært slik" (*Busch og Vanebo 1995*).

### **Karismatisk autoritet**

Autoriteten har grunnlag i en persons evne til å bevege sine medmennesker emosjonelt.

I ledelsesteoriene fra 1980 årene ble det større interesse for de følelses- og symbolmessige aspektene ved ledelse (Yukl 2005) Disse prosessene kan forklare hvordan enkelte ledere får medarbeidere til å sette organisasjonens mål foran sine egne. En karismatisk leder kan med sin utstråling og engasjement skape begeistring, motivasjon og energi hos medarbeidere.

## **Byråkratisk autoritet**

Autoritet knyttes her til at medlemmene aksepterer det regelverk som styrer organisasjonen (*Busch og Vanebo 1995*). Det har vært forholdsvis lite fokus på hvorvidt organiseringen av regler og prosesser har betydning for om medarbeiderne støtter opp om leder og organisasjonen som helhet. Dette er utgangspunktet for Cook Bulukins avhandling (2005).

En leder kan utvikle legitimitet ved forutsigbar bruk av prosedyrer og regler eller i motsatt fall undergrave lederlegitimiteten ved å anvende regler og organisere prosesser uforutsigbart.

Regler kan være både skriftlig formelle og uskrevne uformelle, det kan dreie seg om rutiner, kultur og prosesser rundt beslutninger. Medarbeidere påvirkes av på hvilken måte ledere tar i bruk prosedyrer og organiserer ledelsesprosessen.

## **Diskusjon**

I kunnskapsbedrifter er det vesentlig at de faglige aktørene blir gitt tilstrekkelige tunge posisjoner (Steine; 2003). Det er de faglige aktørene som bærer kunnskapen om metodene som brukes for å løse oppgavene i organisasjonen og det er de som vet hvordan disse utvikler seg. Det er de faglige aktørene som møter brukerne og deres behov og som har best forutsetning for å forstå brukernes behov og hva det innebærer. Helseforetakene er med andre ord helt avhengige av at fagpersoner ønsker å jobbe og bruke sine ressurser i utvikling og ledelse av virksomheten.

Samfunnet gjenspeiler at medarbeidere i kraft av den kompetansen de besitter blir viktigere bidragsyttere i organisasjoner. Dette betyr at fenomenet ledelse er i utvikling. I dag er leders legitime makt overfor kompetansemedarbeidere ikke nødvendigvis opprettholdt på grunn av den makten som posisjonen gir lederen. Lederlegitimitet er derimot helt avhengig medarbeidernes reaksjoner og meninger om lederens måte å lede på (Cook Bulukin 2005).

### ***Hvem er de viktigste interessentene i denne historien?***

I historien om Helse Incognito er de viktigste interessentene *jeg-personen* som er leder, lege A og lege B.

Helse Incognito er helt avhengig av lege A og B sin kompetanse for å nå sine mål. Ved de fleste små lokalsykehus er spesialister mangelvare. Helse Incognito kan derfor ikke basere seg

på at de får tilsett nye dersom lege B velger å forlate organisasjonen. . Helse Incognito er derfor i et makt – avhengighetsforhold til legene. Dette er en viktig begrensende faktor når endringer skal iverksettes. Så lenge rekrutteringsforholdene er vanskelige vil dette maktforholdet bestå. Lederen selv er også en interessent. Vi må anta at vedkommende ønsker å gjøre en god jobb og svare til eiers forventninger. Historien vår viser også at lederen ønsker å ha en ryddig prosess som fører fram til konsensus om en beslutning.

### ***Hvordan kan vi forstå historien vår ved hjelp av ledelsesteoriene?***

Oppsummert fra teorikapittelet kan vi si at de fleste definisjonene av ledelse deler forestillingen om at lederskap er å gripe inn i og initiere prosesser i samhandling med andre, stimulere underordnedes forståelse av arbeidsoppgaver som må gjøres for å gjennomføre et kollektivt arbeid, og at dette har en vesentlig sammenheng med kommunikasjonsferdigheter.

I vårt eksempel hentet fra Helse Incognito ser vi at ledelsen forsøker å involvere de ansatte i prosessen med en ny organisering av funksjoner. Det er dannet en arbeidsgruppe med fagfolk fra de to lokalsykehusene. På denne måten mobiliserer ledelsen sine ansatte til å delta aktivt i prosessen og til å samhandle. Behovet for dialogen mellom ledelsen og de ansatte blir ivaretatt i en slik prosess og fagfolkene kan således selv komme med innspill til ny organisering og funksjonsfordeling. Dette er en god måte å ansvarliggjøre og sikre at alle, også legene, får et eierforhold til resultatet. Lederen ber også om at gruppa vurderer hvordan reduksjonene og effektiviseringen kan gjennomføres og indikerer på den måten retningen organisasjonen skal utvikles i.

Eriksen (1999) mener at ledelse må være demokratisk ved at en tillater argumentasjon og etablerer konsensus om vedtak, videre legger han vekt på kommunikasjon for å sikre intern og ekstern legitimitet. Lederen i vår historie presiserer at alternativene som er lagt fram er et av flere. Lederen oppfordrer Lege B til å komme med sine synspunkter og konkretisere dem. I historien ser vi den målformulerende atferden hos lederen ved at mandat og fremdrift blir formidlet i oppstart på møte. I møtet kan vi imidlertid ikke se at det eksisterer en konstruktiv dialog; et felles språk, som brukes for å kunne sikre fremdrift. Ved at lederen oppfordrer og utfordrer lege B til å komme med sine synspunkt og alternative løsninger legger lederen også opp til en problemløsende metode. Likevel oppnås ikke lederens mål. Et felles språk kan gjenspeiles i spillereglene for hvordan uenighet håndteres og hvordan tema diskuteres. Språket er også vesentlig for å sikre at arbeidsgruppen har oppfattet mandatet og oppgaven

likt og har en felles forståelse for hva oppgaven innebærer. Av lederen sine refleksjoner etter møtet kan det se ut som at felles spilleregler og språk for å håndtere konflikter og uenigheter ikke er etablert. Dette begrenser gruppens muligheter for å arbeide sammen på en konstruktiv måte. Dette beskriver også Yukl (2005). Han sier at ledelse er en prosess som skal få andre til å forstå og bli enige om hva som må gjøres. Ledelse som samspill mellom mennesker fordrer at de har et språk som gjør dem i stand til å kommunisere med hverandre. Språk og kommunikasjon er også sentralt hos andre teoretikere som Johnsen (1995), som legger vekt på to sider ved kommunikasjon i ledelse; *begrepsapparatet* eller det ”språk” som brukes og selve *kommunikasjonsprosessen*. Sørhaug (2003) sier at fleksible og kvalitetsorienterte arbeidsformer øker krav til kommunikative og relasjonelle ferdigheter.

Organisasjoner som Helse Incognito blir stadig mer spesialisert og avhengig av kompetanse som lederen selv ikke kan ha. Lederen i denne historien, innehar ikke selv nødvendig faglig kompetanse og er derfor helt avhengig av å kunne kommunisere godt med ekspertene. Gjennom kommunikasjon kan lederen fungere som bindeledd mellom de ulike kompetanseområdene som Helse Incognito er avhengig av.

## ***Hvordan kan vi forstå historien vår ved hjelp av teorier om makt***

### **Hvordan er fordelingen av makta?**

Vi beskrev innledningsvis fem typer maktbaser (French og Raven, 1996): *belønningsmakt*, *tvangsmakt*, *ekspertmakt*, *posisjonsmakt* og *referansemakt*.

I Helse Incognito ser vi at selv om lederen har belønnings- og posisjonsmakt, er ikke det alltid tilstrekkelig for å initiere prosesser og endringer i egen organisasjon. Makt er altså knyttet til posisjoner, og utfoldes gjennom handling. Makten utspiller seg ulikt og vi ser at lege B gjennom sin atferd og personlighet, såkalt referansemakt, får innflytelse og makt over beslutningsprosessen.

Weber er blitt kritisert for å ikke tilstrekkelig ta hensyn til at særskilte faggrupper ofte kommer i en særstilling og at disse ikke uten videre vil underkaste seg tradisjonell autoritet (Fra Busch og Vanebo 1995). Vår historie er et typisk eksempel på at sterke faggrupper kommer i en særstilling på grunn av sin kompetanse og ikke på grunn av sin formelle posisjon i organisasjonen fordi de i kraft av denne besitter ekspertmakt.

## Hvordan er maktutøvingen mellom interessentene?

Organisasjoner utvikler ofte sin egen form for maktutøving. Maktutøving kan forstås som fenomener, rutiner og normer som regulerer og styrer mye av atferden til mennesker. Christensen og Daugaard (2001) delte makt inn i *direkte makt*, *indirekte makt*, *bevissthetskontrollerende makt* og *institusjonell makt*.

Sykehusene utviklet seg fra 1880 – tallet som institusjoner hvor legen rangerte både sosialt og faglig høyt over de øvrige medarbeiderne i sykehuset. På 1900-tallet utviklet avdelingsstrukturen seg, og man baserte organiseringen på de medisinske spesialitetene. Avdelingene var faglig selvstendige enheter med desentralisert faglig ledelsesstruktur og sterkt faglig selvstyre. Dette er eksempel på den institusjonelle makten som kommer til uttrykk i menneskelig atferd gjennom normer, rutiner og strategier.

I vår historie fra Helse Incognito ser vi også eksempel på dette. At lege B ikke anerkjenner lederen kan være et uttrykk for de etablerte normer, rutiner og strategier som har blitt etablert i Helse Incognito over lang tid.

I Helse Incognito har lederen utarbeidet en skisse over ulike alternativer til funksjonsfordeling for å påvirke de ansatte mot et bestemt mål, dette forstår vi som bruk av bevissthetskontrollerende makt, en bevisst påvirkning mot et bestemt formål, (Christensen og Daugaard 2001). Lederen burde valgt å bruke direkte makt for å stoppe den uønskede atferden, men det skjer ikke i løpet av det første møtet. Lege B "får lov til" å boikotte dagsordenen og unngå direkte kommunikasjon med de andre medlemmene i gruppen. I stedet forsøker han å påvirke beslutningen gjennom å bruke e-post etter møtets slutt. Dette er eksempel på utøvelse av indirekte makt fra lege B.

Helse Incognito kommer i et avmaktsforhold til lege B, fordi han gjennom sine ressurser og fagkunnskaper som organisasjonen er avhengig av, kan utøve makt. Dette makt-avmaktsforholdet vil kunne reduseres dersom rekrutteringen av spesialister til lokalsykehusene blir bedre eller dersom lederen signaliserer at han har "is" i magen og har en alternativ plan for rekruttering av legespesialister til lokalsykehusene i Helse Incognito. Lederen kunne også brukt sin belønningsmakt for å balansere denne skjevheten, for eksempel ved å "lokke" med nytt teknisk medisinsk utstyr, utdanning, kurs osv.

Tillit er et beslektet fenomen i utøvelsen av moderne ledelse. Sørhaug (2004) beskriver i sin modell makt og tillit som gjensidig avhengig av hverandre, og at ledelsesfunksjonen befinner

seg nettopp i krysningpunktet mellom disse to dimensjonene. Vi tror at det er mangel på tillit i vår historie. Både mål og handlingsmønster må være tydelig, forstått og akseptert av medarbeiderne. Forutsigbarhet er en viktig faktor for å skape nødvendig tillit og trygghet i prosessen. Lederen må aktivt gjennomføre og se til at avtalte spilleregler blir overholdt. Eksempelvis stoppe uønsket atferd, avslutte e-postkommunikasjon og uformelle diskusjoner. Konsekvenser av spilleregler som ikke følges må være tydelig kommunisert i forkant, og det er viktig at disse konsekvensene følges.

Selv om lederen hadde vært tydeligere og brukt sin posisjonsmakt, er det ikke gitt at lege B ville akseptert spillereglene og latt være å bruke sin ekspert makt. Sørhaug (1996) sier også at all organisering må håndtere spenningen mellom makt og tillit, at de både truer og forutsetter hverandre. Når en person har makt kan vedkommende tvinge fram handlinger hos andre og dermed overse behovet for tillit. Dette vil ikke fungere over tid og makten vil ikke være i stand til å fungere på egen hånd. Tillit fungerer heller ikke på egen hånd, den må understøttes av makt. Samhandling forutsetter at det har foregått forhandlinger, at det eksisterer noen forventninger og at det eksisterer en form for sosial kontrakt. Lederen i vår historie bruker ikke makt og har ikke tillit hos lege B.

## ***Hvordan kan vi forstå historien vår ved hjelp av teorier om autoritet og legitimitet?***

### **Hvem har autoritet?**

I Helse Incognito har både den formelle lederen og lege B tradisjonell autoritet basert på sine posisjoner som leder og lege. I den *tradisjonelle autoriteten* aksepteres makten fordi det alltid har vært slik. Det er ikke lenge siden presten, læreren og legen sto i særstilling i samfunnet vårt og i Helse Incognito er disse forestillingene fremdeles i hevd særlig hos de som innehar den tradisjonelle autoriteten, nemlig legene. Men i vår historie drar legene imidlertid i hver sin retning og har hver sine agendaer.

De andre to autoritetsformene som Weber beskriver er karismatisk og byråkratisk autoritet.. Vi ser ikke tegn på at lederen gjør bruk av karismatiske ledelsesstrategier i vår historie. Hadde han lagt vekt på å engasjere og begeistre gruppen for den nye som skulle komme kunne han mobilisert mer energi og begeistring i denne tunge prosessen. Utstråling og karisma kan bidra til å legitimere lederens makt. En karismatisk leder ville klart å mestre det sosiale spillet vi ser

i historien på en bedre måte, gjennom karisma kan lederen tydeligere innta sin rolle på en energisk og mer kraftfull måte, skape retning og energi som Sørhaug beskriver det.

Regler kan brukes for å utøve byråkratisk autoritet. Brukt på en rettferdig måte kan det underbygge lederens legitimitet. Historien viser at Helse Incognito står overfor en svært vanskelig situasjon, og mangelen på tydelige retningslinjer undergraver lederens legitimitet og kompliserer prosessen i dette tilfellet.

### **Har ledelsen legitimitet?**

Teoriene vi har studert konkluderer med at legitimitet er en forutsetning for maktutøvelse og den kan bare oppnås ved at underordnede tilfører lederen den. (Cook Bulukin, 2005).

Legitimitet skiller seg derfor fra makt og autoritet på vesentlige punkter. Makt og autoritet kan ofte være definert på forhånd gjennom posisjon, faglig og personlig kompetanse og organisasjonens formelle struktur. Lederlegitimitet derimot kan forstås som et bånd mellom lederen og medarbeideren, der lederen anvender sin posisjon og makt på en slik måte at medarbeideren forstår, anerkjenner og finner den rettmessig. I tillegg til legitimitet til ledelsen innad i organisasjonen, er lederlegitimitet viktig også utad mot eier, politikere og media.

Historien vår synliggjør at det ikke er skapt legitimitet for ledelse i det aktuelle møtet. Lederen i Helse Incognito var bevisst på å følge spilleregler og å få fram alle motforestillinger, fordeler og ulemper i møtet. Både retningen og rasjonale bak endringen er godt kjent i arbeidsgruppen, men motstanden er åpenbar og stor hos lege B og han bidrar ikke til lederens legitimitet. Det kommer tydelig fram ved at han, som fagperson innenfor en sterk yrkesgruppe, prøver å påvirke beslutningene gjennom andre kanaler og ved andre spilleregler enn de demokratiske og åpne prosessene. Han benytter ekspertmakten sin.. Historien forteller lite om hvorvidt lederen besitter positive personlige egenskaper som karisma eller om vedkommende har relevant faglig kompetanse. Det er imidlertid tydelig at lederen ikke benytter sin posisjonsmakt eller referansemakt og at han ikke oppnår autoritet hos lege B.

Det er et overordnet ansvar å hindre slik undergravende atferd som lege B utøver. Atferden til de andre deltakerne kan tyde på at mandat og spilleregler er gjort kjent og akseptert i deler av arbeidsgruppen. Ved at lederen hadde brukt sin posisjonsmakt eller vært forutsigbar i bruk av regler og organisering kunne denne svært uheldige utviklingen vært hindret. Lederlegitimitet er viktig fordi den gjenspeiler medarbeidernes reaksjoner på lederens måte å lede på (Bulukin 2005). Lederlegitimitet er knyttet til hvorvidt lege B og de øvrige i arbeidsgruppen aksepterer



og er kjent med reglene, videre at de opplever dem som konsistente og om de aksepterer måten lederen anvender regler. En konsekvens av vår historie kan være at lederen også mister mye av sin legitimitet hos de øvrige gruppemedlemmene. I denne situasjonen ville organisering av ledelsesprosessen ved bruk av regler trolig redusert usikkerhet. Kjente og godtatte regler som omhandler måten lederen skal opptrer i situasjoner der det er uenighet eller åpne konflikter ville kunne redusert usikkerheten i denne prosessen og trolig økt gruppens effektivitet og måloppnåelse.

Steine (2003 pkt. 7.1 ).sier i sitt notat at ledelse dreier seg om to forhold: evne til å erverve autoritet og at denne autoriteten brukes til å realisere organisasjonens mål. Steine (2003) mener at det har vært redusert legitimitet for toppledelsenes posisjon i sykehus og at ledelsesposisjoner som ikke kommer i konstruktiv dialog med fagmiljøer har få muligheter til å lykkes. Bulukin konkluderer i sin avhandling blant annet.a med at regler i seg selv er viktige for hvordan kompetansemedarbeidere reagerer på lederens måte å lede på. Regler samt lederens måte å bruke dem har betydning for kompetansearbeidernes handlingsrom og deres relasjon til ledere, på tross av krav om autonomi. Vi ser at dette ikke blir gjennomført i Helse Incognito sin funksjonsfordelingsprosess og vi mener at dersom lederen i historien hadde anvendt en slik strategi med større tyngde ville han fått legitimitet og prosessen hadde vært enklere å gjennomføre.

## **Konklusjon**

Lederlegitimitet har vi forstått som den anerkjennelse medarbeider gir lederen på bakgrunn av lederens måte å lede på. Dette er også en aksept på at lederen har evne til å anvende sin makt. Lederlegitimitet blir en forutsetning for at ledelse skal ha effekt, fordi kompetansemedarbeidernes reaksjoner på lederens måte å lede på har betydning for hvordan organisasjonen evner å nå sine mål.

I moderne tid har man innført New Public Management modeller for å profesjonalisere ledelse og løse de komplekse utfordringene i offentlig sektor. Dette har utfordret legitimiteten til den tradisjonelt faglig baserte ledelsen i spesialisthelsetjenesten. De nye kravene til ledelse sammen med våre erfaringer som ledere, blant annet synliggjort i historien, gjorde oss nysgjerrige på å se nærmere på tema makt og legitimitet for ledelse. En rapport fra Sosial- og Helsedepartementet uttrykte allerede i 2001 at:

*Denne spenningen er primært uttrykk for at sykehusledelsen har et legitimitets- og autoritetsproblem i forhold til fagmiljøene, og at fagmiljøene vegrer seg mot å ta medansvar for helheten*

Ved hjelp av historien vår og de teoriene vi har valgt, kan vi oppsummere det vi har lært i følgende punkter:

- Ledelse er å tydelig vise retning og mål for organisasjonen, bruke et språk som sikrer god kommunikasjon og bidrar til god problemløsning i samspill med medarbeiderne.
- Lederen må ha kunnskap om ulike typer maktfaktorer i organisasjonen, kjenne til sin egen makt og tørre å bruke den med klokskap og skjønn.
- Autoritet, er den legitime makt som gis leder av et system. Lederen må forstå at legitimitet må man gjøre seg fortjent til, den kan kun gis fra medarbeidere til lederne.
- Det må skapes forutsigbarhet og gjensidig forståelse av prosesser gjennom konsekvent bruk av regler og prosedyrer. Disse må være utarbeidet i samarbeid med medarbeidere og anerkjent i organisasjonen.

Ledelse er å håndtere faglige, politiske og psykologiske prosesser, samtidig.

#### Referanser

1. Berg, P.O. (1995): "Har ledelse noen betydning?" I Hillebrandt, S. og Johnsen, E. (red.): Ledelse II. København: Børsen Bøger.
2. Busch, T., Johnsen, E. og Vanebo, J.O. (2003): Endringsledelse i det offentlige. 3. utgave Oslo: Tano Aschehoug.
3. Christensen, S. og Daugaard, P. (2001): Kontrol i det stille, om magt og deltagelse. 2. utgåve. København: Samfundslitteratur
4. Cook Bulukin (2005); *Lederlegitimitet – en eksplorativ studie*. Dr. grads avhandling.
5. Emerson, R.M. (1962): "Power- Dependence Relations". American Sociological Review. 27:31-41

6. Eriksen, E. O. (1999): Kommunikativ ledelse, om verdier og styring i offentlig sektor. Oslo: Fagbokforlaget
7. French, J.R.P. og Raven, B. (1996): "Understanding the role of power in decision making." I Shafritz, J.M. og Ott, J.S. (red.): Classics of organizational theory, New York. Harcourt Brace College Publisher.
8. Johnsen, E., Vanebo, J.O, Busch, T. (1995): Ledelse av ledelsesprosessen. TANO A.S.
9. Klausen, K.K (2001): New Public Management – en fortolkingsramme for reformer. Fra Busch, T., Johnsen, E, Klausen, K.K. og Vanebo, J.O. (red): Modernisering av offentlig sektor. Oslo: Universitetsforlaget.
10. Nasjonal helseplan. (2007–2010), Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6.
11. NOU(1997) Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. NOU 1997 : 2
12. Rapport frå Sosial- og helsedepartementet Sykehusreformen – noen eierperspektiv. 2001
13. Skogstad Anders og Einarsen Ståle(red)(2004); Ledelse på godt og vondt. Bergen, Fagbokforlaget
14. Steine Vidar Oma; Lederroller og ledelsesutfordringer i helseforetaksmodellen; upublisert, utkast notat 19 juni 2003
15. Specialisthelsetjenes loven, 2001.
16. Wyller Ingrid (1952) Administrativt samarbeid i sykehus, Innlegg i "Administrativt samarbeid i sykehus; Molde.
17. Yukl (2005); Leadership in organizations.
18. Olsen J.P. (1986): Foran en ny offentlig revolusjon. I Nytt norsk tidsskrift s 3, 1986
19. Ot.prp. 66 (2000-2001)
20. Sørhaug, Tian(2004); Managementalitet og autoritetens forvandling, Ledelse i en kunnskapsøkonomi. Bergen, Fagbokforlaget.
21. Sørhaug, Tian (1996); Om ledelse, Makt og tillit i moderne organisering. Oslo: Universitetsforlaget