

Profesjonsmakt og ledelse av kompetansemedarbeidere.



Breines, Finborud og Knutsen

Kull-5, Nasjonalt Topplederprogram for Helseforetakene

Våren 2008

INNHOOLD

1	INNLEDNING	3
2	NARRATIV – ”EN HELT VANLIG DAG PÅ JOBBEN.....”	3
3	IDENTIFISERING OG VALG AV PROBLEMSTILLINGER.....	6
4	TEORI	6
4.1	Generelt om makt og kilder til makt	7
4.2	Profesjonsmakt.....	8
4.3	Konflikt som ressurs	10
4.4	Ledelse av kompetansemedarbeidere.....	11
5	TEORI ANVENDT PÅ NARRATIVET	15
5.1	Lokale IKT- lederes motstand	15
5.2	Kollegiet versus avdelingsoverlegen	20
5.3	Overlege versus poliklinikkleder	23
6	KONKLUSJON	25
7	LITTERATUR.....	28

1 Innledning

Vi har alle møtt hindringer i forhold til gjennomføring av endring i virksomheten. En av våre felles opplevelser er at kompetansemedarbeidere synes å være i stand til å påvirke planlegging og gjennomføring av tiltak i større grad enn andre medarbeidere. Vi har satt oss fore å illustrere fenomenet gjennom en historie som rommer elementer fra våre ulike erfaringer, og vil belyse de problemstillingene vi identifiserer ut fra teori som vi finner i litteraturen.

Vi vil presentere teorier vi mener egner seg til å forklare fenomenet, og vi vil vise hvorfor vi anser teoriene som relevante.

Grunnlaget for oppgaven er en historie som beskriver problemstillinger knyttet til manglende suksess med gjennomføring av lovlig fattede vedtak eller legitime beslutninger; på individnivå, innen en avdeling og på tvers av foretak innen samme foretaksstruktur.

2 NARRATIV – ”En helt vanlig dag på jobben.....”

Overlege Bjørn møtte på vakt kl 08.00 denne dagen etter en frisk spasertur på 20 minutter hjemme fra. Han følte seg litt sliten etter avdelingsmøtet i går kveld. Den uforpliktende diskusjonen om hvordan avdelingen han nylig hadde overtatt ansvaret for kunne utnytte ressursene annerledes for å styrke sin posisjon i sykehuset hadde vært forfriskende, men den siste runden med vin kjente han nå at de med fordel kunne ha spart. Humøret steg imidlertid da han oppdaget at den eneste pasienten som var satt opp for dagbehandling i dag hadde blitt så dårlig at han var operert i løpet av natta. Det borget for en rolig dag hvor han kunne få tid til å gå gjennom styredokumentene om den nye regionale IKT- strategien hans gode venn Petter, som var IKT-sjef, var så oppbragt over.

Avdelingsleder Stine kom hastende inn på kirurgisk poliklinikk kl. 08.15; enda litt senere enn vanlig. Lille Lise hadde protestert og ville slett ikke i barnehagen, og trafikken hadde vært verre enn normalt. Det første hun fikk i fanget som avdelingsansvarlig var meldingen om at legen som var oppsatt i poliklinikken var blitt syk . Og på venteværelset satt allerede de første pasientene. Stine blåste ut sin frustrasjon til sin mer enn gode kollega Per mens hun sjenket seg en kaffekopp. Per visste tilfeldigvis at operasjonsplanen for dagbehandlingen var blank, og mente at det derfor måtte være mulig å omdisponere overlege Bjørn til poliklinikken i dag. Stine glemte kaffekoppen og småsprang bortover korridoren for å få fatt i Bjørn.

Overlege Bjørn satt i telefon med IKT-leder Petter da Stine banket på. Da han ikke svarte åpnet hun døren og sa: ”Unnskyld avbrytelsen, men vi har en liten krise i poliklinikken, og jeg hører at du ikke har noe på operasjonsprogrammet i dag.” Bjørn ber henne komme seg ut, lukke døra og vente til han ble ferdig i telefon. Masete kvinnfolk hadde han nok av hjemme med ei sosialt ambisiøs kone og 3 selvopptatte døtre i tenårene.

Bjørn fortsatte samtalen med Petter. Petter hadde behov for å utdype sin motstand mot IKT-strategien. Riktignok lå det grundig arbeid bak, og tverrfaglig sammensatte grupper hadde kommet fram til strategier og tiltak som nok reflekterte reelle faglige behov og prioriteringer sett fra ledelsesnivå. Petter mente at strategien bar preg av at ”noen hadde sluppet ungene fri i godtebutikken”. Tiltakene savnet rot i virkeligheten, og ville ikke la seg gjennomføre. Som lokal IKT-leder mente Petter at han visste best hvilke løsninger som tjente sykehuset, og han var bekymret for at beslutningene nå skulle tas på et nivå uten tilstrekkelig kunnskap og kompetanse. I styringsgruppa satt det jo bare direktører, og RHFet hadde ansatt 4 rådgivere uten erfaring fra sykehus til å gjennomføre strategien. Det verste var allikevel at han og de andre IKT- lederne var satt helt på sidelinjen; som referansegruppe og mottakere av mer eller mindre håpløse vedtak som de skulle pålegges å gjennomføre. Som om de ikke hadde nok å gjøre fra før!

Stine følte seg tilsidesatt av Bjørn og var mektig indignert på pasientenes vegne over at Bjørn ikke lot til å forstå at han måtte ta ansvar og løse utfordringen på poliklinikken i dag. Da han la på telefonen etter 10 minutter var hun snar om å stikke hodet inn for å minne om de forpliktelsene sykehuset hadde overfor pasienter som hadde reist både langt og lenge for å komme til avtalt tid. Noen hadde sågar måttet overnatte i byen for å nå timen kl. 8, og nå var klokka snart 9. ”Hvor lenge hadde Bjørn tenkt å la dem sitte der? Skulle hun bare sende pasientene hjem?”

Bjørn var passe irritert. Som overlege og ansvarlig for sin egen klinikk forventet han forståelse for at han hadde behov for å bruke tid på strategi og planer. Blant strategidokumentene lå også en sak om omstilling og innsparinger på sykehuset. Med utgangspunkt i diskusjonen i går kveld ville han være i forkant av dette arbeidet, og legge en konkret plan for å realisere de ideene de hadde diskutert i går. Da passet det fordømt dårlig at Stine stod der og maste om poliklinikken. Det var ikke hans problem. Han var satt opp på dagbehandling i dag. Der var det tilfeldigvis lite å gjøre, og det passet ham bra. Stine ville imidlertid ikke gi seg; ”Jeg skal gjerne sende

pasientene hjem, men ikke før direktøren har tatt stilling til prioriteringen” sa hun og var på vei ut av rommet. Bjørn forstod hva resultatet av dette ville bli, og lovte Stine at han ville møte på poliklinikken i løpet av 15 minutter.

Stine var på den ene siden fornøyd med å ha overtalt Bjørn, men samtidig oppgitt over at ikke bare Bjørn, men eldre leger generelt, kunne tillate seg å opptre så arrogant.

Hun så fram til ei helg på hytta med Per. Lise skulle til faren sin, IKT- Petter, denne helga.

Lykken varte helt til Petter ringte å ga beskjed om at han ikke kunne ta Lise i helga likevel. Han måtte prioritere et møte med de andre IKT- lederne på søndag for å finne ut hvordan de kunne få nødvendig kontroll med gjennomføringen av den nye regionale IKT- strategien som noen hadde forledet styret i RHFet til å vedta. Stine sukket oppgitt. Hyttetur med eller uten unger er og blir to helt ulike opplevelser. Hvorfor var det alltid hun som måtte stille opp?

Overlege Bjørn hadde brukt helga på å planlegge hvordan de kunne endre driften av klinikken slik de hadde diskutert på avdelingsmøtet. Resultatet så lovende ut. Med litt omdisponering av bemanningen, en ny kirurg og 4 millioner i investering ville klinikken ha kapasitet til å dekke hele HFets behov innen denne spesialiteten. Den begrensede aktiviteten med til sammen 5 senger innen samme spesialitet på nabosykehusene kunne legges ned. Ikke var det langt eller vanskelig å reise heller! Dermed var økonomien sikret, og han gledet seg til å legge frem de konkrete planene for avdelingen på onsdag.

Petter hadde vært på møte med de andre IKT- lederne, og var litt oppglødd da han møtte Bjørn til lunsj på torsdag. Det viste seg at RHFet hadde bedt HFene oppnevne hver sin bemyndigede representant til ei strategisk gruppe som skulle jobbe sammen med RHFets prosjektledelse om gjennomføringen av IKT- strategien. De hadde lyktes med å få alle HFene til å oppnevne sine IKT- ledere til denne gruppen. Dermed hadde de sikret seg en posisjon hvor de fikk tilstrekkelig innflytelse til å kunne styre gjennomføringen inn på tiltak det var konsensus om. Faren for tiltak som kunne rokke ved prinsippet om det enkelte HFets autonome rolle og selvstendige ansvar for produksjon av IKT- tjenester var dermed sterkt redusert. Petter var godt fornøyd, og så fram til fortsatt godt samarbeid med sine kollegaer i de andre HFene. RHFets folk var heller ikke så gale å samarbeide med når de ble penset inn på riktig spor.

Bjørn fikk seg en overraskelse da han presenterte forslag til endringer i klinikken. Han hadde forventet at muligheten for å realisere de ideene de hadde diskutert tidligere skulle bli møtt med

entusiasme. I stedet ble det stille. Ingen hadde tid til å engasjere seg i gjennomføringen, men hadde mer enn nok med sine daglige gjøremål. Det nye forslaget til vaktplan ble forkastet, og det ble mumlet noe om hensynet til kollegaer på nabosykehusene og at de i grunnen ikke hadde noe ønske eller behov for å endre sitt gode tilbud til pasientene bare fordi ledelsen ville spare penger.

3 Identifisering og valg av problemstillinger

Problemene vi observerer her er:

- Hvorfor er det naturlig for overlegen (Bjørn) å avvise en leder med en legitim forespørsel?
- Hvorfor er det naturlig for den lokale IKT- lederen (Petter) og hans kolleger å motarbeide vedtak gjort av RHF- styret etter en tilsynelatende åpen prosess?
- Hvorfor er det naturlig at avdelingsoverlegen møter motstand når han skal implementere effektiviseringstiltak som er planlagt etter en god prosess i kollegiet?

De utvalgte problemstillingene fra vår historie dreier seg altså om hvordan individer og grupper, avdelinger eller nettverk av eksperter, velger å sette sine egne og/eller sine gruppers interesser foran andre interesser; uavhengig av formelle vedtak, forsøk på fornuftig omstilling eller åpenbare behov for omprioritering i en akutt situasjon.

Selv om de tre elementene i historien har klare fellestrekk knyttet til autonomi og endringsmotstand, har de også forskjellige betingelser som leder oss til å velge prosessen innenfor IKT- systemet som hovedfokus for fordypningen. De to andre elementene i narrativet benyttes der det faller naturlig som illustrasjon på de generelle trekk ved ekspertorganisasjoner som er relevant for forløp av endringsprosesser.

4 Teori

Vi velger å gi en presentasjon av teori som vi gjennom drøfting har funnet mest relevant for problemstillingene, og som ligger i skjæringspunktet mellom makt-, organisasjons- og ledelsesteori. Vi har vurdert ulike kilder, og har valgt: Morgan; "Organisasjonsbilder" som vårt sentrale teorigrunnlag. Vi har så supplert med elementer fra et antall andre artikler og lærebøker hvor vi har funnet interessante perspektiver som hjelper oss å belyse problemstillingene.

4.1 Generelt om makt og kilder til makt

Definisjoner og perspektiver

Det foreligger tallrike definisjoner av makt. For vårt formål har vi valgt en av flere mulige definisjoner som synes anvendelig på sykehusorganisasjoner:

Kontroll over verdier, som gir en aktør (individ, gruppe, organisasjon osv.) mulighet til å få andre til å handle på tross av sine ønsker og behov. (Martinussen,1990)

Uansett hvilken definisjon vi gir begrepet makt vil det knyttes en rekke assosiasjoner til begrepet, en rekke av disse tradisjonelt svært negative. I tråd med vår oppgaves fokus er det ikke minst spennende å søke etter andre holdninger til makten som funksjonelt fenomen, eller kanskje også som verktøy. Eksempel er beskrivelsen fra Morgan om makt som ”... *middelet som til slutt løser interessekonflikter...*”

Kilder til makt

Morgan har foretatt en oppstilling av viktige kilder til makt, som vi har funnet nyttige som grunnlag for analyse og forståelse av våre problemstillinger. Morgans oppstilling er gjengitt nedenfor.

1. Formell autoritet
2. Kontroll over knappe ressurser
3. Bruk av organisasjonsstruktur, regler og bestemmelser
4. Kontroll med beslutningsprosessen
5. Kontroll av kunnskap og informasjon
6. Kontroll av grenser
7. Evne til å mestre usikkerhet
8. Kontroll over teknologien
9. Mellommenneskelige allianser, nettverk og kontroll med ”uformell organisasjon”
10. Kontroll over motorganisasjoner
11. Symbolikk og meningsadministrasjon
12. Kjønn og styring av kjønnsrelasjoner
13. Strukturelle faktorer som påvirker spillerrommet for handling
14. Den makten man allerede har

Hvilke av disse punktene har særlig relevans i forhold til ledelse av kompetansemedarbeidere ?

Den formelle autoritet kan iflg Morgan bare representere makt dersom den respekteres av den/de som utsettes for autoriteten. Hvis den ikke respekteres oppstår et tomrom, og makt springer ut av andre kilder. Formell autoritet, eller posisjonsmakt, har tradisjonelt liten legitimitet i en kunnskapsorganisasjon, hvor autoriteten primært utspringer fra den enkelte eksperts eller profesjonsgruppes kunnskapsbase.

Kontroll over knappe ressurser peker på evnen til å kontrollere ressurser som organisasjonen er avhengig av for å opprettholde sine løpende aktiviteter, eller ta nye initiativ.

Kontroll av kunnskap og informasjon henspeiler på organisasjoners, og gruppers forsøk på å fastholde nødvendig kompetanse hos seg selv for å unngå å bli avhengige av utenforliggende kompetanse, selv om det innebærer dublering og overflod av aktuell kompetanse i organisasjonen som helhet.

Symbolikk og meningsadministrasjon er en maktkilde som springer ut fra evnen og muligheten til å etablere en styrende, sammensatt virkelighetsforståelse som medfører en gitt strategi.

Symbolmakten baserer seg på bestemte, etablerte verdier som gir mening til de situasjoner som må håndteres i virksomheten.

4.2 Profesjonsmakt

Profesjonsmakt innebærer at en profesjonell er i stand til å få andre til å gjøre det han har besluttet pga. den makt som tilligger profesjonen. Begrepet profesjonell autonomi innebærer at profesjonen har kontroll med faglige og etiske standarder, med organisering av praksis og med utdanning av de profesjonelle. Den tradisjonelt sterke profesjonen i sykehussektoren er legene. Men også andre grupper av eksperter, for eksempel innenfor IKT, kan etablere tilsvarende maktbaser.

Et perspektiv på profesjonsmakt presenteres av Per Måseide i "Medisinsk sosiologi". Kort oppsummert sier han at det er legene som legger premissene for hvordan andre yrkesgrupper og pasientene i sykehus skal fungere, dette som følge av deres profesjon, deres særskilte

kompetanse og interesse. Siden de andre ikke har forutsetninger for å godta eller underkjenne medisinsk faglige premisser er sykehusene organisert slik at de sikrer den profesjonelle dominansen til legene. Legen har ansvar for diagnostisering, valg av behandling, godkjenning av pleieregimer, forordner medikamenter, laboratorieprøver, radiologiske undersøkelser osv. Denne selvsamme organiseringen og plasseringen i hierarki synes å bestå selv når tiltak ikke handler om medisinsk faglige beslutninger. I ytterste konsekvens kan nesten hvilken som helst beslutning i sykehuset relateres til pasienten og dermed til medisinsk behandling. Altså kan man tenke seg at legens mening vektlegges foran alle andre yrkesgruppers mening i en hvilken som helst sak, og at det er naturlig for legen å unndra seg beslutninger tatt av andre enn leger. Det er altså ikke statusbærerens gode vilje, oppofrelse og engasjement som gir ham status, men heller det aktuelle kompetanseområdet, legestudiet, spesialiseringen og plasseringen i det medisinske makthierarkiet.

Quinn, Anderson og Finkelstein har i sin artikkel *"Managing Professional Intellect: Making the most of the Best"* (1996) beskrevet profesjonsgrupper som f. eks leger, og hvordan de møter ytre påvirkninger med mål om å beholde egen kontroll over sin virksomhet:

Fritt oversatt:

"De profesjonelles vilje til å samarbeide om løsninger er i utgangspunktet begrenset. Det samme er effekten, siden de enkelte aktørene først prøver å perfektionere egen tilnærming i stedet for å se potensialet i de andres tilnærming. Dette skjer fordi de enkelte aktørenes kunnskap er deres maktbase, og dermed grunnlaget for kontroll over egen virksomhet og tilværelse. Aksept for andres løsninger blir dermed en trussel mot egen eksistens."

"Profesjonelle, f. eks leger, foretrekker å knytte til seg og omgi seg med likesinnede, og motsetter seg innsikt eller styringskrav fra utsiden. Dette skaper problemer med risiko for å utvikle seg til en "isolert kokong" som kun retter blikket innad, og er resistente mot endring og utvikler avstand til omverdenen."

"Profesjonelle har spesialisert kunnskap, og er trent som en elite. De vil ofte evaluere egne oppfatninger som gyldige også utenom eget felt. De nøler med å underkaste seg overordnede mål som ikke er direkte sammenfallende med egne oppfatninger. Dette gjør det vanskelig for dem å underordne seg en omforent strategi, og har ledet til at profesjonelle organisasjoner ofte organiseres som partnergrupper i stedet for hierarki."

Vi ser at makt og bruk av makt kan ha avgjørende betydning for hvem som vinner fram med sitt syn i utviklingen av ulike typer organisasjoner. Makt kan ha sitt utspring i ulike kilder. Vi vil konsentrere oss om makt, og kilder til makt, som kan knyttes til høykompetente ansatte (profesjoner, eksperter) for å se hvordan makt og bruk av makt kan knyttes til ledelse i sykehus og helsevesenet.

4.3 Konflikt som ressurs

Konflikt oppfattes oftest som negativt. Makt kan brukes til å terminere konflikter, og en løsning ved bruk av makt kan forsterke motsetninger mellom ulike interessenter. Men må det være slik?

Martinussen (1990) sier at i virkeligheten er harmoni og sosial integrasjon heller unntaket enn regelen. Det er derfor fruktbart å forsøke å forstå sosiale systemer som om de var sammensatt av forskjellige parter i konflikt (latent, men tidvis manifest) med hverandre. Konflikt, kriser og motstand er da ikke å forstå som negativt, men en naturlig og nødvendig kilde til vekst og utvikling. Lederutfordringen handler om å styre mot bestemmelsesstedet også over ”opprørt hav”.

Maurer (1996) refererer til John Cage i kapittel 2 om ”The Nature of resistance”, hvor disse utfordringene er nevnt under kategoriene ”Deflection”, ”Malicious compliance” og ”In-your-face-criticism”. Han konkluderer med at motstand ikke nødvendigvis er et onde, men et uttrykk for engasjement og energi som kan utnyttes dersom den kanaliseres effektivt og målrettet.

Motstand speiler en idé om et ønsket resultat som avviker fra det som ligger i et nytt forslag. Koblet til den opprinnelige idéen som motstanden springer ut fra må det også eksistere en interesse eller vilje til å forsvare det bestående, altså kjempe mot en uønsket prosess. Det er lett å tenke seg at du ikke kan regne med samme kraftfulle bidrag i prosessen fra en likegyldig og uinteressert gruppe som fra en sterk motstandsgruppe, dersom det gjennom en åpen prosess oppnås konsensus om målet. En sterk motstandsgruppe har engasjement, en vitalitet og innsatsvilje som vil være en stor ressurs dersom den kan kanaliseres i ønsket retning, eller bidrar til at bedre løsninger fremkommer. Vi ser muligheten av at motstridende meninger dersom de deles med opponenten kan utvide de respektive parters virkelighetsbilder slik at det oppstår nye idèer.

I en kunnskapsbedrift vil det være en forutsetning at det eksisterer respekt for hverandres bidrag som grunnlag for dialog. Fravær av aksept for at begge parter har betydning for prosessen innebærer monolog med minimal sannsynlighet for fruktbar utvikling.

4.4 Ledelse av kompetansemedarbeidere

En leder er iflg. Truman (referert i Bass, 1990:14) ”*en person som har evnen til å få andre mennesker til å gjøre noe de ikke ønsker å gjøre, og få dem til å like det*” (Skogstad & Einarsen, 2004).

Ledelse av kompetansemedarbeidere forutsetter at lederen tåler å stå mellom kontroll og kaos mens hun legger tilrette for produksjonen. Mintzberg behandler dette temaet i artikkelen “*Covert leadership: Notes on managing professionals - Knowledge workers respond to inspiration, not supervision.*”

Her beskrives orkesterdirigentens handlingsrom, som er å velge hva som skal gjøres (konsertens program), velge fremføringsstil, velge gjesteartister, bemanne orkesteret og holde styr på noen eksterne kontakter. Bramwell Tovey er artistisk leder og dirigent for Winnipeg Symphony Orchestra. Han har en økonomidirektør til å ta seg av den økonomiske delen av driften og forholder seg til det. Nyskapningen er i hovedsak gjort av komponisten, musikerne utfører standardisert, høykompetent arbeid. Orkesteret er så avhengig av disse, at det ofte må aksepteres at disse tar seg friheter så lenge de møter til konsert, og følger dirigenten gjennom fremførelsen. På samme måte som leger i sykehus kan betrakte ledelsen som tilrettelegger for deres aktivitet, kan altså profesjonelle musikere betrakte dirigenten som sin tilrettelegger eller tjener.

Dirigenten kan ikke instruere den enkelte utøver i forhold til spesialkompetanse; fiolinisten kan spille fiolin, klarinettisten kan spille klarinett, men dirigenten kan og forstår musikk og han kan dirigere. Dirigenten kan imidlertid ha det enkelt i forhold til ledere i andre kompetansebedrifter. Laginnsatsen og evne til samspill i orkesteret er i større grad en tydelig forutsetning for kvaliteten på produktet, og dermed for utøvernes anseelse, enn hva man vil finne hos en legespesialist i en sykehusavdeling. For legespesialisten vil kvaliteten på produktet bli synlig i samspillet med pasienten. Hensynet til fellesskapets interesser, lagspillet og samarbeidet om overordnede mål, vil der og da i liten grad oppleves relevant. Legespesialistens funksjon kan i slik situasjon best sammenlignes med musikeren i et soloparti, hvor dirigentens rolle er langt mindre styrende, og i større grad oppmerksomt koordinerende overfor medspillerne. Legespesialistenes funksjon kan også i større grad sees om en samlet serie av slike solopartier, og lederens direkte påvirkning på deres konkrete utøvelse som tilsvarende lav.

Legerollen, som andre behandlerroller, styrkes av evne til kommunikasjon og formidling, som så bidrar til å oppnå tillit og skape trygghet. Denne evnen omtales tidvis når den kobles positivt til profesjonsutøvelsen som en kunstform (legekunst). Analogien til instrumentalisten i et orkester er synlig. I vår tid har imidlertid den tekniske spesialiseringen av medisinen som fag fått stadig større fokus som kilde til fremskrittene som er oppnådd innenfor helsevesenet. Den teknologiske utviklingen tiltrekker seg stadig større oppmerksomhet som forutsetning for moderne behandlingstilbud, og bereder samtidig grunnen for en industriell tilnærming til medisinsk behandling. Dette er naturlig idet elementene i behandlingstilbudet i større grad kan defineres og beskrives detaljert, de kan måles, beregnes, standardiseres og evalueres med økende presisjon.

De økende krav fra både eier og pasienter, om forutsigbarhet i kvalitet og tilgjengelighet, koblet med samtidig krav om økt effektivitet i ressursutnyttelse er alle momenter som drar i samme retning.

Lederrollen i sykehusavdelingen vil som følge av dette måtte forventes å få større likhet med lederrollen i den industrielle produksjonen, hvor utvikling av metoder, systematisering av beskrivelse av produksjonen samt kontroll av at produksjonen følger de vedtatte systemer blir vesentlig. Innføring av internkontrollsystemer, kvalitetssikring via avviksregistrering eller helhetlige kvalitetssystemer er eksempler på naturlige følger av industrialisering av virksomheten som i neste omgang får konsekvenser for utforming av lederrollen.

Omsorgsaspektet ved medisinsk behandling lar seg i mindre grad håndtere som et teknisk målbart element i den tjenesten helsevesenet skal levere. Så lenge dette elementet er en opplagt integrert del av behandlingstilbudet som f.eks. en sykehusavdeling skal levere, vil det bidra til å opprettholde en tradisjonell profesjonell autonomi hos tjenesteyteren fordi kvaliteten i tjenesten vanskelig kan bedømmes på annen måte enn gjennom tilfredshet med resultatet hos den individuelle, kompetente leverandør og mottakeren.

I artikkelen "*Managing Professional Intellect: Making the most of the best*" av Quinn, Anderson & Finkelstein pekes det på at økning av stab er den tradisjonelle måten å øke produksjonen i kunnskapsorganisasjoner. En pilot kan bare fly ett fly av gangen, en kirurg kan bare operere en pasient av gangen, osv. Det medfører at økning i antall ansatte og kostnader blir minst like stort som utbyttet, ut fra økonomisk perspektiv. Flere ansatte krever større byråkrati og administrasjon som ikke gir direkte gevinst, verken faglig eller økonomisk.

Denne forståelsen er medvirkende til industrialiseringstendensen slik den kommer til uttrykk i etablering av standardiserte forløp (pakker), oppgavedeling etc. Det vil bringe oss ytterligere i retning av Morgans maskinteori hvor skillet går mellom spesialisten som ansvarlig for utforming av prosesser og prosedyrer, eller ingeniørenes ansvar for å bygge produksjonslinjen, og operatørene (sykepleiere, radiografer og nye kompetansegrupper vi ikke har ansatt enda) som står for produksjonen. Ref. besøket i Vejle.

Vellykket ledelse baserer seg ikke bare på makt, men også på personlige egenskaper som intelligens, kognitiv kapasitet og dessuten kunnskaper, slik at valg av tiltak kan være tilpasset den aktuelle arbeidssituasjonen. For å lede kompetansemedarbeideren må man kanskje ha et visst kunnskapsoverlapp med de profesjonelle, forstå situasjonen og oppdraget, være både klok og smart og ha en lederstil som fungerer slik at kompetente medarbeidere bevarer tilliten og forblir motiverte til å bidra med sitt beste.

Quinn, Anderson & Finkelstein har i sin artikkel presentert en nyere utredning rundt profesjoners stilling i virksomheter. Utredningen synes relevant i forhold til våre problemstillinger rundt ledelse av kompetansemedarbeidere:

Profesjonelt intellekt kan deles inn i 4 nivå med økende betydning for dets totale bidrag til virksomheten:

1. Kognitiv kunnskap (*know what?*) Basiskunnskap for en profesjon gjennom trening og sertifisering
2. Avanserte ferdigheter (*know how?*) Profesjonens kunnskap konvertert til ferdigheter i det virkelige liv, dvs. anvendt kunnskap i kontakt med pasient/klient/kunde
3. Systemkunnskap (*know why?*) Evnen til å se egen virksomhet som del av større nettverk, og innsikt i årsak og virkningskompleksene, og evne å oppnå sekundære gevinster av eget virke, viktig for strategisk arbeide.
4. Egenmotivert kreativitet (*care why?*) Består av vilje, motivasjon og tilpasningsevne som forutsetning for nytenkning.

De første 3 av disse finnes i organisasjonens systemer, rutiner, databaser og teknologi. Den fjerde, egenmotivert kreativitet, ligger helst i kulturen.

Tradisjonelt brukes det i profesjonelle miljøer mye energi på å utvikle kognitiv kunnskap(nivå 1) og avanserte ferdigheter(nivå 2), - interesse og innsats er rettet mot perfektjonisme.

I forhold til moderne organisering av sykehus og dagens krav til raske endringer kan det synes fornuftig å øke profesjonenes systemforståelse og bevissthet slik at det uten unødvendig maktkamp kan legges til rette for at all kompetanse i virksomheten brukes på en mest mulig effektiv måte slik man for eksempel gjør det gjennom systematisk å legge til rette for planlagte behandlingsforløp og prosedyrer for effektiv samhandling: Verdiskapningen øker ved å øke *know-why*(nivå 3).

Dersom spesialisten i tillegg anser målet som viktigere enn metoden(sin egen profesjonelle kunnskapsbase) vil han lettere kunne motivere seg til å bytte ut gammel velprøvd metodikk eller foreldet organisering med innovasjon. I en intern kultur hvor utvikling og forbedring verdsettes høyt vil det foreligge en generell aksept for av at spesialistens eget ”glansnummer”, for eksempel en gammel velprøvd metode, kan byttes ut med ny forbedret metodikk basert på ny kunnskap uten at hans profesjonelle status svekkes.

Utviklingstakt og konkurransedyktighet fremmes ved *care-why* (nivå 4).

Vårt besøk i Vejle kan sees opp mot denne teorien. I Vejle ble det gitt inntrykk av at ledelsen hadde lyktes i å etablere en kultur hvor de tradisjonelle konfliktene mellom administrasjon og profesjonsdrevne avdelinger var lite fremtredende.

Sykehuset hadde i 15 år hatt teambasert gjennomgående ledelse bygget på representasjon av de sentrale kliniske faggruppene i enhetene, dvs. primært leger og sykepleiere. Dette har for deres vedkommende vært en vellykket ledelsesform med styrke i forhold til forankring av endringsprosesser ut i de respektive miljøene. Dette har også vært en barriere mot profesjonsstridigheter. Denne ledelsesstrategien har sykehuset til hensikt å videreføre i følge direktør Per Askholm Madsen.

Sykehuset er ellers kjent for sin utvikling av ”pakkeløsninger” knyttet til definerte pasientkategorier. Klinikken hadde utviklet forhåndsdefinerte lister av aktuelle tiltak for definerte diagnoser, eller tilstander. Disse inneholdt undersøkelser og forløpsbeskrivelser med tilhørende tidsfrister som var kjent i hele organisasjonen. Dette medførte en tydelig standardisering av tiltakskjedene for store pasientgrupper, og gjorde forløpene synlige for medarbeidere som ikke hadde direkte behandlingsansvar. Medarbeiderne ble gjennom kunnskap om forløpet ansvarliggjort for sin egen rolle i utredningen og behandlingen av enkeltpasientene. Dette ble oppfattet som en avgjørende årsak til sterk reduksjon i ventetider for slike pasientgrupper.

Det kunne virke som om en kritisk masse av ansatte hadde nådd nivå 3 og 4 i modellen, og var stolte av det. Prinsippene som var lagt til grunn for styringen av sykehuset i Vejle, med delegert ansvar og myndighet så langt ut i organisasjonen at basisenhetene selv måtte løse utfordringen med å balansere økonomi og profesjonsønsker, var i denne sammenhengen spesielt interessant. Noen av de samme elementene vi så i Vejle fikk vi presentert ved vårt besøk på Sykehuset Telemark HF i Skien. Også her var det tradisjonelle gapet mellom en administrasjon som vil styre og profesjoner som ikke vil bli styrt løst godt på lokalt nivå.

Vi har sett på orkesterdirigentens funksjon som faglig leder, - og på industrialiseringstendensen som krever en type produksjonsledelse. Vi kommer frem til at vi vil få bruk for ledere som både har en faglig forankring og spesifikk kompetanse i forhold til ledelse. Helseledelse må akseptere og ivareta kompetansemedarbeidernes behov for faglig handlingsrom og særlige innflytelse på utforming av tilbudet, og må samtidig legge til rette for gode prosesser, behandlingsprosesser så vel som støtteprosesser i virksomheten, slik at faglig kompetanse, teknologiske nyvinninger, og tverrfaglig samhandling kommer pasientene og samfunnet til gode.

Teorien, sammen med våre opplevelser fra Vejle og Telemark, viser at selv om kompetansegrupper isolert sett har ulike (profesjons)interesser, er det mulig å arbeide mot felles mål dersom ledelsen lykkes med å etablere en systemforståelse og kultur hvor hele organisasjonens mål settes foran særinteressene. Det vil da være mindre aktuelt for grupper med makt å bruke denne for å tvinge gjennom suboptimale løsninger.

De virksomhetene vi har besøkt (Vejle og Telemark), og som ser ut til å ha lykket med dette, preges av kontinuitet i ledelse og relativt stabile rammebetingelser over tid. Det er grunn til å vurdere om god ledelse, tilrettelegging for utvikling av *know why* og *care why*, kan redusere behovet for bruk av makt. Dersom virksomheten klarer å nyttiggjøre seg alle nivå av det profesjonelt intellekts potensial vil det antakelig være et betydelig strategisk fortrinn.

5 Teori anvendt på narrativet

5.1 Lokale IKT- lederes motstand

Manglende forutsetninger for å lykkes

I problemstillingen med gjennomføringen av IKT- strategien synes det opplagt at det mangler en grunnleggende forutsetning for å få til omstilling bort fra autonome enheter og over til større

grad av konsernstyring. I sin artikkel ”*Why Transformation Efforts Fail*”, gir John P. Kotter en oppskrift i 8 steg for å lykkes med omstilling. Trinn 1 i oppskriften er å skape en tilstrekkelig sterk forståelse for at omstillingen er nødvendig. I vår situasjon forelå ingen aksept fra IKT-lederne om at omstillingen var nødvendig. De mente faktisk at et frivillig samarbeid om enkelte løsninger, kombinert med lokalt ansvar og prioritering, på dette tidspunktet var faglig riktig – i tillegg til å underbygge deres egen posisjon i organisasjonen.

IKT- sjefene var også opprørt over at ”noen hadde sluppet ungene fri i godtebutikken” ved at utformingen av strategien var overlatt til brukerne gjennom tverrfaglige sammensatte arbeidsgrupper. De selv, ekspertene på området, var henvist til tribunen som referansegruppe i arbeidet med utformingen av strategien. Når de i tillegg ble plassert som mottakere av sentrale vedtak for gjennomføring ved operasjonalisering av strategien kunne nok mye av det som senere skjedde ha vært forutsatt. Det er som ”tatt ut av læreboka”.

Dersom vi velger Gareth Morgan’s *ORGANISASONSBLIDER* som lærebok kan vi lese i kapittel 2 om ”*Organisasjonen som maskin*”: ”*Intensjonen i den mekanisk-byråkratiske organisasjonen er å få de enkelte delene til å bidra til å oppfylle overordnede målsettinger. Men sett i et videre perspektiv er ikke den hierarkiske strukturen bare et nettverk av jobber og roller. Den er også et karrieresystem der menneskene konkurrerer om et begrenset antall posisjoner høyere opp i hierarkiet. Konkurransen oppstår fordi ressursene som er tilgjengelige er begrensede. Hendelser i en avdeling (f. eks. i markedsføringsavdelingen) kan derfor ofte hindre en sunn utvikling i andre avdelinger. Som en konsekvens av dette kan en mekanisk organisasjon frembringe adferd som kan vise seg å være irrasjonell for helheten, selv om den er rasjonell for de menneskene som utfører de enkelte oppgavene. Imperiebygging, karrierejag, forsvar av avdelingsinteresser, riding av kjepphester og urealistisk budsjettering kan undergrave helheten.*”

For IKT- lederne fremsto nok den nye IKT- strategien som en trussel både mot deres egen posisjon og mot deres rolle som dem som i realiteten styrte utviklingen (og budsjettene) på dette området i sine respektive helseforetak. Selv om ”maskinen” som metafor kanskje passer best for organisasjoner som er bygget opp etter samlebåndsprinsippet, ligger organiseringen og driften av IKT- avdelingene nær opp til hva Morgan har definert som egenskaper for denne typen organisasjoner. Dette bildet forsterkes når han beskriver at: ”*Mekaniske organisasjoner har vist seg å være umåtelig populære, delvis fordi de er effektive når det gjelder å utføre visse oppgaver. Men delvis også fordi de har hatt en evne til å forsterke og opprettholde bestemte*

mønstre av makt og kontroll.”

Dersom vi benytter Morgans metafor om organisasjonen som en maskin, og velger å forstå det enkelte helseforetakets organisering ut fra denne synsvinkelen, er det fullt ut forståelig at de lokale IKT- sjefene, som hadde sin posisjon og makt knyttet til den ekspertisen og den delen av produksjonsmidlene som IKT- avdelingen kontrollerte, følte sin posisjon truet av den nye IKT-strategien og måten RHFets ledelse sammen med HF- direktørene la opp til å gjennomføre den på.

Hva var det som egentlig skjedde?

For å forstå hva som videre skjedde kan vi gå videre til kapittel 6 og se på noen av de problemstillingene han belyser med utgangspunkt i: *”Organisasjoner som systemer for politisk virksomhet”*.

I forhold til å forstå konflikt fastslår Morgan på s. 160 at *”En konflikt oppstår når interesser kolliderer”*. IKT- strategien innebar interessekonflikter på flere nivå:

- Mellom RHF og HF i forhold til autonom rolle vs. Konsernstyring
- Mellom fagansvarlige (temagruppene) og IKT- avdelingene
- I forhold til IKT- ledernes makt og posisjon i organisasjonen

IKT- strategien var vedtatt i styret og gjennomføringen underlagt en svært topptung styringsgruppe. Det skal vanskelig gjøres å samle mer formell autoritet bak en slik prosess. Det er derfor interessant når Morgan fastslår at: *”En byråkrat kan utøve makt som resultat av det formelle embetet han eller hun har. Så lenge den eller de som utsettes for autoritet respekterer og aksepterer den, vil autoriteten opptre som en form for makt. Hvis den ikke respekteres, oppstår det et tomrom, og makten springer ut av andre kilder”*.

Hvorfor?

Morgan hevder at: *”Organisasjoner som er konstruert etter mekanistiske prinsipper har store problemer med å tilpasse seg endrede omgivelser fordi de er utformet for å kunne nå mål som er fastlagt på forhånd. De er ikke utformet med sikte på nyskaping.”*

For våre historier har dette betydning spesielt i forhold til IKT- avdelingenes respons på endringsvedtak. IKT- avdelingene kan kjennetegnes både ved deres egenskaper som ekspertorganisasjoner med autonomi basert på individers spesielle fagkompetanse, og samtidig som en byråkratisk organisasjon hvor regelstyring og rutiner er åpenbare betingelser for funksjon. Funksjonaliteten er definert på forhånd som ledd i tidligere prosesser med andre målsettinger, når så målene endrer seg vil de innarbeidede mønstre virke bremsende for endring.

Profesjonsmakt er større enn formalmakt i kunnskapsbedrifter

Vi oppfatter det som en av de vesentlige utfordringene for spesialisthelsetjenesten at det generelt er liten respekt for formell autoritet. Om dette hevder Morgan at: ”*Formell autoritet bare er effektiv når den er legitimert nedenfra*”. Dermed kan vi slå fast at det i vår verden med sterke profesjons- og ekspertgrupper (med begrenset interesse for helheten) vil være vanskelig å styre basert på formell autoritet alene. Uten tilslutning fra Legeforeningen og andre sterke faglige grupper vil en autorativ ledelse mangle legitimitet og tape for grupperinger som kontrollerer andre kilder til makt. Hver gang kompetansemakten medfører at virksomheten drives ut over vedtatt budsjett og dette ikke får konsekvenser for virksomheten styrkes kompetansemedarbeidernes makt på bekostning av formell autoritet.

Kontroll over knappe ressurser er avgjørende for makt

IKT- lederne har i stor grad kontroll over knappe ressurser, kontroll over teknologien og over kunnskap og informasjon. Dette representerer i sum en styrke i forhold til ledelse og andre profesjoner som har gjort at selv legene har akseptert at IKT- folkene har styrt hvordan IKT- systemene fungerer, hvilken informasjon som er tilgjengelig og hvilken service som kan forventes. Om kontroll over knappe ressurser sier Morgan at: ”*Makt hviler på evnen til å kontrollere ressurser som organisasjonen er avhengig av for å opprettholde sine løpende aktiviteter eller for å ta nye initiativ. Det må etableres en avhengighet før man er i stand til å kontrollere. Slik kontroll har alltid sin opprinnelse i at det er knapphet på eller begrenset adgang til de ressursene det hele dreier seg om.*”

Kampen handlet om innflytelse over fremtidig IKT- strategi

IKT- strategien dreide seg om sterkere konsernstyring for å underbygge faglige krav til systemstøtte og servicenivå ved overgang til drift og samhandling i sykehussektoren basert på digitalt informasjonsgrunnlag. Det ligger potensielt mye makt i å kontrollere utviklingen av IKT- området de nærmeste årene. Standardisering og sentralisering sammen med en styrkning av

det faglige ansvaret for utformingen av IKT- løsningene vil representere en vesentlig reduksjon og de lokale IKT- lederne makt. Motstanden var derfor naturlig.

En av utfordringene med gjennomføringen av IKT- strategien var kampen om kontrollen med beslutningsprosessene. Etter hvert som det ble klart at den oppnevnte styringsgruppen i realiteten ikke hadde mulighet for å prioritere dette arbeidet høyt nok, og valgte å oppnevne en formell representant for hvert av foretakene til en strategisk gruppe som skulle forberede sakene for styringsgruppen så IKT- lederne sitt snitt til å komme i posisjon igjen ved å bli oppnevnt som sitt foretaks representant til denne gruppen.

Allianseetablering ble også brukt for å styrke profesjonens makt.

Det er også greit å slå fast at IKT- lederne gjennom sitt samarbeid etablerte en allianse som skaffet seg kontroll over en uformell organisasjon som ble sterk nok til påvirke og for en stor del styre operasjonaliseringen av IKT- strategien inn på områder som var ufarlige eller hvor det var konsensus/ felles interesse. Det ble en form for strategishopping, hvor det ble legitimt å forholde seg til de delene som passet med egne planer; og se bort fra helheten.

Opplevelsene stemmer skremmende godt overens med de beskrivelsene Morgan har gitt som eksempler på bruk av makt i sin beskrivelse av organisasjoner sett som politiske systemer. Her er flere kilder til makt tatt i bruk nærmest systematisk for å understøtte IKT- lederne motstand mot konsekvensene av lovlig fattede vedtak.

Hva kunne vært gjort annerledes?

Gjennomføringen ble også hindret av strukturelle faktorer ved at spillerrommet ble begrenset av måten økonomien ble styrt på. Relativt lite midler ble holdt tilbake sentralt for å understøtte ambisjonen om sterkere konsernstyring. For å gjennomføre større tiltak ble det dermed nødvendig med konsensus mellom foretakene om å spleise på tiltak i konkurranse med midler til pasientbehandling.

I tillegg hadde helseforetakene over tid satset på IKT i ulik grad, og hadde derfor svært ulike utgangspunkt. Kan hende hadde det derfor vært fornuftig å benytte noe tid på å harmonisere systemløsninger i det enkelte foretakets regi før en gikk videre med å realisere konsernstyring på IKT- området.

Med referanse til Quinn, Anderson og Finkelstein's teori om utvikling av profesjonelt intellekt er det nok også vesentlig at arbeidet med IKT- strategien kom så kort tid etter reformen i 2004 at det blant de involverte ikke var utviklet noen helhetlig systemforståelse eller kultur som gjorde det naturlig å ofre egne interesser for å oppnå et større, felles mål.

Forutsetningene for å lykkes med vesentlig omstilling slik Kotter har beskrevet var ikke tilstede, og resulterte i at de fleste elementene av motstand, slik John Cage (Maurer, 1996) har beskrevet den, var tilstede.

Med en større ledelsesmessig oppmerksomhet på disse problemstillingene kunne nok både ambisjonsnivået ved utformingen av IKT- strategien vært justert, og arbeidet med gjennomføringen vært organisert annerledes. Troen på formelle vedtak og styringsgruppens autoritet som en tilstrekkelig forutsetning for å oppnå resultater viste seg utilstrekkelig. Dette stemmer godt overens med Morgans teori om at bruk av formell makt fungerer dårlig dersom den ikke er legitimert nedenfra. Ledelsen burde i større grad fokusert på å skape forståelse for nødvendigheten av endring (felles systemforståelse) og bygging av en kultur hvor IKT- lederne så nytten av å disponere sine ressurser annerledes for å tilfredsstille brukernes behov for tjenester med utgangspunkt i Quinn med fleres teori om utvikling av profesjonelt intellekt i forhold til organisasjoners behov.

5.2 Kollegiet versus avdelingsoverlegen

Forutsetning

Avdelingen har et sterkt fagmiljø med klassisk høy grad av autonomi. Den har en lang historie med stabil sterk ledelse på strategisk nivå, primært anvendt for bevarelse av struktur, men med stor individuell autonomi i den direkte profesjonsutøvelsen, i tråd med ekspertorganisasjonens karaktertrekk. Det uttrykkes tydelig et sterkt ønske om endringer i miljøet, motivert ut fra behov for faglig utvikling og økt forutsigbarhet i hverdagen.

Hva skjedde?

Det inntreffer to hendelser samtidig: Det gjennomføres lederskifte hvor en av kollegene overtar som ny leder. Dertil kommer nye styringssignaler fra toppledelsen i organisasjonen hvor krav til budsjettlojalitet innskjerpes markant. Miljøet aksepterer ikke endrede holdninger til økonomisk

styring. Økonomi er fortsatt et virkemiddel som forventes styrt ut fra det enkelte fagmiljøets vurdering av behov, og hvor helhetsperspektivet både innenfor organisasjonen og innenfor sektoren i liten grad anses relevant.

Den antatte underliggende motivasjon og drivkraft for endringer forløses ikke. Det inntreffer sperrer mot annen form for utvikling enn numerisk vekst i personell og ressurser, idet man ikke responderer på utfordringen om rasjonalisering av egen virksomhet. Kollegene etterlyser tidsrammer og ressurser for å utvikle virksomheten. Det foreslås da reduksjon i tjenesteplan for å redusere kostnader. Det avvises som umulig i forhold til funksjonsoppgaver og som en økonomisk feilslått strategi. Deretter foreslås økt tjenesteplan for å øke produksjonen, dette avvises også, men med begrunnelse at tariffestet godtgjørelse er for dårlig.

Ny leder fyller ikke det innarbeidede mønster i lederrollen, og etterlater dermed et ledelsesvakuum. Kollegenes betingelser for sterk motstand mot endringer som skal gjennomføres på premisser som ikke ansees gyldige er derfor meget god.

Hvorfor

I bunnen av denne prosessen ligger avdelingens tradisjonelle kultur, hvor legegruppens posisjon og autonomi er solid befestet. Stor stabilitet både i personellgruppe og ledelse har sementert maktposisjonene, og premissleverandørene er i liten grad utfordret de siste 20 år. Legegruppens internaliserte selvbilde som selvstendig ekspertorganisasjon står da i sterk motsetning til deres nye pålagte rolle som produksjonseenhet hvor rammene i stor grad defineres av ikke-faglig ledelse, til dels utenfor organisasjonen. Legegruppens behov for kontroll og forutsigbarhet i egen virksomhet, samt bevarelse av deres egen identitet, synes best dekket ved å bevare status quo.

Legegruppen vil i de fleste situasjoner kunne argumentere for at medisinskfaglige hensyn taler for at deres egne premisser må bli avgjørende ved beslutninger. Dette forholdet er grunnleggende i implementering av endringer som berører sterke profesjonsutøvere. Dette sammenholdt med det forhold at gruppen er å anse som nøkkelpersonell som vanskelig kan unnværes i sykehuset, fører så til at legegruppen relativt trygt kan argumentere for sitt syn med hensynet til pasientenes velferd som offisielt motiv selv om målsettingen skulle være å forsvare profesjonen eller kollegiet mot trusler om tap av posisjon og kontroll. Motstand mot endringer av annen karakter enn ekspansjon av egen virksomhet innen samme struktur med flere folk og mere utstyr, må kunne sees i dette perspektivet.

Den nye lederens lederrolle kompliseres av hans tidligere status som likeverdig kollegialt medlem i samme gruppe. Forventningene om den nye lederens forløsende evner i utviklingen innfris ikke da premissene for utvikling ikke tilfredsstillende ekspertgruppens krav til bevart profesjonell status med kontroll over virksomheten. Lederens betingelser for maktutøvelse ligger i hans formelle nyervervede posisjon som leder, og dernest i hans legitimitet i faggruppen som kollega. Lederens posisjonsmakt er svak, med bakgrunn i kollegiets autonomi og erfaring for at denne posisjonen tradisjonelt benyttes til forsvar av bestående strukturer og ikke til endring. Hans tidligere rolle som kollega svekker samtidig hans maktposisjon. Han viser distanse til det verdisettet han tidligere har gitt sin tilsutning til, og får dermed vanskelig for å opptre troverdig i sin nye tolkning av premissene for virksomheten. Den makt som opprinnelig ligger i hans kollegiale autoritet undergraves delvis av dette forholdet.

Legekollegiets formelle autoritet har liten betydning i denne situasjonen. Derimot har gruppen samlet sett en meget sterk maktkilde knyttet til kontrollen med kunnskapsbasen som er en fundamental nøkkelressurs for virksomheten. Denne ressursen er den enkelte kunnskapsmedarbeiderens eiendom, ikke arbeidsgiverens (Haukedal 2000), og en etterspurt knapphet i markedet. Dermed er betingelsene for sanksjoner fra ledelsen ved motstridene interesser svært begrenset.

Lederens formelle autoritet, derimot, er av større betydning, idet den kunne vært en motvekt mot den kunnskapsbetingede maktfaktoren kollegiet forvalter. Som drøftet ovenfor er det både et generelt trekk ved kunnskapsorganisasjonen at ledelsens formelle posisjonsmakt har liten innflytelse i organisasjonen, og i dette tilfellet et spesielt trekk at lederens formelle autoritet er ytterligere svekket av hans tidligere rolle som kollega og dertil av endring av premissene for ledelse i forhold til utgangspunktet da han overtok som leder.

Hva kunne vært gjort annerledes?

Autoritet er bare effektiv når den er legitimert nedenfra (Morgan 1998). Endringsprosesser som forsøkes gjennomført på bakgrunn av formell autoritet vil derfor i en kompetanseorganisasjon ha dårlige vilkår, idet denne typen autoritet ikke har sterk tilslutning. Premissene for endring må anerkjennes nede i organisasjonen. Dette stiller spesielle krav til ledelsen, hvor kollegial autoritet har større potensial enn posisjonsmakt. Det medfører at tydeliggjøring av målsetting og tålmodig argumentasjon over tid må påregnes dersom endring skal kunne oppnås. Faglig argumentasjon

og logikk vil kunne gi resultater over tid, mens for raske endringer lett kan sees som trussel mot de eksisterende posisjoner og avvises med bruk av profesjonell makt/autoritet. Eksempel på dette er prosessen foran vedtak om bygging av nye Karolinska Institutet (KI) i Stockholm, hvor mange års faglig demokratisk prosess ble erstattet av en handlingsorientert prosess med svært rask progresjon når de politiske og økonomiske betingelsene gjorde dette nødvendig (Soki Choi, foredrag KI 26.03.08). Endring basert på en hurtig handlingsorientert logikk betinger i tillegg vilje og evne til sanksjoner (konsekvenskultur) ved manglende samarbeid, hvilket sjelden finnes i vår organisasjonstype, hvor de som utsettes for endringspress ofte er en sterk maktbase og nøkkelressurs.

Her burde lederen investert mye tid på å synliggjøre og legitimere grunnlaget for egne prioriteringer ut i kollegiet, for så langt som mulig å gjøre egne prioriteringer og vurderinger til premisser for kollegenes handlinger. I ekspertkollegiet vil dette forutsette åpen dialog med respekt for kollegiets posisjoner, og vilje til kompromiss og belønning av ønsket adferd.

5.3 Overlege versus poliklinikkleder

Dette er en forholdsvis enkel situasjon på individnivå der profesjonsmakt og formalmakt møtes idet en problemstilling på operativt nivå krever tiltak.

Forutsetning

En leder med formal makt over et gitt område, poliklinikken, søker tilgang på ledig ressurs i et annet område, klinikken, ved å henvende seg direkte til aktuell ressursperson organisert under en annen leder. Ressurspersonen har en viss tilknytning til poliklinikken idet han tidvis arbeider der. Lederen antar at ressurspersonen vektlegger pasientbehov og produktivitet på samme måte som henne, og regner ikke med at begrenset formalmakt skal spille noen rolle. Hennes praktiske løsning på et oppstått problem er legitimt innenfor rammene av virksomhetens målsetting på flere områder; økonomi, effektivitet, produktivitet, faglig forsvarlighet og pasientservice.

Hva skjedde?

Avdelingslederen får informasjon om at en overlege tilfeldigvis har fått frigjort tid denne dagen. Hun ber ganske enkelt overlegen om å prioritere og løse et akutt oppstått problem i poliklinikken ved å komme dit og arbeide.

Avdelingslederen blir resolutt avvist av overlegen.

Avdelingslederen sier fra at sakens utfall vil bli lagt frem for direktøren som naturligvis vil ha forklaring på produksjonssvikt i poliklinikken.

Overlegen ombestemmer seg og den foreslåtte løsningen blir gjennomført.

Hvorfor?

Overlegen er i kraft av sin profesjon, stilling og organisasjonstilhørighet i stand til å unndra seg avdelingslederens anmodning. Han har gjort sin egen prioritering av den frigjorte tiden, og vil bruke dagen på høyst nødvendig utviklingsarbeid i egen enhet. Han bruker profesjonsmakten mot avdelingslederens begrensede formalmakt, og behøver ikke gå inn i noen argumentasjon. Paradoksalt nok vil overlegens prioritering umiddelbart gå ut over pasienter. Derfor trekker avdelingslederen inn direktøren, og maktbalansen vipper i motsatt retning. Muligens fordi direktørens personlige makt er større, men også fordi direktøren har formalmakt over begge områder. Formalmakten er altså det sentrale her, men direktøren er i tillegg virksomhetens fremste eksponent for overordnede verdier og strategier, og er dermed i stand til å overprøve begge de andres konklusjoner i forhold til dette.

Hva kunne vært gjort annerledes?

Tilsynelatende enkel problemløsning slik avdelingslederen valgte er ikke alltid like effektivt, selv om denne situasjonen ble løst av en påminnelse om direktør og overordnede målsettinger.

La det være opp til den andre(ikke-ledelse):

Kanskje kunne Stine presentert problemet og de negative konsekvensene først, og hun kunne bedt overlegen om forslag, da det jo, - i alle fall teoretisk, er mulig at der kunne finnes alternative løsninger.

Hvis problemet ikke lot seg løse der og da, måtte hun uansett gå til hans fagsjef med saken fordi hun ikke har myndighet til å omfordele legeressursen.

Dette er en tilnærming som kunne blitt tidkrevende for alle parter uten at problemet nødvendigvis ble løst, fordi sluttresultatet er prisgitt individuelle vurderinger.

Metoden er neppe egnet for akkurat denne saken som må løses innen kort tid.

Bruke formalmakt:

Kanskje burde det ikke være opp til avdelingsleder å overbevise denne overlegen;

Å åpne for diskusjon når pasientservice, produktivitet og effektivitet står på spill, innebærer risiko for fiasko i form av tidkrevende diskusjon og konflikt.

Avdelingslederen kunne muligens forutse at overlegen ville ha motforestillinger, og utfallet av denne bestemte historien viser at hun ikke burde basert seg på en antakelse om at felles holdning til det å prioritere pasienter, - inklusive polikliniske pasienter, skulle medføre at overlegen umiddelbart aksepterte den opplagte løsningen, og sett gjennom fingrene med at hun ikke hadde den formelle myndigheten til å omdisponere legeressurs.

Velkjent med organiseringen av virksomheten kunne avdelingsleder henvendt seg direkte til overlegens fagsjef (nærmeste leder) for å få aksept for løsningen og for at fagsjefen skulle kunne ta sitt ansvar for å omdisponere ressurs.

God organisering, klare roller og gode rutiner for å ”gå tjenestevei” er kanskje det mest effektive prinsippet, spesielt når samarbeidet skal foregå på tvers av vertikal organisering. Også fordi det sikrer samsvar mellom ansvars og myndighetsområde for den enkelte leder, noe som i seg selv synes å ha den effekt at det understøtter formalmakt.

”Å gå tjenestevei” ville antakelig løse problemet, men det involverer bruk av fagsjefens tid.

Bruke symbolmakt og kultur:

Dersom alle praktiske samarbeidsproblemer skal løses ved at lederne må henvende seg til hverandre for å få gjennomført enkle tiltak, vil lederne snart få for få timer i døgnet.

Dersom man skal ha en ubyråkratisk funksjonell sameksistens forutsetter det felles verdi og målsetting, felles prioriteringer, kjennskap til hverandres oppgaver og klare forventninger til hva hver og en skal bidra med i prosesser som går på tvers av vertikale organisatoriske strukturer.

Dette vil etter vår mening gjøre det mulig å løse praktiske problemer på lavere nivå uten at konflikter oppstår.

6 Konklusjon

Sykehusene kjennetegnes av høyt utdannede grupper av ansatte som gjennom sin profesjon eller spesielle kompetanse har stor makt. Denne profesjonsmakten gjør krav på spesiell oppmerksomhet fra dem som er satt til å lede virksomheten fordi faglig logikk, økonomisk

logikk og lokale interesser kan være direkte motstridende. Dette blir særlig tydelig i omstillingsarbeid fordi kontroversene kommer tett, og det stiller spesielle krav til endringskompetanse hos så vel medarbeidere som hos ledere.

Makt, kilder til makt og profesjonsmakt:

Makten har flere ulike kilder, og dette er av betydning for styrkeforholdet når makt møter makt. Kompetansemedarbeidernes viktigste kilde til makt er kompetansen, og legene som gruppe har stor grad av kontroll med faglige og etiske standarder, med organisering av praksis og med utdanning av de profesjonelle, - de besitter det som kalles profesjonsmakt. Flere andre faggrupper oppfattes å strebe mot den faglige frihet som spesiell og etterspurt kompetanse kan gi dem. Ledelsen har formell autoritet, og som regel kontroll over knappe ressurser, organisasjonsstruktur, regler, bestemmelser og beslutningsprosessen. Ledelsens formalmakt kommer likevel til kort i den grad profesjonens kompetanse er vital for virksomhetens eksistens.

Makt kan brukes, til godt og vondt, men er i seg selv nøytral, det er derfor essensielt at også makt ledes. Vi har studert litteratur om ledelse og spesielt fordypet oss i ledelse av kompetansemedarbeidere fordi vi antar at dette vil kunne bringe oss videre til å kunne håndtere lederutfordringene i helsevesenet på best mulig måte.

Konflikt som ressurs:

Konflikt oppfattes ofte som negativt, og makt kan brukes til å terminere konflikter, man ”skjærer igjennom” argumentasjon og setter makt bak en beslutning. Vi ser at det kan være nødvendig i noen situasjoner, men ”å skjære igjennom” argumentasjon kan forsterke motsetninger og dessuten avskjære muligheter. Vi ser at motstridende meninger, dersom de deles med opponenter, kan utvide de respektive parters virkelighetsbilder slik at det oppstår nye idèer. Vi mener at fravær av aksept for begge parters syn, kan innebære monologer og minimal sannsynlighet for fruktbar utvikling.

Ledelse av kompetansemedarbeidere:

For at en leder skal kunne bidra med optimal tilrettelegging for kompetansemedarbeiderens faglige utøvelse er det av betydning at lederen har tilstrekkelig innsikt i fagområdet og det profesjonelt intellekts potensial, slik dirigenten må kunne musikk og kjenne musikeres potensial, selv om han ikke nødvendigvis kan spille fiolin. Når det gjelder faglig ledelse ser vi at kompetansemedarbeidere med sin særlige kompetanse må ha ”kunstnerisk frihet” dvs. utøve sitt fag som best de kan i henhold til faglige kriterier, og således ikke kan etterprøves av andre i

virksomheten, men heller av eget fagmiljø på nasjonalt eller internasjonalt nivå. Samtidig ser vi at krav til forutsigbarhet og dokumentert kvalitet krever standardisering slik at fagutøverens frihet stadig begrenses.

Ressursforvaltning og administrativ ledelse av kompetansemedarbeidere av ulike slag kan gjøres kvalitativt bedre og mer forutsigbart ved å etablere prosedyrer og organisatoriske rutiner for hvordan situasjoner som spenner over ulike enheter skal håndteres. Straks dette overlates til personlige initiativ, legges det til rette for ulik praksis, tidkrevende maktspill og konflikter.

Det står klart for oss, er at det neppe er god ledelse å ignorere makt som fenomen. Tvert imot, makten bør identifiseres, respekteres og ledes.

Avslutning:

Drøfting av narrativ i lys av teori ga oss en dypere forståelse for maktfenomenet i vår egen hverdag. Vi ser ikke bort fra at andre fenomen har spilt en rolle i historien vår (narrativet), men mener å ha sannsynliggjort at noen slike hendelser kan forklares gjennom maktteori. Utvalgt teori og drøfting har også medført at vi har gjort oss noen tanker om hvordan disse utfordringene kunne håndteres.

Profesjonene har tradisjonelt vært tilnærmet selvgående i forhold til faglig måloppnåelse, og det må fortsatt legges til rette for at kompetansemedarbeiderne kan utøve sitt fag og evaluere faglig aktivitet etter faglige normer. Ikke minst gjelder dette i dag, hvor helsetjenestene i økende grad organiseres som industriell vareproduksjon. Men i praksis må den faglige aktiviteten i et funksjonsfordelt helsevesen alltid forholde seg til den aktuelle virksomhetens målsetting og rammer.

Samlet har denne gjennomgangen gjort det tydelig for oss at ledelse av kompetansemedarbeidere forutsetter deres tilslutning til felles visjon, målsetting og rammer.

Helhetsforståelse er både en forutsetning for å oppnå slik tilslutning og nødvendig for å kunne vurdere de enkelte forbedringstiltakenes verdi for virksomheten.

Helhetsforståelse kommer ikke av seg selv, men oppnås gjennom utvikling av kulturen, gjennom respekt for hverandres bidrag og formålstjenlig kommunikasjon.

7 Litteratur

Kotter, John P. (1996). *Leading change, kap.1, Transforming organizations: Why firms fail.* Harvard Business Press.

Martinussen, W. (1990): *Sosiologisk analyse, en innføring.* 2.utgave, 3.opplag. Universitetsforlaget AS.

Maurer, R. (1996). *Beyond the wall of resistance.* Austin:Bard.

Minzberg, H. *Covert leadership: Notes on managing professionals – Knowledge workers respond to Inspiration, not supervision.* Harvard Business Review, Nov/Dec, 1998.

Morgan, G. (1988). *Organisasjonsbilder.* Universitetsforlaget

Måseide, P (1987) *Medisinsk sosiologi.* Universitetsforlaget

Quinn, J.B., Anderson, P. & Finkelstein, S. (1996). *Managing Professional Intellect: Making the most of the Best.* Harvard Business Review.

Skogstad, A og Einarsen, S. (2004) *Effektiv ledelse: En gjennomgang av det 20.århundres viktigste perspektiver,* s.15-38. Fagbokforlaget (Bergen)

Østergren, K.(2002). *Økonomi og fagstyring – kan de kombineres?* Tidsskrift for helse, medisin og teknikk nr.5.

Haukedal, W. (2000). *Ledelse og kunnskapsarbeid. Motivering av autonome medarbeidere.* S. 55-77 i S. Einarsen og A. Skogstad (red) *Det gode arbeidsmiljø.* Fagbokforlaget

Forelesninger fra studietur til Karolinska Institutet, Sverige, 25. – 26. mars 2008

Forelesninger fra studietur til Vejle hospitaL, Danmark, 27.-28. mars 2008.

Forelesninger fra studietur til Sykehuset Telemark, 10. april 2008.