

KAPITTEL 12

Lederstruktur i det nye sykehuset

Helge Ramsdal og Catharina Bjørkquist

12.1 Innledning

Dette kapitlet er basert på forskningsprosjektet «Fra gammelt til nytt sykehus», som er beskrevet innledningsvis. Fokus er overgangen fra Sykehuset Østfold HFs lokaliteter i Fredrikstad til det nye sykehuset på Kalnes og Moss. Målet med prosjektet er å sammenlikne særtrekk ved dagens situasjon med de endringer som nye rammebetingelser i det nye sykehuset representerer. Avviklingen av det gamle og innflyttingen i det nye sykehuset dreide seg altså ikke bare om en fysisk endring, men innebar også å skape radikalt nye rammebetingelser for pasientbehandling, gjennom ny teknologi, nye arbeidsformer og nye styringsprinsipper. Som vist i forrige kapittel er dette understreket blant annet i konseptrapporten som lå til grunn for byggingen av det nye sykehuset (Sykehuset Østfold/Helse Sør-Øst, 2008), og ble kommunisert av prosjekt- og sykehusledelsen gjennom hele byggeprosessen. Vårt delprosjekt dreide seg om i hvilken grad, og på hvilken måte, «det nye» skiller seg fra «det gamle» når det gjelder overordnet ledelse, organisasjon og styring. Det viste seg at overordnet ledelsesstruktur endret seg til dels radikalt i løpet av de årene dette kapitlet omhandler. Vi er i dette kapitlet opptatt av hvordan og hvorfor overordnet styringsstruktur endret seg i løpet av den tiden der en planla og gjennomførte flyttingen til nytt sykehus, og hvordan lederne erfarte endringene i styringsstruktur.

12.2 Om sykehusledelse

Spillet om helsetjenestene, og forsøk på å bryte med disse spillene, dreier seg primært om konflikter og allianser mellom ulike aktører på

samfunnsnivå. Men også innenfor sykehusorganisasjonen har ledelse og styring vært kontroversielle temaer. Allerede i sin doktoravhandling fra 1982 hevdet Ole Berg at sykehusene var preget av beslutningskriser, og forklarte dette med utviklingen av et «autoritetsmangfold», der ulike krefter og interesser i sykehuset brøt ned den beslutningsevnen som var tillagt de formelle hierarkiske strukturene (Berg, 1987). I praksis var den formelle, hierkiske “grunnstrukturen” mer å anse som en av mange måter å fatte beslutninger på. I denne strukturen – der det lokale sykehusstyret og direktøren og hans stab representerer topp-punktet, ble utfordret både av det medisinsk-faglige og pleiefaglige hierarkiet, samtidig som ansatte også kunne benytte det «demokratiske» elementet i styringsstrukturen – for eksempel arbeidsmiljøutvalget – for å forhindre tiltak en var uenige i. Berg hevdet at det fantes en rekke veto-grupper i sykehusets beslutningssystem. Dette må ses i sammenheng med at sykehuset – som profesjonsorganisasjon – i utgangspunktet var prisgitt beslutninger som den enkelte fagperson eller faggruppe tar om hvilken behandling den enkelte pasient skal få. I denne organisasjonen blir sykehusets reelle utgifter resultatet av en rekke «mikro-beslutninger» innenfor fagets lukkede rom – der relativt autonome profesjonsgrupper med legene i spissen foretar disposisjoner som er best mulige ut fra faglige overveielser, men som for overordnet ledelse fremstår som et mer eller mindre ustyrlig aggregat. I praksis innebar dette at sykehuset fremsto som en organisasjon der sparing og reduksjoner i aktivitetsnivå ble møtt med det eneste logiske svar – bruk av de kanaler for nedleggelse av veto som «autoritetsmangfoldet» åpnet opp for, samtidig som en bidro til opprettholdelse av ulike allianser gjennom å støtte hverandre, og gjennom konfliktunngåelse.

Sykehusene ble lovpålagt å innføre enhetlig ledelsesansvar ved alle avdelinger innen 2001 (Kjekshus, 2012). I forbindelse med sykehusreformen fikk sykehusdirektøren et overordnet resultatansvar for drift av sykehuset. Dette kravet innebar at todelt avdelingsledelse måtte avvikles, og også at «autoritetsmangfoldet» mellom legefaglig og sykepleiefaglig ledeshierarki, med sjefsleger og sjefssykepleiere, måtte erstattes. Til sammen innebar dette at trykket «nedenfra» i sykehusorganisasjonen skulle bli tilsvarende redusert – og at «beslutningskriser» som helsepolitiske spill lett genererte, kunne avverges i fremtiden. Dette peker frem

mot den situasjonen vi tar for oss i dette kapittelet – et potensial for at en sterk sykehusdirektør – i allianse med sitt foretaksstyre og innenfor rammene av overordnede regionale helseforetak og helsemyndigheter – kunne regulere rammene for beslutninger i sykehuset. Dette innebar at sykehusledelsen i prinsippet sto relativt fritt i å organisere ledelsen ut fra egne vurderinger om hvilken lederstruktur som var hensiktsmessig. Dette er i tråd med den ledelsesfilosofien som preger konsernorganisasjoner forankret i NPM: relativt autonome ledere som har et totalansvar for å frembringe resultater på sitt ledernivå i et «kinesisk eske-system», slik vi har beskrevet foran i kapittel 8.

Ut fra de utfordringer ledelse representerer i sykehus, er det ikke uventet at spørsmål om rekruttering til og utformingen av lederroller er sentralt i diskusjoner av organisasjonsspørsmål knyttet til sykehus. Hvilke beveggrunner har en for å bli leder, hvilke karriereveier har lagt grunnlaget for å bli leder, hvordan opplever en arbeidet med å være leder, og i hvilken grad vil en ønske å fortsette som leder også i det nye sykehuset. Dette spørsmålet er interessant også fordi en kan tenke seg at ulike profesjonsgrupper (særlig leger/sykepleiere), kan forventes å få nye roller, og reflekterer den «store debatten» om hvilke kompetanser en anser som viktige i rekruttering av ledere i sykehus (Jespersen, 2005; Kjekshus, 2012).

Ledelse i sykehus er tradisjonelt knyttet til den lederstrukturen som er beskrevet foran. Den «profesjonsbyråkratiske» organisasjonsmodellen innebar at legene hadde forrang gjennom å besette lederroller på alle (eller et hvilket som helst) nivå. Sykehusene ble derfor betegnet som «legestyrte» organisasjoner, med et sterkt fokus på at ledelse på det operative nivået (det vil si hovedsakelig ledelse av klinisk arbeid) ble ansett som nøkkelen til å forstå hvordan lederrollen ble utformet (Scott et al., 2000; Kjekshus et al., 2013; Jespersen, 2005). I Norge har legenes sentrale posisjon i det som ble betegnet som «det evangelske system» ytterligere forsterket helsesektorens preg av å være legestyrt fra topp (den sentrale helseforvaltning) til bunn (det kliniske arbeidet). I denne tiden var lederrollen integrert med det kliniske arbeid, bl.a. ved at legene i slike posisjoner stort sett alltid kombinerte ledelse med klinisk arbeid. Denne modellen er fortsatt gjeldende i sykehus, men har vært utfordret av to – til dels sammenfildrede – forhold: for det første multi-profesjonalisering, der særlig sykepleiere

har ønsket, og til dels fått, en rekke nye lederstillinger på sykehus, og for det andre gjennom fremveksten av ledelse som eget kompetanseområde. Flere studier har vist at mens leger ønsket å lede, men ikke i like stor grad å utforme en utskilt lederrolle, har nye krav til ledere knyttet til New Public Management skapt grunnlag for en klarere adskilt lederrolle – det som innebærer en overgang til «ledelse som eget fag» (Kjekshus, 2014; Kjekshus, Byrkjeflo & Torjesen, 2012; Jespersen, 2005).

Et interessant trekk ved utviklingen av lederrollen ved sykehus er at både internasjonale og norske studier viser at sykepleiere ikke bare har fått mulighet til å tre inn i lederstillinger, men også at en har ment at deres utdannelse og ambisjon om å utføre ledelse som et eget fag har vært langt mer eksplisitt formulert enn tilfellet er for legegruppen. Et stort antall sykepleiere har tatt lederutdanning, og fremstår som mer tilpasset de krav til lederkompetanse som NPM-baserte styringsformer innebærer, enn tilfellet er med leger som kombinerer klinisk arbeid og ledelse (Kjekshus et al., 2012; Dent, 2003; Torjesen, 2007). Det utkrystalliserer seg derved tre hovedmodeller for rekruttering og utforming av lederrollen på sykehus: den «klassiske» legeleder, den «nye» sykepleieleder og den «rene» management-leder (i tråd med idealene fra NPM). Norske studier fra INTORG-databasen ved Universitetet i Oslo viser at det blant divisjons-/klinikksjefledere er 41% leger, 22% sykepleiere og andre 37%. Når det gjelder avdelingsledere, er under halvparten leger, og legene fungerer fremdeles som deltidsledere. Dette kan gi inntrykk av at legenes rolle er i ferd med å svekkes i ledelsen av sykehus gjennom dette, men dette modifiseres imidlertid ved at den sterke identifikasjonen med fag gir høy legitimitet i utøvelsen av lederrollen (op.cit., s. 113). Men gjennom nye økonomi- og styringssystemer endrer forutsetningene for «deltidsledere» seg, noe som innebærer at opprettholdelsen av denne lederrollen nødvendigvis medfører enorme arbeidsbelastninger på de som velger denne kombinasjonen.

Studier av innføring av NPM-baserte ledelsesformer («management-ledelse») viser at denne formen ikke har fått gjennomslag i sin «rene» form i praksis (Byrkjeflot & Jespersen, 2014). Som vist ovenfor er sykehusledere stort sett fagprofesjonelle, primært leger eller sykepleiere. For sykepleiernes vedkommende synes det å utvikle seg en profesjonell,

fulltids lederrolle der mange av de krav som stilles til kompetanse i økonomi- og administrative styringssystemer blir ivaretatt. Poenget er at det ansettes stort sett helseprofesjonelle i lederstillinger på sykehus, og at også legene fremdeles spiller en viktig rolle som ledere til tross for at deres praksis strider mot de ledelsesidealene som NPM-ideologien foreskriver. Dette er forklart med at det utvikles en blandingsform – hybridledelse – der en kombinerer faglig-profesjonell kompetanse og de nye ledelseskrav. Det handler om å «binde sammen» og integrere forskjellige ledelsesverdener, for eksempel å finne en balanse mellom krav om økonomisk effektivitet og faglige verdier, kunnskaper og holdninger (Byrkjeflot & Jespersen, 2014).

Men også denne kombinasjonsløsningen i utforming av lederrollen kan utfordres. Et poeng når det gjelder konseptet om «the care-focused hospital», er at det også forutsetter endringer i ledelse og ledelsesverktøy og lederroller. Ifølge Lega & Di Pietro (2005) dreier dette seg for det første om plasseringen og status som ledelse vil få, knyttet til økt fokus på resultater og etablering av nye kontrollsystemer. For det andre dreier det seg om individuelle forutsetninger for å kunne gjennomføre de teknologiske og kunnskapsmessige endringene som finner sted knyttet til for eksempel fokus på pasientforløp. I tråd med de underliggende ideene som konseptet bygger på, er det tre utfordringer for ledelse: å ivareta hensyn til den pågående spesialisering av medisinskfaglig arbeid, behov for integrasjon og samhandling, og ivaretagelse av ressursstyring og styring av klinisk arbeid. Det hevdes at disse forholdene til sammen innebærer et klarere skille mellom ledelses-/management- og klinisk arbeid, og innebærer bl.a. krav om sterk avdelingsledelse. Utfordringen er derved å ivareta disse nye rollene, og samtidig sikre at avdelingsledere har legitimitet blant fagpersonalet, ikke minst legene. I tråd med de endringene som skjer gjennom konseptet om «care focus»/pasientfokus vil også sykehuset endres fra sin tradisjonelle arketype som «profesjonsbyråkrati» til en situasjon preget av «byråkratiserte profesjonelle» – der en utvikler et eget sjikt ledere som har sterkere koplinger til de nye kunnskapsområdene (standardiserte behandlingsopplegg og pasientforløp, nye teknologiske løsninger og nye styringssystemer) enn det som tidligere var tilfellet. Tiden for å fungere som «deltidsleder» og «hybridleder» vil da være forbi.

12.3 Teoretiske perspektiver

Grunnlaget for dette kapitlet er prosjektet som dreide seg om organisering av overordnet ledergruppe, og forholdet mellom måten styrings- og ledelsesstrukturer er organisert på i «gammelt» og «nytt sykehus». Det teoretiske utgangspunktet er knyttet til sammenheng mellom de krav som stilles til ledelse og styring innad i sykehuset, og fra omgivelsene. Det organisasjonsteoretiske inntaket til analysen er «contingency»-teori. Selv om det er ulike måter å forstå og anvende denne teoritradisjonen på, er det noen grunnleggende likhetspunkter i den klassiske tilnærmingen om dette: Det finnes ikke en «beste måte» å strukturere og lede organisasjoner på – den optimale måten er avhengig (contingent) av den eksterne og interne situasjonen. Organisasjoner forstås som åpne systemer, og ledelsens oppgave er å balansere interne behov for styring og ledelse med tilpasning til relevante omgivelser (Chandler, 1962/1998; Mintzberg, 1983; Hersey & Blanchard, 1969). Fiedler (1964) utviklet en «Contingency Management Theory», der han blant annet fokuserte på at ledere måtte være i stand til å kunne variere mellom ulike lederstiler basert på en analyse av interne og eksterne kjennetegn ved den situasjonen organisasjoner til enhver tid er i. Imidlertid er denne teorien kritisert for å være en svært enkel og åpenbar forståelse av for eksempel omgivelsenes betydning for ledelse. Som Farnsworth og Thygeson (2014) peker på, er sykehus komplekse organisasjoner, og det krever særlig kompetanse for å lede sykehus på en effektiv og legitim måte. Det avgjørende er hvordan forholdet til omgivelsene i kopling med interne forhold blir fortolket i konkrete situasjoner. Det er derved åpnet for at ledelses- og styringsformer må vurderes i relasjon til institusjonaliserte kjennetegn ved den enkelte organisasjon. Kort sagt: Ulike organisasjonsformer krever ulike ledelsesformer, og hvorvidt det er samsvar mellom særtrekk ved den organisasjonen som skal ledes, og de valg som gjøres av ledelses- og styringsform, er et avgjørende kriterium for å lykkes (Mintzberg, 1983). Derved bringes oppmerksomheten over mot de spesifikke kjennetegn ved organisasjons-, styrings- og ledelsesformer som preger sykehusorganisasjoner.

Den klassiske, «profesjonsbyråkratiske» ledelsesmodellen i sykehus tok utgangspunkt i medisinske spesialiteter, og fikk derved en flat struktur med sterk integrasjon mellom klinisk arbeid og avdelingsledelse innad, en

«silo-organisering» mellom klinikker, og samtidig stor grad av frakopling fra den overordnede ledelsen med administrerende direktør og hans stab. Symptomatisk var også at det var relativt vanlig med fysisk adskillelse av toppledelse og avdelingsledelser, for eksempel ved at toppledelsen var plassert i bygninger utenfor hovedbygningene for den kliniske virksomheten (Kjekshus et al., 2012). Denne måten å organisere den overordnede styringsstrukturen på ble brutt gjennom adoptering av noen prinsipper fra New Public Management-inspirerte organisasjonsformer også i helsesektoren, slik vi skisserte i kapittel 8, der konsernorganiseringen gjennomgås. Som diskutert i dette kapitlet har dette ofte vært betegnet som en divisjonsbasert «konsernorganisering» i flere norske sykehus (Tjora & Melby, 2013; Ramsdal & Skorstad, 2004). Som vist i kapittel 9 var Østfolds helsesektor tidlig ute med å vedta konsernmodell, samtidig som en gradvis omstrukturerte modellen frem til sykehusreformen i 2001, da premisene for ledelsesstrukturen ble endret. Overgangen innebar at det Mintzberg (1983) betegner som den arketypiske divisjonaliserte form ble vanlig – med nye krav til ledelse basert på at divisjonene/klinikkene skulle være kontraktstyrt, og med fokus på mål-/resultatstyring, slik dette er beskrevet i kapittel 8.

Prosessen mot divisjonaliserte organisasjonsformer innebar at de fleste sykehus i landet fikk flere ledernivå enn tidligere. I 2003 – før reformen hadde satt sitt preg – var det vanlig med tre ledernivå, etter reformen hadde 71% av sykehusene fire ledernivå (seksjonsledere, avdelingsledere, divisjonsdirektører/klinikksjefer og toppledelse) (Kjekshus et al., 2012). I denne strukturen rapporterer seksjonsledere til avdelingsledere, avdelingsledere til klinikksjefer, som igjen rapporterer til direktøren. I prinsippet etableres det en «kinesisk-eske»-struktur basert på at de samme styringsprinsippene blir anvendt på de ulike nivåene i organisasjonen (Mintzberg, 1983). Samtidig har sykehusvirksomhet blitt preget av økt kompleksitet, med nye krav til personalledelse, økonomistyring, kvalitetssystemer og IKT-systemer. Dette kan forklare økningen i stabsfunksjoner og stabsledere som har skjedd i samme tidsrom.

Men erfaringene har vist at den relativt enkle «superstruktur» som den divisjonaliserte form representerer, ikke lett lar seg anvende i ren form i sykehus. I praksis har det derfor skjedd modifikasjoner både i selve lederstrukturen og i krav til ledelse – der fokuset på klinisk arbeid har blitt

sterkere (se nedenfor). Dette betegnes som fremvekst av hybride organisasjonsformer og hybridledelse (Jespersen, 2005; Byrkjeflot & Jespersen, 2014).

Vi vet at organisering av ledelse varierer mellom sykehus, selv om det eksisterer en «standard-struktur» knyttet til overordnet ledelse (foretaksstyre, adm.dir.) med stab(er), et mindre antall klinikksjefer (ev. kalt divisjonsledere), avdelingssjefer og deretter seksjonsledere. Denne modellen er blitt utfordret både internasjonalt og i Norge, og i hovedsak dreier alternative modeller seg om måter å bryte opp eksisterende (medisinsk-faglige) hierarkier på.

Et viktig forhold – som har særlig stor betydning for vår studie – er at den styringsideologien som konsernorganisering innebærer, har som et bærende prinsipp at administrerende direktør har stor grad av frihet til å velge hvordan organisatoriske løsninger – inkludert lederstruktur – skal være. Dette skjer riktignok innenfor noen rammer som er nedfelt i helseforetaksloven, blant annet krav om enhetlig ledelse på avdelingsnivå. Mens foretaksstyret forutsettes å skulle ivareta strategiske beslutninger og evaluere driften, har administrerende direktør derved etter hvert fått en sentral rolle i styring og ledelse av sykehuset – som en kontrast til tidligere, hvor direktøren fungerte nærmest som en «vaktmester» i relasjon til de sterke medisinsk-faglige lederne (Berg, 1987). Men på hvilken måte endres sykehusets lederstruktur, hvorfor skjer det, og hvordan opplever lederne selv disse endringene? Det er som nevnt innledningsvis dette vi skal drøfte her.

Det er ulike oppfatninger av i hvilken grad og på hvilken måte sykehus påvirkes av krav om å finne nye, innovative ledelses- og styringsformer. På den ene siden har en hevdet at sykehus er «som geriatriske pasienter», ute av stand til å tilpasse seg de krav til kostnadseffektiv organisering og ledelse som moderne helsesystemer krever (Kjekshus, 2012). Det pekes her på at profesjonenes makt over organiseringen medfører at endringer i ledelses- og styringsformer må skje innenfor stramme rammer, definert av – særlig – legeprofesjonen (Dent, 2003). På den annen side har mange som studerer innovasjoner i sykehus pekt på at det skjer en kontinuerlig utvikling i medisinsk-faglig kunnskap, ny teknologi og nye arbeidsformer i det kliniske arbeidet, og at dette i sin tur genererer endringer oppover i organisasjonen til nye, tilpassede organisasjons- og ledelsesformer – «nedenfra» eller «innenfra» (Levesque, 2012). Det hevdes at slike endringsprosesser

ofte skjer nærmest kontinuerlig og umerkelig – i tråd med institusjonelle organisasjonsteorier der en fokuserer på inkrementelle endringer som det «normale» i utviklingen av (sykehus)organisasjonen (Andersen, Gårseth-Nesbakk & Bondas, 2015; Fuglsang, 2010). Forholdet mellom disse prosessene og de overordnede «globale» styrings- og ledelseskonseptene skaper et spenningsforhold som blir møtt med ulike løsninger i sykehusene. Forstått i et contingency-perspektiv dreier dette seg om ulike måter å fortolke og tilpasse organisasjon og ledelse til omgivelser og interne forhold. Hvordan dette skjer, er avhengig av lokale fortolkninger og lederstiler.

De prosessene vi studerer her, skjedde da sykehuset sto overfor radikale endringer i rammebetingelsene (betegnet som «nytt sykehus»). Det nye sykehuset innebar planlegging og implementering av ny arkitektur, nye teknologier og ny arbeidsorganisering, basert på innhenting av kunnskaper om hvordan det mest moderne sykehus burde være for å møte fremtiden. Det dreide seg med andre ord om en enestående mulighet til helhetlig, synoptisk planlegging, der en kunne designe det nye sykehuset i sin helhet – som en kontrast til skrittvis («inkrementelle») endringsprosesser som vanligvis skjer i helsesektoren.

Våre data er strukturert ved at vi først beskriver *hvilke* endringer i overordnet styringsstruktur som vi kunne observere skjedde. På grunnlag av denne beskrivelsen stiller vi spørsmål om *hvorfor* endringene skjedde, og *hvordan lederne opplevde* disse endringene.

12.4 Endringer i overordnet ledelsesstruktur i sykehus

Som vist i del 2 dreide den helsepolitiske debatten i Østfold gjennom mange tiår seg i stor grad om sykehusstruktur, og prinsipper for organisering og ledelse innenfor denne strukturen. Det er vist at utviklingen i organisering, styring og ledelse har gjennomløpt ulike faser, fra vekstperioden i de første tiårene etter krigen, via ulike svar på beslutningskrisen i slutten av -70-årene og 80-årene frem til de nye styrings- og ledelsesprinsippene preget av «radikal rasjonalisme» og NPM-ideologi på slutten av 80-tallet. I Østfold var beslutningen om å bygge det nye sykehuset på Kalnes i 2006 den viktigste premiss for den analysen vi har foretatt i dette kapittelet (Ramsdal & Skorstad, 2004).

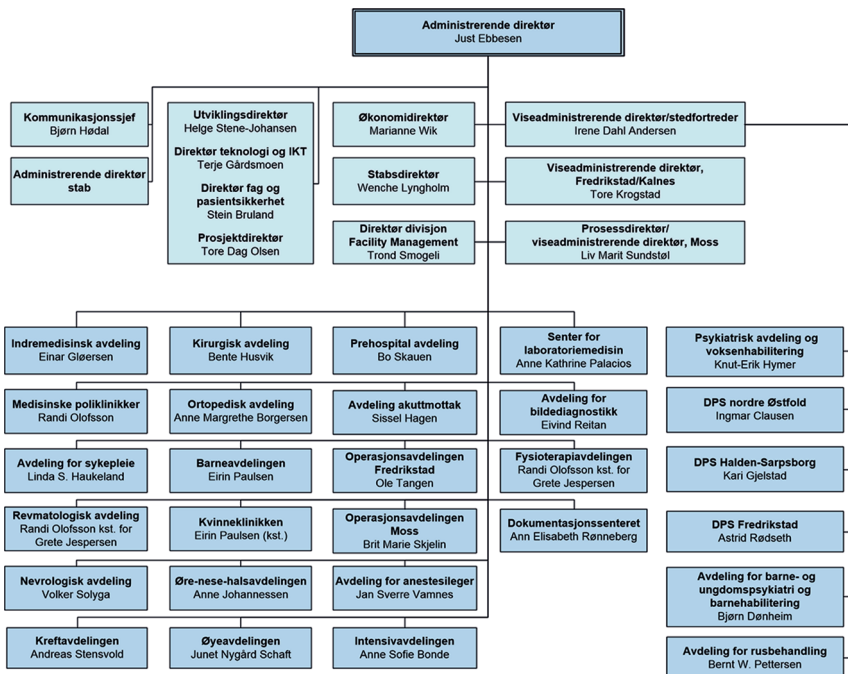
Også ved Sykehuset Østfold har man hatt en utvikling i ledelsesstruktur fra den «profesjonsbyråkratiske» til den divisjonaliserte modellen – med modifikasjoner. Som vist ble det allerede i 1987 vedtatt en konsernmodell for de da fylkeskommunalt eide spesialisttjenestene i fylket – selv om det i praksis tok flere tiår før en divisjonalisert ledelsesmodell basert på funksjonelle prinsipper ble iverksatt. Mens styrings- og ledelsesstruktur (ofte betegnet som «overordnet styringsmodell») var omsluttet av sterke og politisk kontroversielle debatter om sykehusstruktur og fordelingen av helsetjenester i fylket, ble de prosessene som vi her studerer, preget av å være «avpolitiserende» reorganiseringer som i all hovedsak ble gjenstand for interne beslutningsprosesser i sykehuset. Dette skjedde gjennom omorganiseringer av styringsstrukturen i to faser: I løpet av arbeidet med planlegging av det nye sykehuset på Kalnes, valgte administrerende direktør å avvikle klinikk-nivået (divisjonsledelsen), og i stedet ble det overordnede styringsnivået under administrerende direktør *avdelingslederne* – med ca. 30 ledere (og en stab knyttet til administrerende direktør). Dette skjedde i november 2009. Denne organiseringen betegner vi som «falt struktur». Etter at det nye sykehuset ble åpnet i 2015, gjeninnførte en ny divisjonsledelsesstruktur i 2016, med klinikkjefer og tre avdelingsledere – det vi betegner som en «hybridmodell», men med en grunnmodell som representerte en modifisert utgave av den «gamle» klinikkstrukturen. Derved reetablerte en den grunnleggende strukturen som en hadde hatt før endringsprosessene knyttet til organisering av det nye sykehuset ble igangsatt, men med endringer i klinikkstrukturen, og som sagt med noen modifikasjoner i forhold til klinikkjef-prinsippet i overordnet ledergruppe. Vi betegner derfor strukturen som en «hybridmodell» for overordnet ledelse. Vi skal her ta for oss bakgrunnen for disse beslutningene.

12.5 Fra klinikkjefstruktur til «flat struktur»

Utgangspunktet var at det ved reorganiseringen av ledelsesstrukturen ved omorganiseringen til funksjonsbasert konsern i 1997 etablerte en struktur med seks til syv divisjonsledere – mye i tråd med de prinsipper for styringsstruktur som var gjeldende ved sykehusene i landet etter

sykehusreformen i 2001. I 2012 ble denne strukturen fjernet, gjennom en rask, hierarkisk beslutning der adm.dir. var sentral. Det ble nå etablert en direkte linje mellom nærmere 30 avdelingsledere og adm.dir. – det som er betegnet som «ledergruppen». Samtidig fikk divisjonslederne/klinikksefene enten nye stabsdirektørstillinger, avdelingslederstillinger eller gikk over i andre faglige stillinger. Etter denne radikale endringen ble det så foretatt justeringer og endringer – særlig knyttet til organisering av stabsfunksjonene ved sykehuset. Divisjonsdirektøren for psykisk helsevern og rusbehandling ble beholdt (og fungerte som viseadministrerende direktør/stedfortreder), og hadde også seks avdelingsledere under seg. Det ble etter hvert også utnevnt egen viseadministrerende direktør med ansvar for Moss Sykehus – der elektiv behandling/dagkirurgi utgjør hovedoppgavene. Etter at adm.dir. fratradte sin stilling i april 2018, ble viseadm. direktør konstituert i stillingen.

Den organisasjonsmodellen som var gjeldende de siste årene før det nye sykehuset sto ferdig, og i et par år etter at det var åpnet i 2015, så slik ut:



Figur 2. Overordnet styringsmodell for Sykehuset Østfold HF pr. november 2015 (ved åpningen av de nye sykehuset). Kilde: Sykehuset Østfold HF 2015.

Vår studie dreier seg blant annet om de endringsprosessene i overordnet lederstruktur som skjedde mellom de to fasene med intervjuer. I forhold til valget av en «flat struktur» i 2012 var det relativt samstemte oppfatninger om hvorfor denne – sjeldne – strukturen ble valgt. I intervjuene var det en gjennomgående oppfatning at begrunnelsen var at direktør da fikk direkte tilgang til avdelingsledersjiktet, og at klinikksefenes potensielle siling av informasjon fra direktør ikke ville skje. Denne løsningen var på det tidspunkt endringen skjedde – etter det vi vet – kun etablert på ett annet sykehus i Norge (Haukeland HF), og var ment å skulle skreddersy ledelsesstrukturen til de oppgaver og utfordringer som planleggingen og implementeringen av nytt sykehus innebar.

Som det fremgår av organisasjonskartet var en rekke funksjoner organisert som stabstillinger under adm.direktør. Dette gjaldt dels funksjoner som er vanlige å organisere i stab, dels funksjoner som var knyttet til de oppgavene som lå til utviklingen av det nye sykehuset. Det siste gjaldt for eksempel prosjektdirektør og utviklingsdirektør. I tillegg var det organisert en direktørstilling som en delt stilling med ansvar som prosessdirektør/viseadm.direktør Moss. På samme måte ble det etablert en stilling som direktør for Fredrikstad/Kalnes. Det ble også opprettet en stilling som viseadministrerende direktør/stedfortreder for adm.dir., samt direktører for «Facility management», teknologi og IKT. Denne stabstrukturen innebar en relativt tung tilvekst på direktørsiden.

Hvorfor ble «flat struktur» valgt?

De intervjuede oppfattet at endringene som skjedde i toppledelsen gjennom avviklingen av divisjons-/klinikkstrukturen i 2012 hadde sin bakgrunn i et ønske fra direktørens side om å få bedre kontroll – på to nivåer: for det første med den daglige driften og for det andre tilretteleggingen av organiseringen av det nye sykehuset. Endringen av lederstruktur fra den opprinnelige med 7 (divisjons-)direktører/klinikksefer til den «flate» strukturen med ca. 30 avdelingsledere (beskrevet som at direktørsjiktet ble «tatt bort») skjedde i løpet av en uke i 2012 og fremstår som et illustrerende – og sjeldent – eksempel på et kongeslag – et «King's Hit» (Clegg & Walsh 2004) – i omorganisering av offentlig virksomhet. Det ble påpekt

at det var en «veldig kort prosess» da endringen skjedde: Beslutningen om å velge denne løsningen ble i intervjuene beskrevet som tatt på en fredag, de tillitsvalgte og hovedverneombud ble da straks informert, og på mandag ble klinikkjefene innkalt til omstillingssamtale. På onsdag skulle de så si om de tok imot tilbudet, og torsdag var det gjennomført. Dette ble i intervjuene betegnet som en «*typisk top-down lederprosess*», hvor beslutningen fremsto nærmest som et «smell».

Denne prosessen dreide seg om to problemstillinger: først å få aksept fra klinikkjefene om at de skulle «avsettes» og få nye funksjoner. Dette skjedde ved at direktørene ble omplassert (stor sett) som stabsledere, noen få gikk tilbake til klinisk arbeid, mens noen fikk stabsstillinger knyttet til prosjektorganisasjonen for planleggingen av det nye sykehuset. Dernest å få avdelingslederne til å akseptere at de nå ville bli del av det øverste styringsnivået i sykehusorganisasjonen. Her dreide det seg om å få avdelingslederne til å forstå og akseptere sin nye rolle som medlemmer av sykehusledermøtet (SLM).

Overgangen fra klinikkjefsmodellen til den «flate» avdelingsledermødelen ble gitt relativt entydige begrunnelser fra ledernes side: Den første var knyttet til ledelse av den daglige driften av sykehuset, den andre var spesifikt om hvordan en måtte tilpasse ledelsesstrukturen til den særegne situasjonen som planlegging og implementering av det nye sykehuset representerte. For begge disse begrunnelsene var den underliggende forklaringen den samme: Det ble pekt på at for dette nivået innebar klinikkstrukturen for mange interessekonflikter i fordeling av ressurser – både i forhold til den daglige driften og i forhold til planlegging av organisering og ressursfordeling i det nye sykehuset. Etter å ha prøvd ut en «team-organisering» av den øverste ledergruppen (klinikkjefene) erfarte adm.dir. at denne gruppen ikke fungerte optimalt i forhold til de oppgavene en stod overfor: først på grunn av utfordringene med samordning av virksomheten som er antydnet foran, men også fordi en mente direktørene hadde en tendens til å filtrere informasjon ut fra interesser knyttet til egen virksomhet. En annen begrunnelse var kapasiteten til klinikkjefnivået til å håndtere den store informasjonsmengden som ble produsert gjennom dobbeltarbeidet med daglig drift samtidig med et utall spørsmål som måtte avklares i planleggingen av det nye sykehuset. Dette ble ansett

som et særlig stort problem ettersom det var et kontinuerlig behov for at informasjon og strategier for planleggingen av det nye sykehuset ble tuffet i en helhetlig, overordnet plan, og at forståelsen av denne planen (og de mange justeringer som nødvendigvis måtte skje på detaljnivå) ble mest mulig enhetlig. Dette innebar at adm.dir besluttet å avvikle hele toppledergruppen. Sammen med medlemmer av adm.dir.'s stab som deltok på møtene utgjorde sykehusets ledergruppe til sammen opp til 50 personer.

Gjennom denne omorganiseringen fikk adm.dir. direkte kommunikasjon til avdelingsledersjiktet, og klinikksjefenes potensielle siling av informasjon fra adm.dir. ville da ikke kunne skje. Denne løsningen var primært ment å skulle skreddersy ledelsesstrukturen til de oppgaver og utfordringer som planleggingen og implementeringen av nytt sykehus innebar.

Sett i relasjon til de begrunnelsene som generelt gis for å organisere større virksomheter som «divisjoner i konsern» – som er å anse som relativt autonome resultatenheter innenfor en strategisk ramme – var dette en løsning i en situasjon der det var helhetlig planlegging og samordning av ressurser som sto i fokus når de overordnete spørsmål om det nye sykehuset skulle avklares. Omorganiseringen innebar at adm.dir og avdelingsnivået kom nærmere hverandre, men en implikasjon var også at seksjonslederne fikk kortere vei til de beslutninger som ble fattet på sykehusnivå.

Ledernes erfaringer med «flat struktur»

I intervjuene vi har gjort, uttrykkes det generelt stor forståelse for de endringene som ble foretatt (det må bemerkes at de fleste tidligere klinikksjefene også ble intervjuet). I intervjuene var det et gjennomgående synspunkt at klinikksjefledelsen ikke var tilpasset den særegne situasjonen der «full drift» av sykehuset skjedde samtidig og parallelt med planleggingen av det nye. Begge oppgavene her var komplekse og utfordrende, ikke minst fordi en valgte i planleggingen av det nye sykehuset å basere seg primært på interne krefter. Da adm.dir. begynte i stillingen, var noe av det første han gjorde å si opp avtaler med en rekke eksterne konsulenter, opprette stabsavdelinger hovedsakelig med internt rekrutterte

ansatte, og etablere en OU-enhet som koordinerte planleggingen med det nye sykehuset. Ifølge intervjuene ble også ca. 1500 ansatte trukket inn i planleggingen gjennom en rekke prosjektgrupper. Som vi skal ta opp i neste kapittel, ble «konseptualiseringen» av sykehuset også forankret i teoretiske modeller som dreide seg om ulike prinsipper for organisering av pasientforløp.

I første runde med intervjuer, før flyttingen var et faktum, var overgangen fra klinikkstruktur til den «flate» avdelingslederstrukturen særlig satt i fokus. Det er verdt å merke seg at flere av dem som i den nye strukturen fikk stillinger som viseadm.direktør eller stabssjefsstillinger, ble tildelt mange ulike ansvarsområder, med stort oppgavespenn. For eksempel ble det tilsatt en viseadministrerende direktør som fikk et særlig ansvar for drift og planlegging av det nye Moss sykehus – i tillegg til at hun var prosessdirektør/leder for kvalitetsavdelingen. Viseadm.direktør og stedfortreder for adm.dir. var tidligere klinikkjef for psykisk helsevern og rusbehandling. Begge disse lederne fikk i tillegg ansvar for viktige prosesser knyttet til planlegging og gjennomføring av flytteprosessene for det nye sykehuset – henholdsvis for rus- og psykiske helsetjenester som flyttet et år før somatikken, og de somatiske helsetjenestene. I intervjuene fremgår det at det hadde vist seg at de utfordringene en hadde i Moss, krevde ekstra lederoppmerksomhet, mens det i rus- og psykiatritjenestene allerede var foretatt relativt store omorganiseringer mellom ulike tjenester og at en derfor mente at det var nødvendig med egen oppmerksomhet om utviklingen på dette feltet. Sammen med en utvidelse av staben i 2014 innebar dette at det var en relativt tung overordnet organisering «over» det sykehusledermøtet som avdelingslederne utgjorde etter 2012, men da i stabsfunksjoner under adm.dir.

I intervjuene gis det uttrykk for at en generelt mente adm.dir. oppfattet klinikkjefsstrukturen som dysfunksjonell i forhold til de utfordringene sykehuset sto overfor. Et gjennomgående trekk ved formuleringene i intervjuene når den nye strukturen (og detaljeringen av den inkludert stabsorganiseringen) ble tatt opp, var at «*adm.dir. valgte den løsningen*» – og en tydelig oppfatning om at det var en top-down-prosess det dreide seg om. En av informantene beskrev dette på en måte som er illustrerende: «*Det kom jo veldig overraskende, men som forventet i en stor bedrift*

med moderne ledelse, så kommer jo ting ofte veldig overraskende». Dette ble også knyttet til en oppfatning om at adm.dir i sykehus har fått en endret, sterkere styringsrolle de senere år. Dette ble formulert slik: «... sykehus er en hierarkisk organisasjon, og maktmyndigheten som ligger hos adm.dir er blitt tydelig i hele foretaksgruppen – ikke bare i vårt sykehus ... det har skjedd et skifte de siste årene der det er blitt mye tydeligere at det er mer makt og myndighet, og forventninger på leveranser, for direktørene ...». Dette blir i sin tur sett i sammenheng med at detaljstyring fra helsemyndighetene økte, særlig med oppfølging av tidsbrudd og ventetider. For sykehuset ble det da ansett som nødvendig å øke staben for å kunne «ta unna» disse kravene – og det ble etablert et foretakssekretariat og ansatt kontrollere for å ivareta slike krav. Dette kan ses i sammenheng med vedtaket i Helse Sør-Øst om innføring av «god virksomhetsstyring», «corporate governance», som et supplerende styringsprinsipp til den mål- og rammestyring som sykehusreformens opprinnelige styringsregime innebar (Helse Sør-Øst, 2010).

Etablering av sykehusledermøtet med «flat struktur» kan også ses i sammenheng med flere hensyn, der behovet for detaljstyring i forhold til driften av avdelingene var et. Men samtidig ble det i intervjuene gitt en samstemt begrunnelse for denne lederstrukturen at det, særlig i forbindelse med planleggingen av det nye sykehuset kombinert med de mer ordinære driftsspørsmål (ut over behov for styringsdata til overordnet helsemyndighet), var behov for direkte kommunikasjon med de som satt nærmere det operative nivået i organisasjonen. Arbeidsformen var preget av dette, og adm.dir.'s ledelsesform innebar for det første at sykehusledermøtene ble benyttet primært som informasjon fra direktør til avdelingslederne – både i forhold til drift og planlegging av det nye sykehuset, og for det andre ved at han var generelt tilgjengelig for enkelthenvendelser fra avdelingsledere i forhold til konkrete saker/spørsmål som angikk avdelingsspesifikke spørsmål.

Hvordan fungerte så denne strukturen?

Avdelingslederne ga uttrykk for at det var klare fordeler med direkte kopling til adm.dir gjennom de to kanalene som er skissert ovenfor: Det

blir uttrykt at det «glavalaget» som klinikklederstrukturen innebar da ble borte, siling av informasjon var ikke lenger mulig, og avdelingslederne oppfattet seg som mer direkte informert om bakgrunnen for de beslutningene som ble gjort. Det hersket likevel usikkerhet om når en kunne henvende seg til adm.dir. om løpende, vanskelige saker som angikk den enkelte avdeling: når var en sak «stor nok» til at en burde gå direkte til direktør? Var det ulike terskler for henvendelse blant avdelingslederne? Det ble fra adm.dir. på den annen side gitt klart uttrykk for at «døren sto åpen», i saker som ble fremlagt. En generell oppfatning blant avdelingslederne var at det var en fordel å kunne formidle sakskomplekset selv, heller enn å måtte gå via klinikksjefene. Flere uttrykte at de erfarte at de «oversettelsene» av saker som skjedde fra klinikksjefenes side ikke ble gjenkjennelige når de ble tatt opp med direktøren på denne indirekte måten. Flere av de intervjuede fremhevet at denne direkte saksgangen innebar raske og bestemte beslutninger der tilsvarende saker tidligere tok lang tid, og der en som nevnt av og til tvilte på om saken var blitt korrekt fremstilt.

Likevel var det klare synspunkter på at sykehusledermøtet i flat struktur ikke var en bærekraftig løsning på ledelsesstrukturen på lengre sikt. Det var vanskelig å få til en god diskusjon i møtene, og det ble av samtlige intervjuede pekt på at innholdet i møtene i stor grad var preget av å være informasjonsmøter, fra adm.dir. og stabsdirektører til avdelingslederne: *«det er klart at det er en altfor stor gruppe ...»*. Diskusjoner var tilsvarende vanskelig å få til: *«... det er litt for tyst de møtene ...»* Derfor var det mange som mente at sakene var avgjort på forhånd, og at ledermøtet kun fungerte som en arena for å stadfeste disse beslutningene, og ikke var et reelt beslutningsforum.

Det som også ble nevnt var at det var en grunnleggende svakhet med «flat struktur» – at det var utfordringer med å samordne mellom avdelingene for å skape et «helhetlig» strategi: I en sammenlikning med den gamle klinikkstrukturen heter det: *«Jeg ser at i de gamle divisjonene var det mye byråkrati, og tungvinthet, også kamper mellom divisjonene, men jeg mener at ... nåværende struktur har litt for mye skott mellom seg»* (IP1–3).

Sett i relasjon til de begrunnelsene som generelt gis for å organisere større virksomheter som «divisjoner i konsern» – som er å anse som

relativt autonome resultatenheter innenfor en relativt løs ramme – kan organiseringen av sykehusledelsen som en «flat struktur» forstås som en løsning i en situasjon der det var helhetlig planlegging og samordning av ressurser som sto i fokus når de overordnede spørsmål om det nye sykehuset skulle avklares. Den innebar også at adm.dir. måtte være tilgjengelig for avdelingslederne. Her ble det pekt på at det var behov for høy grad av tilgjengelighet, i prinsippet i forhold til ethvert spørsmål enten det dreide seg om daglig drift eller planleggingen av det nye sykehuset. Adm. dir. betegnet dette som «situasjonsbasert ledelse, løsningsbasert ledelse» hvor han skulle fungere *«mere som coach, og de (avdelingslederne) har vide fullmakter også»*.

Denne lederstilen var utvilsomt arbeidskrevende, og også utfordrende fordi adm.dir. måtte ha stor kapasitet for å kunne være tilgjengelig og forholde seg til de mange henvendelsene som kom utenfor ledermøtene – i det løpende arbeidet. I intervjuene blir det uttrykt at en var imponert over at dette kunne gå så bra, og at saker så ofte fikk en rask og adekvat løsning.

Omorganiseringen til «flat struktur» innebar at adm.dir. og avdelingsnivået kom nærmere hverandre, men en implikasjon var også at seksjonslederne fikk kortere vei til de beslutninger som ble tatt på sykehusnivå. Dette ble hevdet å skape oppslutning for de strategier og arbeidsoppgaver som de skulle ta del i.

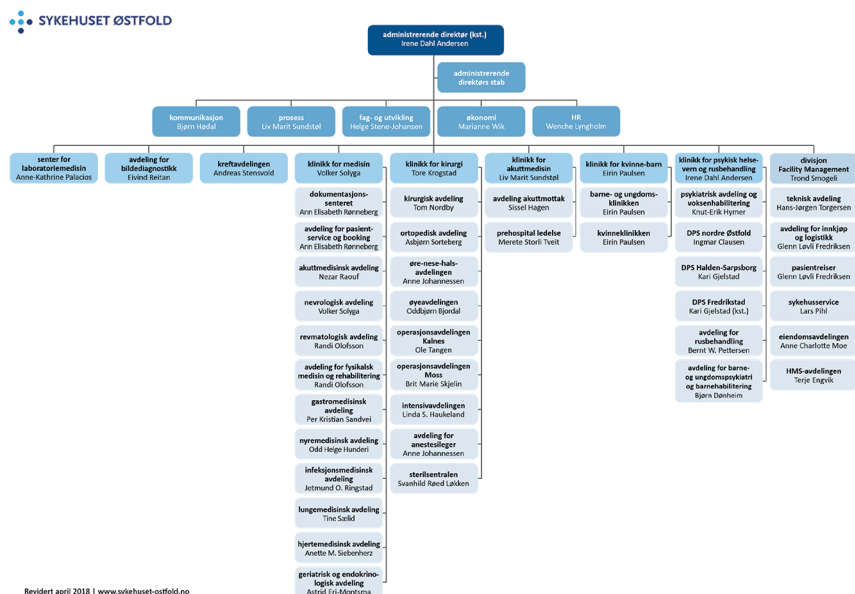
I intervjuene vi har gjort, uttrykkes det generelt forståelse for at endringene ble foretatt. Men samtidig ble det oppfattet som at denne strukturen var midlertidig, og at det dreide seg om å kombinere drifts- og planleggingsoppgaver på en mest mulig effektiv måte i en overgangsfase. Samtidig innebar disse endringene høyere status for avdelingslederne, og at de fikk en delaktighet i de prosessene som det nye sykehuset innebar.

12.6 Fra «flat struktur» til klinikkstruktur med modifikasjoner – «hybridmodell»

Etter at det nye sykehuset ble åpnet i 2015, gjeninnførte en ny divisjonsledelsesstruktur våren 2016, med fem klinikkjefer og tre avdelingsledere – en såkalt «hybridmodell». Derved reetablerte en i prinsippet den

grunnleggende strukturen en hadde hatt før endringsprosessene, men med endringer i klinikkstrukturen og med noen viktige modifikasjoner i forhold til klinikk-sjef-prinsippet i overordnet ledergruppe. Den ledelsesstrukturen som ble valgt, innebar at det ble etablert en sykehusledergruppe med ledere for de «kliniske» avdelingene (medisin, kirurgi, akuttmedisin, klinikk for kvinne/barn og psykisk helsevern og rusbehandling). Sistnevnte klinikk-sjef var den eneste som hadde sitt ansvarsområde også i den tidligere ledergruppen, samtidig som hun også fortsatte som viseadministrerende direktør. Generelt innebar dette en tilbakevending til fire ledernivåer: adm.dir., klinikk-sjef, avdelingsleder og seksjonsleder. Men ledergruppen ble som nevnt også supplert med tre avdelingsledere, fra henholdsvis kreftavdelingen, bildiagnostikk og laboratorieavd. Ledergruppen besto av åtte personer. Dette innebar at lederstrukturen ikke fulgte den tidligere klinikk-sjefstrukturen fullt ut, men at det ble valgt det som ble betegnet som en «hybridmodell».

Etter at den nye ledelsesstrukturen ble etablert i 2016, så sykehusets overordnede styringsmodell slik ut:



Figur 3. Overordnet styringsmodell for Sykehuset Østfold HF pr. 2018. Kilde: Sykehuset Østfold HF 2018.

I den nye strukturen ble det opprettet en overordnet ledergruppe på ni (ti) medlemmer. Ved siden av adm.dir. besto ledergruppen nå av fem kliniske klinikkdirektører supplert med en administrativ divisjonsdirektør. Men i tillegg ble avdelingslederne for kreftavdelingen og for avdelingen for laboratoriemedisin og bildediagnostikk tatt inn i den overordnede ledergruppen. Det ble nå totalt 36, hvorav 31 kliniske, avdelinger (Sykehuset Østfold, 2015).

Hvordan skjedde overgangen til «hybrid-modell»?

I kontrast til overgangen til «flat struktur» var forslaget til ny lederstruktur en (noe) mindre hierarkisk og rask beslutning. «... *når vi gikk tilbake igjen, den (prosessen HR) brukte vi god tid på. Vi satte oss ned, hadde samling med stab og ledere, hvordan ønsker vi å ha det*». Et forslag var å etablere en matrisestruktur, der deler av de «gamle» klinikkene ble spredt ut fra en pasientforløps-tenkning: «Men vi gikk bort fra det, fant ut at det ville være så vanskelig å administrere ... på tvers, så vi gikk tilbake til de store klinikkene for kirurgi, medisin, akutt og kvinne/barn». Spørsmålet om en endring i ledergruppen ble diskutert i stabsledelsen og tillitsvalgte, men (slik vi tolker data) ikke i sykehusledelsen (med avdelingslederne). Flere hevder at det ble et påtrykk fra Helse Sør-Øst og foretaksstyret om å foreta endringer i ledergruppen. At en burde gå vekk fra «flat struktur» var derfor klart, mens den konkrete organiseringen av ledergruppen var mer åpen. Avgjørelsen om sammensetningen av ledergruppen synes likevel i stor grad å være adm.dir.'s verk. Selv om det var et ytre påtrykk fra overordnede instanser, var likevel denne sammensetningen knyttet til hans egne behov for å komponere en ledergruppe som han mente var optimal – ut fra flere ulike hensyn.

Hvorfor kom omorganiseringen til «hybridmodell»?

Overgangen fra klinikkstruktur til «flat struktur» i 2009 bar preg av å være en enpersons-strategi fra adm.dir.'s side. Til tross for at omorganiseringen skjedde raskt og «brutalt» (som en av klinikkjefene betegnet det), hadde endringene stor grad av legitimitet, slik intervjudata viser, men også ved at tillitsvalgte sluttet opp om prosessen. Fra flere ble det pekt

på at denne lederstilen var i samsvar med ideer fra privat næringsliv og moderne konsernledelse – og at dette var innenfor rammen av den økte autonomi til å organisere som lå i dagens styringsfilosofi. Endringene vi har fokusert på, må også ses i sammenheng med beslutninger om å rekruttere til nye stabsavdelinger, og at en valgte å mobilisere bredt i organisasjonen blant ansatte som deltok i planleggingsprosessen for det nye sykehuset – med minimal bruk av eksterne konsulenter. Alle disse beslutningene var foretatt med adm.dir. som initiativtaker og pådriver – og med raske beslutninger også på de øvrige feltene som skulle bygge opp om strategien for å sikre forsvarlig drift av «det gamle» sykehuset parallelt med at en planla «det nye». En viktig premiss var – som både adm.dir. og de øvrige intervjuede påpekte – at den nye lederstrukturen var situasjonsbestemt og midlertidig. Begrunnelsen for denne løsningen ble generelt akseptert, og var tuftet på at det var behov for nærhet til de operative nivåene i organisasjonen. Generelt er data entydige på at det var høy grad av legitimitet da omorganiseringen skjedde.

Likevel var det mange som mente at den flate strukturen hadde flere svakheter, som særlig ville bli åpenbare når planleggings- og utprøvningsfasen i det nye sykehuset skulle erstattes av driftsfasen. Det var en oppfatning at strukturen innebar at toppledergruppen ikke var et beslutningsforum, men snarere ivaretok en hierarkisk informasjonsform fra direktør til avdelingslederne. Det var også en oppfatning om at denne ledergruppen etter hvert ble ansett som for stor og uhensiktsmessig. Et annet poeng er at det for noen ble påpekt at samordningen mellom mer enn 30 avdelingsledere var vanskelig, og at det i driftsfasen særlig var fare for revirtenkning – og etter hvert som økonomien ble presset til det ytterste, at det var behov for sterkere samordning ut over det adm.dir. kunne håndtere i direkte kontakter med de enkelte avdelingslederne. Dette var utgangspunkt for de endringene som skjedde i sykehusledelsen i løpet av 2016. En valgte da en delvis tilbakeføring til klinikkstruktur, men med noen viktige modifikasjoner.

Hvorfor den nye toppledelsen fikk den sammensetningen som ble vedtatt, er det gitt flere ulike forklaringer på i intervjuene. Det er imidlertid samstemt om at en tilbakeføring til en ledelsesmodell som ville avlaste direktøren, var en hovedbegrunnelse. Etter at det nye sykehuset var kommet i drift, ble behovet for å informere om det konglomeratet av

aktiviteter som planlegging og flytting innebar, sterkt redusert. Samtidig ble det behov for sterkere styring av økonomien ved de ulike avdelingene, ettersom det raskt viste seg at en opplevde et økonomisk press både pga. finansieringen av det nye sykehuset, et press på sengeplasser som førte til korridorpasienter, og et påfølgende behov for å rekruttere vikarer. Det var derfor ikke en «rolig» driftsfase der en kunne konsolidere faglige og teknologiske løsninger som fulgte etter innflytting, snarere et økende press fra helsemyndighetene, opinionen og de ansatte om at en måtte ha sterkere «hands-on»-styring i forhold til de utfordringene det nye sykehuset sto overfor med både kapasitetsproblemene og økonomien. Dette mente en kunne oppnås gjennom klinikkstrukturen.

Begrunnelsene for at toppledelsen ikke bare besto av klinikkjefer, men også av tre avdelingsledere, var imidlertid knyttet til spesifikke kjennetegn ved de tre avdelingene. Grunnene til disse ganske markante avvikene fra den tradisjonelle klinikkstrukturen ble oppgitt å være at de tre avdelingene var vanskelige å plassere i noen av de fagområdene som ble dekket av de tre klinikkene, og ikke hørte naturlig hjemme hos en bestemt av dem. Det var også andre argumenter som ble trukket frem: For å ta kref-tavdelingsjefen inn i ledergruppen, var begrunnelsen dels at kreftbehandling var et satsingsområde – både i helseforetaket og nasjonalt, og at en hadde rekruttert en sterk fagperson som burde gis muligheter til å påvirke strategiene for utvikling av dette fagområdet. For laboratorievirksomheten og bildediagnostikk var begrunnelsen blant annet at de enhetene som leverte tjenester, var spredt over hele opptaksområdet, og hadde en kompleks struktur, samtidig som fagområdene var i dynamisk utvikling. Et annet argument som ble nevnt, var at legene fikk større representasjon i ledergruppen enn dersom en kun holdt seg til klinikkene, der sjefene for kirurgi, psykisk helsevern og rusbehandling og akuttklinikken samtlige var sykepleiere. To av de tre som supplerte klinikkjefene, var leger.

Hvordan ble «hybrid-modellen» oppfattet av lederne?

Som nevnt var oppfatningen om at den flate lederstrukturen var midlertidig og situasjonsbestemt, relativt allment akseptert blant lederne vi

intervjuet. Det var imidlertid ikke alle som delte oppfatningen om at en etter at «driftsfasen» var kommet, skulle forlate den flate strukturen. Av intervjuene fremgår det at flere avdelingsledere mente dette var et tap – i og med at den flate strukturen hadde hevet status for avdelingsledergruppen, og som noen sa: hadde gjort at avdelingslederne fikk en klarere rolle i forhold til ledelse i egen avdeling. Det ble også hevdet at i den flate strukturen ble avdelingslederne «privilegerte».

Men flere uttrykte at den flate strukturen var både en fordel og ulempe, og at en opplevde ambivalens til rollen som avdelingsleder. Den sterkere stillingen som avdelingssjefene opplevde i flat struktur, innebar også at «trykket» for å vise resultater ble langt større. Dette, ble det sagt, var på godt og vondt: *«På godt fordi du fikk muligheten til direkte kontakt med adm.dir., og sånn sett lettere også å nå gjennom med argumentasjon om tingenes tilstand. Men andre veien også at du blir mye mer direkte ansvarliggjort, for dette må faktisk du løse»*. Det het også at de lederkontraktene som avdelingslederne nå inngikk, hadde klarere formulerte resultatmål enn tidligere.

Når det gjaldt grunnene til at ledergruppens hybridmodell ble valgt, het det fra flere at de mente det hadde med problemer med å innpasse den faglige virksomheten i en del avdelinger til klinikkstrukturen på. Fra de som utgjorde ledergruppen, ble det gitt klart uttrykk for at arbeidsformen hadde endret seg radikalt fra den «flate strukturen». Innenfor rammen av den nye ledermodellen var den hierarkiske informasjonsstrømmen i stor grad erstattet av dialog, og strategiske diskusjoner ble betegnet som gode og konstruktive i den overordnede ledergruppen. Det er verdt å merke seg at de argumentene som ble benyttet mot klinikk-sjefstrukturen tidligere – revirtenkning og vanskelige samordningsprosesser – ikke er nevnt i intervjuene fra dem som deltok i den nye ledergruppen. På spørsmål om det har skjedd noe med innholdet i diskusjonene, knyttet til for eksempel strategiske spørsmål, budsjett og styring, ble det sagt at for eksempel budsjettprosessen ble bedre med en mindre ledergruppe. Men igjen påpekes det at det er fordeler og ulemper med de ulike modellene: *«Det er plus og minus med det meste, for alle avdelingene har nå fått et sparekrav på så og så mye innsparing og så og så mye inntektsbringende aktivitetsøkning. Og så kan du si at på en klinikk er det veldig greit som krav, men når dette*

kravet kommer en-til-en til avdelingene, så har man der ikke noe fleksibilitet å utlikne på». Dette kan tolkes slik at det er en større utfordring å skulle klare nedskjæringer i budsjettene/større aktivitet dersom en får krav om dette i hver enkelt avdeling, mens klinikkstrukturen gir større fleksibilitet i å finne løsninger der særtrekk ved den enkelte avdeling kan tas større hensyn til. Den generelle holdningen blant de intervjuede var at den hybridmodellen som ble valgt, fungerte godt, og at ivaretagelse av strategiske diskusjoner og åpne dialoger kjennetegnet arbeidsformen.

12.7 Drøfting

De to fasene vi fokuserer på her, er uttrykk for en aktiv, hierarkisk beslutningsprosess, der administrerende direktør har vært sentral i omorganiseringene som skjedde. I tråd med contingency theory kan omorganiseringene forstås som «svar» på ulike krav til organisering og ledelse i ulike faser knyttet til etableringen av det nye sykehuset. Et påfallende trekk er at endringene skjedde raskt og bestemt – særlig i forbindelse med vedtaket om «flat struktur» med klare likhetspunkter med måten en tenker seg at slike omorganiseringer kan foregå i privat næringsliv – men med få eksempler på tilsvarende beslutningsprosesser i offentlig sektor. Vi har i vår studie først og fremst vært opptatt av hvordan og hvorfor disse endringene kan forklares, og om hvordan de vi intervjuet, erfarte disse endringsprosessene.

Det mest slående trekket ved de endringsprosessene vi har studert, er at en hierarkisk beslutningsform dominerte. Å skulle endre den overordnede ledelsesmodellen på denne måten er utvilsomt en balansegang mellom effektivitet og legitimitet i overordnet ledelse. Situasjonen for helseforetaket i denne perioden endringsprosessene som vi har studert omfatter, var sterkt preget av de utfordringene det var å skulle opprettholde full drift på den ene siden, og å planlegge, bygge og åpne det nye sykehuset på den annen side. Sykehusledelsen – og de ansatte for øvrig – kunne ikke «ta en pause» i driften av sykehuset mens en tilrettela for det nye. I forhold til driften av sykehuset må det også påpekes at de resultatkrav som ble stilt gjennom det mål- og rammestyringssystemet som var etablert særlig i tiden etter sykehusreformen i 2002, ble ytterligere

fokusert gjennom innføring av «virksomhetsstyring» – det som internasjonalt betegnes som «corporate governance» – i 2010. Det er liten tvil om at dette innebar at kontroll med at resultatkrav ble innfridd, at budsjetter ble overholdt, og at det personlige ledelsesansvaret ble skjerpet. Det innebar også at nye stabsfunksjoner ved sykehuset måtte etableres for at sykehuset skulle ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne «svare på» de krav dette nye styringsregimet fra de regionale helseforetakene innebar.

Innenfor disse rammene hadde, slik vi ser det, den fleksible, situasjonsbestemte lederstilen som preget sykehusets overordnede ledelse, avgjørende innflytelse på de måtene en valgte å forholde seg til de komplekse oppgavene drift og nytt sykehus innebar. Det var ulike oppfatninger om disse endringene, særlig at organiseringen av ledergruppen ved sykehuset som «flat struktur» ikke var bærekraftig i et langsiktig perspektiv. Det er likevel påfallende at det blant lederne vi intervjuet, var relativt stor grad av legitimitet i de løsninger som ble valgt – og at dette særlig var knyttet til at en gjennom en definisjon av de oppgaver og den «situasjon» sykehuset sto overfor i den tiden vi studerte, hadde lyktes i å bygge det nye sykehuset med alle de utfordringene dette arbeidet innebar.

Det er likevel rimelig å peke på at de ansattes innflytelse på disse – og andre – prosesser i styring og ledelse av sykehuset stadig vekk ble problematisert. Dette var særlig knyttet til legenes posisjon i ledelsesstrukturen. I den perioden vi studerte, var legene ikke representert i foretaksstyret. I klinikksjefledelsen som gjaldt før omorganiseringen til «flat struktur» var også flertallet av klinikksjefer sykepleiere. Da en omorganiserte «tilbake» til klinikkledelse – pluss noen «ekstra» – var dette uttrykk for en pragmatisme i perspektiver på ledelse, og de som ble trukket inn i ledergruppen, var håndplukket av adm.dir. Her var to av de tre leger. Derved innebar også «hybridmodellen» en mer kompleks ledergruppe enn tidligere, med et sterkere fokus på strategisk lederkompetanse.