

Ledelse blandt læger

Af Finn Borum

Resumé

På basis af et 'skrivebordsstudie' af international litteratur og nyere empiriske studier uddrages overordnede konklusioner om sygehusvæsenets ledelsesmæssige kontekst, ledelsesmæssige opgaver og kompetenceudvikling. Den ledelsesmæssige kontekst karakteriseres som politiseret og under transformation, præget af professionelle (sub)kulturer og institutionaliseret ledelsespraksis, og særdeles situationsafhængig.

Den ledelsesmæssige opgave er grundlæggende skabelsen af nye lederroller med vægt på håndtering af dilemmaer og usikkerhed samt medvirken til organisatorisk transformation. Et

andet hovedelement er at skabe mening i forhold til komplekse omgivelseskrav, og at oversætte og bygge bro mellem forskellige (sub)kulturer.

Sygehusvæsenets behov for at udvikle et nyt ledelsessystem løses på denne baggrund næppe ved import af modeller eller ledere fra andre sektorer, men ved at opbygge nye institutioner omkring ledelse i en meget speciel kontekst. I den forbindelse er det nødvendigt at gentænke lederudvikling i forhold til flere væsentlige dimensioner.

Indledning: 30 års diskussion af ledelse – og den aktuelle

"Ledelse" blev sat på sygehusvæsenets dagsorden så langt tilbage som i 70'erne – efterfølgende Perspektivplan II's (1973) påvisning af sygehusvæsenets stigende resourceforbrug. Temaet blev med den første sygehuskommission givet fornyet aktualitet med betænkningens diskussion af fire forskellige modeller for modernisering af sygehusets ledelse (Indenrigsministeriets Produktivitetsudvalg, 1984). Disse havde som gennemgående tema etablering af en samlande sygehusledelse, eller med andre ord en transformation af sygehuset fra en "arena" til en "organisation". Gennem det efterfølgende årti blev trojkaledelsen adopteret som den danske standardmodel for sygehusledelse (se Bentsen 1996; Pallesen &

Pedersen, 1995), og fælles afdelingsledelser omfattende en administrerende overlæge og en oversygeplejerske indført fra begyndelsen af 1990'erne (Jespersen, Nielsen & Sognstrup, 2000).

Ledelse var ligeledes et væsentligt tema i den indenrigsministerielle betænkning "Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder" (1987). Her pegedes specielt på problemstillinger knyttet til den lægelige ledelsesstruktur. Ud over fraværet af det entydige hierarki, som ellers er den dominerende tradition inden for den offentlige sektor, blev som hovedproblemer fremhævet de administrerende overlægers manglende specielle kompetencer i forhold til andre overlæger, den manglende ledel-

sesmæssige kompetence vedrørende ressourcer og økonomi på afdelingsniveau, udvælgelse af lægechefer udelukkende på basis af faglige meriter, og behovet for uddannelse af overlæger i ledelse og administration (ibid: 48-49; 95-98;116-117).

Med sygehuskommission II og under indtryk af den "New Public Management" reformbevægelse, der siden den sidste del af 80'erne har sat den offentlige sektor under pres, kom ledelse atter i fokus. I kommissionsbetænkningen "Udfordringer i Sygehusvæsenet" (1997) anbefales, at trojkaledelsen afløses af en entydig sygehusledelse. Med andre ord ønskes en forenkling af det komplekse ledelsessystem, der er udviklet inden for sygehusvæsenet. Et problem med 'entydig ledelse' er imidlertid, at det ikke er særligt præcist, men både kan associeres til mere klassisk, administrativ organisationsteori og referere til flere forskellige tankesæt under NPM's rummelige samlebetegnelse. Klausen (2001: 45-46) nævner således principal-agent-relationer, professionel entreprenøragtig ledelse, ledelse med stort L og strategiske ledergrupper som eksempler på NPM's ledelsesmæssige anbefalinger.

I de seneste års intense diskussioner af ledelsesmæssige spørgsmål har lægerne som faggruppe i stort omfang taget initiativet og bidraget kraftigt til at oversætte "entydig ledelse" til "lægelig ledelse" (se Jespersen, Nielsen & Sognstrup, 2000). Denne oversættelse er imidlertid kun én af mange mulige og behøver ikke nødvendigvis at løse de problemer, som blandt andre den seneste sygehuskommission rejste. Forslag til ledelsesmodeller er ikke alene forsøg på at udtænke hensigtsmæssige midler i forhold til sygehusvæsenets overordnede samfundsopgaver, men også udtryk for fagprofessionelle profileringer og domænekampe.

Samtidig har Dansk Medicinsk Selskabs (1998) og Sundhedsstyrelsens (1998) lancering af konceptet "funktionsbærende enheder" - der er inspireret af både Produktivitetsudvalgets (1984) og Sygehuskommissio-

nens (1997) efterlysning af et bedre grundlag for specialeplanlægningen - sat spørgsmålstegn ved sygehuse som sygehusvæsenets organisatoriske hovedkomponenter (se Borum, 2000). Funktionsbærende enheder betoner et specialeforankret, på tværs af sygehuse fungerende samarbejde under lægefaglig ledelse. De udfordrer i princippet de traditionelle sygehusledelser og har i nogle amter - herunder Vestsjælland og Ringkøbing - ført til etablering af centre og centerledelser på tværs af sygehuse og en kraftig redefinition af sygehusledelserne. Efter en begrænset levetid som 'standardmodeller' synes både trojkaledelsesmodellen og den fælles afdelingsledelse nu at være ved at blive forladt eller modificeret.

'Ledelse' er således et centralt tema i en periode præget af ændringspres og opbrud på både felt- og organisationsniveau - og en samtidig kamp om kontrollen med sygehusfeltet og sygehusene. To ekstreme synspunkter er sat i spil og driver debatterne: New Public Management bevægelsens idéer om markedsgørelse og hierarkisering og kerneprofessionens argumentation for en sundhedsfaglig og specialebaseret ledelse.

Artiklens spørgsmål og metode

På denne baggrund bliver det væsentligt at se nærmere på, hvad vi ved om den kontekst, der forventes at blive udøvet ledelse i, hvilke ledelsesmæssige opgaver der er behov for at løse, hvilke opfattelser og erfaringer, der er med ledelse i sygehusvæsenet, og hvilke normative konklusioner, der kan udledes på basis heraf.

Konteksten er vigtig. Der er tale om ledelse i et felt, der er institutionaliseret, har en høj grad af professionalisering, men gennem de seneste årtier er kommet under stigende pres og er blevet genstand for adskillige forsøg på reorganisering (se Borum, 1999).

Ledelsesfunktioner inden for et felt med disse kendetegn kan rumme specielle udfordringer, som ikke alene kan løses på basis af erfaringer fra virksomheder inden for andre typer af felter. Men det er heller

ikke givet, at svaret på de specielle kendetegn og udfordringer er at besætte lederposter med aktører, der tilhører feltets dominerende profession. Hvilke erfaringer kan der uddrages af tendensen til at besætte nye lederposter med læger?

Endelig – og specielt i forhold til et felt, der tillægger uddannelse en helt central placering – er det vigtigt at overveje implikationer for uddannelse af ledere og ledede. Inden for et felt, der er baseret på uddannelse og socialisering af aktører via langvarige uddannelsesforløb, kræver institutionel forandring ændringer inden for uddannelsessystemet.

Disse spørgsmål søges i denne artikel besvaret gennem et skrivebordsstudie af skandinaviske og angelsaksiske publikationer om ledelse inden for sygehusvæsenet, der er identificeret ved hjælp af

- 1) Referencelister fra projekterne ved FLOS (Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet), suppleret med en systematisk søgning via Handelshøjskolen i Københavns Hermes-database.
- 2) En systematisk søgning i de væsentligste relevante internationale databaser (ABI/inform, Emerald Library, General Business File International, Science Direct-Elsevir, Hermes, Bibliotek.dk) over monografier og artikler om ledelse inden for sygehusvæsenet. Denne omfattende litteratursøgning er foretaget af stud. merc. Anne-Mette Krifa med assistance fra Handelshøjskolen i Københavns bibliotek. Søgningen blev ud fra praktiske overvejelser begrænset til at omfatte årene 1997-2001 inklusive, da det specielt er nyere analyser af ledelse i et sygehusvæsen under transformation, der har interesse. Ud fra en normal "produktionscyklus" for videnskabelige artikler vil denne afgrænsning indfange bidrag, der er baseret på data tilbage til den første halvdel af 1990'erne.

Der er søgt med generelle emneord, der ikke på forhånd har udelukket andre faggrupper end lægerne:

- Health care
- Management
- Hospital
- New public management
- Clinic(al)
- Organizational change

Stort set alle de identificerede publikationer viste sig at behandle ledelsesproblematikken som tæt forbundet med lægegruppen. Den foreliggende litteratur synes således – ikke overraskende - at bekræfte en opfattelse af sygehuset som domineret af lægeprofessionen, hvilket understøttes af at nyskabte ledelsespositioner enten typisk besættes med læger eller giver anledning til konflikter i forhold til lægegruppen.

Søgningen identificerede mere end 2000 artikler, hvoraf langt de fleste ud fra titlerne kunne frasorteres som irrelevante. De resterende 188 publikationers abstracts er gennemlæst. På basis heraf kunne et stort antal publikationer frasorteres som irrelevante – f.eks. fordi de omhandlede specifikke metoder såsom TQM (Total Quality Management). Resten er blevet gennemlæst, hvilket resulterede i endnu en kraftig frasortering. Dette må ses i sammenhæng med både de valgte brede søgeord og publikationernes heterogenitet. Debatindlæg, editorials og mere konsulentprægede normative bidrag er blevet frasorteret. Af de resterende 62 relevante artikler er kun de mest centrale opført som referencer til denne tekst. Der er i et begrænset omfang foretaget en litteratursøgning via disse centrale artiklers referencer.

På basis af gentagne gennemlæsninger af de udvalgte publikationer er udledt de hovedtemaer vedrørende sygehusledelse, der udgør denne artikels hovedstruktur. Under denne analyse er frasorteret temaer, der synes meget bundet til en specifik national kontekst.

Den ledelsesmæssige kontekst

Politisering og transformation

Publikationerne opfatter grundlæggende den kontekst, hvori ledelse skal udøves, som både politiseret og under transformation. Politikken kommer til udtryk både på nationalt-, regionalt- og sygehushniveau (se Bentsen et al, 1999), og gennemsyrrer også de efterfølgende hovedtemaer. Det pres som NPM (New Public Management) inspirerede reformer udøver tildeles en vigtig rolle i både den angelsaksiske og den skandinaviske litteratur (se Ferlie et al, 1996; Bentsen et al, 1999). Flere af analyserne argumenterer ud fra en grundfigur, hvor der ikke blot er tale om reaktion i forhold til et ydre pres, men et "møde" mellem forskellige drivkræfter og rationaler/logikker (Bentsen et al, 1999; Sahlin-Andersson, 1995; Östergreen & Sahlin-Andersson, 1998).

De igangværende rekombinationer af det overordnede regime for styring af sygehusvæsenet omfatter som væsentlige elementer styrkelse af både markedsmekanismer og det ledelsesmæssige hierarki (Ferlie et al, 1996; Bentsen et al, 1999). Men dette er ikke marginale ændringer, men en mere fundamental ændring af den arketypiske sygehusorganisation og en transformation af det professionelle bureaukrati til en ny kvasi-markeds arketype (Kitchener, 1999). En sådan indebærer, at der gennem oftest langvarige og konfliktfyldte ændringsprocesser udvikles en ny grundlæggende forestillingsramme omkring organisationens formål, organiseringsprincipper og evalueringskriterier. Men der kan under transformationsprocessen i længere perioder eksistere konkurrerende forestillingsrammer, der bakkes op af forskellige grupperinger. En transformationsproces kan ikke forventes at have noget lineært forløb, men vil kunne svinge frem og tilbage og som resultat have såvel hybrider som mere markante paradigmeskift (Powell, Brock & Hinings, 1999).

De nye forestillingsrammer om sygehusorganisation og -ledelse giver disse år bety-

delige brydninger i forhold til lægegruppens klan-regime (Mueller, Howorth & Harvey, 2000), og anfægter både lægegruppens kontrol over udvælgelsesprocesser og -kriterier for deres ledere. Klan anvendes her i Ouchi's (1980) betydning som et alternativt regime til marked og hierarki, baseret på stærke, fælles værdier og traditioner, omhyggelig udvælgelse og socialisering af medlemmerne og høj grad af tillid internt i klanen.

Når dette kombineres med at ledelsespraksis og generelle forestillinger om ledelse samtidig er under opbrud, kommer forandring til at fremstå som eneste konstant for de kommende år(tier)s ledere inden for sygehusvæsenet (McConnell, 2000).

Professionelle (sub)kulturer og institutionaliseret ledelsespraksis

Lægekulturen anses gennemgående for at stille specielle udfordringer til og forhindre udviklingen af ledere. Guthrie (1999:2) formulerer disse i fire præmisser

1. Ledelse af læger er unik pga. de sociale og kulturelle forskelle mellem læger.
2. Lægelige ledere møder unikke barrierer for succes i rollen som ledere af andre læger pga. lægers professionelle selektion, socialisering og træning.
3. Trods udfordringerne i at udvikle lægelig ledelse, eksisterer der megen uudnyttet og uudviklet lægelig ledelsestalent inden for sundhedsvæsenet.
4. Det er muligt for den enkelte institution at tage overkommelige skridt hen imod udvikling af den lægelige ledelses kvalitet.

Det første punkt peger i retning af den lægelige profession som opsplittet i subkulturer i form af mindre samfund af praktikere og forskere inden for specialiserede områder. Disse subkulturer, der er knyttet til forskellige medicinske "teknologier" kan være i konkurrence om ressourcer og prestige og kun finde sammen i løse koalitioner omkring fælles problemer i forhold til

regulerende myndigheder, politikere m. fl. (cf Borum, 2000; Scott et al, 2000). Forskellige behandlingsteknologier (f. eks. kirurgi, intern medicin og psykiatri) giver basis for forskellige ledelses- og samarbejds kulturer.

Den professionelle udvælgelse, socialisering og træning af læger synes at fremme udviklingen af uafhængige, konkurrenceorienterede individer, som er orienteret mod selvstændig beslutningstagen og handling i forhold til patienter. Individualisme og manglende interesse for kollektiv, organisatorisk handling og ringe interesse for løsning af organisatoriske problemer, synes at være en sideeffekt (Guthrie, 1999; Linden & Birk Madsen, 2000).

I flere analyser (se Fitzgerald & Ferlie, 2000; Ørbeck, 1999; Östergren & Sahlin-Andersson, 1999) påpeges, at eksternt udvælgelse af ledere på baggrund af kriterier, som bryder med de traditionelle for fremmelse af læger til ledere af specialer, er problematisk i forhold til kollegerne (klanen). "Der er en spænding mellem professionelt at repræsentere kollegaer og at lede dem" (Buchanan et al, 1997:133). Gatrell & White (1997) rapporterer en 30:70 fordeling mellem læger, der er positive respektive negative i forhold til ledelse. De relationer mellem lederen og kollegerne, som synes specielt kritiske, er

- Distance til/udelukkelse af det kollegiale fællesskab.
- Nødvendigheden af at bevare troværdighed og reputation i forhold til kolleger gennem klinisk arbejde, hvilket resulterer i "deltidsledelse" som den dominerende løsningsmodel, med en tilbøjelighed til at klinisk arbejde kommer til at fylde for meget
- Vanskeligheder med at håndtere relationerne til andre overlæger og professorer, der repræsenterer den traditionelle lægekulturs lederudvælgelse og lederfigurer.

Men lederne skal ikke blot fungere i forhold til de lægelige subkulturer og lede kolleger, men også lede andre faggrupper. De skal

kunne bygge bro og oversætte mellem andre fora og kulturer, der repræsenterer de økonomiske, markedsmæssige og patientforankrede interesser. Fitzgerald & Ferlie (2000) taler om fremkomsten af nye "lederhybrider".

Situationsafhængighed: organisatorisk niveau, enhedsstørrelse, alder, speciale og person

Ledelse inden for sygehusverdenen foregår på flere forskellige niveauer: amts-, sygehus-, center-, klinik- og afdelingsniveau, hvortil på det seneste er kommet ledelse af tværgående funktionsbærende enheder. De tre førstnævnte niveauer har en vis afstand til speciale/læge-kulturerne. Det er i forhold til disse niveauer, idéen om ledelse som en generaliseret, af sygehusets kerneopgaver uafhængig funktion er stærkest. Men indtil videre indarbejder stort set alle ledelsesmodeller også den lægelige dimension på sygehus- og centerniveau (med USA som eneste undtagelse) i form af lægelige direktører (medical directors). På bestyrelsesniveau gives fra England eksempler på, at reformer kun får organisatorisk gennemslag, hvis den lægelige professions synspunkter imødekommes (Ferlie et al, 1996; Mueller et al, 2000).

Størrelse er en anden vigtig kilde til variation. Som eksempel påviser Jespersen et al (2000) hvordan ledelse af små-, mellemstore- og centralsygehuse er vidt forskellige opgaver. Engelske analyser (Ferlie et al, 1996; Fitzgerald & Ferlie, 2000; Mueller et al, 2000) peger endvidere på variationer mellem "clinical directorates" (centre) afhængigt af størrelse og specialer, og mellem counties (amter). Buchanan et al (1997) referer at "clinical directorates" modellen forekommer i syv forskellige varianter. Samme type af position kan således dække over meget varierende roller, ansvar og relationer.

Nye lederpositioner skabes som følge af en generel tendens til gruppering af tidligere uafhængige specialiserede enheder i "clinical directorates" (Ferlie et al, 1996; Fitz-

gerald & Ferlie, 2000), centre og klinikker (Borum & Bentsen, 1999; Ørbeck, 2000; Ericson, 2001). Der er tale om enheder af meget varierende størrelse og med forskelligartede ledelsesmæssige udfordringer, der imidlertid som fællestræk arbejder med lægefagligt uddannede personer som direktører eller chefer, bistået af ledere eller støtte-stabe med sygeplejefaglig - og økonomisk/ administrativ baggrund. Disse nye roller stiller imidlertid nye krav (se Schlian, 1998), der skal fortolkes. De kan ikke udelukkende baseres på traditioner og institutioner knyttet til traditionelle lægechefroller.

Disse variationer i ledelsens kontekst giver en baggrund for at forstå, at forskellige lederstrategier ikke udelukkende kan forklares som et udtryk for den enkelte lægechefs egenskaber, men som et produkt af kontekst og person. Östergren & Sahlin-Andersson (1998) beskriver seks lægechefer forskellige rollefortolkninger ved metaforerne: arkitekt, holdkaptajn, forsvarer, projektleder, president, og truet idealist. De seks lægechefer blev udvalgt fra tre forskellige landsting (amter) med henblik på at sikre variationsbredde i observationerne.

Bentsen's (2001) studie af fire lægechefer fra samme sygehus påviser ligeledes en betydelig variation i adfærd og fortolkninger af ledelsesrollen, hvor bl.a. det lægelige speciale og de personlige forudsætninger spiller en betydelig rolle for muligheder og begrænsninger.

Den ledelsesmæssige opgave At skabe retning og nybrud i en kontekst præget af krydspres, usikkerhed og institutioner

Prioriteringen af ledelse (leadership) frem for forvaltning (management) tillægges gennemgående stor betydning (se f.eks. Guthrie, 1997). Medens management forbindes med forvaltning af givne ressourcer i forhold til exogent fastlagte mål og planlægnings-organisering-kontrol-korrektions modellen, er leadership (ledelse) ensbetydende med udvikling af mål og værdier – med andre ord skabelse af mening og retning i forhold

til organisationens aktiviteter (se Kotter, 1990). Buchanan et al (1997) påpeger som et væsentligt dilemma, at der er for få visioner og for megen defensiv professionsstrategi bag lægegruppens interesse for lederrollen.

Uklar rolledefinition fremhæves som et væsentligt problem af Buchanan et al (1997) på basis af interview med seks clinical directors, og Bentsen (2001) påviser, hvordan klinikchefer er udsat for modsatrettede pres og forventninger fra ledelsen og produktionssystemet. Dette gør håndtering af dilemmaer og konflikter (Burns & Kuramoto, 1999; Feldman, 1999) og en usikker omverden (Walsh & Jones, 1999) til eksistensvilkår for læger som ledere. Det er ikke unikt for ledere inden for sygehusvæsenet, jf. studier af mellemlederes krydspres inden for andre organisationer. Men konflikten mellem de to identiteter - kollega og leder – er specielt markant for ledende læger, der repræsenterer hierarkiet som et styringsregime, der udfordrer klanen. Ledelse er ikke blot et middel til opgavevaretagelse, men også et mål for forskellige faggrupper og individers ambitioner og karrierestrategier.

Ledelse og ledelsesmodeller udtrykker nogle kulturelt og kognitivt betingede antagelser om, hvordan ledelse udøves. Kollagers forventninger til lederen kan være baseret på taget for givne antagelser (institutioner) om, hvordan læger traditionelt udøver ledelse i forhold til klanen. Bentsen (2001) påviser på basis af et studie af fire klinikchefer, hvordan ledere må bryde(s) med etablerede institutioner i form af

- selvstændiggjorte faggrupper
- isolerede specialer
- lægeprofessionens traditionelle hierarki
- lægeprofessionens sociale struktur
- den faglige autonomi.

Lederrollens uafklarethed kan ikke løses gennem ledelsesdirektiver, men kræver et aktivt entreprenørarbejde af lederne. Dette omfatter brud med etablerede institutioner og en opbygning af nye.

Oversættelse af komplekse omgivelseskrav, meningsdannelse og formidling mellem forskellige (sub)kulturer

I sygehusvæsenets nuværende turbulente epoke bliver fortolkning og skabelse af mening en vigtig ledelsesfunktion. Som eksempler kan nævnes

- Hvordan skal rangordninger af de danske hospitaler mht. effektivitet, produktivitet og trivsel udlægges?
- Hvorhen fører alle de igangværende bevægelser og reformforsøg inden for sygehusvæsenet: Til en fornyelse af den danske planlægningsmodel, eller til skabelsen af forudsætningerne for en markeds- og produktliggørelse af sygehusvæsenet?
- Hvilke elementer – amter, sygehuse, specialer – kan tages som faste komponenter i det fremtidige danske sygehusvæsen?
- Hvordan skal tegn i form af centerstrukturer, klinikkens og funktionsbærende enheders restruktureringer tydes?

Pettersen (2001) påviser hvordan formidling og oversættelse af ledelsesreformer fra det nationale, politiske niveau (kendetegnet ved en vekslen mellem langsom og hurtig handling) til det lokale, organisatoriske niveau (kendetegnet ved langsomme tilpasninger) kræver ledere til at bygge bro mellem forskellige kulturer med forskellige logikker, hvis fragmentering skal undgås. Llewellyn (2000) argumenterer baseret på casestudier for, at læger netop har muligheden for at kunne fungere som formidlere mellem den lægefaglige - og den økonomisk/administrative verden, idet de har de nødvendige forudsætninger for at kunne se ind i begge verdener ("two way windows").

McDaniel (1997) argumenterer for, at dette kræver at traditionelle "Newtonianske" ledelsesparadigmer med enkle antagelser om årsags-virkningerelationer udskiftes med andre, der drager inspiration fra kvanteteori og kaosteori. I en uforudsigelig verden med uklare årsags-virkningerelationer bliver menings- og værdiskabelse

og læring i netværk vigtige ledelsesfunktioner. Som eksempel påviser Ericsson (2000) og Borum & Bentsen (1999 a&b) hvordan implementeringen af en centerstruktur igangsætter modstridende og fragmenterede fortolkninger, hvis ledelsen ikke spiller en meget aktiv rolle som meningsdanner.

Modeller for lederudvælgelse, lederkarriere og kompetenceudvikling

Udvælgelsen af lægelige ledere foregår efter forskellige modeller, hvori elementer af udpegning, konkurrence og sociale pres kan indgå med forskellig vægt (Fitzgerald & Ferlie, 2000). Selv om der i princippet er tale om åbne opslag, kan kollegialt pres og opfordring til at "tage sin tørn" øve en betydelig indflydelse på, hvem der melder sig som ansøgere (se Eckerström, Forslin & Sandahl, 1999). I udvælgelsesprocesserne kan forebygges respektive lægges kimen til mange efterfølgende ledelsesmæssige problemer.

Lederkarrieren kan være meget forskelligartet – fra en kortere parentes i et lægefagligt karriereforløb – til et længerevarende karriereforløb som professionel leder. Lægers holdninger til ledelsesjobbet varierer betydeligt, også afhængigt af udvælgelsesprocessen (se Eckerström, Forslin & Sandahl, 1999). Fahey et al (1998) rapporterer fra et studie af "healthcare executives" i stater i det vestlige USA, at majoriteten på trods af fortsatte omskiftelser i sundhedsvæsenet var tilfredse med deres karriere. Målorientering, forandringsorientering, ansvarspåtagelse og evne til at udvikle og vedligeholde netværk fremhæves som vigtige succesfaktorer.

Buchanan et al (1997) karakteriserer de dominerende tanker om udvikling af læger til ledere som baserede på en "mangelmodel", der går ud fra at læger gennem deres uddannelse og praksis ikke udvikler nødvendige færdigheder og viden. Som eksempel herpå nævner de en "management model for doctors" der indeholder (ibid:134) fem typer af kapabiliteter

- kontekstuel opmærksomhed
- strategisk tænkning
- funktionelle og operative færdigheder og viden
- interpersonelle og team færdigheder
- ledelse af sig selv.

Der nævnes tre problemer med denne model. For det første at den ikke synes at adskille sig særlig meget fra traditionelle tilgange til lederudvikling, selv om der internationalt synes at være konsensus om, at lederudvikling af læger stiller specielle krav - jf. ovenfor. Dernæst tager den ikke nok højde for, hvordan læger som ledere vil reagere på at blive engageret i komplekse ledelsesprocesser. For det tredje lægges der for lidt vægt på, at ledelse er en social og politisk proces (Buchanan et al, 1997: 134-135). Et case-studie på Leicester General Hospital (interview af seks clinical directors og 19 andre medlemmer af hospitalsledelsen) fører til tre hovedkonklusioner (ibid:154) ”

- behovet for at være innovativ mht. organisationsdesign med henblik på at styrke og støtte clinical directorates (centre) mere effektivt;
- behovet for at udvikle clinical directors (centerchefer) baseret på en model, der ikke blot ser på 'manglende lederfærdigheder', men også inddrager design af den organisatoriske kontekst og proces, hvori lederne fungerer;
- behovet for at bearbejde "ledelsesforventningerne" ved at afklare centerchefens (the clinical director's) linjelederansvar for lægekolleger."

Et eksempel på, hvordan en mere procesorienteret tilgang til ledelse kan udmøntes, er Chyna (2000), der lægger vægt på at læger som ledere skal støttes i udviklingen af et generelt sæt af færdigheder: at arbejde i netværk, at lytte og fortolke, at implementere, at lære gennem hele karrieren, og at arbejde uden for den formelle jobbeskrivelse.

Gatrell & White (1997) har i en rapport udviklet forslag til en national strategi for ledertræning og -udvikling for læger. Denne skelner mellem udviklingen af nuværende og nyudnævnte lægelige ledere og en langsigtet indsats for at skabe basis for udviklingen af en ny generation af læger. Sidstnævnte omfatter både inkorporering af relevante komponenter på forskellige trin i uddannelserne og individuelle udviklingsplaner. Noren & Kinding (1998) giver en oversigt og karakteristik over det omfattende og varierede amerikanske udbud af lederuddannelsesprogrammer for læger.

Konklusion: ledelse og lederudvikling i en kompleks og foranderlig verden

Resultatet af det gennemførte litteraturstudium kan sammenfattes i følgende overordnede konklusioner om ledelse i sygehusvæsenet

Den ledelsesmæssige kontekst

- 1) at ledelse inden for sygehusvæsenet udøves i en politiseret kontekst under transformation
- 2) at professionelle (sub)kulturer og institutionaliseret ledelsespraksis skaber specielle ledelsesudfordringer
- 3) at ledelse udøves under vidt forskellige betingelser afhængig af organisatorisk niveau, enhedsstørrelse, alder, speciale, rolle og individuelle forudsætninger

Den ledelsesmæssige opgave

- 4) at ledelsesopgaven ikke primært er resourceforvaltning og supervision, men håndtering af dilemmaer og usikkerhed, medvirken til organisatorisk transformation og skabelsen af nye lederroller (institutionel entreprenørskab)
- 5) at ledelse kræver oversættelse af komplekse omgivelseskrav, meningsdannelse, og brobygning mellem forskellige (sub)kulturer

Generelle implikationer

På basis heraf kan drages flere konklusioner. For det første, at ledelse inden for sygehusvæsenet foregår i en meget speciel kontekst, der gør ledelse til 'noget særligt' - i overensstemmelse med Klausen's (2001) mere generelle argumentation. Dette fører til, at det næppe er sandsynligt at imitation eller ukritisk import af ledelseskoncepter og ledelsespraksis udviklet inden for andre kontekster er vejen til udvikling af sygehusets ledelsessystem. Isolerede ledelses- og styringsværktøjer vil sikkert kunne anvendes med mindre tilpasninger; men lederrollerne og ledelsessystemet skal nyskabes af institutionelle entreprenører, der er i stand til at sortere og drage inspiration fra de mange ledelseskoncepter og idéer, der flyder rundt i sygehusfeltet.

Men dernæst er den ledelsesmæssige kontekst også stærkt varierende inden for sygehusvæsenet. På sygehusniveau er der betydelige forskelle i ledelsens udfordringer og handlemuligheder fra amt til amt, afhængig af sygehusstørrelse og -type, ligesom center-, klinik- og afdelingsledelse udøves under vidt forskellige betingelser.

For det tredje udgør sygehusvæsenet en højt politiseret ledelseskontekst. Ud over de eksterne pres fra politikere, befolkning, patientorganisationer og medier er feltet gennemsyret af fagpolitiske interesser knyttet til de sundhedsfaglige grupper, der befolker det. Kontrollen over organisationen er på spil i forbindelse med den igangværende transformation af det professionelle bureaukrati til en konfiguration med et større islæt af ledelseshierarki og marked. Denne anfægtelse af det professionelle 'klanregime' og dertil hørende lægelige autonomi gør, at etablering, bemanning og den konkrete udmøntning af nye lederpositioner er anledninger, der kan udløse komplicerede politiske spil. Det bliver under disse specielle forhold vanskeligt at foretage en skarp grænsedragning mellem 'faglighed' og 'fagpolitik' – som Dansk Medicinsk Selskab's 1998-rapport illustrerer det. De faglige grupperinger – herunder lægerne –

varetager udover funktionelle hensyn også fagpolitiske - knyttet til deres professionelle projekter, og ledelsespositioner indgår som et vigtigt element i de professionelle karrierestrategier. At udøve ledelse i denne kontekst kræver både evne til at håndtere konflikter og et skarpt syn for politiske processer.

For det fjerde kan konkluderes, at lederudvikling er et langt mere omfattende projekt end udvikling af de personer, der skal udfylde ledelsespositioner. Der er tale om at skabe ændrede kulturelle betingelser for udøvelse af ledelse blandt fagfæller, der blandt andet indebærer brud med traditioner for meget vidtgående faglig autonomi. Endvidere kræves etablering af nye traditioner omkring nye hierarkiseringsprincipper, der ikke alene er fastlagt af 'klanen', og etablering af normer og legitimitet omkring nye ledelsesopgaver knyttet bl.a. til ressourcestyring, kvalitetsudvikling og kompetenceudvikling.

Hvis varetagelse af ledelsesopgaven defineres som en professionel grupperings projekt, forskertses imidlertid muligheden for at realisere samarbejde og fælles projekter, der overskrider forskellige faggruppers særinteresser med henblik på at skabe helhed og sammenhæng i et komplekst og fragmenteret system. Der er altså for det femte behov for at skabe en egentlig tværgående og funktionel tilgang til ledelse, der ikke knytter ledelse snævert til den faggruppe, lederen selv tilhører, men til at lede områder, der rummer en flerhed af faggrupper, hvis tværgående samarbejde og koordination er nøglen til at forbedre sygehusets funktion.

Tentative konklusioner vedr. lederudvikling, der tager højde for sygehusvæsenets specielle kontekst:

Der er behov for at bryde med traditionelle lederudviklingskoncepter baseret på en "mangelmodel", hvor ledelse ansues som en egenskab, der som et appendiks kan påhæftes de sundhedsfaglige kvalifikationer. Ledelse i et sygehusfelt under transfor-

mation kan ikke alene baseres på foruddefinerede færdigheder, men kræver udvikling af evnen til refleksion over såvel egne handlinger som af andre initierede ændringsprocesser. Uddannelse af ledere må frem for at fokusere på administration i et stabiliseret system lægge hovedvægten på ledelse i en foranderlig og usikker kontekst. Dette nødvendiggør udviklingen af refleksive, kommunikative og motivationsmæssige egenskaber hos de fremtidige ledere.

Hermed forskydes uddannelse fra at være et spørgsmål om at erhverve formelle kvalifikationer til at dreje sig om at oparbejde praktiske kompetencer i at udøve ledelse i en kompleks kontekst under transformation. Et middel hertil kan være at anvende konkrete forandringsprojekter som basis for erfaringsdannelse, fortolkning og læring, hvilket samtidig kan være et middel til at gøre lederudvikling til mere end en individuel læreproces. Forankres projekterne i lederens egen organisation, skabes en mulighed for at forbinde lederudvikling med organisationsudvikling. Skabes mulighed for at medvirke ved projekter i andre lederes kontekster, skabes basis for at opbygge en anden type lærende fællesskab.

I forhold til et professionsbaseret og -opsplittet meritokrati er der en stor udfor-

dring i at udvikle ledere, der kan overvinde faggrænser og fungere som brobyggere. Et middel hertil kunne være at anvende eller etablere videre- og efteruddannelses tilbud, der betoner det tværgående og generelle, og er mere end isolerede lederkurser inden for de enkelte faggruppers uddannelsesprogrammer. På langt sigt vil reformer inden for de grundlæggende uddannelser have et potentiale til at frembringe nye generationer af professionelle, der er udstyret med andre grundlæggende fortolkningsrammer for faglige- og ledelsesmæssige aktiviteter end de i dag dominerende. Ikke mindst ændringer i lægernes langvarige uddannelsesforløb påkalder sig interesse som et middel til at gøre ledelse blandt fagfæller og på tværs af faggrupper til en mindre problematisk opgave, end det er tilfældet i dag. Det er en udbredt teoretisk antagelse, at det kun er via denne mekanisme at mere fundamentale ændringer kan finde sted inden for professionsdominerede organisationer (Powell, Brock & Hinings, 1999; Mintzberg, 1979).

Følgende begrebspar sammenfatter nogle dimensioner, der er centrale for det omfattende projekt at etablere en "samlende ledelse" inden for det nutidige sygehusvæsen, der overskrider de enkelte professionelle grupperingers projekter:

Ledelse	<i>snarere end</i>	Administration
Refleksion	<i>snarere end</i>	Imitation
Praksisforankrede kompetencer	<i>snarere end</i>	Formelle kvalifikationer
Kollektiv læring	<i>supplerende</i>	Individuel læring
Tværfaglige projekter	<i>supplerende</i>	Monofaglige kurser
Basisuddannelse	<i>supplerende</i>	Videre/efteruddannelse

Summary

On the basis of a 'desk study' of international literature and recent empirical studies, overall conclusions are drawn on the management context, management duties and development of hospital service competency. The management context is perceived as being politicised and undergoing transformation, characterised by professional (sub)cultures and institutionalised management practice, and extremely dependent on the specific situation.

Management duties are basically to create new managerial roles emphasising the management of dilemmas and uncertainty, and to assist in the organisational transformation. Another main element is to create meaning in relation to complex demands from the environment and to translate and bridge the gap between the various (sub)cultures.

Therefore, the need of hospital service to develop a new management system is hardly solved by importing models or managers from other sectors, but by building new institutions of management in a very specific context. Here it is necessary to rethink managerial development in relation to a number of essential dimensions.

Litteratur

Amtsrådsforeningen: Ledelsesstruktur i sygehussektoren. En kortlægning af amternes og Hovedstadens Sygehusfællesskabs ledelsesbestemmelser udarbejdet af Amtsrådsforeningen, 2000.

Andersson, B. & K. Lampou: Studier i sjukvårdsorganisation. Om ekonomistyrning, ledarskap och förändring inom svensk sjukvård. Uppsala: Uppsala Universitet, 1999.

Bentsen, E. Z.: Sygehusledelse i et institutionelt perspektiv – en analyse af trojkeledelsesmodellens opståen, spredning og funktion. Ph.D. afhandling, Handelshøjskolen i København, 1996.

Bentsen, E.Z.: Slutrapport fra FLOS-projektet: "Lægelig Ledelse". Under udgivelse. Institut for Organisation og Arbejdssociologi. Handelshøjskolen i København, 2001.

Bentsen, E.Z., F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson: Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og

sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige. København: Handelshøjskolens Forlag, 1999.

Borum, F.: "Perspektiver på forandringsprocesser i sundheds- og sygehusfeltet" i Bentsen, E.Z., F.

Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson: Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige: 13-30. København: Handelshøjskolens Forlag, 1999.

Borum, F.: Professional Societies as Change Agents: The Danish Medical Societies' Creation of the 'Function-Bearing' Unit. Working Paper, no. 2-2000, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København, 2000.

Borum, F. & E. Z. Bentsen (1999a): Centerstrukturen på Rigshospitalet i København. En analyse af organisatoriske og ledelsesmæssige aspekter. FLOS Forskningsrapport no. 1-1999, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København, 1999.

Borum, F. & E.Z. Bentsen (1999b): "At skabe ledelse – Rigshospitalets import af centerstrukturen" i Bentsen, E.Z., F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson: Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige: 243-264. København: Handelshøjskolens Forlag, 1999.

Buchanan, D., S. Jordan, D. Preston & A. Smith: Doctor in the process The engagement of clinical directors in hospital management. In Journal of Management in Medicine; Vol. 11(3): 132-156, 1997.

Burns, L.R. & R.K. Kuramoto: The key challenge for integrated health systems. In Journal of Healthcare Management; Vol. 44(1): 14-33, 1999.

Chyna, J.T.: Climbing the ladder: What it takes to succeed in healthcare management. In Healthcare Executive, Chicago. Vol. 15(6): 12-17, 2000.

Dansk Medicinsk Selskab: Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur. Kvalitet, organisation, uddannelse og forskning i den funktionsbærende enhed. Århus: Lægeforeningens Forlag, 1998.

Dent, M. & J. Barry: Managing professionalism: New Public Management and Professions in Health and Higher Education. Paper presented at the 16th EGOS Colloquium: Organisational Praxis in Helsinki, Finland, Sub Theme no. 10: "Dynamics of Profession-Dominated Organizational Fields". Helsinki, Finland, 2000.

Eckerström, L., L. Forslin & C. Sandahl: Chefs-

- rollen i l karkarri ren – en studie om att avsluta chefskap. Stockholm: Landstingsförbundet, 1999.
- Ericson, T.:** Sensemaking in organisations – towards a conceptual framework for understanding strategic change. In *Scandinavian Journal of Management*; Vol. 17: 109-131, 2001.
- Fahey, D.F. R.C. Myrtle, J.R. Schlosser & D.M. Lee:** Critical Success Factors in the Development of Healthcare Management Careers. In *Journal of Healthcare Management*; Vol. 43(4): 307-321, 1998.
- Ferlie, E., L. Ashburner, L. Fitzgerald & A. Pettigrew:** *The new Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- Fitzgerald, L. & E. Ferlie:** Professionals: Back to the future? In *Human Relations*, Vol. 53(5): 713-739. London: Sage Publications, 2000.
- Gatrell, J. & T. White:** Doctors and management – a model for change. In *Health Manpower Management*; Vol. 23 (1): 31-35, 1997.
- Guthrie, M.B.:** Challenges in Developing Physician Leadership and Management. In *Frontiers of Health Services Management*, Ann Arbor; Vol. 15(4): 3-26, 1999.
- Hildebrandt, S. & M. Schultz:** *Fokus p  Sygehusledelse*. København: Munksgaard, 1997.
- Indenrigsministeriet:** *Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder*. København: Indenrigsministeriet, 1987.
- Indenrigsministeriets Produktivitetsudvalg:** *Sygehusenes organisation og  konomi*. København: Indenrigsministeriet, 1984.
- Jespersen, P.K., L.-L. Maltha Nielsen & H. Sognstrup:** *Sygehus i forandring – ydre pres, omstillinger og professionelle projekter*. SYOL rapport. Aalborg: Centraltrykkeriet 2000.
- Kitchener, Martin:** "All fur coat and no knickers': contemporary organizational change in United Kingdom hospitals." I David Brock, Michael Powell & C.R.Hinings (eds): *Restructuring the Professional Organization*..183-199. London & New York: Routledge, 1999.
- Klausen, Kurt Klaudi:** *Skulle det være noget særligt? Organisation og ledelse i det offentlige*. København: Børsens Forlag A/S, 2001.
- Kotter, J.P.:** *A Force for Change – How Leadership Differs from Management*. New York: The Free Press, 1990.
- Kreutzmann, J.:** *Fokus på centerledelse – en analyse af medarbejdernes opfattelse af centerledelse* i et center på Rigshospitalet. Kandidatafhandling, cand.merc. linien i Strategi, Organisation og Ledelse. Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København, 2000.
- Lind n, L. & E. B. Madsen:** *Klinikchefen i lederrollen*. Masterafhandling MPA Handelshøjskolen i København, 2000.
- Lindermann, G. & C. Palmh j Nielsen:** *Medicinsk centerdannelse i H:S – forandring eller status quo?* FLOS arbejdsrapport no. 2-2000. Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København, 2000.
- Llewellyn, S.:** "Two-way Windows" Clinicians as Medical-Managers. Paper presented at the 16th EGOS Colloquium: Organisational Praxis, Sub Theme no. 10: "Dynamics of Profession-Dominated Organizational Fields". Helsinki, Finland, 2000.
- McConnell, C.R.:** The changing face of health care management. In *The Health Care Manager*, Gaithersburg; Vol. 18(3): 1-17, 2000.
- McDaniel, R.R. Jr.:** Strategic leadership: A view from quantum and chaos theories. In *Health Care Management Review*, Gaithersburg; Vol. 22(1): 21-37, 1997.
- Mintzberg, Henry:** *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1979.
- Mueller, F., C. Howorth & C. Harvey:** *Managers and Clinical Professionals in a Hospital Trust Board: Negotiating 'Finance' and Innovation*. Paper presented at the 16th EGOS Colloquium: Organisational Praxis, Sub Theme no. 10: "Dynamics of Profession-Dominated Organizational Fields". Helsinki, Finland, 2000.
- Mueller, F., C. Howorth & C. Harvey:** *Institutions and Scripts: Continuity and Change in a U.K. Hospital Trust*. Paper presented at the 16th EGOS Colloquium: Organisational Praxis, Sub Theme no. 10: "Dynamics of Profession-Dominated Organizational Fields". Helsinki, Finland, 2000.
- Noren, J. & D.A. Kindig:** *Physician Executive Development and Education*. In LeTourneau, B. & W. Curry: *In Search of Physician Leadership*: 57-81. Chicago: Health Administration Press, 1998.
- Ouchi, W.G.:** *Markets, bureaucracies, and clans*. In *Administrative Science Quarterly*. Vol. 25: 129-141, 1980.
- Palleesen, T. & L.D.Pedersen:** *Ledelsesreformer p *

sygehusene: Fra produktivitetsudvalg til afdelingsbudgetter. I *Politica*: 299-312, 1995.

Perspektivplanredegørelse II (1973)

Pettersen, I.J.: Hesitation and rapid action: the new public management reforms in the Norwegian hospital sector. In *Scandinavian Journal of Management*; Vol. 17: 19-39, 2001.

Powell, Michael, David Brock & C.R.Hinings): "The Changing Professional Organization" I David Brock, Michael Powell & C.R.Hinings (eds): *Re-structuring the Professional Organization*: 1-19. London & New York: Routledge 1999.

Sahlin-Andersson, K.: *Cheföverläkarens ledarskap i en professionell, politisk och ekonomiskt styrd verksamhet*. Stockholm: Landstingsförbundet, 1995.

Shlian, D.: "The Physician Executive: A Growing and Evolving Role" in LeTourneau, B. & W. Curry: *In Search of Physician Leadership*: 39-55. Chicago: Health Administration Press, 1998.

Speciallægekommissionen: *Fremtidens speciallæge*. København: Betænkning, 2000.

Sundhedsstyrelsen: *Kvalitet i sygehusvæsenet. Befolkningsgrundlagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og forskning.*

Debatoplæg, Sundhedsstyrelsen, 1998.

Sygehuskommissionen: 'Udfordringer i Sygehusvæsenet'. Betænkning fra Sygehuskommissionen. København: Betænkning nr. 1329, 1997.

Vinge, S.: En analyse af debatten omkring ledelsesmodeller i sygehussektoren. Cand.merc speciale fra Strategi, Organisation og Ledelseslinjen. Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København, 1999.

Vinge, S.: *Fra trojka-model til entydig ledelse. En analyse af debatten om ledelsesmodeller i sygehussektoren med fokus på Århus Amt*. FLOS arbejdsrapport no. 3-2000. Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København, 2000.

Ørbeck, J.: *Da den administrerende overlæge forsvandt*. Kandidatafhandling, cand.merc. linjen i Strategi, Organisation og Ledelse. Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København, 1999.

Östergren, K. & K. Sahlin-Andersson: *Att hantera skilda världar*. Stockholm: Landstingsförbundet, 1998.