

# Generalister eller fagprofessionelle som ledere i sygehusene?

*Der er en stærk tradition for fagprofessionelle ledere i sygehusledelser og afdelingsledelser. I de senere år er det blevet kritiseret, og mange har anbefalet, at fagprofessionelle ledere erstattes af generalistledere. Det kan være relevant på sygehusledelsesniveau, men ikke for ledere på det udførende niveau. I stedet bør de være hybridledere med både faglige og generelle lederkompetencer.*



Peter Kragh Jespersen  
Lektor  
Institut for økonomi,  
politik og forvaltning  
Ålborg Universitetscenter

## Indledning

Spørgsmålet om hvem, der bedst leder fagprofessionelle organisationer som sygehuse, har i mange år præget debatten i Danmark og i udlandet. Der har været to hovedsynspunkter. Det ene er, at fagprofessionelle naturligt bør indtage ledelsespositionerne på alle niveauer i sygehusene. Det andet er, at ledelse er et fag som alle andre, og at kun ledere, der har en generel uddannelse til at lede, bør være ledere i sygehusene. I denne artikel belyses den teoretiske og praktiske baggrund for de to hovedsynspunkter.

Der argumenteres for et mere nuanceret syn, hvor fagprofessionel ledelse og generel ledelse ikke betragtes som modsætninger. I stedet bør de ses som to dimensioner i en samlet forståelse af ledelse, der på afdelingsniveau udmøntes i hybridformer mellem generel ledelse og fagprofessionel ledelse. Sådanne hybridformer rejser nye interessante spørgsmål i stedet for den ufrugtbare konfrontation

mellem tilhængere af fagprofessionel ledelse og generalistledelse.

## Fagprofessionelle som ledere i Danmark

De to centrale grupper i forhold til ledelsesdebatten i Danmark er læger og sygeplejersker. Det er læger og sygeplejersker, der besætter langt de fleste lederstillinger, og Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd har deltaget mest aktivt i debatten. Derfor koncentrerer fremstillingen om disse to grupper og deres ledelsesstrategier, som er dybt forankret i deres positioner i det danske sundhedsvæsen og deres opfattelser af sig selv som professionelle.

Lægernes grundlæggende ledelsesstrategi handler om at bevare og udvide en historisk opnået position til at lede hele sundhedsområdet. Lægernes monopol på lægevirkosomhed suppleres med et ledelsesmonopol i relation til behandlingsopgaver, idet der sjældent stilles spørgsmål ved, at visitation, diagnostik og behandling er opgaver, som læger har »ret til at lede«.

Lægernes strategi indebærer imidlertid også krav på tilsyn og instruktionsret i forhold til de øvrige faggrupper på sygehusene. Lægerne ønsker ikke blot at lede eget fagområde, men søger også positionen som ledende i forhold til de øvrige faggrupper og dermed et langt mere omfattende ledelsesområde. Den opfattelse anfægtes til gengæld af andre faggrupper, politikere og ledelsesteoretikere. Men lægernes opfattelse kan til trods herfor sammenfattes således: »Lægerne er de naturlige ledere i syge-

husene. Hvis der kun skal være én leder på et område skal det være en læge«.

Sygeplejerskernes grundlæggende ledelsesstrategi går ud på at opnå ledelsesret i forhold til plejeområdet inklusive ledelsen af de øvrige plejegrupper. Sygeplejerskerne havde frem til 80'erne over et langt historisk forløb fået etableret en selvstændig ledelsessøjle rækkende fra sygeplejeelev over afdelings- og oversygeplejersker til forstanderinde/chef-sygeplejerske. Siden 80'erne har de søgt at udvide ledelsesområdet med generelle ledelsesopgaver som økonomistyring, personaleudvikling, forandrings- og udviklingsopgaver (Sognstrup 2003)

De to professioners strategier har det fællestræk, at sundhedsfaglige arbejdsopgaver altid bør ledes af fagpersoner. For lægerne er det ikke tænkeligt, at andre end læger kan træffe ledelsesmæssige beslutninger, der vedrører behandlingsformer og faglige prioriteringer. De mener også, at læger bør have det sidste ord i relation til andre ledelsesopgaver, idet behandling er sygehusenes centrale opgave, og fordi lægernes behandlingsbeslutninger udløser ressourceforbruget også i andre faggrupper.

Sygeplejerskerne mener, at sygeplejen bør ledes af sygeplejersker alene, men ønsker desuden at deltage i generelle ledelsesopgaver. De begrænses af det historisk etablerede hierarki mellem professionerne, og lægerne er ikke tilbøjelige til at opgive positionen som ledende profession. Derfor har sygeplejerskerne svært ved at få lægernes anerkendelse af deres deltagelse på lige fod med lægerne i løsningen af mere generelle ledelsesopgaver.

Hvordan er det så lykkedes for de to store professioner at realisere de grundlæggende strategier i ledelsen af danske sygehuse på forskellige niveauer?

Historisk har der frem til 80'erne været tre adskilte søjler involveret i ledelsen af sygehuse i Danmark med læger sygeplejersker og administratorer i hver sit hierarki. Budgetter og regnskab blev styret af administrationen med sygehusdirektør/inspektør som ansvarlig for pengesiden og servicefunktioner. Sygeplejerskerne havde deres egen søjleledelse bestående af forstanderinde, oversygeplejersker og afdelings-sygeplejersker. Lægerne havde et mindre hierarkisk system, uden cheflæge, idet enhver overlæge havde sin egen afdeling, som var hans domæne og ansvar. De enkelte overlæger forhandlede ofte ressourcer og udvikling af afdelingen direkte med sygehusets bestyrelse eller politikerne, uden at

konsultere sygeplejerske- eller administrationshierarkiet. Dette historiske mønster betød massiv dominans af fagprofessionelle ledere, som via deres beslutninger på behandlings- og plejesiden også styrede det løbende økonomiske forbrug. Det var tilfældet på sygehusniveau, hvor direktøren/administratoren reelt var mere regnskabsfører end direktør, og det var endnu mere udpræget på afdelingsniveau, hvor ledelsesopgaverne alene omfattende faglig ledelse og personaleledelse/uddannelse.

Det historiske mønster bliver først brudt i 80'erne, hvor de fagprofessionelle ledere ansvarliggøres i forhold til økonomistyringen på alle niveauer samtidig med at generalisternes position i sygehusledelsen styrkes. Baggrunden var stigende politisk kritik op gennem 70'erne af lægernes forvaltning af sygehusområdet (Vallgård 1992, Pallesen 1999), samt en begyndende intern diskussion i lægekredse om lægernes rolle som ledere. Sidst men ikke mindst fik betænkningen fra 1984 om sygehusenes produktivitet betydning (Indenrigsministeriet 1984). Hovedlinien i betænkningen var at gøre de fagprofessionelle ledere ansvarlige for økonomistyring, effektivitet og produktivitet ved at integrere dem både i sygehusledelse og afdelingsledelse. Udvalget foreslog forskellige modeller med forskellig balance mellem generalister og fagprofessionelle og anbefalede, at man eksperimenterede videre med forskellige modeller, fordi ingen enkelt model på forhånd kunne udpeges som optimal.

Det blev alligevel en bestemt model, den såkaldte trojka-model, som blev spredt til danske sygehuse ledsaget af såkaldt fællesledelse på afdelingsniveau. Trojkaen bestod af tre sidestillede medlemmer: En generalist (normalt en DJØF'er), en cheflæge og en chefsygeplejerske. Generalisten i sygehusledelsen fik formelt udvidet sit virkeområde til også at omfatte lægefaglige og sygeplejefaglige anliggender og tilsvarende fik de fagprofessionelle udvidet deres ansvarsområde med økonomi, strategisk udvikling, personaleudvikling m.m.

På afdelingsniveau blev den mest udbredte model, at den administrerende overlæge og oversygeplejerske blev sidestillet, men dog således at lægen havde ansvaret for behandlingen.

Når trojka-model og fælles afdelingsledelse slår igennem i Danmark, skyldes det blandt andet, at de professionelle organisationer i høj grad søgte indflydelse på valget af model med henblik på at bevare og udvide deres grundlæggende ledelsesstrategi-

er under de nye betingelser (Grønnegård Christensen, Pallesen og Dahl-Pedersen 1997). Lægernes position blev anfægtet i samtlige modeller og medvirkende hertil har sikkert været, at lægernes samfundsmæssigt tabte terræn i forhold til politikerne og administratorer i 80'erne (Bentsen 2000).

På sygehusniveau betød trojka modellen, at begge professioner fik del i og ansvar for alle ledelsesopgaverne, men samtidig fik generalisten (ofte en DJØF'er) del i de faglige ledelsesopgaver. Lægerne accepterede tøvende den nye cheflægerrolle og sygeplejerskerne måtte opgive deres egen ledelsessøjle, men fik til gengæld en ligestilling med lægerne i relation til generel ledelse. Det betød, at begge professioner kunne få tilgodeset dele af deres grundlæggende ledelsesstrategi, og amterne fik samtidig ansvarliggjort de to professioner især i forhold til økonomistyringen. Trojka modellen spredtes således relativt hurtigt og uden større konflikt.

Anderledes forholdt det sig på afdelingsledelsesniveauet. Det tog tid, inden de fælles afdelingsledelser blev etableret, og baggrunden var, at lægerne insisterede på at være ene om det endelige ledelsesansvar i forhold til behandlingsopgaverne. Først efter en langvarig konflikt i Fyns amt i 1987-88 lykkedes det at finde et kompromis, hvor lægen fik eneansvaret for behandlingen mens de to ledere i øvrigt fik tildelt ansvaret for afdelingens ledelse i fællesskab. Kompromisset blev efterfølgende udbredt til de fleste øvrige amter i begyndelsen af 90'erne. Lægerne måtte modstræbende afgive indflydelse på afdelingsniveau i forhold til den historiske tradition, men de modsatte sig med held angrebet på kernen i strategien, det faglige selvstyre. Sygeplejerskerne fik derimod væsentlige dele af deres strategi igennem på grund af sidestillingen med lægerne i afdelingsledelsen. Hverken anbefalinger fra produktivitetsudvalget eller amtslige beslutninger var altså tilstrækkelige til at gennemtvinge de nye ledelsesmodeller. Det var fagprofessionelle interesser og ledelsesstrategier, der blev afgørende.

Kompromisset om fælles afdelingsledelse var imidlertid ustabil, fordi lægerne og delvist amterne aldrig rigtig accepterede modellen. Det var måske også baggrunden for, at Sygehuskommissionen i 1997 foreslog, at man på alle niveauer gennemførte et princip om entydig ledelse og dermed gjorde op med ideen om ligestillede ledere, som prægede både trojka model og fælles afdelingsledelse (Sundhedsministeriet 1997). Man undlod denne gang at

specificere bestemte modeller og overlod tolkningen af princippet til amterne. Effekten af denne anbefaling har været, at amterne og HS både på sygehusniveau og på niveauerne derunder har eksperimenteret væsentligt mere med ledelsesformerne i årene efter 1997 end tidligere.

Uanset anbefalingerne fra Sygehuskommissionen er trojka modellen dog stadig dominerende på sygehusniveau, men nu med direktøren som endelig ansvarlig for den samlede sygehusdrift.

På niveauerne under sygehusniveau sker det især i forbindelse med centerdannelser og etablering af funktionsbærende enheder, en udvikling af ledelsesmodellerne i retning af entydig ledelse. Den mest almindelige model er, at lægerne får det totale ledelsesansvar, som på udvalgte områder kan delegeres til andre. Nogle få steder (bl.a. på Rigshospitalet) har man i stillingsopslagene til centerchefer angivet, at stillingerne kan søges af andre end personer med sundhedsfaglig baggrund. Alternativt etableres souschefkonstruktioner, typisk med sygeplejersker som souschefer eller vicechefer. På de fleste sygehusafdelinger er der fortsat fælles afdelingsledelser med forskellige former for klausuler, der skal sikre entydigheden, og nogle amter har slet ikke ændret på ledelsesmodellerne efter sygehuskommissionens anbefalinger (bl.a. Århus Amt, der aktivt har besluttet ikke at ændre) (Sognstrup 2003, Jacobsen 2004).

Sammenfattende må man konstatere, at de fagprofessionelles indflydelse på udformningen af ledelsesmodellerne i den danske sygehusverden har været og fortsat er meget betydelig. På sygehusniveau er de sundhedsfaglige professioner solidt inddraget i ledelsen, hvad enten de fungerer i en trojka, med en generalist som direktør og ansvarlig for den samlede sygehusledelse, eller de selv sidder på direktørposterne.

På mellemniveauet har der været enkelte eksempler på generalister i chefstillinger, men ellers er det læger og nogle få sygeplejersker, der udgør den entydige ledelse. Kun få steder har man ansat DJØFere direkte i disse enheder (på landsplan var der i 2003 i alt 46 DJØFere ansatte i centre og funktionsbærende enheder i Danmark (Jacobsen 2004:47-48)). Går vi til de øvrige afdelinger, udgøres ledelsen overalt af læger og sygeplejersker eller andre sundhedsfaglige grupper, mens der ikke er eksempler på generalistledere på dette niveau.

### Generalistledelse i danske sygehuse

Som empirisk fænomen er det altså jf. ovenstående meget begrænset, hvor omfattende indslaget af generalistledere er i danske sygehuse. Spørgsmålet har ikke desto mindre været livligt diskuteret og den ledelsesteoretiske debat har overvejende været præget af argumenter for generalistledere, der har ledelse som fag eller profession. Johnsen og Hedegaard hævder allerede i 1974, at ledelse på sygehuse ikke i princippet adskiller sig fra ledelse i andre organisationer (Johnsen og Hedegaard 1974). Jepsen argumenterer i 1997 for, at sygehusledelse ikke er forenelig med konsensustraditioner hos de professionelle, og at sygehusledelse derfor skal være en generalistfunktion for professionelle uddannede ledere (Jepsen 1997). Det er også synspunktet hos Klausen, som argumenterer for, at det er nødvendigt at gøre ledelse til en selvstændig profession udøvet af generelt uddannede ledere, hvis der skal praktiseres ledelse i sygehusvæsenet som andet og mere end faglig ledelse (Klausen 2001). Lignende opfattelser er repræsenteret hos andre forfattere i to omfattende ledelsesantologier om sygehusledelse fra 1997 og 2003. (Hildebrandt og Schultz 1997, Hildebrandt, Klausen og Friberg Nielsen 2003). Danske ledelsesteoretikers anbefalinger går altså i retning af flere generalister eller i det mindste, at det er en forudsætning for god ledelse, at de tidligere fagprofessionelle opgiver deres tilhørsforhold til professionen og erstatter den med en ny slags professionalisme som ledere.

Det er ikke kun i ledelsesteorien, vi finder dette synspunkt. I forbindelsen med fremvæksten af New Public Management (NPM) strategierne, har øget kontrol med de professionelle været et centralt led, og midlet har bl.a. været at erstatte fagprofessionelle ledere med generalister (Byrkjeflot 1997, Ferlie m.fl 1996, Sehested, 2002, Kragh Jespersen 2001). Det har også været anbefalingen i Danmark, hvor styrkelse af generel ledelse har været et hovedpunkt i moderniseringsprogrammerne lige fra begyndelsen i 1983. NPM strategiens opskrift på styrkelse af ledelserne indeholder som regel følgende elementer: 1) Større kompetencer og mere ansvar til decentral ledere, 2) Ledelsen skal udøves af generalister, der er professionelle ledere, 3) Ledelseskompetencerne skal være entydige, 4) Mere vægt på rollen som udvikler og entreprenør og 5) Lederne aflønnes og belønnes efter dokumenterede resultater.

I den danske sygehusverden genfinder man den-

ne type argumenter i udvalgsarbejder gennem 80'erne og 90'erne. Det gælder det såkaldte Lotzudvalg i 1987, Udvalget vedrørende sygehusenes økonomi fra 1994, en række publikationer fra Finansministeriet og endelig, som allerede nævnt, hos Sygehuskommissionen fra 1997 (Indenrigsministeriet, 1987, Sundhedsministeriet 1994 og 97, Finansministeriet 1993 og 95). Hvor det før NPM strategiernes tid blev betragtet som naturligt og funktionelt godt, at de professionelle var ledere inden for egne områder, er NPM opskriften på ledelse baseret på en filosofi, hvor de professionelle slet ikke deltager i ledelse og erstattes af generalister med ledelse som fag.

Sammenfattende er der betydelig enighed blandt ledelsesteoretikerne og NPM strateger om det værdifulde i generalistledelse på danske sygehuse. Men det er samtidig påfaldende, at der sjældent sondres mellem sygehusniveau og udførende niveauer.

### Generalister versus fagprofessionelle eller hybridledere som alternativ?

Sammenlignes de entydige anbefalinger fra ledelsesteoretikerne og NPM strateger om behovet for generalistledere med den faktiske udvikling i sygehusverdenen er forskellen påfaldende. Der er stadig et solidt indslag af fagprofessionelle ledere både på sygehusniveau og lavere niveauer til trods for mange års anbefaling af generalister. Hidtil har dette skisma været søgt forklaret ved de professionelles fremmedhed overfor ledelse (Goldschmidt, 1997) eller uvidenhed, fagprofessionelt snæversyn og magtpolitiske forhold blandt professionelle (Klausen, 2003:442). Det kan meget vel være en del af sandheden. Men man må, stillet over for et sådant skisma, spørge, om der ikke er behov for en mere nuanceret forståelse af sygehusledelse på forskellige niveauer. På den ene side må der tages højde for de udfordringer, som den organisatoriske udvikling i det moderne sygehus rejser. Og på den anden side må der gås dybere ind i spørgsmålet om fordele og ulemper ved fagprofessionelle ledere.

Den organisatoriske udvikling i det moderne sygehus i Danmark er først og fremmest præget af et betydeligt strukturelt og kulturelt opbrud på sygehusniveau. Det er så omfattende, at man måske kan behov for en helt ny forståelse af sygehuset som organisation og dermed også af sygehusledelse (Borum 2004). Der etableres specialebårne funktionsbærende enheder på tværs af sygehuse, flere syge-

huse sammenlægges til et sygehus med »flere indgange«, der etableres tvillingsygehuse med fælles ledelse, indføres nye taxameterbaserede finansieringsmekanismer og administrative centre på tværs af sygehuse, alt sammen i løbet af en ret kort periode omkring århundredeskiftet. Danske sygehusledere oplever yderligere, at politiske signaler og ændrede prioriteringer og omverdensændringer spiller en større rolle i sygehusverdenen end deres kolleger i andre offentlige organisationer gør (Vrangbæk 2003). Der er allerede opstået nye blandingsformer, hvor det traditionelle sygehus fagbureaukratiske opbygning afløses af nye strukturer og kulturer på tværs af sygehuse. Alt dette kalder direkte og tydeligt på generel ledelse, og det intime kendskab til sundhedsfaglige specialers drift er ikke afgørende.

De store ændringer i sygehusledelsernes opbygning og virkemåde de seneste år har heller ikke givet anledning til mærkbare konflikter, og det ser ud til, at alle betydende aktører i dag accepterer, at generelle lederkvalifikationer og personlige ledelsesevner, ikke uddannelsesbaggrund, bør være afgørende i forbindelse med besættelse af lederstillinger og udøvelse af ledelse på dette niveau.

Hvis man i stedet fokuserer på det udførende niveau, præges udviklingen både af kontinuitet men også af betydelig faglig udvikling i behandling og pleje. Kontinuiteten viser sig i den daglige organisering af arbejdet (Vinge, 2003), mens den faglige udvikling primært sker via fagligt specialiserede nationale og globale netværk (Fitzgerald og Ferlie 2002). Disse netværk er drivende for faglige ændringer, og de fungerer i betydeligt omfang udenom og på tværs af sygehusene som organisationer. Det moderne sygehus er dybt afhængigt af sådanne netværks funktion, og hvis ikke ledelser på de udførende niveauer følger med og tager højde for den faglige udvikling, vil de næppe kunne løfte den faglige ledelsesopgave. Det kan være baggrunden for de fagprofessionelles omfattende deltagelse i faglige netværk (Lindén og Birk Madsen 2002).

Men samtidig smitter omorganiseringen af sygehusene også af på det udførende niveauer i form af øgede krav til almene ledelseskvalifikationer hos afdelingslederne med større vægt på økonomistyring, personaleudvikling, strategisk ledelse og kommunikativ ledelse (Kragh Jespersen, Maltha Nielsen og Sognstrup 2000).

Udviklingen taler således for afdelingsledere, der både kan fungere som faglige ledere i kraft af

indsigt i fagområdet og samtidig har generelle ledelseskvalifikationer. Denne form for ledere er blevet betegnet som *hybridledere*, fordi de både er generalistledere og samtidig fagprofessionelle ledere (Llewellyn 2001).

Man kan imidlertid også på et mere teoretisk grundlag problematisere tesen om generalistlederes fortrin i hvert fald i forhold til de udførende niveauer: Decentral ledelse i professionaliserede organisationer er i særlig grad afhængig af de ansattes engagement og deltagelse, hvilket igen kræver, at ledelsen har en høj grad af legitimitet. Spørgsmålet er, om generelle ledere kan opnå den nødvendige legitimitet blandt de fagprofessionelle. Hvis ikke det er tilfældet, kan generelt uddannede ledere få svært ved at gennemføre effektiv ledelse, hvilket vil indebære et grundskud mod argumenterne for generelle ledere.

Fortalerne for generel ledelse forudsætter også, at der kan sondres mellem professionelt arbejde og ledelse. Men denne sondring er vanskelig at opretholde i professionaliserede organisationer, fordi professionelle har en autonomi i tilrettelæggelsen af arbejdet, som er funktionelt hensigtsmæssig. Autonomi er samtidig understøttet af de professionelles selvforståelse, idet et grundtræk ved professionelle er deres kontrol over et vidensområde og det dertil hørende arbejde. Denne kontrol kan ikke i praksis bevares, medmindre de professionelle har del i ledelsesopgaverne. De vil derfor være tilbøjelige til at udvikle deres egne ledelsesprojekter (Sognstrup 2003) og søge at få dem tilgodeset, uanset hvilket eksternt pres de udsættes for.

På et ledelsesteoretisk grundlag kan der godt argumenteres for, at fagprofessionelle ledere skal forlade deres profession, men er det overhovedet muligt reelt at forlade en profession, hvis vidensgrundlag man har tilegnet sig, hvis kultur man er socialiseret ind i og hvis netværk man deltager i? (Halford og Leonard 1999).

Endelig må generel ledelse på de udførende niveauer konkurrere med historisk indarbejdede og professionsdominerede ledelsesmodeller. Skift fra professionsdomineret ledelse til generel ledelse handler ikke alene om ledelsesmæssig effektivitet. Det bliver et led i en omfattende forandringsproces, hvor kernen i professionernes samfundsmæssige eksistens og udvikling kommer i spil. Hvis ikke de professionelle længere leder eget vidensområde, vil deres rolle som profession og professionelle blive

omdefineret. Det betyder, at valg af ledelsesmodeller let tillægges langt større betydning blandt professionelle, end man skulle forvente.

Sammenfattende er der efter min opfattelse både i den måde, hvorpå faglig drift og udvikling foregår på i det moderne sygehus og med baggrund i professionssociologien belæg for at sige, at tesen om generalisters fortrin bør kvalificeres. For det første gælder den næppe på alle niveauer. Jo tættere man kommer det professionelle arbejde, jo mere er der brug for faglig indsigt og dermed ledere med fagprofessionel baggrund. For det andet reflekterer tesen ikke det professionelle arbejdes egenart og de professionelle autonomi. Og for det tredje er det sandsynligvis sværere for en generalist at opnå tilstrækkelig legitimitet på de udførende niveauer.

Alt dette bør trække i retning af en større interesse for hybridledelse og hybridledere frem for den polarisering, som har karakteriseret djøficeringsdebatten i det danske sygehusfelt (Høiby 1999).

Der er argumenter for, at fagprofessionelle ledere på de udførende niveauer i sygehusene rummer en række fordele frem for generalister, og at fagprofessionelles overgang til at blive generalister på dette niveau hverken er mulig eller hensigtsmæssig. I stedet kan man måske med fordel tage udgangspunkt i hybridleder begrebet.

### Hybridledere og nye ledelsesformer på afdelingsniveau

På den ene side er der meget der tyder på, at den klassiske faglige leders dage er talte også på afdelingsledelsesniveau. Afdelingslederne har for længst fået en række nye opgaver i forbindelse med økonomistyring, personaleudvikling, samarbejde horisontalt og vertikalt, samarbejde med andre dele af sundhedsvæsenet og kommunikationsopgaver i forhold til patienter, patientforeninger og offentlighed. Alt sammen opgaver som den klassiske faglige leder ikke er uddannet til, men som med stor sandsynlighed vil tage mere tid i fremtiden. Derfor er det urealistisk som fremtidsperspektiv at forestille sig ledere, som også er aktive i daglig behandling og pleje på afdelingsledelsesniveau.

På den anden side står tilbage, at ledelse på disse niveauer fortsat vil kræve faglig indsigt og legitimitet. Det handler om at kunne tale »sproget«, forstå argumenterne, stille de rigtige spørgsmål og kritisk vurdere prioriteringer og udviklingen i den faglige kvalitet. Det er et åbent og empirisk spørgsmål,

hvilken grad af faglig indsigt dette kræver, men hvis lederne ikke har sundhedsfaglig indsigt på et ret højt niveau, vil denne side af deres ledelsesopgave let blive forsømt, og deres legitimitet som ledere være vanskelig at opretholde.

Hvis det er rigtigt, at ledelsesopgaverne på afdelingslederniveau grundlæggende er delt mellem opgaver, der kræver generel ledelse, og opgaver med faglig ledelse, vil vi med fordel kunne opfatte ledere på dette niveau som hybridledere.

I sådan forståelse rejser en række nye spørgsmål, som er vigtige for den fremtidige udvikling af ledelse på niveauerne under sygehusniveau:

- Hvilken blanding af fagprofessionel og generel ledelsesmæssig indsigt er hensigtsmæssig på hvilke niveauer? Hvem skal afgøre, hvilken vægtning der er hensigtsmæssig? Bør stillingtagen til det være et eksplicit krav i forbindelse med besættelse af lederstillinger?
- Hvilken sammensætning af ledelserne er hensigtsmæssig på de udførende niveauer? Forestillingen om den altfavnende entydige leder, der både skal fungere som faglig leder i forhold til flere faggrupper og samtidig stå for de generelle ledelsesopgaver er urealistisk. Men hvilken arbejdsdeling mellem faggrupperne er effektiv i forhold til hvilke ledelsesopgaver? Og hvordan ledes egen faggruppe?
- Hvilke former for ekspertise og stabsfunktioner har ledelserne på afdelingsniveau brug for, og skal den findes på den enkelte afdeling? Hvad er behovet og hvilke erfaringer findes?
- Hvordan engageres flere i ledelsesopgaverne på niveauer under afdelingsniveau? Hvordan etableres en tradition for større deltagelse og kritisk kommunikation mellem ledelse og professionelle, og i hvilke fora skal den foregå?
- Hvordan skal de kommende hybridledere uddannes, hvor omfattende skal deres uddannelse være og hvad skal den indeholde? Skal den alene omfatte generelle ledelsestemaer eller tillige, hvordan man udøver faglig ledelse i forhold til egen faggruppe og andre sundhedsprofessionelle?

I denne artikel tillader pladsen ikke besvarelse af spørgsmålene, og en del af dem lader sig heller ikke let besvare. Til gengæld vil en diskussion på dette grundlag bringe os længere i retning af realistiske og fremtidssikrede ledelsesformer på niveauerne under sygehusledelsen. Realistiske, fordi de ikke

bygger på en falsk modsætning mellem faglig ledelse og generel ledelse. Fremtidssikrede, fordi de tager højde for de ændringer, der allerede er sket i sygehusenes organisation og forbereder til de ændringer, der sikkert vil komme.

På afdelingsledelsesniveauet er det altså påstanden, at det *ikke* handler om at erstatte fagprofessionelle ledere med generalister, hvis man ønsker at forbedre ledelsen. Det handler i stedet om at finde ledelsesformer, der på den ene side svarer på og respekterer overordnede strategiske behov om effektivitet og tilpasning/kontrol med den professionelle autonomi og det professionelle arbejde. Men det handler også om at respektere de professionelle praksis samtidig med, at der til stadighed sikres ændringer og udvikling i det professionelle arbejde. Det bliver de fremtidige hybridlederens opgave.

### Litteratur

Bentsen, Eva Zeuthen (2000), *Sygehusledelse i Danmark – Trojkanmodellens opståen, spredning og funktion*. København. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Borum, Finn (2004), *Sygehuset som grænseinstitution*. Paper under publicering. Se [www.flos.cbs.dk](http://www.flos.cbs.dk)

Byrkjeflot, Haldor (1997), *Fra Styling til Ledelse*. Oslo. Fagbøkkforlaget

Exworthy, Mark, Susan Halford (eds.) (1999), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham. Open University Press.

Ferlie, Ewan, Lynn Ashburner, Louise Fitzgerald & Andrew Pettigrew (1996), *The New Public Management in Action*. Oxford. Oxford University Press.

Fitzgerald, Louise, Ewan Ferlie (2002), »Interlocking Interactions, The Diffusion of Innovations in Health Care« *Human Relations*, Vol. 55, No. 12, pp.1429-1449.

Finansministeriet (1993), *Nyt Syn på den offentlige sektor*. København. Finansministeriet.

Goldschmidt, Lars (1997), *Erfaringer med ledelse på trods i »Mosaik om moderne Ledelse. IOA årbog 1997. Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København*. København. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Grønnegård Christensen, Jørgen, Thomas Pallesen og Lars Dahl-Pedersen (1997), *Ledelsesreformen: Interessepolitik og illusionisme*. I Hildebrandt og Schlutz: Fokus på sygehusledelse op.cit.

Hildebrandt, Steen, Kurt Klaudi Klausen og Steen Friberg Nielsen (reds) (2001), *Sygehusledelse. Temaer; Perspektiver; Udfordringer*. København. Munksgaard.

Hildebrandt, Steen, Majken Schultz (red.) (1997), *Fokus på Sygehusledelse*. København. Munksgaard.

Højby, Niels (1999), *Det danske sundhedsvæsens storhed og fald*. København. Gyldendal

Indenrigsministeriet, (1984), *Sygehusenes organisation og økonomi*. Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg. København. Direktoratet for Statens Indkøb.

Indenrigsministeriet (1987), Indenrigsministeriet (Lotzudvalget): »Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder« Betænkning nr 1123. København. Direktoratet for Statens Indkøb.

Jacobsen, Mia Wæver (2004), *Inddragelse af DJØFere i ledelse under sygeshusniveau* Speciale. Cand scient adm uddannelsen. Aalborg. Aalborg Universitet.

Jeppesen, Jens-Otto S. (1997), Ledelse af Professionelle. I Steen Hildebrandt og Majken Schultz (reds): *Fokus på sygehusledelse*. København. Munksgaard

Johnsen, Erik, Ove Hedegaard (1974), *Ledelsesproblemer i sygehusene*. København. Nyt Nordisk forlag.

Klausen, Kurt Klaudi (2001), *Skulle det være noget særligt?* København. Børsens Forlag.

Klausen, Kurt Klaudi (2003), *Ledelse af fagprofessionelle*. I Hildebrandt, Klausen og Friberg Nielsen (2003) op. cit, s 437-446.

Kragh Jespersen (2001):Peter Kragh Jespersen: New Public Managementreformer i det danske sygehusfelt, *Nordisk Administrativ Tidsskrift* vol. 82 nr. 1 p. 22-41.

Kragh Jespersen, Peter, Lise-Line Maltha Nielsen & Hanne Sognstrup (2000), *Sygehuse i forandring - ydre pres, omstillinger og professionelle projekter*. Aalborg: Aalborg Universitet Centertrykkeriet.

Lindén, Leila, Erling Birk Madsen (2002), *Fagprofessionelle som Ledere. En debatbog og ledelse og lederroller i Sundhedsvæsenet*. København. Munksgaard.

Llewellyn, Sue (2001), »Two-way Windows«: Clinicians as Medical Managers. *Organization Studies* vol. 22 no. 4 pp. 593-623.

Pallesen, Thomas (1999), *Sundhedspolitik: Hvad udadtil tabes, må indadtil vindes*. I: Blom-Hansen, Jens and Carsten Daugbjerg (Eds): *Magtens Organisering: Stat og interesseorganisationer i Danmark*. Århus. Systeme.

## Generalister eller fagprofessionelle som ledere i sygehusene?

---

Sehested, Karina (2002), How New Public Management Reforms Challenge the Roles of Professionals. *International Journal of Public Administration* Vol. 25 nr. 12, 2002, s. 1513-1539.

Sognstrup, Hanne, (2003), *Professionelle i afdelingsledelse*. Aalborg: PhD afhandling, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet. Se også [www.flos.cbs.dk](http://www.flos.cbs.dk)

Sundhedsministeriet (1994), Rapport fra Udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi. København. Sundhedsministeriet.

Sundhedsministeriet (1997), *Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen*. Betænkning nr. 1329. København. Statens Information.

Vrangbæk, Karsten, (2003), *Vilkår for Sygehusledelse- Ekstern kontrol og handlerum* i Finn Borum (red): Ledelse i sygehusvæsenet. København. DJØF Forlag.

Vallgård, Signild (1992), *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark*. København. DJØF Forlag.

Vinge, Sidsel (2003), *Organisering og Reorganisering af Medicinsk Arbejde på Sygehuse*. PhD afhandling. København. Handelshøjskolens Forlag.