

Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet?

Sammendrag

Bakgrunn. Stortingets vedtak om å innføre enhetlig ledelse med én ansvarlig leder på alle nivåer ved sykehus innledet til sterk debatt. Uroen var spesielt knyttet til forslaget om at lederstillinger på avdelingsnivå kunne søkes av andre enn leger. Vi ønsket å se nærmere på hvem som fikk lederstillingene, hvilket omfang og innhold konfliktene hadde og hvordan de var løst.

Materiale og metode. Materialet omfatter tre datasett: en spørreundersøkelse til toppledelsen ved samtlige sykehus, intervjuer med et utvalg ledere samt en spørreundersøkelse til et utvalg avdelingsledere.

Resultater og fortolkning. I 2004 var 67 % av avdelingslederne leger, 28 % var sykepleierutdannet og 5 % hadde annen profesjonsbakgrunn. Ledere med sykepleierbakgrunn var oftest representert ved psykiatriske og akuttmedisinske avdelinger. Ca. halvparten av sykehusene og avdelingene hadde i varierende grad erfart uro og konflikt i forbindelse med ledelsesreformen. Konfliktene hadde først og fremst vært knyttet til uklarhet rundt det medisinske ansvaret og motstand fra leger der en sykepleier hadde fått avdelingslederstillingen. At uroen nå stort sett har lagt seg, skyldes dels en avklaring fra helsemyndighetene om forvaltningen av det medisinske ansvaret, dels at avdelinger med ikke-leger som avdelingsledere har klart å etablert en arbeidsdeling som fungerer.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Elisabeth Gjerberg*

elisabeth.gjerberg@kunnskapssenteret.no

Bjørge Aase Sørensen

Arbeidsforskningsinstituttet
Postboks 6954 St. Olavs plass
0130 Oslo

* Nåværende adresse:

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004 St. Olavs plass
0130 Oslo

Hvordan sykehusene bør ledes og hvilke faglige kvalifikasjoner som bør ligge til grunn for å lede sykehusavdelinger, har vært gjenstand for en rekke utredninger og diskusjoner de senere år. Både i Norge og andre land har spørsmål om ledelse vært nøkkel-spørsmål i debatten om bedre og mer effektive sykehus (1, 2). I forbindelse med budsjettbehandlingen i 1996 bad Stortinget Regjeringen om å sørge for at sykehus la til grunn enhetlig ledelse på alle nivåer. En medvirkende årsak til at Stortinget tok opp dette spørsmålet, var en opprivende konflikt ved Rikshospitalet i 1995 (3). Enhetlig ledelse var ett av forslagene fra Steine-utvalget (4) og ble fulgt opp med et eget lovkrav i spesialisthelsetjenesteloven § 3.9, der det heter at «sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer» (5).

Da Steine-utvalget ble nedsatt, hadde de fleste norske sykehus i mange år praktisert et delt og felles ledelsesansvar i avdelingene, såkalt enhetlig todelt ledelse. Dette innebar som oftest en fagdeling mellom leger og sykepleiere og var en ledelsesform som mange mente ikke var egnet for å innfri krav om en mer effektiv drift av komplekse sykehusorganisasjoner (6). For å sikre bedre styring og økt effektivitet søkte man nå nye måter å organisere sykehus på. Man forventet at en mer entydig ledelsesstruktur ville bidra til enklere og mer rasjonell kommunikasjon mellom nivåene i sykehuset. Målet for enhetlig ledelse var å klargjøre og plassere ansvar, der avdelingslederen har det fulle og hele ansvar for avdelingens drift og alle ansatte, delegert fra direktøren. Dette forutsatte en mer profesjonell lederrolle og reell lederkompetanse (4).

Vedtaket om å innføre enhetlig ledelse brøt med en etablert arbeidsdeling og var meget omdiskutert. Implementering av ordningen skapte uro og konflikter ved en rekke sykehusavdelinger og heftig debatt i presse og fagtidsskrifter (7–9). Ett av de mest debatterte punktene var at lederstillingen skul-

le utlyses slik at lederkandidater fra flere helseprofesjoner, som sykepleiere og psykologer, kunne melde seg som søkere. Man åpnet dermed opp for en tilsettingsprosess der ledelseskvalifikasjoner og ikke profesjon, skulle være avgjørende ved valget av leder. Mens legene hevdet at ledere på sykehusavdelinger som drev diagnostikk og behandling måtte være legeutdannet, hevdet sykepleiere og jordmødre at de var like kvalifisert i kraft av sin helsefaglige utdanning i kombinasjon med lederutdanning og -erfaring. Debatten dreide seg således ikke bare om hvilken lederstruktur som ville bidra til mer effektive sykehus, men også om nødvendige og tilstrekkelige faglige kvalifikasjoner knyttet opp til ansvar og myndighet.

Fra en til to til en

Frem til et stykke ut i 1970-årene var den vanlige ledelsesformen ved de fleste sykehusavdelinger at overlegen styrte. Tidligere bestod sykehusene av en håndfull veldefinerte avdelinger, der ledelsesfilosofien var enkel og overlegens maktutøvelse hadde stor legitimitet (10). At todelt ledelse i økende grad ble etablert mot slutten av 1970-tallet, må ses i lys av den profesjonalisering og bevisstgjøring som skjedde blant flere helsepersonellgrupper med treårig høyskoleutdanning. Utviklingen i for eksempel bioingeniørryk, radiografyrket og sykepleie, med vekt på større autonomi i utdanning og egen fagutvikling, har vært av betydning i forholdet til legegruppen. Denne utviklingen har kanskje vært mest uttalt blant sykepleierne. De har i stadig mindre grad villet la seg styre av legene og har de siste tiårene mer aktivt gått inn i forhandlinger om makt



Hovedbudskap

- De fleste sykehus har innført enhetlig ledelse på avdelingsnivå, men noen steder er det valgt en spesiell modell med sykepleierne organisert i egen enhet
- Ca. to tredeler av avdelingslederne er leger, 28 % er sykepleiere, mens 5 % har annen profesjonsbakgrunn
- Ca. halvparten av avdelingslederne mente at deres avdeling hadde konflikter i forbindelse med overgangen til enhetlig ledelse, men de fleste steder har dette roet seg

Tabell 1 Avdelingsleders profesjonsbakgrunn innen ulike fagområder. Absolutte tall med prosentandeler i parentes

	Totalt N = 166	Kirurgiske fag n = 38	Indre- medisin n = 38	Kvinne og barn n = 30	Psykatri n = 19	Akutt- medisin n = 15	Annet ¹ n = 26
Lege	111 (67)	27 (71)	30 (79)	20 (67)	6 (32)	7 (47)	21 (81)
Sykepleier	47 (28)	11 (29)	8 (21)	9 (30)	9 (47)	8 (53)	2 (8)
Annen profesjons- bakgrunn	8 (5)	–	–	1 (3)	4 (21)	–	3 (12)

¹ Omfatter nevrologi, øre-nese-hals-sykdommer og hudsykdommer**Tabell 2** Avdelingsledernes svar på spørsmålet om prosessen rundt innføring av enhetlig ledelse ved avdelingen har vært konfliktfylt. Absolutte tall med prosentandeler i parentes

	Ledernes profesjonsbakgrunn			Totalt N = 153
	Lege n = 103	Sykepleier n = 42	Annen n = 8	
I liten grad	56 (54)	15 (36)	6 (75)	77 (51)
I noen grad	29 (28)	20 (48)	2 (25)	51 (33)
I stor grad	16 (16)	7 (17)	–	23 (15)
Vet ikke	2 (2)	–	–	2 (1)

og innflytelse (10–12). Dette må ses på bakgrunn av akademisering av utdanningen, utvikling av egen forskningsbasert kunnskap, en generell demokratisering av arbeidslivet og at kvinner allment har fått en sterkere stilling i samfunnet. Forholdet mellom yrkesgruppene er etter hvert blitt mer likeverdig, og legene kan ikke lenger definere grensene for egen og andre gruppers arbeidsfelt.

Den todelte ledelsen bygde på et team bestående av en sykepleiefaglig og en medisinsk-faglig leder. Disse var enhetlig ansvarlige for avdelingens drift, administrasjon, budsjettoppfølging og resultater. I 1996 praktiserte over 90 % av sykehusene denne ledelsesmodellen (4). Oppgave- og ansvarsfordelingen innebar som oftest at avdelingsoverlegen hadde det medisinske ansvaret for avdelingens drift og personalansvar for legene og kontorpersonalet, mens oversykepleierne hadde tilsvarende ansvar for det pleiefaglige og pleiepersonalet. De fleste avdelingsoverleger (13) og sykepleiere (7) var fornøyd med denne modellen.

I denne artikkelen ser vi på hvordan situasjonen er på avdelingene ca. tre år etter at reformen ble innført. For det første ønsket vi å finne ut hvem som er avdelingsledere. For det andre ønsket vi å undersøke om de konfliktene vi hørte om i mediene bare berørte noen avdelinger eller om de var mer vanlige. Hva var innholdet i konflikten og hvilke tilpasninger har foregått på individuelt og organisatorisk nivå, for eksempel der både lege og oversykepleier søkte samme lederjobb? Reformens konsekvenser for avdelingens evne til å løse oppgavene omtales i en egen rapport fra prosjektet (14).

Materiale og metode

Artikkelen er basert på tre datasett: en spørreundersøkelse til direktørene ved samtlige

sykehus, intervjuer med 28 ledere og en spørreundersøkelse til avdelingsledere ved et utvalg avdelinger.

I den første spørreundersøkelsen ble et spørreskjema sendt til 60 sykehusdirektører/toppledere høsten 2003. Svarprosenten var 72. De fleste intervjuene var med avdelingsledere fra ulike typer avdelinger, fordelt på sju sykehus i tre helseregioner. I den andre spørreundersøkelsen ble spørreskjema sendt til 290 avdelingsledere ved 26 helseforetak. Svarprosenten var 59. Skjemaet ble ikke sendt til serviceavdelinger, avdelinger for behandling av rus og distriktpsykiatriske sentre. Begge spørreundersøkelsene hadde spørsmål om når enhetlig ledelse var innført og på hvilket nivå, om det hadde vært uro og konflikter ved implementering av ordningen, hva dette handlet om, utforming av lederrollen samt hvilke resultater de synes å se av reformen på ulike områder.

Intervjuene var basert på en felles intervjuguide, der hensikten var å få avdelingslederens erfaringer med overgangen til enhetlig ledelse, synspunkter på egen lederrolle og hvilke endringer de mente at reformen hadde medført. I tillegg skulle intervjuematerialet tjene som basis for utarbeiding av spørreskjemaet til avdelingslederne. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert, og sentrale temaer ble systematisert og analysert.

Resultatene fra spørreundersøkelsen ble analysert ved deskriptiv statistikk. Forskjeller mellom grupper er analysert ved khikvadrattest, med signifikansnivå satt til 5 %. Spørreskjemaet til avdelingslederne hadde også flere åpne spørsmål. Svarene er skrevet ut og analysert på samme måte som intervjuene. Bruk av sitater i teksten illustrerer synspunkter som kommer til uttrykk blant flere respondenter.

Resultater og fortolkninger

43 % av avdelingene i vårt materiale innførte ordningen i 2001 eller tidligere, 34 % i 2002, 17 % i 2003 eller 2004, og 6 % hadde bare delvis innført ordningen. Noen steder var det etablert egne enheter for sykepleiertjenesten, ledet av en sykepleier som rapporterte direkte til f.eks. divisjonsdirektør. 67 % av avdelingslederne var legeutdannet, 28 % var sykepleiere og 5 % hadde annen profesjonsbakgrunn (tab 1). Der avdelingslederen ikke var lege, var det medisinsk-faglige ansvaret med få unntak ivarettatt av en avdelingsoverlege. Et fåtall brukte betegnelsen medisinsk-faglig rådgiver.

48 % av sykehusdirektørene svarte at det hadde vært motsetninger på en eller flere avdelinger ved innføring av enhetlig ledelse, noe som ble bekreftet av avdelingslederne (tab 2). 17 % av avdelingslederne svarte at det fortsatt var uro på avdelingen, signifikant oftere avdelingsledere med legefaglig bakgrunn enn andre, henholdsvis 18 % og 10 %. Vi fant ingen signifikant forskjell med hensyn til type avdeling, men i begge spørreundersøkelsene var det en klar tendens til at konflikter hadde vært mest utbredt ved de store sykehusene.

Konfliktens innhold

Vel halvparten av de avdelingslederne som svarte at det hadde forekommet konflikter rundt ordningen, beskrev hva konfliktene handlet om. To hovedgrupper av svar skiller seg ut. Det er for det første knyttet til uavklarte ansvarsforhold i lederrollen:

«Uro omkring ansvar og myndighet, især for legene» (leder, medisinsk avdeling, lege).

«Ikke spesielt stor uro, men som avdelingssjef opplever jeg det medisinsk-faglige ansvaret som uavklart» (leder, psykiatrisk avdeling, sykepleier).

For det andre gav en del avdelingssjefer uttrykk for at konflikter rundt ledelsesmodellen helt konkret handler om at legene ikke aksepterer andre enn leger i lederstillingene:

«Overlegene har til dels problemer med sykepleier som leder. En overlege har sluttet» (leder, hjertemedisinsk avdeling, sykepleier).

Mye av uroen og motstanden mot reformen var opprinnelig knyttet til uklarhet rundt det medisinsk-faglige ansvaret der avdelingslederen ikke var lege. Resultatene tyder på at situasjonen nå har roet seg: Bare tre avdelingsledere uten legebakgrunn svarte at de hadde erfart konflikter i samarbeidet med den medisinsk-faglige ansvarlige, mens resten svarte at de ikke hadde erfart konflikter i det hele tatt eller i bare liten grad. 70 % av samtlige avdelingsledere svarte at avdelingens ansatte har en omforent forståelse av hva som ligger i det medisinsk-faglige ansvaret.

Vanskelige prosesser og legende strategier

Noe av hensikten med intervjuene var å belyse selve tilsettingsprosessen, for eksempel

der personer på samme avdeling, men med forskjellig fagbakgrunn, søkte på avdelings-sjefsstillingen. Vi intervjuet både legeledere som hadde fått stillingen i konkurranse med avdelingens oversykepleier og tidligere oversykepleier som ble foretrukket fremfor avdelingsoverlegen. Slike situasjoner kan skape vanskeligheter både for den som ikke får jobben og dermed kan oppleve å bli degradert, og for det resterende miljøet på avdelingen. At det heller ikke er lett for dem som fikk jobben, vitner flere av utsagnene om:

«Etter hvert har det gått seg til, vi hadde jo en litt vanskelig oppstart i og med at vi hadde konkurrert om jobben, så da gikk vi og følte hverandre litt på tennene. Men så er vi egentlig gode venner, så det har gått seg bra til. Hun har fått definerte ansvarsområder, altså jeg har delegert områder til henne. (...) Psykologisk er det stor forskjell for henne. For hun må spørre meg, og noen ganger vært redd for å trække meg på tærne, men det har vi snakket om» (leder anestesio/intensivavdeling, lege).

«Denne overgangen til enhetlig ledelse var jo ikke kostnadsfri. For det å gå fra å være to sidestilte ledere til å bli en, det var en krevende affære, og særlig der hvor begge ønsket stillingen, slik som her. (...) det var for henne litt nedslående og demotiverende (...) de som har mistet sine lederposisjoner har vært gjennom en krevende omstilling. Og vi slet jo litt – de oppgavene vi skulle løse var jo de samme som før, men det måtte komme til en omfordeling» (leder, nevrologisk avdeling, lege).

Der det var legene som tapte konkurransen, viste problemene seg på andre måter, blant annet ved at den som ikke fikk jobben, boikottet møter, søkte støtte rundt om på huset etc. Også boikott og trussel om oppsigelse fra andre leger på avdelingen og sykehuset fant sted:

«Det var bare på denne avdelingen at det ble ansatt en sykepleier i lederposisjon. Legene ville ikke ledes av en sykepleier. De truet med oppsigelse» (avdelingsleder, sykepleier).

Her var konflikten delvis «løst» ved en intern omorganisering: En stor avdeling ble inndelt i tre mindre, selvstendige avdelinger der vedkommende ble avdelingssjef for en del. Intervjuene viste også til andre strategier for å redusere konfliktnivået der lege var blitt tilsatt i avdelingslederjobben i konkurranse med avdelingens oversykepleier, for eksempel ved å etablere en stilling som avdelingsoversykepleier eller assisterende avdelingssjef i stab til avdelingssjefen. 31 % av avdelingslederne svarte at det var opprettet stilling som assisterende avdelingssjef. Kontrollert for avdelingens størrelse, var det signifikant større sannsynlighet for å ha en assisterende avdelingsleder der lederen var lege enn der en sykepleier var avdelingsleder. Over halvparten av stillingene som

assisterende avdelingssjef var besatt av en sykepleier.

Diskusjon

I denne artikkelen er hovedvekten lagt på de prosesser som skjedde i tilknytning til implementeringen av enhetlig ledelse i sykehusene. At vi bare har data fra to av ledernivåene i sykehusene, legger begrensninger på materialet. For eksempel ville det vært ønskelig å ha informasjon om hvordan leger og sykepleiere i vanlig klinisk arbeid var berørt av den uroen som utspant seg på leder- og fagforeningsnivå. Også informasjon fra dem som forvalter det medisinsk-faglige ansvaret der avdelingssjefen ikke er lege, hadde vært ønskelig. Her har vi bare avdelingsledernes egne fortellinger. Det er imidlertid en styrke for materialet at vi har data fra tre datakilder som i hovedsak understøtter hverandre.

Den sterke kostnadsveksten i sykehusene utover på 1990-tallet og krav om mer effektiv drift av sykehusene medførte økt oppmerksomhet omkring ledelse. En tydeligere ledelses- og ansvarsstruktur ble ansett som et viktig virkemiddel for å få bedre styring av stadig mer komplekse og kostnadsstunge sykehus (4). Innføringen av enhetlig ledelse representerte et brudd med tidligere ledelsesprinsipper, en ledelsesmodell som først og fremst var basert på faglig kompetanse og autoritet (3, 15). Diskusjonen om fagbasert ledelse versus ledelse som egen profesjon startet allerede i 1980-årene (16). I helse-tjenesten som ellers i samfunnet har vi sett en utvikling der lederkompetanse og profesjonell ledelse blir tillagt større vekt enn tidligere (17). De nye ledelsesprinsippene vi ser nedfelt i reformen om enhetlig ledelse, må ses i lys av ideer fra «new public management», som har hatt stor innflytelse på moderniseringen av offentlig sektor (17, 18). En sterk og profesjonell ledelse blir sett på som en avgjørende faktor for at offentlige organisasjoner skal kunne bli mer effektive, målrettede, fleksible og brukervennlige (19). Modellen er helt forskjellig fra den fagledelsestankegang som tidligere har preget ledelse av norske sykehus, og har åpnet opp for at andre enn leger kan være ledere, gitt tilstrekkelig ledererfaring og kompetanse.

Lovens intensjoner om en tydeligere ledelsesstruktur ved valg av en ansvarlig leder på avdelingsnivå synes i stor grad å være oppnådd. Nesten alle sykehus har gjennomført enhetlig ledelse ned til avdelingsnivå, selv om det i 2004 fortsatt var noen avdelinger hvor ordningen ikke var innført. Noen helseforetak har dessuten valgt en spesiell lederstruktur, der sykepleiertjenesten er skilt ut som en egen enhet med egen leder. Det kan spørres om dette er i tråd med lovens intensjoner, men viser at enhetlig ledelse kan gis forskjellig innhold og utforming. Slike løsninger kan også være en måte å løse en uenighet om organisering og plassering av

ansvar – det medisinsk-faglige ansvaret er her klart plassert hos avdelingsoverlegen, men sykepleiertjenesten er skilt ut i en egen ansvarslinje.

Resultatene fra undersøkelsen viser at konfliktene rundt ordningen nå for en stor del har lagt seg, men at konflikter i en periode var ganske utbredt, med mange vanskelige prosesser. Resultatene indikerer at der det har vært konflikter, har det også tatt tid å gjennomføre reformen. Fortsatt sliter noen avdelinger. Det ble nylig bekreftet i en rapportasje om leger som har sagt opp sine tjenesteplaner fordi en sykepleier ble ansatt som medisinsk leder (20). Konfliktene kan altså lett blusse opp igjen. Et stort flertall av avdelingslederne sier at avdelingen har en «omforent forståelse av hva som ligger i det medisinsk-faglige ansvaret». Men ettersom en firedel av avdelingssjefene svarer at dette bare gjelder i «noen grad», er det fortsatt enkelte områder der grenselinjene kan være uklare. Kanskje velger noen avdelinger nettopp å la grensene flyte litt mellom hva som er medisinsk-faglig og sykepleiefaglig ansvar for å slippe konfrontasjoner? Hvis dette fungerer i daglig praksis, blir motivasjonen for ytterligere tydeliggjøring liten.

Gjennom intervjuer og kommentarer er vårt inntrykk at rundskrivet som Helsedepartementet sendte ut i 2002 (21), bidrog til at uroen rundt reformen la seg, spesielt ved tydeliggjøringen av hvem som skulle ha den medisinske ledelsen ved enheter som driver diagnostikk og behandling (22, 23). Vårt materiale indikerer at uroen rundt reformen en del steder også har funnet sin løsning via ulike organisatoriske endringer. Vi vet ikke hvor utbredt det er med oppsplitting eller sammenslåing til større enheter eller etablering av stilling for assisterende avdelingssjef som strategi for å løse en vanskelig tilsettingsprosess, men både intervjuer og kommentarer i spørreskjemaet beskriver denne type løsninger. Når det samtidig skjer mange andre reformer samtidig, slik helseforetakene har gjennomført det siste tiåret, er det imidlertid vanskelig å finne effekten av den enkelte reform. Her kan flere faktorer ha virket i samme retning. At legeledere oftere enn andre holder seg med en assisterende leder, gjerne en tidligere oversykepleier, kan tyde på at arbeidsdelingen en del steder ikke er så forskjellig fra tidligere tiders todelte modell.

Manuskriptet ble godkjent 1.2. 2006.

Litteratur

1. Borum F. Sygehusedelse under forandring. I: Borum F, red. Ledelse i sygehuvæsenet. København: Handelshøjskolens Forlag, 2003: 15–25.
2. McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. Berkshire: Open University Press, 2003.
3. Sommerfeld W. Ledelse i sykepleien – en strategi for profesjonalisering. I: Byrkjeflot H, red. Fra styring til ledelse. Bergen: Fagbokforlaget, 1997: 243–65.

>>>

4. Norges offentlige utredninger. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. NOU 1997: 2. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
5. Ot.prp. nr. 10 (1998–1999). Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
6. Skaset M. Reformtid og markedsgløtt: Det offentlige helsevesen etter 1985. I: Schiøtz A, red. Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Bd. 2. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
7. Sundar T. Enhetlig ledelse – en varm potet. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3466–7.
8. Sundar T. Tornefull vei mot enhetlig ledelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2542–3.
9. Aarseth HP. Ledelse – og atter ledelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1491.
10. Berg O. Medikrati, hierarki og marked. Noen historiske betraktninger om regulering av medisinsk yrkesutøvelse. I: Album D, Midre G, red. Mellom idealer og realiteter: studier i medisinsk sosiologi. Oslo: Ad Notam, 1991.
11. Svensson R. The interplay between doctors and nurses. A negotiated order perspective. Sociol Health Illn 1996; 18: 379–98.
12. Gjerberg E, Kjølørød L. The doctor-nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? Soc Sci Med 2001; 52: 189–202.
13. Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Avdelingsoverlegen – leder eller lege? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3002–4.
14. Gjerberg E, Sørensen BA. Enhetlig ledelse i sykehus. AFI-rapport nr. 1/2006. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, 2006.
15. Vareide PK. Sykehusreformen – et hamskifte i styring av helsetjenester. SINTEF rapport STF78. Trondheim: SINTEF Unimed, 2001.
16. Kalleberg R. Kenning-tradisjonen i norsk ledelse. Nytt Norsk Tidsskrift 1991; 3: 218–44.
17. Lian OS. Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2003.
18. Busch T, Vanebo JO. Modernisering av offentlig sektor: new public management i praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.
19. Pollitt C. Managerialism and the public services: the Anglo-American experience. Oxford: Blackwell, 1990.
20. Henriksen K. Sykepleier ble sjef – legene sa opp avtale. Dagens Medisin 2005; nr. 5.
21. Helsedepartementet. Ledelse i sykehus. Rundskriv 1–9/2002.
22. Bakke HK. Ledelse i sykehusavdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2158.
23. Husom N. Lidelseshistorie om ledelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2325.