



Ændrede rammer for ledelse i det offentlige sygehusvæsen



MPA uddannelsen
Januar 2008
Masteropgave
Copenhagen Business School
Handelshøjskolen

Udarbejdet af:
Gitte Brodersen
Peter Sigerseth Grøn

Resumé

Det danske sundhedsvæsen har de sidste to årtier været gennem en institutionel forandring, der stadig pågår. Lederne af de enkelte afdelinger stilles, som følge heraf overfor en række dilemmaer og problemer, da deres ledelsesrum forandres. Det er derfor opgavens formål at undersøge, hvordan ændringer i de institutionelle rammer for det danske sygehusvæsen, institutionelle rammer med særlig fokus på styrings- og organiseringsprincipper der konstrueres gennem styring og organisering, påvirker sygehuslederens selvopfattede ledelsesrum og hvilke spændinger, dilemmaer og problemer det medfører.

Opgaven er opdelt i to forskellige analyser, der hver for sig giver sit bidrag til den endelige besvarelse af vores problemformulering. Den første delanalyse tager udgangspunkt i empiri hentet på makroniveau dvs. love, retningslinjer og forordningen udstedt af centraladministrationen. Ud fra en institutionel historisk tilgang beskrives, hvordan rammerne for ledelse har ændret sig fra 1970 til 2007. Resultaterne af denne institutionelle historiske analyse benyttes sammen med Henry Mintzbergs organisationsformer til at beskrive den organisationsform, der eksisterer i det danske sygehusvæsen anno 2007. Den anden analyse tager udgangspunkt i empiri hentet på mikroniveau. Empirien er her interviews med ledere fra sygehuse i Region Sjælland. Med udgangspunkt i deres selvbeskrivelser opstiller vi forskellige typologier og beskriver deres rationale, omverden og roller med henblik på at beskrive deres ledelsesrum. Ifølge Richard W. Scott er institutioner sociale strukturer, som blandt andet kommer til udtryk gennem de regler, normer og opfattelser, som tilkendegiver at give stabilitet og mening i ledelsesmæssig sammenhæng. Vi bevæger os på grænsen af den institutionelle teori og diskursanalyse. Vi benytter Scott i tilpasset form som iagttagelsesapparat i forhold til en specifik socialt afgrænset meningsdannelse, idet vi benytter Scotts søjleinddeling til at sortere og systematisere selvbeskrivelserne med.

Vores resultater viser, at vi indenfor det danske sundhedsvæsen har bevæget os fra et fagbureaukrati hen imod et maskinbureaukrati, og at sundhedsvæsenet anno 2007 må betegnes, som en hybridmodel med kendetegn fra den basale struktur, maskinbureaukratiet og den divisionaliserede organisationsform. Vi kan også konkludere, at der indenfor vores case eksistere tre forskellige typologier: *den faglige leder, markedslederen og human resource lederen*. Disse tre typologier er kendetegnet ved at tolke verden ud fra forskellige rationaler.

Ændrede rammer for ledelse i det offentlige sygehusvæsen

Januar 2008

Masteropgave

Copenhagen Business School

Der er således tale om en udvikling i retning mod markedsøkonomisk orientering indenfor sygehusvæsenet i forhold til styrings og organiseringsprincipperne, hvor lederen skal agere i en hybrid organisation. Disse rammer og strukturer betyder, at to af de tre iagttagede ledertyper omfattende den faglige leder og human resource lederen vil stå i et krydspres mellem disse omverdensforventninger og egne rationaler og omverdensforståelser.

Vores opgave sætter derfor spørgsmålstegn ved, om vi er ved at ophæve den uskrevne sociale kontrakt, som vi alle er en del af. I Velfærdskommissionens rapport tilbage i 2004 stilles der forslag om øget, men begrænset brugerbetaling på sundhedsområdet. Der stilles forslag om, at de offentlige ledere i alle offentlige institutioner skal efterleve klare resultatkrav, som understøttes gennem løn og ansættelsesformen. Der sættes spørgsmålstegn ved, om vi fortsat skal have en samfundsstruktur med fælles risikodeling, eller om vi skal justere vores antagelser om, hvad et velfærdsamfund er. Sat på spidsen er det den lige sociale ret og lige adgang til behandling, overfor ”the rational economic man”, som er i spil.

Forfattere:

Gitte Brodersen

Peter Sigerseth Grøn

Changed conditions for management within the public hospitals

January 2008

Master thesis

Copenhagen Business School

Abstract

The public hospitals in Denmark have in the last two decades been through a continual series of institutional changes. As a consequence the different managers are faced with a list of problems and dilemmas as the managerial conditions shift. The goal of this thesis is to investigate, how changes in the institutions within the public hospitals sector is affecting the managers self perceived managerial conditions, and which tensions, dilemmas and problems are a consequence hereof. This investigation is made with a special focus on management principles and organization principles that are constructed through the management and organization process.

The thesis is divided into two different analyzes, each of which contributes to the final conclusions. The first analysis starts with the empiric material gathered from the macro level (national level) for example legislation, guidelines, rules, decisions etc. From a historical perspective we describe how the conditions for management have changed in the period 1970 – 2007. We combine the results from this historical analysis with Henry Mintzbergs organization models, and used the results to describe the organization model that dominates the public hospitals anno 2007. The second analysis uses empiric material from the micro level (departments). The empiric material consists of interviews with managers (doctors and nurses) from hospitals within the region of Sealand. The starting point is the manager's description of their own situation. From these descriptions we deduct different typologies and define their rationale, external context and roles with the purpose of describing their managerial conditions. Institutions are, according to Richard W. Scott, social structures that are expressed through the rules, norms and perceptions that are relevant in order to achieve stability and meaning in a management context. Our perspective touches the border of institutional theory and discourse analyzes. We are using Scott in a modified form as an observation tool in relation to a specific socially well defined opinion formation, and we are using his three pillars to sort and systematize the self descriptions.

Our results show that the organizational form of the Danish hospitals has moved from Henry Mintzbergs Professional Organization towards a Machine Organization. The hospitals are currently what we could characterize as a hybrid form combined of the Entrepreneurial, Machine and Diversified Organization. We conclude that in our case there exist three different typologies: the profession manager, the economic manager and the human resource manager. These three typologies are identified by the rationale behind their interpretation of their own situation.

Authors:

Gitte Brodersen

Peter Sigerseth Grøn

Changed conditions for management within the public hospitals

January 2008

Master thesis

Copenhagen Business School

The managers in the Danish hospitals have to manoeuvre in a hybrid organization as the development of management and organization principle is shifting towards an economic rationale. These conditions and structures cause the profession manager and the human resource manager to deal with a multi dimensional pressure between the outside worlds expectations and the managers own rationale and values.

Our thesis questions if we are about to terminate the implied social contract, that we all share and accept. The Welfare Commission report from 2004 suggests that we introduce a limited self financing system within the public health services. Furthermore the commission suggests that the managers in all public institutions should comply with performance requirements, and these requirements should be enforced through flexible salary and employment contracts. The question is, whether we still want a social structure based on risk sharing between citizens, or if we need to adjust our expectations of what a modern welfare community is.

At the end of the day it is the choice between equal social rights and equal access to treatment versus “the rational economic man”.

Authors:

Gitte Brodersen

Peter Sigerseth Grøn

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	1
2. Problemfelt	1
2.1 Problembeskrivelse	1
2.2 Problemformulering	1
2.3 Valg af perspektiv	4
3. Teoretisk ramme	4
3.1 Institutionel teori og historisk analyse	4
3.2 Henry Mintzberg	8
3.2.1 Organisationens seks grundelementer	8
3.2.2 Organisationens seks koordinerings mekanismer	10
3.2.3 Mintzbergs 5 forskellige organisationsformer	11
3.3 Richard W. Scott	15
4. Analysestrategi	17
4.1 Afgrænsning	18
4.2 Beskrivelse af analysedesign	18
4.3 Empiri	20
5. Metode	22
6. Analyse 1	26
6.1 Historisk institutionel analyse	27
6.1.1 Organisering i 1970erne	27
6.1.2 Styring i 1970erne	28
6.1.3 Organisering i 1980erne	29
6.1.4 Styring i 1980erne	30
6.1.5 Organisering i 1990erne	32
6.1.6 Styring i 1990erne	32
6.1.7 Organisering i år 2000	34
6.1.8 Styring i år 2000	35
6.2 Analyse	37
6.3 Delkonklusion	41
6.4 Mintzbergs organisationsformer - analyse	44
6.5 Delkonklusion	50
6.6 Konklusion	51
7. Analyse 2	53
7.1 Den faglige leder	56
7.2 Markedslederen	58
7.3 Human resource lederen	60
7.4 Konklusion	61

8. Diskussion	63
9. Konklusion	68
10. Perspektivering	70
11. Teori og metode kritik	74
 Litteraturliste	 77
 Bilag 1. Interviewguide	 79
 Figur 1 <i>Organisationens seks grundlæggende dele</i>	 9
Figur 2 <i>Mintzbergs fem organisations former</i>	12
Figur 3 <i>De basale kræfter, der virker på organisationen</i>	14
Figur 4 <i>Udvikling af fokuspunkterne styring og organisering henover tid</i>	42
 Tabel 1 <i>Plusord og begreber for de tre typologier</i>	 55
Tabel 2 <i>Sammenligning af de tre forskellige ledelsestypologier</i>	62

1. Indledning

Vores interesseområde for dette projekt retter sig mod sygehusvæsenet og den organisationsforandring, som aktuelt er igangsat af regionerne. Der er fokus på strukturerne for fremtidens sygehusvæsen, fokus på omfordeling af specialer, placering af akut funktioner og som følge heraf lukkes også eksisterende sygehuse. Med strukturreformens ikrafttræden pr. 1. januar 2007 er amterne nedlagt, og de amtskommunale opgaver er redefineret, hvorved sygehusvæsenet er overgået til regionernes regi. En ny æra er startet for sygehusvæsenet.

Vi finder det interessant at iagttage sygehusvæsenets ændrede organisationsbetingelser i et historisk lys for derigennem at perspektivere de opgaver og udfordringer, som de nuværende ledere står overfor i sygehusvæsenet på sygehus og afdelingsniveau.

Vi ønsker derfor ud fra et ny - institutionelt perspektiv overordnet at undersøge, hvordan ændringer i de institutionelle rammer i sygehusvæsenet iagttaget ud fra den førte politik på udvalgte områder påvirker og udfordrer ledelsesbetingelserne i forhold til sygehusledernes egen opfattelse af ledelse.

I første omgang undersøger vi de politiske og institutionelle ændringer i perioden 1970 til 2007, svarende til den periode, hvor sygehusvæsenet var underlagt amternes regi. Dernæst fremskriver vi en ledertypologi på grundlag af en unik case fra Region Sjælland for derigennem at problematisere de dilemmaer, nuværende sygehusledere står i sammenholdt med de for sygehusvæsenet afdækkede institutionelle rammer. På grundlag heraf kan vi udpege indikationer på mulige udviklingsscenarier i forhold til de belyste aspekter indenfor sygehusvæsenet.

Indledningsvis vil vi skitsere rammerne for vores problemfelt.

2. Problemfelt

2.1 Problembeskrivelse

Den moderne lægekunst og dermed vores sygehusvæsen har rødder tilbage til det gamle Grækenland og den først kendte lægekyndige var Hippokrates. Nyuddannede læger over hele verden sværger *Hippokrates' ed* (lægeløftet) om at øve deres lægegerning i overensstemmelse med høje etiske principper. Lægen forpligter sig bl.a. til at *"bære lige samvittighedsfuld Omsorg for den Fattige*

som for den Rige uden Persons Anseelse” og at anvende sine kundskaber ”*med Flid og Omhu*” til samfundets gavn og efterleve ”*de mig i mit Fag vedkommende Anmodninger og Bestemmelser*” samt overholde tavshedspligten. Lægekunsten har gennem tiderne ændret sig fra at være en enkelt person, der tilser den syge til at være en organisation (sygehuset), der påtager sig opgaven. Lægen er dog stadigvæk bundet af sit lægeløfte. På samme måde, er sygeplejersken bundet af et sæt faglige etiske regler, der beskriver hvordan hun skal drage omsorg for de syge og svage i samfundet.

På samme måde, som lægens opgave og funktion er ændret gennem tiden, er dette også tilfældet for patienten. Patienten er gået fra ubetinget at måtte sætte sin lid til lægen til nu at være en medspiller med lovfæstede rettigheder. Borgerens rettighed som patient i det offentlige sygehusvæsen er et område, som er udviklet med indførelsen af det frie valg, siden er tilkommet lov om patientrettighed fra 1998 og behandlingsgarantien fra 2002. Forskellige siddende regeringer har været med til at formulere reformprogrammer, der alle har det tilfælles, at de sætter borgeren i centrum. Den første landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse der blev gennemført i 2000 viste, at ventetid på behandling og kommunikation mellem sygehus og praktiserende læge var de områder, som patienterne umiddelbart påpegede som mulige indsatsområder. Borgeren var herigennem med til at formulere krav om service og behandling. Tidligere tiders autoritet og respekt, som læger og sygeplejersker via deres profession besad, er forsvundet. Sygehusvæsenet er blevet et område, hvor også massemedierne er med til at sætte dagsordenen blandt andet via fremstilling af problematiske enkeltstående patientforløb.

Ændringer som dem der er nævnt ovenfor og andre ændringer i samfundet har stor indflydelse på specielt sundhedsvæsenet, da op imod 10 procent af landets bruttonationalprodukt går til drift af dette. Man har derfor fra centraladministrationen hele tiden fokus på, at samfundet får mest muligt sundhed for pengene. Strukturreformen, som trådte i kraft 1. januar 2007 har som formuleret formål, at værditilvæksten for borgeren skal øges via effektivisering af den offentlige sektor, herunder sygehusvæsenet. Med strukturreformen er sygehusvæsenet administrativt lagt under de nyetablerede 5 regioner; de hidtidige amter nedlægges. Finansieringen består i bloktilskud fra staten på ca. tre fjerdedele af udgifterne, det resterende tilskud er kommunalt finansieret. Dele af tilskuddene er aktivitetsbestemte. Befolkningsgrundlaget, som skal sikre den økonomiske bæredygtighed i forhold til driften af sygehusvæsenet vurderes til minimum 400.000 indbyggere. En fordobling af det tidligere anslåede befolkningsunderlag. Udover at indføre aktivitetsbestemte tilskud har man også pålagt

sygehusene at overholde ventetidsgarantier som f.eks. udredning ved mistanke om kræft indenfor 48 timer.

At rammerne for offentlig ledelse har været og stadigvæk er under forandring, kan også iagttages i regeringens forslag til en kvalitetsreform. Kvalitetsreformen er blot en forlængelse af tidligere tiders moderniseringsprogrammer. Det gælder indenfor områderne budgetreform og mål- og resultatorientering, markedsstyring, ledelse og medarbejderfokus, borgerorientering og regelforenkling. Kvalitetsreformen skal derfor understrege, at den fremtidige forvaltningspolitik ikke er en særskilt centraladministrativ- eller kommunal forvaltningspolitik, men en samlet national forvaltningspolitik. Tilbage står så spørgsmålet om, hvor den offentlige sygehusleder er i alle disse struktur- og moderniseringsprogrammer. Hvilke muligheder er der for læger og sygeplejersker for at udøve ledelse uden at give køb på de værdier, der bl.a. ligger i lægeløftet. Siden 1980'erne har fokus for offentlig ledelse og derfor også ledelse i sygehusvæsenet bevæget sig mod ledelse i et markedsstyret samfund. Dette stiller den moderne sygehusleder i en række dilemmaer, idet han hele tiden skal agere inden for den etiske, politiske og økonomiske arena og man kan spørge sig selv, hvilke rammer, der i dag er for offentlig ledelse og hvordan disse rammer vil være i fremtiden? Specielt er det interessant at iagttage, om sundhedsfaglige ledere formår at omstille sig til de krav, der stilles i et markedsorienteret samfund?

Vi ser, at ovenstående problemfelt lægger op til følgende problemformulering.

2.2 Problemformulering

”Vi vil undersøge, hvordan ændringer i de institutionelle rammer for det danske sygehusvæsen, institutionelle rammer med særlig fokus på styrings- og organiseringsprincipper der konstrueres gennem styring og organisering, påvirker sygehuslederens selvopfattede ledelsesrum og hvilke spændinger, dilemmaer og problemer det medfører.”

Vi finder, at ovenstående problemformulering giver anledning til følgende delspørgsmål:

”For perioden 1970 til 2007 vil vi på grundlag af policydokumenter undersøge forandringer i styrings- og organiseringsprincipper for det offentlige sygehusvæsen med henblik på at afdække de institutionelle rammer for ledelse på sygehus- og afdelingsniveau frem til anno 2007.”

”Vi vil med udgangspunkt i nuværende sygehuslederes selvbeskrivelser opstille én eller flere ledelsestypologier og beskrive deres rationale, omverden og roller med henblik på at opstille aktuelle definitioner af det ledelsesrum, der kan genfindes på sygehus- og afdelingsniveau.”

Før vi præsenterer den egentlige analysestrategi er der behov for en præsentation af det teoretiske perspektiv, som vi vil arbejde under. Denne teoretiske ramme bliver præsenteret i næste kapitel.

2.3 Valg af perspektiv

Hovedperspektivet for vores iagttagelser er det ny - institutionelle perspektiv. Vi vil i teorioplægget præsentere såvel den historiske som den organisatoriske institutionelle tilgang, som de beskrives af henholdsvis Pierson (Pierson 2000), Streeck & Thelen (Streeck & Thelen 2005) og Scott (Scott 2001). Det betyder, at vi lægger vægt på såvel de institutionelle rammer for handling som de lokale selvpfattelser, strategier og teknologier, som vores aktører i sundhedsvæsenet handler ud fra. Som udgangspunkt har vi en induktiv tilgang til vores delanalyser. Det betyder, at vi primært anvender teorien som grundlag for vores iagttagelser af genstandsfeltet, samt til fortolkning og udpegning af mønstre, som vi kan fremanalysere i den sociale organisering og handling, vi undersøger. Først i diskussionen af vores delanalyser anvender vi teori som forklaring. I afsnittet om analysedesign, vil vi konkretisere strategien for vores analyser, og herunder vil vi præcisere, hvordan vi vil definere og anvende de forskellige institutionelle tilgange i forhold til vores analyser.

3. Teoretisk ramme

3.1 Institutionel teori og historisk analyse

Institutionel teori rummer grundlæggende tre hovedretninger bestående i organisatorisk institutionalisme, rational choice institutionalisme og historisk institutionalisme. Kendetegnende for de tre retninger er, at der kontinuerligt pågår en diskussion om stærke og svage punkter i de respektive teoretiske afsæt. Historisk institutionel teori er socialkonstruktivistisk og antager, at aktørens muligheder og præferencer ikke kan iagttages isoleret, men skal forstås, som en del af en større institutionel sammenhæng. Rational choice institutionalismen ser institutioner, som et system af regler, der er rationelt konstruerede af aktører, der søger at fremme eller beskytte sine interesser. Organisatorisk institutionalisme er på samme måde, som den historiske institutionalisme, socialkonstruktivistisk, men fokuserer på den kulturelle del af en specifik kontekst, der antages, at konstituere, rationalisere og legitimere institutioner. Den organisatoriske institutionalisme er et brud med den opfattelse af

aktører og handlen, som rational choice institutionalismen står for. Alle de dele, som rational choice institutionalismen opfatter som stabile og udefra givne, dvs. aktører, interesser og præferencer, antages i organisatorisk institutionalisme at være socialt konstruerede dvs. at de antages at være formet af den samfundsmæssige kontekst. Vi anvender elementer fra den organisatoriske og historiske institutionalisme.

Omvendt synes grænserne mellem retningerne tilsvarende flydende. Institutionel teori finder anvendelse i specifikke studier indenfor samfundsforskning.

Institutionel teori kan spores helt tilbage til Platons skrift om staten, en sammenlignende analyse af, hvordan institutioner påvirker politisk adfærd og Aristoteles' skrift om politik, hvor han specielt fokuserer på, hvordan politiske institutioner påvirker initiativer og normative værdier.

For teoriapparatet i de respektive retninger gælder, at genstanden der iagttages er institutioner, deres etablering, opretholdelse og forandring.

Den historiske institutionelle teori er blandt andet udviklet som en modkritik rettet mod efterkrigstidens behaviorisme, hvor politik blev forklaret ud fra adfærd uden hensyn til den institutionelle kontekst. Teoriretningen har fundet anvendelse såvel på det økonomisk som det politiske plan. Den økonomiske retning vil vi ikke uddybe nærmere, da vores sigte er den forvaltningspolitiske retning.

Fremstillingen af den historiske institutionalisme vil være baseret på tre nyere teoretikere omfattende professor i political science ved Berkeley University, California, Poul Pierson (Pierson 2000), professor i political science ved Northwestern University Kathleen Thelen (Thelen 2005) og professor og director ved Max Planck institute for the study of societies, Germany Wolfgang Streeck (Streeck 2005). Disse tre har været toneangivende i debatten omkring udviklingen af teori og metode indenfor denne forskningsretning. Af hensyn til overskueligheden vil vi udelukkende beskrive karakteristika for den historiske institutionalisme i dette afsnit, vel vidende, at der er mange ligheder og flydende overgange mellem de enkelte retninger.

Centralt for den historisk institutionalisme er, at den har sin styrke på makroniveau, dvs. på overordnet politisk niveau, Metodisk har retningen overordnet fokus på, hvordan politik formes af institutionerne. Historisk institutionalisme er deskriptiv i sin tilgang. Historisk institutionalisme define-

rer institutioner og det der studeres, består såvel i formelle som uformelle regler og procedurer, inkluderende de forvaltningsmæssige rettigheder og pligter. Samtidig er det institutionerne, der danner grundlaget for beslutningsprocesserne og deltagerne. Institutioner beskrives som byggestenen, der skaber social orden såvel forvaltningsmæssigt som økonomisk. Dette fører videre til de begreber, historisk institutionel teori benytter sig, som afsæt for iagttagelse af institutioner. Her er et af de centrale begreber *path dependence*, som betyder sporafhængighed. Ved path dependence forstås et handlingsmønster, som er gældende over tid og for, hvilken der vil være høje transaktionsomkostninger ved at fravige. Pierson (2000) tager udgangspunkt i Sewells definition på path dependence:

“That what happens at an earlier point in time will affect the possible outcome of a sequence of events occurring at a later time”¹.

Omvendt siger Pierson i forhold til path dependence, at politik som disciplin er mere dynamisk og foranderlig i sin udførelse end institutionerne kan honorere grundet den iboende konstitutive regelbundenhed, som er træg at påvirke. Men der pågår kontinuerligt en påvirkning af institutionerne fra omgivelserne og en politisk ageren, der er knyttet til den hidtidige måde at agere på. Path dependence er baseret på feedback, og tilpasning indenfor de institutionelle grænser. Der medfører, at institutionernes udformning har betydning for de valgmuligheder, der stilles til rådighed for beslutningstagerne og ud fra den feedback beslutningstagerne får fra deres vælgere, lærer beslutningstagerne, hvilke institutioner og hvilken politik, der tjener dem bedst. Dette er også iagttaget på tværs af nationalgrænser. Om de politiske beslutninger fremhæver Pierson yderligere, at tidshorisont i politik er fra aktørernes side ofte påvirket af ønsket om valg eller genvalg, hvorfor de kortsigtede konsekvenser for den førte politik har størst fokus. Selve den positive feedback mekanisme kan resultere i, at institutionerne anspores til at gentage eller fortsætte efter samme handlemønstre over tid, hvorved det som proces bliver selvforstærkende og selvbekræftende. Dette er endnu et centralt begreb, som kaldes *increasing return*, som resulterer i stabilitet i institutionen. Et sidste begreb er *critical junctures*, dvs. hvor sporafhængigheden brydes. Critical junctures udløses ved en forskydning af den ligevægtstilstand, som en given sporafhængighed har givet. Forskydningen kan opstå som et udslag af ændrede forudsætninger eller uforudsete begivenheder. Uagtet, at den givne ændring kan være ubetydelig af størrelse, kan den have udslagsgivende og uforudsigelige konsekvenser for de videre processer i institutionen. Timing er vigtig, forstået således at indtræffer der en be-

¹ Pierson.Poul: Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics, s. 252 in American Political Science Review, June 2000, volume 94 number 2.

givenhed på et tidspunkt i feedback mekanismen, hvor increasing return ikke er at betragte som værende konstitueret, kan det udløse critical junctures.

Pierson har yderligere nogle betragtninger i forhold til, hvordan det politiske liv kan iagttages i de politiske institutioner. Han mener, at der ikke altid er sammenhæng mellem indsats og effekt i politik. På kort sigt mener han, at politik i højere grad er baseret på autoritet end på forhandling. Politik som disciplin er mere dynamisk og foranderlig i sin udførelse, end institutionerne kan honorere grundet den iboende konstitutive regelbundenhed, som er træg at påvirke. Med disse betragtninger kan konteksten til path dependence synes at svækkes. Men kultur, gældende normer og værdier er elementer han inkluderer, som betydende parametre i den historisk institutionelle tilgang; og tilgrundliggende for vores handlinger.

Institutionelle forandringer kan iagttages med ovenanførte begreber. Thelen og Streeck mener, at fokus på, hvordan institutioner etableres og hvilke mekanismer, der har indflydelse på stabilitet omvendt kan give indikationer på, hvad der politisk kan foranledige institutionelle forandringer. Principielt mener de, at institutionel forandring pågår kontinuerligt, som konsekvens af de daglige processer og det samspil, der er henholdsvis i institutionen og med det omgivende samfund. Thelen og Streeck har på grundlag af egne og andre teoretikers empiriske og teoretiske studier fremskrevet en model, som beskriver karakteristika ved institutionel forandring. Modellen opererer med fem faser for institutionel forandring. Thelen og Streeck tilskriver den institutionelle forandring, som fremstilles via de fem faser, til at foregå som en gradvis og kontinuerlig proces. Disse fem faser på institutionel forandring vil vi kort introducere, da vi vil inddrage dem i diskussionen efter vores analyser, til at perspektivere og forklare, hvordan rationaler ændrer sig i institutioner.

De fem faser på institutionel forandring er: *displacement*, *layering*, *drift*, *conversion* og *exhaustion*. Kendetegnene, som beskriver enkelte institutionelle forandringstrin er:

Displacement, dvs. forskydning i en ellers stabil institution. Institutioner er her kendetegnet ved institutionel træghed i forhold til de normsættende institutioner. Institutionerne på dette niveau udvikler eksempelvis aktivt ny handlelogik i de eksisterende institutioner eller genopdager og aktiverer sovende eller latente institutionelle ressourcer.

Layering, dvs. aflejring, kan ses som udslag af increasing returns. Institutioner er her kendetegnet ved, at nye elementer, som tilknyttes den eksisterende institution, gradvist ændrer strukturen, den

differentieres. Udvikling af institutioner på dette niveau foregår gradvist gennem kompromisser, der over tid erstatter hidtidige mønstre eller via knopskydning i de eksisterende strukturer.

Drift, dvs. flyder, institutioner kan her se stabile ud på overfladen, men har negligeret påvirkningen fra og tilpasning til omgivelserne. Institutioner er her kendetegnet ved, at deres resultater påvirkes grundet manglende strategisk tilpasning til ændringer i omgivelserne. Det betyder eksempelvis, at hidtidige regler opretholdes, selv om betingelserne for reglerne er ændret.

Conversion, dvs. konvertering, hvilket kan opstå som konsekvens af magtforskydning i og omkring institutionen eller, at der er ændret sporafhængighed. Kendetegnet er her genfortolkning af gamle institutioner rettet mod nye formål. Behovet for genfortolkning kan skyldes manglende fremsyn på grund af begrænsninger i det institutionelle design, eller at der er indlejret institutionelle modsætninger grundet gentagne institutionelle kompromisser. Alternativt kan det skyldes en top – down, bottom – up reaktion i forhold til, at regler givet oppefra forskydes nedefra.

Exhaustion dvs. udmattelse, som udtryk for et gradvist institutionelt forfald over tid. Kendetegnene kan være aftagende ”returns”, eventuelt har institutionen nået sin grænse for vækst eller cost benefit relationerne har ændret sig. Endelig kan institutionen have undermineret egen eksistensberettigelse som naturlig konsekvens af sin udvikling.

3.2 Henry Mintzberg

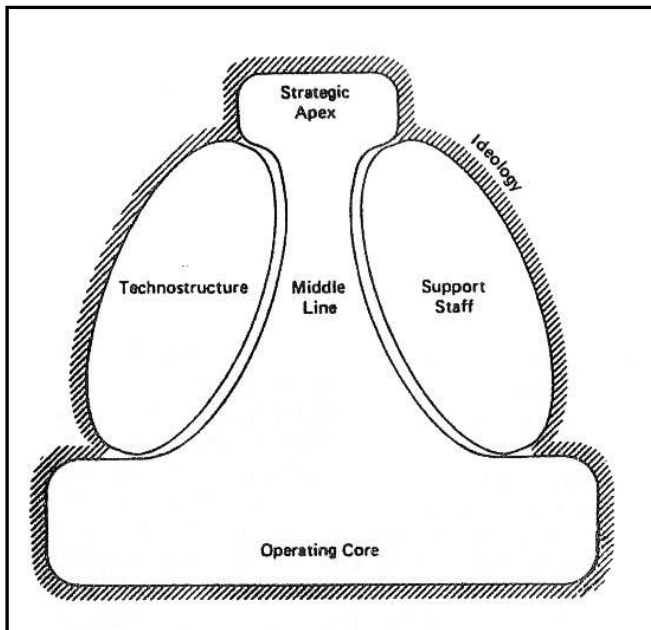
Henry Mintzberg (herefter Mintzberg) blev i 1968 uddannet med en ph.d. i management fra McGill universitet i Canada. Mintzberg er en situationsteoretiker, som lægger sin afgørende vægt på, hvorledes forskellige omverdensfaktorer præger de forskellige organisationsformer og disses organisationsproblemer.

3.2.1 Organisationens seks grundelementer

Mintzberg gør med sin organisationsteori op for antagelsen om, at der eksisterer en ”bedste” måde at organisere sig på. Mintzberg gør opmærksom på, at der gennem tiden er utallige eksempler på at f.eks. langtidsplanlægning er godt for nogle organisationer men ikke for andre. Mintzberg introducere seks forskellige byggeklodser (dele), som en organisation er bygget op af. Mintzberg tager i sine teorimodeller udgangspunkt i en basal struktur til at forklare sine teorier. Denne basale struktur er vist på figur 1. *The operating core* kan oversættes til produktionskernen, som er den del af orga-

organisationen, der udfører det basale arbejde, som er direkte relateret til produktionen eller udførelse af organisationens primære service².

Figur 1 Organisationens seks grundlæggende dele



The strategic apex kan oversættes til det planlægningsmæssige/strategiske centrum. Det er i denne del af organisationen, hvor det organisationsarbejde, som skal sikre, at organisationen udfører dets "mission" på en effektiv måde, sker. Det er også på dette niveau i organisationen, at man skal adlyde de aktører, som kontrollerer eller på anden måde har magt over organisationen³. *Middle line* kan oversættes til mellemledergruppen. Denne del danner forbindelsen mellem *the strategic apex* og *operating core* og består af en række mellemledere med autoritet tildelt af *strategic apex*, som gælder over folkene i *the operating core*⁴. Et eksempel på en sådan hierarkisk mellemledergruppe er den militære kommandovej fra general til sergent. *Technostructure* kan oversættes til stab, som er den del af organisationen, der varetager administrative opgaver, som f.eks. planlægning og kontrol af andres arbejde inden for organisationen. Denne gruppe kan derfor betragtes, som en slags kontrolgruppe, der skal effektivisere standardiseringen i organisationen⁵ ud fra rationelle kriterier. Mintzbergs *support staff*, kan bedst oversættes til hjælpeafdelinger eller støttegrupper i organisationen. Disse hjælpeafdelinger har til opgave at tilføre specialiseret teknisk hjælp uden for den egentlige

² Mintzberg, Henry, 1992, "The Strategy Process – Concepts and Contexts", s. 157

³ Mintzberg, Henry, 1992, "The Strategy Process – Concepts and Contexts", s. 158

⁴ Mintzberg, Henry, 1992, "The Strategy Process – Concepts and Contexts", s. 158

⁵ Mintzberg, Henry, 1992, "The Strategy Process – Concepts and Contexts", s. 158

produktion⁶. Et eksempel på dette er drift af cafeterier, human ressource funktioner m.m. Den sidste del er *ideology*, der nærmest ligger omkring organisationen som en halo.

Alle de personer, der er del af organisationen (strategic apex, middle line, operating core, technostructure og support staff) danner en form for *intern coalition*. Med dette menes et system indenfor hvilket medlemmerne kan distribuere magt. Uden for organisationen er der aktører, der prøver at påvirke organisationen. Disse kan opfattes som et spændingsfelt, der omgiver organisationen. Disse eksterne aktører kan f.eks. være aktionærer, fagforeninger, regulatorer m.m. Disse aktører danner det, som vi vil betegne *ekstern coalition*. Den eksterne coalition kan være passiv som det f.eks. som regel er til fældet med aktionærer, eller den kan bestå af en eller flere dominerende aktører. De dominerende aktører kan øge pres på organisationen ud fra forskellige holdninger og ønsker. Organisationens stabilitet afhænger således af, hvordan organisationens eksterne coalition er sammensat og om den er passiv eller fjendtlig.

3.2.2 Organisationens seks koordinerings mekanismer

Mintzberg opererer i sin organisationsteori med seks forskellige koordineringsmekanismer, som organisationen kan benytte.

Mutual adjustment der bedst kan oversættes som gensidig tilpasning er den form for koordinering, der bygger på uformel kommunikation mellem to personer. De to personer, som udfører arbejdet kommunikerer med hinanden for at koordinere dette – på samme måde som to personer, der ror i kano, skal koordinere, hvordan de skal padle. Denne form for koordinering er den mest naturlige måde og benyttes derfor også i de mest simple organisationer.

Direct supervision kan bedst oversættes som direkte overvågning er den form for koordinering, hvor en person giver ordre til andre. Denne form for koordinering ses mest, når en række personer skal arbejde sammen. F.eks. kan en stor kano med 15 personer ikke koordinere ved hjælp af gensidig tilpasning. Her er der brug for en leder, der via en række instruktioner kan koordinere deres arbejde.

⁶ Mintzberg, Henry, 1992, "The Strategy Process – Concepts and Contexts", s. 158

Udover de overfor nævnte koordineringsmekanismer kan en organisation også vælge at benytte standardisering som koordineringsværktøj. Mintzberg definerer fire forskellige måder at standardisere på.

Standardisering af arbejdsprocesser betyder arbejds-specifikationer eller instruktioner. Her går man ind og direkte udarbejder instrukser for, hvor arbejdet skal udføres. Denne standardisering bliver som regel udført af technostrukturen og kan bedst illustreres med den illustration/instruktion, der følger med gør-det-selv møbler.

Standardisering af produkter betyder, at man her ikke kigger på, hvordan arbejdet bliver udført, men hvordan resultatet er. Et eksempel kan være, at en leder bliver påbudt, at organisationen skal sælge 10 procent mere. Det er her målet og ikke midlet, der er i fokus.

Standardisering af færdigheder betyder, at koordineringen sker gennem tillærte færdigheder, der som regel er lært før man træder ind i organisationen (skole, universiteter m.m.). De enkelte arbejdere ved, hvad de kan forvente af de andre, da deres rutiner er givet gennem deres uddannelse/træning. Et eksempel er f.eks. kirurger og anæstesiologer, der kan gennemføre en kompleks operation uden at tale sammen. Den ene ved, hvad den anden gør qua deres uddannelse og træning.

Standardisering af normer betyder, at alle medlemmer af en organisation har og agerer efter det samme sæt af værdier og normer. Organisationer, der benytter standardisering af normer som koordineringsværktøj, er f.eks. religiøse sekter. Når et medlem er konverteret til den religiøse sekt, vil dette medlem med alle midler sørge for, at organisationen når sit mål.

3.2.3 Mintzbergs 5 forskellige organisationsformer

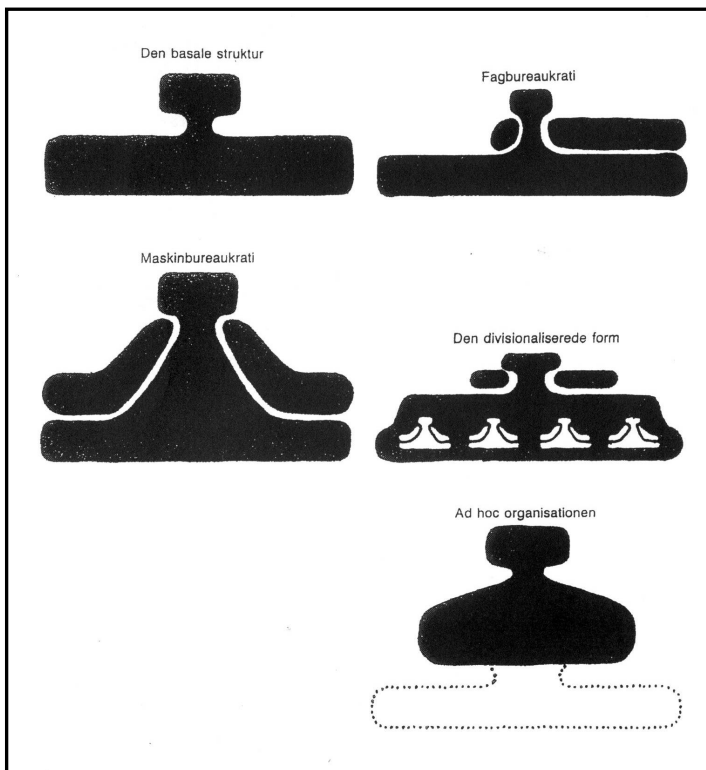
Mintzberg har efter gennemgang af organisationslitteraturen konstrueret fem organisationstyper (figur 2), der er nærmere beskrevet nedenfor.

Den basale struktur

Den enkle struktur er mest udbredt i mindre organisationer. Der er typisk kun én eller få topledere. Det er typisk driftsherrevirksomheder med ejeren som eneste person i det strategiske centrum. Størstedelen af koordineringen finder sted gennem direkte supervision. Strukturen er oftest organisk, da der oftest er tale om vekslende arbejdsopgaver for de ansatte. Organisationsformen vil, som oftest

kunne findes de steder, hvor teknologien er relativt enkel, og hvor dynamikken er høj. Hvis en mere komplekst organisation kommer i krise vil den, som regel falde tilbage til denne form for organisatorisk struktur.

Figur 2 *Mintzbergs fem organisations former*⁷



Den basale struktur

Den enkle struktur er mest udbredt i mindre organisationer. Der er typisk kun én eller få topledere. Det er typisk driftsherrevirksomheder med ejeren som eneste person i det strategiske centrum. Størstedelen af koordineringen finder sted gennem direkte supervision. Strukturen er oftest organisk, da der oftest er tale om vekslende arbejdsopgaver for de ansatte. Organisationsformen vil, som oftest kunne findes de steder, hvor teknologien er relativt enkel, og hvor dynamikken er høj. Hvis en mere komplekst organisation kommer i krise vil den, som regel falde tilbage til denne form for organisatorisk struktur.

Maskinbureaukratiet

Maskinbureaukratiet bliver også betegnet som den mekanistiske organisationsform. Formalisering og specialisering af arbejdsrutiner er nøgleordene for denne organisationsform, hvor der findes store arbejdsenheder samt veludviklede planlægningssystemer. Maskinbureaukratiet forekommer oftest i

⁷ Mintzberg, Henry, 1981, "Den velsiddende organisation: Pasform eller modekonfektion?", s. 43

større, ældre og veletablerede organisationer med en stabil omverden, hvor koordinering sker ved standardisering af arbejdsprocesser.

Fagbureaukratiet

Denne form for bureaukrati kaldes også for *professionsbureaukratiet*, da den findes overalt, hvor professioner spiller en vigtig rolle i produktionskernen. Denne organisationsform er præget af horisontal specialisering og decentralisering. Koordinering sker gennem standardisering af færdigheder. Fagbureaukrati som organisationsform findes som regel i komplekse og stabile omgivelser.

Ad hoc organisationen

Ad hoc er organisationen den mest organiske af de 5 organisationsformer, som Mintzberg arbejder med. Formen findes i nye organisationer, der mest er orienteret mod innovation og løsning af opgaver, hvor koordineringen sker gennem gensidig tilpasning. Det er typisk konsulentvirksomheder og forskningsafdelinger, der kan relateres til denne organisationsform. Ad hoc anvendes organisationen tilmed bedst i en meget dynamisk verden, hvor kompleksiteten er høj.

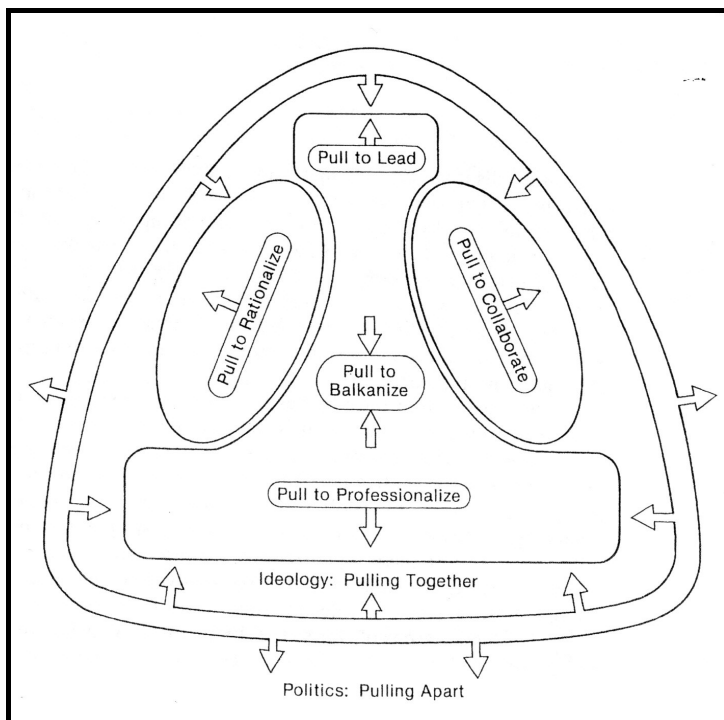
Den divisionaliserede organisationsform

Dette er en organisationsform, som oftest opstår som en videreudvikling af Maskinbureaukratiet. Den forekommer oftest, hvis virksomhedens markeder har differentieret sig i forhold til hinanden. Koordinering sker ved en standardisering af produkter for de enkelte divisioner.

Påvirkning af den grundlæggende struktur

Når man ændrer ved de forskellige dele af organisationen, vil man opnå forskellige resultater, hvilket fremgår af figur 3. På denne figur kan man se, at man ved at trække i en retning kan fremme disse dele af organisationen. Hvis man påvirker *the strategic apex*, jf. figur 1, centraliserer man magten i organisationen til toppen: enkel struktur. Ved påvirkning af *middle line* fordeles magten ud til divisionsform, hvor mellemlederne fremhæves. Påvirkning af *the operating core* vil føre til mere selvstændigt arbejde for organisationens arbejdere. De vil besidde en viden, som de overfører til produktet uden indblanding fra andre: Fagbureaukrati. Påvirkning af *the technostructure* vil betyde mere standardisering af arbejdsprocesserne i retning af et maskinbureaukrati.

Figur 3 De basale kræfter, der virker på organisationen⁸



Det er organisationens specialister, som i dette tilfælde får lov til at bestemme arbejdsgangen i organisationen, hvorfor de opbygger modeller til strukturering af arbejdet. Påvirkning af *support staff* vil føre til en organisation i retning mod ad hoc organisering, hvilket betyder en flydende organisation med mere ligelig magtfordeling. Dette vil i forbindelse med arbejdsopgaver betyde, at organisationen har stor specialiseringsevne og er mere modtagelig for ændringer⁹.

Det er i forbindelse med påvirkning af et af disse områder, at der, ifølge Mintzberg, opstår forandringer i organisationer. Ved at bestemme, hvilket af disse områder, der bliver påvirket, kan man nogenlunde bestemme, hvilken fremtidig form organisationen vil tage, rent konfigurationsmæssigt. Mintzberg har udviklet sin teori om strukturering af organisationer på grundlag af en syntese af tidligere tiders teoretiske antagelser om "one best way" at indrette organisationer på. Mintzbergs epistemologiske ståsted, er i forlængelse af tidligere teoretikere den, at det er muligt at skabe bedre organisationsrammer. Springet består i, at Mintzberg opererer med 5-7 mulige strukturer og ikke kun én. Disse konfigurationer interagerer i forskelligt omfang afhængig af organisationens art, formål og omverdens tilknytning. Med sin teori anlægger Mintzberg nogle analytiske betragtninger på organisationer og deres organisationsform, som afspejler organisationens opgaver, teknologi og om-

⁸ Mintzberg, Henry, 1992, "The Strategy Process – Concepts and Contexts", s. 169

⁹ Mintzberg, Henry, 1992, "The Strategy Process – Concepts and Contexts", s. 173

verdenen. Mintzbergs teori er at kategorisere som en systemteori, hvor organisationen skal forstås som et åbent system, der er i kontakt med omverdenen og kontinuerligt præges heraf. Internt er organisationen karakteriseret ved elementer, som er forbundet via strukturer og som samlet har en klar afgrænsning til omverdenen. Mintzbergs teori har sin styrke på mikroniveau qua sin detaljering af strukturerne i organisation samt i forholdet til den eksakte situation og omverdensforståelse for netop den specifikke organisation. Teoriens styrke er således, at den analytisk kan skabe viden om og i den enkelte organisation specielt udsige, hvor der er spændinger og dynamik indlejret i organisationen.

3.3 Richard W. Scott

Richard W. Scott (herefter Scott) har gennem sit arbejde indenfor den organisatoriske sociologiske institutionelle teori bl.a. været med til at definere institutioner, og hvordan disse kan studeres. Scott beskriver i sin bog *Institutions and Organizations* en analysemodel, som opfanger og fastholder nogle af de forskelligartede begreber ved institutionaliseringen af organisationer. Scott giver i sin bog følgende definition af en institution:

- *Institutions are social structures that have attained a high degree of resilience*
- *Institutions are composed of cultured-cognitive, normative, and regulative elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life.*
- *Institutions are transmitted by various types of carriers, including symbolic systems, relational systems, routines, and artifacts*
- *Institutions operate at multiple levels of jurisdiction, from the world system to localized interpersonal relationships.*

De institutionelle elementer har betydning for, hvorledes det organisatoriske felt og form konstrueres. De er meningssystemerne i organisationen og er medvirkende til, at mennesket kan dele gensidige forståelser. Når forståelser deles, giver det mulighed for, at aktiviteter kan tages for givet og rutiner opstår. Meninger opstår mellem mennesker, derfor vil meninger påvirkes af den menneskelige adfærd.

Den organisatoriske sociologiske institutionelle teori handler om den organisatoriske administrative struktur og om de forhold, som vi i det daglige tager for givet. Disse forhold kan beskrives, som en lang række af værdier, forestillinger og antagelser om, hvordan verden ser ud. Scott angiver, at disse

forestillinger anses som socialt skabte. Scott har igennem sit arbejde udviklet en systematik, der kan bidrage til at forstå forholdet mellem institutionelle teorier. Teorier kan med denne systematik, opdeles efter deres opfattelser af det teoretiske ståsted, deres aktørbegreber og handlingsrationaler samt deres forståelse af de dynamiske principper ved institutionerne. Det teoretiske ståsted placeres på en skala, der går fra en realistisk tilgang som den ene yderposition til en socialkonstruktivistisk tilgang som den anden yderposition. Positionen på denne skala står i sammenhæng med teoriens opfattelse af institutionernes dynamiske princip. Scott inddeler det dynamiske princip ved at opstille en typologi bestående af tre søjler, der på hver på deres måde lægger vægt på, hvordan institutioner dannes, vedligeholdes og udvikles.

Den *regulative* søjle har som fokus institutioners brug af formelle regler som dynamisk princip. Den regulative søjle kan derfor beskrives som formelle eller uformelle regler, som regulerer eller indskrænker adfærd. Overholdelse af reglerne monitoreres og en eventuel overskridelse af disse vil medføre sanktioner, mens en overholdelse vil blive belønnet. Sanktioneringen ses, som et forsøg på at påvirke fremtidig adfærd. Sanktioneringen kan være både formel som f.eks. politi og domstole eller i form af at udelukkelse fra fællesskabet..

Den *normative* søjle fokuserer på normer som værende det dynamiske princip. I modsætning til regler er normer uformelle sociale spilleregler, der gælder i en given kontekst. Den normative søjle kan beskrives som værdier og sædvaner/normer. Værdier er forestillinger om det foretrukne og det ønskede sammenholdt med konstruktionen af standarder, hvor eksisterende struktur eller adfærd kan sammenlignes og bestemmes. Normerne beskriver, hvordan tingene skal gøres. Normerne er kun delvist synlige, men for så vidt som de kan iagttages, er det muligt at tilslutte sig en norm eller fornægte den.

Den *kulturelle-kognitive* søjle kan beskrives, som de regler, der skaber virkeligheden og de rammer gennem hvilke mening opstår dvs. det punkt hvorfra regler og normer iagttages. De kognitive institutioner er oftest dem, vi som mennesker tager for givet dvs. vores verdensbilleder. Inden for det kognitive paradigme vil det en person gør være en funktion af personens egen opfattelse af omgivelserne.

Institutioner kan ifølge Scott bæres af fire forskellige veje: symbolske systemer, relationelle systemer, rutiner og symboler. Hvordan de forskellige bærere opfattes er forskelligt fra søjle til søjle. I den regulative søjle opfattes det symbolske system som regler eller love, hvorimod man i den normative søjle vil opfatte det som værdier eller forventninger. I den kulturelle-kognitive søjle vil man opfatte systemet som klasser, ligheder og forskelligheder. I den regulative søjle opfattes det relationelle system som ledelse og magt, hvor man i den normative søjle vil betragte det som regime eller autoritære systemer. I den kulturelle-kognitive søjle opfattes det relationelle system som strukturel isomorfisme eller identiteter. Som nævnt kan institutioner også bæres af rutiner, som i den regulative søjle vil blive tolket som protokoller, men som i den normative søjle vil blive tolket som funktioner eller roller. I den kulturelle-kognitive søjle betragtes rutiner som en drejebog. Sluttelig anfører Scott, at institutioner kan bæres af symboler, der i det regulative system ses som objekter, der er i overensstemmelse med fremsatte specifikationer, hvor det i den normative søjle ses som objekter, der lever op til givne standarder og aftaler. Symboler vil i den kulturelle-kognitive søjle være objekter, der besidder symbolsk værdi.

Sluttelig anfører Scott, at institutionernes rækkevidde kan være fra lokale (mellem enkelte aktører) til verdensomspændende.

En analyse, der tager udgangspunkt i ovenstående er derfor nødt til at forholde sig (spørge) til de tre iagttagelsesplaner regulative, normative og kulturelle-kognitive. Den endelige beskrivelse af en organisation vil derfor altid være en sammenblanding af alle tre søjler. Gennem de svar, man får fra ens empiri ved at spørge til de tre iagttagelsesplaner, kan man opstille en model/billede af den organisation, man iagttager.

Efter at vi har præsenteret den teoretiske ramme er vi nu i stand til at gå videre med vores analysestrategi.

4. Analysestrategi

Dette kapitel beskriver, hvordan vi kommer fra vores problemformulering som vi tidligere har opstillet (se kapitel 2) og frem til konklusionen. Vi vil begrunde og beskrive vores analysedesign og metode. Herunder vil vi operationalisere den introducerede teori, udpege og afgrænse genstand og empiri for de enkelte delanalyser samt beskrive den konkrete fremgangsmåde.

4.1 Afgrænsning

Vi har i opgaven valgt at afgrænse os tidsmæssigt til perioden fra 1970 til 2007. Disse to årstal markerer de sidste to strukturreformer, der har haft indflydelse på det offentlige sundhedsvæsens organisering.

Vi har desuden af tidsmæssige årsager valgt kun at betragte en enkelt region (Region Sjælland) og ikke hele landet. Det betyder, at vi har en unik case, som udelukkende repræsenterer aspekter fra Region Sjælland som organisation. Vi er dermed klar over, at dette afskærer os fra muligheden for at generalisere i forbindelse med den efterfølgende konklusion.

4.2 Beskrivelse af analysedesign

Her vil vi konkretisere vores analysestrategi, herunder den institutionelle tilgang.

Første analyse tager afsæt i spørgsmålet:

”For perioden 1970 til 2007 vil vi på grundlag af policydokumenter undersøge forandringer i styrings- og organiseringsprincipper for det offentlige sygehusvæsen med henblik på at afdække de institutionelle rammer for ledelse på sygehus- og afdelingsniveau frem til anno 2007.”

Dette spørgsmål belyser vi gennem to delanalyser. Første delanalyse foregår på makroplan i overensstemmelse med den historiske institutionelle tilgang, hvor iagttagelsesstyrken netop tilskrives at omhandle den overordnede politiske eller sociale orden for et givent felt. Det niveau, hvorfra vi iagttager, definerer vi i denne sammenhæng som det regeringspolitiske niveau. Dermed tager vi afsæt i policydokumenter primært bestående af ministerielle betænkninger og bekendtgørelser, idet disse afspejler det politisk autoritative og meningsdannede niveau. Genstanden vi iagttager, er principperne for styring og organisering i sygehusvæsenet, hvilket knytter an til det normative og regulative plan ifølge Scotts terminologi. Med organisering mener vi som udgangspunkt ledelses- og organisationsmodeller og opgaver. Med styring mener vi finansiering og styringsteknologier herunder patientrettede styringsteknologier. De to principper inkluderer flere iagttagelsespunkter i forhold til de institutionelle rammer. De to principper vil vi uddybe nærmere i metodeafsnittet. Ved analyse af policydokumenterne for perioden ud fra principperne for organisering og styring er det vores mål at beskrive det institutionelle set up. Med afsæt i dette vil vi udpege de forandringer forstået som *path dependence* og *critical junctures*, som vi tolker at kunne identificere for perioden. I den anden delanalyse tager vi udgangspunkt i det beskrevne institutionelle set up og de udpegede forandringer og fortolker disse ud fra *Mintzbergs modeller for organisationsformer*. Denne delanalyse foregår på

mikroplan dvs. på institutionsniveau. På grundlag af de modeller for organisering af sygehusvæsenet, som vi hermed kan identificere indenfor den analyserede tidsperiode, kan vi afdække de strukturelt ændrede betingelser forstået som de institutionelle rammer for ledelse og dermed for ledelsesrummet anno 2007. Ledelse, konditioneres som rum via de institutionelle rammer, og dannes i denne sammenhæng både af det formelle strukturelle ledelsesrum, som af det aktør skabte ledelsesrum, der er baseret på selvopfattelser og handlestrategier. Det formelle ledelsesrum er indlejret i det strukturelle her beskrevet ved de iagttagede normative og regulative forhold, som angiver ”magt over” forholdet, beslutningsmyndigheden og pladsen i hierarkiet. Det aktørrettede kommer til udtryk i det oplevede samspil, som vi iagttager aktørerne imellem indenfor de givne strukturer og angiver ”magt til” forholdet. Herved perspektiveres de strukturelle spændingsfelter i ledelsesrummet som udtryk for forandringer. I relation til ledelsesrummet refereres til autonomi, hvilket skal forstås som den status og autoritet og dermed det ”magt til” forhold, som er knyttet til faget som profession.

Vores anden analyse tager afsæt i følgende spørgsmål:

”Vi vil med udgangspunkt i nuværende sygehuslederes selvbeskrivelser opstille én eller flere ledelsestypologier og beskrive deres rationale, omverden og roller med henblik på at opstille aktuelle definitioner af det ledelsesrum, der kan genfindes på sygehus- og afdelingsniveau.”

Det, at analysen foregår på mikroniveau, skal ses i sammenhæng med, at vi her bevæger os konkret på sygehusniveau. Udgangspunktet er her en organisationssociologisk institutionel tilgang med vægt på den meningsdannede dimension, hvilket betyder, at institutioner her defineres gennem de værdier, antagelser og forestillinger, som sygehuslederne udtrykker i deres selvbeskrivelser. Genstanden, vi iagttager, er således ledernes selvbeskrivelser og mere præcist, hvordan de beskriver deres ledelsesrum formet af specifikke institutionelle rammer. Vi vælger at definere ledelsesrummet, som bestemt af lederens omverden, enhed, organisationsopfattelse, lederidentitet og – roller og derfor udelukkes alle andre dele af ledelsesrummet i vores analyse. Institutioner skal her, som begreb ses i sammenhæng med Scotts terminologi. Ifølge Scott er institutioner sociale strukturer, som blandt andet kommer til udtryk gennem de regler, normer og opfattelser, som tilkendegiver at give stabilitet og mening i ledelsesmæssig sammenhæng. Med andre ord bevæger vi os på grænsen af institutionel teori og diskursanalyse, da vi konkret vælger at genstandgøre det institutionelle som den sociale meningsdannelse, der kan iagttages via lokale selvbeskrivelser, strategier, målsætninger samt styrings- og ledelsesmæssige udfordringer (Andersen 1999). Analysestrategisk spørges til det

sociale på såvel det regulative, det normative som kulturelt - kognitive plan. Vi benytter altså Scott i tilpasset form som iagttagelsesapparat i forhold til en specifik socialt afgrænset meningsdannelse, idet vi benytter Scotts søjleinddeling til at sortere og systematisere selvbeskrivelserne med. På grundlag heraf udpeges en typologi (tendenser) bestående i, hvordan sygehuslederne konkret opfatter deres ledelsesrum defineret ved deres omverdens- og organisationsforståelse og deres udpegning af konkrete mål og udfordringer. Det ledelsesrum, der her kan skitseres via praksis, ønsker vi efterfølgende at sammenholde med den af Mintzbergs organisationsformer, som vi har fremskrevet i den første analyse. I de anførte analyser anvender vi forskelligt empirisk materiale, som vi vil specificere i det følgende afsnit.

4.3 *Empiri*

Som empiri benytter vi forskellige datakilder. I den første analyse benytter vi os af indsamlet litteratur bestående i ministerielle betænkninger og bekendtgørelser, nøgletal fra sundhedsstyrelsen og landspatientregisteret til belysning af organiserings- og styringsprincipperne for derved at kunne undersøge forandringer i det offentlige sygehusvæsen ud fra en historisk institutionel tilgang. Tidsmæssigt har vi indhentet materialer for perioden 1970 - 2007. Det har været vanskeligt at fremskaffe policydokumenter for perioden omkring starten af 1970'erne, hvorfor vi her har anvendt gengivelser fra historiske kilder (Bogason 2000) (Vallgård 1992). Vi tillægger disse kilder høj validitet, da de er baseret på et bredt kildemateriale. Formålet med at anvende disse kilder er, at vi kan sætte den indledende scene for det institutionelle set up i forhold til organiserings- og styringsprincipperne, hvorved vi har et udgangspunkt for vores videre analyse.

I den *anden analyse* benytter vi os af det indsamlede datamateriale fra 11 interview af henholdsvis 9 sygehusledere fra funktionsbærende enheder og 2 sygehusledere på direktionsplan. Alle interviews er foretaget i Region Sjælland, på henholdsvis Sygehus Syd og Sygehus Vest. Organisatorisk består Region Sjælland af tre sygehusgrupperinger, Sygehus Nord, Sygehus Vest og Sygehus Syd. Sygehus Nord deltog ikke i interviewene. Direktionen for Sygehus Nord begrundede afslaget med arbejdspress grundet igangværende implementering af den ny hospitalsplan. Dertil skal siges, at Region Sjælland er i gang med implementering af Hospitalsplan version 2 efter regionens etablering januar 2007. Fra årsskiftet vil regionen organisatorisk være opdelt i to sygehusgrupperinger, bestående af Sygehus Nord og Sygehus Syd. Sygehus Vest bliver organisatorisk, ledelsesmæssigt og speciemæssigt indplaceret i enten Sygehus Nord eller Sygehus Syd. Direktionen fra Sygehus

Vest, som vi interviewede fortsætter som direktionschef på sygehus Syd. For de øvrige ledere vi interviewede i perioden 31.08.07 – 02.11.07 var gældende, at deres fremtidige stilling var uafklaret på daværende tidspunkt.

Organisatorisk har Region Sjælland været opbygget med funktionsbærende enheder, som er etableret tilbage i 2004. Det betyder, at de ledere vi har talt med, har ledelsesansvar for flere afdelinger indenfor det pågældende speciale fordelt på flere matrikler. Eksempelvis kan et ledelsesområde omfatte afdelinger på Fakse Sygehus, Nykøbing Falster Sygehus, Nakskov sygehus og Næstved Sygehus. Med den ny organisationsplan, som træder i kraft ved årsskiftet 2008, nedlægges de funktionsbærende enheder. Fremover vil afdelingerne være organiseret med afdelingsledelser og dermed i overvejende grad være tilknyttet en matrikel.

I tilrettelæggelsen af interviewene har vi tilstræbt så bred specialespredning som muligt for derved at sikre bredden i ledelsesperspektivet. Selve specialet er uden betydning for os. Vi har tilstræbt en ligelig præsentation af ledende sygeplejersker og læger. Det betyder også, at vi i vores udvælgelse ikke har taget hensyn til om det var mandlige eller kvindelige ledere, der sad i lederstillingerne. Vi har interviewet 5 ledende overlæger, 3 ledende oversygeplejersker, 1 overjordemoder, foruden den sygeplejefaglige og den lægefaglige leder fra direktionen. Interviewene er tilrettelagt som delvis strukturerede. Forud for interviewet havde deltagerne modtaget et brev, som meget overordnet og begrænset til et par enkelte linjer som introducerede til, hvad vores fokus var. Med vores relativt meget åbne vejledende interviewguide tilstræbte vi at få data således, at vi siden kunne anvende Scotts begreber til systematisering af interviewene.

Den vejledende interviewguide (bilag 1) var tilsvarende formuleret ud fra Scotts aspekter omfattende det regulative, det normative og det kulturelt – kognitive. For at få belyst det regulative aspekt spørger vi overordnet til, hvori de konkrete og de vigtigste ledelsesopgaver består, og hvad der styrer deres hverdag (spørgsmål 2 og 5) med det sigte, at lederne eksempelvis kan udpege styringsværktøjer, eller organisatoriske forhold, som de finder væsentlige i deres hverdag. Det normative og det kulturelt kognitive søger vi at spørge bredt til via spørgsmålet om, hvor sygehusvæsenet er på vej hen (spørgsmål 1), og hvordan de vil beskrive visionen for egen afdeling og eller, hvordan en status om to år ville se ud (spørgsmål 4) for derigennem at få et indtryk af deres referenceramme, og hvordan de definerer egen organisation og omverden. Tilsvarende spørger vi, hvilke ledelsesmæssi-

ge kompetencer de prioriterer hos deres afdelingsledere, for at de derigennem kan udtrykke deres ledelsesmæssige værdier, og eventuelt definere egen identitet og rolle.

Interviewene forløb meget forskelligt, idet vores tilgang var åben, måtte vi også erkende, at vi fik mange oplysninger, som nødvendigvis må falde uden for vores emneafgrænsning. Omvendt tillægger vi den åbne interviewform, at de enkelte ledere hver især udviste stor interesse og engagement under interviewet. De enkelte samtaler var planlagt til en varighed på tre kvarter til en time. Vi optog de enkelte interview, og vedlægger dem opgaven som disk. Interviewteknisk oplevede vi det vanskelige ved til tider at acceptere pauser i samtalen, samt undgå at nikke eller smile på steder, hvor det for den interviewede kan have en ikke intenderet effekt. Alle ledere med en undtagelse havde flere års praktisk ledererfaring og en varierende grad af teoretisk lederuddannelse omfattende enkelt kurser (f.eks. OLAU¹⁰), diplomuddannelser, masteruddannelser og kandidatgrader.

Efterfølgende har vi hørt vores optagelser og har nedskrevet de punkter, vi analytisk kan bruge. Derudover har vi pr. mail rettet henvendelse til de enkelte ledere og efterspurgt skriftlig materiale vedrørende deres funktion via en stillings- funktionsbeskrivelse. Der forefindes ikke en fælles skabelon for lederne i de funktionsbærende enheder. Funktionsbeskrivelserne er individuelle. Vi har modtaget funktionsbeskrivelser fra 8 af de interviewede, for én leder forefindes der ingen og to har ikke responderet. Derudover har vi benyttet os af officielt materiale fra Region Sjællands hjemmeside. Niveaueet for informationer om de enkelte sygehuse i Region Sjælland på Internettet er generelt sparsomt og af meget varierende karakter.

På basis af den indsamlede empiri, som vi analyserer ud fra vores angivne teoretiske vinkler og beskrevne analysedesign kan vi i det følgende afsnit konkretisere og specificere den metodiske tilgang.

5. Metode

Som tidligere nævnt er vores undersøgelse delt op i to analyser jævnfør delspørgsmålene i vores problemformulering.

Den første analyse gennemfører vi via to delanalyser. Den første delanalyse har overordnet fokus på de forandringer, der er sket i forhold til principperne for organisering og styring i det institutionelle

¹⁰ Overlægers Ledelses- og Administrations Uddannelse

set up. Den anden delanalyse har fokus på, udviklingen og forandringen af ledelsesrummet dannet af de institutionelle rammer på sygehus og afdelingsniveau gennem anvendelse af Mintzbergs modelorganisering som fortolkningsværktøj på det institutionelle set up og de forandringer, vi fandt under første delanalyse.

I første delanalyse vil vi på makroniveau med afsæt i de valgte principper for organisering og styring og ud fra en historisk institutionel tilgang i første omgang beskrive det institutionelle set up for sygehusvæsenet i perioden 1970 til 2007. At analysen foregår på makroniveau hænger sammen med, at vi ser på den politik, der føres på nationalt niveau rettet mod det samlede sygehusvæsen. Vi anlægger således et top – down aspekt. Med den historisk institutionelle tilgang ønsker vi at afdække, hvordan udviklingen af strukturerne i forhold til principperne har udviklet sig over tid. Udviklingen af strukturerne har afsæt i de værdier, normer og holdninger, der er fremherskende på det givne tidspunkt. De to principper, vi forfølger analytisk i de benyttede policy dokumenter, er organisering af og styring i sygehusvæsenet. Grunden til, at vi har valgt disse to iagttagelsespunkter er, at de knytter an til det normative og regulative plan i Scotts terminologi. Netop disse foreskrivende og regulerende forhold er at genfinde i ministerielle betænkninger og bekendtgørelser, som udtrykker det politisk autoritative og meningsdannende niveau. Samtidig har vi fundet det nødvendigt i forhold til at belyse de institutionelle forandringer, at tolke organisering og styring bredt med flere iagttagelsespunkter.

Med organisering mener vi:

- Ledelses og organisationsmodeller, som de fremstilles strukturelt og semantisk.
- Ledelses - og administrationsopgaver, ledelsesansvar og ledelseskompetencer samt faglig og ledelsesmæssig autonomi.

Med styring mener vi:

- Finansiering herunder budgetmodeller, som de fremstilles semantisk og indholdsmæssigt.
- Behandlingskapacitet og personale ressourceforbrug
- Styringsteknologier, som udtryk for udgiftsstyring, herunder beskrivelse af produktivitet, effektivitet, ydelsesregistreringer, benchmarking og kvalitets og servicemål, og takststyring.
- Patient rettede styringsteknologier som brugerundersøgelser, patientrettigheder, ventetid og frit sygehusvalg.

Analysen af principperne for organisering og styring struktureres i 10 års perioder for at give overblik; perioderne er således uafhængige af regeringsskift. Analysen af principperne er struktureret ud fra de listede iagttagelsespunkter.

Dernæst vil vi beskrive de forandringer forstået som *path dependence* og *critical junctures*, som vi tolker at kunne identificere for perioden. De nævnte begreber er elementer af det metodiske iagttagelsesapparat, som den historisk institutionelle teori benyttes sig af. Vi benytter begreberne til at udpege spor, sporafhængighed og brud som har betydning for det offentlige sygehusvæsen i den nævnte tidsperiode for de iagttagede fokuspunkter.

I anden delanalyse vil vi på mikroniveau dvs. på institutionsniveau anvende beskrivelserne fra det identificerede institutionelle set up og de udledte forandringer og fortolke disse via *Mintzbergs modeller for organisationsformer*, hvorved vi kan udlede de institutionelle rammer for ledelsesrummet på sygehus og afdelingsniveau. At vi nu bevæger os på mikroniveau betyder, at vi fremskriver generelle idealtyper på organisering i perioden, som vi kan afdække på basis af de iagttagede principper og de dertil knyttede forandringer. Vi fremstiller og betragter sygehusvæsenet som ét generisk sygehus. Som i første delanalyse strukturerer vi også denne analyse i de samme 10 års perioder for at bevare overblik og sammenhæng. Mikroniveau betyder her sygehusvæsenet betragtet som én organisation, dermed er der tale om en generalisering. Mintzbergs modeller for organiseringsformer kan som analyseramme og fortolkningsværktøj benyttes til at fremstille de institutionelle rammer for ledelsesrummet igennem perioden. Mintzbergs teori har netop fokus på det strukturelle i organisationer, og kan anskueliggøre spændinger og dynamikker i den givne organisation, i forhold til de organisationsstrukturer, vi kan belyse. Mintzberg opererer med et omverdensbegreb i sin organisationsmodel. Omverdenen er i denne sammenhæng det politiske niveau svarende til, at det er herfra vi indsamler vores empiri via policydokumenterne. Vores anliggende er at benytte Mintzbergs teori som et slags forstørrelsesglas, der skal vise hvorvidt og på hvilken måde de organisatoriske strukturer har ændret sig fra 1970 til 2007 for dermed at afdække de spændingsfelter ledelsesrummet anno 2007 indeholder dels i forhold til det strukturelle og dels i forhold til de aktører, som skal agere i feltet.

De to delanalyser skal tilsammen besvare spørgsmålet

”For perioden 1970 til 2007 vil vi på grundlag af policydokumenter undersøge forandringer i styrings- og organiseringsprincipper for det offentlige sygehusvæsen med henblik på at afdække de institutionelle rammer for ledelse på sygehus- og afdelingsniveau frem til anno 2007.”

Den organisationsmodel, vi kan fremskrive i Mintzbergs modeller for organisationsformer på grundlag af delanalyserne, danner med besvarelsen af den følgende analyse grundlag for besvarelse af vores problemformulering.

Vores første delkonklusion tager udgangspunkt i makroniveauet (stat, region, sygehus) men er blind over for det, der foregår på mikroniveau (afdelingerne). Vores anden analyse har derfor til formål at afdække det ledelsesrum, der eksisterer på mikroniveau. Med henblik på at sammenholde ledelsesrummet med den af Mintzbergs organisationsformer, som vi har fremskrevet i den første analyse – herunder at få vurderet, hvilke spændinger der eksisterer mellem de forskellige ledelsesrum og mellem det enkelte ledelsesrum og organisationsformen.

Den anden analyse tager afsæt i vores indsamlede empiri fra de personlige interview med henholdsvis 9 sygehusledere fra funktionsbærende enheder samt 2 sygehusledere på direktionsniveau. Interviewene er foretaget på baggrund af den vejledende interviewguide, vi har udarbejdet på grundlag af Scotts institutionsbegreb og hans aspekter på, hvordan institutioner kan iagttages. Genstanden for vores analyse er ledernes selvbeskrivelse, og det overordnede sigte med selvbeskrivelsen er at skabe billeder af ledernes dagligdag. Specielt ønsker vi at få beskrevet deres ledelsesroller og udfordringer, deres omverden og, deres opfattelse af egen organisation. Med andre ord ønsker vi at konkretisere de institutioner, som lederne lægger til grund for deres ledelsesvirkelighed. Ifølge Scott udtrykkes institutionerne blandt andet qua de regler, normer som beskrives at regulere adfærden og qua de opfattelser, som tilkender giver at give stabilitet og mening her i ledelsesmæssig sammenhæng.

I analysen iagttager vi ledernes selvbeskrivelser ud fra de tre planer, det normative, det kognitive og det regulative. Disse tre iagttagelsesplaner indgår i Scotts institutionelle teori som kernebegreber i forhold til at definere og studere organisationer (Scott 2001). Scott benytter de tre søjler (regulative, normative og kognitive) til at inddele den forskellige institutionelle teoretiker efter. Vi vil i vores analyse anvende de tre søjler, som værktøj i en *diskursanalyse* dvs. til systematisering af udsagn (Andersen 1999). Det betyder, at vi spørger til hver af de tre søjler med henblik på at få identificeret

dominerende definitioner og selvopfattelser, når det gælder de lokale ledelsers omverden, enhed, organisationsopfattelse, lederidentitet og -roller. Det betyder, at vi laver en diskursanalyse med Scotts skelnen mellem de tre søjler. Vi anvender ikke Scott til at identificere forskellige teoretiske retninger men til at udpege de tre institutionelle dimensioner, her forstået som den sociale konstruktion, vi kan læse ud af ledernes selvbeskrivelser. I forbindelse med vores diskursanalyse har vi valgt at definere diskursen som værende et studie af kommunikation, hvor det drejer sig om at iagttage iagttagelser som iagttagelser. Det betyder, at enhver af vores iagttagere er kontingent, dvs. kunne have været anderledes. Samtidig er det kommunikationen, der er det sociale, dvs. udtrykker og skaber begreber. Epistemologisk kan diskursteori som område karakteriseres som værende baseret på en egen logik og en egen social ontologi, der giver et sprog til beskrivelse og fortolkning.

Vores anden analyse afsluttes med en kort delkonklusion, der har til formål at skitsere karakteristika på den ledelsestypologi, som vi kan fremskrive gennem brug af Scotts terminologi som værktøj anvendt på sygehusledernes selvbeskrivelse.

Efterfølgende kombineres de to analyser, der henholdsvis beskriver ledelsesrummet på mikro- og makroniveau. Dette giver anledning til en diskussion af, hvordan disse to niveauer harmonerer (jf. Mintzbergs modeller) og hvilke spændinger, der eksisterer mellem mikro- og makroniveau. Denne diskussion skal ende op med at besvare spørgsmålet:

”Vi vil undersøge, hvordan ændringer i de institutionelle rammer for det danske sygehusvæsen, institutionelle rammer med særlig fokus på styrings- og organiseringsprincipper der konstrueres gennem styring og organisering, påvirker sygehuslederens selvopfattede ledelsesrum og hvilke spændinger, dilemmaer og problemer det medføre.”

6. Analyse 1

Denne analyse danner baggrund for besvarelse af første delspørgsmål i vores problemformulering

For perioden 1970 til 2007 vil vi på grundlag af policydokumenter undersøge forandringer i styrings- og organiseringsprincipper for det offentlige sygehusvæsen med henblik på at afdække de institutionelle rammer for ledelsesrummet på sygehus- og afdelingsniveau frem til anno 2007.

6.1 Historisk institutionel analyse

Med afsæt i den beskrevne analysestrategi vil vi via historisk institutionel teori som underliggende tilgang beskrive det institutionelle set up for sygehusvæsenet via principperne for organisering og styring i perioden for den sidste kommunalreform 1970 – 2007. Det betyder, at vi først udpeger det institutionelle set up og på baggrund heraf udleder vi næstfølgende forandringerne tolket som *path dependence* og *critical junctures*. For at give overblik har vi struktureret analysen af organiserings- og styringsprincipperne ved inddeling i 10 års perioder.

6.1.1 Organisering i 1970erne

Indledningsvis skitseres de formelle organisatoriske og forvaltningsmæssige rammer, som sygehusvæsenet anno 1970 var underlagt. Indenrigsministeriet har siden 1924 været øverste myndighed for sygehusvæsenet og Sundhedsstyrelsen har været øverste faglige organ og har fungeret som tilsynsmyndighed samt rådgivende i faglig henseende specielt med hensyn til specialeplanlægning.

Med kommunalreformen fra 1970 etableres i de følgende år 14 amter, hvilket næsten er en halvering af de daværende amter. De offentlige sygehuse bliver med få undtagelser administrativt overført i amternes regi. Tidligere er sygehusvæsenet organiseret under købstadskommunerne og de hidtidige amter. Nøgleord for reformen er nærhed og bæredygtighed. Amterne, hvis opgave primært er sygehuse og gymnasierne får gradvist op gennem 1970erne flere opgaver som regionsplanlægning, voksenundervisning o.a.

Sygehusvæsenet er på det tidspunkt kendetegnet ved specialisering. Det er den medicinske udvikling, der foranlediger specialiseringen.

Ledelsesmæssigt og organisatorisk følger med reformen af 1970 en decentralisering af centraladministrationen fra staten til amterne. Tilsvarende ses en centralisering på lokalt niveau. De administrative opgaver, som de lokale sygehusbestyrelser havde varetaget, overtages nu af amterne. Det betyder, at de lokale overlægers formelle indflydelse svækkes, de har hidtil haft stor indflydelse i sygehusbestyrelserne. Deres autonomi kom blandt andet til diskussion i forbindelse med, at der blev fremsat lovforslag om, ”at iværksættelse af specielle undersøgelser og behandlinger som stiller særlige krav til udstyr og erfaring”¹¹ skal godkendes af indenrigsministeren. Det lykkedes dog lægerne at bevare deres råderet, forslaget blev forkastet.

¹¹ Vallgård, Signild: sygehuse og sygehuspolitik i Danmark, 1992, s. 192.

På afdelingsniveau er overlægen *ledelsesansvarlig* med ansvar for behandling og forskning. Læger og sygeplejersker er organisatorisk adskilt. Sygeplejen er søjleinddelt med forstanderinde og over-sygeplejersker, og selve plejen er organiseret med rundpleje. Med sygehusbestyrelsernes nedlæggelse organiserer overlægerne sig lokalt i overlægeråd. Formanden herfor er repræsentant overfor sygehusets ledelse, som består af en direktør og en forstanderinde; der er ingen cheflæge¹².

6.1.2 Styring i 1970erne

I forhold til princippet for styring påbegyndes der i 1970erne en debat om styring og fremskrivning af behov for vækst i den offentlige sektor.

Med den administrative overdragelse af sygehusvæsenet til amterne følger tilsvarende et driftsansvar og en ny *finansieringsform*. Staten har hidtil ydet et tilskud til sygehusdriften svarende til 65 % af kommunernes udgifter. Dette bliver med amternes overtagelse reduceret til 35 %. Sygehusenes driftsudgifter stiger med 40 % alene i årene 1972-1975, pengene går især til lønninger.

Personaleforbruget er jævnt stigende. Antallet af ansatte pr. indlagt patient stiger totalt set, når administrations og service personale inkluderes.

Finansministeriet udarbejder henholdsvis perspektivplan I i 1970 og perspektivplan II i 1973, hvor *styringsteknologier* som f.eks. udgiftsstyring er omdrejningspunktet. Disse planer fremskriver konsekvenserne af den hidtidige udvikling i den offentlige sektor og for sygehusvæsenet. Konklusionerne i rapporterne er, at det har alvorlige implikationer for den økonomiske situation, hvis ikke der sættes ind overfor ressourceforbruget¹³. Samtidig konstateres, at det er lægerne understøttet af den medicinske udvikling, som definerer de fremadrettede behov. Politikerne finder det problematisk, at fravige de muligheder, som udviklingen byder. Med de to perspektivplaner igangsættes debatten om mulighed for udbygning af den primære sundhedssektor, både af forebyggelseshensyn og af hensyn til, om der kan opnås en besparelse ved flytning af opgaver fra sygehuset til primærsektoren. Indenrigsministeriet nedsætter i 1974 et udvalg, der har til opgave at udarbejde ”grundlaget for en overordnet prioritering indenfor sundhedsvæsenet, med det sigte at udnytte de begrænsede ressourcer mest muligt”¹⁴. Betænkningen udkommer i 1977 og understøtter tanken om flytning af opgaver

¹² Jespersen, Per Kragh: Mellem profession og management, 2005, s. 93.

¹³ Vallgård, Signild: sygehuse og sygehuspolitik i Danmark, 1992 s. 185-191.

¹⁴ Indenrigsministeriet, Betænkning nr. 809 fra sundhedsprioriteringsudvalget, Kbh. 1977, s. 5.

fra sygehusvæsenet samt styrkelse af forebyggelsesindsatsen på udvalgte diagnoser via et centralt forebyggelsesråd. I betænkningen påpeges behovet for udbygning af informationssystemet i sygehusvæsenet til statistisk brug blandt andet via ydelsesregistrering af ambulante besøg. Der er også behov for andre mål for sygehuskapacitet end antal senge osv. Derudover foreslår udvalget opgørelse af personaleforbrug på afdelingsniveau for at skærpe bevidstheden om ressourceforbruget, ikke mindst fordi lønninger udgør $\frac{3}{4}$ af sygehusudgifterne¹⁵.

Patienterne behandles primært indenfor egne amtsgrænser. Der er ikke et formaliseret samarbejde på tværs af amtsgrænserne.

6.1.3 Organisering i 1980'erne

Igennem 1970'erne sidder skiftende regeringer; fra 1982 og frem til 1992 er det Poul Schlütter, der er statsminister. I forlængelse af regeringsgrundlaget følger en redegørelse til folketinget¹⁶. Her beskrives, at den offentlige sektor langt overvejende er velfungerende, men at de sidste årtiers udbygning har bortledt opmærksomheden fra valget af metoder og løsninger. Overskriften er modernisering af den offentlige sektor. Nye ledelses – og styringssystemer ses som en forudsætning for at udnytte ressourcerne effektivt samt for at yde den bedst mulige service til borgerne ud fra de ressourcer, der er tilgængelige. I 1987 etableres der et selvstændigt sundhedsministerium,

I 1984 udkommer der en betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg, som netop har haft til opgave at se på effektivisering og resourceudnyttelse i sygehusvæsenet. Her påpeges nogle svagheder i forhold til *organisations og ledelsesstrukturen* på sygehusniveau. Det primære problem består i et manglende samarbejde mellem de enkelte administrerende overlæger, som repræsenterer de enkelte afdelinger og den økonomisk administrative leder, som repræsenterer hele sygehuset. Overlægen er udelukkende ansvarlig på afdelingsniveau og har fortsat ifølge betænkningen en vidtgående *autonomi* her¹⁷. Den økonomisk administrative funktion er derimod en central funktion på sygehuset. Det påpeges, at denne økonomisk administrative funktion ikke er anset for at være attraktiv, hvorfor udvalget anbefaler, at denne stilling indplaceres bedre lønmæssigt¹⁸. I forhold til

¹⁵ Indenrigsministeriet, Betænkning nr. 809 fra sundhedsprioriteringsudvalget, Kbh. 1977, s. 47-48.

¹⁶ Finansministeriet, maj 1985: Redegørelse til folketinget om regeringens program for modernisering af den offentlige sektor, s.2.

¹⁷ Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg, 1984: sygehusenes organisation og økonomi, s. 51.

¹⁸ Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg, 1984: sygehusenes organisation og økonomi, s. 52..

sygeplejen ligger såvel det faglige som det administrative ansvar hos forstanderinden, og det tilkendegives, at der er opbygget en stærk tradition for administration i den funktion¹⁹.

Udvalget peger på fire mulige modeller for *ledelsesstruktur*, der kan imødekomme de skitserede ledelsesproblemer og tilgodese, at sygehusvæsenet bliver dynamisk og tilpasningsorienteret. Det primære er, at den økonomisk administrative og den ledelsesmæssige funktion fremtidigt skal moderniseres. Det betyder, at det tværgående samarbejde skal styrkes, og at ledelsesniveauerne såvel på afdelings- som på sygehusniveau styrkes. De fire modeller består i trojkaledelse, delt ledelse, enhedsledelse og en hybridmodel. Udvalget anbefaler ikke en bestemt model, blandt andet på grund af intern uenighed i udvalget bestående i, at de to deltagende sygeplejersker er uenige med de øvrige udvalgsmedlemmer om vægtningen af sygeplejen ledelsesmæssigt. Uenigheden bunder i diskussion om, hvorvidt sygeplejen skal ses som et middel i den lægefaglige behandling, eller om sygeplejen er en selvstændig disciplin.

6.1.4 Styring i 1980erne

I regeringens program for modernisering af den offentlige sektor fremgår det, at ”den samfundsøkonomiske situation tilskriver, at der ikke bliver tale om vækst i de offentlige udgifter de kommende år”²⁰. Hidtil har amterne været ansvarlige for *finansieringsrammen* for sygehusene, idet de har fastsat det økonomiske råderum via amtsskatterne. Nu introduceres årlige budgetforhandlinger mellem stat, amter og kommuner. Regeringen åbner mulighed for, at amterne kan lade opsparede driftsbevillinger henstå til benyttelse indenfor fire år. Ligeledes skal tilskudsmidler følge centralt fra staten, hvis amterne pålægges nye opgaver fra regeringens side; det såkaldte udvidede totalbalanceprincip.

I forbindelse med styrkelsen af ledelsesfunktionen, som produktivitetsudvalget foreslår, argumenteres der med, at den ledelsesmæssige dynamik vil følge med en decentralisering af ansvar og kompetence på afdelingsniveau kombineret med centralt fastsatte rammer. Der foreslås implementering af *afdelingsbudgetter*, hvori der er friholdt en vis dispositionsret eksempelvis til uddannelse. De for sygehuset fælles driftsudgifter som rengøring og vedligeholdelse skal friholdes af budgetterne. Tilsvarende bør der være en buffer bestående i en central lønpulje til honorering af overarbejde eller

¹⁹ Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg, 1984: sygehusenes organisation og økonomi, s. 53.

²⁰ Finansministeriet, maj 1985: Redegørelse til folketinget om regeringens program for modernisering af den offentlige sektor, s.2.

andre uforudsete lønudgifter. En optimering af afdelingsinformationssystemet er påkrævet for, at lederne kan føle sig ansvarlige overfor ressourceudnyttelsen og produktiviteten²¹.

I betænkningen fra indenrigsministeriets produktionsudvalg fremgår det, at en stigende del af sundhedssektorens driftsudgifter går til sygehusvæsenet. Anlægsudgifterne, som i 1960/70 var høje, er faldet, da udbygningsbehovet er tilfredsstillet. Til gengæld er lønbudgettet specielt på lægeområdet steget. Det skyldes blandt andet organisering med specialisering indenfor sygehusvæsenet, hvilket har resulteret i flere mindre afdelinger. *Bemandingsmæssigt* fordrer det en uforholdsmæssig høj bemanding at døgnbemande disse, specielt på lægeside. Lægernes nye overenskomst har forstærket denne situation, idet der nu er et loft over den ugentlige arbejdstid og restriktioner på antallet af vagttimer. Det har resulteret i opnormering i antal stillinger, da det vagtberedskab, som følger med døgnfunktionen, ellers ikke kan opretholdes. Derudover beskrives det at have konsekvenser for læge – patient kontinuiteten. For sygeplejen anbefales det, at der arbejdes med tildelt patientpleje til fordel for den hidtidige rundpleje begrundet i en hensigtsmæssig ressourceanvendelse og en øget kvalitet.

I betænkningen fra indenrigsministeriets produktionsudvalg fremgår det, at ”sygehusene i befolkningens øjne er et populært udgiftsområde” og at ”sygehusanliggender er langt mere komplicerede end f.eks. sociale forhold og undervisningsforhold”²². Det fremgår af betænkningen, at sengekapa- citeten er den samme som i 1970. Indlæggelserne er blevet kortere og færre, ambulatoriefunktionen er udbygget. Der tales i betænkningen om effektivitet, dvs. om sygehusene løser deres opgave tilfredsstillende og om produktivitet dvs. om der er sammenhæng mellem indsatsen i behandlingen og ressourceforbruget. Samtidig fremhæves det, at der ikke tidligere har været incitamenter for at fremme produktiviteten. Fokus har været, om sygehusene har løst opgaven tilfredsstillende og driftsøkonomien har i den henseende været mindre afgørende²³. Der tales om ”tunge” og ”lette ”pa- tienter, der belaster ressourceforbruget forskelligt. *Produktivitetsanalyser* efterspørges og anbefales iværksat ifølge produktivitetsudvalget. Tilsvarende ønsker de *ydelsesregistreringen* udviklet, så tallene kan anvendes prognostisk og ikke kun statistisk.

²¹ Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg: sygehusenes organisation og økonomi, 1984, s. 72 – 75. 1984

²² Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg: sygehusenes organisation og økonomi, 1984, s. 61, 1984.

²³ Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg: sygehusenes organisation og økonomi, 1984, s. 50..

Patienterne behandles primært på amternes egne sygehuse, idet amter var pålagt selv at betale for behandling uden for eget amt. Indenrigsministeriet pålagde amterne at udfærdige visitationsregler på området. Hen mod slutningen af 1980'erne indgår en række amter frivillige aftaler om frit sygehusvalg på tværs af amtsgrænserne. Det afregnes på fast sengedagspris²⁴.

6.1.5 Organisering i 1990'erne

I forbindelse med regeringsskiftet i 1993, hvor Poul Nyrup Rasmussen (Socialdemokratiet) tiltræder som statsminister, udgives regeringsoplægget ”Nyt syn på den offentlige sektor”, hvori det står, at regeringen ønsker at udvikle den offentlige sektor til en af verdens bedste.

I Sundhedsministeriets rapport vedrørende sygehusenes økonomi fremgår det, at trojkaledelsen er blevet den foretrukne *ledelsesmodel* på sygehusniveau²⁵. Trojkaledelsen består af tre personer, sygehusdirektøren, cheflægen og forstanderinden. De indgår i kollektiv ledelse og forstår den overordnede ledelse af sygehuset. Sygehusdirektøren er den ansvarlige i forhold til det amtspolitiske niveau. Ifølge rapporten er det gået betydelig langsommere med at indføre ledelsesmodellen end forventet. Det samme gør sig gældende på afdelingsniveau, hvor delt ledelse mellem den administrerende overlæge og den ledende oversygeplejerske er blevet indført som den primære model.

6.1.6 Styring i 1990'erne

I Regeringsoplægget fra 1993 forlyder det, at vi skal have en offentlig sektor, der er ”bedst og billigst”. De offentlige institutioner og medarbejdere skal sætte fokus på kvaliteten i de offentlige ydelser, styringen i den offentlige sektor skal indrettes herefter. Styringen skal ikke længere bygge på hierarki og centralistiske løsninger. Den skal bygge på principper om dialog og samarbejde²⁶. En af udfordringerne i sygehusvæsenet er de lange ventetider på operation for grå stær, hofte og knæ operationer, hvor der er mellem 3 og 12 måneders ventetid. I regeringens sundhedspolitiske oplæg fra marts 1994, med overskriften ”patienten i centrum”²⁷, fremhæves det igen, at de lange ventetider skal nedbringes, og kvaliteten i sundhedsvæsenet skal forbedres såvel lægefagligt, teknologisk som sygeplejefagligt.

²⁴ Indenrigs – og sundhedsministeriets rådgivende udvalg: Sundhedsvæsenets organisering, januar 2003, s. 30.

²⁵ Sundhedsministeriet: rapport fra udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi, april 1994, s. 208-212.

²⁶ Finansministeriet: Nyt syn på den offentlige sektor, juni 1993, s.1-7.

²⁷ Sundhedsministeriet: Rapport fra udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi, april 1994, s. 215.

Der fremskrives, at behovet for *sengepladser* fortsat vil falde, hvorfor der fremtidigt skønnes at være behov for færre sygehuse med en højere grad af arbejdsdeling. Til gengæld ses fortsat stigning i den ambulante behandlingsaktivitet på sygehusene. Med hensyn til *personaleforbruget* så ses der fortsat en, om end begrænset, stigning i antallet af læger og sygeplejersker på sygehusene, hvorimod det administrative personale er faldende i antal²⁸. Samtidig stiger antal indlæggelser pr. ansat i perioden 1995 - 2000 med 6 %, hvilket er udtryk for en produktivitetsstigning²⁹.

I rapporten vedrørende sundhedsvæsenets økonomi fra 1994 tilkendes, at sundhedsvæsenet hidtil har været udbudsstyret, og at der er behov for at introducere andre *styringsmekanismer*. Der er et misforhold mellem det patienterne forventer, og hvad sygehusene kan tilbyde. Udbygning af kontrakt strategien på afdelingsniveau vil foranledige en anden prioritering, styret af ressourcer og efterspørgsel³⁰. Enkelte amter eksperimenterer med kontrakter eller aktivitetsbaseret finansiering i starten af 1990'erne. Fyns amt introducerer i 1993 kontrakter i stedet for rammebudget. Kontrakterne indeholder klare produktions-, service- og kvalitetsmål³¹. Sygehusene anbefales generelt at gennemføre regelmæssige brugerundersøgelser på afdelingsniveau. De kan udgøre et værdifuldt bidrag til kvalitetsledelse og danne baggrund for prioritering.

Benchmarking introduceres til optimering af kvalitet i behandlingen på udvalgte diagnoser. I 1999 udgiver Sundhedsministeriet en benchmarkingundersøgelse³², hvor Danmark sammenlignes med Norge, Sverige, Belgien, England, Tyskland, Frankrig og New Zealand. Hensigten er at indhente erfaringer på, hvor det fremtidige efterspørgselspres ligger i forhold til den demografiske udvikling, samt afdække om der er faktorer, der forener effektiv udgiftsstyring med et højt kapacitetsniveau. Den mest markante forskel i undersøgelsen er, at de forsikringsdækkede lande har højere sundhedsudgifter totalt set, en lavere udgift pr. seng, men større udgift pr. indlæggelse. De har tilsvarende en større kapacitet i sundhedsvæsenet og ingen ventetid.

Med finansloven fra 1999 indføres 90/10 modellen, hvilket betyder, at de 90 % af budgettet udgør rammebudgettet; de resterende 10 % tilkommer via *DRG* (diagnoserelaterede grupper) fastsat akti-

²⁸ Betænkning fra sygehuskommissionen: Udfordringer I sygehusvæsenet, 1997, s.54-56, 153.

²⁹ Kilde: Statistikbanken og Statistisk tiårsoversigt.

³⁰ Sundhedsministeriet: Rapport fra udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi, april 1994, s. 179 – 200, 215.

³¹ Indenrigs- og sundhedsministeriets rådgivende udvalg: sundhedsvæsenets organisering, januar 2003, s. 31.

³² Sundhedsministeriet: Sygehusvæsenet – en dansk og international sammenligning, 1997.

vit³³. DRG tilkendes gives med rapporten om sundhedsvæsenets økonomi at være et nødvendigt redskab til styring af produktionen³⁴. DRG afregning angiver det ressourcetræk en given behandling udløser eksempelvis på blodbank, røntgenafdeling osv.

I forbindelse med de lange ventelister introduceres pr. 1. januar 1993 frit sygehusvalg for *borgeren*, undtaget er patienter med almene sygdomme; de kan ikke behandles på højt specialiserede sygehuse uden kaution. Der indføres maks. 3 måneders ventetid fra henvisning til behandling. Borgerens ret til kvalitet i de offentlige ydelser foranlediger, at finansministeriet via Gallup Instituttet gennemfører brugertilfredsundersøgelser i 1993 og 94. Disse viser varierende resultat amterne imellem, og de viser et markant fald i ikke brugernes tilfredshed med sygehuset generelt set. I rapporten tilskrives utilfredsheden den meget negative presseomtale, der har fundet sted i samme periode blandt andet om fejlopererede hoftepatienter, stigende amtsskatter, overskredne budgetter med stop for planlagte operationer til følge³⁵. Sundhedsstyrelsen introducerer i 1993 ”National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet”. Indsatsområderne er høj professionel standard, effektiv ressourceudnyttelse, minimal patientrisiko, høj patienttilfredshed og helhed i patientforløbet. Patienterne får i 1994 lovbestemt ret til aktindsigt i journalførte helbredsoplysninger. I 1998 gennemføres lov om patienters retstilling, som angiver principper for selvbestemmelse og retssikkerhed. I 1998 oprettes patientklagenævnet.

På landspolitisk niveau udtrykkes der utilfredshed med, ”at de sundhedspolitiske mål i utilstrækkelige grad synes at blive realiseret i sygehusvæsenet”, eksempelvis med de 3 måneders ventetid. På amtspolitisk niveau udtrykkes der utilfredshed med, hvad der opleves som indskrænkninger i det amtskommunale selvstyre på grund af en større detailregulering³⁶.

6.1.7 Organisering i år 2000

Sygehuskommissionens betænkning fra 1997 indikerer, at der må ske en tilpasning i sygehuskapaciteten, begrundet ud fra økonomisk og faglig bæredygtighed. I regeringens strategi for sygehuspolitik gældende for 2000-2002, anbefales, at der oprettes funktionsbærende enheder, som en organisatorisk enhed bestående af flere sygehusafdelinger beliggende på flere matrikler. Med disse enheder

³³ Indenrigs- og sundhedsministeriets rådgivende udvalg: sundhedsvæsenets organisering, januar 2003 s. 31.

³⁴ Sundhedsministeriet: Rapport fra udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi, april 1994, s. 42 + kap. 7, 215.

³⁵ Finansministeriet: Borgerens syn på den offentlige sektor, april 1995, s. 29 – 36.

³⁶ Betænkning fra sygehuskommissionen, 1997: Udfordringer I sygehusvæsenet s, 31.

kan det sikres, at der er et tilstrækkeligt patientvolumen, hvilket kan styrke den sundhedsfaglige kvalitet. Derudover kan der rationaliseres på de døgndækkende akutfunktioner, og herved kan resourceanvendelsen optimeres³⁷. Regeringen ønsker, at der sker en entydig placering af *ledelsesansvaret* for økonomi, drift og personale på sygehus og afdelingsniveau, hvor ledelsesmodellen er delt ledelse. Regeringen betoner vigtigheden af ansvarsplaceringen, som en styrkelse af mulighed for at knytte løn og resultater sammen i forhold til ansættelsesbetingelserne; i resultaterne tæller også effektivitet og kvalitet. I strategioplægget fremgår det, at der specielt i lægegruppen mangler anerkendelse af ledelsesfunktionen som en selvstændig funktion, der ikke skal spredes på for mange³⁸. Uddannelse og efteruddannelse er vigtig for ledelsesfunktionerne. Der afsættes fra år 2000 og de følgende 5 år 17 mio. kr. til forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sundhedsvæsenet til udvikling af efteruddannelses tiltag³⁹.

Siden udgiver indenrigs- og sundhedsministeriets rådgivende udvalg en rapport, som følger de visioner, der er fremlagt i sygehuskommissionens betænkning fra 1997. Her skitseres 3 forskellige *organisationsmodeller* for det fremtidige sygehusvæsen, som skal ligge til grund for strukturkommissionens videre arbejde. De tre modeller afvejes i forhold til økonomisk bæredygtighed, nærhedshensyn og national sundhedsprioritering. De tre modeller, der diskuteres er en stats-, en kommunal- og en regionsmodel⁴⁰.

6.1.8 Styring i år 2000

DRG afløser pr. 2000 den hidtidige sengedagstakst. Regeringen giver sygehusene mulighed for at få del i den meraktivitetspulje, som der årligt afsættes. De fleste amter har lagt loft over niveauet for og afregningen af meraktivitet for at kunne styre udviklingen⁴¹. Regeringen taler om mere sundhed for pengene via øget anvendelse af takststyring. Derigennem gives de enkelte sygehuse også en øget frihedsgrad, for gennem takststyringen har de mulighed for at lægge langsigtede og driftseffektive beslutninger. Takststyringen skal øges fra de 10 % til 20 % af det totale budget fra 2004. Denne procentdel øges til 50 % for 2005; produktivitetskravene til sundhedsvæsenet stiger, idet meraktivitetspuljerne samtidig øges. I perioden 2002 – 2005 har der været afsat knapt 5 mia. kr. til meraktivi-

³⁷ Sundhedsministeriet: Regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000 – 2002, s. 24-27.

³⁸ Sundhedsministeriet: Regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000 – 2002, s. 34 -35.

³⁹ Sundhedsministeriet: Regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000 – 2002, s. 34-35.

⁴⁰ Indenrigs- og sundhedsministeriets rådgivende udvalg: sundhedsvæsenets organisering, januar 2003 s.136-158.

⁴¹ Indenrigs- og sundhedsministeriet o.a. , januar 2003: Takststyring på sygehusområdet, s. 27.

tet, som skal tilskønne til ekstra aktivitet på sygehusene således, at ventelisterne falder. Lean foreslås af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som metode til at opnå effektivisering⁴².

I Velfærdskommissions rapport fra 2004 er der forslag om indførelse af *finansiering* via brugerbetaling i begrænset omfang ved ambulant behandling eller akut indlæggelse. Denne brugerbetaling skal ses i sammenhæng med kommissionens øvrige forslag, der skal medvirke til opretholdelse af det nuværende velfærdssamfund⁴³. I øvrigt tegnes der et stigende antal sundhedsforsikringer; 9 ud af 10 forsikringer tegnes af arbejdsgivere. Antallet af forsikringerne er steget fra 141.000 i 2002 til 612.000 i 2006. Igennem disse forsikringer kan de forsikrede modtage behandling på private hospitaler og klinikker med en ventetid, der er kortere end, hvad det offentlige kan tilbyde. Dette er tænkt som et gode for såvel den forsikrede som for arbejdsgiveren.

Den første version af *Den Danske Kvalitetsmodel* for sygehusvæsenet skal udvikles og implementeres som standarder på de enkelte sygehuse og afdelinger. Derefter følger en akkreditering af standarderne, som skal finde sted inden udgangen af 2006. Den Danske Kvalitetsmodel er forsinket, hvorfor tidshorisonten for akkreditering tilsvarende er rykket. Sundhedsstyrelsen skal pr. 2004 igangsætte og styre udvalgsarbejder vedrørende standarder for patientsikkerhed, ud fra kriterier, der sikrer, at behandlinger udføres på afdelinger, hvor der er ekspertise og et vist minimum af patientvolumen.

Frit valgs ordningen for *patienterne* udvides pr. 1. juli 2002 til, at patienterne frit kan vælge andet offentligt sygehus eller privat klinik, som det offentlige har indgået aftale med, dersom ventetiden på behandling i eget amt overstiger 2 måneder. Borgerne kan selv overvåge ventetiden på behandling på sundhedsportalen, som er baseret på ventetidsindberetningerne fra de enkelte afdelinger. Regeringen ønsker et gennemsigtigt sundhedsvæsen, hvor borgerne aktivt skal medinddrages i beslutninger, og hvor borgerne får mere sundhed for pengene⁴⁴.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udgiver i december 2003 en publikation, hvori der lanceres nye initiativer på sygehusområdet under overskriften ”Patienten først”⁴⁵. Initiativerne, som er udtrykt

⁴² Indenrigs- og sundhedsministeriet: produktivitet på sundhedsområdet, åbenhed og fokus, september 2005.

⁴³ Velfærdskommissionen: Fremtidens velfærd- vores valg, december 2005, s. 40.

⁴⁴ Indenrigs- og sundhedsministeriet: Strategi for det behandlende sundhedsvæsen – Patienten først, december 2003, s. 5 -10.

⁴⁵ Indenrigs- og sundhedsministeriet: strategi for det behandlende sundhedsvæsen – Patienten først, december 2003.

som kvalitets - og servicemål, består blandt andet i, at sygehuset inden for 8 dage fra modtaget henvisning skal give patienten besked om tid for behandling. Der skal etableres formaliserede kontaktpersonordninger gældende for såvel behandlings- som plejepersonale. Disse mål skal monitoreres løbende. Som det sidste skud på stammen er der på Internettet oprettet en smiley ordning, som består i en kvalitetsvurdering af de enkelte sygehuse på såvel de fysiske forhold, som patientsikkerhed og patienttilfredshed.

Med Strukturkommissionens forslag om organisering af sygehusvæsenet under 5 regioner pr. 1. januar 2007 begrundet i faglig og økonomisk bæredygtighed starter der en ny æra for sundhedsvæsenet samtidig med et fremsat forslag om en kvalitetsreform. Det betyder, at vores historiske institutionelle analyse i forhold til den afgrænsede tidsperiode 1970 - 2007 standser her.

På grundlag af de beskrevne principper for organisering og styring i perioden 1970 – 2007 vil vi nu rette fokus mod at udpege og dermed fortolke, hvordan vi ser, de underliggende teoretiske begreber komme i spil i forhold til vores indsamlede empiri. De teoretiske begreber, har vi tidligere beskrevet i teorioplægget om institutionel teori og historisk analyse. Konkret betyder det, at vi vil se på forandring og dermed på spor, sporafhængighed og brud beskrevet ved begreberne path dependence og critical junctures.

6.2 Analyse

Perioden 1970 – 2007 har vi iagttaget ud fra de to principper for organisering og styring, og her mener vi at kunne tolke såvel path dependence som critical junctures i spil på specifikke områder i forhold til de oplyste iagttagelsespunkter. Vi har nedenfor oplyst præcis de iagttagelsespunkter, som vi tolker, har relevans i forhold til path dependence og critical junctures. Med hensyn til organisering ser vi path dependence og critical junctures i forhold til:

- Ledelses- og organisationsmodeller.
- Ledelses- og administrationsopgaver og ledelsesansvar samt faglig og ledelsesmæssig autonomi.

og i forhold til styring, her drejer det sig om:

- Budgetmodeller.
- Styringsteknologier, herunder beskrivelse af produktivitet, effektivitet, ydelsesregistreringer og benchmarking.

- Patient rettede styringsteknologier som brugerundersøgelser, patientrettigheder, ventetid og frit sygehusvalg.

I forhold til *organisering* kan der i 1970erne iagttages et sygehusvæsen, som er organiseret ud fra de lægefaglige specialer, og hvor ledelsen på lokalt plan varetages af den administrative overlæge, som ifølge vores empiri fra perioden er klinisk behandlings og forskningsansvarlig; klinikken må konstateres at være i højsædet. I 1970erne og 1980erne tillægges lægegruppen en høj grad af autonomi, som det refereres i Indenrigsministeriets bekendtgørelse fra 1984. Der kan iagttages politiske initiativer til at bryde denne autonomi. Allerede i forbindelse med amternes etablering i 1970, søges overlægernes formelle indflydelse brudt på flere områder. Dels med nedlæggelsen af sygehusbestyrelserne, dels med lovforslag omhandlende politisk godkendelse ved iværksættelse af nye ressourcerekrævende behandlingstiltag. Ikke desto mindre er spørgsmålet om autonomi fortsat et landspolitisk indsatsområde i 1980erne. De beskrevne initiativer har således ikke haft en tilstrækkelig styrke til, at det har udløst en critical juncture. Timingen kan, som Pierson beskriver det, være en faktor, som kan have haft indflydelse på, at det hidtidige organisationsmønster ikke bliver brudt. I udvalgsbetænkningen fra produktivitetsudvalget i 1984 tilkendegives synspunkter fra den offentlige mening. Her støttes der positivt op om sygehusvæsenet, og det betragtes blandt befolkningen som et kompleks område også mere komplekst end andre sociale områder. I forlængelse af Piersons udlægning tolker vi, at den offentlige mening her skal ses som et udslag af den stabilitet, det hidtidige spor har konstitueret i sygehusvæsenet som institution. Yderligere kan sygehusvæsenet, som institution tillægges en kulturbundenhed og en værdiorientering, som ifølge Pierson har en iboende træghed. Dynamikken og styrken i samspillet mellem den offentlige mening og kulturen i institutionen kan have betydning for om, der kan udløses en critical juncture og dermed et sporskifte. Af empirien fremgår det, at politikerne i forbindelse med diskussionen af perspektivplanerne i 1970erne udtrykker det problematisk at fravige de muligheder, den medicinske udvikling byder. Lægekundskaben og dermed sygehusvæsenet som institution repræsenterer her, som vi opfatter det, et stærkt værdiorienteret spor.

Først i 1990erne kan det ifølge vores empiri iagttages, at der landspolitisk er sket et brud i forhold til det hidtidige spor. Der er blevet dannet formelle tværfaglige ledelser på to niveauer i sygehusvæsenet. Den politiske terminologi, som blev introduceret i 1980erne i forhold til ledelse og organisering af sygehusene, kan ses effektueret. I 1980erne blev der talt om modernisering og ledelsesmæs-

sig dynamik via decentralisering af kompetencer og ansvar også af økonomisk art, hvilket kan ses som et tiltag til politisk at etablere og udbygge et spor. Herigennem kan der på lokalt niveau skabes et nyt mønster mellem organisering og styring af sygehusene. Ledelsesfunktionen er i forhold til vores empiri at tolke som et område, der politisk søges tværfagligt integreret med den økonomisk administrative funktion på sygehus og afdelingsplan. Dette spor søges videreudviklet og forstærket i den beskrevne periode. Økonomi og ressourceudnyttelse, effektivitet og produktivitet og sidst faglig bæredygtighed kan tolkes at repræsentere en sådan palet af initiativer, som ifølge P. Pierson procesmæssigt kan foranledige, at det introducerede spor selvforstærkes. I Regeringens strategioplæg fra 2000 efterspørges en entydig ansvarsplacering i ledelsesfunktionen, og det formuleres, at der blandt lægerne mangler anerkendelse af ledelsesfunktionen. Det iværksatte spor kan tolkes at være svækket, alternativt har det tænkte og lagte spor måske ikke formået at være tilstrækkelig selvforstærkende. Politisk påtales det allerede i 1990erne, at det er gået betydeligt langsommere med at indføre den kollektive, tværfaglige ledelsesmodel end ventet. Som vi udlægger Pierson, kan det tolkes som et udslag af institutionel træghed i sygehusvæsenet. Vores opfattelse er, at det fra politisk side fortsat er det samme spor, der forfølges og søges forstærket på det tidspunkt. Et spor, som vi på institutionsniveau tolker operationaliseret gennem integration af funktionerne økonomi og ledelse. Sporet kan først iagttages som politisk brudt i 2003 gennem initiativet til entydig ansvarsplacering af ledelsesansvaret på afdelingsniveau. I 1980erne forlød det politisk ifølge vores empiri, at ledelsen i sygehusvæsenet i højere grad skulle være dynamisk og tilpasningsorienteret. I 2000 forlyder det politisk jævnfør vores empiri, at ledelsen i sygehusvæsenet i højere grad skal knytte løn og resultater sammen. Det organisatorisk rettede politiske spor, tolker vi, har fået en øget økonomisk vægtning på afdelingsniveau qua koblingen af det entydige ledelsesansvar med løn og resultat.

I forhold til *styring* kan der her iagttages iværksættelse og opfølgning af initiativer, som vi opfatter, som udtryk for path dependence. I 1970ernes udbudsorienterede sygehusvæsen introduceres der politisk et spor der foranlediger, at sygehusvæsenet skal implementere diverse ydelsesregistreringer. Dette spor søges politisk udbygget i 1980erne med registreringer, som kan anvendes proaktivt. Der kan konstateres en sporskabelse, der forstærkes, hvilket kan begrundes i, at der med registreringerne er introduceret et mønster, der ifølge Pierson kan virke stabiliserende for de politiske beslutninger. I 1970erne tales om prioritering, der kan tilgodese, at de begrænsede ressourcer udnyttes bedst muligt. I 1980erne tales der om at udnytte ressourcerne effektivt. Produktivitet og effektivitet og ingen vækst i de offentlige udgifter er de politiske nøgleord for 1980ernes sygehusvæsen. Som vi

udlægger det, er retorikken skærpet igennem perioden. Det kan ses som et udslag af path dependence, hvor den politisk lancerede styring og retorik kan have foranlediget et positivt feedback, hvilket igen virker selvforstærkende på sporet. Der tales i 1990erne om styring på efterspørgsel, og detailstyring og benchmarking introduceres som led i en effektiv udgiftsstyring. Fra at tale om rammebudget i 1980erne ses dette spor videreført og skærpet via indførelsen af DRG som afregningsenhed i de kontrakter, der introduceres gennem 1990erne og som i stigende grad styrer sygehusenes økonomi aktuelt. Det i 1970erne udlagte spor, tolker vi, kan følges perioden igennem. Selv om retorikken har ændret sig, mener vi, at der i forhold til det udlagte spor er tales om kontinuitet og stabilitet. DRG og kontrakter introduceres politisk i 1990erne under budskabet dialog og samarbejde og i 2000 tales der politisk om, at økonomistyring kan give ledelsesmæssig frihed. Ordene ”dialog”, ”samarbejde” og ”frihed” opfatter vi som værdiladede begreber. I sammenhæng med den path dependence, vi mener at kunne iagttage i forhold til principperne for styring, tolker vi, at sporet fortsat forfølges og samtidig søges styrket gennem denne værdiorientering.

Et helt nyt spor i forhold til princippet for styring introduceres i 1990erne med regeringens sundhedspolitiske oplæg ”Patienten i centrum” og siden med oplægget i 2003 ”Patienten først”. I 1980erne blev patienten politisk omtalt og beskrevet som ”let” eller ”tung” i forhold til ressourceforbruget. Det i 1990erne introducerede spor kan iagttages at få mange udløbere af patient rettet karakter. Det ses blandt andet gennem det politiske initiativ til brugertilfredshedsundersøgelser og den politiske lovgivning, som giver patienterne stigende grad af indflydelse via de vedtagne rammer for frit sygehusvalg, som udvikles fra at være diagnosestyret til at være ventetidsstyret. Ventetid på behandling nedsættes politisk fra 3 måneder til 2 måneder. Der er fokus på patientsikkerhed gennem behandlingsstandards, og der tales om kvalitet og gennemsigtighed i ydelserne til patienten. Ventetider og kvalitet i sygehusvæsenet kan følges via sundhedsportalen. Samtidig tolker vi, at dette ”patient” spor knytter an til og kan ses i forlængelse af det beskrevne spor vedrørende principperne for styring. Det, mener vi, kan iagttages gennem den fra 2003 politiske formulerede intention om, at borgerne skal have mere sundhed for pengene. Et begreb, som vi mener, peger tilbage til produktivitet, effektivitet og ressourceudnyttelse qua referencen til pengene og hermed knyttes der an til det angivne spor for styring.

I ovenstående analyse har vi søgt at identificere path dependence og critical junctures i den beskrevne tidsperiode for dermed at kunne beskrive forandringer i forhold til vores udvalgte iagttagel-

sespunkter under principperne for organisering og styring i det offentlige sygehusvæsen. Det fører til følgende delkonklusion.

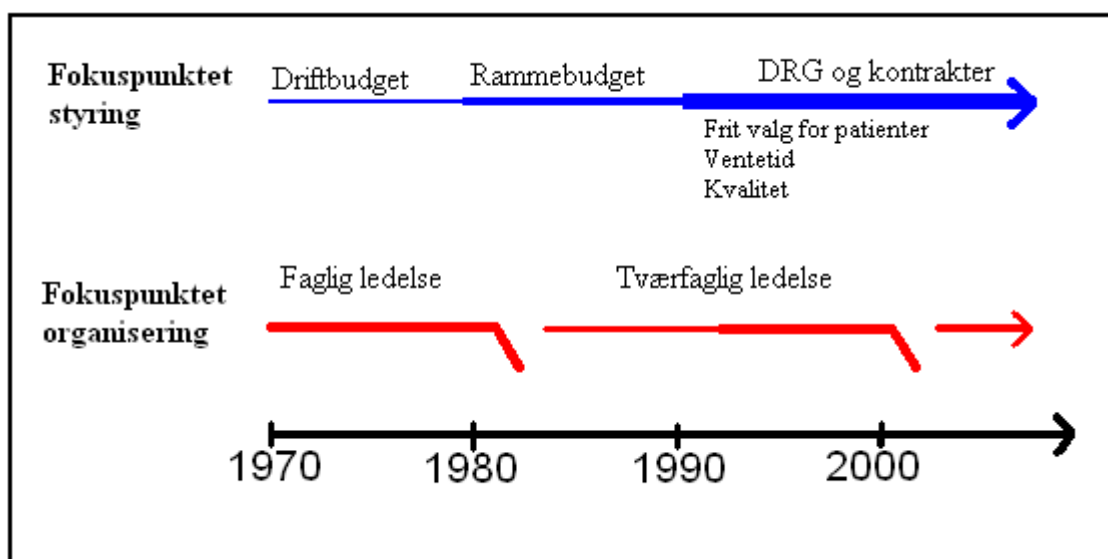
6.3 Delkonklusion

De forandringer, vi kan udlede i forhold til principperne for organisering og styring, er at det organisatoriske spor, som er forsøgt ført har haft begrænset kontinuitet og styrke. Der kan over tid iagttages forandringer i forhold til principperne for *organisering*. Vel og mærke også forandringer, der ikke har fulgt det politiske angivne spor. I første omgang kan der i midten af 1980erne iagttages politiske initiativer til at skabe et nyt spor. Det lægefaglige behandlingsorienterede fokus søges brudt mod til gengæld at få ledelsesfunktionen moderniseret ved etablering af kollektiv ledelse med nydefinerede ledelsesopgaver. I 1994, ti år efter initiativet til moderniseringen af ledelsesfunktion evalueres det fra politisk side, at det gået betydeligt langsommere end forventet med implementeringen af den tværfaglige ledelsesmodel. I regeringens strategioplæg fra 2000 tales der om manglende anerkendelse af ledelsesfunktionen blandt lægerne. Det introducerede og fastholdte spor med en tværfaglig ledelse synes ikke at fremstå som et klart, fokuseret og entydigt spor. Tidsperspektivet taget i betragtning synes sporet at være svagt foruden det til stadighed vigende fokus på ledelsesfunktionen fra lægelig side. Det seneste initiativ til forandring består i den økonomiske vægtning i ledelsesfunktionen, idet resultat og løn bliver omdrejningspunktet for ledelsesopgaven. Samtidig fraviges den kollektive ledelse til fordel for en entydig placering af ledelsesansvaret, som et personligt ansvar. Vi ser således, at det er det hidtidige spor, der forfølges, forstået således, at ledelsesfunktionen fortsat varetages af en fagprofessionel person, men kun én person bærer ansvaret. Forandringen består således i placeringen af det entydige ledelsesansvar, som kan betragtes som et brud med det hidtidige spor samtidig med at omdrejningspunktet for funktionen er økonomisk resultat-orientering. Dermed er der tale om en økonomisk vægtning i sporet vedrørende principperne for organisering, som synes at være overensstemmende med det spor, som kan iagttages at være gældende i forhold til principperne for styring.

I forhold til principper for *styring* tolker vi, at der kan udpeges kontinuitet, stabilitet og høj grad af entydighed i det politisk lagte og førte spor vedrørende registreringer, overvågning af ressourceforbrug og økonomistyring. Vi tolker, at sporet intensiveres, idet sygehusvæsenet fra 1990erne skal fokusere på efterspørgsel gennem kontraktstyring og ikke på udbud baseret på rammebudget som tidligere. Vi tolker i forhold til styring, at sporet er økonomisk domineret, og udvikles fra et amts-

skat reguleret driftsbudget i 1970'erne til implementering af rammebudgetter i 1980'erne til DRG og kontraktstyring i slutningen af 1990'erne. Samtidig forandres og udvikles registreringsformen fra ydelsesregistreringer videre til prioritering af ressourceforbrug gennem styring på produktivitet og effektivitet til takststyring. For det patient rettede spor som udvikles fra midten af 1990'erne, ser vi, at det udvikles med mange forgreninger eksempelvis via fokus på sikkerhed og kvalitet, fokus på ventetid, og fokus på fri sygehusvalg. Den politisk fastsatte ventetid for behandling reduceres fra 3 til 2 måneder. Rammerne for frit sygehusvalg udvikles fra at være diagnosestyret til at være ventetidsstyret. Vi tolker, at der senest i dette årti sker en kobling mellem patient parametrene og det øvrige styringsspor gennem den økonomiske vægtning, der politisk kommer til udtryk, idet der tales om "mere sundhed for pengene". De politisk lancerede bløde værdier, som brugertilfredshed, kvalitet og gennemsigtighed i ydelserne omsættes til en økonomisk ramme, i kraft af "mere sundhed for pengene". Forandringen består i, at de italesatte bløde værdier er blevet et økonomisk anliggende, i overensstemmelse med det politiske spor vedrørende principper for styring i øvrigt. Samlet set er det i højere grad kontinuitet og udvikling end forandring, der er i spil her. Kontinuitet forstået således, at der over tid er sammenhæng mellem sporet i den førte politik og den deraf følgende kobling til økonomistyring. Forandringen består nærmere i, at sporet senest er tillagt en værdiorientering qua begreberne "dialog", "samarbejde" og "frihed". En værdiorientering, som uagtet fortsat er centreret om økonomien.

Figur 4 *Udvikling af fokuspunkterne styring og organisering henover tid*



I forenklet grafik har vi på figur 4 skitseret udviklingen indenfor hvert af de to spor. Intensiveringen af sporet er illustreret i stregmarkeringens styrke og brudene er markeret ved nedstreger.

I forhold til vores formulerede intention om ”*at undersøge forandringer i styrings- og organisationsprincipper for det offentlige sygehusvæsen*” må vi konkludere, at der kan iagttages forandringer enten via brud forstået som critical junctures eller som udvikling, hvilket skal forstås som path dependence.

I forhold til organisering kan vi konkludere at iagttage følgende forandringer:

- Ledelsesmodellen har forandret sig fra faglig ledelse til tværfaglig ledelse og senest til funktionsbærende enheder, dvs. fra en funktion til en organisatorisk enhed.
- Ledelsesansvaret har forandret sig fra et fagligt ansvar til et delt økonomisk administrativt ansvar til et entydigt personligt ledelsesansvar for økonomi, drift og personale.

I forhold til styring

- Budgetmodellen har udviklet sig fra driftsbudget via rammebudget til senest DRG og kontraktstyring.
- Budgetmodellen har ændret sig fra at være udbudsstyret til at være efterspørgselsstyret.
- Styringsteknologien har udviklet sig fra ydelsesregistreringer til produktivitetmålinger via benchmarking til DRG styring.
- Patient rettede teknologier har udviklet sig fra styret frit sygehusvalg til frit sygehusvalg, og ventetiden på behandling er nedsat fra 3 til 2 måneder.

Ovenfor er oplistet de forandringer, som vi tolker specifik er i spil i forhold til principperne for organisering og styring. På grundlag af ovenstående kan vi i forhold til det organisatoriske udpege et brud i forhold til, at det faglige ansvar i ledelsesopgaven er nedtonet, hvor det tidligere var omdrejningspunktet er det nu kun en delmængde af den samlede ledelsesopgave. Vi tolker yderligere, at der i forhold til de her udvalgte iagttagelsespunkter for organisering og styring er sket en sammen-smeltning af de to spor til et fælles styringsspor med økonomien som det fælles anliggende. De økonomiske incitamenter og den økonomisk orienterede styring, hvor ventetider, efterspørgsel og kontrakter er omdrejningspunkter præger ikke alene principperne for styring, men øver også i stigende grad indflydelse på principperne for organisering. Med placeringen af det entydige personlige ledelsesansvar defineres der mulighed for at knytte løn og resultater til ansættelsesbetingelserne som leder. Lederen er ikke kun ansvarlig for det faglige niveau i behandlingen, men er også personlig ansvarlig for, at behandlingerne er omkostningseffektive i forhold til DRG afregningen. Vi tolker, at

en mulig konsekvens af denne ledelsesmodel er, at omdrejningspunktet for funktionen bliver økonomisk resultatorientering og dermed markedsorientering. Det, ser vi, er i overensstemmelse med forandringerne vedrørende principperne for styring, hvor fokus er kontrakter baseret på efterspørgsel og mere sundhed for pengene.

Vi ser, at ovenstående rejser nogle dilemmaer. Umiddelbart virker det modsætningsfyldt, at det er en faglig leder, og ikke en leder med økonomisk baggrund, der har ledelsesansvaret på afdelingsniveau. Stillingen og det dertil tilknyttede ledelsesansvar er af økonomisk karakter. Derudover kommer det personlige og faglige ansvar ind. I denne stilling er løn knyttet an til resultat, hvilket er et personligt incitationsmoment. Det kan igen have indflydelse på, hvordan lederen prioriterer etisk, i forhold til hvilke behandlinger, der skal prioriteres af hensyn til ressourceforbruget. Gennem økonomisk fokus gives den ledelsesmæssige ”frihed”. Dertil kommer budskabet om, at borgeren skal have mere sundhed for pengene. Vi finder det interessant om vores næste analyse kan bidrage med svar på disse spørgsmål ud fra, hvordan de institutionelle rammer, konditioner ledelsesrummet, når vi anvender Mintzberg som fortolkningsværktøj.

Efter at have undersøgt forandringer for perioden 1970-2006 indenfor principperne for organisering og styring vil vi rette blikket mod udviklingen af de institutionelle rammer for ledelsesrummet på sygehus og afdelingsniveau frem til 2007. Vi bevæger os fra makroniveau til mikroniveau. Det betyder, at vi fortolker de forandringer og det identificerede institutionelle set up, vi fandt i første analyse i forhold til principperne for organisering og styring ved brug af Mintzbergs modeller for organisationsformer som fortolkningsramme. Vi betragter sygehusvæsenet som en organisation, hvilket betyder, at der vil være tale om en generalisering.

Vi vil således søge at afdække udviklingen af de institutionelle rammer for ledelsesrummet, som inkluderer såvel det formelt strukturelle ledelsesrum som det oplevede ledelsesrum på sygehus og afdelingsniveau for perioden 1970 frem til anno 2007.

6.4 Mintzbergs organisationsformer - analyse

På grundlag af det institutionelle set up og de forandringer vi fandt i forhold til principperne for organisering og styring, vil vi afdække ledelsesrummet, som det former sig på sygehus og afdelingsniveau fra 1970 frem til anno 2007 ved brug af Mintzbergs modeller for organisationsformer

som fortolkningsværktøj. Denne analyse struktureres i 10 års perioder overensstemmende med den foregående analyse. Vi kan analytisk udpege de fire af Mintzbergs seks grundlæggende dele, som danner en organisation. De organisationsstrukturer, vi kan identificere ud fra det institutionelle set up er: operation core, strategic apex, technostrukturer, ekstern koalition; og i begrænset omfang middle line. Strukturen, som udgøres af support staff, kan vi ikke identificere i vores empiri grundet vores valg af iagttagelsespunkter. Den eksterne koalition kan vi her identificere som det politiske niveau, svarende til, at det er policydokumenter, som angiver vores empiri.

Det ledelsesrum, vi kan fremskrive for sygehusvæsenet i 1970erne ved brug af Mintzbergs modeller for organisationsformer, er:

Et sygehusvæsen med en *operation core*, som eksempelvis kan oversættes til et behandlingsafsnit, der er i vækst, hvilket kan tilskrives den beskrevne generelle medicinske udvikling og den deraf følgende specialisering. Ledelsesstrukturerne tegner et *strategic apex*, dvs. et strategisk niveau, som formelt består af en direktør og en forstanderinde, hvis opgaver ikke er nærmere beskrevet samt en overlægerådsformand. Sidstnævntes beføjelser ledelsesmæssigt synes at være begrundet i overlægegruppens stærke faglige autonomi og deraf følgende tilskrevne status og hidtidige formelle indflydelse i sygehusbestyrelserne. Samtidig er overlægen den formelt faglige ansvarlige på afdelingsniveau, og fremstår derigennem som en autoritet. Ledelsesorienteringen i sygehusvæsenet må karakteriseres som værende stærk faglig begrundet. Lægen, som repræsenterer kerneydelsen i form af behandlingen i operation core feltet, er samtidig bindeleddet til strategic apex. *Technostrukturerne* må vi formode er svage, idet de administrative registreringsopgaver på det tidspunkt er få. Sygehusvæsenets omgivende *eksterne koalition* synes at kunne karakteriseres ved en dobbelttydighed, idet der fra politisk side og i den offentlige meningsdannelse generelt vises høj grad af tillid til lægekundskaben og sygehusets ydelser, dvs. til fagligheden. Samtidig er der et politisk ønske om at styre udviklingen i sygehusvæsenet, som kommer til udtryk i det fremsatte lovforslag om politisk godkendelse af nye faglige tiltag, som udløser ressourcetræk enten fagligt eller udstyrsmæssigt.

Den organisationsform, vi kan udpege via de institutionelle rammer, er af type at betegne som et fagbureaukrati. Dette er karakteriseret ved, at professionen er vigtig for kerneydelsen og dermed følger, at standarden i de faglige færdigheder er vigtig i denne organisationsform, som i øvrigt er karakteriseret ved horisontal specialisering og decentralisering. Her kan vi identificere et lægefagligt bureaukrati, hvortil der yderligere er knyttet en høj grad af autonomi. Tilsvarende kan vi identi-

ficere en udtalt horisontal specialisering relateret til udviklingen af de kliniske specialer og en decentralisering i forhold til det faglige ledelsesmæssige råderum bestående i det enerådige ledelsesansvar overlægen har på afdelingsniveau. Fokus i sygehusvæsenet er niveauet for og udviklingen af de faglige færdigheder i forhold til medicinske udvikling, og ledelsesrummet er fagligt orienteret.

Gældende for 1980'erne tolker vi ud fra Mintzbergs terminologi, at udbygningen af *operation core* fortsætter. Specialiseringen pågår stadig og antallet af ansatte er stigende blandt andet på grund af ændrede overenskomstforhold. *Strategic apex* er under forandring og udbygning. Det defineres nu til at omfatte to formelle ledelsesniveauer; et på sygehusniveau og et på afdelingsniveau. Der introduceres en modernisering i det offentlige, her som standardisering af sygehusets ledelse. Hvert af de to ledelsesniveauer er kendetegnet ved flerfaglig repræsentation og et tværgående samarbejde, hvilket skal styrke den økonomiske dimension igennem kobling af faglighed og økonomi. Den økonomiske administrative funktion synes ikke tidligere at være prioriteret eller være tillagt betydning. Den omtales politisk, som en funktion, der skal vægtes højere, blandt andet også i kraft af, at stillingen lønmæssigt får status gennem en højere lønindplacering. Det formelle ansvar på det faglige og driftsmæssige område uddelegeres på afdelingsniveau til de faglige ledere. *Strategic apex* synes mere end fordoblet funktionsmæssigt og antalsmæssigt i forhold til tidligere. Samtidig angives der et hierarki qua de givne ansvarsbeføjelser, som implicit definerer de formelle magtbeføjelser. Der sættes ikke spørgsmålstegn ved, hvorvidt de faglige ledere formelt er i stand til at varetage de nye funktioner. På fagligt niveau og tilkendegivet via det politiske niveau er der en markant faglig uenighed mellem læger og sygeplejersker om graden af selvstændighed i sygeplejedisiplinen, hvilket kan have afsmittende effekt på ligeværdigheden i det formelle ledelsesmæssige samarbejde på afdelings- og sygehusniveau. *Technostrukturerne* er under vækst svarende til de øgede administrative opgaver på afdelings og sygehusniveau foruden de øgede registreringsopgaver, hvor der efterspørges dynamik og fremskrivning og ikke som tidlige bagudrettet statistik. I forhold til den *eksterne koalition*, kan der fra centralt politisk hold iagttages, hvad Mintzberg beskriver som træk; et øget træk på ledelsesfunktionen i sygehusvæsenet, der ønskes dynamik. Tilsvarende er der fra politisk hold tiltag til at udøve konkret formel indflydelse på de amtslige budgetter, hvilket påvirker amtspolitikernes lokale indflydelsesmuligheder.

Organisationsformen tolket gennem de institutionelle rammer i 1980'erne er uændret at betragte som et Fagbureaukrati; som nu tæller både læge og sygeplejersker, som repræsenterede faggrupper og

professioner. To faggrupper, hvorimellem der eksisterer et spændingsfelt på grund af uenighed om jobbeføjelser. Et spændingsfelt, der via den faglige uenighed kan få implikationer for udviklingen og konkretiseringen af ledelsesrummet. Der er stadig tale om en horisontal specialisering gennem den medicinske udvikling og specialeopbygning. Decentraliseringen i de formelle ledelsesmæssige funktioner er udbygget opgavemæssigt og funktionsmæssigt. Derudover er det ikke kun den medicinske udvikling, som har fokus i organisationen. Kontinuitet i forhold til patienten er italesat som et nyt fokusområde for såvel læger som sygeplejersker. Det har formelle organisatoriske implikationer i forhold til niveauet for den kerneydelse, sygehuset kan og ønsker at levere. Fokus er stadig niveauet i de faglige ydelser, men ydelsen står ikke alene. De faglige niveauer tillægger det relationelle forhold til patienten betydning, der ses en værdiorientering i fagligheden.

I 1990'erne udleder vi, at der i forhold til Mintzbergs strukturer ses begyndende initiativer til, at *operation core* skal mindskes ud fra de fremskrevne forventede behov. *Strategic apex* synes stabiliseret autoritativt og hierarkisk i sin funktion i forhold til de ledelses og administrative opgaver, funktionen indeholder.

Via den *eksterne koalition* dvs. fra politisk side efterspørges til gengæld nyorientering i ledelsesfunktionen på strategisk niveau. Der forventes fra politisk side et sundhedsvæsen, der er bedst og billigst, og hvor patienten er i centrum. Politisk ønskes der en ydelsesorientering rettet mod efterspørgslen igennem reduktion af ventetiden på behandling. Dette er et omdrejningspunkt, der har strategisk betydning for, i hvilken retning sygehusvæsenet skal videreudvikles. Det politiske niveau tilkendegiver samtidig en demokratisk værdiorientering, idet styringen i sygehusvæsenet skal forgå via dialog og samarbejde og ikke gennem hierarkiske og centralistiske løsninger. Det politiske signal er decentralisering i forhold til beslutningsprocessen. Et andet politisk træk er initiativet til benchmarking og den lancerede nationale strategi fra Sundhedsstyrelsen. Der er politisk fokus på kvaliteten af kerneydelserne. Alt i alt efterspørges der fra politisk hold kvalitet, produktivitet ved fokus på ventetid og ressourceorientering ved effektivisering gennem benchmarking. *Strategic apex* skal honorere at agere i forhold til flere parametre end tidligere. Som noget nyt forventes der et samspil i sygehusvæsenet på tværs af sygehusene ved benchmarkingen og ved implementeringen af parametrene for den nationale strategi. Der kan således iagttages et øget træk på sygehusvæsenets formelle organisationsstrukturer fra politisk side. Et træk, der påvirker strukturerne gensidigt på kryds og tværs i den interne koalition både horisontalt som vertikalt og på tværs af de enkelte organisationer. Effektivitet, produktivitet og rationalitet sammenholdt med kvalitet i ydelserne bliver det

ledelsesmæssige anliggende. Ved benchmarkingen introduceres også et konkurrencemoment mellem afdelingerne. Endelig er patienten også i spil, og retningsangivende for sygehusvæsenets fremtid. Patienten har mulighed for at udøve indflydelse via brugerundersøgelser og ved selv at vælge offentligt behandlingssted. Sygehusvæsenet som organisation skal agere i et langt mere komplekst samspil. Det strategiske apex i det enkelte sygehus skal kunne agere såvel internt i forhold til de tværfaglige samarbejdsstrukturer og eksternt i forhold til de øvrige sygehuse, hvor både samarbejde og konkurrence er i spil. Den styrende terminologi for strategic apex er efterspørgsel og omkostningsrationalitet. Herved følger et stigende træk på *technostrukturerne* bestående i registreringer, og honorering af ovenstående. Den administrative funktion er reduceret i antal personer, men her kan den teknologiske udvikling have indflydelse. Samtidig fordrer de politisk stillede opgaver eksempelvis via benchmarkingen en faglig involvering, hvorfor det må forventes, at strategic apex i højere grad trækker på middle line svarende til mellemledergruppen. Opgaverne tilknyttet technostrukturerne er i højere grad blevet til et fagligt strategisk anliggende. Et yderligere træk på organisationens strategic apex består i den økonomiske dimension, hvor amterne direkte indgår specifikke kontrakter med sygehusene omfattende produktions- service- og kvalitetsmål.

Organisationsformen og dermed de institutionelle rammer er i 1990'erne at karakterisere som et fagbureaukrati, der er i en brydningsfase med træk i retning af et maskinbureaukrati og en divisionaliseret organisationsform. Kendetegnene ved et maskinbureaukrati er formalisering og specialisering af arbejdsrutiner, hvor fagbureaukratiet som tidligere beskrevet er centreret om det faglige niveau. Maskinbureaukratiet kommer til udtryk ved, at fokus er efterspørgsel, produktivitet og effektivitet opnået gennem standardisering af arbejdsgange og med ventelister og benchmarking som styringsredskaber. Standardisering ses i forhold til de faglige ydelser og i forhold til arbejdstilrettelæggelsen, herunder hører også revision af hvilke opgaver, der skal varetages af hvilke faggrupper. Det er gennem de nævnte rationaliseringsparametre, at maskinbureaukratiet gør sig gældende. Den divisionaliserede organisationsform består i en videreudvikling af maskinbureaukratiet karakteriseret ved at formaliseringen og specialiseringen er blevet uddifferentieret. Her træder den divisionaliserede organisationsform frem via den dynamiske og individuelle tilpasning på afdelings- og sygehusniveau, som følger med det forhandlingsspil, dialog og samarbejdet implicit må foranledige. Den politiske argumentation for en tilpasning af sygehusvæsenet ud fra efterspørgsel i stedet for udbud ved kontrakter fordrer tillige en dynamisk organisation, som kan agere situationsafhængigt i en kompleks omverden.

Fra år 2000 og frem forandrer organisationsstrukturerne sig fortsat i forhold til Mintzbergs strukturer. Vi iagttager, at der stadig udtrykkes et politisk ønske fra den *eksterne koalition* om at tilpasse *operation core*, ikke alene ud fra hvad behovet er; tilpasningen skal ske i forhold til faglig og økonomisk bæredygtighed, som defineres ud fra et vist patientvolumen. Det betyder, at specifikke behandlinger, skal forgå på et begrænset antal steder. Der sker en centralisering i de faglige funktioner ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Den formelle ledelsesfunktion skal tilsvarende centraliseres ved dannelse af funktionsbærende enheder, hvilket betyder ledelse på tværs af matrikler. Der stilles krav til sygehusledelsen i *strategic apex* om at forenkle ledelsesstrukturen gennem reduktion i antallet af ledere. Samtidig formuleres det fra politisk side, at ledelsesansvaret i de funktionsbærende enheder skal være entydigt og dermed personligt. De hidtidige formelle ledelseshierarkier og de deraf afledte beføjelser skal redefineres. Idegrundlaget i de hidtidige ledelseskollektiver er ændret. Med det entydige ledelsesansvar over de fysisk større enheder markeres den personlige ledelsesposition. Ledelsesopgaven, som den formuleres politisk, er mere ”sundhed for pengene” og ”patienten først”. Den politiske anvisning i at få mere sundhed for pengene er via takststyring og meraktivitet. Strategic apex primære indsatsområde er det økonomiske, og måden at generere mere sundhed på er gennem driftseffektivitet og produktivitetsstigning. Lean anbefales også fra politisk side som et værktøj til at opnå effektivitet. Den faglige udvikling fordrer, at der strategisk handles omkostningsrationelt, da det er herigennem, at ressourcerne til udvikling kan frigives. Strategic apex skal også agere i et felt, hvor den eksterne koalition defineret af det politiske niveau til også at inkludere borgerne. Borgerne har i stigende omfang selv indflydelse på valg af behandlingssted. Borgernes forudsætning for at træffe et valg ligger i den gennemsigtighed, der politisk er skabt i sundhedsvæsenet via sundhedsportalen. Flere arbejdsdygtige borgere har også i stigende omfang mulighed for at vælge privat behandling gennem forsikringsordninger. Strategic apex skal således sikre, at sundhedsvæsenet kan tilbyde en ydelse, som er omkostningsmæssig rentabel og som modsvarer efterspørgslen også med hensyn til kvalitet og service. Sygehusvæsenet er i konkurrence såvel internt enhederne imellem som eksternt i forhold til det private marked.

Organisationsformen udtrykt via de institutionelle rammer kan fortsat karakteriseres ved at være i et spændingsfelt mellem flere organisationsformer. Det mest markante er den ændrede formelle ledelsesstruktur, som dels er blevet centraliseret via de funktionsbærende enheder, dels er blevet enstrengt, idet ledelsesansvaret påhviler en person. Tilsvarende på sygehusniveau er ledelsesansvaret

tilknyttet en person, og hvor den tværfaglige model introduceret i 1980'erne i øvrigt er uændret. De formelle beføjelser er blevet centraliseret. Ligeledes centraliseres de faglige ydelser både ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger og ud fra hensynet til økonomisk bæredygtighed. Der er tilnærmelsesvis tale om en *basal struktur* ifølge Mintzbergs modeller med en topleder, der organisatorisk tegner sygehusvæsenet. Afdelingsledelsen forstået som den funktionsbærende enhed synes politisk at have den største politiske bevågenhed som formel ledelses og organisationsstruktur. Den hidtidige standardisering af arbejdsgange, som knytter an til *maskinbureaukratiet* og som var af betydning for organisationsformen i 1990'erne er stadig gældende. Standardiseringen er skærpet, idet der er sket et skred fra benchmarking til Lean. Standardiseringen er rettet mod en faglig og økonomisk bæredygtighed, idet sygehusvæsenet skal kunne agere i konkurrence såvel på det offentlige som det private sundhedsmarked, hvor sidstnævnte har fået et større og hidtil uset kundesgrundlag. Borgerens øgede indflydelse på valg af behandlingssted kan således medvirke til, at den *divisionaliserede organisationsform* udvikles. En organisationsform, som der kunne ses elementer af i 1990'erne. For nuværende er organisationsformen indenfor sygehusvæsenet at karakterisere som en hybrid. Trækket fra omverdenen, som primært har været fra politisk side, er nu udvidet til et øget træk fra borgernes side via det ændrede marked og øgede valgmulighed.

Det nuværende sygehusvæsen efter år 2000 kan således ikke overføres til en enkelt af Mintzbergs modeller for organisationsformer, men er at karakterisere som en hybrid. Såvel den interne som eksterne koalition foranlediger forskellige træk på sygehusvæsenet betragtet som en organisation og kan præge den fremtidige udvikling, som nævnt ovenfor. Strategien er defineret ud fra hensynet til faglig og økonomisk bæredygtighed og i forhold til de funktionsbærende enheder, som afløser ledelseskollektivet på afdelingsniveau. Såvel på sygehus som på afdelingsniveau er organisationen ledelsesmæssigt blevet enstreget med hensyn til ansvarsplaceringen.

Her, hvor vi standser vores analyse, starter en ny æra for sygehusvæsenet, idet det organisatorisk placeres under de 5 nydannede regioner fra 1. januar 2007.

6.5 Delkonklusion

Vi har i den foregående analyse med afsæt i principperne for organisering og styring og de udledte forandringer belyst udviklingen og forandringen af de institutionelle rammer for ledelsesrummet på

sygehus og afdelingsniveau ved brug af Mintzbergs modeller for organisationsformer. De institutionelle rammer på sygehus og afdelingsniveau kan karakteriseres ved:

- Et fagbureaukrati i 1970'erne og 1980'erne.
- Et fagbureaukrati i 1990'erne, der er i en brydningsfase med træk i retning af et maskinbureaukrati og en divisionaliseret organisationsform.
- En hybridmodel med kendetegn fra den basale struktur, maskinbureaukratiet og den divisionaliserede organisationsform.

Det fagbureaukrati, som kendetegnede sygehusvæsenet i perioden 1970 – 1990'erne er afløst af en hybridmodel, hvor det professionsorienterede og dermed de faglige ydelser er knyttet an til den økonomiske bæredygtighed og ikke til den faglige udvikling, som tidligere var det bærende ifølge de modeller, vi har fremskrevet på grundlag af Mintzbergs modeller for organisationsformer.

Vi rejste nogle spørgsmål i første delanalyse relateret til de forandringer, vi kunne udpege i forhold til de udvalgte iagttagelsespunkter vedrørende principperne for organisering og styring. Vi søgte derfor via vores delspørgsmål at afdække de institutionelle rammer for ledelsesrummet på sygehus og afdelingsniveau. Vi må nu konstatere, at vi kan udpege de institutionelle rammer anno 2007 til at være en hybrid og hermed konkludere, at ledelsesrummet er komplekst, idet det kan bevæge sig i flere retninger.

Vi har således belyst udviklingen af de institutionelle rammer for ledelsesrummet ud fra Mintzbergs modeller for organisationsformer på basis af de forandringer og det institutionelle set up, vi fandt i forhold til principperne for organisering og styring. Det fører til en opsummering i forhold til vores besvarelse af første delspørgsmål.

6.6 Konklusion

Vi har dermed belyst følgende delspørgsmål:

”For perioden 1970 til 2007 vil vi på grundlag af policydokumenter undersøge forandringer i styrings- og organiseringsprincipper for det offentlige sygehusvæsen med henblik på at afdække de institutionelle rammer for ledelse på sygehus- og afdelingsniveau frem til anno 2007.”

Vi har delt spørgsmålet op i to delanalyser. I første delanalyse har vi med afsæt i de to principper organisering og styring beskrevet det institutionelle set up for sygehusvæsenet i perioden 1970 til

2007 ud fra en historisk institutionel tilgang. På basis heraf har vi næstfølgende udpeget forandringer enten som udvikling forstået som path dependence eller som brud forstået som critical junctures i forhold til de to fokuspunkter. I anden delanalyse har vi med udgangspunkt i beskrivelserne af det institutionelle set up og de udledte forandringer anvendt Mintzbergs modeller for organisationsmodeller og undersøgt udviklingen af rammerne for ledelsesrummet for perioden frem til 2007.

Det, vi har fundet, i forhold til første delanalyse er, at der kan iagttages forandringer som critical junctures og udvikling forstået som path dependence i perioden og at disse samlet består i en øget økonomisk orientering indenfor principperne for organisering og styring i det offentlige sygehusvæsen. De specifikke forandringer har vi oplistet i delkonklusionen til første delanalyse, hvilket vi kort vil resumere her. I forhold til principperne for organisering ser vi, at der med moderniseringen af ledelsesfunktionen i 1980'erne brydes med den hidtidige faglige ledelse. Denne model med tværfaglig og delt ledelsesansvar fagligt og økonomisk på afdelings- og sygehusplan fortsættes i 1990'erne. I 2003 brydes med denne model med introduktionen af funktionsbærende enheder, hvor der samtidig følger en entydig personlig placering af ledelsesansvaret. Med dette ledelsesansvar tilskrives tillige muligheden for at knytte løn og resultater sammen i ansættelsesvilkårene for lederne. Omdrejningspunktet for funktionen bliver økonomisk resultatorientering, hvilket er overensstemmende med de forandringer, som kan iagttages i principperne for styring, som over tid i stigende grad er blevet økonomisk rettet. Dette punkt udvikles fra ydelsesregistreringer til kobling af prioritering og ressourceforbrug via introduktion af rammebudgetter til stigende kontraktstyring. Sygehusvæsenet går fra at være udbudsstyret til at være efterspørgselsstyret. Tilsvarende er det patientrettede fokus økonomisk fokuseret, hvilket ses i forhold til den politiske formulerede hensigt om mere sundhed for pengene.

Med hensyn til den anden delanalyse kan vi konstatere, at rammerne for ledelsesrummet over tid har forandret sig fra et fagbureaukrati i forhold til Mintzbergs modeller for organisering til et fagbureaukrati med træk fra maskinbureaukratiet og den divisionaliserede organisationsform til en hybrid med kendetegn fra såvel den basale struktur, maskinbureaukratiet som den divisionaliserede organisationsform.

Vi står således tilbage med et sygehusvæsen anno 2007, der er organiseret som en hybrid og hvor sporafhængigheden er økonomisk orienteret. Dette leder videre til afklaring af, hvordan sygehuslederne konkret oplever deres ledelsesrum.

7. Analyse 2

”Vi vil med udgangspunkt i nuværende sygehuslederes selvbeskrivelser opstille én eller flere ledelsestypologier og beskrive deres rationale, omverden og roller med henblik på at opstille aktuelle definitioner af det ledelsesrum, der kan genfindes på sygehus- og afdelingsniveau.”

Vi vil med udgangspunkt i ovenstående lave en *diskursanalyse* af de indsamlede data (selvbeskrivelser via interview) med henblik på at få fremskrevet de forskellige typologiers (arketyper) ledelsesrum. Vi vil i vores analyse anvende Scotts tre søjler, som værktøj til systematisering af udsagn (Andersen 1999). Det betyder, at vi spørger til hver af de tre søjler med henblik på at få identificeret dominerende definitioner og selvopfattelser, når det gælder de lokale ledelsers omverden, enhed, organisationsopfattelse, lederidentitet og -roller. Det betyder, at vi laver en diskursanalyse med Scotts teoriapparat som hjælpeværktøj. I forbindelse med vores diskursanalyse har vi, som tidligere nævnt, valgt at definere diskursen som værende et studie af kommunikation, hvor det drejer sig om at iagttage iagttagelser som iagttagelser. Det betyder, at enhver af vores iagttagelser er kontigent, dvs. kunne have været anderledes. Samtidig er det kommunikationen, der er det sociale, dvs. udtrykker og skaber begreber.

De forskellige ledelsestypologier vil vi i slutningen af analysen holde op mod den organisationsform, som vi igennem den institutionelle analyse i foregående kapitel fandt frem til var en hybrid med kendetegn fra såvel den basale struktur, maskinbureaukratiet som den divisionaliserede organisationsform og som kendetegner det danske sygehusvæsen anno 2007. Specielt vil vi vurdere, hvilke spændinger der er mellem de forskellige typologier internt, og hvilke spændinger der kan findes mellem denne hybrid af en organisationsform og de enkelte typologier.

Genstanden for vores analyse er ledernes selvbeskrivelse og det overordnede sigte med selvbeskrivelsen er at skabe billeder af ledernes dagligdag. Med andre ord, ønsker vi at få beskrevet de institutioner, som lederne lægger til grund for deres ledelsesvirkelighed. Som omtalt i kapitlet 3 udtrykkes institutionerne ifølge Scott blandt andet qua de regler, normer som beskrives at regulerer adfærden

og qua de opfattelser, som tilkendegiver at give stabilitet og mening her i ledelsesmæssig sammenhæng.

Analysen tager udgangspunkt i de 11 gennemførte interviews og ved gennemgangen af interview materialet har vi fokus på de elementer, hvor den interviewede beskriver institutioner af regulativ, normativ og kulturel-kognitiv karakter. Vi spørger i vores analyse til tre forskellige iagttagelsesplaner det normative dvs. hvad det er, som personen beskriver som problem, mål, vision og i forhold til hvilke forestillinger og/eller referencerammer. Det kulturelle-kognitive dvs. hvordan definerer personen begreber, enheder, identiteter og genstande og det regulative dvs. hvilke værktøjer, organiserings- og reguleringsformer udpeges som relevante for personen.

Analysen foretages som en iterativ proces, hvor vi først forsøger at sortere den indhentede empiri ud fra vores definition af ledelsesrummet (omverden, roller og udfordringer/opgaver). Det vil sige, at vi udelukker den del af empirien, der ikke bidrager med relevant information om ledelsesrummet. I forbindelse med den anden iteration vil vi specielt lægge mærke til de plusord og begreber som de interviewede personer udtrykker. I den sidste iteration vil vi ud fra ud fra de plusord og begreber fra den foregående iteration beskrive de fokuspunkter, som personerne anser for vigtige. Disse iterationer vil give os mulighed for at opstille de typologier, som vi ønsker.

Vores empiri (case) er, som tidligere nævnt hentet i Region Sjælland, der består af tre tidligere amter (Vestsjællands Amt, Storstrøms Amt og Roskilde Amt). Region Sjælland varetager opgaver for i alt 800.000 borgere. Der er i regionen tolv somatiske sygehusmatrikler. Sygehusene i regionen er, som så mange andre sygehuse midt i en forandring, som følge af regionsdannelsen og akutplanlægningen. Indtil efteråret 2007 var der tre sygehusenheder (samme ledelse) i regionen (Øst, Syd, Vest). Dette er som følge af akutplanlægningen ændret til to sygehuse (Nord og Syd) med den konsekvens, at det gamle Sygehus Vest skal deles mellem det gamle Øst og Syd. Vores empiri er indsamlet gennem interviews med ledere fra Sygehus Vest og Sygehus Syd. Det har desværre ikke været muligt at komme til at interviewe ledere fra Sygehus Øst. Den ny sygehusplan træder i kraft 1. januar 2008.

Efter første iteration har vi for hver af de interviewede personer fået lavet en bruttoliste over de udsagn/sætninger, hvori de giver udtryk for rammerne af deres ledelsesrum, som vi i kapitlet om vores

analysestrategi har defineret som lederens omverden, enhed, organisationsopfattelse, lederidentitet og -roller. Den næste iteration har, som tidligere nævnt til formål at få samlet de plusord og begreber, der kan være med til at beskrive en typologi. Gennem vores anden iteration har vi fundet frem til de plusord og begreber, der er angivet i tabellen nedenfor. Som det fremgår af tabellen har vi fundet plusord og begreber, som vi bedst mener, kan opdeles i tre forskellige grupper eller typologier. Den første gruppes plusord og begreber har vi valgt at betegne *den faglige leder*, idet dennes gruppes plusord og begreber alle peger hen mod patienten som omdrejningspunkt. Den anden gruppe har vi valgt at betegne *markedslederen*, idet plusord og begreber her peger mod en markedsorientering. Den tredje gruppe har vi valgt at betegne *human resource lederen*, idet det er uddannelse og udvikling, der karakteriserer denne gruppe.

Tabel 1 Plusord og begreber for de tre typologier

Den faglige leder	Markedslederen	Human resource lederen
Patientrelateret	Penge	Kultur
Patienterne kommer først	Konkurrence	Udfordringer
Klinisk arbejde	Forretning	Rekruttere
En god klinikker	Investere	Skabe og udvikle
Kvalitet	Firma	Gode miljøer
Ordentlighed	Sundhedsmarked	Uddannelse
Nye sygehuse	Markedsmekanismer	Innovation
	A. P. Møller	Udviklingsorienteret
	Administrerende direktør	Motivation
	Selvejende	Begejstring
	Privat	Familieorienteret
	Økonomi	Kommunikation
	Privataktivitet	Personalepolitikker
	Resultatorienteret	Konflikter og konfliktløsning
	Privat sektor	Kompetencer
	Omsætning – overskud – underskud	Mentorordninger
	Ultraeffektive og ultrahurtige	Menneskelige kompetencer

Vi vil nu i det efterfølgende afsnit beskrive ledelsesrummet, som det tager sig ud for de tre forskellige typologier dvs. den faglige leder, markedslederen og human resource lederen. Vi søger nu med

udgangspunkt i sygehusledernes selvskrivelser at få konstrueret tre typologier (tendenser), der er nævnt ovenfor. For de tre typologier vil vi gøre rede for, deres omverdens- og organisationsforståelse og deres udpegning af konkrete mål og udfordringer. Efter endnu en gennemlæsning af vores empiri kan vi opstille de tre typologier og understøtte disse med citater hentet fra empirien.

7.1 Den faglige leder

Vi mener, at den faglige leder er kendetegnet ved at betragte omgivelserne ud fra et sundhedsfagligt rationale, hvilket bl.a. kommer til udtryk gennem de begreber og ord, som de bruger til at beskrive sig selv og deres arbejde. Det sundhedsfaglige rationale er et udtryk for de kulturelle-kognitive institutioner, der former den faglige leders selvopfattelse og deres tolkning af omgivelserne. Vi mener, at den faglige leders kognitive opfattelse, for læger, er skabt gennem den identitet, der opbygges gennem deres studiet på universitetet og gennem den lange lægevidenskabelige historie, som uddannelsen bygger på. På samme måde tolker vi, at den kognitive opfattelse hos sygeplejerskerne, hvad angår faglighed og menneskesyn, kan føres tilbage til de værdier og normer, der er knyttet til opfattelsen af sygeplejersken som en Florence Nightingale. Vi mener, at det faglige rationale kommer til udtryk i følgende citat, der er hentet fra vores indsamlede empiri:

”... Det er en mærkelig ting for man skal hele tiden skæve til alle disse ting og ikke til patienterne. Det er dog patienterne, der er de vigtige”

Det faglige rationale kan også iagttages, som den måde, hvorpå de interviewede personer beskriver deres omverden og deres enhed. Vi finder, at der i vores empiri er en tendens til, at de personer, som vi vurderer tilhører den gruppe, som vi betegner den faglige leder, betragter omverden med deres afdeling centrum. Vi finder gennem vores empiri, at den faglige leder ikke sondrer mellem sygehus, region og landspolitik. Denne forestilling om egen afdeling som centrum og en afstandtagen til region og andre sygehuse kommer f.eks. til udtryk i følgende to citater:

”... Regionen deroppe har sat sig nogle andre forventninger i deres hoveder”

”... Det bliver os eller Roskilde”

Som det fremgår af tabel 1 udtrykker den faglige leder sig ved brug af begreber og af plusord, der alle kan henføres til deres faglige rationale og til de opgaver, der er knyttet til patienten. Vi kan endvidere ud fra vores empiri se, at den faglige leder i flere tilfælde benytter patienten til at sætte spørgsmål ved de genstande (f.eks. styringsteknologier), der er skabt ud fra andre rationaler som f.eks. det økonomiske rationale, hvilket bedst illustreres med følgende citat:

”... Det har været nogle groteske ting de har foreslået, at man skal gøre ved patienterne”

Vi tolker, at ovenstående betyder, at målet for den faglige leder er at yde den bedst mulige behandling af patienten, som det er muligt indenfor de rammer, som lægevidenskaben kender i dag. Det er derfor ikke de økonomiske eller samfundsmæssige forhold, der sætter rammen for deres virke. Vi tolker derfor, at den faglige leder opererer ud fra et sæt af værdier, der tager udgangspunkt i det etiske og menneskelige. Dette må anses som værende i overensstemmelse med det faktum, at vi i Norden har tradition for, at alle mennesker skal have lige adgang til de sundhedsmæssige ydelser modsat andre lande som f.eks. USA, hvor sundhedsvæsenets tilbud afhænger af den enkeltes eget finansielle bidrag. Dette er i overensstemmelse med de fund, som vi har gjort i vores empiri, hvor det viser sig, at den faglige leder udpeger den stigende markedsgørelse, som sit største problem. Dette forhold kommer til udtryk, når den faglige leder sætter spørgsmålstejn ved styringsteknologier som f.eks. afregningsmodeller, kvalitetsstyring, aktivitetsregistrering osv. Vi tolker desuden, at det også kommer til udtryk, når den faglige leder ikke direkte udpeger konkurrence med f.eks. private klinikker, som værende en udfordring. Det er mere de problemer, der opstår i kølvandet på denne privatisering, som den faglige leder udråber som problematisk. Dette er f.eks. manglende mulighed for at rekruttere, og dermed manglende mulighed for at opfylde den høje faglige standard, som deres værdier og normer bygger på.

Vi fandt i vor empiri, at en enkelt af de faglige leder påpegede, at klagesager i dag tager mere af lederens tid end det tidligere var tilfældet. Vi tolker, at dette mere skal ses som et udtryk for, at patienten er blevet mere bevidst om sin rolle på et sundhedsmarked end et udtryk for en faldende faglig standard. Dette er også i overensstemmelse med den faglige leders egen opfattelse af det faglige niveau. Med dette mener vi, at lederen ser sig selv, som den faglige instans, der ved bedst og som altid yder det bedste ud fra deres faglige viden indenfor det muliges rammer. Dette kommer f.eks. til udtryk i følgende citat:

”... Klagesager tager enormt lang tid. Nogle gange har man svært ved at se, hvad det egentligt er de klager over”

Den faglige leder udpeger selvledelse gennem sit faglige virke som relevant. Det er specielt gennem faglige fora og lignende, at de henter inspiration og ligeledes gennem disse, at opgaver koordineres.

Samlet vil vi derfor på baggrund af ovenstående definere den faglige leder, som en sundhedsperson, der udelukkende handler ud fra sundhedsfaglige (kliniske) rationaler. Den faglige

leder ser sig selv, som faglig stærk og den alle kan spørge til råds i faglige spørgsmål. Det er den faglige leders opfattelse, at patienten altid skal tilbydes den fagligt bedste behandling uden at inddrage andre samfundsmæssige forhold som f.eks. økonomi. Den faglige leder ser sin afdeling og speciale som centrum og anser ikke omverden dvs. region og andre sygehuse som vigtige. Der er tale om en leder, der betragter organisationen som et fagbureaukrati. De vigtigste udfordringer for den faglige leder er rekruttering og fastholdelse af personale, så den faglige standard kan opretholdes.

7.2 Markedslederen

I dette afsnit vil vi på samme måde, som vi i det foregående afsnit beskrev den faglige leder, beskrive den typologi, som vi har valgt at kalde markedslederen. Modsat den faglige leder betragter og tolker markedslederen omverden gennem et økonomisk rationale. Vi mener, at det økonomiske rationale, som det fremstår i dag er et produkt af New Public Management kulturen, der har været fremherskende i hele den vestlige verden i de sidste årtier. Det økonomiske rationale er præget af tanken om "the rational economic man" dvs. en person, der i enhver henseende handler for at opnå nyttemaksimering. I dette lys mener vi, at man skal se markedslederen, som en leder, der stræber efter at opnå nyttemaksimering for den organisation han tilhører. Gennem vores behandling af vores empiri er vi støt på en række eksempler på udtalelser, der vidner om, at lederen handler ud fra et økonomisk rationale. Et eksempel på en sådan udtalelse er:

"... Rent faktisk føler vi os dybt krænkede over, at vi når vi skal ud og konkurrere på det fri marked, så får vi kun 55 procent af den pris det private firma får. Hvis jeg kunne få 100 procent kan jeg få folk til at arbejde. Patienterne kunne få B&O fjernsyn på stuerne, de kan få mahognigulve og vælge deres mad fra et cateringfirma."

Dette tolker vi, som et udtryk for, at hvis der bare er fri konkurrence indenfor det danske sundhedsvæsen, så skal de frie markeds kræfter nok sørge for, at den stærkeste aktør overlever. Det vidner desuden om den tanke, at hvis man bare kan betale for ydelsen (de ansatte), så skal de nok komme.

Vi finder, at markedslederen ser og tolker, som tidligere nævnt sin omverden gennem det økonomiske rationale, hvorfor denne kommer til at fremstå som et marked med en række aktører eller virksomheder, hvor lederens egen afdeling er en af disse. Desuden ser markedslederen sin afdeling som en virksomhed med sig selv, som den øverste administrerende direktør. Denne tolkning bygger vi bl.a. på følgende citat, der viser denne tanke.

"... Pludselig bliver man administrerende direktør for et lille afsnit, der omsætter for meget mere end en gennemsnitsvirksomhed i Danmark."

Qua dette rationale ser vi, at lederen ligeledes opfatter andre afdelinger og sygehuse samt regionerne, som aktører på dette sundhedsmarked.

Markedslederen udpeger specielt den ulige konkurrence som en udfordring og som følge heraf en manglende mulighed for at rekruttere personale til deres afdelinger. Vi finder desuden tegn i empirien på, at markedslederen ikke finder sig godt nok rustet til at løfte den opgave, der ligger i afdelingen, hvad angår økonomistyring med mm. Endvidere fremhæver flere af de interviewede personer, at de styringsteknologier, de er underlagt f.eks. aktivitetsmåling og kvalitetsregistrering, er et problem, ikke fordi de er uenige i brugen af disse teknologier, men fordi de mener, de bør have deres egen stab, der kan varetage disse opgaver. Denne tolkning kan illustreres med følgende citat:

"... Det jeg kan savne er lokale stabsfunktioner, der kan understøtte en."

"... Noget så simpelt, som at søge personale og udfærdige annoncer. Du skal pludselig være PR chef for din egen afdeling."

Omvendt tolker vi, at målet for markedslederen er en afdeling (virksomhed), der er økonomisk rentabel dvs. en afdeling, hvor der er mulighed for at behandle de patienter der kommer, og det er indenfor den fastsatte behandlingsgaranti.

"... Vi omsætter også vildt højt. Omdrejningstallet er også vildt højt i forhold til, hvad det var."

Vi finder også i vores empiri dokumentation for, at markedslederen efterspørger styringsværktøjer og uddannelse, der kan understøtte organisationen på et sundhedsmarked. Der er f.eks. en der tilkendegiver at vedkommende oplever pludselig at stå med ansvaret for et 2-3 cifret millionbeløb og så ikke føle at have den nødvendige økonomiske indsigt. En anden føler, at vedkommende står temmelig alene med de ledelsesmæssige funktioner og værktøjer. Generelt tolker vi, at markedslederen har et større fokus på ledelse som en profession end det f.eks. var tilfældet med den faglige leder. Markedslederen giver udtryk for et ønske om at deltage i ledelsesmæssige fora. En af de interviewede udtrykker, at *"ledelse er en disciplin"*. Vi ser derudover, at markedslederen peger på konkurrencen som en vigtig reguleringsform. Der er dog en udbredt opfattelse af, at konkurrencen på nuværende tidspunkt ikke er reel og at de konkurrerer på ulige vilkår. Ovenstående kan eksemplificeres ved følgende citater:

"... Konkurrence er sundt."

"... Vi føler os forfordelt rent konkurrencemæssigt. Vi har nogle opgaver vi ikke bliver målt på."

"... Jeg ser hele den private sektor, som en konkurrent, der får ulige betingelser. Jeg har ikke noget i mod privatisering, men jeg syntes de offentlige sygehuse skal have samme vilkår."

Samlet vil vi derfor på baggrund af ovenstående definere markedslederen, som en (sundheds)person, der handler ud fra et økonomisk rationale. Lederen ser sig selv (lederrollen) som en administrerende direktør, der skal drive virksomheden (afdelingen) og ser omverden som aktører på et sundhedsmarked, hvor der ikke eksisterer fri konkurrence aktørerne imellem. Som de vigtigste udfordringer peger markedslederen på sund økonomi og på rekruttering af personale på et marked, der er præget af uens vilkår.

7.3 Human resource lederen

Den tredje og sidste af de typologier, vi har fundet, er den, vi har valgt at kalde human resource lederen. Human resource lederen er kendetegnet ved at betragte og fortolke omverden gennem et udviklings- og innovationspræget rationale (herefter: innovations rationale). Med dette mener vi, at human resource lederen er optaget af de personlige relationer og interpersonel kommunikation. Tabel 1 viser eksempler på de plusord, som denne typologi benytter sig af, når de beskriver deres arbejdsmæssige udfordringer. Eksempler hentet fra tabel 1 er motivation, innovation og udvikling. Denne typologi benytter sig mere af en form for magt, der gennem udvikling af den enkelte medarbejder skal skabe interesse og mulighed for, at denne kan påtage sig nye og mere krævende opgaver. Vores empiri har en række eksempler på dette innovations rationale:

"... Det er vigtigt, at lederne kan se, hvilke ressourcer, der i den enkelte."

"... At skabe, udvikle og fastholde de gode ting i sygehusvæsenet, som vi herude også gerne vil bidrage med."

Vi ser, at modsat den faglige leder og markedslederen, så opfatter human resource lederen ikke sin afdeling som centrum eller som en selvstændig enhed løsrevet fra resten af organisationen. Derimod ser human resource lederen organisationen, som en række afdelinger, der er knyttet sammen i et netværk, og hvor kommunikationen indenfor netværket er afgørende for den enkelte afdeling og for den samlede organisation. Dette kommer f.eks. til udtryk i følgende citat, der er hentet fra vores empiri, hvor det er samarbejde og ikke konkurrence, der anses for vigtigt.

"... Det er vigtigt, at de forskellige specialer kan samarbejde."

Vi tolker vores empiri således, at human resource lederen anser de vigtigste mål for at være fastholdelse og rekruttering i et sygehusvæsen, der er præget af en stigende grad af konkurrence fra den private sektor. Modsat markedslederen er løsningen her ikke at konkurrere på ens vilkår, men at sikre motiverede medarbejdere, der gennem kompetenceudvikling finder glæde ved at være ansat på en afdeling, der kan tilfredsstille de faglige og menneskelige behov. Der peges på, at det er nødvendigt med en personalepolitik, der fokuserer på et arbejdsmiljø, hvor man kan undgå stress og tilgode-se familielivet. Dette frem af følgende citater:

”... Vi skal i fremtidens sygehusvæsen være meget mere familieorienteret også i forhold til vores medarbejdere.”

”... Vi skal have fokus på de sunde arbejdspladser f.eks. uden stress.”

De økonomiske incitamenter benyttes af denne leder, som et middel til at fremme den ønskede vidensdeling og kompetenceudvikling. Et eksempel kan være brugen af ny løn til de mentorer, der er med til at kompetenceudvikle nyt personale. Samlet set kan human resource lederens ledelsesrolle tolkes, som en form for motivator eller coach end som en traditionel lederrolle, hvilket tydeligt fremgår af følgende citat:

”... Helt praktisk, så gælder det om at holde motivationen, gejsten og begejstringen oppe hos personalet.”

Human resource lederen peger på, at de vigtigste værktøjer er kommunikation og kompetenceudvikling. Det er disse værktøjer igennem hvilke human resource lederen skal sikre sig, at målene nås.

Samlet vil vi derfor på baggrund af ovenstående definere human resource lederen, som en (sundheds)person, der handler ud fra et udviklings- og innovationspræget rationale. Human resource lederen ser sin egen enhed, som en del af et større netværk, hvori kommunikation og samarbejde er et vigtigt element. Human resource lederen peger på, at den voksende konkurrence med den private sektor i fremtiden vil betyde, at de offentlige sygehuse får endnu sværere ved at rekruttere og fastholde personale. Human resource lederen ser kompetenceudvikling og kommunikation, som et nødvendigt værktøj til indfrielse af målet.

7.4 Konklusion

Vi har i de foregående afsnit beskrevet de tre forskellige typologier, som vi har fundet frem til i forbindelse med den gennemførte analyse. Vi er vidende om, at vi kun er i besiddelse af en begrænset empiri, men mener dog, at vi på baggrund af analysen kan konkludere, at der i vores empiri kan

genfindes tegn på tre forskellige ledelsestypologier. Det, der kendetegner eller adskiller disse typologier, er det sted, hvorfra de taler fra dvs. deres rationale. Derudover er de forskellige i den måde, hvorpå de betragter ledelsesrollen, omverden, patienten og de vigtigste udfordringer.

Som tidligere nævnt i kapitel 3 beskriver Scott fire forskellige bærere (eng: carriers) af institutioner. Disse fire kan alle være med til at bære institutioner over tid og rum – f.eks. indenfor og mellem organisationer. Scott benævner de fire bærere, som symbolske systemer, relationelle systemer, rutiner og symboler. Selvom de fire bærere kan være budbringere for både den regulative, normative og kulturel-kognitive vil nogle bærere være mere sandsynlige end andre. Med udgangspunkt i ovenstående tre typologier vil den faglige leders bærer være rutiner – dvs. nedskrevne faglige retningslinjer. For markedslederen vil bæreren være symbolske systemer – dvs. regler og love, der styre og regulere marked og konkurrencen. For human resource lederen vil den dominerende bærer være relationelle systemer i form af netværkskommunikation både interpersonel og interorganisatorisk.

Vi har valgt at sammenfatte de tre typologier i en tabel (tabel 2), der viser typologiernes opfattelse af ovenstående fokuspunkter.

Tabel 2 Sammenligning af de tre forskellige ledelsestypologier

	Den faglige leder	Markedslederen	Human resource lederen
Rationale	Faglighed	Økonomi	Udvikling og innovation
Patient	Opgave	Kunde	Aktør
Ledelsesrolle	Klinikker	Direktør	Coach
Omverden	Afdeling	Sundhedsmarked	Netværk
Organisation	Fagbureaukrati	Virksomhed	Innovation
Personale	Faglig	Ressource	Individ
Udfordringer	Styrkelse af faglighed	Konkurrence	Kompetenceudvikling
Bærer	Rutiner	Symbolske systemer	Relationelle systemer

Disse tre ledere er typologier eller arketyper, som kan findes i en mere eller mindre udpræget form. Funktionsbeskrivelser for sygehusledere viser, at man på sygehusene efterspørger ledere, der favner alle tre ledertypologier. Vores analyse viser, at dette ikke er tilfældet men, at en sygehusleder vil have en primær eller foretrukken ledelsestypologi. Det er denne foretrukne typologi, der vil styre, hvordan sygehuslederen agerer i det daglige virke. Man kan derfor spørge sig selv, hvilke spændinger, der vil eksistere mellem ledere, der har forskellige primære typologier. Det er desuden interes-

sant at se på, hvilke spændinger, der opstår, når disse typologier skal udfylde det ledelsesrum, som vi tidligere har beskrevet, som værende en hybrid med kendetegn fra såvel den basale struktur, maskinbureaukratiet som den divisionaliserede organisationsform. Vi finder det desuden tankevækkende, at man kan drive et sundhedsvæsen ud fra tre forskellige rationaler, og vil derfor diskutere, hvilke implikationer dette har på det danske sundhedsvæsen anno 2007.

Ovenstående overvejelser vil indgå i vores diskussion i næste kapitel. Diskussionen har desuden, som formål at knytte de to foregående analyser sammen og derigennem være med til at besvare vores problemformulering.

8. Diskussion

I de foregående to kapitler har vi foretaget to forskellige analyser på henholdsvis mikro og makro niveau. I den første analyse, hvor vi var på makroniveau, undersøgte vi med afsæt i organisering og styring det institutionelle set up for sygehusvæsenet i perioden 1970 til 2007 ud fra en historisk institutionel tilgang og de der af udledte forandringer. I den anden analyse gik vi på mikroniveau og undersøgte via selvbeskrivelser, om man kunne opstille en række ledelsestypologier, der kunne beskrive det af lederne omfattede ledelsesrum. Analyserne rejste en række problemstillinger, som vi anser for nødvendige at diskutere, før vi foretager den endelige konklusion og der giver svaret på vores problemformulering.

”Vi vil undersøge, hvordan ændringer i de institutionelle rammer for det danske sygehusvæsen, institutionelle rammer med særlig fokus på styrings- og organiseringsprincipper der konstrueres gennem styring og organisering, påvirker sygehuslederens selvopfattede ledelsesrum og hvilke spændinger, dilemmaer og problemer det medfører.”

Med udgangspunkt i de to foregående analyser finder vi det vigtigt at få afdækket, hvordan de tre typologiers ledelsesrum påvirkes, når rammerne for ledelse ændres, og man går fra et fagligt til et markedsorienteret rationale. I den forbindelse finder vi det hensigtsmæssigt at få afklaret, hvorfra de tre typologier henter deres legitimitet og få afklaret, hvordan de tre typologier kan eksistere på samme tid. Dette eksistensproblem vil vi forklare ud fra begreberne om institutionel forandring og institutionel træghed. Sluttelig vil vi gøre rede for, hvilke spændinger vores tre typologier giver anledning til, når de placeres i en organisation, som den vi har beskrevet i vores første analyse dvs. en

hybrid med kendetegn fra såvel den basale struktur, maskinbureaukratiet som den divisionaliserede organisationsform.

Vi mener, at man kan betragte det danske sygehusvæsen, som et organisatorisk felt, som det beskrives af DiMaggio og Powell⁴⁶. Det organisatoriske felt består således af de organisationer (offentlige eller private) imellem hvilke, der eksisterer én eller flere relationer. Relationerne mellem disse organisationer udgør et net, som betegnes det organisatoriske felt. Relationerne indenfor feltet kan være af kognitiv, normativ eller regulativ karakter. De kræfter, der påvirker det organisatoriske felt, kan både være interne (imellem de enkelte organisationer) og eksterne (for eksempel felter imellem). DiMaggio og Powell angiver desuden, at når organisationer indenfor samme område struktureres som et organisatorisk felt (som følge af lovgivning, konkurrence eller lignende) vil stærke kræfter påvirke disse organisationer, så de henover tid vil komme til at ligne hinanden. Der vil altså med tiden ske en homogenisering af den måde, de enkelte organisationer indretter og opfører sig på. Det er denne homogenisering, som DiMaggio og Powell beskriver ud fra deres isomorfi begreb. DiMaggio og Powell opregner tre typer af isomorfimekanismer, der kan bringe organisationer indenfor et organisatorisk felt til at udvikle sig i samme retning dvs. udvikle sig isomorft. Ordet isomorfi kan forklares med ordet ensliggørelse. De tre typer af isomorfisme er tvangsmæssig (coerciv) isomorfi, mimetisk (mimetic) isomorfi og normativ isomorfi. Tvangsmæssig isomorfi består i, at en organisation påtvinges bestemte organisationsformer, koncepter, procedurer eller lignende gennem direkte eller indirekte magtudøvelse. Graden af tvangsmæssig isomorfi kan påvirkes af, hvor vidt den enkelte organisation er afhængig af formelle myndigheder eller autoriteter eller om organisationen er afhængig af ressourcestærke organisationer i omgivelserne. Normativ isomorfi betyder, at organisationen ændrer sig for at leve op til forventede normer og standarder. Mimetisk isomorfi består i, at en organisation efterligner de organisationsformer, som den betragter som succesfulde. Den mimetiske isomorfi er et udslag af usikkerhed, hvilket foranlediger, at organisationer efterligner hinanden. Den organisation, der bliver imiteret, er nødvendigvis ikke vidende om det, og opfatter givetvis ikke sig selv som rollemodel. Når det er usikkerhed, som er den drivende faktor for valg, kan konsekvenserne af valget være forbundet med større risici. Efterligningen i organisationer kan være uintenderet, men udløses via ansættelse af medarbejdere fra lignende organisationer eller via ekstern konsulentbistand. Det kan også være udtryk for organisationens evne til at være innovativ, i hvilken grad den kopierer og integrerer nye koncepter. Endelige er antallet af mulige organisa-

⁴⁶ Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields

tionsformer, som kan imiteres ret begrænset. Mimetisk isomorfi benyttes ofte af organisationer, som et middel til at skabe legitimitet omkring organisationen. I praksis sker dette ved at kopiere organisationer, der fremstår som moderne og effektive.

Af tabellen (tabel 1) i foregående kapitel fremgår det, at hver af de tre typologier bygger på hver sit rationale dvs. de betragter og tolker verden fra forskellige positioner, hvilket vil medføre, at de også må hente deres legitimitet fra forskellige kilder. Den faglige leder, der betragter omgivelserne ud fra et fagligt/klinisk rationale vil, som følge heraf søge legitimitet gennem det som Suchman (Suchman, 1995) betegner kognitiv legitimitet dvs. legitimitet skabt gennem efterlevelse af godkendte standarder og gennem isomorfi til andre sygehuse/afdelinger i ind- og udland. Markedslederen vil benytte sig af pragmatisk legitimitet dvs. legitimitet hentet gennem tilpasning til omgivelsernes (markedet) behov og gennem annoncering af produkt og image. Human resource lederen vil forsøge at hente legitimitet gennem det, som Suchman betegner moralsk legitimitet dvs. legitimitet skabt gennem handlinger, der for omverden opfattes, som det moralsk rigtige at gøre – det kan f.eks. være at have det menneskelige aspekt i fokus når det vedrører medarbejdere og deres trivsel. Ovenstående viser, at de tre typologier opnår legitimitet fra forskellige kilder. Da legitimitet ikke kan tages, men altid gives fra omgivelserne, vil den typologi eller det rationale, der lever op til omverdens krav modtage legitimitet og derigennem få styrket rationalets berettigelse. I et institutionelt perspektiv, er legitimitet ifølge Scott et udtryk for om, man svinger i takt med omverdens regulative, normative og kulturel-kognitive forventninger. Som vi tidligere har nævnt, er det danske sygehusvæsen på vej mod en organisationsform, der kan betragtes som en hybrid med kendetegn fra såvel den basale struktur, maskinbureaukratiet som den divisionaliserede organisationsform, hvilket vi tolker, som om vi er på vej mod en stadig større markedsgørelse af det offentlige sundhedsvæsen. Dette stiller markedslederen i den bedst mulige situation for at opnå legitimitet. De andre to typologier skal derfor forsøge at hente legitimitet fra andre aktører end det politiske niveau f.eks. gennem patientforeninger (den faglige leder) og fagforeninger (human resource lederen). Vi mener derfor, at der til stadighed vil være en legitimitetskamp mellem de tre forskellige typologier eller rationaler. Der vil dog ud fra isomorfibegrebet være en tildens til, at organisationerne med tiden vil komme til at ligne de organisationer, der opnår størst legitimitet dvs. de organisationer, der ledes af markedslederen.

Man kan derfor spørge sig selv, hvorfor disse tre typologier kan eksistere side om side, når vi peger på, at der er sket et skift i det overordnede rationale dvs. fra et fagligt rationale hen imod et øko-

nomisk rationale (fra fagbureaukrati til maskinbureaukrati). Vi mener, at dette skal ses som følge af institutionel forandring og den dertil knyttede træghed. For at forklare dette må vi vende tilbage til de institutionelle forandringer, men med et bredere fokus. Indledningsvis introducerede vi i afsnittet om institutionel teori, at institutionel forandring ifølge Streeck og Thelen kan foregå successivt i faser.

Institutionel forandring giver et overblik over stabilitet og brud i en given periode. Vi har tidligere set på forandring som path dependence og critical junctures i forhold til vores organiserings- og styringsprincipper. Vi vil nu se på den institutionelle forandring som en ændring i ledelsesrationale, hvor sygehusvæsenet tidligere var styret af et fagligt ledelsesrationale, er det nu båret af et økonomisk ledelsesrationale. Vi mener, at der sker en institution forskydning, en *displacement* i forbindelse med bruddet med det faglige ledelsesrationale i 1980'erne, hvor den tværfaglige ledelse med et delt økonomisk administrativt introduceres. Sygehusvæsenet var i 1970'erne at betragte som en organisation i stabile omgivelser, som er et af kendetegnene for denne fase. I forlængelse af den medicinske udvikling udbygges og specialiseres sygehusvæsenet i denne periode. Lægerne definerer deres faglige autonomi rammerne for sygehusvæsenet. Med den nye ledelsesmodel introduceres økonomien og administrationen som integrerede ledelsesaspekter i den faglige ledelse. Der sker hermed en forskydning i ledelsesorienteringen. Vi iagttager samtidig, at implementeringen af denne ledelsesmodel med delt ledelse fra politisk side evalueres at gå langsomt vurderet over en 10 års periode. Vi tilskriver, at sygehusvæsenet ledelsesmæssigt er i en fase, der kan karakteriseres som *layering/drift*. Disse faser er kendetegnet ved, at der sker en gradvis udvikling i institutionen gennem kompromisser, hvilket eksempelvis kan forklares at foregå via udviklingen i det tværfaglige samarbejde. Her kunne der i udgangspunktet iagttages ledelsesmæssig uenighed læge og sygeplejeprofessioner imellem om niveauet for ledelsesmæssig indflydelse fra sygeplejerskegruppens side, på trods af, at denne gruppe fra politisk side blev tilskrevet en stærk tradition for administration. De faglige og ledelsesmæssige kompromisser, kan efterlade det indtryk, at sygehusvæsenet som ledelsesmæssig institution er stabil. Men det er uklart, om sygehusvæsenet som institution reelt har tilpasset sig de normsættende politiske institutioner eller om, den er i ”drift” og dermed er præget af institutionel træghed og i en vis grad opretholder tidligere handle- og ledelsesmønstre ved at negligere tilpasning, som er et af kendetegnene ved drift. Det vi kan iagttage, som understøtter den institutionelle træghed er, at den fortsatte medicinske udvikling har medført omlægning af behandlingen og dermed er behovet for sengepladser ændret. Sygehusvæsenets faglige betingelser har ændret sig.

De normsættende institutioner på politisk niveau skærper gennem 1990erne styringen af sygehusvæsenet via introduktionen af kontraktstyringen. Det er tilsvarende en periode, hvor det stilles mangeartede krav ledelsesmæssigt, som vi så det illustreret via Mintzberg. Benchmarkingen, fokus på kvalitet og ventetid; indførelse af diagnosestyret frit sygehusvalg er blot nogle af de krav, der ledelsesmæssigt skal honoreres. Det normsættende niveau konstituerer rammerne i sygehusvæsenet, hvilket afledt giver aktørernes handlebetingelser. Det ledelsesmæssige rationale er i stigende grad normsat til at være økonomisk rationelt orienteret, hvorfor det er nødvendigt at genfortolke det ledelsesmæssige rationale. Der sker en *conversion*, som kan forklares ved, at de institutionelle rammer via deres kompleksitet, som vi så det i Mintzberg, fordrer, at ledelsesopgaven skal redefineres. Den kan ikke udfyldes indenfor det hidtidige ledelsesrationale.

Ledelsesrummet vil som følge af ændringerne i rammerne og den institutionelle kontekst ligeledes undergå en forandring. Vi valgte i vores sidste analyse at definere ledelsesrummet, som bestemt af lederens omverden, enhed, organisationsopfattelse, lederidentitet og -roller. Lederens omverden ændres som følge af strukturreformer med en tilhørende ændring af arbejdsgiver fra amter til regioner og nedlæggelse af de funktionsbærende enheder, der tidligere blev betragtet, som den helt rigtige organisationsform. Fjernelse af de funktionsbærende enheder betyder, at afdelingsledelserne rykker en plads op i ledelseshierarkiet med et større administrativt ansvar til følge. Hvis vi betragter vores case, som et organisatorisk felt er vi pt. midt i proces, hvor dette felt er under institutionel forandring, som følge af coerciv og mimetisk isomorfi. Den coercive isomorfi fremkommer som følge af de regler og retningslinjer, der fra regionen og direktionen påtvinges feltet. Den mimetiske isomorfi fremkommer som følge af, at de enkelte afdelinger forsøger at kopiere de afdelinger, der fremstår som effektive og høster legitimitet. Sygehuslederne vil opleve spændinger, problemer og dilemmaer, når de skal agere i et organisatorisk felt, der er under forandring. I vores første analyse gjorde vi rede for, at der var sket et skift fra et fagligt rationale hen imod et økonomisk rationale. I Mintzbergs terminologi betyder dette, at vi bevæger os fra et fagbureaukrati til et maskinbureaukrati. Dette skift betyder, at der ikke er plads til den faglige leder eller human resource lederen, da det er andre lederkompetencer, der efterspørges. Vi mener, at den faglige leder vil opleve at måtte give køb på faglige værdier i forbindelse med et stadig større fokus på etableringen af et sundhedsmarked. På samme måde mener vi, at human resource lederen vil opleve, at der fra personalets side i højere grad vil blive stillet krav om økonomiske compensation (incitament) end de elementer, som human resource lederen finder vigtige (så som uddannelse, familie m.m.). Denne oplevelse, af

ikke at passe ind i de nye institutionelle rammer mener vi, kan skaber problemer i forhold til lederens identitet og rolle. Vi mener derfor, at når vi betragter de tre typologier, ser vi en markant ændring i deres ledelsesrum, som følge af ændringen i de institutionelle rammer. Vi mener, at det specielt er den faglige leder, der vil opleve, at ledelsesrummet bliver indskrænket og at vedkommendes værdier og holdninger udfordres. Human resource lederen vil på samme måde opleve en indskrænkelse af ledelsesrummet – vi mener dog ikke, at dette vil have de samme personlige omkostninger, som det er tilfældet med den faglige leder, da det ikke er de personlige værdier og normer der udfordres. Vi mener, at markedslederen vil opleve, at ledelsesrummet på mange områder udvides i takt med, at etableringen af et sundhedsmarked skrider frem. Det er dog muligt, at markedslederen vil opleve dele af ledelsesrummet som begrænset qua de styringsteknologier, der indføres. Samlet mener vi, at ledelsesrummet bliver udvidet i de dimensioner, der omfatter det økonomiske rationale og på samme måde indskrænkes ledelsesområdet i dimensioner, der omfatter faglighed, innovation og udvikling.

Vi mener derfor, at sygehuslederen vil opleve, at blive stillet i et krydspres (dilemma), hvor han/hun kan blive stillet overfor et valg mellem egne værdier og organisationens/omverdens forventninger, som følge af ændringer af ledelsesrummet og de institutionelle rammer for sygehusvæsenet.

På basis af denne diskussion, der er relateret til resultaterne af de to analyser, vil vi resumere vores analysefelter og de erkendelser, vi er nået til, for afslutningsvis at konkludere i forhold til vores problemstilling.

9. Konklusion

Vi har i de foregående kapitler undersøgt vores problemstilling:

”hvordan ændringer i de institutionelle rammer for det danske sygehusvæsen, med særlig fokus på styrings- og organiseringsprincipper, påvirker sygehuslederens selvopfattede ledelsesrum og hvilke spændinger, dilemmaer og problemer det medfører.”

I første omgang undersøgte vi på basis af policydokumenter forandringer i forhold til styring og organiseringsprincipper. Vi analyserede dels forandringer forstået som path dependence og critical

junctures, dels analyserede vi forandring og udvikling indenfor de institutionelle rammer på sygehus og afdelingsniveau ved brug af Mintzbergs former for organiseringsformer.

Dernæst fremanalyserede vi på basis af de indsamlede selvbeskrivelser diskursanalytisk det nuværende ledelsesrum ved brug af Scotts tre iagttagelsesplaner bestående i det normative, det kulturel-kognitive og det regulative. Ledelsesrummet bestemt ved lederens omverden, enhed, organisationsopfattelse, lederidentitet og – roller beskrives gennem en opstilling af ledelsestypologier baseret på ledelsesrationalet herunder hvordan patienten opfattes, definition af omverdensforståelsen og udfordringer samt ledelsesrollen.

Vi bevægede os i analyserne fra makro- til mikroniveau med henblik på at fremstille flere aspekter, som vi videreførte i diskussionen, hvor vi søgte at forklare, hvordan ledelsesrummet påvirkes af ændringerne i de institutionelle rammer. Det betød, at vi så på det organisatoriske felt, ledertypologierne eksisterer i og hvorfra de henter deres legitimitet, samt forklarede sameksistensen af ledertypologierne via begreberne institutionel forandring og træghed.

Det, vi erkender gennem analyserne i forhold til iagttagelsespunkterne, er:

- At der kan iagttages brud forstået som critical juncture i forhold til, at det faglige rationale i ledelsespositionen på sygehus og afdelingsniveau er nedtonet til fordel for et markedsøkonomisk rationale.
- At de institutionelle rammer for ledelsesrummet har ændret sig fra et fagbureaukrati til en hybrid med kendetegn fra såvel den basale struktur, maskinbureaukratiet og den divisionaliserede organisationsform ifølge Mintzbergs terminologi.
- At der kan fremskrives tre ledertypologier anno 2007 bestående i den faglige leder, markedslederen og human resource lederen.

Vi erkender således, at sygehus og afdelingslederen står i et sygehusvæsen, hvor de økonomiske krav er skærpede. De forskellige typologier skal hver især udøve ledelse i en organisation, der er markedsorienteret. Via vores diskussion når vi den erkendelse, at når de tre typer af sygehusledere for nuværende kan sameksistere i sygehusvæsenet, så skyldes det:

- At sygehusvæsenet kan tilskrives institutionel træghed.
- At sygehusvæsenet som felt fortsat er under forandring som følge af coerciv og mimetisk isomorfi.

Vi må dermed konkludere, at sygehuslederen vil opleve spændinger, dilemmaer og problemer, når de skal agere i et felt, der er under forandring. De beskrevne forandringer, ser vi, vil foranledige en ”kamp” mellem eget rationale og værdier og organisationens værdier, som de sættes af det politiske niveau. En fortsættelse af sporet peger mod en øget markedsøkonomisk orientering af ledelsesrummet. Det betyder, at det er markedslederens kompetencer, der vil opnå legitimitet og dermed vil efterspørges, idet denne ledertype vil matche det ledelsesrum, som sættes af de institutionelle rammer. De to øvrige ledertyper vil stå i et krydspres mellem egen værdiorientering og organisationens forventninger, som de sættes af det politiske niveau. Grundlæggende vil den faglige orienterede ledertype skulle give køb på fagligheden og human resource typen skal give køb på den personale-mæssige udviklingsorientering.

Vores opgave har taget afsæt i en unik case, hvorfor vi ikke kan generalisere vores iagttagelser og erkendelser, men kun tage dem som udtryk for indikationer. *Vores samlede konklusion*, i forhold til det iagttagede felt og de opstillede principper er, at vi ser indikationer på:

- En udvikling i retning mod markedsøkonomisk orientering indenfor sygehusvæsenet i forhold til styrings og organiseringsprincipperne, hvor lederen skal agere i en hybrid organisation. Disse rammer og strukturer betyder, at to af de tre iagttagede ledertyper omfattende den faglige leder og human resource lederen vil stå i et krydspres mellem omverdensforventninger og egne rationaler og omverdensforståelser.

Efter nu at have konkluderet på vores problemstilling, vil vi udpege de scenarier, vi ser aktualiseret som konsekvens af de iagttagede udviklingstendenser indenfor sygehusvæsenet.

10. Perspektivering

I lyset af de ændrede institutionelle rammer og deraf følgende skift i rationale fra et fagligt til et overvejende økonomisk, som vi har iagttaget igennem opgaven, kan vi spørge hvor er sygehusvæsenet så på vej hen og hvad med ledelsesdimensionen? Vi ser flere mulige scenarier, som enten vil

indikere fortsat strukturel sporafhængighed eller som vil indikere et strukturelt brud med sporskifte til følge. Vi er i disse år vidne til en forandringsproces, hvor man gennem regulering og italesættelse forsøger at ændre fundamentet for vort sundhedsvæsen. Det er i dette forandringsfelt, at de interviewede sundhedsledere skal agere. Det, at der på nuværende tidspunkt eksisterer tre forskellige typologier, er et udtryk for, at vi er midt i denne forandringsproces, hvor værdier og holdninger er ved at skifte. Dette skyldes, at der i sundhedsvæsenet qua dens lange historie er indlejret forskellige opfattelser og identiteter, som er virksomme og som med hver sin stiafhængighed reagerer på de nye rammer og initiativer. Det, at den institutionelle proces endnu ikke er tilendebragt betyder, at de tre typologier stadig kan finde legitimitet for deres eksistens.

Vores sygehusvæsen og velfærdssamfund har været under opbygning siden 2. Verdenskrig. Vi har en velfærdsmodel i Danmark og i Skandinavien, som er særegen. Det unikke består i, at alle har lige ret til velfærd og i sundhedsvæsenet har alle lige ret til behandling. Gennem vores progressive skattesystem tilgodeses overførslen og omfordelingen af velstand og velfærd. Vi er på den vis alle del af en uskreven social kontrakt, som der nu sættes spørgsmålstegn ved med Velfærdskommissionens rapport fra 2004. Her stilles forslag om øget, men begrænset brugerbetaling på sundhedsområdet. Der stilles forslag om, at de offentlige ledere i alle offentlige institutioner skal efterleve klare resultatkrav, som understøttes gennem løn og ansættelsesformen. Der sættes spørgsmålstegn ved, om vi fortsat skal have en samfundsstruktur med fælles risikodeling, eller om vi skal justere vores antagelser om, hvad et velfærdssamfund er. Sat på spidsen er det den lige sociale ret og lige adgang til behandling, overfor "the economic man", som er i spil.

Vi har iagttaget den periode, hvor sygehusvæsenet var underlagt amternes administration. Nu er sygehusvæsenet underlagt regionernes administration. Med regionerne er der tilsvarende implementeret en anden struktur. Regionerne er organiseret med et forretningsstyre, der erstatter det amtskommunale udvalgsstyre. Regionerne er etableret som koncerner med koncerndirektører, og selve koncernen består af tværgående stabsfunktioner som IT, økonomi og HR, og derudover indeholder koncernen virksomheder. Disse virksomheder består i de enkelte sygehuse. Koncernen lægger strategien for virksomhederne; finansieringen ligger i det statslige og kommunale regi. Koncernen som begreb angiver ledelseskonceptet, og italesætter også et skifte i ledelsesrationaler. Igen bevæger vi os fra det faglige rationale mod det økonomisk rationelle. Med regionernes etablering er det redefineret, hvad der er økonomisk og faglig bæredygtigt for sundhedsvæsenet med hensyn til befolk-

ningsunderlag. Et sygehus var under den tidligere reform bæredygtigt ved et befolkningsgrundlag på 200.000 – 250.000, hvilket nu er defineret til et underlag på min. 400.000 indbyggere. Vi ser et sygehusvæsen, der organisatorisk er under omstrukturering. Der disponeres med stigende anlægsudgifter, som et led i moderniseringen og tilpasningen af sundhedsvæsenet. På den vis ses en gentagelse af historien tilbage fra 1960'erne og 1970'erne. De ledere, vi interviewede tilkendegav ikke i deres omverdensforståelse, at de var del af en koncern. Om regionerne formår at skabe deres egen strategiske platform for sygehusvæsenet som organisation, eller om de vil blive overflødige, mener vi, er en politisk afgørelse. Foreløbig er det efter vores opfattelse suverænt regeringen og sundhedsministeriet, som sætter betingelserne og dagsordenen for regionerne. Vi ser dog en mulighed for, at regionerne qua en stærk markedsføring og en tættere kontakt til borgeren kan vinde indpas og legitimitet for derigennem at sikre sin egen eksistens. En vigtigt allieret i denne kamp er medierne, og hvem der har adgang til disse.

I forhold til stiafhængighed og brud i forlængelse af den historiske institutionelle tilgang, ser vi det ene scenario, som udtryk for path dependence. Det vil bestå i en fortsættelse og en udvidelse af de allerede implementerede kontraktforhold, som en konsekvens af det fremherskende økonomiske rationale, som vi har fremskrevet i det offentlige sygehusvæsen. Her har vi allerede diskuteret nogle dilemmaer i forhold til, hvordan man som leder formår at skabe legitimitet i dette regime. Modsætningsforholdet står imellem de faglige regler og normer sat overfor kontraktliggørelsen. I sin yderste konsekvens kan det have indflydelse på den etik, som sundhedsvæsenet er bærer af og professionel udøver af. Hensynet til effektivitet og produktivitet, som skærpes gennem kontraktformen, må foranledige, at der kommer andre end faglige værdier i spil eksempelvis prioritering og selektion. Det kan foranledige, at der sættes spørgsmålstejn ved niveauet for den faglige professionelle standard og for, hvad der er etisk forsvarligt behandlingsmæssigt. Nu er det sat på spidsen her, men vi mener, uagtet det hidtidige stærke spor i forhold til rammerne for vores velfærdssamfund, så vil der komme indikationer på, at andre værdier er i spil.

Et andet scenario for sygehusvæsenet ser vi som et brud med det hidtidige spor ved en økonomisk og politisk liberalisering af vores sundhedsvæsen. Hermed ser vi de private sundhedsudbydere som aktører på et sundhedsmarked. De nuværende indikationer med antallet af sundhedsforsikringer tegnet af arbejdsgiverne, som er steget fra 141.000 i 2002 og til 612.000 i 2006 viser, at der er et behov og en efterspørgsel. Det er igen et udtryk for en markedsorientering, som indtil nu er styret af

frivillighed og selvfinansiering via forsikringsordningerne. Hvordan denne bruger- og markedsorientering videreudvikles vil få implikationer for det øvrige sundhedsvæsen, dels i forhold til på, hvilke områder de hver især kan være konkurrencedygtige indenfor, dels i forhold til hvilke behandlinger, der udbydes henholdsvis i det offentlige og på det private sundhedsmarked. Det er en model, der vil være stærkt brugerorienteret og baseret på efterspørgsel. Det vil samtidig fremme udviklingen af incitamentsstrukturerne på markedet. Bruddet med de hidtidige værdier og spor består i opgøret med den universalitet om lige behandling for alle. Med denne model vil der være en gruppe uden for arbejdsmarkedet, som ikke har muligheden for at finansiere en sådan forsikringsmæssig tillægsydelse. Alternativt skal samarbejdet mellem det offentlige og det private marked styres anderledes. I England eksisterer eksempelvis offentlige og private sundhedsudbydere side om side. Det er det offentlige, der indgår kontrakter med de respektive udbydere, og sundhedssystemet er stadig skattefinansieret. Denne model mindsker det dilemma om det skæve konkurrenceforhold mellem de offentlige og private udbydere, som de ledere, vi har interviewet, beskriver det.

Vi har i det ovenstående set på betingelserne for udviklingen af de institutionelle rammer. Ledelsesrummet påvirkes af ændringer i de institutionelle rammer. Dette betyder, at vi takt med at institutionaliseringen af et sundhedsmarked tager form vil ledelsesrummet også ændres mod en efterspørgsel af markedslederen. Dette betyder, at andre ledelsestypologier vil blive sat under pres. Ledernes selvopfattelse og dermed, hvordan de bedriver ledelse vil også præge udviklingen. Det er først de seneste år, at målrettet lederuddannelse er blevet et indsatsområde i sundhedsvæsenet. Selv om vi har iagttaget, at det styrende rationale i sygehusvæsenet i stigende grad er økonomisk orienteret, så mener vi, at fagligheden som identitet stadig står stærkt i sygehusvæsenet uanset, hvilken typologi vi kan kategorisere dem indenfor. Fagligheden er stadig et væsentligt omdrejningspunkt. Ledelsesrollen varetages af fagprofessionelle, som er bærere og formidlere af faglige normer. Ledelse er foregået gennem faglighed. Ledere og medarbejdere er organiseret i samme fagforening, hvorved det er fagligheden, der således udgør den fælles platform. De lægelige ledere, vi har talt med, tilkendegiver, at de bruger op imod 50 % af deres tid i klinikken. Aktuelt er Dansk Sygeplejeråd i gang med at etablere en selvstændig lederforening, hvilket kan medvirke til et brud med det hidtidige spor. Vi ser, at det kan foranledige, at ledelse bliver opkvalificeret til en egen disciplin, baseret på andre kvalifikationer end de faglige, hvilket kan få indflydelse på ledelsesfunktionen på tværs af professionerne som helhed og på udviklingen af ledertypologierne generelt. Endelig kan det også have indflydelse, at det generelt er svært at rekruttere og fastholde medarbejdere, hvilket kan tale

for et fokus på human resource lederen og medarbejdertilfredshed. Krav fra borgeren om øget kvalitet og et ”evigt liv” kan tilsvarende inspirere til fortsat udvikling af fagligheden gennem kerneydelserne.

Uagtet disse scenarier så finder vi det tankevækkende, at:

“That what happens at an earlier point in time will affect the possible outcome of a sequence of events occurring at a later time”

Fortiden set i historisk institutionel lys forfølger os, og fortidens handlinger har konsekvens for nutidens muligheder.

Efter at have perspektiveret vores problemfelt vil vi nu afslutningsvis udpege, hvad vores teori og metodevalg har betydet for udfaldet af vores opgave.

11. Teori og metode kritik.

Vi vil reflektere over, hvad vores teori- og metodevalg har bidraget med, og hvori de har blinde pletter i forhold til at belyse vores problemstilling.

I vores første delanalyse, hvor vi undersøger forandringer i forhold til principperne for organisering og styring har vi metodisk vægtet at få tidsperioden fremstillet så bredt som muligt. Igennem vores afsøgning af empiri foregår der således en selektion, som har betydning for hvilken empiri, der bliver genstand for vores teori. Vi har søgt empirien via historiske kilder samt via databasesøgning. I denne dataindsamlingsproces har vi dels vurderet, dels selekteret i mængden af kilder. Overblikket i perioden har været vægtet i forhold til de udvalgte, definerede iagttagelsespunkter i forhold til principperne for organisering og styring. Da vores kilder overvejende er ministerielle bekendtgørelser eller publikationer tillægger vi dem høj gyldighed, da de er forskrivende på det normative og regulerende niveau. Begrænsningerne i empirien består i, hvad der har været tilgængeligt også under hensyntagen til vores tidshorisont. Vores hensigt har været at danne et historisk overblik på forandringerne i det institutionelle set up ud fra historiske nedslag i perioden. Vi finder, at vores empiri har vist sig følsom for den teoretiske diagnosticering af forandringer forstået som path dependence og critical junctures, som var hensigten med analysen.

I vores senere diskussion søgte vi at generalisere institutionel forandring stadig på makroniveau i sygehusvæsenet ud fra Streeck og Thelens teoretiske beskrivelse af faserne for institutionel foran-

dring. Her har vores empiri sin metodiske begrænsning, idet vi i den sammenhæng kun kan iagttage indikationer på institutionelle forandringer eksempelvis som ”drift” og ”conversion”. Begrænsningen består i, at vores empiri er indsamlet med sigte på at belyse organiserings og styringsprincipper, og derfor er blind for andre forhold, hvorfor generaliserbarheden er begrænset.

I vores anden delanalyse anvender vi Mintzbergs modeller for organisationsformer som teoretisk ramme for vores empiri i forhold til at afdække udviklingen af de institutionelle rammer for ledelsesrummet i sygehusvæsenet. Mintzbergs model på organisationsdesign angiver ikke kun én bestemt organisationsmodel som idealtipe. Mintzbergs organisationsforståelse er situationsvariabel og kan kategoriseres som en systemteori. Det betyder, at den organisationsmodel, der på et givent tidspunkt er mest hensigtsmæssig og effektiv, er afhængig af omgivelserne og af processerne og aktørerne i organisationen. Mintzbergs modeller for organisationsformer har sin styrke på mikroniveau i forhold til den enkelte specifikke organisation. Mintzbergs model anskueliggør langt flere strukturer, end vi belyser. Vi har qua vores empiri, som består i policydokumenter lagt en metodisk begrænsning i, hvilke processer, aktører og hvilken omverdensforståelse, der kan anskueliggøres i organisationsmodellerne. Det medfører, at vi kun betragter en delmængde af det organisatoriske felt. Omverdenen i forhold til vores empiri er det politiske niveau, aktørerne og disses interaktioner i organisationen er knyttet til det normative og regulative niveau. Det betyder, at vi metodisk forenkler Mintzbergs model for organisationsformer og til gengæld lægger et forstørrelsesglas over delstrukturer i modellen. Vi anvender således Mintzberg i fortolket udgave på mikroniveau, idet vi betragter sygehusvæsenet som én generisk organisation. Vi finder, at Mintzberg som teoretisk ramme og anvendt i fortolket version er følsom for vores empiri i forhold til at udpege de institutionelle rammer, som er vores hensigt. Processer og aktører er vores udledte model til gengæld kun i stand til at illustrere i forhold til det normative og regulative niveau svarende til, at vi kun belyser en delmængde af det organisatoriske felt. Sondringen mellem sygehus- og afdelingsniveau er generelt ikke skarp i denne analyse, da vi tolker, at der er opgavesammenfald på de to niveauer. Det betyder, at når vi taler om sygehus- og afdelingsniveau, er det at betragte som en præcisering og ikke en skelnen.

Vores sidste analyse er baseret på empiri indsamlet gennem interview. Det betyder, at vores empiri her udtrykker nogle specifikke lokale forhold. Der er visse fejlkilder, som kan influere på udfaldet af interviewet. Interviewsituationen er i sig selv en konstruktion, dertil kommer, at vi optog alle

interview på bånd, hvilket kan have påvirket besvarelsene. Interviewsituationen udtrykker et øjebliksbillede og forløber hver især meget forskelligt. De interviewede havde mulighed for at præge udviklingen af interviewet via vores åbne interviewguide, hvorfor interviewene også indeholder oplysninger, som falder udenfor vores iagttagelsesramme. I vores bearbejdning af interviewene har vi kategoriseret udsagnene understøttet af, hvordan de er betonet. De nonverbale signaler ekskluderes ved denne metodiske forarbejdning. Vi har i vores teoretiske bearbejdning sorteret udsagnene via en iterativ proces. Vi har søgt at understøtte interviewene med funktionsbeskrivelser og hospitalsplaner, men det er interviewene, som danner baggrund for den teoretiske bearbejdning, funktionsbeskrivelserne har vist ikke at kunne understøtte processen. Rammen for analysen består i sortering og gruppering af udsagnene via Scotts teoriapparat. Selve sorteringen foregår diskursanalytisk, hvilket sætter den betingelse, at vores iagttagelser og sortering er kontigent dvs. kunne have været anderledes. Det betyder, at selv om vi anvender Scotts tre iagttagelsesplaner, så har vi implicit en forforståelse i vores bearbejdning dvs. vi kan aldrig være fuldstændige objektive. Nogle af interviewene har vi gennemført hver for sig og her er det modparten, som har hørt interviewene og vores opfattelse af udsagnene er overensstemmende. Uagtet disse forbehold, og vel vidende, at interviewmaterialet omfang ikke berettiger til generalisering, så mener vi at have belæg for de typologier, vi opstiller ud fra den forudsætning, at vi har en unik case. Vi kan ikke udelukke at have fundet flere typer ved et større interviewmateriale eller eventuelt en klarere vægtning af en eller flere kategorier. De typologier vi opstiller, kategoriserer vi som sygehusledere, vel vidende, at vi ud fra vores empiriske materiale ikke kan udlede forskelle eller ligheder på henholdsvis afdelings – og sygehusniveau.

Litteraturliste

1. Andersen, Ib: Den skinbarlige virkelighed – vidensproduktion indenfor samfundsvidenskaberne, kap.9, Forlaget Samfundslitteratur, 3.udgave 2005.
2. Bogason, Peter: Stat, forvaltning og samfund efter 1950, afsnittet ”Den udvidede forvaltning” ved Henning Christoffersen, Jurist og Økonomforbundets forlag, 2000.
3. DiMaggio, Paul J. and Powell, Walther W, The New Institutionalism in Organizational Analysis kapitel 3, Organisationskompendiet, bind II, MPA, 2006.
4. Finansministeriet: Redegørelse til folketinget omregeringens program for modernisering af den offentlige sektor, maj 1985.
5. Finansministeriet: Nyt syn på den offentlige sektor, juni 1993.
6. Finansministeriet: Borgernes syn på den offentlige sektor, april 1995.
7. Hatch, Mary Jo : Organization Theory - second edition, Part 1, kap.1 + Part 2, s 85-90, Oxford University Press, 2006.
8. Andersen, Niels Å.: Diskursive analysestrategier, Nyt fra Samfundsvidenskaberne, 1999
9. Indenrigsministeriet: Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg: sygehuses organisation og økonomi, 1984.
10. Indenrigsministeriet: Prioritering i sundhedsvæsenet, Betænkning nr. 809, 1977.
11. Indenrigs- og Sundhedsministeriet o.a.: Rapport fra den tværministerielle arbejdsgruppe om Takststyring på sygehusområdet, kap.1, januar 2003.
12. Indenrigs- og Sundhedsministeriets rådgivende udvalg: Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitamenter, amter og alternativer, rapport januar 2003.
13. Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Strategi for det behandlende sundhedsvæsen - Patienten først, publikation december 2003.
14. Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Produktivitet på Sundhedsområdet – Åbenhed og fokus, publikation september 2005.
15. Jespersen, Per Kragh: Mellem profession og Management, Ledelse i danske sygehuse, Kap. 4.1, Handelshøjskolens Forlag, 1.udgave 2005.
16. Mintzberg, Henry: The structuring of organizations fra The Strategy process, Prentice – Hall international, 1992.
17. Mintzberg, Henry: The Strategy Process – Concepts and Contexts, Prentice – Hall international, 1992.

18. Mintzberg, Henry: Den velsiddende organisation: Pasform eller modekonfektion?, Harvard Børsen nr. 1/vinter 1981-2: 43-58.
19. Pierson, Poul: Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics in American Political science review, june 2000, volume 94, number 2.
20. Reinecker, Lotte og Jørgensen, Peter Stray: Den gode opgave, forlaget Samfundslitteratur, 3.udgave, 2005.
21. Scott, Richard W.: Institutions and Organizations, kap.3, Sage Publications 1995.
22. Scott, Richard W.: Institutions and Organizations, Sage Publications 2001.
23. Streeck, Wolfgang and Thelen, Kathleen. Beyond continuity, Institutionel change in Advanced Political Economies, Oxford University Press, 1. udgave 1995.
24. Suchman, Mark C.: Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches, Academy of Management Review, Vol. 20, No. 3, 571-610, 1995.
25. Sundhedsministeriet: Rapport fra udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi, april 1994.
26. Sundhedsministeriet, Betænkning fra Sygehuskommissionen, nr.1329:Udfordringer i Sygehusvæsenet, januar 1997.
27. Sundhedsministeriet: sygehusvæsenet – en dansk og international sammenligning, 1999
28. Sundhedsministeriet: Regerings oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000 – 2002.
29. Thelen, Kathleen: historical institutionalism in comparative politics, Annual Reviews, Political Science, 1999.2:369-404.
30. Vallgård, Signild: sygehuse og sygehuspolitik i Danmark, kap. 5, disputats, Jurist og Økonomforbundets Forlag, 1992.

Bilag 1. Interviewguide

Omverden:

Set fra din ledelsesmæssige position, hvor er det offentlige sygehusvæsen på vej hen? - og hvem angiver retningen?

Hvordan vil du beskrive visionen for dit sygehus /afdeling?

Opmærksomhedspunkter for os: skelnes der mellem eget sygehus og regionen?

Konkurrence/samarbejde/frit valg

Egen organisation:

Hvad påvirker/ styrer din konkrete aktuelle hverdag som leder? Hvad er dine vigtigste opgaver?

Hvad er dine sværeste opgaver?

Opmærksomhedspunkter: Hvad kan ikke fravælges? legitimitet

Rolle, identitet+ regulering

Hvilke ledelsesmæssige kompetencer prioriterer du hos dine ledere?

Hvad prioriterer du personligt i dit lederskab? Hvordan vil du karakterisere dine egne lederegenskaber? Hvad giver mening for dig?

Opmærksomhedspunkter: hvad styrer: værdier/organisations strategier/faglig udvikling i organisationen o.a.).

identitet

Hvis du skulle gøre status for dit sygehus/ din afdeling om to år, hvilke ledelsesmæssige områder/værdier/ prioriteringer vil du så huskes for?

Hvor langt er du fra at indfri disse mål?

Opmærksomhedspunkter: Er organisationen effektiv/bæredygtig og hvordan defineres bæredygtig / konkurrencedygtig

Refleksion:

Med de opgaver og krav din hverdag indeholder, hvilke handlingsstrategier benytter du dig af? (hvordan når du dine opgaver/overlever du/passet på dig selv?)

Opmærksomhedspunkt: Relationer. Er det lederfora/ formelle - uformelle netværk/ faglige råd oversygeplejerske/overlæge. Heltehistorie

Prioriteres lederudvikling i organisationen? I givet fald hvordan?

Hvilke ledelseskompeterer mener du er vigtige i fremtidens sygehusvæsen?

Opmærksomhedspunkt: kodeks er det kendt?