

# Legitimitet som eksistensvilkår når topledelsen tilskriver rationaler til strukturer

Zeuthen Bentsen, Eva; Borum, Finn

*Document Version*  
Final published version

*Publication date:*  
2000

*License*  
CC BY-NC-ND

*Citation for published version (APA):*  
Zeuthen Bentsen, E., & Borum, F. (2000). *Legitimitet som eksistensvilkår: når topledelsen tilskriver rationaler til strukturer.*

[Link to publication in CBS Research Portal](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us (research.lib@cbs.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Download date: 05. Jun. 2023



**Legitimitet som eksistensvilkår  
- når topledelsen tilskriver  
rationaler til strukturer**

**Eva Zeuthen Bentsen & Finn Borum  
Nr. 4 - 2000**

FLOS centrets serie af arbejdspapirer har et dobbelt formål. Det første er løbende at formidle foreløbige resultater fra centertilknyttede medarbejders og - studerendes projekter. Det andet er at etablere en ”fødekæde” frem mod endelige publikationer i form af artikler og bøger.

Serien er en kanal for publikationer, der har nået en forarbejdningsgrad, der gør dem egnede til ekstern præsentation og diskussion med sygehusfeltet, forskerverdenen og den interesserede offentlighed.

Som arbejdspapirer kan udgives empiriske analyser, teoretisk-empiriske papirer eller rent teoretiske papirer. I serien publiceres fx

- papirer, der præsenteres ved videnskabelige work-shops og konferencer,
- teoretisk og metodisk gennemarbejdede Phd-projektoplæg ,
- delanalyser fra projekter (fx rapporter fra pilot- eller delstudier),
- gode specialeafhandlinger (efter bearbejdning og komprimering til ca. 50 s.) der har frembragt viden om sygehusfeltet, som er af bredere interesse.

FLOS centret vil i perioden 1999-2003 gennemføre otte forskningsprojekter, der inkluderer i alt ni ph.d. forløb:

- **Sundhedsplanlægning i interorganisatorisk perspektiv (AAU)**  
v/lektor Janne Seemann og kandidatstipendiat Christine Kousholt.
- **New Public Management (AAU)**  
v/lektor Peter Kragh Jespersen og ph.d. stipendiater Hanne Sognstrup og Lise-Line Malthe Nielsen.
- **Organisering og viden (HHK)**  
v/professor Finn Borum, adjunkt Eva Zeuthen Bentsen og tre ph.d. stipendiater: Signe Svenningen, Christina Holm-Petersen og yderligere en (under opslag).
- **Forandringsprocesser og -strategier** v/professor Finn Borum, HHK og en ph.d. stipendiat (under besættelse).
- **Lægelig ledelse (HHK)**  
v/adjunkt Eva Zeuthen Bentsen.
- **Dialogstyring af kvalitet og ressourcer (HHK)**  
v/forskningsprofessor Preben Melander og ph.d. stipendiat Helle Hein.
- **Tværfaglig udvikling på sygehusafdelinger belyst gennem kvalitetscirkler (DSI)**  
v/projektleder Jens Albæk.
- **Organisations- og medarbejderudvikling på sygehusene (DSI)**  
v/cand.scient.adm. Pia Kürstein .

For yderligere oplysninger om centrets aktiviteter og forskningsprojekter henviser vi til <http://www.flos.cbs.dk>

Finn Borum  
Professor, centerleder

## **Legitimitet som eksistensvilkår**

- når topledelsen tilskriver rationaler til strukturer

**Eva Zeuthen Bentsen & Finn Borum**

### **Abstract**

Gennem et retrospektivt studie baseret på sekundærkilder analyseres, hvordan topledelsen sætter forskellige rationaler i spil omkring en ny struktur på et stort dansk universitetshospital. Betonningen af ét rationale og negligeringen af andre er stærkt diskriminerende mht. legitimitet i forhold til forskellige omgivelser og resulterer i en høj grad af dekobling mellem den nye struktur og organisationens kerneaktiviteter. Når vi således ser topledelsen foretage en klar prioritering af et enkelt rationale, får det vidtgående organisatoriske konsekvenser: repræsentanter for andre rationaler bliver ikke engageret i processen, og muligheder knyttet til disse rationaler realiseres ikke.

Artiklen beskriver, hvorledes en topledelse via tilskrivning af rationaler forsøger at producere legitimitet omkring et nyt strukturelt koncept - og ser på, hvordan topledelsens omgivelser reagerer herpå. Via det analytiske fokus på sammenkædningen mellem koncept og rationaler identificeres, hvordan legitimitet forsøges oparbejdet omkring et strukturelt koncept i en kompleks kontekst, og der skabes en basis for at forstå konflikter og dekobling omkring strukturer.

De danske sygehuses indlejring i et organisatorisk felt, der er kendetegnet ved opbrud og divergerende forandringspres fra forskellige grupper gør, at caset også illustrerer hvordan  
"Legitimate structures may nevertheless, be contested structures." (Scott, 1995:46)

### **Teoretisk referenceramme**

#### ***Struktur og legitimitet***

Formelle organisationsstrukturer kan anskues som afspejlinger af rationaliserede myter som en topledelse adopterer i dens forsøg på at opnå legitimitet. (Meyer & Rowan, 1991:50). Rationaliserede myter er upersonlige, af et omgivelsessegment taget-for-givne-forestillinger om, hvilke midler der er rationelle instrumenter til at opnå givne mål. Vi betragter dem som indlejrede i institutionelle omgivelser, dvs. som uafhængige af enkeltpersoner, og over tid udvisende en høj grad af stabilitet, fordi de er forankrede i professioner, programmer og teknologier (Meyer & Rowan, 1991:41, 44). I forhold til organisatoriske felter, der er udsat for stærke forandringspres og mange reformforsøg vil der imidlertid kunne være konkurrerende rationaliserede myter og komplekse og konflikterende omgivelser (se Borum & Westenholtz, 1995). Et eksempel herpå er New Public Management bevægelsens tro på mere entydige

ledelsessystemer som middel til højere effektivitet og efficiens inden for sygehusvæsenet. Dette står både i modsætning til det danske sygehusvæsenes tradition for mere sammensatte ledelsesstrukturer og den situationsbetingede organisationsteori (Mintzberg, 1979) anbefalinger af mere komplekse ledelses- og koordinationsformer til komplekse organisationer.

Når koblinger til institutionelle omgivelser er et afgørende kriterium for organisationers overlevelse (Baum og Oliver, 1991), men disse koblinger samtidig kan foretages i forhold til flere, og måske modsatrettede omgivelsesforventninger, bliver opnåelse af legitimitet i sådanne kontekster kompliceret og måske umulig i forhold til alle dele af topledelsens omverdenen – i hvert fald samtidig (Pfeffer og Salancik, 1978, Meyer og Scott, 1992, Borum og Westenholz, 1995). ”Actors confronting conflicting demands and standards find it difficult to take action because conformity to one set of requirements undermines the normative support of other bodies.” (Scott, 1995:46). Legitimiteten kan ikke opnås ”automatisk” ved at abonnere på bestemte organisationsstrukturer, men må løbende produceres gennem et institutionelt entreprenørarbejde. Dette kan både omfatte et arbejde med udmøntning af mere løst definerede strukturelle koncepter, der ikke afspejler generelt accepterede, rationaliserede myter, og en oparbejdning af legitimitet i forhold til udvalgte dele af de institutionelle omgivelser. Produktion af legitimitet i betydningen ”...a condition reflecting cultural alignment, normative support, or consonance with relevant rules or laws..” (Scott, 1995:45) i sådanne kontekster vil i denne artikel blive analyseret som en topledelses forsøg på at operere under sådanne komplekse legitimitetsbetingelser via tilknytning af bestemte rationaler til et nyt strukturelt koncept .

Vi understreger i artiklen legitimitetsprocessers kontekstualitet, dvs. forskellige kilder til legitimitet, og hvilke institutionelle niveauer og elementer, der er på spil i forhold til hvilke omgivelser (Ruef og Scott, 1998:17) for derved at kunne identificere nogle af de dilemmaer, som topledelsen konfronteres med i legitimeringsprocesser. Ved at fokusere på sammenkædningen af strukturelt koncept og rationale gennem argumentation eller symbolik bliver det muligt at forstå legitimeringsprocesser i forhold til komplekse institutionelle omgivelser.

### *Strukturelle koncepter og rationaler*

Strukturelle koncepter er generelle, overordnede idéer om, hvordan man kan eller bør strukturere en organisation (Røvik, 1998). Et koncept er en fleksibel og rummelig tankemodel, der åbner mulighed for lokal konstruktion og tilpasning. Under disse lokale processer kan der blive etableret en sammenkædning mellem konceptet og ét eller flere rationaler (Borum og Bentsen, 1999). Med rationale refererer vi til et givet tankesæt omkring organisatoriske opgaver, mål-middel sammenhænge og strukturopfattelse, der dominerer i ét af ledelsens institutionelle omgivelsessegmenter. Rationaler udbygger således de organisatoriske opgave- og strukturaspekter i forhold til mere idealtypiske ”styringsrationaler” (Vrangbæk, 1999) og ”faglige rationaliteter” (Kragh-Jespersen, 1999). Men rationaler er som disse også inspireret af den idealtypiske tankegang og indeholder elementer, der er fælles med de to nævnte rationalitetsskemaer.

Via topledelsens tilskrivning af rationaler gennem argumentation, forklaring og symbolske processer kan et strukturkoncept få positive, negative eller neutrale ladninger i forhold til omgivelsessegmenters opgave- og resourcesyn og rationaliserede myter – og dermed producere legitimitet, illegitimitet eller indifferens. Den positive eller negative kobling af koncept og rationale forsøges etableret af topledelsen som institutionel entreprenør. De institutionelle omgivelser som eksponeres for den nye struktur og ledelsens rationaletilskrivning kan efterfølgende tildele den nye struktur - og dermed ledelsen – legitimitet, idet forskellige grupperinger kan reagere forskelligt.

Caroll (Caroll, 1998) refererer til forskellige logikker som “...arise from occupational and hierarchical groups that work on different problems in different ways.” og Dijksterhuis, Bosch og Volberda (Dijksterhuis, Bosch og Volberda, 1999) fremhæver at forskellige typer af “management logics” kan afspejle kontekstuel variation. I overensstemmelse hermed vil vi betragte rationaler og legitimering som knyttet til forskellige institutionaliserede grupperinger af aktører i og omkring organisationen. Disse institutionaliserede omgivelser og deres rationaler kan være indbyrdes isolerede. Men de kan også være prægede af konfrontationer, tilpasninger og etablering af våbenhviler. Denne rationalitetskamp er mest udtalt i ændringssituationer, hvor daglige harmoniseringsprocesser sættes i stå - enten bevidst eller pga sammenbrud (Czarniawska, 1992:157).

### **Det danske sygehusfelt** *Rationaler*

De danske sygehuse er indlejret i et organisatorisk felt, der er kendetegnet ved opbrud og betydelige forandringspres fra forskellige grupper (Bentsen, Borum m.fl. 1999, Bentsen 1997). I sygehusfeltet indgår organisationer og institutioner, som udøver både regulative og normative pres. Staten,

politikerne i det danske Folketing, amterne og lokalt i København H:S direktionen spiller en afgørende rolle i forhold til det regulative pres. Normative pres udøves af flere stærke professionelle organisationer, brugerorganisationer og danske medier. Det er tydeligt at de relationelle netværk i sygehusets omgivelser er blevet mere omfattende og komplekse gennem de senere år, hvilket bl.a. ses i forekomsten af flere patientforeninger, en langt højere grad af mediedækning på området og fremfor alt et stadig større politisk fokus. Pres fra rationaliserede myter i de institutionelle omgivelser kan være tvetydige og modsatrettede. Som f.eks. når der stilles krav om kvalitet, hvilket fra et sundhedsprofessionelt rationale vil være forbundet med den professionelle realisering af behandlingsprogrammer, medens det ud fra et brugerrationale vil være forbundet med den individuelle patients oplevelse af kvalitet. Der er en vækst i mulige rationaliserede myter og en tiltagende intensitet i kampen om strukturering. Vi argumenterer således for at danske sygehuses topledelse er placeret i en kamp, der foregår både internt i organisationen og mellem organisation og dens kontekst, og som handler om, hvilke rationaliserede myter og logikker, der skal imødekommes.

Feltets karakter indebærer en forekomst af flere forskellige rationale omkring sygehusets strukturering og opgaveløsning. Disse rationale, der er forankret i forskellige aktørgrupper, udgør forskellige potentielle legitimitetsbaser for sygehuset og dens topledelse, og repræsenterer forskellige muligheder for strategiske valg. Vi sonderer i denne analyse mellem tre rationale: det lægefaglige rationale, det administrativt-økonomiske styringsrationale og brugerrationalet, som er specificeret nærmere i Figur 1.

**Figur 1: Rationale omkring opgaveløsning og strukturering**

|   | <b>Lægefagligt rationale</b>   | <b>Administrativt-økonomisk rationale</b>                                     | <b>Brugerrationale</b>                       |
|---|--|---|--|
| <b>Regulative og normative repræsentanter</b> | Professionelle organisationer, f.eks. Lægeforeningen, lokale lægeråd | H:S direktion, politikere, hospitalsøkonomer og –administratorer, konsulenter | Politikere, Patientorganisationer, og medier |
| <b>Centrale organisatoriske aktører</b>       | Læger  | Administrative ledere   | Patienter                                    |
| <b>Primære organisatoriske opgaver</b>        | Patientbehandling, forskning, og uddannelse                          | Effektiv og efficient opgaveløsning   | Patientbehandling, –pleje og servicering     |
| <b>Ressourcesyn</b>                           | Ressourcer skal tilpasses opgaver                                    | Opgaver skal tilpasses ressourcer   | Ressourcer skal tilpasses borgerbehov        |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>Strukturens funktion i forhold til daglig praksis</b> | Strukturen bør afspejle lægefaglig specialisering og være et "middel" som understøtter denne specialisering            | Strukturen bør afspejle et hierarki og et relativt lille span of control.<br>Strukturen bør afspejle økonomiske styringsbehov | Strukturen bør understøtte hensigtsmæssige patientforløb og ydelse af service   |
| <b>Strukturens fordeling af magt og indflydelse</b>      | Høj grad af lægelig indflydelse.<br>Flad struktur, fagbureaukrati.<br>Professorer og lægefagligt kompetente som ledere | Høj grad af administrativ indflydelse.<br>Hierarki, divisionalisering, økonomistyring.<br>Administratorer som ledere          | Høj grad af patientindflydelse og – information.<br>Strukturen bygget op om patienten.<br>Ledelsesposter besættes med folk, der er serviceorienterede |
| <b>Positive symbolske markeringer</b>                    | Fortællinger om rigtig lægelig behandling.<br>Fortællinger om høj faglig kvalitet og internationalt niveau             | Fortællinger om administrativ orden.<br>Fortællinger om styr på økonomien.<br>Ubemærkethed                                    | Fortællinger om gode behandlings- og plejeforløb.<br>Fortællinger om god service og information.<br>Fortællinger om omsorg                            |



## **Case: Implementering af en centerstruktur på et dansk universitetssygehus**

Som et case benytter vi implementeringen af en centerstruktur på Rigshospitalet i København – Danmarks mest prestigefyldte sygehus – som gennem det sidste årti har gennemlevet en turbulent epoke, hvori et nyt strukturkoncept i form af en centerstruktur har været et væsentligt og kontroversielt element (se Borum og Bentsen, 1999). De tre ovenfor skitserede rationaler har hver især stillet krav til Rigshospitalets topledelse og danner hver især baggrund for mulige strategiske valg i topledelsens forsøg på at erhverve omverdenens legitimitet.

Centerkonceptet blev introduceret af hospitalets direktion, som har været den centrale entreprenør bag konceptets rationaletilskrivning og konkrete udmøntning i form af nye positioner og roller og disses bemanding. Vor analyse anbringer derfor topledelsen – og de skiftende administrerende direktører - i centrum som institutionelle entreprenører, der ved deres tilskrivning af rationaler til centerstrukturen forsøger at producere legitimitet i forhold til en segmenteret omverden i form af ressource- og supportkontrollerende grupper (Pfeffer og Salancik, 1978). Vi vil fokusere på politikere og administratorer som bærere af det administrative-økonomiske rationale, medier og den brede offentlighed som udtryk for patientrationalet, og lægegruppen som den mest centrale og i forbindelse med centerstrukturen mest kritiske faggruppe og repræsenterende et specifikt lægefagligt rationale.

### **Ledeshandlinger og legitimitetsproduktion**

I det følgende beskrives og analyseres seks udvalgte hændelsesforløb, der illustrerer hvordan forskellige rationaler påberåbes af topledelsen i forbindelse med strukturkonceptets konkretisering. Analysen af disse hændelsesforløb gør det muligt at forstå både centrale aspekter af topledelsens legitimitetssøgen og de komplekse processer, der har omgivet centerkonceptet på Rigshospitalet.

Kriterierne for at udvælge de seks beskrevne organisatoriske hændelser, som optræder i det følgende er: Hændelserne er initieret af topledelsen eller aktører tæt på denne topledelse, de er blevet behandlet indgående i medierne (se metodeappendix) og det er hændelser, som vi gennem vores dataindsamling i organisationen observerede at næsten samtlige respondenter uopfordret forholdt sig til, når de refererede til processen omkring centerstrukturen på Rigshospitalet.

#### ***Hændelse 1***

##### ***Styring fremfor alt***

##### ***- En ny CEO på Rigshospitalet***

Rigshospitalet indgår i begyndelsen af halvfemserne i et felt, der er karakteriseret ved en tiltagende diskussion af hospitalernes organisatoriske performance. New Public Management bølgen begynder sit indtog i hospitalsfeltet, og på Rigshospitalet ses det første forsøg på at rette sig efter det administrative/økonomiske rationale i form af udnævnelsen af en

ny direktør i 1991. Direktøren er statskundskabsuddannet, har stillinger på universitetet og i flere offentlige organisationer bag sig, men er uden erfaring fra hospitalssektoren. Han har tidligere haft succes med at reformere en anden stor offentlig organisation: Nationalmuseet. De danske medier følger sagen og direktøren tæt; den nyudnævnte direktør optræder i flere eksklusive interviews i tv og landsdækkende dagblade og han synliggør bl.a. sine visioner om ”kun at skulle tale til 9 personer i en ledergruppe, fremfor de nuværende 52, som kun kan samles i et kæmpe auditorium”. Argumentationen retter sig tydeligt mod et administrativt rationale; reduktionen af span of control og direktionens behov for kontrol fremstilles som et afgørende struktureringskriterium.

Direktøren kobler sin ledelsesopgave på Rigshospitalet tæt til indførelsen af en ny organisatorisk struktur. Han indgår en aftale med de politiske myndigheder; hvis disse vil garantere hospitalet betydelige ekstrabevillinger vil han medvirke til at implementere en centerstruktur. Tre formål med centerstrukturen kan identificeres på dette tidspunkt: en sikring af kontrol med Rigshospitalets økonomi i fremtiden (ikke flere kriser), en begyndende nytænkning af organisationsstrukturen, og en forbedring af processer i relation til patientbehandling. Den finansielle del af aftalen indebærer betydelige ekstrabevillinger ud over en nulstilling af det eksisterende underskud til gengæld for løfter om styr på økonomien og en vis fremtidig budgetreduktion. Ekstrabevillinger sætter både hospitalet i stand til at dække eventuelle underskud de nærmeste år, at starte nye initiativer og at give direktionen økonomisk spillerum. Legitimitet synes at blive opnået i forhold til bærere af det økonomisk-administrative rationale: ekstra ressourcer tilføres Rigshospitalet på baggrund af topledelsens planer og løfter.

Direktøren bliver på Rigshospitalet indtil Februar 1994, hvor han siger op. På det tidspunkt er centerstrukturen stadig midt i sin implementeringsproces. Direktøren skal videre som direktør for en anden stor, faggruppedomineret offentlig organisation: Danmarks Radio. Lægerådet er forarget; de kræver hans øjeblikkelige afgang og anser hans jobskifte midt i centerstrukturens implementeringsperiode som værende illoyalt. Konflikten åbenbares gennem mediernes behandling, og illustrerer den negative kobling mellem det lægefaglige rationale og den nye direktørs planer, som kun er blevet accepteret af, men ikke legitimeret i forhold til lægegruppen på basis af de økonomiske ressourcer, planen tilfører hospitalet.

## ***Hændelse 2*** ***Struktur som trofæ*** ***- Handlingsplanen***

I 1992 præsenterer Rigshospitalets direktion, bestående af den administrative direktør, den lægelige direktør og den sygeplejefaglige direktør deres handlingsplan for hospitalet, og for første gang konfronteres de ansatte med ”moderne” ideer om ledelse og struktur. Ambitiøse planer afspejler ideen om, at hospitaler kan og bør drives som private virksomheder, og handlingsplanen markerer på flere områder et skift fra arketyperne det professionelle bureaukrati til et corporate bureaucracy (Greenwood og Hinings, 1983). ”Handlingsplanen” (Rigshospitalet, 1992) – en mindre bog om den forestående

organisationsændring - refererer til industrivirksomheder, ”business process reengineering”, ”general management”- ideer –, reduceret span of control, gruppering af afdelinger i divisioner efter aktivitet, samt decentralisering inden for faste rammer. Den aktuelle klinikstruktur udstilles som hovedproblemet:

”Klinikstrukturen afspejler den stadig stigende grad af specialisering inden for medicinsk videnskab frem for en passende organisering af patientbehandling... Hospitalets måde at organisere patientbehandling på må derfor ses i et nyt perspektiv. I forbindelse med reorganisering af hospitalet skal det være muligt at trække på viden om, hvordan store produktionsselskaber organiserer og klarer produktionen – med tilbørlig hensyntagen til de specielle betingelser, som karakteriserer hospitalsdrift.” (ibid:63-64)

De første argumenter for centerkonceptet betoner imidlertid også, at centre vil kunne være en mulig ramme for lægefaglige forsknings- og udviklingsaktiviteter i form af udviklingscentre, at de vil give bedre patientforløb og give mulighed for en bedre medarbejdermotivation. Men disse argumenter skifter hurtigt til delargumentet omkring en rationalisering af ledelsesstrukturen på linje med den divisionaliserede organisationsforms tankegang. Der bliver nu henvist eksplicit til erfaringer fra industrien og til to andre begrundelser, som begge primært indskrives i et administrativt rationale. Handlingsplanen spår også ændring af den ti år gamle tradition med fælles ledelsesansvar for overlæge og oversygeplejerske (ibid:66). Planen udfordrer således hospitalets selvforståelse, den akademiske praksis med udnævnelse af ledere på grundlag af videnskabelige kvalifikationer, og den traditionelle delte afdelingsledelse varetaget af overlæge og oversygeplejerske i fællesskab. Den nye nøgleaktør, direktøren, skaber argumentation for forandringer og nye strukturer, som hovedsageligt refererer til erfaringer og praksis fra store virksomheder uden for hospitalet. Tilknytningen af den nye struktur til det økonomiske/administrative rationale er tydelig, medens der kun refereres til brugerrationalet i et mere beskedent omfang.

Den traditionelle professionsbaserede ledelse, som der nu tages afstand fra, har tidligere omfattet tre hovedelementer: en dominerende lægefaglig rationalitet i forhold til organisationsstrukturen, placering af lægefagligt højt kvalificerede personer i ledelsesstillinger, samt faglige og politiske netværk med

henblik på sikring og fordeling af bevillinger ud fra en lægefaglig argumentation.

Organisationsstrukturen har tidligere været ensbetydende med gruppering efter traditionelle, lægefaglige kriterier (onkologi, pædiatri osv.) og få hierarkiske niveauer. Ledelsesstrukturen har været, at afdelingerne blev ledet af en læge, assisteret af en oversygeplejerske, og endelig har den strategiske top traditionelt haft en svag position i forhold til lægelige råd og netværk. Centerstrukturen sigter mod at ændre dette forhold og at styrke det administrativt-økonomiske rationale gennem to operationer. Den ene er at *indskrænke topledelsens kontrolspan* – dvs. antallet af enheder, der refererer direkte til direktionen. Direkte kontakt med mere end 50 enheder skønnes at overstige direktionens kapacitet, eller i hvert fald at reducere dens muligheder for at tage strategiske beslutninger. At etablere centre (divisioner) indebærer en gruppering af enheder, hvor kriterierne for gruppering dog sjældent er entydige. Man forsøger at anvende to grupperingskriterier: naturlige grupperinger omkring patientforløb (opgavekriterium) og samling af fælles faciliteter i puljer med henblik på bedre økonomisk udnyttelse af ressourcer (servicecentre). Der bliver således anvendt forskellige grupperingskriterier og rationaler, som både er administrative og patientorienterede i karakter, men som begge udtrykker et markant brud med det lægefaglige struktureringsprincip.

Den anden begrundelse for centrene er, at de giver mulighed for at indføre *økonomisk ansvarlige enheder* på et niveau over afdelingerne. Dette vil skabe en mere overskuelig økonomisk styring og afrapportering og reducere afdelingernes tendens til ikke at udøve tilstrækkelig resourcekontrol, et problem som blev konstateret efter en decentralisering af budgetansvaret fra funktioner til afdelinger som led i den økonomiske opstramning i foråret 1992.

Den nye topledelses centerstruktur er en radikal reorganisering af hospitalet. Den er i forhold til figur 1 en klar afstandtagen fra den strukturelle tankegang, som det lægefaglige rationale repræsenterer og et kraftigt skridt i retning af en økonomisk/ administrativ strukturforståelse. Den traditionelle komplekse ledelsesstruktur på hospitalet udfordres af de moderne ledelsesideer, som handlingsplanen refererer til og som henter inspiration fra klassisk organisationsteori. Med centerstrukturen tilstræber direktionen primært at legitimere sig i forhold til det administrative/økonomiske rationale og til patientrationalet, medens det lægefaglige rationale både udfordres og forsøges delvist imødekommet, som det også kommer til udtryk ved, at alle ledere af behandlingscentre er læger.

En ting er imidlertid at designe en generel struktur – at realisere den noget ganske andet.

Centerkonceptet er en meget løst skitseret organisatorisk plan, som stadig giver rum for tilskrivning af rationaler. En del af tilskrivningen foretages ved hjælp af eksterne konsulenter.

### *Hændelse 3*

#### *Konsulenternes indtogsmarch*

Til hjælp i forbindelse med organisationsændringen involverer direktionen i foråret 1993 en stor amerikansk konsulentvirksomhed i såvel analyse, design, som implementering af centerstrukturen. Konsulentfirmaets profil passer perfekt til centerstrukturkonceptet, som konsulentfirmaet dels har introduceret i andre europæiske sygehussystemer, dels inden for andre store offentlige virksomheder, herunder i en anden stor dansk offentlig organisation: Datacentralen. Også andre store konsulentfirmaer med en international profil inddrages senere i ændringsprocessen.

Anvendelsen af management-konsulenter fører ophedede diskussioner med sig. Fra lægeside udtrykkes der dels bekymring over de udgifter, som sygehuset derved pålægges, dels over konsulenternes træk på tidsmæssige ressourcer i produktionen. Lægerne, placeret i produktionen, fremhæver, at de bruger megen kostbar tid på at fortælle konsulenterne om strukturering og arbejdsgange. Men enkelte organisatoriske aktører, herunder et par af de nyansatte centerdirektører (læger), bruger konsulentengagementet til at profilere deres eget center, deres person og det reformarbejde, der foregår. Medierne beskriver, hvordan et center ”reformerer” af et bestemt konsulentbureau, og centerdirektøren og konsulentchefen optræder sammen i flere sammenhænge og fortæller om reformarbejdet.

Engagering af eksterne konsulenter signalerer reformarbejde, og brugen af internationale konsulentvirksomheder knytter centerkonceptet til det administrativ/økonomiske rationale; konsulenterne er administrativt og økonomisk skolede og anvender begreber, der er i overensstemmelse med New Public Management bevægelsen.

Konsulentfirmaets plan offentliggøres i 1993. Der rejses kritik fra lægeside, og det fremhæves af Hjertecentret, som allerede har indført centerstrukturen, at modellen bør evalueres, før man indfører

den som en standard. Denne kritik og dette krav om evidens overhøres. Legitimiteten i forhold til et lægefagligt rationale synes ikke at prioriteres.

#### ***Hændelse 4***

##### ***Popularisering af centerstrukturen***

###### ***– En lægeligt uddannet topdirektør***

I 1994, efter at den første direktør er gået til Danmarks Radio, tiltræder en ny administrerende direktør. Den nye direktør bringer en lægefaglig anseelse med sig. Han har tidligere været direktør på Karolinska Sjukhuset i Stockholm, som er et fagligt højt respekteret universitetshospital. På Karolinska er tidligere under denne direktørs ledelse indført en centerstruktur. Den nye direktør, der personificerer centerstrukturens tilknytning til det lægefaglige rationale, markerer sig kraftigt i de danske medier. Han argumenterer for, at centerstrukturen er den eneste rigtige måde at strukturere sygehuse på, og foretager flere forskellige rationaletilskrivninger. Topledelsen, her manifesteret via den nye direktørs udtalelser, synes nu at opnå flere forskellige former for legitimitet. Det lægefaglige rationale påberåbes primært via direktørens universitære baggrund og hans uddannelse som læge. Det administrative/økonomiske rationale tilgodeses via fortsat tale om nødvendigheden af økonomisk prioritering, medens brugerrationalet påkaldes i en fornyet argumentation omkring patientforløb. Det er tydeligt, at den fortsat meget kontroversielle centerstruktur skal bibeholdes, at det stadig er vigtigt at producere legitimitet i relation til denne, og at dette nu forsøges ved at tilskrive centerstrukturen alle tre rationaler. Den nye administrerende direktør argumenterer således for, at centerstrukturen både sikrer de rette rammer for den lægelige opgave og patientforløbene, samtidig med at den tilgodeser økonomistyringshensyn.

#### ***Hændelse 5***

##### ***Den økonomiske nødvendighed***

###### ***Ny administrerende direktør og et tilpasningsprojekt***

I 1996, efter at direktør 2 har trukket sig, viser det sig, at budgetterne for 1995 ikke har været overholdt, og at den lovede budgetreduktion ikke er blevet effektueret. Der ansættes herefter en ny administrerende direktør, den tredje, som er økonomisk uddannet med hospitalserfaring fra et større sygehus i Hovedstadsområdet, og med en forudgående karriere i centraladministrationen.

Rigshospitalets budgetunderskud er markant, omkring 190 millioner, og der varsles betydelige nedskæringer. Fyringsrunder iværksættes (614 stillinger skal spares væk) og arbejdsnedlæggelser og uro præger organisationen. Det er en personalereduktion på 10%, og der bliver fra statens side iværksat analysegrupper, som skal identificere de budgetmæssige problemer og fremsætte forslag til løsning af den økonomiske krise. Underskuddet vokser dagligt, og Rigshospitalet fremstår gennem mediernes dækning som særdeles uegnet til at varetage økonomisk styring. Der stilles spørgsmålstegn ved det generelle udgiftsniveau og ved sengedagsprisen på Rigshospitalet sammenlignet med andre hospitalers. Afledt af den økonomiske tilpasningsplan skiftes der ud i centerdirektørbemandingen. Enkelte centerdirektører udnævnes gennem pressen som ”gode” ledere med velfungerende centre, og enkelte centre fremstilles via Rigsrevisionens gennemgang som dårligt fungerende. Det signaleres tydeligt, at de ”gode” ledere er personer med styr på økonomien.

Den legitimitet, som den tidligere topledelse tilstræbte via tilskrivningen til det økonomiske/administrative rationale, er kraftigt truet af den økonomiske krise og søges reetableret. Topledelsen søger gennem nye handlingsplaner, der diskuteres i medierne, at genopbygge legitimitet i forhold til det økonomisk/administrative rationale; det udmeldes, at man nu gennem et lederudviklingsprogram vil satse yderligere på ledelsesuddannelse for overlæger, at man vil sortere i centerdirektørerstaben, og at man vil ansætte ledere med budgetansvar på kontrakt.

### **Hændelse 6**

#### **Ledelse fremfor lægefaglighed**

##### **- Ny Lægelig direktør.**

I april 1997 går Rigshospitalets lægelige direktør på pension, og der skal udnævnes en ny lægelig direktør som medlem af Rigshospitalets direktion. Direktionen indstiller en centerdirektør, som kommer fra et af de centre, der af Rigsrevisionen er blevet betegnet som velfungerende. Denne centerdirektør har gode ledelsesmæssige kvalifikationer, men ikke nogen høj lægefaglig og forskningsmæssig profil. Lægerådet er ikke tilfreds med indstillingen ud fra disse kriterier og afbryder samarbejdet med ledelsen. Men direktionen fastholder indstillingen og udnævnelsen af centerdirektøren til lægelig direktør. På baggrund af denne hændelse udskiftes lægerådet, dets formand går af, og topledelsen udformer sammen med det nye lægeråd et nyt direktiv for lægerådets virke. Episoden markerer topledelsens læggen distance i forhold til det tidligere lægerådssystem – og dermed det lægelige rationale – og en tilnærmelse til det administrative/økonomiske rationale. Lægerådets magt og indflydelse formindskes og topledelsen fastholder indstillingen af den lægelige direktør, som tidligere har vist økonomisk ansvarlighed og gode ledelsesmæssige resultater. Signalet er klart; det administrative/økonomiske rationale påberåbes, det lægefaglige konfronteres.

### **Diskussion**

#### **Topledelsens prioritering af rationaler og legitimitetsproduktion**

Det organisatoriske hændelsesforløb afslører, hvordan de 6 faser hver især udviser forskellige koblinger til rationaler og dertil hørende legitimitetsbaser.

### **Figur 2: Topledelsens rationaletilskrivning**

| Hændelse | Tilskrivning til Lægeligt rationale | Tilskrivning til Administrativt rationale | Tilskrivning til Brugerrationale |
|----------|-------------------------------------|---|----------------------------------|
| 1        |                                     | +   |                                  |
| 2        | (+)                                 | +   | +                                |
| 3        | -                                   | +   | (+)                              |
| 4        | +                                   | +   | +                                |
| 5        |                                     | +   |                                  |
| 6        | -                                   | +   |                                  |



I hændelse 1 er tilskrivningen til det administrative/økonomiske rationale dominerende. Dette kan dels ses som en reaktion på den manglende organisatoriske legitimitet, som topledelsen i begyndelsen af 1992 må forholde sig strategisk til, og som nødvendiggør en prioritering af det administrative/økonomiske rationale, som i denne periode er dominerende på den statslige styringsscene (Vrangbæk 1999, Bentsen, 1996).

Rigshospitalets topledelse forsøger derefter at tilkoble de to andre rationaler til centerstrukturen i starten af hændelse 2: det administrative rationale i form af en lovning af ressourcekontrol og forenkling af ledelsesstrukturen, det lægelige rationale i form af lovning på oprettelse af forsknings- og udviklingscentre og kompetenceudvikling, og det patientorienterede rationale i form af en fokus på patientforløb. Dette må ses i forbindelse med, at handlingsplanen også skal præsenteres og ”sælges internt” i forhold til den dominerende faggruppe og legitimeres i forhold til sygehusets kerneopgave: patientbehandling.

Tilskrivning af alle tre rationaler til centerstrukturen i forbindelse med handlingsplanen (hændelse 2) svarer til åbning af et ”rum af muligheder” hvoraf nogle igennem det videre forløb lukkes igen. Konfronteringen af et af rationalerne, det lægefaglige, og bevaringen af de to tilbageværende, det økonomisk-administrative og i et begrænset omfang det patientorienterede, synes således også at afspejle, at legitimering primært søges i forhold til eksterne ressourcekontrollører. I forhold til disse anses en markant strukturel forandring for at være et signal om en mere ansvarlig økonomisk adfærd, der vil kunne udløse yderligere bevillinger til Rigshospitalet. Men en strukturel forandring er ensbetydende med et opgør med sygehusets traditionelle professionelle bureaukrati, og dermed en konflikt med væsentlige dimensioner af det lægefaglige rationale – jvf. fig.1.

Konsulenternes indtog på Rigshospitalet (hændelse 3) symboliserer primært tilskrivninger til det økonomisk/administrative rationale og i et beskedent omfang tilskrivninger til et patientrationale. Den nye mellemliderstruktur i form af centerdirektører repræsenterer en modifikation af hospitalets komplekse, professionelle struktur hen imod en mere enkel ledelsesstruktur – i overensstemmelse med ”New Public Management” tankegangen. Det eksterne konsulentfirma, som bliver engageret til at udarbejde den nye struktur, synes også at være af den overbevisning, at en centerstruktur er en passende løsning af Rigshospitalets problemer. Tilskrivning af økonomi- og patientrationalerne synes på samme tid at respondere på eksterne pres på topledelsen og at være forenelige med dennes følte

behov for at modificere den interne magtstruktur. Det eksterne pres imødekommes således gennem en fokusering på det økonomisk-administrative rationale; via iværksættelsen af centerstrukturen, der signalerer forandring og modernitet, søges erhvervet en ekstern legitimitet. At referere til industrien og til erfaringer fra hospitaler i andre lande er midler til at opnå denne legitimitet i forhold til den NPM-bevægelse, der danner en væsentlig basis for reformforsøgene inden for det danske sygehusfelt.

Da direktør nummer to tiltræder (hændelse 4) forsøger han som den tidligere topleder i hændelse 2 at opnå en bredere legitimering af centerkonstruktionen ved at tilskrive både det lægefaglige rationale og brugerrationalet. Det lægelige rationale både italesættes og personificeres af den nye administrerende direktør, som tidligere har været engageret i implementeringen af centerstrukturen på Karolinska.

Men dette forsøg efterfølges umiddelbart i hændelse 5 af, hvad der af topledelsen opleves som en legitimitetskrise. Den økonomiske krise vil af de eksterne regulerende og ressourceallokerende instanser kunne opleves som om Rigshospitalet ikke har levet op til de mest afgørende krav om økonomistyring. Topledelsen iværksætter derfor en øget satsning på det økonomiske/administrative rationale. Det sker, ud over drastiske økonomiske indgreb, ved at signalere, at der nu arbejdes på at styrke ledelsesstrukturen, og at der vil blive udskiftet blandt centerlederne.

Efterdønninger af hændelse 5 optræder i form af en rapport fra Rigsrevisionen, publiceret marts 97, der påtaler Rigshospitalets manglende evne til at leve op til de krav, der er indbygget i handlingsplanen. Kun én måned efter denne anfægtelse af legitimitet i forhold til det administrative/økonomiske rationale ses topledelsens fastholdelse af udnævnelsen en ny lægelig direktør på trods af lægerådets protest (hændelse 6). Gennem denne markering af lægerådets tabte indflydelse styrkes tilskrivningen til det økonomiske/administrative rationale yderligere. Men hændelse 5 illustrerer også, at en erkendelse af et givet organisatorisk problem kan være en nødvendig betingelse for produktion af legitimitet, og at der er grænser for benægtelse som legitimeringsstrategi (Elsbach, 1994). Via Handlingsplanen (1992) blev der afgivet løfter om fremtidig styr på økonomien, som det fire år senere viser sig ikke bliver indfriet. Dermed eroderes den legitimitet, der måtte være oparbejdet i forhold til det økonomisk-administrative rationale, og som udgør topledelsens primære legitimitetsbase. I den krisesituation, der udløses, har ledelsen kun én handlemulighed: at reetablere denne legitimitet, uanset at det medfører en

konfrontation med de andre rationaler, og specielt det lægefaglige.

*Dilemmaer, topledelsen konfronteres med i legitimeringsprocessen*

De forsøg på legitimitetsproduktion, som vi gennem hele det beskrevne forløb kan identificere, harmonerer med flere grundlæggende teoretiske ræsonnementer omkring ekstern afhængighed og legitimitetserhvervelse.

Topledelsen har gennem alle hændelsesforløbene behov for at signalere overensstemmelse mellem ledelsespraktik og "the logic of the surrounding institutional environment" (Ruef og Scott, 1998) og forsøger gennem rationaletilskrivningen at skabe forbindelser til de mest magtfulde institutionelle omgivelser (Baum og Oliver, 1991). I forhold til disse omgivelser prioriterer topledelsen staten og det lokale politiske system – repræsenteret ved H:S direktionen og politikere - som den væsentligste ressourcetildeler (Pfeffer og Salancik, 1978). Scott (Scott 1995: 46) anfører, at forskellige typer af autoriteter danner forskellige legitimitetsbaser, som varierer afhængigt af tid og sted, men disse baser udgår primært fra det politiske system og de professionelle organisationer. I caset her ses, at topledelsen giver det politiske system, og dermed primært det økonomiske/administrative rationale, og sekundært brugerrationalet, prioritet som afgørende institutionel forbindelse. De professionelle organisationer tildeles en mindre betydningsfuld rolle. Prioriteringen kan forklares ud fra flere elementer. For det første ved hjælp af det givne magtforhold mellem topledelse og stat. Stinchcome (Stinchcome, 1965: 162) hævder således at de værdier, der definerer den rette legitimitet, bestemmes af forholdet i en given social magtrelation. I denne magtrelation vil den mest magtfulde aktør, hvis der opstår kriser og konflikter, kunne trække på forskellige magtcentre. I det konkrete case vil staten og Københavns Kommune, såfremt topledelsen tilskriver sig til andre rationaler end den økonomisk/administrative, kunne afskedige denne topledelse. Derudover er disse myndigheder ansvarlig for ressourcefordelingen, og når topledelsen synliggør organisationens udvikling af koordinations- og kontrolstrukturer, forøger de muligheden for at forudsige og erhverve de kritiske økonomiske ressourcer (Pfeffer og Salancik, 1978). Rationaletilskrivning, som signalerer implementering af en formaliseret struktur med tydelige kontrolelementer – herunder reduceret span of control - er mere legitimitetsproducerende end en implementering af f.eks. uformelle organisatoriske strukturer (Scott og Meyer, 1994: 115).

### ***Dekoblingen af centerstrukturen fra organisationens kerneopgaver***

Analysen af rationaletilskrivning har afdækket, hvorledes topledelsen koncentrerer sig om at legitimere centerstrukturen i forhold til repræsentanter for ét af de tre rationale. Figur 3 illustrerer således centerstrukturens konsekvenser i forhold til udvalgte rationaledimensioner. Som følge af stærke pres fra ét omgivelsessegment, presserende problemer, topledelsens rolle som nøgleaktør og organisatoriske og fagkulturelle traditioner sker en nedlukning af det mulige handlerum, der er bundet til de to rationale, der oprindeligt optræder i centerstrukturens grundform – det lægefaglige og det patientfaglige rationale.

At tilgodese det økonomisk-administrative rationale i så høj grad gennem hele den analyserede periode er ensbetydende med at sende centerstrukturen ind i et konfliktfelt, fordi konfrontationen med en tidligere organisatorisk form – Rigshospitalets professionelle bureaukrati – gør både magtkampe og sammenstød mellem de forskellige fortolkninger uundgåelige (cf. Greenwood og Hinings, 1988). Det kan på denne baggrund ikke overraske, at der som eksemplificeret i hændelsesforløb 6, observeres forsøg på fra den traditionelt dominerende organisatoriske gruppering – lægerne – at genvinde kontrol i forhold til den nye struktur.

**Figur 3:**  
**Centerstrukturens konsekvenser i forhold til udvalgte rationaledimensioner**

|  | <b>Lægefagligt rationale</b>  | <b>Administrativt-<br/>økonomisk rationale</b> | <b>Brugerrationale</b>  |
|--|---|--|---|
| <b>Primære organisatoriske opgaver</b>                   | 0<br>Centerstrukturen synes neutral i forhold til løsning af kerneopgaverne ifølge supplerende analyser i Borum og Bentsen (1999) | +  | 0<br>Der kan ikke påvises nogen effekt af centerstrukturen i forhold til patienterne                            |
| <b>Strukturens funktion i forhold til daglig praksis</b> | -<br>Centerstrukturen udfordrer den lægefaglige specialisering  | +  | 0<br>Centerstrukturen har ifølge analyser af aktørudsagn fra forskellige niveauer og faggrupper ikke haft nogen |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
|   | som struktureringsprincip  | økonomistyring  | betydning for patientforløb (Borum og Bentsen, 1999)                        |
| <b>Strukturens fordeling af magt og indflydelse</b> | -<br>Det traditionelle lægefaglige kollegiale styre konfronteres – både strukturelt og mht. udvælgelse af læger til ledelsesposter | +<br>Der indføres et nyt ledelseslag i form af centerdirektører, og økonomistyring prioriteres  | 0<br>Centerstrukturen ændrer ikke på patienternes indflydelse               |
| <b>Positive symbolske markeringer</b>               | +<br>I topledelsens handlingsplan (hændelse 2) og under den anden administrerende direktør (hændelse 4)                            | +<br>Mht. forsøg på at etablere en positiv kobling til økonomistyring og administrativ orden<br>-<br>Mht. afsløring af manglende styr på økonomien (hændelse 5) | 0<br>Ingen positive eller negative fortællinger koblet til centerstrukturen |

Topledelsens prioritering af det økonomisk-administrative rationale synes at få afgørende følger for den organisatoriske proces. Repræsentanter for de rationaler, som ikke prioriteres i ændringsprocessen, har hverken energi eller anledning til at gå ind og åbne mulighedsrum, når modsatrettede rationaler i så høj grad bliver tilgodeset og symbolsk fremhævet.

Det manglende engagement fra lægernes side i forhold til strukturkonceptets fortolkning hænger sammen med, at centerstrukturen direkte udfordrer det lægelige rationale mht. specialisering som struktureringsprincip - og det professionelle bureaukrati som organisatorisk arketype. Positive symbolske markeringer i forhold til det lægefaglige rationale kan kun identificeres i hændelsesforløb 2 og 4, medens den inden for de andre episoder fremstår som fortløbende omdiskuteret - og ofte kritiseret - af lægegruppen. Det forhold, at der på basis af en analyse af organisatoriske aktørers vurderinger (Borum og Bentsen, 1999) ikke kan påvises nogen positiv eller negativ sammenhæng mellem centerstrukturen og varetagelsen af Rigshospitalets kerneopgaver inden for det lægefaglige rationale – forskning, uddannelse og behandling - er en indikator for, at kampen om organisatorisk kontrol er konfliktens kerne.

Topledelsens forsøg på strategisk at anvende strukturen til over for dens omverden at illustrere centrale værdier i organisationen får en afgørende betydning for fortolkningsprocesserne i organisationen, som bliver præget af konflikt og dekobling.

Denne dekobling kan forklares ved at en struktur, som i udgangspunktet tager højde for flere modsatrettede rationaler, (hvilket er illustreret i 1992-handlingsplanens indhold) har en mindre grad af sandsynlighed for at blive koblet til organisationens aktiviteter. En sådan sammenkobling kræver nemlig omfattende og komplekse fortolknings- og ændringsprocesser (Meyer og Scott, 1992 :212). Og da centerkonceptet ikke gennem rationaletilskrivningen synes at have opnået den legitimitet i forhold til lægegruppen, der er nødvendig for at etablere denne kobling, fremstår centerstrukturen som overvejende dekoblet i forhold til Rigshospitalets kernefunktioner.

At centerstrukturen ikke sammenkobles med brugerrationalet - og dermed patientbehandling - er imidlertid også en konsekvens af, at der savnes organisatoriske aktører, der som bærere af dette rationale kan arbejde på at relatere det til centerstrukturen. Patienterne optræder fortsat kun som input

til sygehusets produktionssystem og uden nogen basis for mere direkte engagement i og indflydelse på sygehusets restrukturering. De tildeles ikke nogen ny organisatorisk position og forankring inden for centerstrukturen, eller mulighed for ressourcekontrol, men udsættes fortsat for de samme organisatoriske rutiner og procedurer. Brugerrationalet repræsenteres fortsat via politikere, patientorganisationer og medier, der i forhold til de organisatoriske processer er henvist til at udøve indirekte indflydelse via ressourceallokering.

## Metode appendiks

Analysen af Rigshospitalet er baseret på flere typer af data. Disse data er indsamlet ud fra to grundlæggende problemstillinger:

1. Ud fra et logitudinalt studie at analysere centerstrukturen i forhold til omverdenen og den eksterne legitimitet og symbolik, der blev tilknyttet strukturen
2. Ud fra et konkret tidspunkt i en implementeringsproces at se på centerstrukturens organisatoriske outcome og herunder analysere hvilke indsats-/prioriteringsområder, centerstrukturen har sat i spil

I relation til problemstilling 1 har Rigshospitalet og hele processen med reorganisering heraf tiltrukket sig stor opmærksomhed fra den danske offentlighed. Netop Rigshospitalet er en stor og vigtig brik i reorganiseringen af det danske hospitalsvæsen. Denne proces har mobiliseret vigtige finansielle, professionelle og politiske interesser, hvilket gør hospitalet til et varmt emne i medierne og gør det fristende for de forskellige medvirkende aktører at bruge medierne til at lufte deres synspunkter. Således bliver "interne" forandringer på Rigshospitalet til et offentligt anliggende, der debatteres og fortolkes af omgivelserne. Som følge heraf er der som sekundært kildemateriale ud over officielle rapporter og ph.d. afhandlinger anvendt udvalgte avisartikler om Rigshospitalet i perioden 1992 – 1997 (fra Politiken, Berlingske Tidende, og Weekendavisen).

Alle de indsamlede dokumenter er gennemgået med henblik på at identificere, hvornår centerstrukturen blev lanceret på Rigshospitalet, hvilke typer af argumenter der blev benyttet, og hvilke vigtige hændelser der samtidigt fandt sted på og omkring Rigshospitalet. Dette giver os en mulighed for at identificere de rationaler, som understøtter struktur- og ledelsesændringerne, og det giver os en mulighed for at identificere den rationaletilskrivning, som finder sted. Det er således den kognitive legitimitet i forhold til det organisatoriske niveau (Reuf og Scott, 1998), som der her fokuseres på.

I relation til problemstilling 2 er empirien sekundære kilder fra forskellig side: revisionsrapporter, konsulentrapporter, interne rapporter og notater, studieprojekter, specialer og afhandlinger. Rapporterne er af varierende relevans og argumentations- og datamæssig kvalitet. Vi anvendte en datamodel i form af en matrice, der dannede basis for en kategorisering af alle identificerbare medarbejderudtalelser. Den horisontale akse kategoriserede centerstrukturens påvirkning af centrale organisatoriske forhold: opgaveløsning, medarbejderes arbejdssituation, og struktur og systemer. Den vertikale akse kategoriserede aktørgrupper i organisationen, som kunne forudsættes at have ensartede interesser og



overvejelser i forbindelse med centerstruktureringen. Disse kategorier er fastlagt ud fra følgende kriterier: profession (dvs. faggruppe), magt (dvs. hierarkisk indplacering), og kultur (dvs. forskellige norm- og værdisæt hos administrativt og fagligt orienteret personale). Ud fra disse kriterier opererer vi i modellen med 8 kategorier.

For de rapporter (primære kilder), hvor det har været muligt at identificere citater eller referater af interview med aktører på Rigshospitalet, har vi foretaget en detaljeret, systematisk analyse. Aktørudsagnene er blev vurderet og indsat i skemaet i den mest relevante kategori. Nogle udsagn er indsat i flere kategorier, hvis de omhandler flere emner. Rent praktisk er dataanalysen udført i regnearkprogrammet Excel, der fungerede som strukturerings- og sorteringsredskab for de mange citater.

På basis af matricerne for hver enkelt primærkilde blev der genereret akkumuleret matrice med alle udsagn. Derefter blev datamaterialet i hver enkelt rubrik analyseret, og der blev udskrevet lister for hver kolonne. Disse lister blev sorteret efter emne for at identificere et evt. mønster i udsagnene.

Derefter blev hovedmønstrene i udtalelserne konkretiseret. Hvad er udtrykt om emnet? Er der sket en ændring i forhold til tidligere? Er der elementer, som der udtrykkes markant utilfredshed med? Tales der om faktiske ændringer/hensigtserklæringer? Er det muligt at identificere en udvikling? Er der markante/mindre markante forskelle i faggruppernes udtalelser omkring emnet? Har aktørerne i denne kategori udtalt sig meget/lidt? Og hvilke parametre bliver der anvendt som bagvedliggende begrundelse for deres udtalelser?

Vi forsøgte således med denne analyse at gå bag om de oprindelige rapportforfatteres konklusioner og at danne os et selvstændigt billede på basis af de interviewede aktørers udsagn. Vores analyse er dog ikke helt åben, men begrænset af de oprindelige forfatteres udvælgelse af temaer, aktører og citater.

## Referencer:

- Aldrich, Howard E. and Marlene Fiol (1994) "Fools Rush In ? The Institutional Context of Industry Creation". *Academy of Management Review* . Vol 19, No 4, 645-670
- Baum, Joel A.C. and Christine Oliver (1991) "Institutional Linkages and Organizational Mortality". *Administrative Science Quarterly*. 36: 187-218
- Bentsen, Eva Zeuthen (1996) "Sygehusledelse i et institutionelt perspektiv – en analyse af trojkamodellens opståen, spredning og funktion" PhD afhandling, Handelshøjskolen i København
- Bentsen, Eva Zeuthen (1997) "Ledelsesstrukturer og deres rationaler – en historisk forståelsesramme" i Hildebrandt og Schultz (red) "Fokus på Sygehusledelse" København, Munksgaard
- Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdottir, Kerstin Sahlin-Anderson (red) (1999) "Når styringsambitioner møder praksis" København, Handelshøjskolens forlag
- Borum, Finn & Ann Westenholz, (1995) "The incorporation of Multiple Institutional Models: Organizational Field Multiplicity and the Role of Actors" i R.W. Scott og S.Christensen, (red) *The Institutional Construction of Organizations. International and Longitudinal Studies*. Thousand Oaks: Sage Publications: 113-131.
- Borum, Finn og Eva Zeuthen Bentsen: (1999) "Centerstrukturen på Rigshospitalet i København. En analyse af ledelsesmæssige og organisatoriske aspekter." FLOS forskningsrapport no. 1-1999. København.
- Caroll, John S. (1998) "Organizational learning activities in high-hazard industries; The logics underlying self-analysis" i *The journal of Management studies*; Oxford.
- Czarniawska, Barbara (1992) "Rationality as an Organizational Product" i *Finnish Administrative Studies* Vol. 11, 152-162
- Dijksterhuis, Marjolijn S, Frans A.J. Van den Bosch og Henk W. Volberda (1999) "Where Do New Organizational Forms Come From - Management Logics as a Source of Coevolution" i *Organization Science*, Vol. 10, No. 5: 569-582
- Elsbach, Kimberly D (1994) "Managing organizational legitimacy in the California cattle" i *Administrative Science Quarterly*; Ithaca, Vol. 39, Iss. 1; pg. 57, 32 pgs.
- Greenwood, Royston & Bob Hinings, (1988) "Organizational Design Types, Tracks, and the Dynamics of Strategic Change" i *Organization Studies*, 9/3:293-316
- Kragh-Jespersen, P. (1999) "New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen" i Bentsen, Borum m.fl. (red) "Når styringsambitioner møder praksis", København, Handelshøjskolens forlag: 143-169.

- Meyer, John W. & Brian Rowan (1991) "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony" i Walther Powell & Paul J. Dimaggio (red.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, The University of Chicago Press: 41- 62.
- Meyer, John & W. Richard Scott (1992) "*Organizational Environments – Ritual and Rationality*" Newbury Park, CA, Sage
- Mintzberg, Henry (1979) "*The structuring of Organizations.*" Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Pfeffer, J. and G.R. Salancik (1978) "*The External Control of Organizations.*" New York: Harper and Row
- Rigshospitalet (1992) "*Handlingsplan for økonomisk tilpasning*", Rigshospitalet, København.
- Ruef, Martin & W. Richard Scott, (1998) "A multidimensional model of organizational legitimacy; Hospital survival in changing institutional environments" *Administrative Science Quarterly*, Vol 43, 4, 877.904
- Røvik, Kjell Arne (1998) "*Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet.*" Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Scott, W. Richard & John W. Meyer (1994) "*Institutional Environments and Organization*", Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Scott, W. Richard (1995) "*Institutions and Organizations*" London, Sage
- Stinchcome, Arthur L. (1965) "Social Structure and Organizations" i James D. March: *Handbook of Organizations*, Chicago, Rabd McNally
- Vrangbæk, Karsten (1999) "New public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser" i Bentsen, Borum m.fl. (red) "*Når styringsambitioner møder praksis*", København, Handelshøjskolens forlag: 33-56.