

Mål-middel rammer, politik og myter i organisatoriske felter

Borum, Finn

Document Version
Forlagets udgivne version

Publication date:
2003

Creative Commons License
CC BY-NC-ND

Citation for published version (APA):
Borum, F. (2003). *Mål-middel rammer, politik og myter i organisatoriske felter.*

[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: 17. Apr. 2021



**Mål-middel rammer, politik og myter
i organisatoriske felter**

**Finn Borum
Nr. 6 - 2003**

FLOS arbejdspapirer 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 workshops 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.

En samlet fortegnelse over FLOS centrets publikationer findes på <http://www.flos.cbs.dk>, der også indeholder nærmere oplysninger om centrets aktiviteter og forskningsprojekter. En del af publikationerne – herunder alle arbejdspapirerne – kan downloades fra FLOS hjemmesiden.

Finn Borum
Professor, centerleder

Mål-middel rammer, politik og myter i organisatoriske felter¹

Finn Borum

Resume

Konstruktion og bearbejdning af mål-middel rammer er en nøgle til at forstå reproduktion og udvikling af organisatoriske felter. I stedet for at betragte 'rationaliserede myter' som etablerede sociale konstruktioner, der bliver spredt inden for et felt, analyseres hvordan aktørerne i feltet konstruerer en rationaliseret myte – og gennem hvilke processer, de søger at fuldføre denne konstruktion og at håndtere de uløste kontroverser og problemer, der er forbundet med at etablere en fælles forståelse af centrale årsagssammenhænge.

Den sociale konstruktion af mål-middel rammer spiller en central rolle for at bevare en fælles forståelse af feltets mål og de organisatoriske principper ved hjælp af hvilke, de kan realiseres. Ved at deltage i konstruktionen og fortolkningen af mål-middel kæder inden for et organisatorisk felt, er de centrale aktører med til at reproducere og udvikle feltet.

Processen med at udvikle mål-middel rammer kan både bidrage til at reproducere og destabilisere feltet. En analyse af det danske sygehusfelt viser, hvordan arbejdet med en mål-middel ramme kan tjene adskillige funktioner i et organisatorisk felt: reproduktionen af feltet, dets udviklingsspor, magtstruktur, 'våbenhviler' og det overordnede regime. Men det kan også bidrage til destabilisering af feltet på grund af aktørernes forskellige fortolkninger og projekter, udfordring af centrale institutioner eller uforudsete konsekvenser.

Nøgleord: organisatorisk felt, udvikling, destruktering, mål-middel ramme, politik, rationaliseret myte, profession, institution og grænseobjekt.

Introduktion

Artiklen er et bidrag til at forstå reproduktions- og udviklingsprocesser inden for organisatoriske felter. Det empiriske udgangspunkt er det danske sygehusfelt, der i overensstemmelse med DiMaggio & Powell (1991:64-65) defineres som '...de organisationer, som tilsammen udgør et anerkendt område for institutionelt liv: hovedleverandører, forbrugere af ressourcer og produkter, regulerende myndigheder og andre, der producerer lignende tjenester eller produkter.'

¹ Dansk version af artiklen 'Means-end frames and the politics and myths of organizational fields', accepteret til publikation i 'Organization Studies'. Udarbejdet i samarbejde med Marianne Risberg og Birthe Biller.

Definitionen har to aspekter – det institutionelle og det materielt-produktive, og analysen vil primært fokusere på det første i form af en kulturel-kognitiv analyse med udgangspunkt i Scott (1994:71): 'Felter identificerer samfund af organisationer, som deltager i det samme meningssystem, er definerede ved de samme symbolske processer, og som er underlagt fælles reguleringsprocesser.'

Organisatoriske felter antages over tid at etablere fælles fortolkninger af feltet og dets aktiviteter, som er indlejrede i institutioner, der bliver produceret og opretholdt gennem regulative, normative og imitative processer (DiMaggio & Powell, 1991; Scott et al., 2000:167-170). Det er i dette perspektiv, at vi vil analysere, hvordan institutionelle nøgleaktører agerer i forsøg på at kombinere feltreproduktion med feltreformer i "urolige tider", hvor både eksterne pres og interne kontroverser sætter spørgsmålstegn ved feltets institutionaliserede praksis og 'våbenhviler'.

Analysen fokuserer på feltaktørernes bestræbelser på at udvikle en fælles forståelse af målet for feltets handlinger og for de organiseringsprincipper, hvorved målet kan realiseres. Processerne svarer til den sociale konstruktion af mål-middel rammer, som er centrale elementer i organisationsfelters meningssystem. Teoretisk er denne vægtning inspireret af adskillige forfattere, som har fremhævet konstruktionen af mål-middel relationer som vigtig for forståelsen af organiseret handling.

På det organisatoriske niveau definerer Simon (1957:62-66) rationalitet som konstruktionen af mål-middel kæder: "Det gælder for såvel organisatorisk som for individuel adfærd, at mål-middel hierarkiet sjældent er en integreret, fuldstændig sammenhængende kæde. Ofte er forbindelserne mellem organisatoriske aktiviteter og ultimative mål dunkle, eller disse endemål er ufuldstændigt formuleret, eller de midler, hvorved man vil nå målene, er i indbyrdes konflikt eller modsigelsesfyldte.' (ibid:64)

March & Simon (1958:190-191) udbygger mål-middel kæder til en metode til at analysere ikke-programmeret beslutningstagning. Greenwood & Hinings (1988:295) indarbejder mål og midler i deres 'fortolkningskemaer' som '...omfatter anskuelser og værdier i forhold til tre faktorer, som er af afgørende betydning for formning af aktiviteter: (1) relevante operationsdomæner, dvs. organisationers raison d'être eller brede eksistensberettigelse; (2) anskuelser og værdier om hensigtsmæssige principper for organisering, og (3) kriterier som det er relevant at anvende i forbindelse med evaluering af organisatorisk performance.'

Meyer & Rowan (1991:44-47) flytter med deres begreb 'rationaliserede myter' eller 'rationelle institutionelle myter' mål-middel rammer til niveauet af samfund eller komplekse netværk:

'...moderne samfund er fyldt med institutionelle regler, der fungerer som myter, som udpeger forskellige formelle strukturer som rationelle midler til at nå ønskværdige mål.' På feltniveau identificerer DiMaggio & Powell (1991: 67-74) tre mekanismer ved hjælp af hvilke institutionel isomorfisme (ensretning) spredes: tvang, imitation, og normdannelse. I fortsættelse heraf peger Scott (1994:71) på professioner og statslige aktører som dominerende i konstruktionen af '...rationaliserende rammer, som giver anledning til og former organisatoriske felter... i den moderne verden.' Med dette i mente vil analysen koncentrere sig om den medicinske profession og om statslige aktører og deres teoretisering (Strang & Meyer, 1994; Røvik, 1998) af en udvalgt mål-middel ramme.

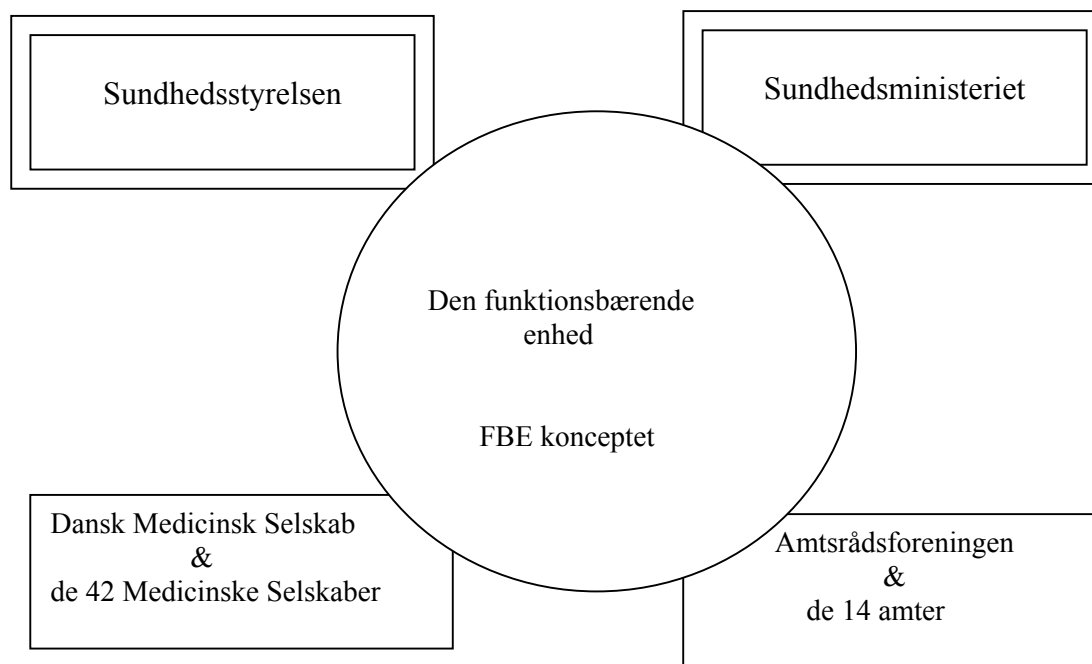
Et organisatorisk felt bliver i det følgende forstået som et felt, der er præget af konflikt frem for konsensus. Denne opfattelse er inspireret af Scott (1995:45), som peger på, at legitime strukturer også kan være omstridte strukturer, af Brint og Karabel (1991:355) der ser felter som magtarenaer, af Hoffmann (1999:352) som ser et felt som '...centret for fælles dialog- og diskussionskanaler', og af Bourdieu & Passeron's (1970:33) tilgang til felter som afgrænsede sociale områder, inden for hvilke institutioner konkurrerer om at få deres del af feltets ressourcer (materielle såvel som symbolske) samt at styrke deres position inden for feltet.

Organisatoriske felter er derfor både karakteriseret af nøgleaktørers fælles interesser for at bevare og reproducere feltet, samt af deres vedvarende kamp om kontrollen over feltet og dets ressourcer. Konflikter kan enten opstå over operative sager – over hvordan produktionen af service og produkter organiseres – eller over kontrollen med og reguleringen af feltets aktiviteter – jf. Molnar & Rogers' (1979) skelnen mellem operative og strukturelle konflikter.

Case og metode

Analysen fokuserer på interaktionen mellem hovedaktører i det danske sygehusfelt i forbindelse med et nyt koncept for organisering af produktionen af feltets kerneydelser – 'den funktionsbærende enhed' (FBE). Konceptet er baseret på en positiv mål-middel relation mellem patientunderlagets størrelse for et givet medicinsk speciale og kvaliteten af dets behandlinger. I løbet af tre år (1997-2000) - en meget kort periode i det danske sygehusfelts lange udviklingsforløb og reformer - bearbejder og støtter feltets hovedaktører op om dette nye organisatoriske koncept. Disse processer vil blive analyseret med det formål at identificere, med hvilke mekanismer og i hvor høj grad de bidrager til feltets reproduktion og udvikling eller destabilisering (Scott et al., 2000:27). På et mere detaljeret niveau vil analysen afsløre, at bearbejdningen af mål-middel rammen har flere funktioner så som at udelukke visse aktørgrupper, mobilisere andre, etablere våbenhviler mellem forskellige aktørgrupperinger og at bevare feltet samt dets overordnede regime.

Analysen vil udfolde sig omkring FBE konceptet og de fire institutionelle hovedaktører i planlægningen af det nationale danske sygehusvæsen:



Figur 1: De fire institutionelle hovedaktører i det nationale danske sygehusfelt

Analysen foregiver ikke at omfatte alle de aktører, som deltog i udviklingen af det nye organisatoriske koncept, men kun de, som kan identificeres i datakilderne. Et eksempel er Finansministeriet, som nødvendigvis må have været involveret i udviklingen af regeringens strategiske plan for sygesektor, men hvis engagement de tilgængelige data ikke kaster lys over. Et andet eksempel er de mange danske patientforeninger, hvor vi ud fra data kan slutte, at de kun har været indirekte involverede qua deres svar på den undersøgelse, som Dansk Medicinsk Selskab gennemfører.

Analysen er primært baseret på de dokumenter, der er nævnt under **Datakilder**, og som er de eneste, der refereres til i artiklen. Disse sekundære data består mest af officielle og halvofficielle publikationer i genren 'kommissionsrapporter' skrevet af aktører, der er involveret i feltets processer. Da disse har begrænset interesse i at give indsigt i, hvad der foregår bag kulisserne eller i selve spillet aktørerne imellem, kan vi ikke forvente, at disse tekster giver andet end et meget begrænset indblik i feltets processer.

Imidlertid kan teksterne tidsbestemmes, de relaterer sig til og taler til hinanden, og deres forfatterkonstellationer er forskellige og identificerbare. Ved hjælp af analyser på tværs af dokumenterne er det derfor muligt at afdække forskelligheder i synspunkter og positioner og således stykke et puslespil sammen. Da hovedformålet med artiklen er formulering og teoretisering af mål-middel rammer, er netop officielle dokumenter gode datakilder. Samtidig er analysen i høj grad præget af den kendsgerning, at visse af kilderne – Dansk Medicinsk Selskabs 1998 rapport og de 42 individuelle medicinske specialers bidrag – både leverer direkte og indirekte indikationer på konflikter og spændinger.

Fortolkningen af dokumenterne trækker kraftigt på den viden om det danske sygehusfelts udvikling, som de forskellige igangværende FLOS forskningsprojekter har genereret, danske forskningspublikationer og møder gennem de seneste år med aktører inden for eller på grænsen af sygehusfeltet.

Derudover har interview, samtaler og dialog med 1-2 aktører fra hver af de fire aktørgrupperinger leveret supplerende data og baggrundsinformation til analysen og har gjort det muligt at teste foreløbige fortolkninger og lettet udfyldningen af huller i puslespillet og fortolkningerne. Udover disse nøgleinformanter har forfatterens aktive deltagelse i adskillige seminarer og konferencer om FBE konceptet givet mulighed for både at observere aktørers ageren på scenen og glimtvis bag kulisserne – gennem uformelle møder og samtaler.

Før analysen har vi brug for en oversigt over det danske sygehusfelts strukturering samt indikationer på en begyndende omstrukturering. En nyere sygehuskommissionsrapport, som stiller spørgsmål ved feltets institutionaliserede planlægningspraksis og byggesten, beskrives mere detaljeret, idet det er denne rapport, der udløser de processer, som bliver analyseret i artiklen.

Det danske sygehusfelt: Strukturering og indikatorer på destruktivering

Det overordnede billede af det danske sygehusfelt er et stærkt institutionaliseret felt, indlejret i den offentlige sektor, da flertallet af politiske partier stadig er enige om at bevare det offentlige, skattefinansierede sygehusvæsen. Dette afspejles i de dimensioner, der er udviklet af Scott et al. (2000:358-363) til at måle graden af struktureringen inden for et felt. Målt på disse dimensioner scorer det danske sygehusfelt højt på alle områder, bortset fra to:

Feltdimension

Beskrivelse af det danske sygehusfelt

Finansieringens centralisering:

høj: sygehuseder er en central service i den danske velfærdsstat, og ydelserne er integreret i den offentlige sektor og finansieret via stats- og amtsskatter.

Regimets entydighed:

høj: integreret national og lokal planlægningsregime med de 14 amter plus Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) som ”operatører”.

Grad af offentlige versus private styringsformer:

høj: kun få, små privathospitaler

Strukturel ensartethed: (isomorfisme)

høj: typificeret population af 70 hospitaler med et samlet antal senge på 26.000 til et befolkningsunderlag på 5 millioner.

Organisatoriske grænsers tydelighed:

høj: ingen blanding af organisatoriske former

Konsensus om rationaler:

middel: nogen uenighed om sektorens prioriteringer og diskussioner og konflikter om hensigtsmæssige midler til at sikre effektivitet og efficiens

Sammenhæng mellem organisationer:

høj: integreret sygehusystem med arbejdsdeling mellem amter og specialsygehuse med indbyrdes aftaler om henvisning og behandling

Feltgrænsers klarhed:

middel: Sygehussektoren er tydeligt afgrænset fra andre felter – og der stilles ofte spørgsmåltegn ved dets ’isolation’ fra den primære sundhedssektor. Imidlertid har feltet i løbet de sidste 10 år overtaget logikker og argumentationer fra andre felter.

Imidlertid kan de to dimensioner, hvor sygehusfeltet scorer middel - ’konsensus om rationaler’ og ’feltgrænsers klarhed’ være forløbere for destrukture og forandring af feltet (Scott et al., 2000: 186, 27), hvortil nogle vigtige begivenheder i det danske sygehusvæsenes historie kan have bidraget:

Tidligt i 1970'erne bliver logikken bag væksten i sygehussektoren anfægtet (Perspektivplanredegørelse II, 1973) i forbindelse med bestræbelser på at introducere langsigtet planlægning som middel til at sætte politikerne bedre i stand til at prioritere velfærdsstatens aktiviteter. Der bliver stillet spørgsmål ved om sundhedssektoren (med Sundhedsstyrelsen som ansvarlig for planlægningen af sundhedstjenesterne) og den medicinske profession er de rette til at rådgive om sygehusenes og sygehusfeltets struktur (Vallgård, 1992:257). Der bliver fokuseret på de samfundsmæssige cost-benefits og fra midten af 1970'erne får den primære sundhedssektor øget støtte på bekostning af sygehuse.

I 1984 offentliggør Indenrigsministeriet rapporten fra den første sygehuskommission (Produktivitetsudvalget) 'Sygehusenes organisation og økonomi'. Rapporten introducerer effektivitet og efficiens som de vigtigste udfordringer for det danske sygehusvæsen. Den fokuserer på ledelsen af det enkelte sygehus og foreslår etablering af en egentlig sygehusledelse.

I 1990 bliver det tilladt at etablere de første privathospitaler efter en ophedet politisk debat.

I 1992 bliver "frit sygehusvalg" indført, og omfanget af private sygeforsikringer drastisk øget i midten af 1990'erne.

Den anden sygehuskommission stiller spørgsmåltegn ved feltets institutionaliserede planlægningspraksis

I 1997 offentliggør Sundhedsministeriets anden sygehuskommission – under ledelse af den samme person som den første ti år tidligere – sin rapport. Dette sker i en periode med øget pres fra politikere og administratorer, som er engagerede i at reformere den offentlige sektor (se Vrangbæk, 1999, en fremstilling af New Public Management reformer inden for sygehusfeltet) og fra en stadig mere kritisk befolkning, som anfægter den professionsdrevne udvikling og kræver kvalitet og service til brugerne.

Denne anden kommissionsrapport (Sygehuskommissionen, 1997) er væsentligt forskellig fra den første (Produktivitetsudvalget, 1984) på to områder. For det første peger den på kvalitet i sygehusydelse som et hovedproblem. Både Sundhedsministeriet (Sundhedsministeriet, 1994) og Sundhedsstyrelsen har allerede sat dette spørgsmål på dagsordenen inspireret af WHO. For det andet fokuserer rapporten på de problemer, som relaterer sig til den fortsatte medicinske specialisering, der fører til en stigende kompleks sygehusorganisering, stadig mere komplicerede kategoriseringsprocesser (at kombinere patient og speciale), lavere antal patienter pr. specialeenhed (og dermed et dårligere grundlag for at opretholde specialekompetencer og kvalitet), stigende vanskeligheder med at sikre koordination mellem enhederne, og manglende prioritering og deraf

følgende dalende produktivitet. Kort sagt understreger rapporten nødvendigheden af at forbedre planlægningen af sygehusvæsenets specialer som et middel til at sikre både kvalitet og effektivitet i patientbehandlingen.

Rapporten fremhæver, at skøn spiller en for stor rolle (ibid.:136) i sygehusplanlægning, og efterspørger mere evidensbaseret planlægning, som tager de betydelige forskelle mellem medicin og kirurgi i betragtning (ibid.:137), samt nødvendigheden af at samle kirurgiske specialer på nogle sygehuse for at sikre kvalitet og for at økonomisere med ressourcerne. En af anbefalingerne (ibid.:155, punkt 1) er, at Sundhedsstyrelsen iværksætter en undersøgelse af sammenhængen mellem kvaliteten af ydelser og patientunderlag. Denne centrale mål-middel relation er i tidligere analyser blevet karakteriseret som utilstrækkeligt underbygget - også i en rapport fra Dansk Kirurgisk Selskab (1996) om patientunderlag, som peger på 250.000 som det mest hensigtsmæssige befolkningsgrundlag for et grundspeciale.

Arbejdsgruppen der leverer svaret: 'Den funktionsbærende enhed'

De kritiske kommentarer fra Sygehuskommissionen og dennes direkte appel til Sundhedsstyrelsen bliver hurtigt fulgt op. Tidligt i 1997 inviterer Sundhedsstyrelsen Dansk Medicinsk Selskab til at deltage i en arbejdsgruppe med det formål at etablere et (medicinsk) professionelt grundlag for sygehusplanlægning til styring af professionelle standarder og uddannelser inden for de medicinske specialer.

At definere dette tema som en opgave for medicinske professionelle synes på den ene side at være den logiske konsekvens af kommissionens problemdefinition og af den institutionaliserede procedure for national planlægning af medicinske specialer. Opgaven er i princippet analytisk og bør være hermetisk afskærmet fra politiske spekulationer og overladt til den medicinske profession – som fremført af Sundhedsstyrelsen (Dansk Medicinsk Selskab, 1998:17). På den anden side markerer dette skridt et brud med rationalet bag sammensætningen af Sygehuskommissionen, idet det udelukker grupper som sygeplejersker, sygehusadministratorer og –økonomer, som kunne bidrage med kompetencer og indsigt, der var relevante for analysen. På denne måde repræsenterer arbejdsgruppen en tilbagevenden til planlægningsprocedurer, der udelukkende er baseret på den medicinske logik, og som udelukker de ledelsesmæssige- og effektivitetspræmisses, som Sygehuskommissionen har indført.

Dansk Medicinsk Selskab udpeger fem medlemmer til arbejdsgruppen – alle højt kvalificerede læger, hvoraf den ene er den nyligt udpegede formand for selskabet – i regi af Sundhedsstyrelsen, som leverer formanden og sekretæren (begge læger). Arbejdsgruppen begynder arbejdet i starten af

1997, og har syv møder, i løbet af hvilke udtrykket 'funktionsbærende enhed' dukker op på et tidligt stadium. Arbejdsgruppen gør sit arbejde færdigt i begyndelsen af 1998.

Dansk Medicinsk Selskab involverer alle 42 danske medicinske specialer i analyserne og tre arbejdsgrupper koordinerer arbejdet, som foregår i to runder. Den første runde består i en spørgeskemaundersøgelse, der omfatter de 42 specialer, amterne og patientforeningerne. Undersøgelsen sigter på at identificere og definere kvalitetsindikatorer for 'den gode kliniske enhed', dvs. at specificere målene.

I den anden undersøgelse bliver alle medicinske specialer bedt om deres opfattelse af sammenhængen mellem kvaliteten af de medicinske og kururgiske enheders behandling og tilhørende aktiviteter og størrelsen af enhedernes befolkningsunderlag. Svarene danner grundlag for Dansk Medicinsk Selskabs sammenfattende rapport (1998) og dets anbefaling af et befolkningsunderlag på ca. 250.000 (midlet), som et hensigtsmæssigt middel til at sikre 'kvaliteten' (målet) af de medicinske specialers behandlinger i form af et nyt organisatorisk koncept – den funktionsbærende enhed (FBE).

Så sker der et pludseligt et skift i sammensætningen af arbejdsgruppen ved et møde den 1. december 1997 (Dansk Medicinsk Selskab, 1998:18). På dette slutstadium overtager en embedsmand fra *Sundhedsministeriet* sekretærfunktionen i ekspertgruppen. Samtidig møder to andre embedsmænd fra Sundhedsministeriet op som observatører sammen med to repræsentanter for henholdsvis *Amtsrådsforeningen* og Hovedstadens Sygehusvæsen (H:S).

Dette sker ikke med samtykke fra Dansk Medicinsk Selskabs repræsentanter og resultatet er, at den oprindelige plan om at udgive en fælles rapport bliver opgivet. I stedet vælger Sundhedsstyrelsen og Dansk Medicinsk Selskab at udgive to separate publikationer – et debatoplæg (Sundhedsstyrelsen, 1998), og en rapport i bogform (Dansk Medicinsk Selskab, 1998).

I sin rapport begrundet Dansk Medicinsk Selskab, hvorfor de oprindelige planer med at publicere en fælles rapport blev ændret som 'Foranlediget af forhold uden for Dansk Medicinsk Selskabs indflydelse, har Dansk Medicinsk Selskab i forståelse med Sundhedsstyrelsen måttet beslutte selv at fremlægge en **samlet lægefaglig** redegørelse for ... kommissionens punkter.' (Dansk Medicinsk Selskab, 1998:20).

De næste fire afsnit præsenterer en mere detaljeret analyse af, hvordan de fire grupper af aktører, der dukkede op i processen omkring arbejdsgruppen, bearbejdede det nye organisatoriske koncept.

Analysen udelader H:S, som pga. sin specielle status, store befolkningsgrundlag og store sygehuse ikke direkte vil blive berørt af det nye koncept.

Dansk Medicinsk Selskabs arbejde med mål-middel rammen

Teoretiseringen af det nye koncept

Det Medicinske Selskabs rapport gør det muligt at identificere vigtige elementer i teoretiseringen af det nye koncept – 'den funktionsbærende enhed' – som en middel-mål rationel, generel organisatorisk løsning på alle specialers professionelle kvalitetsproblemer:

‘Med udgangspunkt i Sygehuskommissionens målsætning om højere kvalitet af ydelserne i sygehusvæsenet foreslås **Den funktionsbærende enhed** introduceret som den grundlæggende faglige organisatoriske model. Den funktionsbærende enhed defineres som – *”en faglig organisatorisk enhed, som med høj professionel standard kan varetage hovedparten af et grundspeciales opgaver vedrørende diagnostik, behandling, pleje, lægelig videre- og efteruddannelse, samt den til disse opgaver hørende forskning, faglig udvikling, kvalitetsudvikling og –sikring, idet der ses bort fra opgaver, der kun bør varetages få steder i landet”*.

Der er således tale om den organisatoriske enhed – og altså ikke en fysisk enhed – som danner rammen om et lægeligt grundspeciales samlede ydelser på udvidet basisniveau såvel klinisk som uddannelses-, forsknings- og udviklingsmæssigt samt på kvalitetssikringsområdet inden for et amt eller et befolkningsgrundlag på omkring 250.000 personer. Denne størrelsesorden er valgt på baggrund af de enkelte grund- og grenspecialers indmeldinger herom, ud fra overvejelser om rationel drift, herunder specielt grenspecialedækning, akutfunktionernes organisation og ikke mindst de tværgående specialers døgnfunktion.’ (Dansk Medicinsk Selskab, 1998:10).

Medicinsk ekspertise og forskningsbaseret planlægning bliver genindført som kernekompetencer, der er nødvendige for at lede sygehusaktiviteter og organiseringen af det medicinske korps som nøglen til at sikre kvalitet. Disse nye enheders topledere skal være yderst kompetente og fagligt kvalificerede læger (ibid:40). Sygehusledelsen er ikke nævnt, men bliver indirekte anfægtet eller tilskrevet en rolle som 'administrator' af fysiske hjælpefunktioner og ressourcer ved at introducere skellet mellem fysiske enheder (sygehuse) og organisatoriske enheder (FBE).

I denne version kan det nye organisatoriske koncept fortolkes som et modangreb på de senere års bestræbelser på at styrke den ikke-lægelige ledelseskontrol af sygehusaktiviteterne, og argumentationen som en tilbagevenden til den medicinske logik, som lå til grund for udviklingen af det danske sygehusfelt efter 1930'erne (se Vallgård, 1992).

Det Medicinske Selskabs oversættelse af kvalitet

Baseret på Sundhedsstyrelsens definition af kvalitet (som igen er baseret på WHO's definition) definerer Sygehuskommissionen (1997:45) kvalitetsmålene for sygehusene således:

- Høj professionel standard
- Minimal patientrisiko
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Høj patienttilfredshed
- Helhed i patientforløbet

Dansk Medicinsk Selskab ser imidlertid denne definition som baseret på '...ret brede umiddelbart og alment begreber men med begrænset praktisk informationsværdi' (Dansk Medicinsk Selskab, 1998:21) og gennemfører en spørgeskemaundersøgelse blandt læger, amtsrådsadministrationer og patientforeninger for at afdække, hvad der karakteriserer den gode, kliniske afdeling.

De følgende nye kvalitetsindikatorer udledes af undersøgelsens mange kvalitative udsagn (ibid.:24):

- høj faglig standard, klare mål, klar kompetencefordeling og kliniske vejledninger og instrukser som vigtige,
- ønsket om sammenhængende, rationelle patientforløb, styret af tværfaglige teams, god patientinformation, åbenhed og respekt fremhæves ligeledes,
- korte (ingen) ventetider, aftaleoverholdelse (ingen aflysninger af planlagte procedurer) og let adgang til speciallægevurdering tillægges stor betydning,
- de kliniske enheder er forskningsaktive, udviklings- og uddannelsesorienterede fremhæves af alle.

I forhold til Sygehuskommissionens kvalitetsopfattelse synes Dansk Medicinsk Selskab at udelukke efficienskriteriet (effektiv udnyttelse af ressourcer) eller kun at beskæftige sig med det i form af 'sammenhængende, rationelle patientforløb' og 'aftaleoverholdelse'. De andre kriterier synes at være inddraget, men omformuleret til aktiviteter og standarder, som er tættere forbundet med medicinsk professionel praksis. Men, hvad der er mere vigtigt, de intraprofessionelle aktiviteter forskning, udvikling og uddannelse er blevet tilføjet som en af de fire hovedgrupper af indikatorer. De medicinske specialer oversætter således de oprindeligt formulerede mål, så de rettes ind efter den professionelle gruppes aktiviteter.

Det Medicinske Selskabs argumentation for mål-middel relationen

'kvalitet af specialydelser' og 'patientunderlag for et medicinsk speciale'

Der bliver gjort forsøg på at skaffe argumenter for FBE konceptet på et medicinsk videnskabeligt grundlag som opsummeret i Dansk Medicinsk Selskabs rapport (1998:25-33). Hovedlinjen i argumentationen er, at der er en positiv sammenhæng mellem kvalitet (som defineret ovenfor) og den funktionsbærende enheds befolkningsunderlag, hvor den optimale størrelse er ca. 250.000. En norsk rapport fra 1993 synes at øve en vis indflydelse som leverandør af evidens og derved medvirke til at skabe forventning om en positiv sammenhæng mellem kvalitet og kvantitet. Men hvor overbevisende er argumentationen for denne sammenhæng? Har det medicinske selskab held med at skabe '...en stærk tekstuel struktur, som vil veje tungt, når de, som skrev det, ikke længere er fysisk til stede til at argumentere for deres sag.' (Latour & Bastide, 1986:56)? For at svare på dette spørgsmål, vil vi læse Dansk Medicinsk Selskabs rapport som en kæde af operationaliseringer og oversættelser (ibid: 59). Vi vil også se på, hvordan læsere bliver indrulleret i eller udelukket fra teksten efterhånden, som den udfoldes – inspireret af Law's (1986:80) tese om, at 'Videnskabelige og tekniske artikler kan ses som oversættelsesoperationer, som indrullerer læserne ved at guide dem ad en bestemt kanal'.

Efter at have oversat 'kvalitets-'begrebet, gransker det medicinske selskab den centrale sammenhæng mellem 'kvalitet' og 'antal operationer', dvs. hyppigheden hvormed en medicinsk enhed eller en læge udfører en specifik behandling. Her sker en glidning fra organisatorisk enhed til individuel operatør som element i argumentationen. Dette tiltag medfører et drastisk skift i kvalitetskonceptet fra en bred definition til en klassisk klinisk, hvor mortalitet og morbiditet er de gængse kvalitetsindikatorer. Med denne fremgangsmåde er tekstens publikum reduceret til medicinske professionelle.

Efter at have gennemgået den videnskabelige litteratur konkluderer Dansk Medicinsk Selskab i sin slutrapport, (1998:31) at eksisterende litteratur ikke giver nogen entydig dokumentation for en sammenhæng mellem klinisk kvalitet og antallet af behandlinger. Dette ser rapporten imidlertid mere som et problem ved den eksisterende litteratur end som et, der vedrører sammenhængen mellem de to faktorer i praksis. Ved at introducere dette skel mellem videnskabelig viden og praktikeres erfaringsbaserede viden indsnævrer teksten yderligere sit publikum til erfarne medicinske professionelle.

På den følgende side (ibid.:32) introduceres to nye elementer som middel til støtte for det svage led mellem kvalitet og kvantitet: den legendariske sunde fornuft i form af ordsproget 'øvelse gør mester' – hvilket modificeres med udsagnet om, at for meget rutine sænker ydelsens kvalitet. På denne baggrund opsummeres relationen mellem kvalitet og kvantitet ikke på klinisk niveau, men på

den individuelle specialists niveau i en frihåndstegnet normalfordeling uden nogen specificering af x- and y-akserne. Denne 'inskription' (Latour & Bastide, 1986:54) kan ses som en ny bestræbelse på at styrke inddragelsen af de professionelle. Hvis denne fremgangsmåde virker må det snarere skyldes inskriptionens symbolik end dens analytiske funktion.

Den historie, som Dansk Medicinsk Selskabs rapport fortæller om den positive mål-middel relation, mellem kvalitet og befolkningsunderlag, er kort sagt ikke særligt overbevisende, men den er grundlaget for argumentet for det anbefalede FBE konceptet. Rapporten indsnævrer problemstillingen til at dreje sig om et område, som de erfarne medicinske professionelle er den eneste gruppe, der har den nødvendige praktiske viden for at kunne vurdere. På denne måde kan teksten læses som en argumentation for, at kun den medicinske profession besidder den viden, der kræves for at kunne handle som legitim beslutningstager.

Det medicinske selskabs bestræbelser på at mobilisere de medicinske specialer omkring FBE konceptet

Ifølge Dansk medicinsk Selskab har det vejledende princip for arbejdet været at koncentrere sig om de lægefaglige aspekter, der er forbundet med de medicinske professionelle aktiviteter, hvorimod lægefagpolitiske aspekter, så som ledelse og arbejdsbetingelser, er blevet overladt til de faglige organisationer (Dansk Medicinsk Selskab, 1998:18). Det er imidlertid vanskeligt at trække en skillelinje mellem en professions tekniske og politiske aspekter, i særdeleshed når det drejer sig om organiseringen af professionelle medicinske aktiviteter, hvis natur ikke er strengt 'professionel-teknisk'. Dette peger mod at fortolke det medicinske korps' arbejde med konceptet den 'funktionsbærende enhed' som Dansk Medicinsk Selskabs bestræbelser på at fungere som en mobiliseringsstruktur for de medicinske specialer ved at samle deres støtte i forhold til sygehusfeltets politiske muligheder og bindinger (McAdam, McCarthy & Zald, 1996).

Om de 42 medicinske specialer virkelig bliver hægtet på mobiliseringsstrukturen – Dansk Medicinsk Selskab og arbejdsgruppen – via tilpasning af forestillingsrammer (Snow et al., 1986:464) er ikke helt klart. Medens de medicinske specialer senere offentligt støtter den 'funktionsbærende enhed', har de internt divergerende synspunkter, hvilket fremgår af deres individuelle svar (De Medicinske Selskaber, 1998) til Dansk Medicinsk Selskabs undersøgelse. Det viser de problemer, der har været med at etablere en robust argumentation for mål-middel relationen.

De 42 svar afspejler, at de medicinske specialer er en heterogen forsamling, som kan deles i tre hovedgrupper alt efter indholdet i deres udsagn om 'kvantitet-kvalitet' relationen:

Sytten specialer afstår fra at foreslå nogen hensigtsmæssig størrelse på befolkningsunderlag. Et af disse specialer synes ikke at have svaret.

Atten specialer fremsætter anbefalinger for størrelsen af en funktionsbærende enhed – uden at fremlægge noget tydeligt eller kontrollerbart grundlag for deres forslag. Argumenterne er baseret på en blanding af referencer til danske og internationale 'erfaringer' fra praktisk organisering, og på en fortsættelse af specialets nuværende struktur. Disse specialers professionelle vurderinger er det ikke muligt for udenforstående at evaluere.

Syv specialer foretager analyser for at understøtte mål-middel relationen mellem kvalitet og kvantitet. De anvender tre forskellige tilgange i deres forsøg på at finde bevis for sammenhængen: eksempler på individuelle behandlinger, kvalitetsdatabaser eller videnskabelige publikationer. *Kun to* af disse specialer (Børnekirurgi og Dansk Selskab for Intern Medicin) finder det sandsynligt, men ikke bevist, at der er en positiv sammenhæng mellem kvantitet og kvalitet. Således kan de ikke anbefale et evidensbaseret patientunderlag – deres anbefalinger er i sidste ende erfaringsbaserede. Det befolkningsunderlag, der foreslås af disse syv specialer, afslører variationen i, hvad der vurderes som hensigtsmæssigt: fra 50.000 til 500.000.

Dette mønster tyder på en differentieret eller endog fragmenteret medicinsk profession (Scott et al., 2000:186-188; Borum, 2000:3), hvor forskellige specialer har forskellige meninger om fælles temaer. Dette bidrager til at gøre det umuligt for Dansk Medicinsk Selskab at levere den overbevisende argumentation for den centrale mål-middel relation, som den anden Sygehuskommission beder om.

Den 'funktionsbærende enhed' kan således fortolkes som Dansk Medicinsk Selskabs reaktion på pres fra andre aktører i feltet, og som en bestræbelse på at skabe både professionel konsensus og mobilisering. I relation til den igangværende reorganisering af sygehusvæsenet lancerer Dansk Medicinsk Selskab en moderniseret medicinsk logik og argumenterer for den medicinske, erfaringsbaserede ekspertise som den nødvendige og legitime forudsætning for beslutninger vedrørende den fremtidige organisering af sygehusenheder. Det koncept, som Dansk Medicinsk Selskab og Sundhedsstyrelsen taler for, er ikke i modstrid med det etablerede medicinske fortolkningskemas tre hovedelementer: domænet, de bagvedliggende operative principper og evalueringskriterierne (Greenwood & Hinings, 1988:295). Grundlæggende repræsenterer konceptet kontinuitet i form af modernisering af den medicinske tradition for specialisering. Specialer bliver stadig fremhævet som de fundamentale organiseringsenheder inden for sygehusfeltet, men de må rettes ind efter den generelle teknologiske og medicinske udvikling. De bagvedliggende operative principper er stadig specialisering og antagelsen om stordriftsfordele.

Sundhedsstyrelsens behandling af FBE konceptet

Umiddelbart før Dansk Medicinsk Selskab udgiver sin slutrapport om FBE, udgiver Sundhedsstyrelsen et 'diskussionspapir' i marts 1998 (Sundhedsstyrelsen, 1998), hvori FBE konceptet bliver lanceret. Dette papir bliver fulgt op af et besøg af Sundhedsstyrelsens direktør hos alle amtsråd (samt hos H:S) i løbet af 1999 for yderligere at promovere konceptet. I papiret refererer Sundhedsstyrelsen positivt til alle interesserede institutionelle aktører, inklusive de medicinske specialer, men understreger sin uafhængighed af disse.

Sundhedsstyrelsens understregning af sin autonomi – og i særdeleshed i relation til den medicinske profession – er muligvis relateret til dets historiske rødder: Sundhedsstyrelsen bliver etableret så tidligt som i 1909 med det formål at kontrollere de medicinske aktiviteter på sygehusene og at rådgive regeringen og ministrene. Indtil 1933 har Sundhedsstyrelsen status af 'medicinsk kollegium', men bliver så omdannet til en tilsynsførende styrelse under Indenrigsministeriet. Traditionelt har Sundhedsstyrelsen haft tætte bånd til den medicinske profession. Dens direktør og nøgleembedsmænd har altid været læger – og dens position har været uafhængig af den minister, som var ansvarlig for sygehussektoren. Denne autonomi bliver bevaret efter oprettelsen af Sundhedsministeriet i 1987, som styrelsen principielt er underordnet. I denne kontekst kan Sundhedsstyrelsen opleve problemer med at være medforfatter til Dansk Medicinsk Selskabs rapport - en uafhængig publikation vil skabe større manøvfrihed.

Sundhedsstyrelsens diskussionspapir introducerer og uddyber konceptet den 'funktionsbærende enhed' (Sundhedsstyrelsen, 1998:9-10). Især flyttes vægten fra Dansk Medicinsk Selskabs definition af FBE som en 'professionel organisationsmodel' til en funktionel model, som understreger samarbejde og koordination sygehusene imellem, på tværs af amter og mellem den primære og sekundære sundhedssektor. Det nye organisatoriske koncept bliver defineret som det fremtidige sygehus' grundlæggende enhed, en enhed med 24-timers produktion, som kan varetage 90% af et grundspéciales opgaver. Enhedens befolkningsunderlag stipuleres som 200.000-250.000 indbyggere. I afsnittet 'Sammenhæng mellem patientunderlag og kvalitet' bliver denne vurdering af det hensigtsmæssige patientunderlag imidlertid modificeret. Estimatet for kirurgiske specialer (patientunderlag på mellem 200.000 og 250.000) bliver blødt op til mere end 100.000 for grundbehandling inden for større medicinske underspecialer og til 50.000 for visse intern medicinske specialer.

Denne opblødning af befolkningsunderlaget for det nye koncept afspejler de medicinske specialers forskellige forslag til et specialer befolkningsunderlag, og at Sundhedsstyrelsen ikke mener, at det er muligt politisk at komme videre med Dansk Medicinsk Selskabs anbefaling om et

patientunderlag på omkring 250.000, idet dette tal er baseret på en vurdering og ikke på evidens og således vil kunne kritiseres for ikke udelukkende at være baseret på medicinsk-teknisk ekspertise.

Yderligere kan Dansk Medicinsk Selskab via dets rapport opfattes som fortaler for den medicinske professions interesser i relation til den fremtidige organisatoriske struktur for sygehusene. Sundhedsstyrelsen undgår at diskutere spørgsmålet om besættelse af lederstillinger og medicinske kompetencer som hjørnestenen i den nationale planlægning af sygehusvæsenet og koncentrerer sig om den 'funktionsbærende enhed' som et "teknisk-organisatorisk" middel til at opnå kvalitet i sygehusydelse.

Sundhedsstyrelsens beslutning om at opgive den oprindelige plan om en fælles publikation og i stedet udgive et diskussionspapir vil således kunne tjene flere formål. For det første vil det vise styrelsens uafhængighed af den medicinske profession. For det andet vil det gøre det muligt at præsentere en mere differentieret version af konceptet, som afspejlet i de forskellige anbefalinger af befolkningsunderlaget for den funktionsbærende enhed. For det tredje vil det skabe et bedre grundlag for at fremme ideen 'funktionsbærende enheder' i relation til hele sygehusfeltet.

Sundhedsstyrelsen synes således at finde det vigtigt at dekode FBE konceptets mål-middel ramme fra den medicinske professions projekt og på samme tid at demonstrere sin status som uafhængig, regulerende agent inden for sygehusfeltet.

Sundhedsministeren autoriserer FBE konceptet

I Maj 1999, et år efter at Sundhedsstyrelsen og Dansk Medicinsk Selskab udgiver deres rapporter, dukker den funktionsbærende enhed op som et element i regeringens strategiplan (Regeringen, 1999) for sygehuspolitikken år 2000 – 2002. Men Ministeriet vil ikke blot passivt adoptere et koncept, som andre aktører i feltet har konkretiseret.

Det tidligere omtalte skift i sammensætningen af arbejdsgruppen ved mødet den 1. december, 1997, hvor en ministeriel embedsmand i denne sidste fase overtager gruppens sekretærfunktion og to andre embedsmænd fra Amtsrådsforeningen dukker op som observatører, er dramatisk.

Tilsyneladende tillægger Sundhedsministeriet gruppens arbejde stor betydning og ønsker at observere den sidste fase nøje. Om ministeriets initiativ til at involvere sig er dets egen beslutning eller hidrører fra Sundhedsstyrelsen – eller om aktionen er planlagt i fællesskab – er det ikke muligt at afgøre med sikkerhed. Under alle omstændigheder viser det, at skillelinjen mellem tekniske og politiske spørgsmål ikke er nem at trække eller at bevare, og at parterne anvender en blanding af

strategier for at påvirke feltets beslutningsprocesser. Sundhedsministeriet synes at bidrage til den adskillelse af Sundhedsstyrelsen og Dansk Medicinsk Selskab, som de to rapporter afspejler.

Hovedtrækkene i ræsonnementet for 'kvalitet-kvantitet' sammenhængen er ikke fremmede for Sundhedsministeriet. Ministeriet har været stærkt involveret i den anden sygehuskommission, som udløste de processer, som analyseres i denne artikel. Men så langt tilbage som i 1993 får en sundhedsministeriel komité til opgave at undersøge både sygehussektorens ydelser, ressourceforbrug og ledelsesværktøjer – samt de fremtidige tendenser og nøglefaktorer, der vil få indflydelse på disse områder. Analysen er baseret på den forudsætning, at sygehusene fortsat skal være offentligt styrede og finansierede. Det er forventet, at komiteen vil komme med forslag, der kan bruges i forhandlinger med og overenskomster mellem regering, amter og kommunerne København og Frederiksberg. Tre ministerier (Indenrigs-, Finans- og Sundhedsministeriet), Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen og de to kommuner København og Frederiksberg er repræsenteret i komiteen, som i 1994 udgiver sin rapport om sygehussektorens økonomi (Sundhedsministeriet, 1994). Et kapitel (ibid.:136-171) om relationen mellem lokaliseringen af medicinske specialer, sygehusorganisering og økonomi behandler behovet for arbejdsdeling og koordination mellem et amts sygehuse og sygehusafdelinger samt på tværs af amtsgrænser. En formodet positiv sammenhæng mellem behandlingskvalitet og kvantitet (størrelse af patientunderlag) bliver diskuteret udførligt med henvisning til en norsk rapport om dette emne udgivet i 1993. Den samme rapport som Dansk Medicinsk Selskab (1998) og Dansk Kirurgisk Selskab (1996) henviser til. Dermed bliver FBE konceptet en teoretisering af en mål-middel ramme, der tidligere har været behandlet i sygehusfeltet og vundet en vis støtte.

Efter at have deltaget i den sidste fase af arbejdet i den arbejdsgruppen, som udtænker FBE konceptet, og efter Sundhedsstyrelsens spredning af konceptet i løbet af 1999, ender Sundhedsministeriet med at finde konceptet brugbart i relation til dets bestræbelser på at regulere aktiviteterne i feltet – og at foretage en vis standardisering af amternes sundhedsydelser. Det kommende kommunevalg og folketingsvalg (2001/2002) gør det vigtigt for regeringen at demonstrere politisk vilje til at reformere sygehusvæsenet via nationalpolitikker.

Strategiplanen (Regeringen, 1999) fastslår, at Sundhedsministeriets mål er at samle alle basisfunktioner i funktionsbærende enheder inden udgangen af 2002 (ibid:25), og følgelig at indarbejde dette princip i statens økonomiske aftaler med amterne. Ifølge Strategiplanen (ibid: 24) kan de ønskede mål om forbedret kvalitet og produktivitet nås ved implementeringen af 'funktionsbærende enheder' gennem fire tiltag, som tydeligt afspejler Dansk Medicinsk Selskabs forudsætninger:

1. udviklingen af bedre professionelle og organisatoriske rutiner
2. bedre klinisk kompetence
3. færre akutte beredskaber
4. bedre investering i moderne teknologi.

Sundhedsministeriet (ibid.:26) modificerer yderligere definitionen af 'funktionsbærende enheder' ved at pege på 50.000-130.000 som potentielt befolkningsunderlag for det store område 'intern medicin' ved siden af de 200.000-240.000 pr. grundspeciale som nævnt af Dansk Medicinsk Selskab. Samtidig forbindes konceptet med et andet koncept, nemlig 'entydig ledelse' (ibid.:26). Ministeriet peger også på, at konceptet dækker en organisatorisk enhed – ikke en fysisk gruppering – og at funktionsbærende enheder i mange tilfælde vil binde sygehuse sammen – sandsynligvis på tværs af amtsgrænser.

I et andet kapitel (ibid.:29), skifter ministeriet over til traditionelle koncepter, så som 'det individuelle sygehus og den individuelle afdeling'. Samtidig sker der et skift fra argumenter om kvalitet og professionelle temaer til rationaler om effektivitet, incitamenter og investering. Forbindelsen mellem de planlagte funktionsbærende enheder og de eksisterende sygehuse forbliver dunkel i teksten, og der viser sig et billede af to krydsende dimensioner: en medicinsk professionel struktur og en økonomisk-administrativ. Afsnittet 'Styrkelse af lederfunktioner' (ibid.:34) understreger behovet for en fælles lederkultur og entydig placering af ledelsesansvaret på alle niveauer. Men spørgsmålet om, hvem der skal indtage ledende stillinger og ansvar i forbindelse med funktionsbærende enheder, bliver ikke stillet.

For det første synes Sundhedsministeriet at være aktiv med at strukturere spillet omkring mål-middel rammen via sin medvirken til at adskille Sundhedsstyrelsen fra Dansk Medicinsk Selskab. For det andet autoriserer ministeriet uden yderligere dokumentation mål-middel relationen, men med en vis uddybning af de forventede årsags-virkningssammenhænge. '...Alle politikker hører ind under kategorien ubekræftede påstande. *Politikker er hypoteser.*' (Landau, 1977:425), og ministeriet synes at have arbejdet ud fra denne mål-middel hypotese i en del år. For det tredje prøver ministeriet at overtale amterne til at arbejde på en bekræftelse af hypotesen med en kombination af stok og gulerod (økonomi), men gør det ved en samtidig, dekoblet tale om funktionsbærende enheder og sygehuse, der overlader den fremtidige generelle struktur til amternes lokale fortolkning.

Amternes accept af FBE konceptet

Kommunalreformen i 1970 reducerede antallet af kommuner til 275 og overførte ansvaret for sygehusvæsenet til de fjorten amter - plus København og Frederiksberg kommuner, som i 1994 bliver fusioneret til H:S. Efter overførslen i 1995 af det eneste statsejede sygehus Rigshospitalet til H:S er alle sygehuse ejet og styret af de 14 plus 1 regionale politiske enheder.

Sygehuse udgør størstedelen af amternes aktivitetsområde og bliver således et vigtigt tema for lokale politikere. FBE konceptet, som det er indarbejdet i regeringens strategiplan udfordrer ikke direkte amternes traditionelt store autonomi i organisationen og driften af sygehuse. Strategiplanen peger på nødvendigheden af øget koordination og samarbejde på tværs af amtsgrænser og lægger et vist pres på amterne for at standardisere sygehusedydelser, men anfægter ikke amternes rolle som 'ejere' og 'ledere' af sygehuse.

Amterne er oppe imod ganske forskellige udfordringer i form af geografi, befolkningsunderlag og sygehusstrukturer, som kan føres tilbage til etableringen af amterne i 1970. Disse bindinger og muligheder har de lokale politiske ledelser arbejdet med – med de statslige organer som dem, der sætter standarder og regulerer serviceydelse. Regeringens strategiplan erkender, at amternes udmøntning af FBE konceptet kan variere på grund af regionale strukturer og traditioner.

For det første svarer det største patientunderlag for en 'funktionsbærende enhed' (250.000) stort set til størrelsen af de mindste danske amter, hvilket åbner op for den mulighed, at alle amter burde have det nødvendige patientunderlag for at huse i det mindste nogle FBE'er.

Dernæst stiller FBE konceptet ikke spørgsmål ved opretholdelsen af mindre sygehuse, da gældende fysiske rammer klart respekteres og der kun refereres til FBE som en '...faglig organisatorisk enhed, som med høj professionel standard kan varetage hovedparten af et grundspeciales opgaver...' (Dansk Medicinsk Selskab, 1998:34). Regeringens strategiplan redegør ikke nærmere for forbindelsen mellem den eksisterende sygehusstruktur og de fremtidige funktionsbærende enheder, og det er således overladt til amterne at finde strukturelle og ledelsesmæssige løsninger. Derved undgår man at konfrontere amterne med krav om at lukke små sygehuse – et meget kontroversielt lokalpolitisk tema, idet sygehuset er et vigtigt element i lokalsamfundet. Lukning af små sygehuse kan føre til protester fra borgere, og undertiden fra organiserede støttegrupper som forsvarer deres lokale sygehus. Rapporten fra Amtsrådsforeningen om små sygehuses muligheder og fremtid (Amtsrådsforeningen, 1998) og reduktionen i danske somatiske sygehuse fra 94 i 1984 til 77 i 1994 viser, at lukning af lokalsygehuse er et følsomt emne. FBE konceptet tager højde for

dette dilemma ved at pege på ændring i arbejdsdeling og bedre koordination på tværs af sygehuse som et alternativ til at lukke de små sygehuse.

For det tredje indebærer FBE konceptet større interorganisatorisk samarbejde sygehusene imellem – både inden for og på tværs af amtsgrænser – hvilket dog er foreneligt med allerede etableret praksis for henvisning af patienter mellem sygehuse og på tværs af amter, og med igangværende eller allerede implementerede ændringer i amternes sygehusvæsen. De fleste amter arbejder allerede med omstrukturering af sygehuse i form af øget samarbejdet mellem sygehusene og omdefinering af de små sygehuses funktioner, idet forskellige modeller for sygehusledelse er under afprøvning .

For det fjerde bidrager både Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet til at adskille spørgsmålet om, hvem og hvilken profession, der skal overtage de nye ledelsesposter fra indførelsen af 'funktionsbærende enheder'. Det er fortsat amternes ansvar, som driftsherre af sygehusvæsenet, at forhandle dette spørgsmål med de pågældende parter – og ikke mindst med lægernes fagforeninger. Tilstedeværelsen af repræsentanter fra Amtsrådet og H:S side om side med ministerielle repræsentanter i arbejdsgruppen, som udtænkte den 'funktionsbærende enhed', gør det muligt for amterne at få indsigt i konceptets bindinger og muligheder og at iværksætte bestræbelser på at undgå konflikt mellem staten og amterne.

De åbne formuleringer med hensyn til implementering af FBE konceptet som middel til at opfylde målet om bedre kvalitet i ydelserne – både hvad angår kvantitet (patientunderlag) og organisatorisk struktur og ledende stillinger – strider således ikke imod amternes selvstyre og muliggør en bred vifte af fortolkninger, herunder at henvise til eksisterende praksis som udmøntning af det nye koncept.

Diskussion

Analysen af de fire aktørers behandling af 'kvalitet-kvantitet' mål-middel rammen giver indsigt i reproduktionen og udviklingen af et omstridt organisatorisk felt, der er karakteriseret af spændinger blandt dets aktører både hvad angår strukturelle og operative spørgsmål. Det bringer to primære mekanismer for institutionel reproduktion i fokus: politiske processer og skabelsen af rationaliserede myter. Disse to mekanismer trækker på både den klassiske skelnen mellem strukturelle og operative konflikter (Molnar & Roger, 1979) og Powell's (1991:191) 'fire veje til institutionel reproduktion: (1) magtudøvelse, (2) komplekse indbyrdes afhængigheder, (3) antagelser der tages for givet, og (4) stiafhængige udviklingsprocesser.' I denne analyse kan disse fire analytiske kategorier ses som reduceret til 'politiske processer' (1) og (2) og 'produktion af rationaliserede myter' (3) og (4).

Mål-middel rammer og organisatoriske felters politik

Sygehuskommissionens fokus på både kvaliteten af sygehusvæsenets ydelser og grundlaget for planlægningen af ydelser kan ses på som et forsøg på at etablere støtte til den politiske hypotese (Landau, 1977:425), at planlægning er midlet til at realisere den ønskede tilstand 'kvalitet'.

Sundhedsstyrelsen og Dansk Medicinsk Selskab går i gang med at skaffe evidens og argumentation for denne hypotese. Ekspertgruppen analyserer dog ikke kun midlerne, men bearbejder også målet. Den oprindelige brede definition af kvalitet bliver oversat til en snævrere medicinsk definition og spørgsmålet om placeringen i ledelsespositioner bliver tilføjet.

Det medicinske selskabs arbejde resulterer i et svar, som har stærke elementer af et professionelt mobiliseringsprojekt (Larson, 1977) i forhold til spændinger omkring styring af feltets aktiviteter. Formuleringen af en 'professionel enhed' som byggestenen i det fremtidige sygehusvæsen og en insisteren på, at fremtidige ledere skal være uddannede læger, kan ses som forsøg på at generobre ledelsesområdet fra andre typer aktører, så som økonomer og jurister, som i den traditionelle sygehusledelses struktur er konkurrenter til ledelsesposter. Ved at definere de medicinske specialer som byggestenene i sygehusvæsenet og planlægningen af disse som noget, der hører ind under den medicinske professions område, anfægter man ikke blot sygehusledelsens rolle, men man udelukker også den største faglige gruppe inden for sygehusfeltet – sygeplejerskerne – fra diskussionen om den fremtidig ledelsesstruktur, da de er underordnet lægerne.

Den kendsgerning, at det organisatoriske koncept 'den funktionsbærende enhed' i årene 1999-2002 knyttes til et medicinsk professionelt projekt (Larson, 1977), afspejler sig også i speciallægeforeningens krav om, at sådanne enheder kun bør ledes af højt kvalificerede læger. Dette krav fremsættes i debatter i fagblade, i de hårde forhandlinger mellem lægelige organisationer og amterne om besættelse af de nye FBE lederstillinger og i konflikter mellem lægers og sygeplejerskers fagforeninger.

Dansk Medicinsk Selskabs omformning af målet 'kvalitet', så det passer til det medicinske professionelle projekt, betyder, at mål-middel rammen bliver knyttet til værdier, som de andre parter ikke ønsker, da de ser sådanne bestræbelser som en trussel mod mål-middel rammens anvendelighed i feltet. Dansk Medicinsk Selskab udløser derfor Sundhedsministeriets og Sundhedsstyrelsens forsøg på at dekode dets professionelle projekt fra FBE konceptet og at bibeholde sidstnævnte som en "ren" mål-middel ramme, hvor målet er kvalitet i den oprindelige betydning. Dekoblingen af Dansk Medicinsk Selskabs krav om lægernes monopol på lederstillingerne fra FBE'erne er et vigtigt eksempel herpå.

For de tre andre aktører er det vigtigt, at mål-middel rammen bliver formuleret på en sådan måde, at den er forenelig med feltets styringsstruktur og eksisterende våbenhviler blandt feltets hovedaktører: Staten, amterne, Sundhedsstyrelsen og den medicinske profession.

Sundhedsstyrelsen dekobler den 'funktionsbærende enhed' fra Det Medicinske Selskabs projekt og omformer konceptet til et tema, der skal diskuteres af de andre aktører i feltet.

Sundhedsministeriet autoriserer konceptet og dets mål-middel forventninger. På trods af den ikke overbevisende dokumentation, som de medicinske specialer leverer, synes det at være tilstrækkelig som en brugbar politisk hypotese. Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet tager således skyldigt hensyn til den medicinske profession som leverandør af råd og analyser til en kortlægning af sammenhængen mellem mål og midler, og de to regulerende aktører opbløder det befolkningsunderlag, der er nødvendigt for at understøtte en FBE med henvisning til de individuelle tilbagemeldinger fra de 42 medicinske specialer.

Ved hjælp af disse bearbejdnings bliver resultatet, at kvalitet-quantitet mål-middel rammer og den 'funktionsbærende enhed' bliver håndterbar i forhold til de restriktioner, som sygehusvæsenets drift er underlagt i dag, og ikke pålægger feltet for specifikke krav om fremtidige reformer. Konceptet er formuleret som et generelt princip og giver således plads for lokale fortolkninger og variationer. Eksisterende praksis og igangværende eller fremtidige reformer kan udlægges som repræsentationer for det nye koncept (Brunsson, Jacobsson et al. 2000:128-129). Konceptet giver amterne mulighed for at håndtere helt forskellige lokale problemer, at engagere sig mere eller mindre intenst i forandringsaktiviteter og at forfølge marginale eller mere radikale forandringsstrategier.

Amterne påtager sig ansvaret for at realisere de ønskede mål ved at implementere det organisatoriske koncept 'funktionsbærende enheder' lokalt. Men selv om samarbejde og regulering på tværs af amter skulle blive forstærket, kan det ses som en fortsættelse af en praksis, der allerede er i gang, og som ikke anfægter amternes eksistens og rolle som driftsherrer af sygehusvæsenet. FBE konceptets løse specifikation af mål-middel rammen synes at gøre det muligt for staten og amterne at nå frem til en aftale, som indebærer, at begge parter kan demonstrere politisk vilje til at forbedre sygehusvæsenet, og samtidig respektere amternes traditionelle autonomi og forskellighed hvad angår sygehusledelse - og dermed undgå en strukturel konflikt.

Vi er således vidne til feltprocesser, som starter med sigte på at opnå større effektivitet og efficiens, og derefter udvikler sig til behandling af en mål-middel ramme ved hjælp af hvilken, aktørerne antager at kunne opfylde begge mål. Men selv om det endelige organisatoriske koncept og de antagelser, der ligger til grund for mål-middel sammenhængen, ikke er tilstrækkeligt underbyggede,

ender konceptet med at mobilisere feltets hovedaktører – af andre grunde. Konceptet er både foreneligt med en fælles interesse i reproducere feltet og skaber legitimitet ved at vise viljen til reform – både i relation til spændinger inden for feltet og i relation til pres fra feltets omgivelser. Sidst, men ikke mindst, gør konceptet det muligt for alle de institutionelle aktører at engagere sig i reformaktiviteter via samarbejdsprocesser snarere end konflikt, da mål-middel rammen kan formes både med hensyn til målet (kvalitet) og midlerne (befolkningsunderlaget og organisationen af FBE enheden).

Analysen peger hen imod en tolkning af de igangværende processer som orienteret mod en modernisering af det nationale og regionale 'planlægningsregime' snarere end mod en etablering af et marked. Vi er vidne til processer, som søger at mediere mellem den medicinske professions interesser og velfærdsstaten, repræsenteret af amterne og de nationale regulerende parter. Det danske sygehusfelt synes at være karakteriseret af kontinuitet og marginale forandringer frem for fundamental institutionel forandring. Privathospitaler, DRG-systemer, akkreditering af sygehuse, retten til frit sygehusvalg, private forsikringsordninger og andre elementer, som peger mod eller er forudsætninger for "markedsbygning", er blevet introduceret. Men den mål-middel ramme, der er udviklet, bliver i al væsentlighed set som et middel til at bevare et sygehusvæsen, der er finansieret og drevet af det offentlige.

Mål-middel rammer og skabelsen af rationaliserede myter

Kvalitet-quantitets rammen repræsenterer en indkodning af planlægningsideer og praksisser, som er modnet i feltet gennem mange år – i vor analyse identificeret så tidligt som i Sundhedsministeriets Kommissionsrapport (1994), som bruger megen plads på emnet, og senere i en rapport fra Dansk Kirurgisk Selskab (1996) som støtter mål-middel rammen. Men selv før denne tydelige formulering af kvalitet-quantitet korrelationen, kan koncentrationen af sygehusafdelinger ved at lukke små sygehuse ses som en afspejling af den samme grundtanke. Det danske sygehusfelt har i årtier fulgt et spor af specialisering og centralisering (Vallgård, 1992) – med hvilken konceptet 'funktionsbærende enhed' er foreneligt.

Selv om det ikke lykkedes for Dansk Medicinsk Selskab at skaffe 'kontante beviser' for kvalitet-quantitet relationen gennem sit udvalgsarbejde, forbliver feltets aktører loyale over for hypotesen at skabelsen af 'funktionsbærende enheder' vil kunne realisere 'kvalitets'-målet. Forventningerne bliver bevaret, hovedsagligt med henvisning til 'praktisk viden' og 'sund fornuft'. Det giver mening, hvis vi ikke opfatter den medicinske profession som et videnskabeligt fællesskab, men som et fællesskab af praktikere, hvor viden i stor udstrækning er lokaliseret i '...tommelfingerregler, standard operative procedurer, faglige standarder og uddannelsesforløb.' (Hoffmann, 1999:353).

Men kvalitet-kvantitet rammen og forventningerne til mål-middel sammenhængen er ikke kun aktuel inden for det danske sygehusfelt. Vor analyse har identificeret en rapport fra det norske sundhedsdirektorat fra 1993 om relationen mellem patientunderlag og kvalitet i behandling som en vigtig ekstern kilde (citeret af både Sundhedsministeriet, Sygehuskommissionen og Dansk Medicinsk Selskab), der giver en vis evidens for en positiv relation mellem kvalitet-kvantitet. Mål-middel rammen synes således at have status af en mere generel 'rationaliseret myte', som regulerende myndigheder og medicinske professioner i andre lande også søger at underbygge.

Det viser, hvordan kollektiver, der søger efter mål-middel sammenhænge for at realisere deres formål, både har en fælles forståelse af, hvad de skal rette deres opmærksomhed mod og fælles forventninger til karakteren og sammenhængen mellem mål og midler. Praxis og praktisk erfaring spiller en vigtig rolle for at forme disse forventninger og for at få sparsom evidens til at passe ind i fortolkninger, som underbygger forventningerne:

'En mål-middel kæde er en serie af forventninger som forbinder en værdi med de situationer, hvori den realiseres, og disse situationer med den adfærd, som skaber dem.' (Simon, 1957:74)

Imidlertid afviser en ny norsk rapport (Senter for Medicinsk Metodevurdering, 2001), som er baseret på en analyse af eksisterende empiriske data, at der ikke er en enkel positiv forbindelse mellem patientunderlag og kvalitet i behandlinger, og komplicerer yderligere sammenhængen ved at inddrage organisatoriske og ikke-medicinske faktorer som bestemmende for behandlingskvaliteten. Rapporten afspejler stigende problemer med at opretholde den enkle kvalitet-kvantitet mål-middel ramme. Men dens virkning på det danske sygehusfelt lader vente på sig.

Det formulerede FBE koncept er foreneligt med alle fire feltaktørers ønsker om at bevare sygehusfeltet inden for et nationalt planlægningsregime. Den underliggende mål-middel ramme bidrager til et fælles, samlende sprog, som bekræfter feltets etablerede praksisser, undgår strukturelle konflikter og til at forsvare planlægningsregimet mod markedsgørelse og privatisering.

Mål-middel rammen som et grænseobjekt

Analysen viser, hvordan en plastisk mål-middel ramme giver fire hovedaktører inden for sygehusfeltet mulighed for at sameksistere samtidig med, at de forfølger forskellige projekter: et professionelt projekt, reguleringen af professionelle aktiviteter, reguleringen af sundhedssektoren i forhold til samfundsøkonomien og ledelsen af de lokale sygehussystemer. Flexibiliteten i kvalitet-kvantitet mål-middel rammen og det deraf afledte organisatoriske koncept 'den funktionsbærende

enhed' synes at gøre det muligt for aktørerne både at samarbejde og at realisere deres forskellige projekter. I denne betydning synes mål-middel rammen at fungere som et grænseobjekt:

'Grænseobjekter er objekter, som både er tilstrækkeligt plastiske til, at de kan tilpasses lokale behov og de begrænsninger, som de forskellige parter, der bruger dem, er underlagt, og tilstrækkeligt robuste til at kunne bevare en fælles identitet på tværs af lokaliteter... Skabelsen og håndteringen af grænseobjekter er en central proces i udviklingen og vedligeholdelsen af sammenhæng på tværs af krydsende sociale verdener.' (Star & Griesemer, 1989:383).

To egenskaber ved mål-middel rammen synes at være vigtige for dens funktion som et grænseobjekt: dens plasticitet, som gør det muligt for aktørerne at forme den i forhold til deres lokale projekter og formål, samt at den er en slags mindste fællesnævner.

Dette åbner imidlertid også op for den mulighed, at parterne ved at arbejde med mål-middel rammen bidrager til en destruktureering af feltet (Scott et al., 2000:27). For det første anfægter det nye organisatorisk koncept en vigtig institution – sygehuset som feltets byggesten. For det andet – selv om amternes traditionelle rolle som ansvarlige for ledelsen sygehuse bliver respekteret – kan det øgede pres på den nationale planlægning på tværs af sygehuse og amter på sigt stille spørgsmål ved amternes eksistensberettigelse. Vi ser måske en destabilisering af det danske sygehusfelt. Den medicinske professions forsøg på at geninstallere de medicinske specialer som byggestenene i et reformeret sygehusfelt baseret på en national planlægning kan – kombineret med ministeriets øgede regulering af amternes aktiviteter – i det lange løb anfægte sygehuses-, sygehusledelsers- og amternes rolle. Det er ikke første gang, at disse 'institutioner' og centrale elementer i sygehusfeltet er til diskussion.

Spændingerne og modsætningerne omkring mål-middel rammen kan således set i et længere perspektiv være forløbere for mere fundamentale ændringer i det danske sygehusfelt fra et amtsbaseret frem imod et nationalt baseret planlægningsregime. Kombineret med de 'indikatorer på destruktureering' som er nævnt i den indledende beskrivelse af sygehusfeltet, vil vi måske se sygehusfeltet omdannet fra et felt baseret på lokale bånd mellem sygehuse og borgere og henvisning af patienter mellem sygehuse og amter hen imod et nationalt 'sygehusmarked', hvor borgerne også har mulighed for at vælge behandling på private og udenlandske sygehuse. Udviklingen siden 2001, hvor denne artikels analyse blev afsluttet, understøtter den fortolkning, at det danske sygehusfelt er i en fase af destruktureering.

Litteratur

Borum, F. (2000) *Professional Societies as Change Agents: The Danish Medical Societies' Creation of the 'Function-bearing Unit'*. FLOS working paper no. 2-2000. København: Institut for Organisation og Arbejdssociologi.

Bourdieu, Pierre & Jean-Claude Passeron (1970) *La Reproduction - éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris: Les Editions de Minuit.

Brint & Karabel (1991) Institutional Origins and Transformations: The Case of American Community Colleges. In Powell, W. & P.J. DiMaggio (Eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press (p.337-360).

Brunsson, Jacobsson et al. (2000) *A world of Standards*. Oxford: Oxford University Press.

DiMaggio, P. & W. Powell, (1991) The iron cage revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. In Powell, W. & P.J. DiMaggio (Eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press (p.63-82).

Goffman, E. (1974) *Frame Analysis*. New York: Harper & Row.

Greenwood, R. & C.R. Hinings (1988) Organization Design Types, Tracks and the Dynamics of Strategic Change. *Organization Studies* 9/3: 293-316.

Greenwood, R., Roy Suddaby & C.R.Hinings (2002) Theorizing change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutionalized Fields. *Academy of Management Journal*, 45, 1:58-80.

Hoffmann, A.J. (1999) Institutional Evolution and Change: Environmentalism and the U.S. Chemical Industry. *Academy of Management Journal*, 42/4:351-371.

Kragh Jespersen, P. (1999) New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen, p.143- 169, i Bentsen, E.Z., F. Borum, G. Erlingsdóttir, K. Sahlin-Andersson *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Copenhagen Business School Press.

Landau, Martin (1977) The Proper Domain of Policy Analysis. *American Journal of Political Science*, XXI, 2: 423-427.

Larson, M.S. (1977) *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.

Latour, B. & F. Bastide (1986) Writing Science – Fact and Fiction: The Analysis of the Process of Reality Construction Through the Application of Socio-Semiotic Methods to Scientific Texts, p. 51-66, in Callon, Michel, John Law, Arie Rip: *'Mapping the dynamics of science and technology'*. Houndmills.

Law, J. (1986) The Heterogeneity of Texts, p. 67-83, in Callon, Michel, John Law, Arie Rip: *'Mapping the dynamics of science and technology.'* Houndmills.

March, J.G. & H.A. Simon (1958) *Organizations*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

McAdam, D., J.D. McCarthy & M.N. Zald (1996) *Comparative Perspectives on Social Movements*. Cambridge: Cambridge University Press.

Meyer, J.W. & B. Rowan (1991) Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In Powell, W. & P.J. DiMaggio (Eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press (p.41-62).

Molnar, J.J. & D.L. Rogers (1979) A comparative model of interorganizational conflict. *Administrative Science Quarterly*, Vol.24, no.3:405-425.

Powell, Walter W. (1991) Expanding the Scope of Institutional Analysis. In Powell, W. & P.J. DiMaggio (Eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press (p.183-203).

Senter for Medicinsk Metodevurdering (2001) Pasientvolum og behandlingskvalitet. SMM-rapport Nr.2/2001. Oslo: SINTEF.

Simon, H.A. (1957) *Administrative Behavior*. 2nd edititon. New York: The Macmillan Company.

Snow, D.A., B. Rochford, S.K. Worden & R.D. Benford (1986) Frame Alignment Processes, Micromobilization, and Movement Participation. *American Sociological Review*, vol 51: 464-481.

Scott, W.R. (1994) Institutions and Organizations. Toward a Theoretical Synthesis. In Scott, Meyer et al. *Institutional Environments and Organizations*. Thousand Oaks: Sage publications (p.55-80).

Scott, W.R. (1995) *Institutions and organizations*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Scott, W.R., M. Ruef, P. Mendel, & C.A. Caronna (2000) *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed care*. Chicago & London: The University of Chicago Press.

Star, Susan Leigh & James R.Griesemer (1989) Institutional Ecology, 'Translations and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, Vol.19:387-420).

Strang, D. & Meyer, J.W. (1994) *Institutional conditions for diffusion*. In Scott, R.W. & J.Meyer (eds.) *Institutional Environments and Organizations*. Thousand Oaks, California: Sage Publications (pp.100-112).

Thoenig, Jean-Claude (2002) Institutional Theories and Public Institutions: Traditions and Appropriateness. Forthcoming in B.Guy Peters & J.Pierre (eds) *Handbook of Public Administration*. London: Sage Publications.

Vallgård, Signild (1992) *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Vrangbæk, K. (1999) New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser, p.33-56, in E.Z. Bentsen, F.Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson (red.): *Når styringsambitioner møder praksis*. København: The Copenhagen Business School Press.

Datakilder

Amtsrådsforeningen (1998): De små sygehuse – vilkår og fremtid. København: Amtsrådsforeningen.

Dansk Kirurgisk Selskab (1996) Kirurgisk organisation, udvikling og kvalitet. Århus: Lægeforeningens Forlag.

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

De medicinske selskaber (1998): 'Materiale fra de videnskabelige selskaber i forbindelse med Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. kvalitet i patientbehandlingen og deraf følgende problemstillinger'. Sundhedsstyrelsen, København.

Bind 1: 'Materiale fra de videnskabelige selskaber i forbindelse med Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. kvalitet i patientbehandlingen og deraf følgende problemstillinger - De kirurgiske grund-og grenspecialer.'

Bind 2: 'Materiale fra de videnskabelige selskaber i forbindelse med Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. kvalitet i patientbehandlingen og deraf følgende problemstillinger - De medicinske grund-og grenspecialer.'

Bind 3: 'Materiale fra de videnskabelige selskaber i forbindelse med Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. kvalitet i patientbehandlingen og deraf følgende problemstillinger - De tværgående specialer, Amtslige sundhedsforvaltninger, Patientforeninger'.

Fyns Amt (1999) *Strategi og modeller for fremtidens fynske sygehusvæsen*

Krasnik, A. & S. Vallgård (1998) *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik.* København: Munksgaard.

Perspektivplanredegørelse II (1973)

Produktivitetsudvalget (1984) *Sygehusenes organisation og økonomi.* København: Indenrigsministeriet.

Regeringen (1999) *Regeringens oplæg til Strategi for sygehuspolitikken 2000-2002*

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

Sygehuskommissionen (1997) *'Udfordringer i Sygehusvæsenet'* Betænkning fra Sygehuskommissionen. København: Betænkning nr. 1329.

Sundhedsstyrelsen (1998) *Kvalitet i sygehusvæsenet. Befolkningsgrundlagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og forskning*. Debatoplæg, Sundhedsstyrelsen.

Oversigt over FLOS publikationer

Forskningsrapporter

- Nr. 1 – 1999 Centerstrukturen på Rigshospitalet. En analyse af organisatoriske og ledelsesmæssige aspekter
Finn Borum & Eva Zeuthen Bentsen
- Nr. 2 – 2001 Lægelig ledelse
- om at gøre en forskel
Eva Zeuthen Bentsen
- Nr. 3 – 2002 Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis
Janne Seemann & Rasmus Antoft

Arbejdsrapporter:

- Nr. 1 - 1999 Politikdannelse og organisering i det danske sygehusfelt
- en succes med dårligt omdømme?
Peter Kragh Jespersen & Hanne Sognstrup
- Nr. 2 – 2000 Medicinsk centerdannelse i H:S
- forandring eller status quo?
Gitte Lindermann & Camilla Palmhøj Nielsen
- Nr. 3 – 2000 Fra trojkamodell til entydig ledelse. En analyse af debatten om ledelsesmodeller i sygehussektoren med fokus på Århus Amt
Sidsel Vinge
- Nr. 4 – 2000 Legitimitet som eksistensvilkår
– når topledelsen tilskriver rationale til strukturer
Eva Zeuthen Bentsen & Finn Borum
- Nr. 5 - 2002 Mellem forandring og rutine
Morten Knudsen & Sidsel Vinge
- Nr. 6 – 2003 Mål-middel rammer, politik og myter i organisatoriske felter
Finn Borum

Working Papers:

- No. 1 – 1999 Ascribing Rationales to Concepts: Opening and Closing Windows of Opportunities at a University Hospital
Finn Borum
- No. 2 – 2000 Professional Societies as Change Agents:
The Danish Medical Societies' Creation of the 'Function-Bearing' Unit
Finn Borum

Publikationerne kan bestilles på FLOS hjemmeside <http://www.flos.cbs.dk>