

Centerstrukturen på Rigshospitalet i København
En analyse af organisatoriske og
ledelsesmæssige aspekter

Finn Borum
Eva Zeuthen Bentsen

No. 1 – 1999

Enkelte figurer og bilagene er ikke medtaget i denne version. En fuldstændig udgave kan rekvireres på www.flos.cbs.dk - publikationer

Forord

Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet (FLOS) vil udgive tre serier af publikationer: Forskningsrapporter, arbejdsrapporter og engelsksprogede working papers. Formålet er løbende at formidle resultater fra centertilknyttede medarbejdere og studerende.

FLOS er et netværkssamarbejde mellem forskere ved Handelshøjskolen i København (HHK), Aalborg Universitet (AAU) og Institut for Sundhedsvæsen (DSI) med HHK's Institut for Organisation og Arbejdssociologi (IOA) som knudepunkt. Centrets samlede budget for den planlagte femårige funktionsperiode er på i alt 27,1 mio. kr., hvoraf Sundhedsministeriet har bevilget 16,7 mio. kr. Det resterende beløb på 10,4 mio. kr. er finansieret af de deltagende institutioner samt Forskerakademiet, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sygehus Fyn/Rambøll, Nordjyllands Amt og Helsefonden.

Centret er blevet til på baggrund af Sygehuskommissionens anbefaling af iværksættelse af forskning i nye ledelsesformer i sygehusvæsenet, herunder behovet for en klarere ansvarsfordeling og en mere effektiv informationsformidling i sygehusvæsenet. Formålet med centret er gennem grundforskning at etablere viden om muligheder og forudsætninger for organisatorisk forandring og ledelsesmæssig nyskabelse på sygehuse.

Forskningsprojekter

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
- **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 Sidsel Vinge.
- **Forandringsprocesser og -strategier** v/professor Finn Borum, HHK og kandidatstipendiat John Damm Scheuer.
- **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>

Finn Borum
Professor, centerleder

Centerstrukturen på Rigshospitalet i København

**En analyse af organisatoriske og
ledelsesmæssige aspekter**

**Finn Borum
Eva Zeuthen Bentsen**

No. 1 – 1999

Indhold

Forord	6
Læsevejledning	9
I. Indledning	12
Rapportens grundlæggende analytiske tilgang	12
De tre analytiske perspektivers rolle i denne rapport	15
II. Empirisk metode	18
Analyse 1: Centerstrukturens introduktion på Rigshospitalet konceptets oprindelse og tilskrevne rationaler	18
Analyse 2: Centerstrukturen i funktion på Rigshospitalet	21
III. Analyse 1: Centerstrukturens introduktion på Rigshospitalet - konceptets oprindelse og tilskrevne rationaler	23
Rigshospitalets skiftende kontekst	24
Rigshospitalets organisatoriske og ledelsesmæssige historie	25
Centerkonceptet og Rigshospitalets organisatoriske dagsordener	26
Åbning af et mulighedsrum for centerstrukturen gennem lokale aktørers tilskrivning af rationaler	28
Ledelsens prioritering af rationalerne	30
IV: Analyse 2: Centerstrukturen i funktion på Rigshospitalet den organisatoriske praksis	34
Introduktion	34
Konklusioner fra tidligere rapporter om Rigshospitalet	36
Medarbejderudtalelser om centerstrukturen og organisatoriske forhold	39
Analysemodel: en datamatrice	39
Mønstret i datamatrixen – hvide og sorte felter	44
Analyse af datamatrixens kolonner	48
Opsummering på centerstrukturens funktion	64
Sammenligning af de to del-analysers mønstre	65
V. Konklusion: Fælles temaer på basis af forskelligartede kilder	67
Centerstrukturen som værktøj: Et ambitiøst organisatorisk redesignprojekt	67
Centerstrukturen som symbol: Rystelser i Rigshospitalets kontekst forplanter sig til centerstrukturen	69
Centerstrukturen som ny institution: Legitimitet og politik i centrum	69

Bilag:

Ikke medtaget i denne udgave

Forord

Det danske sygehusvæsen er under forandring. Der arbejdes med nye organisatoriske koncepter såsom patientforløb, centerstrukturer, teamorganisering - og senest funktionsbærende enheder. Disse koncepter er ikke detaljerede opskrifter eller konkrete modeller, men udgør nogle vide rammer, der må fortolkes og konkretiseres lokalt. Kun ved at se nærmere på de konkrete lokale udmøntninger kan vi blive klogere på både koncepternes muligheder og begrænsninger - og på de igangværende forandringer i sygehusvæsenet.

Denne rapport omhandler et eksempel på lokal udmøntning af et koncept: Centerstrukturen på Rigshospitalet.

Rapporten er udarbejdet for Rigshospitalets direktion og har i maj-juni været udsendt til høring på Rigshospitalet. De indkomne kommentarer viser, at der i dag på hospitalet er en bred støtte til at arbejde med udvikling af de aspekter af centerstrukturen, der i de seneste år synes at have fået tildelt en mere tilbagetrukket rolle: patientforløb, forskning & udvikling og kompetenceudvikling.

Rapportens tilblivelse og diskussion har forudsat den store åbenhed og villighed til refleksion, som er et godt universitetshospitals kendetegn. Efter opfordring fra det nystartede Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet (FLOS) gøres rapporten nu tilgængelig for en bredere kreds. Dette skyldes dels den store interesse, som praktikere inden for sygehusvæsenet har udtrykt for Rigshospitalets centerstruktur, dels de muligheder for mere generel refleksion som Rigshospitals-analysen efter FLOS' overbevisning åbner op for.

Rapportens analyser og konklusioner er udenforståendes fortolkninger. Kommentarerne fra høringsrunden på Rigshospitalet viser, at disse ikke deles fuldt ud af Rigshospitalets ansatte. For eksempel er det blevet påpeget, at den retrospektive analyse ikke indfanger den seneste udvikling. Men analysen giver ikke desto mindre væsentlig indsigt i de langvarige og komplekse ændringsprocesser som danske sygehuse gennemlever disse år.

Rigshospitalets Direktion
Jørgen Jørgensen
Helle Ulrichsen
Leila Lindén

FLOS
Finn Borum
Eva Zeuthen Bentsen

Baggrund for rapportens udarbejdelse

Rigshospitalets direktion indledte i efteråret 1997 drøftelser af mulighederne for at gennemføre en evaluering af den i 1994 indførte centerstruktur. Den 10.9.98 blev det med tilslutning fra Lægerådet, Professorsammenslutningen, Sygeplejerskerådet og Hovedsamarbejdsudvalget besluttet at give undertegnede i opdrag at foretage en analyse af den eksisterende viden om centerstrukturen.

En første version af rapporten blev afleveret til Rigshospitalet den 18.12.99, og diskuteret med opdragsgiverne den 21.1.99. Direktionen besluttede på mødet at sende en redigeret version af rapporten bredt ud på Rigshospitalet.

Der er ikke tale om en evaluering, men om en ”statusopgørelse” over centerstrukturens organisatoriske og ledelsesmæssige aspekter. Opgavebeskrivelsen, der er vedlagt som bilag, lægger vægt på at analysen blev

- hurtigt gennemført
- baseret på eksisterende data, således at personalets tidligere medvirken i forskellige undersøgelser blev nyttiggjort
- teoretisk forankret
- metodemæssigt veldokumenteret.

Sekretariatschef Ulrik Meyer har været behjælpelig med at fremskaffe de på Rigshospitalet tilgængelige, relevante rapporter og dokumenter - herunder baggrundsinformation om Rigshospitalet og centerstrukturen. Vi har via vore kontakter til lærestudier og studerende identificeret analyser af Rigshospitalet i form af afhandlinger og projektrapporter, der kunne have relevans for indeværende analyse. Da dele af dette materiale er fortroligt, har vi efterfølgende indhentet de pågældende forfatteres accept af offentliggørelsen af vores rapport.

Vi har i den foreliggende rapport foretaget en aggregering og en anonymisering, således at det ikke er muligt at identificere individuelle aktører eller at henføre synspunkter til enkeltaktører.

Thomas Kolbye, Jesper Kreutzmann og Jeannette Ørbeck har foretaget den omfattende og komplicerede dataanalyse og udarbejdet resuméer af de foreliggende rapporter.

Vi har på SCORE – Stockholms Centrum for Forskning om Offentlig Sektor - afholdt et forskningsseminar om projektet, og diskuteret teoretiske indfaldsvinkler til centerstrukturen og erfaringer fra forsknings- og undervisningsprojekter inden for den svenske sygehussektor. Vi har aflagt besøg på Karolinska Sjukhuset i Stockholm for at få indsigt i centerstrukturen på et sygehus af samme type som Rigshospitalet. Under besøget diskuterede vi centerstrukturens (divisionstrukturens) historik, kontekst og nuværende funktion med fire informanter.

Marianne Risberg har medvirket ved den sproglige redigering af rapporten.

Vi håber, rapporten vil være et konstruktivt bidrag til Rigshospitalets fortsatte udviklingsproces.

Marts 1999

Finn Borum

Eva Zeuthen Bentsen

Læsevejledning

Nogle læsere af denne rapport vil opfatte dele af den som centrale, mens andre vil opfatte dem som mere perifere og teoretiske. Vejledning vil således gøre det nemmere for læserne at orientere sig i rapporten i forhold til interesser.

Rapporten er baseret på grundlæggende principper:

1. En teoribaseret analysevinkel der muliggør en nuanceret fortolkning af Rigshospitalets virkelighed.
2. En redegørelse for det anvendte datamateriale og den metodiske fremgangsmåde, der tydeligt angiver, hvordan data er indsamlet og efterfølgende analyseret.

Rapporten omfatter:

- Et forord, der beskriver rapportens baggrund og rammerne for dens tilblivelse.
Kan springes over.
- Kapitel I der beskriver rapportens grundlæggende analytiske tilgang og metode og de tre analytiske perspektiver, der er anvendt i rapporten.
Dette afsnit kan betragtes som en kort introduktion til de teoretiske synsvinkler, som man i dag inden for organisationsforskningen anser for centrale for at forstå en så tvetydig størrelse som centerkonceptet og den komplicerede proces med at importere og konkretisere strukturen på Rigshospitalet.
Vi tilråder at læse dette for at forstå logikken i de efterfølgende analyser.

- I kapitel II redegør vi for anvendelsen af det tilgængelige datamateriale om Rigshospitalet og centerstrukturen i rapportens to delanalyser. Vi har knyttet kritiske kommentarer til datakilderne og påpeget begrænsningerne i vore analyser. *Den travle læser kan springe dette over, men vi anbefaler den skeptiske læser at sætte sig ind i det.*
- Kapitel III – Centerstrukturens introduktion på Rigshospitalet (analyse 1) - er rapportens første konkrete og organisationsnære bidrag til en forståelse af Rigshospitalets centerstruktur. Denne analyse tager udgangspunkt i at Rigshospitalet er stærkt påvirket af skiftende omgivelser, at centerstrukturen ikke er opfundet på Rigshospitalet, og at den ikke er en forud fastlagt og upåvirkelig størrelse. Analysen tager endvidere udgangspunkt i, at centerstrukturen kunne være blevet mange ting i og med, at den åbner for et rum af muligheder, der pga. specifikke omstændigheder og hændelser bliver indsnævret undervejs i implementeringsprocessen. Analyse 1 påviser således hvorledes dette mulighedsrum åbnes og lukkes, og hvad baggrunden er herfor. *Vi tilråder at læse dette kapitel. Selv om det meste af hændelsesforløbet vil være kendt for læseren, forsøger vi at foretage en ny fortolkning af centerstrukturen som social konstruktion på Rigshospitalet.*
- Kapitel IV - Realiseringen af centerstrukturens mulighedsrum (analyse 2) er rapportens næste konkrete, organisationsnære bidrag til at forstå, hvordan centerstrukturen på Rigshospitalet er omsat til organisatorisk praksis. Her går vi tættere på Rigshospitalets ansatte og deres fortolkninger af hvordan centerstrukturen har påvirket centrale organisatoriske parametre. Denne analyse afdækker detaljeret, hvordan forskellige centrale aktørgrupper har oplevet centerstrukturen og påviser mønstre aktørernes udsagn. Analysen består af to delanalyser, hvoraf den første opsummerer tidligere rapporters konklusioner. Den anden er en ny analyse og fortolkning af de foreliggende rapporters datamateriale. Analyse 2 besvarer således to centrale spørgsmål:

Hvordan forskellige aktørgrupper opfatter den nuværende struktur, og hvilke organisatoriske aspekter centerstrukturen har påvirket.

Denne analyse er det nødvendigt at læse for at få indblik i centerstrukturens betydning for Rigshospitalets aktører.

- Konklusionen er en opsummering af resultaterne fra analyse 1 og 2 i forhold til rapportens grundlæggende teoretiske referenceramme: Centerstrukturen som henholdsvis et værktøj, et symbol og en ny institution på Rigshospitalet. I forhold til hvert af disse teoretiske snit påpeger vi udfordringer og muligheder for udvikling af Rigshospitalets organisation.

Den travle læser kan starte med dette afsnit, og derefter læse analyse 2 og analyse 1.

I. Indledning

Rapportens grundlæggende analytiske tilgang

Centerstrukturen er på samme tid

- et design (en formel organisatorisk struktur, dvs. hvordan kasserne er placeret i en organisationsplan) og en faktisk organisatorisk praksis (dvs. hvordan arbejdsopgaverne rent faktisk bliver udført),
- et bredt koncept (dvs. nogle åbne rammer for hvordan man kan gøre tingene) og en specifik styringsmodel (fx top-down styring)
- et centralt element i nogle aktørers forestillingsramme og et perifert i andres (dvs. at centerstrukturen for nogle af Rigshospitalets medarbejdere optager megen tid, mens den for andre er mere ligegyldig).

Ingen analyse vil være i stand til at indfange alle aspekter af centerstrukturens tvetydighed og kompleksitet. Vi har været nødt til at vælge nogle organisationsteoretiske rammer for at kunne gennemføre en fokuseret analyse. Disse er skitseret nedenfor.

Centerstrukturen som værktøj

Ud fra en klassisk *design*-tankegang er centerstrukturen en måde at organisere på, hvor man gennem strukturen ønsker at opfylde nogle specifikke mål. Centerstrukturen kan ses som et specialtilfælde af den *divisionaliserede* struktur, dvs. en overordnet struktur, der kan bruges til at styre store organisationer med sammensatte og forskellige aktiviteter. Karakteristisk for denne struktur er gruppering af enheder i mere eller mindre selvstændige divisioner med divisionsledelser, som den strategiske ledelse overvåger via et resultatorienteret styringssystem til overvågning af divisionerne.

Ud fra dette perspektiv kan man på det overordnede niveau diskutere, om centerstrukturen ”stemmer” med de faktorer, der karakteriserer Rigshospitalet: opgaver, størrelse, omgivelser og alder. På det specifikke niveau kan man forsøge at evaluere centermodellen mht. dens effekt. En sådan evaluering er dog forbundet med

betydelige metodeproblemer pga. uklare og komplekse sammenhænge mellem mål og midler og de mange forskellige årsager til centerstrukturens nuværende funktion.

Centerstrukturen som symbol

Et kulturelt perspektiv åbner for en helt anden forståelse af centerstrukturen.

Strukturen bliver her et formelement – noget fysisk – der kan identificeres i form af en ny organisationsstruktur og nogle nye aktører i organisationen (centerdirektører og centerøkonomer), som medarbejdere i organisationen *tolker*. Centerstrukturen er således et tydeligt symbol, som mange organisatoriske aktører vil forsøge at tillægge en mening.

Et symbol får betydning ved at det repræsenterer noget andet. Centerstrukturen er ikke noget i sig selv, kun kasser på et stykke papir, men den får mening gennem den betydning, som Rigshospitalets aktører tillægger den. Strukturens fortalere kan aktivt søge at tillægge den bestemte positive symbolske betydninger, fx at den gør organisationen mere effektiv og omkostningsbevidst, mens ”modtagerne”, der får den påtvunget, kan tillægge den andre – og måske negativt ladede - betydninger, afhængig af position, faglig baggrund, arbejdsituation og holdning til modellens fortalere.

Eksempler på forskellige symbolske betydninger, der bliver tillagt strukturen:

- modernisme/managerialisme
- økonomisk ansvarlighed/sundhedsfaglig opbremsning
- centralisering/decentralisering
- nye udviklingsmuligheder/kamp om knappe ressourcer.

Ud fra dette perspektiv kan centerstrukturens hensigtsmæssighed kun vurderes på basis af en detaljeret analyse af de specifikke betydninger, som lokale medarbejdere tillægger den.

Centerstrukturen som en ny institution

Men centerstrukturen er også en ny institution. Det er et koncept, der bryder med den etablerede struktur. Dette sætter legitimeringsprocesser i gang både internt på Rigshospitalet og i forhold til omgivelserne. Det er også et koncept, som måske vil blive spredt i hele sygehusvæsenet. Men den konkrete lokale udformning af konceptet vil blive bestemt af lokale begivenheder og beslutninger.

Centerstrukturen blev lanceret på Rigshospitalet som et middel til at løse styrings- og ledelsesmæssige problemer, primært med henvisning til erfaringer fra andre områder – fortrinsvis den private industrisektor. Det giver dog ingen sikkerhed for, at strukturen umiddelbart kan overføres til [sygehusvæsenet](#). Henvisningen til den private sektors succes med den divisionaliserede form sikrer imidlertid, at strukturen får en høj grad af eksternt politisk legitimitet i en tid, hvor omstilling af den offentlige sektor i stort omfang sker med udgangspunkt i den private virksomhed. Men henvisninger til den private sektor sikrer ikke centerstrukturen intern sundhedsfaglige legitimitet. For organisationens aktører kan strukturen blive et symbol på en eksternt drevet ændringsproces, der både anfægter traditionelle fremgangsmåder og etablerede rutiner.

Centerstrukturen er et nyt element, der indgår i en større, gennemgribende omstrukturering af sygehusvæsenet og sygehusenes organisation. Centerkonceptet er nyt og i de første faser af en sprednings-, forarbejdnings- og tilpasningsproces. Konceptet er ved at blive forarbejdet til en konkret model, der måske vil udvikle sig til en standard for strukturering af større sygehuse. På et senere tidspunkt vil modellen måske blive taget for givet som struktureringsprincip.

På nuværende tidspunkt bryder centerstrukturen med nogle etablerede ledelsesformer inden for det danske sygehusvæsen, der har været kendetegnet ved parallel organisering af de tre dominerende faglige søjler: læger, sygeplejersker og administratorer. Dette parallelle organiseringsprincip har været under bearbejdning gennem en langvarig og konfliktfyldt proces. Elementer i denne bearbejdningsproces har været: indførelse af et sygehusledelsesniveau (direktion) for at afgrænse sygehuset fra det politiske niveau, bedre koordinering mellem de tre faglige søjler (trojkaledelsesmodellen), skift fra delt ledelse (læge-sygeplejerske) på afdelingsniveau til enhedsledelse (lægelig) og indførelse af markedselementer (det frie sygehusvalg, betalingssystemer).

Der er tale om tendenser, der ikke kun karakteriserer Rigshospitalet eller Danmark. På internationalt plan er der også tendenser mod ændring af sundheds- og sygehusvæsenet og den offentlige sektor. Men sådanne tendenser bliver ofte forbundet med de konkrete, lokale tilpasninger – i dette tilfælde centerstrukturen på Rigshospitalet.

Centerstrukturen er ikke en organisationsmodel, hvor alle detaljer er fastlagte på forhånd. Den er snarere en rummelig anledning, som organisationens medarbejdere

kan knytte problemer og løsninger til, og som de kan lægge mere eller mindre energi i. Det betyder, at nogle medarbejdere kan bruge centermodellen til at få deres egne problemer og mulige løsninger placeret. Der vil over tid sandsynligvis ske et skift i problemer og anledninger efterhånden som de medarbejdere, der ”bearbejder” centerstrukturen, rejser og bliver erstattet af andre. Nye problemer eller løsningsforslag kan strømme til som følge af andre ting. Konkurrerende anledninger kan trække energi, problemer og løsningsforslag bort fra centerstrukturen.

Nogle af de problemer og løsninger, der på Rigshospitalet klæber til/hæftes på centerstrukturen, vil også optræde på andre hospitaler, men uden at blive forbundet med fænomenet ”centerstruktur”. Eksempler er økonomistyring, ledelsesstruktur, opgavevaretagelse og medarbejderudvikling, der er generelle og aktuelle problemstillinger i sygehusvæsenet.

Da centerstrukturen ikke er et forud fastlagt organisatorisk formelement, får den form gennem lokal konstruktion. Vi er i en fase, hvor det er svært at bestemme præcist, hvad centerstrukturen er. Centerstrukturen er et økonomisk styringssystem under udarbejdelse, et nyt ledelsessystem under etablering, et middel til gentænkning af patientforløb etc. Ud fra denne betragtning er det væsentligt at identificere og diskutere forskellige aktørgruppers forsøg på at åbne og lukke for det rum af muligheder, som centerstrukturen tilbyder.

Før man ”fastfryser” centerstrukturen som værende lig med de organisatoriske og ledelsesmæssige initiativer, der er startet eller realiseret siden 1994, er det vigtigt at overveje de andre muligheder, der i processen har fået lav prioritet eller er blevet fravalgt.

De tre analytiske perspektivers rolle i denne rapport

Sat på spidsen kan man karakterisere hovedparten af de tidligere analyser af Rigshospitalets centerstruktur (se kildeoversigt), som baseret på et værktøjsperspektiv. Centerstrukturen er overvejende blevet behandlet og analyseret som et middel til at opnå mål som effektivitet (bedre patientbehandling og –forløb, bedre strategisk tilpasningsevne) eller efficiens (bedre ledelse, bedre økonomistyring og højere produktivitet). Værktøjsperspektivet dominerer markant i konsulentrapporterne.

Det centrale, teoretiske perspektiv i vor rapport er *institutionsperspektivet*. Ved hjælp af dette konstruerer vi den overordnede fortælling om Rigshospitalets centerstruktur. Rapporten giver indsigt i de komplekse og konfliktfyldte ændringsprocesser, der bliver udløst, når et nyt koncept påtvinges en professionsdomineret og kompleks organisation. Det nye koncept udfordrer sygehusets traditioner og taget-for-givne modeller for organisation og ledelse. Men konceptet er også mere en løs ramme end en forud defineret strukturmodel. Analysen giver et indblik i nogle år på Rigshospitalet, hvor centerstrukturen måske er ved at blive udmøntet som en ny organisatorisk standard.

Analyserne i vor rapport omfatter imidlertid også *værktøjsperspektivet*, men i følgende specielle varianter:

- *Analyse 1* behandler de rationaler, der bliver tilskrevet centerkonceptet og hvilke af disse, der prioriteres, samt giver et indblik i de antagelser om mål-middel sammenhænge, som centrale aktører konstruerer omkring centerstrukturen og efterfølgende arbejder på at få til at virke. Analysen giver således indblik i, hvordan centerstrukturen er forsøgt gjort til et værktøj, der kan bruges til specifikke formål.
- *Analyse 2* afdækker de årsags-virkningssammenhænge, eller mangel på samme, som aktører i forskellige positioner og på forskellige niveauer oplever mellem centerstrukturen og vigtige organisatoriske aspekter (opgaver, arbejdssituationer og –processer, strukturelementer og systemer). Dette giver et indblik i, hvilke virkninger Rigshospitalets medarbejdere tilskriver centerstrukturen ud fra deres arbejdspraksis. Effekterne afspejler, hvordan ”værktøjet” centerstrukturen opleves at påvirke den organisatoriske praksis - negativt, neutralt eller positivt.

Som en konsekvens af vort fokus på aktørers fortolkninger, har *symbolperspektivet* en central placering i rapporten:

- *Analyse 1* klarlægger den kontekst og den strøm af kritiske hændelser, som centerstrukturen er indlejret i. Dette giver basis for at forstå den symbolske ladning, som det nye strukturelle koncept får. Det giver fx indblik i, hvordan besættelsen af ledelsesposter i toppen af organisationen med personer med en given baggrund

fungerer som vigtige symbolske markeringer, og hvordan disse symbolske skift er en central del af centerstrukturens eget forløb.

- *Analyse 2.* De forskellige aktørkategoriers fortolkninger af sammenhænge mellem centerstrukturen og vigtige organisatoriske aspekter er ikke blot neutrale, rationelle observationer. De er tværtimod udtryk for aktørernes forsøg på at skabe mening i en uklar verden ud fra fortolkninger af, hvad centerstrukturen står for, hvem og hvad den bliver identificeret med, og hvad den betyder. Her bliver der skabt fjendebilleder og fortællinger, og aktørerne tillægger centerstrukturen en mening og betydning, der er mere eller mindre uafhængig af påviselige årsags-virkningssammenhænge.

II. Empirisk metode

Rapporten er en retrospektiv analyse, der er udført på basis af sekundære kilder. Der er tale om en skrivebordsanalyse, der ambitionsmæssigt og teknisk har måttet tilpasses kvaliteten af de foreliggende kilder. De anvendte kilder dækker flere forskellige genrer: revisionsrapporter, konsulentrapporter, interne rapporter og notater, studieprojekter, specialer og afhandlinger. Rapporterne er af varierende relevans og argumentations- og datamæssige kvalitet.

Analyse 1: Centerstrukturens introduktion på Rigshospitalet – konceptets oprindelse og tilskrevne rationaler

Der er tale om en nutidshistorisk analyse af de rationaler¹, som Rigshospitalets topledelse har tillagt det nye koncept ”centerstrukturen”, hvilket rum af muligheder det har åbnet, og hvilke muligheder, der synes at være blevet prioriteret.

Den historiske analyse er vigtig for at forstå både centerstrukturens nuværende status på Rigshospitalet og dens værktøjsmæssige og symbolske aspekter. Medarbejdernes mange henvisninger til historien i forbindelse med udtalelser om centerstrukturen afspejler, at det ikke er muligt at forstå centerstrukturen uden at tage dens implementeringsproces i betragtning. Under denne proces er der både sket til/fravalg af mulige konkrete udformninger af strukturen og betydelige symbolske ladninger af den som følge af processens forløb.

Analysen dækker perioden fra centerkonceptet dukkede op på Rigshospitalet i 1992 til foråret 1997 og er baseret på foreliggende kilder fra denne periode (se figur 1) . 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. Såvel primære og sekundære kilder har været anvendt til denne kontekstanalyse.

Den største metodemæssige svaghed ved denne type analyse er, at kildernes karakteristik af forholdene på Rigshospitalet før og under introduktionen af

¹ Med rationale referer vi til en argumentation omkring mål-middel sammenhænge og de begrundelser, hvormed

centerstrukturen kan være ensidige. Dette skyldes dels vor tidsmæssige afgrænsning af kilderne, dels kildernes forfattere. Den første fejlkilde må ses i sammenhæng med, at vi ikke har haft tid og ressourcer til en historisk analyse, der går længere tilbage end 1991. Den anden fejlkilde skyldes tendensen til, at det er "de sejrende", der skriver historien. Det er ofte fortalene for eller entreprenørerne i et projekt, der fortæller historien, og som har de organisatoriske ressourcer til at dokumentere deres fortælling for eftertiden.

Som mulige konsekvenser af disse fejlkilder kan vi nævne:

1. At de skriftlige kilder ikke nødvendigvis afspejler alle de typer af argumenter, der har været lanceret i forhold til centerstrukturen.
2. At kilderne kan tillægge episoder og argumenter en vægt og betydning, der ikke afspejler hændelsesforløbene.
3. At kildernes fremstilling af de tidligere forhold på Rigshospitalet kan være noget stereotype. Fx karakteriserer kilder, der fremstiller centerstrukturen som et middel til "at bringe orden og overskuelighed", både centerstrukturen og det tidligere Rigshospital, men gør måske mere ud af den positive argumentation for centerstrukturen end af fortolkningen af fortiden.

Vi har forsøgt at reducere disse metodiske problemer ved at sikre os et bredt spektrum af kilder. Det er således ikke blot det officielle ledelsessystem eller centerstrukturens designere, der taler via vore kilder, men forskellige niveauer og positioner – både inden og uden for systemet. En i anden sammenhæng gennemført analyse af udvalgte dagblades dækning af Rigshospitalet i perioden 1992-97 har desuden givet os et nuanceret indblik i forskellige interessenters argumenter og fortolkninger.

Rigshospitalet indgår i et større organisatorisk felt, hvor interesser er velorganiserede og velartikulerede, hvilket reducerer risikoen for, at vi kun kommer til at skrive én parts historie.

Givet disse betingelser har vi i rapportens analyse lagt vægt på at fastholde hvem eller hvilken position, der fører en given argumentation.

denne er blevet knyttet til centerstrukturen.

Figur 1: Markante hændelser – Primære og sekundære kilder

Analyse 2: Centerstrukturen i funktion på Rigshospitalet - den organisatoriske praksis

Den anden analyse fokuserer på centerstrukturens betydning for tre væsentlige aspekter af den organisatoriske praksis:

- løsning af Rigshospitalets opgaver,
- aktørernes arbejdssituation og arbejdsprocesser, og
- hospitalets strukturer og systemer.

Denne analyse har til formål – så vidt data gør det muligt - at give en oversigt over medarbejderes fortolkning og vurdering af centerstrukturen. Datamaterialet er foreliggende rapporter, der via interview og observationer giver indblik i forskellige organisatoriske aktørers vurderinger af centerstrukturen. Rapporterne er, som det fremgår af kildeoversigten, udkommet i perioden fra centrenes etablering i 1994 til foråret 1998. De er baseret på data fra lige før centrenes etablering til sidst i 1997 og giver derfor ikke nødvendigvis et aktuelt billede.

Det har ikke været muligt at foretage en analyse af eventuelle *forskydninger over tid* i de forskellige aktørgruppers vurderinger af centerstrukturen. Dette skyldes for det første, at rapporterne og deres datamateriale har lagt vægt på forskellige aspekter af centerstrukturen og derfor udgør et for spinkelt grundlag for denne type analyse. Dernæst har det ikke været muligt at foretage en præcis tidsmæssig bestemmelse af rapporternes data, hvorfor vi blot har opført kilderne efter udgivelsesår. For det tredje har Rigshospitalet, som det fremgår af figur 1, gennemlevet et kompliceret hændelsesforløb siden 1991. Kritiske hændelser undervejs - såsom skift af topleder og økonomiske kriser – er via den kraftigt symbolloadede centerstrukturen en kilde til variation i data og rapport konklusioner, hvilket yderligere vanskeliggør en fortolkning af centerstrukturens tidsmæssige udvikling. De mange fusions- og byggeprojekter som H:S sygehusplanen udløste i 1996 og specielt i 1997, er en påvirkning, der kan have influeret på vurderingerne af centerstrukturen.

Det har heller ikke været muligt at foretage en analyse af *forskelle mellem centre*. Selvom data, som det fremgår af tabel 1, kan henføres til centre og dækker disse bredt, er de dels spinkle for det enkelte center, dels skævt fordelt på disse.

Tabel 1: Antal rapporter fordelt på centre (en rapport er talt med under alle de centre, den omhandler)

	Primære kilder	Sekundære kilder
Alle:	1	8
Abdominal	3	4
Finsen	1	0
HovedOrto	0	3
Hjerte	2	1
Juliane Marie	2	1
Neuro	0	2
Laboratorie	0	1
RHIMA	1	4
Service	0	0
Billeddiagn.	1	0
Central adm.	0	0

Kombineret med ønsket om at sikre en reel anonymisering af respondenter har dette ført til en analyse, der lægger vægten på at udlede fælles træk og –tendenser på tværs af centrene. Analysen afdækker således ikke variationsbredden i udmøntningen af centerkonceptet på Rigshospitalet.

III. Analyse 1: Centerstrukturens introduktion på Rigshospitalet - konceptets oprindelse og tilskrevne rationaler

Det er en antagelse inden for nyinstitutionel organisationsteori, at organisatoriske koncepter og standarder kan udbredes vidt omkring, men at de også bliver tilpasset lokalt. Ud fra denne betragtning kan centerstrukturen – som den er blevet udmøntet på Rigshospitalet - betragtes som et tilfælde af den divisionaliserede organisationsstruktur (Bjerre, 1996). Denne er oprindeligt udviklet som et styringsværktøj for industrielle konglomerater, der rummer forskellige, men ikke nødvendigvis beslægtede forretningsområder. Den divisionaliserede struktur kan dels fungere som et styringsværktøj for koncernledelsen, dels bidrage til at etablere selv bærende forretningsområder, der i forhold til både omverdenen og andre divisioner kan drives efter en markedslogik (Mintzberg, 1979).

Centerstrukturen kan betragtes som et organisatorisk koncept – dvs. en generel, overordnet idé om, hvordan man kan eller bør strukturere en organisation. Et koncept er en fleksibel og rummelig tankemodel, der åbner mulighed for lokal fortolkning og tilpasning. Under den lokale fortolkning bliver der knyttet et eller flere rationaler til konceptet. På den måde bliver konceptet sat i forhold til lokale målsætninger eller problemstillinger som et middel til at realisere eller løse disse. Hvis disse fortolkninger af konceptet overbeviser tilstrækkeligt mange eller centrale aktører om dets relevans, kan det blive antaget og udmøntet i en model. En model specificerer konceptet i et sæt midler i form af organisatoriske ”byggeklodser”, såsom positioner og roller, grupperinger, systemer eller procedurer.

De begrundelser, der lokalt bliver tillagt et koncept som centerideen, vil imidlertid være påvirket af både den organisatoriske kontekst og historie. Kun ved at tage disse institutionelle lag i betragtning bliver det muligt at forstå de komplekse processer, der har omgivet centerkonceptet på Rigshospitalet - og hvorfor et givet rum af muligheder skiftevis bliver åbnet og lukket.

Vi betragter således grundlæggende strukturer som sociale konstruktioner, der er væsensforskellige fra fysiske objekter. Organisatoriske strukturer er derfor ikke ”pakkeløsninger”, der uændret kan flyttes fra et sted til et andet. Når et strukturkoncept

flyttes, sker der en fortolkningsproces, som samtidig påvirker konceptet. Og i den konkrete lokale udmøntning sker der en række fortolkninger.

Et koncept åbner op for et rum af muligheder ved at lokale aktører fortolker og begrunder det. Derefter sker der en første indsnævring af konceptet ved betoning af nogle af de rationaler, der er knyttet til det og ved at specificere det i form af et sæt organisatoriske byggeklodser. I denne sammenhæng bliver væsentlige spørgsmål:

- Hvilken lokal sammenhæng og historie bliver centerkonceptet importeret i og hvilke organisatoriske dagsordener bliver det forbundet med?
- Hvilket mulighedsrum åbner lokale entreprenører gennem at tilskrive centerkonceptet forskellige rationaler (økonomistyring, ledelsesrationalisering, patientforløb etc.)?
- Hvilken prioritering giver ledelsen disse rationaler i form af opmærksomhed og energi, der bliver lagt i koble dem til konceptet?

Rigshospitalets skiftende kontekst

Indtil 1987 havde Rigshospitalet status af statsinstitution og var underlagt en styring, der ikke specielt rettede sig mod sygehuse, men mod en særdeles bred vifte af offentlige institutioner. Med særstatus som det eneste, prestigefyldte statslige sygehus kunne Rigshospitalet i denne situation stadig ekspandere uden nødvendigvis at skele til omkostningerne. Med overgangen til stats*virksomhed* kom det første pres imod omkostningsbevidsthed, da begrebet “underskud” blev introduceret. Det havde dog tilsyneladende ikke den store adfærdsmæssige effekt. De enkelte specialer fortsatte med at ekspandere og forgrene sig, drevet af den professionelle logik og argumentation, og det politiske og bevilgende system havde, trods konfrontationer, ikke nogle effektive modargumenter.

Med overflytningen af Rigshospitalet til det nyetablerede Hovedstadens Sygehusfællesskabs (H:S) styringsregi i 1995 bliver der introduceret et yderligere element af usikkerhed. Der er tale om et vigtigt skridt mod en standardisering af styringen af det danske sygehusvæsen og for Rigshospitalet om et drastisk skift af kontekst. Rigshospitalets direktion refererer nu ikke længere til et ministerium, men til H:S direktionen. Rigshospitalet bliver nu ikke længere behandlet som ejernes eneste

hospital, men som ét blandt flere, der må indordne sig under fælles systemer og økonomiske spilleregler.

Bestræbelserne på at ændre den økonomiske styringsadfærd er således vævet sammen med både en ændring af Rigshospitalet fra en speciel institution til et “normalt” - men stort - sygehus, og en overflytning til et styringsregime, der er under etablering.

Situationen omkring Rigshospitalets økonomi og ledelse bliver først i 90'erne defineret som uholdbar. En nyudnævnt direktør uden sygehusbaggrund bliver det første svar på problemet. Han indgår en aftale med staten om en løsning af hospitalets økonomiske og styringsmæssige problemer. “Pakken” omfatter en økonomisk aftale, der sikrer Rigshospitalet betydelige merbevillinger mod at indføre en centerstruktur, der både skal være en garanti for den fremtidige rationaliseringer og økonomistyring, samt et middel til at opnå en organisatorisk helhedstænkning og -praksis i forhold til patienten (patientforløbstankegangen).

Den økonomiske del af aftalen omfatter, ud over udligning af det allerede oparbejdede underskud, betydelige ekstrabevillinger, der i et vist omfang gør det muligt at dække et eventuelt fremtidigt oparbejdet underskud. Disse ekstra ressourcer giver ledelsen og Rigshospitalet et tiltrængt handlerum.

Rigshospitalets organisatoriske og ledelsesmæssige historie

Rigshospitalet og dets omstillingsproces har gennem årene været genstand for offentlighedens bevågenhed pga. flere forhold. Hospitalet er en stor og betydningsfuld brik i puslespillet med at omstille det danske sygehusvæsen. Denne omstilling mobiliserer væsentlige økonomiske, faglige og politiske interesser, der både gør Rigshospitalet til godt stof for dagspressen, og gør forskellige aktørgrupperinger tilbøjelige til at bruge medierne som talerør for deres synspunkter. Således bliver Rigshospitalets “interne” ændringsprocesser i stort omfang offentlige anliggender, der bliver debatteret og fortolket af omverdenen. Og disse fortolkninger og meningsdannelser vedrører ikke kun Rigshospitalets omstillingsproces, men hele sygehusvæsenets omstillingsprocesser generelt. Vi har på basis af rapporter og afhandlinger suppleret med en analyse af udvalgte dagblades (Politiken, Berlingske Tidende og Weekend Avisen) dækning af Rigshospitalet 1992 – 1997 og udarbejdet en kronologisk oversigt, der indgår i bilagsbindet (Bilag 4).

Centerkonceptet og Rigshospitalets organisatoriske dagsordener

I 1991 indfinder den moderne administrative ledelsestænkning sig på Rigshospitalet med ansættelsen af en administrerende direktør uden erfaring fra sygehussektoren, men med succes fra omstillingen af en anden statslig institution - Nationalmuseet.

Den nye direktør fremlægger i 1992 en handlingsplan, der for første gang konfronterer sygehuset med moderne, administrativ ledelses- og strukturtænkning. Ideen om, at sygehuse kan og bør styres som private virksomheder, udmønter sig i ambitiøse planer.

Handlingsplanen (Rigshospitalet, 1992) henviser til produktionsvirksomheder, business process reengineering, generelle ledelsesmæssige tankesæt - koncernledelse og centerledelse med udelt ansvar, reduceret omfang af kontrol, aktivitetsbaseret gruppering af afdelinger i divisioner, og decentralisering inden for udstukne rammer. Den gældende afdelingsstruktur bliver udpeget som et hovedproblem:

“..der afspejler i højere grad den stadig større specialiseringsgrad inden for lægevidenskaben end en hensigtsmæssig organisering af patientbehandlingen. Derfor må der i sammenhæng med den ændrede tilrettelæggelse af patientbehandlingen...ses med helt friske øjne på hospitalets organisation. Erfaringerne fra større produktionsvirksomheders tilrettelæggelse og styring af produktionen må - med skyldig hensyntagen til de særlige forhold i hospitalsdrift - kunne udnyttes i omstillingsarbejdet” (Rigshospitalet, 1992:63-64).

Samtidig varsler handlingsplanen et opgør med det delte ledelsesansvar mellem overlæge og oversygeplejerske (ibid.:66). Hermed anfægtes sygehusets hidtidige selvforståelse, hvor man i lighed med universiteterne har udpeget ledere på baggrund af videnskabelige meritter og den traditionelle fællesledelse overlæge-sygeplejerske. I sin argumentation for ændringer og nye strukturer henviser den nye direktør primært til erfaringer og praksis uden for sygehusvæsenet.

Centerstrukturen, der er omdrejningspunktet i Rigshospitalets omorganisering, er udtryk for den moderne administrative ledelsestænkning, som den nye ledelse importerer. En kompliceret ledelsesstruktur, der strider mod Rigshospitalets traditionelle måde at tænke administrativ organisering. I handlingsplanen bliver der

argumenteret for at få fra den nuværende organisation med ca. 50 afdelinger, der rapporterer direkte til direktionen til:

“..en mere fleksibel organisatorisk struktur byggende på ... udviklingscentre. Den afgørende parameter for centerstrukturen vil her være det eksisterende - og fremtidige samarbejds mønster mellem afdelingerne.” (ibid.:64).

Centerstrukturen bringer orden, overskuelighed og hierarki ind i en ekstremt kompleks, professionsdomineret organisation.² Den er endvidere ikke helt ukendt inden for sygehusverden, idet den er inspireret af den struktur, der i 1990 blev indført på Karolinska Sjukhuset i Stockholm og tendenser internationalt til at restrukturere sygehuse. Fra Rigshospitalet refereres således til Sverige, USA og Canada.

Én ting er imidlertid at designe en overordnet struktur, noget andet at fortolke den og give den "kød og blod". Centermodellen er et organisatorisk koncept, der giver store muligheder for lokal redigering og oversættelse. Den virker ikke af sig selv, men må aktivt omsættes til praksis.

Som hjælpere hertil inddrager Rigshospitalets direktion konsulentfirmaet McKinsey i såvel analyse, design som implementering af centerstrukturen. Centerstrukturen stemmer med den tilkaldte konsulentvirksomheds tankesæt, idet den minder om organisationsstrukturer, som McKinsey & Co. også har lanceret i forhold til andre offentlige virksomheder under omstilling, fx Datacentralen. McKinsey rapporten i 1994 fortsætter i et administrativt sprog, der kun har minimale berøringsflader til den medicinske terminologi, den grundlæggende gentænkning af hospitalets indarbejdede organiseringspraksis, som Rigshospitalets handlingsplan (1992) indledte.

Centerstrukturen har to forskellige funktioner i Rigshospitalets omstillingsproces. Den er dels et middel i ledelsens forsøg på organisatorisk nyskabelse og i nogle centres og centercheferes forsøg på at ændre lokal praksis. Men den er også et markant symbol på en ny ledelses- og organisationstænkning, der bryder klart med sygehusets traditioner og åbner for aktørers vidt forskellige fortolkninger af dens mening og virkninger. I et så dramatisk skift af kontekst, som Rigshospitalet har været igennem [— fra at være et](#)

² Der var dog indbygget en vis tværgående koordination mellem behandlingsafdelingerne via Lægerådet, hvis 18 medlemmer var et forbindelsesled mellem afdelinger og direktion. Ved valg af repræsentanter til Lægerådet var afdelingerne inddelt i 6 valggrupper, der kan betragtes som kimen til en centerstruktur. For sygeplejerskernes vedkommende var der parallelt hermed en gruppering i 4 områder.

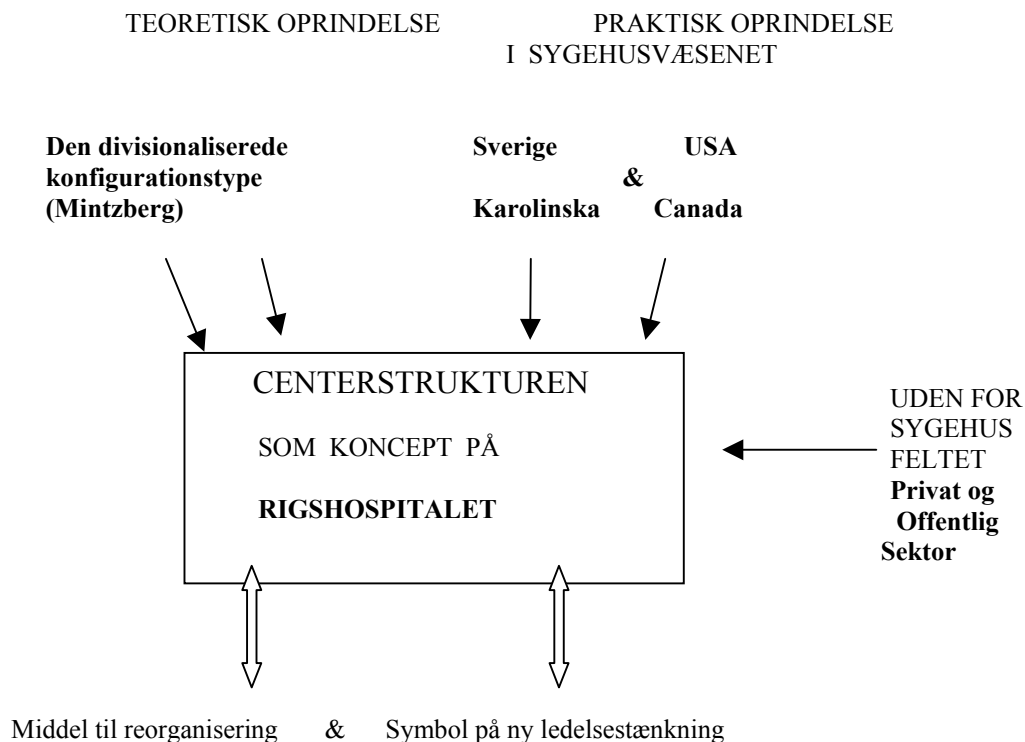
[statshospital til at blive integreret i det decentrale sygehusvæsen](#) - tilbyder centerstrukturen sig som “orkanens øje”. At der i forbindelse med krisen i 1996 blev lovet en evaluering af centerstrukturen i 1998 som svar på den rejste kritik, kan ses som et led i den fortsatte kamp mellem fortolkninger og om kontrollen med Rigshospitalet.

Centermodellens teoretiske og praktiske oprindelse og tilknytning til den organisatoriske dagsorden på Rigshospitalets er sammenfattet i figur 2.

Åbning af et mulighedsrum for centerstrukturen gennem lokale aktørers tilskrivning af rationaler

Det er Rigshospitalets direktion, der importerer centerkonceptet – tilsyneladende med den nytiltrådte direktør som fortaler. Efter en decentralisering af budgetansvaret fra funktioner til afdelinger som led i den økonomiske opstramning i foråret 1992, bliver centerkonceptet lanceret som et middel til at konsolidere det økonomiske styringssystem.

Figur 2: Centerkonceptets teoretiske og praktiske oprindelse



Det første argument for centerkonceptet synes imidlertid ikke at være økonomi, men at centre vil kunne være en mulig ramme for forsknings- og udviklingsaktiviteter i form af *udviklingscentre*. Men dette argument skifter hurtigt – hvilket handlingsplanen fra 1992 afspejler – til en rationalisering af ledelsesstrukturen på linje med den divisionaliserede form. Der bliver nu henvist eksplicit til erfaringer fra industrien med især to primære begrundelser.

Den ene er at *indskrænke topledelsens kontrolspænd* – 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 mulighederne for at tage strategiske beslutninger. Men at etablere centre (divisioner) indebærer en gruppering af enheder, hvor kriterierne for gruppering sjældent er éntydige. 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, ligesom opgavegrupperingen tilsyneladende kun i få tilfælde er ”naturlig”.

Den anden begrundelse for centrene er, at det giver mulighed for at indføre *økonomisk ansvarlige enheder* på et niveau over afdelingerne. Dette vil skabe en mere overskuelig økonomisk rapportering og reducere afdelingernes tendens til ikke at udnytte ressourcerne tilstrækkeligt.

Men parallelt hermed bliver der også knyttet et helt andet rationale til centerstrukturen, nemlig at en sådan struktur vil give mulighed for mere hensigtsmæssige *patientforløb*. Den nye direktør synes her at være inspireret af ”business process reengineering”, som grundlæggende anbefaler at tage udgangspunkt i forretningsprocesser og ikke i funktioner, når en virksomhed skal gentænke og rationalisere organisationen.

Endelig har vi identificeret endnu et rationale – *medarbejderudvikling og motivation* – et tema, der løbende påkalder sig opmærksomhed på Rigshospitalet. Dels fordi det er vigtigt at vedligeholde og udvikle kernekompetencer i en vidensintensiv virksomhed, dels fordi medarbejdermotivation bliver et problem under Rigshospitalets tilbagevendende kriser. Denne begrundelse synes dog ikke at blive knyttet særligt tæt til centerkonceptet.

Ledelsens prioritering af rationalerne

Centerkonceptet bliver således anvendt som et både fleksibelt og rummeligt begreb. Flexibelt i og med at det over tid bliver forbundet med forskellige rationaler: F&U-centre, forenklet ledelsessystem, økonomistyring, procesrationalisering og i et begrænset omfang medarbejderudvikling og –motivation. Dette er ikke nødvendigvis et problem. Organisationskoncepter og –modeller er ikke éndimensionale, men oftest forsøg på at finde midler, der tilgodeser flere forskellige mål eller kriterier.

Med hensyn til det mulighedsrum, centerkonceptet åbner for på Rigshospitalet, synes pres fra omgivelserne og topledelsens behov for en klarere styrings- og ledelsesstruktur imidlertid at øve en stærk indflydelse på hvilke dele af det, der bliver prioriteret.

De alvorlige økonomiske styringsproblemer på Rigshospitalet, der kulminerer med krisen i 1996, giver anledning til at fremhæve centerstrukturen som et middel til økonomistyring. Det fremgår af to kilder: udsagn fra de dominerende faggrupper og

fra forskellige hierarkiske lag i organisationen, og den økonomiske fokus, som de tilgængelige rapporter om Rigshospitalet afspejler.

Med hensyn til den ledelsesmæssige forenkling afhænger centerstrukturen af, at der bliver etableret centerledelser, hvor centerdirektør stillingerne er centrale positioner. Disse positioner og deres bemanning har naturligt tiltrukket sig stor opmærksomhed. Både fordi der er tale om det måske mest synlige aspekt af den nye struktur, fordi aktørerne bliver udvalgt efter principper, der bryder med det traditionelle faglige præstationssystem, og fordi de udvalgte aktører bliver omdrejningspunkter og entreprenører i det nye ledelsessystem. Hertil bidrager også det markante brud med den traditionelle, kollegiale ledelsesform, som centerstrukturen symboliserer. I første omgang bliver det nye koncept sat på prøve: kan det leve op til forventningerne om bedre og klarere ledelse. Indtil videre er vurderingerne ikke overraskende blandede: der er mange mulige vurderingskriterier, der kan anlægges, om et center er problemfrit eller problemfyldt kan have mange årsager.

At centerdirektørerne møder store udfordringer fremgår klart af den betydelige udskiftning, der har været på disse poster. Kun tre centre har haft samme direktør gennem hele perioden, mens tre centre har skiftet direktør en gang, to centre har skiftet direktør tre gange og to centre har skiftet direktør fem gange. Selv om nogle af skiftene er udtryk for intern mobilitet (herunder konstitueringer), har fem af de nuværende centerdirektører kun op til 1 års erfaring som centerdirektør. Denne mobilitet på disse ledelsesposter bidrager både til usikkerhed og en fortsat afventende holdning til centerstrukturens ledelsesmæssige praksis.

En ny styringsideologi, der bryder så markant med et traditionelt professionsdomineret system³, vil uvægerligt blive sat på en hård prøve. Den udløser konflikter om kontrollen med systemet, der dels afspejler sig i konfrontationer omkring den nye strukturs styringslogik og dels bemanningen af dens nøglepositioner.

³ Dette traditionelle professionelle system refererer til den tidligere organisatoriske struktur og de tidligere ledelsestankegange. Systemet og tankegangen var baseret på tre hovedelementer: - en dominerende medicinsk orientering i måden at strukturere organisationen på, - en medicinsk orientering i ledelsen af organisationen samt forekomsten af nogle politiske konstellationer mellem overlæger og politikere. Måden at strukturere på indebærer at organisationen var bygget op omkring den traditionelle medicinske specialisering med få hierarkiske niveauer men et meget stort kontrolspænd for ledelsen. Den medicinske orientering betød, at afdelingsledelsen blev varetaget af læger med medicinsk fremfor administrativ kompetence og at ledelse var en integreret del af det professionelle arbejde. De politiske netværk betød at overlægerne havde stærke bånd til de ressourceallokerende parter i amt og kommune.

Patientforløbstankegangen, som var et af de oprindelige rationaler for centerstrukturen, synes det at blive overladt til centrene internt selv at op- eller nedprioritere arbejdet med. Hjertecentret synes at være et eksempel på et center, hvor man efterfølgende har arbejdet med ideen om patientforløb. Hvorvidt denne tanke har tiltrukket opmærksomhed og energi eller ej på centrene kan afhænge af flere forhold: naturlig samhørighed mellem centrets klinikker, konkurrerede problemer, ledelsesmæssig kompetence og kapacitet etc.

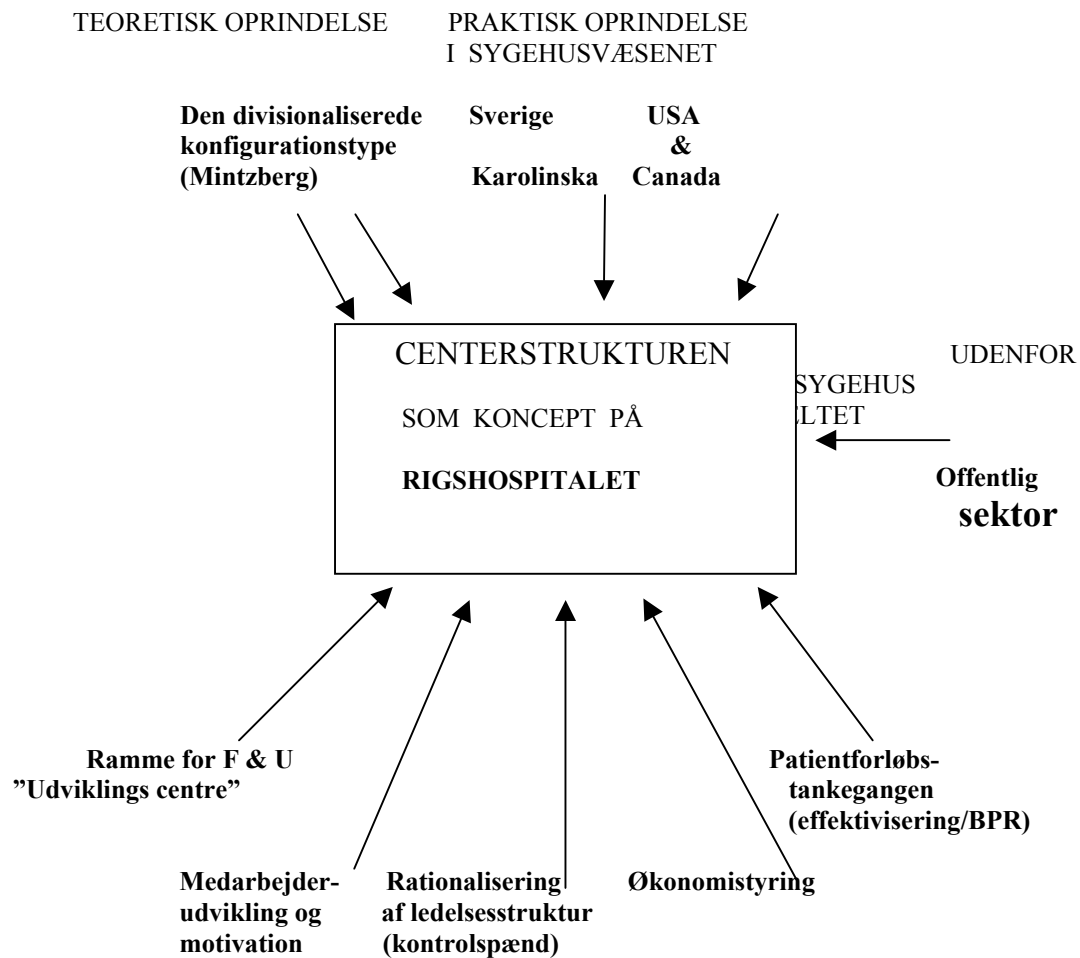
Medarbejderudvikling og –motivation som rationale synes ligeledes at være meget løst koblet til centerkonceptet, og direktionen og projektgrupperne synes ikke indledningsvist at investere megen energi heri. Det kan hænge sammen med, at dette område traditionelt ligger i sundhedsprofessionernes og de faglige organisationers regi.

I forhold til det rum af muligheder, som introduktionen af centerkonceptet åbner, synes der under de første faser af dets lokale fortolkning og bearbejdning at ske følgende prioritering:

1. Forskning- og udvikling bliver nedprioriteret
2. Medarbejderudvikling og motivation bliver nedprioriteret
3. ”Ledelsesmæssige opstramning” i form af skiftet fra kollegial til hierarkisk ledelsesstruktur synes at indtage en dominerende plads, sammen med
4. Økonomistyring – som topledelsen i lyset af Rigshospitalets forudgående række af økonomiske kriser giver første prioritet og ledsager med ressourcetildeling i form af centerøkonomer mv.
5. Patientforløbstankegangen synes at blive overladt til centrenes efterfølgende prioritering.

I figur 3 har vi sammenfattet centerkonceptets rationaler og de lokale rationaler, det er blevet tilskrevet på Rigshospitalet. Som følge af stærke pres fra omgivelserne, presserende problemer, topledelsens rolle som nøgleaktør og organisatoriske og fagkulturelle traditioner sker der en nedlukning af det mulige handlerum omkring de to rationaler, der også i centerkonceptets grundform - den divisionaliserede organisation – er de centrale: økonomistyring og ledelsessystem.

Figur 3: centerkonceptets rationaler og de lokale rationaler



IV. Analyse 2: Centerstrukturen i funktion på Rigshospitalet - den organisatoriske praksis

Introduktion

Ét af hovedspørgsmålene inden for nyinstitutionel teori er sammenhængen mellem formelle strukturer og organisatorisk praksis. Den generelle antagelse er, at der ikke er en direkte sammenhæng, men at der er tale om en løs kobling, dvs. en svag sammenhæng. I Rigshospitalets tilfælde er det således ikke givet, at der kan påvises en sammenhæng mellem indførelsen af en den nye struktur og ændret adfærd i organisationen. Formelle organisationsstrukturer som centerstrukturen kan betragtes som modeller, hvis væsentlige opgave det er at sikre legitimitet i forhold til omverden ved at demonstrere, at organisationen lever op til omverdens forventninger og krav. Den organisatoriske praksis er derimod overvejende orienteret mod opgaveløsning, der bedst foregår afskærmet fra udefra kommende forstyrrelser. Den organisatoriske praksis vil derfor i større eller mindre grad være frakoblet den nye struktur.

Centerstrukturen ”i sig selv” løser således hverken organisatoriske problemer eller lægger snærende bånd ned over den organisatoriske praksis. Det er kun gennem lokale aktørers fortolkninger og den opmærksomhed, kreativitet, energi og ressourcer, der bliver lagt i at realisere dele af de muligheder, som strukturen tilbyder, at modellen eventuelt vil producere effekter. Den nye strukturmodel bliver ikke indført i et organisatorisk vakuum, men møder traditionsrige, veletablerede professioner og organisatoriske rutiner. Centerstrukturen repræsenterer en modifikation af eller et brud med etablerede rutiner, normer og fortolkninger. Derfor må det forventes, at der i forhold til sygehusets højt institutionaliserede praksis vil være en tendens til manglende kobling mellem den nye struktur og praksis.

En analyse af, om centermodellen er tæt eller løst koblet, eventuelt frakoblet den organisatoriske praksis, må fokusere på specifikke typer af aktører og udvalgte områder af den organisatoriske praksis. I forhold til så stor og kompleks en organisation som Rigshospitalet - og med undersøgelsens begrænsede datagrundlag - må der nødvendigvis blive tale om en stiliseret analyse. En væsentlig forenkling består i, at analysen af den daglige praksis – der dels omfatter organisatoriske handlinger og

dels dertil knyttede fortolkninger – udelukkende er gennemført på basis af aktørudsagn.

Denne analyse behandler følgende væsentlige spørgsmål:

- hvilke aktører tillægger centerstrukturen hvilken betydning inden for hvilke områder?
- hvilket mønster er det muligt at identificere for, hvordan aktørerne relaterer centerstrukturen til organisatoriske og ledelsesmæssige områder?
- hvilke dele af centermodellens mulighedsrum bliver realiseret hhv. frakoblet?

I denne analyse forsøger vi således at identificere aktørernes opfattelse af centerstrukturen. I analysen benytter vi to metodiske tilgange: 1) en samlet analyse af tidligere rapporters konklusioner omkring Rigshospitalet og 2) en mere åben og generel analyse baseret på aktørers fortolkninger af organisatoriske elementer.

I den første del-analyse uddrager og sammenskriver vi konklusioner på tidligere gennemførte analyser af Rigshospitalet og centerstrukturen. Disse analyser er resultatet af de oprindelige forfatters bearbejdnings og fortolkninger, som vi i denne analyse accepterer som grundlag.

Den anden del-analyse går bag om de tidligere rapporters fortolkninger og er baseret direkte på udsagn fra aktører på Rigshospitalet. Her anvender vi en organisationsteoretisk model til mere åbent at belyse aspekter af centerstrukturen. Modellen fokuserer på forandring, organisatoriske grundelementer og grundlæggende aktørgrupperinger i sygehusorganisationen. Grunddata (dvs. citater fra interviews) fra eksisterende rapporter omkring Rigshospitalet er struktureret og kategoriseret ifølge denne model. Det giver os mulighed for at analysere nogle af de data, der ligger bag de oprindelige rapportforfatteres konklusioner og at danne os et selvstændigt billede på basis af aktørernes fortolkninger. Vi skal præciseres, at selve udvalget af interviewcitater er foretaget af rapporternes oprindelige forfattere, hvorfor der ikke er tale om en helt åben analyse

Vi anvender således to indfaldsvinkler til at kortlægge centerstrukturens organisatoriske og ledelsesmæssige aspekter: en empirisk og rapportforankret og en mere åben, organisationsteoretisk forankret.

Konklusioner fra tidligere rapporter om Rigshospitalet

Analysen er baseret på en gennemlæsning af alt relevant materiale og en efterfølgende indplacering i kildeoversigtens forskellige kategorier: primære - sekundære kilder eller baggrundsmateriale. Vurderingskriterierne var, om der var relevante udsagn og pointer i datamaterialet, om de havde form af vurderinger eller konklusioner fra forfatteren eller var udtalelser fra aktører på Rigshospitalet. For primære og sekundære kilder har vi udarbejdet et resume, som angiver rapporttype, udarbejdelsesår, teoriapparat og datagrundlag. Vi har endvidere udarbejdet en kort beskrivelse af essensen i rapporten, der er fortolkninger og konklusioner ud fra forfatterens egen indfaldsvinkel og teorianvendelse. Den efterfølgende sammenfatning er baseret på disse rapport "resumeeer", der viser følgende billeder af centerstrukturen:

Opgaver

Det er generelt uafklaret, hvilken betydning centerstrukturen har for varetagelsen af organisationens kerneopgaver. Dels fordi der over tid er sket en forskydning i målet med centerstrukturen (fra styrkelse af kernekompetencer til bedre økonomistyring), dels fordi centrale diskussioner om uddannelse og forskning ikke er blevet konkretiseret og udmøntet i konkrete forandrings tiltag.

Samarbejde

Der er væsentlige samarbejdsproblemer centrene imellem og en af årsagerne angives at være dårlig koordinering. Centerstrukturen har ændret de tidligere rammer for koordinering (som dog heller ikke var problemfrie). Organisationen bærer stadig i høj grad præg af de forskellige kulturelle værdier og normer i læge- sygepleje- og administrationsgrupperne, hvilket vanskeliggør deres samarbejde. Det er tydeligt, at de kliniske grupper har andre værdier end det administrative personale, hvilket specielt gør sig gældende i forhold til økonomistyring, hvor læger og økonomer har vanskeligt ved at føre en frugtbar dialog.

Motivation

Generelt har der igennem hele processen eksisteret et uopfyldt behov for at inddrage medarbejderne og en tillidskløft mellem læger og ledelse. Dertil kommer en stor personaleomsætning blandt sygeplejerskerne, som også har haft en negativ virkning på produktiviteten. Motivationsaspektet har været påvirket af en generel usikkerhed i

organisationen, hvilket har gjort, at organisationsændringerne ikke altid har haft personalets interesse. I den forbindelse har ændringsagenterne (konsulentfirmaer og ledelse) ikke arbejdet tilstrækkeligt med organisationens og medarbejdernes værdier. Omstruktureringen har derfor hverken skabt et mere velfungerende og effektivt sygehus eller et mere patient/personalevenligt. Medarbejderne typiske adfærd har været manglende engagement. Derudover påpeger rapporterne på, at især PØT planen (1996) har haft en meget demotiverende effekt.

Centralisering/decentralisering

Generelt er der tilfredshed med den decentralisering, der har været en del af centerkonstruktionen. Men centraladministrationens støtte til centrene i forbindelse med økonomistyring bliver oplevet som mangelfuld, og flere opfatter centerledelsen som et ekstra niveau mellem topledelse og produktion. I PØTs analyse påpeges, at administrationsomkostningerne steg i forbindelse med centerdannelsen, og at disse skal nedbringes. Endelig anføres det, at mellemledere (både på center- og klinikniveau) har fået uddelegeret økonomisk og ledelsesmæssigt ansvar uden at få adgang til de værktøjer, der er nødvendige for at udføre disse opgaver.

Variation i udformning af center

Variationerne i den konkrete udformning af centrene gør det vanskeligt at tale om en given og veletableret form for centerstrukturering. Fire af centrene valgt således først at benytte en form for matrixorganisering (dvs. integration af funktion og produktion), hvor ledelse af specialer og patientforløb er adskilt, og de resterende centre har struktureret sig på anden vis. Problemet i forhold til matrixtankegangen (som sidenhen er forladt) og integrationsaspekterne har imidlertid været, at disse aspekter ikke er blevet implementeret i tilstrækkelig grad pga. professionel modstand, primært fra lægernes side.

Ledelsesroller

I relation til ledelsesansvaret anføres det, at matrixmodellen slører ledelsesansvaret. Dette betyder at aktørerne ikke har den samme oplevelse af ledelsesansvarets fordeling. Fx oplever sygeplejerskerne ansvars- og kompetencefordelingen som forholdsvis klar, men det er et problem, at lægerne ikke agerer i overensstemmelse med den fastsatte ansvarsfordeling. Der er på flere af centrene behov for en mere klar ledelse, og de faglige ledere bliver oplevet som uvillige til at påtage sig et ledelsesansvar. Sygeplejersker og læger savner økonomisk og administrativ viden.

Topledelsen bliver ikke oplevet som mere synlig end tidligere på trods af, at formålet med omstruktureringen blandt andet var mere entydige ledelses- og ansvarsforhold

Økonomistyring

Der omtales adskillige problemer i forbindelse med økonomistyringen: manglende viden, uddannelse, incitament, ledelsesmæssig opfølgning på produktionens udmeldinger, og manglende detailbudgettering samt produktivitsberegninger. Der bliver dog nævnt tegn på ændringer i forbindelse med økonomistyringen. Således er overlæger og oversygeplejersker begyndt at reflektere over selve betydningen af økonomistyring, og aktørerne hævder, at økonomistyringen i fremtiden vil blive opprioriteret.

Procesaspektet

Det er tydeligt, at selve implementeringsprocessen har haft afgørende betydning for de nuværende fortolkninger af centerstrukturen. Dette kan henføres til selve ændringstrategien og dens udprægede rationelle og strukturelle tilgang, til den samtidige diskussion omkring etableringen af H:S og til de uafklarede ledelsespositioner i den nye struktur. Dette problem går igen i forbindelse med, hvad der betegnes som den udbredte anvendelse af konsulenter, hvis udprægede rationelle og strukturelle løsninger på problemerne bliver opfattet som yderst problematiske. Flere af rapporterne anfører også, at det har været et kulturel chok for organisationen, at aktørerne nu skulle træffe beslutninger om organisering på et grundlag, som man anså for ufuldstændigt. Implementeringsprocessen var også præget af, at diskussionen af H:S kom til at overskygge diskussionerne om centerdannelser. H:S konstruktionen fik en mere fremtrædende betydning på bekostning af den organisatoriske struktureringsproces. Dette var problematisk, idet H:S konstruktionen betød en ændring af præmisser for centerstrukturen - ændring i patienttilgang, mulige fusioner etc. H:S elementet skabte derfor forøget usikkerhed i en allerede uigennemskuelig proces. Endelig foregik der sideløbende med besættelserne af de nye ledelsespositioner professionskampe og deraf afledte interne ledelsesdiskussioner i organisationen.

Medarbejderudtalelser om centerstrukturen og organisatoriske forhold

Analysemodel: en datamatrice

Analysemodellen, som danner basis for kategorisering af medarbejderudtalelser, er baseret på følgende antagelser:

- at centerstrukturen i sine hensigtserklæringer er tænkt som en struktur, der bryder med tidligere organisatoriske principper og derfor meget bredt ændrer på flere forskellige organisatoriske forhold, som overordnet er knyttet til opgave, individ og systemrelaterede aspekter;
- at forskellige aktører og aktørgrupper på Rigshospitalet og på de forskellige centre har meget varierende tolkninger af centerstrukturens overordnede betydning;
- at centerstrukturen ikke er en standardiseret model, hvor det fx er muligt at tale om standardiserede struktureringsmekanismer, koordinationsmekanismer og kriterier for opgaveløsning. Der er snarere tale om, at centerstrukturen antager meget forskellige konkrete udformninger og at disse må undersøges og analyseres nærmere.

Principper for modeludformning

Analysemodellen er bygget op efter følgende principper:

1) *Medarbejderstaben på Rigshospitalet er inddelt i kategorier, som 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.*

- Sygehusledelsesniveau (direktør, lægelig direktør, sygeplejedirektør)
- Administrativt centralt niveau (dvs. på sygehusledelsesniveau)
- Centerledelsesniveau (centerchef og centerchefs sygeplejerske)
- Administrativt centerniveau (dvs. administrative medarbejdere og centerøkonomer)
- Klinikledelse (klinikchef og kliniksygeplejerske)
- Læger
- Sygeplejersker

- Støttestab (portører, køkkenmedarbejdere, vaskeri etc.)

Denne kategorisering af medarbejderstaben og dermed af de forskellige gruppers tolkninger af centerstrukturen vil endvidere tydeligt kunne påvise, hvilke gruppers tolkninger, der har været genstand for megen analyse, og hvor der eksisterer ”hvide pletter” i form af få data.

2) *Centerstrukturens påvirkning af flere forskellige organisatoriske forhold nødvendiggør en fremstilling og synliggørelse af disse.* Disse organisatoriske forhold er følgende:

(A) *Organisatoriske forhold som kan relateres til den samlede opgaveløsning.* Opgaveløsningen er centreret omkring Rigshospitalets kernekompetencer, dvs. patientbehandling og –pleje samt forskning og uddannelse. (A) dækker således spørgsmålet. ”*Foretager medarbejderne på Rigshospitalet sig noget andet efter indførelsen af centerstrukturen end de gjorde tidligere?*”, eller formuleret på en anden måde ”*har centerstrukturen medført en ændring i opgaveløsning og synet på denne opgaveløsning?*”. Her vil fx udtalelser om hvorvidt patienterne bliver behandlet bedre/dårligere/anderledes blive indplaceret, udtalelser om hvorvidt forskningen udføres på en anden måde og udtalelser om hvorvidt uddannelse bliver varetaget på en anden måde. I forhold til opgaveløsning vil udtalelserne endvidere kunne underopdeles i om respondenterne udtaler sig om efficiensparametre (hvorvidt opgaverne løses på samme måde, men med et mindre ressourceforbrug), eller effektivitet (hvorvidt der nu løses andre opgaver end før centerstrukturens indførelse, fx bedre patientinformation, bedre pleje, mindre ventetid for patienterne, færre aflysninger etc.). I forhold til den samlede opgaveløsning er følgende elementer konkretiseret:

- Patientbehandling og –pleje: Er der i forbindelse med centerstrukturen sket en ændring af patientbehandlingen/-plejen? Er denne blevet bedre/dårligere og hvilke elementer har medført at behandlings- og/eller plejedelen er ændret?
- Uddannelse: Er rammerne for uddannelsesopgaven ændret? Er det blevet vanskeligere/nemmere at håndtere uddannelsesaspekter og i givet fald hvorfor?
- Forskning: Er rammerne for forskning ændret som følge af centerstrukturens indførelse?

(B) Organisatoriske forhold som kan relateres til medarbejdernes oplevelse af deres egen individuelle arbejdsituation og -indsats.

Denne individuelle arbejdsindsats opleves og kan måles i forhold til flere forskellige parametre. Parametrene vil variere, dels afhængigt af det enkelte individs personlighed, men også afhængigt af uddannelsesmæssig baggrund samt hierarkisk og faggruppemæssig indplacering. I redegørelsen er følgende parametre prioriteret:

- Motivation: Oplever medarbejderen en højere/mindre/uændret grad af motivation i forhold til arbejdet end inden centerstrukturens indførelse. Af Handlingsplanen (s. 20) fremgår det, at det også er målet at gøre Rigshospitalet til en bedre arbejdsplads. Motivationsbegrebet er her forstået bredt og dækker både basale (tryghed i jobbet, sociale forhold) og højere motivationsparametre (selvrealisering).
- Autonomi: Oplever medarbejderen den samme grad af selvstyre i forhold til egen arbejdsituation som før centerstrukturens indførelse?
- Status: Oplever medarbejderen, at hans/hendes arbejde eller organisatoriske placering har ændret status som følge af centerdannelsen?
- Samarbejde (mellem faggrupper/patienter/enheder): Her analyseret vi, hvorvidt samarbejdsrelationerne mellem de ovennævnte kategorier har ændret sig i forbindelse med centerstrukturen. Er der blevet mere samarbejde mellem de forskellige faggrupper eller er der ikke sket nogen ændring? Samarbejdsparametre er valgt ud fra tidligere undersøgelser (se DSI rapporten) af samarbejdets store betydning for flere grupper af servicemedarbejdere.
- Uddannelse og karriere: Oplever medarbejderne, at forhold omkring de individuelle karriere og uddannelsesforløb har fået ringere/uændrede/bedre vilkår? Status, autonomi samt uddannelses- og karriereaspektet er valgt ud fra professionsteoriens fokus på disse elementer i bl.a. lægernes socialiseringsproces.
- Kommunikationsprocesser (mellem faggrupper/patienter/enheder): Er kommunikationsprocesserne i forbindelse med arbejdsopgaverne ændret og i hvilken retning?
- Tilhørsforhold: Oplever medarbejderne, at centerstrukturen har ændret på deres organisatoriske tilhørsforhold således, at de fx føler en tilknytning til et givet center fremfor en given afdeling?
- Procesaspektet: Har selve implementeringsprocessen i forbindelse med centerstrukturen haft betydning for medarbejdernes oplevelse og fortolkning af den?

(C) Organisatoriske forhold som kan relateres til struktur og systemaspekter.

Her analyserer vi, hvorvidt aktørerne henviser til parametre, der vedrører det organisatoriske system, der forudsættes at understøtte en centerdannelsesproces. Ideen med denne blok er at analysere de grundlæggende forudsætninger, som skulle følge centerdannelsesprocessen. Ændringer i Rigshospitalets kerneopgaver og medarbejderes arbejdsituation skulle således følges af vidtgående ændringer i selve organisationsstrukturen og de organisatoriske systemer, som forudsættes at understøtte tankerne bag centerdannelserne.

Parametrene i gruppe (C) stammer primært fra Rigshospitalets handlingsplan (1994), der blev udarbejdet i forbindelse med centermodellens indførelse. Her bliver der omtalt ændringer i servicesystemet (s. 12), modernisering af infrastrukturen (s. 12), en styrket ledelse (s. 13), en decentralisering af kompetence og ansvar (s.13), indførelse af klare aktivitets- og kvalitetsmål (s. 13), etablering af en personalepolitik og – udvikling (s.13), indførelse af et hensigtsmæssigt aftale- og takstsystem (s. 14) samt en forbedring af aktivitets- og økonomistyringen (s. 19-20). I forhold til analysemodellen har vi udvalgt følgende elementer:

- Servicesystemer: Er der indført en ny støttestab og hvilken betydning har denne ændring evt. haft?
- Økonomistyringssystemer: Er der indført økonomistyringssystemer, som kan understøtte økonomistyringen på alle centrene, og hvilken betydning har disse systemer haft? Økonomistyringssystemer er vigtige for målet om bedre budgetoverholdelse og aktivitetsstyring.
- De/centralisering: Decentralisering af kompetence og ansvar kan understøtte en ændring i medarbejdernes oplevelse af deres egen arbejdsituation og handlerum.
- Ændret ledelsesrolle: Er der sker ændringer i forventningerne til ledelsesadfærd i specifikke positioner?
- Ændret ledelsessystem: Er der er sket ændringer i det samlede system af ledelsesroller?

Analysemodellen er grafisk afbilledet i figur 4.

Generering af data til matricen

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 blevet vurderet og indsat i skemaet i den mest relevante kategori. Nogle udsagn er indsat i flere kategorier, hvis de omhandler flere emner. Hvor der i en rapport var tale om få citater eller vigtige udsagn har vi generelt citeret direkte. Hvor der har været tale om mange citater fra samme respondent om samme emne eller tale om relativt generelle udtalelser, har vi med egne ord gengivet hovedpointerne. Rent praktisk er dataanalysen udført i regnearkprogrammet Excel, der fungerer som strukturerings- og sorteringsredskab. Proceduren for gennemlæsning kan beskrives i punktform:

- Rapporten gennemlæses.
- Informationer til titelbladet bliver udtaget under gennemlæsningen og relevante aktørudsagn markeret i rapporten.
- Udarbejdelse af titelblad og resumé af essensen.
- Aktørudsagn bliver placeret i skemaet, og det bliver noteret i kilden, hvilken kategori det enkelte udsagn blev registreret under. Det er således muligt i skemaet at spore hvert enkelt citat tilbage til kilden.
- Rapporten bliver gennemlæst af en anden person, som kontrollerer, at udsagn er placeret korrekt og at alt relevant materiale er inddraget.
- Fælles gennemgang af materialet, korrektioner og supplementering med henblik på afklaring af uoverensstemmelser.

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.

På baggrund af dette er der blevet foretaget en sammenskrivning baseret på følgende model:

Hovedmønstret i udtalelserne blev 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 faktisk ændring/hensigtserklæringer? Er det muligt at identificere en udvikling? Er der markante/mindre markante forskelligheder 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?

I forhold til datamateriale er respondentantallet betegnet som følgende:

6 - 8 respondenter = adskillige

3 - 5 respondenter = flere

1 - 2 respondenter = få.

Mønstret i datamatricen - hvide og sorte felter

På baggrund af ovenstående skema udskiller der sig to typer af mønstre. Et der illustrerer, hvilke organisatoriske problemstillinger, der er *konkretiseret* i forbindelse med implementeringen af centerstrukturen og et andet, der nærmere *beskriver* disse organisatoriske problemstillinger. Figur 5 viser *konkretiseringen*.

Konkretiseringen af de organisatoriske problemstillinger er bestemt af to forhold. Dels hvilke elementer, som rapporternes forfattere har valgt at belyse og dels hvilke elementer, aktørerne på Rigshospitalet har fokuseret på i interviewsituationer.

Som det fremgår af figur 5 udtrykker flere respondenter sig om organisatoriske forhold, der kan relateres til overordnet opgavevaretagelse. Vi kan også identificere en bred repræsentation af aktørgrupper, forstået på den måde at alle aktørgrupperne har udtrykt sig om centerstrukturens betydning for opgavevaretagelsen.

I forhold til de organisatoriske forhold som kan henføres til medarbejdernes oplevelse af deres egen individuelle arbejdssituation og –indsats ses et andet billede. Således er hverken motivationsaspektet, autonomi og statusaspektet konkretiseret.

Samarbejdsaspektet og kommunikationsaspektet er belyst fra de fleste aktørgruppers side, mens det individuelle uddannelsesaspekt ikke er belyst. Tilhørsforhold er mest sparsomt belyst, men næsten alle aktørgrupper kommenterer procesaspektet.

Organisatoriske forhold, som kan henføres til en struktur- og systemorientering, har både tiltrukket sig rapportforfatteres og aktørers opmærksomhed. Vi har ikke data på centerstrukturens betydning for servicesystemerne (på trods af at dette var omtalt som centralt i Rigshospitalets handlingsplan), mens økonomistyringssystemer, forhold omkring de/centralisering, ledelsesrolle og ledelsessystem er belyst af de fleste aktørgrupper. Dog er decentraliseringsaspektet kun konkretiseret af meget få aktører inden for hver gruppe.

Figur 4: Centerstrukturen og organisatoriske forhold																
	A <i>Organisatoriske forhold som kan relateres til overordnet opgave løsning</i>			B <i>Organisatoriske forhold som kan relateres til medarbejdernes oplevelse af deres egen individuelle arbejdssituation og – indsats</i>								C <i>Organisatoriske forhold som kan relateres til en struktur og systemorientering</i>				
Aktører	Patient-behandling, og -pleje	Uddannelse	Forskning	Motivation	Autonomi	Status	Samarbejde	Uddannelse	Kommunikation	Tilhørsforhold	Proces	Service-systemer	Økonomistyrings-systemer	De/centralisering	Ændret ledelsesrolle	Ændret ledelses-system
Sygehusledelsesniveau																
Administrativt centralt niveau																
Centerledelsesniveau																
Administrativt center-niveau																
Klinikledelse																
Læger																
Sygeplejersker																
Støttestab (portører, køkkenmedarbejdere, vaskeri)																

Figur 5: Centerstrukturen og organisatoriske forhold

At et aspekt ikke er belyst kan enten betyde, at centerstrukturen ikke har nogen indflydelse herpå – en fortolkning som vi anser for plausibel – eller at data ikke belyser relationen.

På tværs af figuren ses en tendens til, at sygehusledelsesniveauets fortolkninger er sparsomt belyst, mens det administrative centrale niveau er bedre repræsenteret. Det faglige centerledelsesniveauet (dvs. centerdirektørenes fortolkninger) er bedre belyst end det administrative centerniveau. I forhold til klinikniveauet er klinikledelsen, lægesiden og sygeplejerskesiden væsentlig bedre repræsenteret end støttestaben.

Sammenfattende må vi konkludere, at skemaet viser, at vort datagrundlag er bredt, men spinkelt. Vi har en bred repræsentation fordelt over hele organisationen, men antallet aktører indenfor de enkelte kategorier er sparsomt.

Analyse af datamatricens kolonner: tendenser og mønstre i opgave-, medarbejder- og systemaspekter

Opgaveaspekter

Vi kan på basis af udtalelserne ikke påvise nogen klar sammenhæng mellem centerstrukturen og varetagelsen af Rigshospitalets kerneopgaver – behandling, forskning og uddannelse. De spredte udtalelser giver hverken basis for at konkludere, at der er nogen direkte - endsige negativ relation mellem centerstrukturen og opgaveløsningen. Centerstrukturen kan dog have medført en vis forskydning af opmærksomhed og energi fra kerneopgaverne til ledelse og økonomistyring. I forbindelse med at centrene ved introduktionen blev tillagt en lægefaglig begrundelse, har den manglende opfølgning herpå skabt en vis frustration.

Intentioner med centrene

Flere faggrupper, dog ikke af læger, beskriver centrene som administrative enheder, der kan optimere produktionen og samtidigt skabe bedre rammer for forskning og uddannelse. Samtidig med at det bliver muligt at styre økonomien, vil

kvaliteten, samarbejdet og servicen blive forbedret. Her bliver der givet udtryk for generelle mål og hensigtserklæringer, dvs. udtalelser der ikke siger noget om, hvordan forholdene er i praksis.

Økonomi versus faglighed

Konflikten mellem faglighed og økonomistyring går igen i forhold til opgaverne. Lægerne fastholder det faglige udgangspunkt i udtalelser som: *"..Jeg bliver dømt på, hvad jeg rent fagligt kan, og derfor er det vigtigt for mig, at den faglige styring er i top."* Og videre *"jeg har ikke tid til at bruge den energi, det kræver at nytænke i forhold til den økonomiske styring"*. Den lægelige logik virker som om den er kommet under pres med udtalelser som *"Et eller andet sted er det åndssvagt, at nogle af verdens bedste læger sidder og administrerer det meste af deres arbejdstid"*. Det bliver udtalt, at økonomi er kommet i fokus frem for faget, og at der går mange kræfter til planlægning, styring og ombygning. Lægerne giver udtryk for bekymring for at opretholde niveauet for specialerne. Det, at specialer er blevet delt som led i den nye struktur, skaber problemer, *"vi kæmper for at holde faget sammen, bl.a. ved fælles konferencer, det går nogenlunde"*, hvilket lægerne er stærkt utilfredse med.

Gruppering og faglighed

Nogle læger mener ikke, at der på noget tidspunkt har været faglige grunde til centerdannelsen. *"Centerdannelsen er en administrativ udsprungen ide - Nissens ide"*, og *"Centerdannelsen har ikke noget reelt fagligt indhold...Patienterne fejler jo det samme."* Aktørerne mener, at den virkelige grund er mulighederne for bedre økonomistyring. Man giver ligeledes udtryk for, at lægefaglige argumenter blev brugt som løftestang, *"Man har påstået, at der er lægefaglige argumenter for at kunne gennemføre centerdannelsen"*, og at arbejdsområderne fungerer som altid. En enkelt giver dog udtryk for at *"Ændringstiltagene er både funktions- og administrativt bestemte"*.

Behandling og patientforløb

Adskillige udsagn fra sygeplejersker og få fra læger giver udtryk for, at et bedre og mere hensigtsmæssigt patientforløb var det vigtigste mål med centerstrukturen. Hvis patienten kunne blive behandlet inden for samme administrative enhed, ville kvaliteten stige. Samtidig ville man kunne fjerne dobbeltarbejde og opnå større effektivitet. Udgangspunktet var således fokus på behandling, *"En stor del af arbejdet [McKinseys*

analyse] lå i at kortlægge patientpleje og samarbejds mønstre, så nogle af de mange grænser patienterne overskred blev elimineret. Dog kunne patientforløbstanken ikke dokumenteres i den forventede grad". Hjertecentret dannede udgangspunkt for centerideen, og det viste sig da også, at "det var mest i hjertecentret, der var noget at hente". Kvaliteten i patientforløbene ville også stige pga. af bedre ledelsesmuligheder i Centrene, "En bedre ledelsesfunktion er en forudsætning for at sikre en forbedring af behandlingen og plejen". Ligeledes skulle de administrative opgaver flyttes fra klinikkerne, så disse kun skulle koncentrere sig om de faglige opgaver.

Vedrørende klinikkerne bliver det fra centerniveau fremhævet, at deres hovedopgave er patientbehandlingen, "de [klinikkerne] skal ikke sidde og høvle i alle disse tal", men koncentrere sig om deres hovedopgave. Der er stor forskel på hvordan klinikkerne løser denne opgave. En læge udtaler, at "nu gælder det om at øge produktionen og få nedbragt ventelister. Herefter følger så integration og undervisning af personalet. Der skal tages udgangspunkt i det enkelte patient forløb".

Der er kun tre citater af én læge der omhandler reelle ændringer eller oplevede forhold vedr. patientforløbet. Det bliver fremhævet, at sygeplejedominerede "fabrikker" giver driftsmæssige fordele, da de giver kontinuitet i behandlingen, og sikrer kvalitet og ensartethed.

Centerdannelsens betydning for patientbehandlingen bliver kun i beskedent omfang omtalt, og med modsatrettede synspunkter. En enkelt læge mener ikke, at den øgede produktion og det bedre samarbejde kan relateres til centerdannelsen. Flere mener, at centerdannelsen har haft betydning for behandlingen. Der er kommet flere nye opgaver, og flere fremhæver positive konsekvenser, fx at et operationsafsnit har fået deres egen anæstesiafdeling. En anden betydning er, at "i centrene opnår man en større kritisk masse og det er derfor muligt at udnytte sengekapaciteten bedre" og at "Det er blevet nemmere at træffe beslutning om kapacitet og aktivitet".

Forskning

Forskning er et emne, der næsten ikke bliver berørt. Der er kun få udtalelser fra læger og sygeplejersker, og de fleste af disse handler om faglig udvikling og ikke direkte forskning. Både læger og sygeplejersker anfører, at der mangler faglig udvikling blandt sygeplejerskerne, som resultat af den nye ledelsesstruktur. Centret bliver omtalt som "fabriksagtig" med fokus på økonomi frem for udvikling og forskning. Der er

dog udtalelser, som peger på en ændring mod større fokus på sygeplejefaglig udvikling, som har været forsømt i starten af centerdannelsen. Lægelig forskning bliver kun omtalt indirekte i to citater; et hvor en klinikleder giver udtryk for at han ”ikke længere er ajour med hvilke indsatsområder RH har, det var han før”, hvilket mere går på forskningen generelt. Og et hvor en sygeplejerske udtaler: ”Personalet undres over, at der bliver tilført penge til forskning samtidig med, at der skal spares”.

Uddannelse

Uddannelse bliver kun omtalt af én læge og to sygeplejersker. De udtrykker tilfredshed med at Centret (Juliane Marie) har fået etableret en pædiatrisk efteruddannelse, ”den er et stort fremskridt”, og en afdelingssygeplejerske siger, at hun selv mangler uddannelse for at kunne varetage sin funktion. En enkelt udtaler, at ”hvis centrene fungerer, er der mulighed for bedre uddannelse både for læger og sygeplejersker”.

Samarbejdsforhold

På basis af udtalelserne kan vi identificere tre forskellige tendenser. Den *første* er, at samarbejdsrelationerne mellem de forskellige styringsniveauer i centerstrukturen ikke er optimale. Samarbejdet mellem centraladministrationen bliver karakteriseret som problematisk, og mellem center- og klinikniveau som svært - man taler to forskellige sprog – men ikke decideret som dårligt. Den *anden* er, at samarbejdet internt i centrene og mellem centrene generelt kan karakteriseres som positivt. Og den *tredje* tendens er, at der synes at være samarbejdsproblemer mellem faggrupper. Tættest knyttet til centerstrukturen er samarbejdsvanskeligheder mellem økonomer og klinikere. Derimod synes den utilfredshed med samarbejdet mellem læger og sygeplejerskegruppen, som specielt ledende sygeplejersker giver udtryk for, men vel at mærke på baggrund af generelt gode samarbejdsrelationer, ikke at være direkte relateret til centerstrukturen. Der peges i stedet på en dominerende lægelig speciale orientering, der er hindrende for en integration mellem faggrupper og specialer.

Samarbejdsrelationerne mellem den nye centerstrukturens styringsniveauer synes således ikke at være tilstrækkeligt udviklede, hvortil kommer, at samarbejdet mellem den nye økonomgruppe og klinikerne hæmmes af forskellige sprog og værdier. Derimod synes centerstrukturen ikke at have nogen indflydelse på samarbejdsrelationerne mellem specialer og de sundhedsfaglige grupper.

Samarbejdet mellem centraladministrationen og centrene

Der udtrykkes markant utilfredshed med samarbejdet mellem center- og centraladministrationen. Her bygger datamaterialet på få udtalelser, men fra tre forskellige niveauer. Utilfredsheden i centraladministrationen går på, at centrene ofte skubber ansvaret fra sig, mens det fra center- og klinikniveau går mere på, at centraladministrationen ikke har føling med, hvad der i virkeligheden foregår med personale og patienter.

Samarbejdet mellem økonomer og læger

Omkring balancen mellem det økonomisk og det klinisk-faglige har vi kun få data fra centerøkonomerne og de fagprofessionelle (kliniklederne). Der er desværre ingen udtalelser fra direktionsøkonomer, som man inden for dette område ville anse for at være en af hovedaktørgrupperne. Specielt de to gruppers fagsprog og gloser, altså deres bagvedliggende rationaler, bliver fremhævet som en faktor, der gør det svært at kommunikere på tværs af de to verdener. De kliniske grupper har andre værdier end det administrative personale, og der skal prioriteres mellem modstridende interesser. I Abdominalcentret er der tegn på, at man søger at forbedre samarbejdet mellem den økonomiske og den behandlingsmæssige ledelse gennem møder, seminarer og løbende kontakter.

Samarbejde internt på centrene

Om samarbejdet på centrene internt har vi adskillige udtalelser, primært fra Abdominalcentret, hvor man vurderer det positivt. Få udtalelser fra både center- og klinikniveau indikerer, at man er rimeligt tilfreds med samarbejdet. Få sygeplejersker udtaler at ledelsen af og på klinikkerne fungerer fint. En centerchefs sygeplejerske fremhæver, at sygeplejerskernes kultur gør det lettere for dem at have et åbent, tæt og direkte samarbejde, hvilket klinikcheferne først skal til at lære. Flere udtalelser fra flere forskellige niveauer, primært klinikniveau, men også en enkelt fra centeradministrationen, viser et entydigt billede af et fint og omfattende samarbejde mellem klinikkerne. Man er tilfreds med måden, det fungerer på, og ser ikke problemer på dette område

Samarbejde på tværs af centre og klinikker

Flere respondenters udtalelser viser entydigt, at samarbejdsforholdene blev opfattet som gode inden centerdannelse, og det har ikke ændret sig. "*...vi kunne aldrig drømme om ikke at samarbejde rent lægefagligt, bare fordi afdelingen lå uden for Abdominalcentret...*". Umiddelbart opfatter man ikke, at der er nogen relation mellem

centerdannelsen og samarbejdet. Få udtalelser fra center- og klinikniveau viser tillige et billede af gode samarbejdsrelationer mellem centerchefs sygeplejersker, centre og klinikker, både internt i centrene og eksternt.

Integration af specialer

Respondenterne udtaler sig om konkrete forhold om sig selv, men også om andre. Datagrundlaget omkring specialer består af få udtalelser, men på flere niveauer og omhandler primært hjertecentret. Billedet viser, at flere læger på forskellige organisatoriske niveauer udtaler sig negativt om integration. Lægerne anser ikke integration for at være nødvendigt for et bedre samarbejde eller bedre patientforløb. Selvom lægerne ser muligheder i integration, så er de bange for, at der skal ske en udvanding af det faglige fundament og en uklar fordeling af samarbejde, kompetencer og opgavevaretagelse. Blandt de medicinske og kirurgiske specialer kæmper lægerne om status, opmærksom m.v., hvorfor de ikke er positivt indstillede over for integration. Medicinere, kirurger, anæstesilæger og sygeplejersker er fire forskellige grupper, og derfor skal man "*...ikke integrere for at integrere...*", da det blot vil give unødige problemer. Udtalelser af positiv karakter kommer fra flere sygeplejersker på forskellige niveauer og få læger. Her ønsker både læger og sygeplejersker øget tværfaglighed og samarbejde på tværs

mellem kirurgi, anæstesi og medicin ud fra begrundelsen "*...vi behandler, plejer og forsker i de samme patienter, derfor burde vi være mere integrerede...*". Flere udtalelser fra både sygeplejersker og læger viser, at der kan tales om to typer af barrierer mod integration. Dels kulturbarrierer i relation til forskellige specialer og faggrupper, og dels nøgleaktøres manglende opbakning til integrationen. Nogle få læger udtaler, at der er "*...nogen, der ikke fuldt ud går ind for den her centeridé...*", centerdirektøren kæmper ikke for integration, hvorfor den går i stå.

Samarbejdet mellem læge og sygeplejersker

Udtalelserne er primært fra centerchefs sygeplejersker, klinikchefer og ledende sygeplejersker. Ifølge flere udtalelser fra ledende sygeplejersker er der et samarbejdsproblem mellem læger og sygeplejersker - "*Jeg har aldrig været på et hospital, der er mere lægedomineret end Rigshospitalet*". De ledende sygeplejersker føler, at overlægerne er fagligt stærke og at de fremfører "*...deres egobehov...*", hvilket går ud over forholdet til de ledende sygeplejersker, der føler sig sat i baggrunden. De ledende sygeplejersker har i stor udstrækning accepteret ændringen, da de har været mere organisatorisk orienterede og kunnet se behovet for ændringer. Sygeplejerskerne støtter integration af specialerne, men ifølge udtalelser fra de ledende sygeplejersker er lægerne imod, hvilket kan skyldes en forskel i lægeligt og sygeplejemæssigt fokus. Dog er der også positive holdninger at spore i materialet, idet få sygeplejersker taler om et øget samarbejde mellem faggrupperne, og at centerdannelsen ikke ændrer det gode samarbejde mellem læger og sygeplejersker.

Kommunikation

Den mundtlige, personlige kommunikation vurderes meget positivt, hvorimod den skriftlige, formaliserede vurderes mere negativt. Kommunikationen mellem organisatoriske niveauer vurderes som kendetegnet ved, at den fremsendte information ikke bliver anvendt godt nok. Specielt virker kommunikationen mellem central- og centeradministration problemfyldt. Endvidere er der – som allerede berørt under ”samarbejde” – kommunikationsproblemer mellem økonomer og klinikere.

Mundtlig kommunikation

Få respondenter fra et enkelt niveau (centraladministrationen) beskriver kommunikationen som dårlig inden centerdannelsen. Efterfølgende synes den at være blevet betydeligt bedre. I materialet er der adskillige udtalelser fra flere niveauer (primært klinik- og centerniveau), som forholder sig positivt til forskellige mødefora. Udsagnene beskriver kommunikationen som god, den løbende dialog som åben, diskussioner som bramfrie og 14.dags møder og månedlige møder i bl.a. centerledelser og hos centerchefsysteplejersker som udbytterige og konstruktive. Selv diskussioner om økonomi tages ikke "*...kun hver tredje måned... det er sådan løbende, når der er behov for det..*". Få udtalelser fra flere niveauer påpeger, at faggrupperne skal vænne sig til at tale sammen og tale samme sprog, men det er svært. I centeradministrationen er holdningen, at "*...lægerne har det med at tale latin...*" og blandt det kliniske personale at økonomi- og planlægningsafdeling ikke kender den kliniske verden, hvorfor de "*...driver dem herud for at lære dem at forstå, hvad en operationsafdeling er.*" Selvom der er nogen vej endnu, er holdningen positiv, og man er åbne over for hinanden.

Skriftlig kommunikation

Omkring registreringen er der få udtalelser fra få niveauer (klinikniveau og centerniveau), der indikerer, at det er et problemfyldt område. De nuværende oversigter er vanskelige at overskue, de månedlige opgørelser er ofte to måneder bagefter og registrerer ikke den egentlige aktivitet. Nogle klinikker er derfor nødt til at have deres egne registreringer, så de har mulighed for at dokumentere, hvad de laver. Enkelte udtalelser indikerer, at man ikke rigtigt får diskuteret den information, der sendes mellem klinikker og centerledelsen. I kommunikationen mellem klinikker og centre viser få udtalelser fra flere niveauer (og kun i relation til Abdominalcentret), at der er sket og fortsat sker en udvikling til det bedre. Centerledelsen er rimelig tilfreds med den økonomiske information klinikkerne sender. I den information centret sender videre til klinikkerne mangler der stadig noget, men det arbejdes der på at forbedre. Centrene ved efterhånden, hvad klinikkerne efterlyser, men klinikkerne bør anvende informationen mere aktivt. Fra klinikniveau er man også rimelig tilfreds og føler, at dialogen er god. Med den skriftlige information, der modtages "*...så hjælper det på det..*". Der er således en udviklingsproces i gang.

Center- og Centraladministration

Centeradministrationen udtrykker utilfredshed med, at centraladministrationen ikke læser de informationer, den får tilsendt, mens holdningen på centraladministrationsniveau går på, at centrene selv bør anvende centraladministrationen mere aktivt. Dog er man fra begge sider enige om, at dialogen ikke rigtigt flyder mellem dem. Få udtalelser fremhæver dog, at i selve budgetlægningsfasen er dialogen god.

Tilhørsforhold

Data belyser kun sparsomt, om der er sket et skift i, hvilken organisatorisk enhed aktørernes føler sig knyttet til efter centerstrukturens etablering. Der udtrykkes overvejende et positivt tilhørsforhold til centrene, idet der dog kun foreligger udtalelser vedrørende Hjerte- og Abdominalcentrene, og overvejende fra ledende sygeplejersker, der primært udtaler sig med fokus på sociale parametre.

Der er få udtalelser, der indikerer positive ændringer. Dels blandt de ledende sygeplejersker i Hjertecentret, der nu mere identificerer sig med centret end med deres specialer, dels blandt portørerne, der inden centerdannelsen følte sig "*...som kvæg, der bare blev drevet rundt med en kæp...*", men nu føler sig mere respekterede og er glade for deres tilhørsforhold til et bestemt center.

Nogle få udtalelser fra de ledende sygeplejersker modificerer dette hovedmønster. De går på, at man i den kliniske dagligdag ikke har kræfter til at fokusere på centret, men at centret egentligt heller ikke er så vigtigt i den sammenhæng.

Centrene er forskellige og personalet fokuserer på forskellige aspekter i deres udtalelser om tilhørsforhold. Vi ser tre forskellige typer af fokus: De fysiske rammer, de faglige og de sociale. Omkring de fysiske rammer udtaler få, at nogle centre kun bindes sammen af centerdirektøren, beliggenheden og navnet. Omkring det faglige fremstår Hjertecentret mere sammenhængende end Abdominalcentret, men igen baseret på få udtalelser. Adskillige fremhæver det sociale aspekt, primært ledende sygeplejersker. Her går udsagnene på, at det for personalet er nemmere at overskue at være en del af et center end at være en del af et Rigshospital, og at kultur og værdier er forskellige fra klinik til klinik. Flere respondenter fremhæver, at der er en god korpsånd i Abdominalcentret.

Proces

Udtalelserne, der bredt dækker de organisatoriske niveauer, viser ikke entydigt utilfredshed eller tilfredshed med processen. De giver både udtryk for, at processen er forløbet for hurtigt, og at den er gået godt, da den er forløbet i et langsomt tempo. Denne variation kan skyldes forskelle i processerne i de enkelte centre, og at udtalelserne refererer til forskellige procesniveauer: *"Manglen på synkronisering i implementeringen har været problematisk; centrene blev implementeret forskelligt. Der er ingen enighed om den interne struktur i centrene, store motivationsforskelle i de forskellige centre osv."*

Antallet af direktørskift bliver af flere opfattet som ret forstyrrende for kontinuiteten i processen: *"...det har været to år [94-96, red.] præget af tumult, ikke mindst pga. de mange direktørskift."* Processen bliver generelt karakteriseret som at have kostet mange ressourcer, og især forud for og i de tidlige faser af implementeringen kendetegnet ved betydelig modstand.

Flere udsagn giver udtryk for generel modstand mod forandring hos både læger og sygeplejersker. Derudover er der nogle konkrete problemer med valg af personer til stillinger, der har givet modstand, samt nogle mere principielle problemer - specielt i lægegruppen. Hvad problemerne var, siger udsagnene ikke direkte, men der gives udtryk for, at man ikke fik så meget indflydelse på processen *"man har ikke altid været optimalt forberedt til møder med direktionen, da man traditionelt har prioriteret det kliniske"*. Den modstand, der omtales, ser ud til primært at have ligget i starten af processen, og flere udsagn peger i retning af personaleudskiftning som én af årsagerne til, at modstanden mindskes: *"De personer der stoppede for udviklingen er væk."* Andre udsagn understøtter, at der ikke kun har været modstand *"personalet har modtaget centerdannelsen som en god ide, og støttet arbejdet med at gennemføre den i praksis."*

Der er et klart mønster i udtalelserne om indflydelse på processen. Der er ingen udsagn, der kommer med klart positive markeringer eller gør opmærksom på den indflydelse, de har haft. Derimod er der flere udtalelser der markant udtrykker det modsatte synspunkt: *"Generelt føler overlægegruppen at centerdannelsen er trukket ned over hovedet på dem, de har ikke været med i beslutningsprocessen,..."* Og endvidere at *"man har i processen haft mulighed for at gøre indsigelser over for direktionen, og er blevet hørt, men kun i det omfang at ændringer var forenelige med*

direktionens planer". I forbindelse med konsulentarbejdet under processen er der ret hård kritik fra enkelte i overlægegruppen, illustreret ved udsagn som:

"Konsulentarbejdet betragtes i hele overlægegruppen som værende uprofessionelt og skuffende" og "Kvaliteten af konsulenternes analysearbejde er meget dårlig og virkelighedsfjern".

Centerstrukturen er ikke en entydig løsning på et problem. Der er flere aktører, der gør opmærksom på, at det er en proces præget af usikkerhed og søgen, der skaber centerstrukturen. I forbindelse med omlægningen af strukturen er der flere udsagn, der peger på magtkampe og usikkerhed som centrale parametre i forbindelse med omstruktureringen. Udsagn som *"Man skulle nok have fokuseret mere på magtrelationerne i organisationen"* og *"Springet fra at være en afdelingsbaseret til at blive en centerbaseret organisation, var for stort et spring, og det resulterede i signalforvirring, kampe internt i ledelserne på de forskellige niveauer og mellem de forskellige niveauer"* illustrerer disse synspunkter.

Fra centralt hold bliver det betonet, at det er en politisk proces at gennemføre ændringerne på Rigshospitalet, og at processen kompliceres af, at der både er interne og eksterne forhold at tage hensyn til.

Økonomistyringsystemer

Der er mange udtalelser fra flere organisatoriske niveauer om det økonomiske aspekt med hovedvægten på klinikniveau. Udsagnene er nuancerede og fokuserer på forskellige aspekter – økonomistyring, økonomi, normering og besparelser, hvilket gør det svært at udlede et klart hovedmønster.

Generelt bliver økonomistyringen efter centerdannelsen opfattet som bedre end tidligere, men endnu ikke som god nok. Det anføres, at det økonomiske ansvar er blevet omplaceret, så der i dag er ret klare retningslinier for, hvad man kan tillade sig økonomisk i den daglige drift. Det økonomiske aspekt er blevet betydeligt opprioriteret i den kliniske dagligdag, og på både center- og klinikniveau udtrykker man forståelse for nødvendigheden af en bedre økonomistyring. Men der er generelt utilfredshed med de officielle statistikker og registreringer. Det er stadig to forskellige verdener, og på klinikniveau savner man uddannelse og redskaber til økonomistyring i den organisatoriske dagligdag.

Ansvar og prioritering

Før centerdannelsen karakteriserer få udtalelser den økonomiske aktivitetsopfølgning som dårlig pga. ansvarsuddelegering (primært udtalelser fra centraladministrationen) og manglende prioritering (primært udtalelser fra læger). Efter centerdannelsen er decentralisering i økonomistyringen en af de vigtigste ændringer, og få citater fra flere niveauer giver udtryk for, at de kan mærke denne uddelegering af budgetansvar. I dag er klinikkerne ansvarlige for deres ressourceforbrug, men klinikcheferne har ikke noget stort økonomisk råderum i den daglige drift: *"..jeg får simpelthen ikke lov til at bruge penge, hvis jeg ikke ansøger om det.."*. Der er indikationer på, at man er tilfredse med at have bedre tidsfrister til at håndtere større besparelseskraav på klinikkerne. Tidligere kom besparelserne ofte *"uventet"*, hvilket skabte utryghed. I dagligdagen på klinikkerne kan man godt mærke, at der er meget få ressourcer, hvilket man selvfølgelig ser som et problem. Omkring prioritering af økonomien har vi nogle få citater fra flere niveauer (både centraladministrationen, center- og klinikkniveau), som udtrykker, at man nu fokuserer meget på økonomi, aktivitets- og budgetstyring i klinikkernes dagligdag. Tidligere havde budgetoverskridelser ingen konsekvenser, de blev ikke taget alvorligt.

Registrering af økonomiske data

Der er betydelig utilfredshed med den måde, de økonomiske tal bliver registreret. Flere udtalelser kritiserer dokumentationens opbygning. Oversigterne er svære at forstå for de kliniske fagfolk, og der mangler nogle mere ensartede retningslinjer for, hvordan den månedlige afrapportering skal se ud. Man ved ikke helt, hvilke tal de forskellige niveauer har brug for at få tilsendt. Der udtrykkes behov for mere detaljerede udskrifter til afdelinger. I få citater fra klinikkniveau bliver det hævdet, at man flere gange har gjort opmærksom på dette problem.

Enkelte aktører udtrykker frustration over, at IT ikke har hjulpet klinikkerne i det driftmæssige, da man har problemer med at komme ind på de nødvendige databaser. Det største problemområde, som udtrykkes fra flere niveauer, er, at de økonomiske tal, man registrerer og sender rundt i organisationen, giver et misvisende billede af virkeligheden. Problemet med at de officielle statistikker ikke stemmer overens med den reelle aktivitet opstår, fordi indtægter og udgifter ikke bliver opgjort ud fra sammenlignelige kriterier. Samtidigt er der dog få udtalelser fra klinikkniveau, der udtrykker en forståelse for den utilfredsstillende registrering: *"...Økonomistyring er vanskeligt, alt skal sættes op mod hvad det koster..."*.

Klinikkerne og økonomi

Klinikkerne skal løfte en økonomistyringsopgave, som er ny for dem. Få citater fra flere niveauer indikerer, at klinikkerne er interesseret i at løse denne opgave tilfredsstillende og at en del af dem også er i stand til det på nuværende tidspunkt. Men den dårlige økonomi ødelægger engagementet. Ifølge flere respondenter fra centraladministrationen kan en god del af klinikkerne magte deres nye opgave. Dog efterlyses bedre økonomisk uddannelse og tilegnelse af nye redskaber, så man kan klare den nye opgave bedre (få citater fra adskillige niveauer, primært klinikchefer og ledende sygeplejersker). I dag lader den økonomisk viden i klinikkerne til at være meget personafhængig.

Få udtalelser fra klinikchefniveau er mere negative og fokuserer på, at normeringen er dårlig, og at centrene stadig har underskud. De føler, at økonomien er en hæmsko i forhold til det kliniske faglige fokus. Klinikcheferne kritiserer rationalet bag budgetoversigter, da "*...budgetterne bør opstilles ud fra faglige præmisser og ikke omvendt: at det er budgettet, der er afgørende for behandlingskvaliteten...*". Ifølge deres opfattelse mangler der i afbalanceringen af det kliniske og det økonomiske en vurdering af det ønskede serviceniveau.

Decentralisering/centralisering

Decentralisering fra centraladministrationen til centrene er et vigtigt aspekt af centerstrukturen, som kun belyses gennem få udtalelser. Disse er spredt over flere organisatoriske niveauer og illustrerer, at decentralisering fra hospitals- til centerniveau går hånd i hånd med en tendens til centralisering fra klinik- og afdelingsniveau til centerniveau.

Fra den centrale administration gives der udtryk for, at målet var "*at mindske kontrolspændet og opbygge organisatoriske enheder, der var store nok til at rumme egen stab*". Der var før centerdannelsen et krav om effektivisering. Det mente man ikke var muligt ved at fastholde den centrale styring, da "*man kunne ikke overvåge/kontrollere så stor en organisation*". Resultatet er, at der fra administrationens side er sket en decentralisering, mens "*det for afdelingerne blev en centralisering*" af beslutningskompetence og kontrol i centrene.

Flere faggrupper, lægerne undtaget, giver udtryk for positive sider ved

centerdannelsen. Administratorerne giver udtryk for, at den decentrale tanke er god - uden nærmere begrundelse. To sygeplejersker på hvert sit niveau udtaler, at beslutninger og administration er kommet tættere på produktionen og *"derived er blevet mere nærværende"*. Centermodellen har også betydet, at økonomien er blevet decentraliseret, hvilket har skabt større økonomisk ansvar. En af sygeplejerskerne siger dog også, at centerledelsen kan virke som et irriterende administrativt led.

To læger på hvert sit niveau giver udtryk for utilfredshed med det, de opfatter som en centralisering. En læge udtrykker at *"efterhånden føler jeg, at der bliver truffet så mange beslutninger over mit hoved, at jeg får fornemmelse af, kun at være en slags lagerforvalter"*. Det bliver anført, at centraladministrationen samlet ikke har afgivet kontrol og beslutningskompetence, men tværtimod øget den, pga. af de divergerende målsætninger på Rigshospitalet. Problemerne med divergerende mål bliver også fremført af én aktør fra centeradministrationen.

Ændret ledelsesrolle

Hovedparten af udsagnene i denne kategori er fra hospitals- og kliniklederniveauet. Disse har forskellige opfattelser af ledelsesrollerne og ikke mindst forskellige interesser i forhold til de hierarkiske niveauer. Den generelle tendens er, at der fra centralt hold tales mere generelt om ledelse og ansvarsfordeling, hvor der på kliniklederniveau er tendens til at forholde sig til egen situation eller faggruppe. Der er endvidere tendens til et klarere skel mellem centraladministrationen og centrene end mellem centre og klinikker.

Der er relativt få udsagn, der forholder sig til før/efter centerdannelsen, det er den nuværende situation, man forholder sig til. Der er ligeledes få udsagn, der er for eller imod centermodellen. Der er dog enkelte udsagn, der forholder sig til den ændrede rolle, primært det administrative versus det lægefaglige : *"Fratagelsen af administrative opgaver fra de tidligere afdelingsledere oplevedes af nogle som en lettelse, fordi det frigjorde tid til patientbehandling/forskning. For andre betød det fratagelse af kompetence og nogle kæmpede mod strukturen både før og efter"*. Der er tegn på en vis problematik omkring kliniklederrollen. *"... Jeg mener dog ikke at jeg ikke kan forstå den økonomiske sammenhæng, det tror jeg nok jeg kan. Men jeg skal jo bruge tid på det, og min tid er for kostbar til, at jeg kan sidde og lege med økonomiske scenarier"*.

Status og indflydelse

Status og indflydelse er emner, flere af udsagnene berører. Udtalelserne går ofte på emner som hvilken faggruppe, der har mulighed for at få stillingen som centerdirektør, eller hvad sygeplejerskernes rolle i den fremtidige struktur vil være. Der er i datamaterialet en klar tendens til at opdele magtproblematikken i to dele, der hver især fokuserer på forskellige aspekter. Dels er der problematikken om faggruppernes indbyrdes kamp om indflydelse, dels det hierarkiske aspekt om hvilket niveau, der skal bestemme hvad.

Faggruppeproblematikken optager direktionen og centraladministrationen på en generel og nærmest pragmatisk måde. De peger i retning af, at man skal finde en måde, hvor der er så lidt modstand som muligt. *"... havde håbet at centerdirektørerne var mere administrativt orienterede, men det er vanskeligt at finde sådanne personer. De skal nemlig være læger, for at centrene skal have respekt blandt fagpersonalet"*. Der er dog også udsagn, der viser, at man er klar over, at det er et prestigetab for nogle læger at miste administrative opgaver. Det er en problematik, der af respondenter højt i hierarkiet har politiske eller taktiske undertoner. *"Lægerne bliver direktører og opretholder deres status, sygeplejerskerne ligeledes i forbindelse med stillingerne som chefsygeplejersker. Dette kaldes senere "Nissens genistreg"*.

På kliniskniveau er udtalelserne mere konkrete og omhandler meget aktørernes egen faggruppe eller personlige position. Der er således flere udtalelser i stil med *"... det er en fordel, at centerdirektøren ikke er en læge. Det gør, at vi andre får lidt mere at sige end andre steder"*. Udtalelser fra sygeplejersker udtrykker bekymring for deres egen faglige position: *"Oversygeplejerskerne er bekymrede for sygeplejerskernes rolle i den fremtidige ledelsesstruktur"*. Der udtrykkes fra enkelte en forventning om konflikt mellem faggrupperne fremtiden. Eksempelvis mellem djøf'ere og fagledere.

Ansvars- og opgavefordeling

Flere udtalelser, både fra hospitals og kliniskniveau omhandler direktionens eller centraladministrationens rolle i forhold til centre/klinikker. Der er også her forskellige nuancer i udsagnene fra de forskellige niveauer.

På hospitalsniveau er formuleringerne generelle og lægger vægt på de mere principielle ledelsesmæssige områder. Det er primært forholdet omkring centerledelse og hospitalsdirektionen, der bliver omtalt. Der er flere udtalelser om ledelsesmæssige

værdier, og hvad der er vigtigt i ledelsen: ”.....synlig ledelse, dialog og dynamik i styringssystemerne og ledelsesværktøjer”. Fra central side er der fokus på centrenes relativt vide rammer. Ledelsesopgaverne er i udpræget grad placeret hos centerledelsen, men det er under central kontrol: ”Centerdannelsen stiller store krav til centerledelserne og koncernledelsen. Der skal være en stærk koncernledelse og der skal fokuseres på central kontrol”. Der udtrykkes fra enkelte ønske om klarere retningslinier for netop ansvarsfordelingen mellem de hierarkiske niveauer.

På klinikniveau er der ikke helt samme stillingtagen til principielle ledelsesspørgsmål, men der er en mere konkret stillingtagen til hvilke områder, der er direktionens og hvilke, der tilhører centeret. Der er flere udsagn, hvoraf det klart fremgår, at man på klinikniveau ser hospitalsdirektionens opgave som klart eksternt orienteret. ”Er der problemer med kapacitetsbehov, økonomi, normeringsforhold, ventelister eller andet, og det ikke kan ordnes indenfor centret skal sygehusledelsen i medier, opinionen og i den politiske verden gøre opmærksom på de interne forhold på RH”. Derimod er den interne opgave at blande sig uden om i videst mulige omfang.

”Centraladministrationen skal ikke blande sig i det der foregår på afdelingerne, men profilere RH udadtil”

Der er således en nuanceforskel mellem de forskellige hierarkiske niveauers opfattelse af ansvarsfordelingen og hvilke ledelsesmæssige opgaver, der skal varetages hvor.

Ændret ledelsessystem

Den generelle ledelsesstruktur er belyst gennem udtalelser, der bredt dækker de forskellige niveauer. Der er klare kritiske eller skeptiske kommentarer til aspekter af centerstrukturens underliggende ledelsessystem.

De konkrete problemstillinger, der bliver taget op er primært, at der er for mange led i hierarkiet og for megen administration og kontrol. Desuden bliver der peget på bemanningen af de centrale ledelsesposter som en afgørende faktor. Eksempelvis ”Vi er i en spændetrøje. Der er for mange, der har for meget at gøre med at kontrollere hinanden” og ”Svagheden i centermodellen er, at centerledelsen og centerdirektøren bliver meget centrale parametre i hvor godt centrene fungerer på ledelsesplan”

Ordvalget viser en negativ holdning til strukturen, og der er meget få udsagn, der benytter positive vendinger. Derudover bliver centraladministrationen af nogle opfattet som et serviceorgan, der skal støtte og hjælpe centrene, hvor andre beskriver centerledelsen som en si, altså uden for megen selvstændig magt.

Der er dog også positive udsagn om centerdannelsen. Bl.a. udtrykker nogle, at krisen ikke er skabt af centerdannelsen, der blot har gjort den synlig. *”Den aktuelle krise er måske ligefrem et tegn på centerdannelsens succes. Centerdannelsen har måske fået information frem om, hvor problemer er henne, noget som den gamle afdelingsstruktur ikke kunne frembringe”*

Der lægges endvidere vægt på, hvilke rationaler eller fagtraditioner, der bliver prioriteret i ledelsessystemet. Der ses en tendens til, at vægten går fra det tidligere rent lægefaglige til det mere administrative: *”Den behandlingsfaglige forståelse er ikke dominerende i centerledelsen, de har en forståelse af økonomien,....”* Det er en ændring i forhold til tidligere: *”Magtfordelingen bliver forskudt til administratorernes fordel.”* I Centrene er opfattelsen, at der er en forskydning mod mere driftsmæssige principper, hvilket enkelte opfatter som negativt: *”Den faglige subspecialisering er ofte i modstrid med driftsmæssige hensyn i forbindelse med patientbehandlingen og det at drive et hospital”* Denne forskydning bliver kædet direkte sammen med centerdannelsen.

Opsummering på centerstrukturens funktion

Mønstret i de tidligere rapporter om Rigshospitalet

Essensen af de tidligere rapporter viser et billede af en problemfyldt implementering af centerstrukturen. Rigshospitalets **kerneopgaver**, patientbehandling, uddannelse og forskning er ikke blevet diskuteret og behandlet i samme grad som de økonomiske og ledelsesmæssige aspekter, hvilket flere personalegrupper oplever som problematisk. Centerstrukturen synes at være blevet koblet sammen med produktivitet snarere end effektivitet.

Samtidig er **motivationsaspektet** blevet nedprioriteret, hvilket har svækket medarbejdernes tilslutning til centerstrukturen. **Samarbejdsproblemer** og kulturelle modsætningsforhold fylder således lige så meget i sygehuset i dag som inden implementeringen af centerstrukturen.

Ændringsstrategien har været økonomisk-rationel og strukturel, både mht. selve **processen** og valget af ændringsagenter - her de eksterne konsulenter. Endvidere har PØT medvirket til at præge processen negativt. **Ledelsesrollerne** er præget af manglende overensstemmelse mellem intentioner og praksis, der både kan henføres til

mangelfulde forudsætninger, prioriteringer og traditionsforankrede holdninger. Som et positivt element optræder **decentraliseringsaspektet**, hvor det dog anføres, at der har manglet værktøjer, som kunne hjælpe aktørerne med at håndtere den øgede grad af decentralisering.

Mønstret i RH-medarbejderes udtalelser om centerstrukturen og organisatoriske forhold

Der kan på basis af udtalelserne ikke påvises nogen klar sammenhæng mellem centerstrukturens implementering og varetagelsen af Rigshospitalets **kerneopgaver** – behandling, forskning og uddannelse. Dog kan centerdannelsen have medført en vis forskydning af opmærksomhed og energi fra kerneopgaverne til ledelse og økonomistyring.

Samarbejdet mellem den nye centerstrukturens styringsniveauer er ikke tilstrækkeligt udviklet, og samarbejdet mellem den nye økonomigruppe og klinikerne bliver hæmmet af forskellige sprog og værdier.

Kommunikationen mellem organisatoriske niveauer er kendetegnet ved, at den fremsendte information ikke bliver anvendt godt nok. Specielt kommunikationen mellem central- og centeradministration synes problemfyldt. Endvidere er der – som allerede berørt under ”samarbejde” – kommunikationsproblemer mellem økonomer og klinikere.

Tilhørsforholdet til centrene er i en svagt positiv udvikling.

Processen bliver både vurderet som forløbet for hurtigt og i et tilpas langsomt tempo. Antallet af direktørskift bliver af flere opfattet som forstyrrende for kontinuiteten i processen. Processen karakteriseres generelt som ressourcekrævende, og især forud for og i de tidlige faser af implementeringen er den kendetegnet ved betydelig modstand.

Centerstrukturens betydning for **motivation, autonomi, status og uddannelse** er ikke belyst.

Økonomistyringen er efter centerdannelsen forbedret, men er stadig ikke god nok. Det økonomiske aspekt er blevet betydelig opprioriteret på både center- og

linikniveau. Der savnes dog uddannelse og redskaber til økonomistyring i den organisatoriske dagligdag.

Decentraliseringen fra hospitals- til centerniveau følges af en tendens til centralisering fra klinik- og afdelingsniveau til centerniveau, således at vurderingerne varierer med niveauplacing.

Ledelsesroller er under kraftigt ændringspres, da centerstrukturens underliggende **ledelsessystem** markerer et brud med både den tidligere hierarkiske struktur og den fagbureaukratiske struktur. Der er følgelig ikke fuld afklaring omkring den hierarkiske ledelseskompetence og afvejningen af faglige versus administrativ/økonomiske opgaver. Det nye ledelsessystem bliver oplevet som meget kontrolorienteret, men det afslører også problemer, såsom ledelsesmæssige uklarheder og manglende økonomisk ansvarlighed, der var indbygget i det tidligere system.

Sammenligning af de to del-analysers mønstre

Generelt fører de to analyser ikke til modstridende resultater. Kun på et enkelt område - samarbejdet internt i centrene og mellem centrene når vi frem til direkte modsatte karakteristika - positivt i medarbejdernes udtalelser, negativt i konklusioner fra tidligere rapporter om Rigshospitalet. På et andet område – omkring implementeringsprocessen – når vi via medarbejdernes uredigerede udtalelser frem til en betydeligt mere nuanceret karakteristik end de tidligere rapporter.

Analysen af medarbejderudtalelser, hvor vi er gået ”bag om” tidligere rapporters analytiske tilgang og teoretiske perspektiver, har således ikke anfægtet tidligere rapporters hovedkonklusioner. Vi har i stedet – som det fremgår ovenfor - fået afdækket supplerende aspekter, således at vi på basis af de to analyser har et langt mere nuanceret samlet billede af processen omkring centerstrukturen. Vi har dog ikke være i stand til nærmere at belyse variationer mellem de enkelte centres udformning og praksis pga. datamaterialets manglende robusthed.

V. Konklusion:

Fælles temaer på basis af forskelligartede kilder

De anvendte kilder dækker flere vidt forskellige genrer: revisionsrapporter, konsulentrapporter, interne rapporter og notater, studieprojekter, specialer og afhandlinger. På basis af vore to tværgående analyser er det imidlertid muligt at udlede nogle hovedkonklusioner. Metodemæssigt må vi dog erkende, at der i vor fortolkning af andres analyser kan være en tilbøjelighed til at lede efter mønstre, snarere end at lede efter modsigelser. Vi må henvise læseren til selv at vurdere, hvor robuste vore overordnede konklusioner er på basis af redegørelsen for den empiriske metode samt tekstens analyse og argumentation.

Vor opsummering af den eksisterende viden om Rigshospitalets centerstruktur tager udgangspunkt i de teoretiske perspektiver, vi præsenterede i indledningen, og som lægger vægt på både de instrumentelle, symbolske og institutionelle aspekter af en organisation.

Centerstrukturen som værktøj: Et ambitiøst organisatorisk redesignprojekt

Ud fra en instrumentel synsvinkel er konkretiseringen af centerkonceptet på Rigshospitalet et omfattende ændringsprojekt, der går ud på at gentænke det grundlæggende strukturelle design, der berører flere parametre:

- Makrostrukturer (gruppering af centrene).
- Beslutningssystemer (decentralisering).
- Planlægnings- og styringssystemer (tværgående forbindelser).
- Centrale positioner (leder- og stabspositioner).

I forhold til centerstrukturen har vi følgende kommentarer til disse parametre:

Kriterierne for *grupperingen* af afdelinger/klinikker i centre er sjældent entydige, men oftere et spørgsmål om afvejning af flere forskellige hensyn såsom størrelse, behandlingsmæssig sammenhørighed, patientflow, funktionsmæssig beslægtethed og beliggenhed. Dette gælder også på Rigshospitalet, hvor kun få af centrene betegnes

som ”naturlige”. Den aktuelle centerstruktur kan således næppe betragtes som endegyldig, hvilket den nylige beslutninger om at nedlægge RHIMA centret illustrerer.

Etableringen af centerniveauet bliver efterfulgt af en *decentralisering* af ledelseskompetence og -ansvar fra hospitalsledelsen til dette niveau. Denne decentralisering er i gang. Men samtidig oplever klinikkerne centerdannelsen som centralisering – en problemstilling, der peger på behovet for at afklare inden for hvilke områder, beslutningskompetencen skal ligge på henholdsvis center- og klinikniveau.

Etablering af et økonomistyringssystem er blevet tildelt første prioritet, og der synes at være etableret basale systemer, der i modsætning til tidligere sikrer kontrol med Rigshospitalets økonomi. Men som *planlægnings- og styresystemer* i forhold til centerniveauet, er der stadig behov for at videreudvikle økonomisystemet og supplere det med andre støttesystemer.

Bemandingen af centerstrukturens *nøglepositioner* – centerdirektørerne og topledelsen – er vigtig for strukturens funktion. Siden 1991 er der skiftet administrerende direktør tre gange; siden 1994 har toogtyve forskellige personer bemandet de ti centerdirektørposter. Man kan således næppe tale om en ny, stabil ledelsesstruktur, men snarere om en struktur under etablering. Udviklings- og uddannelsesaktiviteter i forhold til disse nøglepositioner har med den store udskiftning haft vanskelige vilkår. Dette gør en fortsat udvikling af ledelsessystemets til en central, men vanskelig opgave.

Sammenfattende må centerstrukturen karakteriseres som et særdeles ambitiøst redesignprojekt, der er lanceret i forhold til en nærmest arketypisk organisationsform - det professionelle bureaukrati – og yderligere kompliceret af Rigshospitalets universitetstilknytning. Det kan på denne baggrund ikke overraske, at processen efter fire års forløb ikke er afsluttet.

Der er igangsat flere udviklingsprojekter, som omhandler de nævnte parametre (makrostruktur, beslutningssystem osv.). Det er dog ikke muligt på basis af de foreliggende oplysninger at vurdere projekternes prioritering og ressourceallokering eller den samlede ændringsproces, de er indtænkt i.

Centerstrukturen som symbol: Rystelser i Rigshospitalets kontekst forplanter sig til centerstrukturen

Rigshospitalets indførelse af centerstrukturen sker i en kontekst under forandring. [Beslutningen i 1994 om](#) pr. 1. januar 1995 at [overflytte Rigshospitalet til H:S](#), H:S sygehusplanen (1995) og den økonomiske krise i 1996 er de større rystelser, der specielt henvises til. Overflytningen til H:S styringsregime introducerer dels to nye styringslag over Rigshospitalets direktion - H:S direktionen og H:S bestyrelsen – dels nye krav og forventninger som følge af, at Rigshospitalet skal indpasses i H:S problemkompleks. Krisen i 1996, der nødvendiggjorde den dramatiske plan for økonomisk tilpasning (PØT), synes at have sat sig dybe spor blandt Rigshospitalets aktører.

Det tidsmæssige sammenfald mellem disse kontekstrystelser og centerstrukturens implementering har skabt komplikationer for centerstrukturen, idet den for flere medarbejdere er kommet til at fremstå som et symbol. For det første som et symbol på de generelle styringsreformer inden for sygehusvæsenet og bestræbelserne på at omdefinere Rigshospitalet til at indgå som et element i et regionalt sygehusvæsen. For det andet som et symbol på bestræbelserne på strammere ledelse af sygehuset, som det konkret er kommet til udtryk ved at indskyde et yderligere styringslag mellem det politiske og ressourcebevilgende niveau. For det tredje som et symbol på PØT, som blev den første hårde belastning af det nye styringssystem.

Når denne symbolladning af centerstrukturen bliver kombineret med den interne prioritering af økonomistyrings- og ledelsesrationaler, skabes der basis for fortolkning af centerstrukturen som en påtvunget element, der er fremmed i forhold til hospitalets aktiviteter og traditioner.

Centerstrukturen som ny institution: Legitimitet og politik i centrum

Ydre og indre legitimitet

Inden for sygehusvæsenet er centerstrukturen et nyt organisatorisk element, og Rigshospitalet er det første danske sygehus, hvor den er indført som et overordnet struktureringsprincip. Strukturen er imidlertid kendt fra udlandet, og Karolinska Sjukhuset i Stockholm indførte således allerede i 1990 en tilsvarende divisionsstruktur.

Ifølge vore indtryk fra et besøg på Karolinska (se bilag) forløb divisionaliseringen der mere udramatisk end på Rigshospitalet. Divisionsstrukturen blev beskrevet som et svar på pres fra omgivelserne i form af den nye Stockholmske model for ”køb og salg” af sygehusydelse, men var ikke koblet til en akut økonomisk krise. Det bliver påpeget her – som på Rigshospitalet – at der er en løs kobling mellem varetagelsen af hospitalets kerneopgaver og den nye struktur, men også at modellen på Karolinska ikke anfægtede internt institutionaliserede ledelsesformer. I Sverige har der ifølge vore informanter ikke eksisteret den danske tradition for parallel organisering af sygehusets dominerende faglige grupper, hvilket må vurderes som en afgørende forskel i forhold til implementering af en ny struktur.

Centerstrukturen på Rigshospitalet har derimod på samme tid været et svar på stærke pres fra omverden i forbindelse med økonomiske kriser og et angreb på interne organisations- og ledelsesformer og magtrelationer, der gennem en længere årrække har været taget for givne af de sundhedsfaglige grupper. Centerstrukturen på Rigshospitalet har således både skullet oparbejde ekstern legitimitet – hvad der måske er sket – og intern legitimitet – hvilket synes mere uafklaret.

Forløbet af nye organisationsmodellers implementering må ud fra denne betragtning vurderes i lyset af, om de er forenelige med eller tværtimod anfægter eksisterende lokale institutioner – og derfor skal tilkæmpe sig indre legitimitet.

Centerstrukturen som anledning til politiske processer

Uanset den overordnede ændringsstrategi vil en implementeringsproces af flere års varighed nødvendigvis være åben for påvirkning fra vekslende aktører og andre igangværende reformprocesser eller politiske dagsordener. Reorganiseringsprocessen på Rigshospitalet er blevet kompliceret af ikke blot overordnede samfundsmæssige politiske processer, men også af interne politiske processer.

Større organisationsændringer aktualiserer spørgsmålet om hvem, der har kontrollen med organisationen. Centerstrukturen anfægter grundlæggende den professionelle kontrol, der kendetegner en klassisk sygehusorganisation, og udløser konflikter mellem økonomiske og sundhedsfaglige rationaler. Den indebærer en opprioritering af de første i forhold til de sidstnævnte, og en styrkelse af den strategiske ledelse og det nye mellemliderlag (centerdirektørerne) i forhold til hospitalets produktionskerne.

Selve forløbet af omstillingsprocessen, der har stået på siden 1991, synes at have bidraget stærkt til konfliktniveauet. Der henvises til processen som domineret af politiske processer og en rationel top-down håndtering. Derimod synes de organisations- og fagkulturelle aspekter, som på et sygehus med Rigshospitalets historie er dybt forankrede, ikke at være blevet viet særlig stor opmærksomhed under de første faser. En øget opmærksomhed synes at kunne spores, hvilket kan være betydningsfuldt for de følgende faser.

***Centerstrukturen som lokal konstruktion:
mulighedsrum og organisatorisk praksis***

For de første faser af centerstrukturens introduktion på Rigshospitalet har vi identificeret fem forskellige rationaler, der er blevet knyttet til det. Men i praksis har etableringen af centerstrukturen kun ført til, at kun en begrænset del af de mulighederne, der lå i rationalerne, er blevet realiseret, nemlig bedre økonomistyring og en ny ledelsesstruktur. Derimod peger de anvendte kilder og vore analyser på en dekobling af centerkonceptet fra de rationaler, der omhandlede ”patientforløb”, ”forskning- og udvikling” og ”medarbejderudvikling og – motivation”. I lyset af de gentagne økonomiske kriser og rystelser i konteksten synes dette også at have været en påtvunget prioritering. Det er nu muligt og hensigtsmæssigt at tillægge de andre rationaler større vægt og opmærksomhed.

Datamaterialet synes at pege på, at der nu kan spores et skift i opmærksomhed og realisering af andre rationaler for centerstrukturen. Initiativer, der kan tolkes i denne retning, er de i 1997 påbegyndte etableringer af centerkontrakter [fra 1998](#), ledelsesudviklingsprogrammer, og overvejelser omkring dimensionering og samspil mellem hospitals- og centerstabsfunktioner. Ledelsen bør overveje en klarere konkret og symbolsk markering af skiftet i de rationaler, som man søger at realisere inden for centerstrukturens mulighedsrum.

Litteraturfortegnelse

- Ackroyd, S. (1996) *Organization Contra Organizations: Professions and Organizational Change in the United Kingdom*. *Organization Studies* 17/4:599-621.
- Bentsen, E.Z. (1996) *Sygehusledelse i et institutionelt perspektiv - en analyse af trojkaleledelsesmodellens opståen, spredning og funktion*. Phd-dissertation. Copenhagen: Institute of Organization and Industrial Sociology.
- Bentsen, E.Z. (1997) *Ledelsesstrukturer og deres rationaler - en historisk forståelsesramme*. P.71-92 i Hildebrandt, Steen & Majken Schultz: Fokus på Sygehusledelse. Copenhagen: Munksgaard.
- Borum, F. (1995) *Strategier for organisationsændring*. Copenhagen: Handelshøjskolens Forlag.
- Borum, F. (1997) *Transforming Hospital Management: The (Im)possibility of Change*. Papers in Organization. Copenhagen: Institute of Organization and Industrial Sociology.
- Borum, F. & A.Westenholz (1995) *The incorporation of Multiple Institutional Models: Organizational Field Multiplicity and the Role of Actors*. P. 113-131 in R.W. Scott & S.Christensen, eds. *The Institutional Construction of Organizations. International and Longitudinal Studies*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cooper, D.J., B.Hinings, R.Greenwood & J.L.Brown (1996) *Sedimentation and Transformation in Organizational Change: The Case of Canadian Law Firms*. *Organization Studies* 17/4:623-647.
- Czarniawska, Barbara (1997) *Narrating the Organization. Dramas of Institutional Identity*. Chicago: University of Chicago Press.
- Czarniawska, Barbara & Guje Sevon (1996) *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Denis, Jean-Louis, Ann Langley & Linda Cazale (1996) *Leadership and Strategic Change under Ambiguity*. *Organization Studies* 17/4:673-699.
- Greenwood, R. & C.R.Hinings (1988) *Organization Design Types, Tracks and the Dynamics of Strategic Change*. *Organization Studies* 9/3:293-316.
- Greenwood, R. & R.Lachman (1996) *Change as an Underlying Theme in Professional Service Organizations: An Introduction*. *Organization Studies* 17/4:563-572.
- Kanter, R.M., B.A.Stein & T.D.Jick (1992) *The Challenge of Organizational Change*. New York: The Free Press.
- Meyer, A.D., J.B.Goes & G.R.Brooks (1993) *Organizations reacting to hyperturbulence* p. 66 - 111 in George P.Huber & William H.Glick (eds.) *Organizational change and redesign*. Oxford: Oxford University Press.
- Meyer, J.W. & B.Rowan (1977) *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*. *American Journal of Sociology*, 83:340-363.
- Mintzberg, H. (1979) *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Pfeffer, J. & G.R. Salancik (1978) *The External Control of Organizations*. New York: Harper & Row.
- Powell, W & P. Dimaggio (1991) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago & London: The University of Chicago Press.
- Reed, Michael (1996) *Expert Power and Control in Late Modernity: An Empirical Review and Theoretical Synthesis*. *Organization Studies* 17/4:573-597.
- Rogers, Everett M. & F. Shoemaker (1971) *Communication of Innovations: A cross-cultural approach*. New York: The Free Press.

Røvik, Kjell Arne (1998): *Moderne Organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

Scott R.W. & S.Christensen, eds. (1995) *The Institutional Construction of Organizations. International and Longitudinal Studies*. Thousand Oaks: Sage Publications.