

Politikdannelse og organisering i det danske sygehusfelt

En succes med dårligt omdømme?

Jespersen, Peter Kragh; Sognstrup, Hanne

Document Version

Forlagets udgivne version

Publication date:

1999

License

CC BY-NC-ND

Citation for published version (APA):

Jespersen, P. K., & Sognstrup, H. (1999). *Politikdannelse og organisering i det danske sygehusfelt: En succes med dårligt omdømme?* FLOS - Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet. Handelshøjskolen i København. FLOS Arbejdsrapporter Nr. 1999-1

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

General rights

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

Take down policy

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

Download date: 22. Sep. 2021



FLOS centret

SYOLprojektet

**POLITIKDANNELSE OG ORGANISERING
I DET DANSKE SYGEHUSFELT**

En succes med dårligt omdømme?

Peter Kragh Jespersen

Hanne Sognstrup

**Aalborg Universitet
Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning
September 1999**

FORORD

Som en del af forskningsprojektet: Sygehusorganisation og Ledelse (SYOL projektet) under Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet (FLOS) er der i foråret 1999 gennemført et pilotstudium, hvor 13 nøglepersoner i sygehussektoren er blevet interviewet. Formålet var at få nøglepersonernes kommentarer til en række udviklingstendenser i sygehusfeltet, og specielt deres vurdering af de aktuelt anvendte styringsformer og -midler.

Interviewundersøgelsen kommer ikke til at stå alene. Den vil på et senere tidspunkt blive suppleret med en undersøgelse af de skriftlige kilder i form af centrale rapporter og betænkninger dækkende perioden fra omkring 1970 og derefter (med stigende intensitet i den sidste del af perioden) og med en analyse af den politikudvikling, der er sket i Nordjyllands Amt med hensyn til organisation og ledelse af sygehuse.

Tilsammen skal disse tre delanalyser give et billede af det organisatoriske felt, der omgiver de tre sygehuse, der undersøges i SYOL projektet: Aalborg, Hjørring-Brønderslev og Farsø sygehuse.

SYOL projektet finansieres af Nordjyllands Amt, Sygekassernes Helsefond, Sundhedsministeriet og Aalborg Universitet. Projektleder er Peter Kragh Jespersen. Hanne Sognstrup og Lise Maltha Nielsen er Ph.D studerende knyttet til projektet. Projektet har hjemsted på Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Fibigerstræde 1, 9220 Aalborg Øst.

En nærmere beskrivelse af projektet kan findes på: www.cbs.dk/departments/ioa/flos

1: INDLEDNING

Baggrunden for dette arbejdsrapport er interviews med 13 nøglepersoner fra hele sygehusvæsenet spændende fra ministerium og interesseorganisationer, til amter og sygehuse, samt læsning af centrale publikationer fra de seneste år. Interviewrundens formål var at belyse, hvilke eksterne forhold, som påvirker udviklingen i organisation og ledelse på det enkelte sygehus, samt at efterprøve om forskningsdesignet til den efterfølgende empiriske undersøgelser i SYOL projektet af tre sygehuse i Nordjyllands Amtskommune var velegnet. Interviewene er optaget på bånd og siden udskrevet. Spørgeguiden, der blev anvendt ved interviewene, findes som bilag 1 til denne rapport.

Det er aftalt med respondenterne, at de er anonyme og ikke bliver citeret med navn. I rapporten har vi derfor alene gengivet typiske og markante synspunkter for at fremhæve og uddybe argumenter og argumentationskæder, som er karakteristiske og centrale i det samlede materiale. Metodologisk anvendes altså meningskondensering ud fra de samlede interviewudtalelser. Vi tillægger det dog en vis betydning, hvis bestemte typer udtalelser går igen hos mange af respondenterne.

Interviewpersonerne repræsenterer overvejende ledere og administrativt ansatte, og dermed er det billede, der kan udledes af deres udtalelser, ikke nødvendigvis dækkende for feltet som helhed. De er imidlertid valgt ud, så de dækker forskellige niveauer fra sygehusniveau, over det amtslige forvaltningsniveau til det centrale niveau med ministerier og interesseorganisationer. Hvis vi havde interviewet politikere, udførende professionelle og patienter ville vi sikkert have fået et andet billede. Vi kan imidlertid antage, at interviewpersonerne har vist stor indsigt i vores særlige interesseområde, nemlig udviklingen i New Public Management inspirerede styringsformer og samspillet mellem forskellige niveauer og interesser i sygehusfeltet. Vi vurderer derfor, at udtalelserne tilsammen giver et rimeligt dækkende billede af de problemstillinger, der præger sygehusfeltet med hensyn til nye organisations- og styringsformer. Billedet er respondenternes, men sammenfattet og systematiseret af os, idet vi har søgt at være loyale mod respondenternes udtalelser og den kontekst, de er faldet i.

Det er vores vurdering, at der i disse interviews er mange iagttagelser og spændende udtalelser, om den betydelige styringsmæssige og organisatoriske kompleksitet, som karakteriserer feltet og udgør et vilkår for ledere og de udførende niveauer i sygehuse. Det er en central erkendelsesinteresse i SYOL projektet at få belyst sammenhængene mellem udviklingen i sygehusfeltet og forholdene på det enkelte sygehus. Dette arbejdsrapport er som nævnt første trin heri, og vores fortolkninger og systematisering i det afsluttende analytiske afsnit har følgelig karakter af arbejdshypoteser og foreløbige konklusioner.

En feltanalyse, som dette arbejdspapir er en del af, kan foretages på flere måder. Man kan på forhånd fastlægge, hvilke dimensioner man anser for centrale for at indfange feltets karakter og dynamik og derefter indsamle data, der belyser de valgte dimensioner (Meyer og Scott 1991 og Scott, Mendel og Pollack 1997). Vi har imidlertid valgt at gå induktivt til værks (jf. f.eks. Greenwood, Ruddaby og Hinnings 1999) ud fra den grundlæggende betragtning, at feltets aktører, og især den interviewede gruppe, gennem deres fortolkninger af feltets virkelighed og de deraf følgende handlinger, selv er med til at forme feltets udvikling. Derfor er det centralt, at få kortlagt hvordan aktørene oplever sammenhængene i feltet, og hvorledes deres virkelighedsbillede ser ud.

Nøglepersonernes viden og erfaringer afspejles i deres opfattelser og udtalelser, og på den måde er de tolkninger af sygehusfeltet i Danmark. Den slags tolkninger afspejler ikke alene nutidige forhold. De fleste informanter har lang erfaring og er præget af den historiske udvikling, den politisk-administrative tradition og professionernes relativt stærke position i Danmark. En samlet feltanalyse vil som nævnt forudsætte mere omfattende historiske studier af skriftlige kilder, som betænkninger, artikler m.m. Den samlede feltanalyse sigter mod at kunne belyse såvel regulative, normative og kognitive institutionelle strukturer og processer i feltet.

2: HVAD PRÆGER UDVIKLINGEN I SYGEHUSFELTET ?

Vi begyndte interviewene med et åbent spørgsmål, hvor respondenterne selv fik lov til at prioritere hvilke temaer og udviklingsdynamikker, de ville trække frem og kommentere. Selv om vi spurgte til de vigtigste forhold, som styrer udviklingen, var det tydeligt, at respondenterne gerne ville tale om de centrale aktører i sygehusfeltet. Det var tilsyneladende svært for respondenterne at sondre mellem de langsigtede “objektive” faktorer og aktørbestemte forhold. Svarene repræsenterer efter vores opfattelse respondenternes umiddelbare opfattelser af de styrende kræfter og aktører.

Følgende forhold blev fremhævet med de hyppigst nævnte først:

- De økonomiske rammer

- Faglig udvikling og ændrede patientforventninger i kombination med mediernes dækning af sundhedsområdet

- Den medicotekniske udvikling (især nye lægemidler)

- Opbrud i den politiske styring af sygehusfeltet (kombineret med mediedækningen)

- De faglige organisationer

- Lægernes indflydelse herunder samspillet med primærsektoren.

De økonomiske rammer

Betydningen af de økonomiske rammer viser sig tydeligt, idet respondenterne peger på den grundlæggende modsætning mellem begrænsede økonomiske ressourcer udmøntet i en effektiv rammsstyring på den ene side, og den stigende efterspørgsel efter sygehusydelse på den anden side. Denne grundlæggende modsætning skærpes pga. mere bevidste, krævende og informerede patienter, mediernes selektive og flygtige interesse samt en hurtig lægefaglig udvikling, der for tiden især viser sig på det medicinske område, hvor det forventes, at medicinalkoncerne vil udvikle mange nye kostbare mediciner.

Situationen beskrives som grundlæggende styret af denne modsætning. Alt andet er indpakning og staffage, som det blev udtrykt af en respondent. En anden tegner billedet af en vulkan, hvor problemerne efterhånden bevæger sig op i spidsen, hvorefter vulkanen må sprænges på et eller andet tidspunkt.

Faglig udvikling, ændrede patientforventninger og mediedækning

De større patientforventninger hænger meget tæt sammen med mediedækningen og patientorganisationerne samt de nye muligheder for informationssøgning, især brugen af internettet. Respondenterne peger mest på de kvalitative ændringer i form af mere krævende og vidende patienter, der også har fået flere formelle rettigheder end tidligere. Det giver sygehusene prioriteringsproblemer, fordi de mest krævende og vidende ikke altid er dem, der har mest behov for behandling og opmærksomhed. Et eksempel er patienter, der møder op på onkologiske centre medbringende udskrifter fra internettet om de sidste nye kræftbehandlingsformer i andre lande. Når de spørger, hvorfor de ikke selv kan få disse behandlinger, kræver det stor indsigt og et stort beredskab at forklare patienterne om de prioriteringer, der er foretaget i Danmark på forskellige niveauer. Der er kun sjældent hjælp at hente fra de centrale instanser i form af systematiske vejledninger eller MTV vurderinger. Der peges på en markant forskel i det tempo, hvori resultater offentliggøres via sponsorerede internetsider sammenlignet med det tempo, hvori myndighederne kan understøtte de behandlende afdelingers personale med politiske og faglige argumenter. Eksemplet illustrerer, hvordan medier og patienter kan påvirke sygehusene og mødet mellem patient og behandler. Den samme udvikling påvirker imidlertid også det politiske system.

Sagen om beta-interferon behandling af sclerosepatienter er meget illustrativ i så henseende, og respondenterne refererer en del til dette eksempel.

Den starter ifølge respondenterne med, at en enkelt patient, ansat i det firma der fremstiller medicinen, henvender sig til Viborg Sygehus og får tilladelse til at blive behandlet med den beta-interferon medicin, han selv medbringer. Herefter spredes viden om behandlingen hurtigt til andre via scleroseforeningen. Amtet udvider tilladelsen til flere, og så ruller snebolden godt hjulpet af medierne og det frie sygehusvalg, som reelt betyder, at Viborg Amts beslutning kommer til at gælde for alle amter. Den efterfølgende medicinske teknologivurdering var et forsøg på at styre udviklingen, og amternes fælles beslutning om ikke at udvide anvendelsen til patienter i en fremskreden fase var et andet. Kombinationen af mediepres, pres fra medicinfirmaet og scleroseforeningen samt oppositionspolitikere i folketinget var så stort, at sundhedsministeren i 1999 valgte at pålægge amterne at indføre behandlingen også for patienter langt fremme i forløbet, hvor dokumentationen for effekt anses for tvivlsom. Sagsforløbet anses som illustrativt for fremtidens prioriteringsproblemer, og der forventes mange flere af samme art, specielt på det medicinske område, bl.a. fordi der er så store økonomiske interesser i at udvikle virksomme medicinske behandlinger til kronisk syge. Vi har kun set toppen af isbjerget, lyder en karakteristisk vurdering, og der efterlyses mere faste modeller for prioritering og styring netop på medicinområdet. Man påpeger det paradoksale i, at stigningerne i sygehusenes medicinudgifter fører til færre behandlinger på

andre områder pga. rammebudgetteringsprincippet, mens en tilsvarende stigning på sygesikringsområdet blot fører til øgede udgifter, uden at der er mulighed for at gribe effektivt ind. Der er dog ingen, der giver konkrete bud på de efterlyste prioriteringsmodeller.

Opbrud i den politiske styring af sygehusfeltet

Opbruddet i den politiske styring viser sig ifølge respondenterne på to forskellige måder. For det første en umiddelbar mediebar politikdannelse, der typisk sker via enkeltsager. Respondenterne giver konkrete eksempler på, hvor hurtigt sager rejses, hvor let det er at få de politiske aktører til at skifte standpunkt, og hvor problematisk det efterfølgende er for aktørerne i de udførende niveauer at arbejde videre med resultaterne af denne form for ad hoc politikdannelse. Der er betydelig frustration over tendensen til usammenhængende indgreb, men samtidig udvises en vis forståelse for politikernes arbejdsvilkår, og man er godt klar over, at politikerne også opsøger medierne, og at arbejdsdelingen mellem folketing og amtskommuner ikke gør det lettere for politikerne at tackle konkrete sager.

Typisk vurderes folketingets indflydelse som “mindre betydningsfuld”, “stærkt overvurderet”, “lidt amerikaniseret” og “præget af populære enkeltsager, som kan forstås på Ekstrabladets forside”. Der gives udtryk for, at folketinget leder efter en mening med tilværelsen, og at den eneste måde, de enkelte medlemmer får pressebevågenhed på, er at være bannerfører for enkeltsager. Der efterlyses mere fokus på, hvad det egentlig er, partierne politisk vil med sektoren, og der peges på en markant forskel i politisk reguleringstradition mellem socialektoren, uddannelsessektoren og sundhedssektoren. Manglen på rettigheder for borgerne indenfor sundhedsområdet fremhæves, og en af respondenterne siger det således: “Det er absurd, at man i Danmark har ret til at tage hele familien med til Bali på forældreorlov, men hvis ens gamle mor har brug for en røntgenundersøgelse, så må vi se, hvornår vi får råd”.

For det andet viser opbruddet i den politiske struktur sig som tendens til øget statslig styring. Respondenterne peger på to betydningsfulde beslutningsarenaer i denne sammenhæng. Den ene er finanslovsforhandlingerne, og den anden er de årlige forhandlinger mellem Amtsrådsforeningen og Regeringen om de økonomiske rammer for amtskommunernes udgifter.

Der er ikke megen forståelse for regulering af sygehusene via finanslovsforhandlingerne. Resultaterne opfattes som ideologi- og medieprægede, uigennemtænkte og præget af hovsaløsninger etableret “5 minutter før lukketid”. Det sker i fora, der ikke synes at have megen viden om sundhedsområdet, og hvor de driftsmæssige og amtspolitiske synspunkter ikke kan gøres effektivt gældende, til trods for at amterne stadig står med ansvaret for

området. Eksempler på finanslovsforlig, der fremhæves, er ventetidsgarantierne på hofteknæ- og discusprolapsoperationer fra 1995, indførelse af DRG baseret budgettering fra 1999 og ventetidsgaranti for en række alvorlige diagnoser 1999. Kritikken går ikke på politikernes ret til at gribe ind, hvor de finder det nødvendigt, men på detailleringsgraden, den manglende forberedelse og indgrebenes selektive karakter. Den type indgreb ødelægger den faglige prioritering og går ud over patienter, der burde gå foran de grupper, folketinget har prioriteret, lyder argumenterne. DRG budgettering, hvor pengene skal følge patienterne helt ud på afdelingerne, kritiseres for ikke at være forberedt og for at være uforenelig med rammebudgetteringen, hvis der skal være reelle økonomiske incitamenter for de behandlende afdelinger.

Tolkningen i feltet er, at finanslovsforhandlerne og finansministeriet har for stor indflydelse på et område, hvor de ikke kan gennemskue konsekvenserne af beslutningerne. En respondent udtrykker det således: "På den ene side virker det jo handlingsstærkt, man træffer bare beslutningerne. På den anden virker det dybt utroværdigt overfor dem, der bliver berørt, hvad enten det er borgerne eller de udførende led".

Det andet beslutningsforum er de årlige økonomiforhandlinger mellem amtsrådsforeningen og regeringen. Dette forum vurderes som det vigtigste og afgørende. Også i dette forum er tendensen i 90'erne, at der knyttes flere detaljerede indholdsmæssige betingelser til den overordnede økonomiske rammeaftale. Flere midler bliver således øremærkede i puljer til bestemte formål som f.eks. nedbringelse af ventelister på hjerteområdet, psykiatriplan og lignende, samtidig med at det aftales, hvilke foranstaltninger amterne skal gennemføre på en lang række andre områder.

Dette forum har betydelig større legitimitet i feltet, først og fremmest fordi man oplever at kunne få indflydelse via Amtsrådsforeningen og Sundhedsministeriet. Som eksempler nævnes hjerteplanen og den kommende kræftplan.

Uanset den relativt større legitimitet kommuneforhandlingerne har opnået, er den generelle vurdering af den centrale politisk-administrative styring, at der ikke er tale om et system i balance. Tværtimod peges der på, at rollefordelingen er uklar og problematisk. Som forklaringer herpå anføres, at der efter kommunalreformens decentralisering er opstået et styringsmæssigt tomrum, at befolkningen aldrig rigtigt har forstået arbejdsdelingen mellem staten og amterne, at amtsrådsforeningen anses for svag og splittet, og at de enkelte amtskommuner ikke har givet sundhedsområdet den politiske opmærksomhed, som dets betydning skulle tilsige. Men det nævnes også, at en række centrale initiative, især indførelsen af det frie sygehusvalg, har frataget amterne styringsmuligheder, samtidig med at de fortsat

har ansvaret for økonomien og de samlede prioriteringer.

En typisk vurdering går ud på, at folketinget som det overordnede niveau i virkeligheden ikke har ret meget at skulle have sagt ift. sundhedsvæsenets udvikling, hvis kommunalreformens opgave- og byrdefordeling skal respekteres. Alligevel er dets ønske om at styre voksende. Derudover er det et problem, at de forskellige niveauer “sender aben rundt”. Hermed refereres der til modsætningen mellem det centrale niveaus stigende specifikke indgriben og den samtidige fastholdelse af amternes ansvar for de samlede prioriteringer. Det typiske problem opstår, når det centrale niveau via finanslovsforlig og kommuneforhandlinger har udstukket økonomiske rammer ledsaget af specifikke forudsætninger og efterfølgende konstaterer, at de forudsatte resultater ikke eller kun delvist er opnået. Reaktionen fra det centrale niveau er ofte yderligere indgreb af samme type eller forstærket specifik styring, og samtidig henviser amterne til nødvendigheden af samlede prioriteringer, personalemangel, ændringer i sygdomsbilledet m.m som forklaring på de manglende resultater. En af respondenterne kommenterer mønstret således: “Amterne har krampagtigt holdt fast i selvbestemmelsen på den måde, at vi må hellere gøre, hvad de siger, for ellers kommer de bare og dikterer, hvordan det skal være, og det har man for alt i verden villet undgå”.

På den anden side er der heller ingen tiltro til, at staten egentlig er interesseret i at overtage driftsansvaret. I hvert tilfælde er det en vurdering, at finansministeriet vil bekæmpe tanken med næb og klør bl.a. med baggrund i erfaringerne fra Rigshospitalet. En situation, hvor alle personalegrupper kunne få direkte adgang til folketinget om driftsproblemer anses bestemt ikke for ønskelig eller realistisk i de centrale ministerier, lyder vurderingen.

Sammenfattende peger respondenterne på, at opbruddet i den politiske styring af sygehusvæsenet viser sig ved en uenighed og uro om arbejdsdelingen mellem de politisk-administrative niveauer. Arbejdsdelingen er i sig selv blevet en vigtig del af den løbende politiske diskussion i sundhedssektoren, og netop det fænomen er måske medvirkende til, at der efterlyses mere indhold i sundhedspolitikken. Der spores en vis træthed over spillet med at sende “aben” rundt mellem niveauerne.

Den arbejdsdeling, som blev etableret mellem stat og amter i forbindelse med kommunalreformen, vurderes at være under pres, men der er alligevel ikke formuleret noget alternativ med klar politisk opbakning. Det centrale niveau har fået stigende indflydelse, og baggrunden for det skal bl.a. findes i pres fra patienter, patientforeninger, medicoindustrien samt politikernes ønske om profilering af sig selv og partierne på sundhedsområdet, alt forstærket af mediernes fokus på enkeltsager.

Amtsrådsforeningen og amterne har ifølge respondenterne haft svært ved at finde deres rolle i denne udvikling. De forsvarer fortsat det amtslige selvstyre og fremhæver det samlede drifts- og prioriteringsansvar, men de er i en defensiv position og har reelt mistet styringsmuligheder, som de tidligere havde.

De udførende niveauer er på den ene side frustrerede, men samtidig åbner den uafklarede situation gode muligheder for at decentrale (faglige) aktører, ikke mindst via medierne, relativt let kan sætte landspolitiske dagsordener, som det f.eks. er sket med kræftplanen og folketingets vedtagelse af brystkræftscreening.

De faglige organisationer

De faglige organisationers betydning fremhæves ikke af nøglepersonerne. Der er dog flere som peger på overenskomsternes arbejdstidsregler som en hæmsko, men de eksempler, der gives, illustrerer snarere, at den egentlige hæmsko er, at det er dyrt at fravige den almindelige arbejdstid. Dermed bliver overenskomsterne kombineret med rammestyningen alligevel en væsentlig restriktion. Der peges også på, at reglerne for vagtberedskaber, f.eks. på anæstesiområdet, er skruet sammen på en måde, der gør det unødvendigt dyrt at opretholde akutte beredskaber på mindre sygehuse.

Ellers peges der på den betydelige og stigende indflydelse, som de lægefaglige selskaber har opnået, ikke mindst i forbindelse med hjerteplanen og kræftplanen, men også mere generelt. Der refereres bl.a. til Dansk Medicinsk Selskabs rolle i forbindelse med planerne om at bygge sygehusvæsenet op omkring funktionsbærende enheder på tværs af sygehuse og amter. Respondenterne gav udtryk for, at lægestanden står stærkere end tidligere i prægningen af udviklingen, og at der lyttes mindre til andre faggrupper, hvis de overhovedet tages med på råd.

Lægernes indflydelse

Lægernes indflydelse har måske i en periode været truet, men nu vurderer de fleste respondenter, at de igen står stærkt på sygehusområdet. Det skyldes en kombination af lægefaglige udviklingstendenser, rekrutteringsvanskeligheder i mange amter og lægernes evne til at sætte dagsordener i medierne. En af respondenterne formulerer lægernes position således: ”De har ingen grund til andet end at tale faglighed, de behøver slet ikke at tale om sygehusstruktur. Det giver sig selv, for kuglen løber ned i deres hul, helt af sig selv”.

Den indirekte indflydelse, som ligger i uddannelsessystemet, ikke mindst speciallægeuddannelsen fremhæves, og der peges på, at manglen på uddannede speciallæger og praktiserende læger kan få meget stor betydning for samspillet mellem primærsektor og sygehuse. Der udtrykkes undren og kritik over, at der endnu ikke foreligger planer for,

hvordan man vil uddanne de store generationer af læger, der om ca. 1 år vil påbegynde speciallægeuddannelsen (speciallægekommisionens arbejde vurderes at komme for sent), især fordi det længe har været et forudsigeligt problem. Det samme gælder for rekrutteringen til almen praksis, hvor der forventes både kvantitative og kvalitative problemer.

3: STÆRKE OG SVAGE SIDER VED DET DANSKE SYGGEHUSVÆSEN ?

Som en del af den overordnede karakteristik af sygehusfeltet i Danmark bad vi respondenterne om at vurdere, hvad man i Danmark var gode til, og hvad der gik mindre godt eller skidt, når det drejer sig om den overordnede styring. Ligeledes bad vi dem vurdere, hvordan den overordnede styring ville udvikle sig de kommende år. Svarene afspejler en karakteristisk blanding af stolthed på nogle områder og tvivl/usikkerhed på andre.

Stærke sider

Det stærkeste element ved det danske sygehusvæsen vurderes entydigt som evnen til at styre de samlede udgifter og alligevel få meget ud af pengene. Rammestyringsprincippet, og ikke mindst udmøntningen af rammestyringen i form af økonomiaftaler mellem stat og amter, fremhæves. Der lægges vægt på, at een af årsagerne til succesen er, at der især tidligere har været en tilpas handlefrihed for amterne i dette system.

Dette er velkendt, men næsten ligeså entydig er respondenternes vurdering, at det danske sygehusvæsen er rigtig godt til at få udbytte af de relativt få penge, men ikke er i stand til at dokumentere det.

Både mht. aktivitetsniveau og evne til at opdage og ibrugtage nye behandlinger og mht. kvalitet er vurderingen, at man klarer sig godt, også i en international sammenligning. Det er imidlertid påfaldende, at så mange påpeger manglen på troværdige systemer, der kan dokumentere resultater og produktionsomfang. Det skyldes ikke, at der registreres for lidt i Danmark, for flere fremhæver, at vi har en omfattende registrering i f.eks. landspatientregistret, men det sker på en måde, der ikke er hensigtsmæssig som dokumentation i forhold til politikere og offentlighed. Heraf følger, at man ikke i feltet rigtig har noget modspil til det billede, der tegnes via enkeltsager i offentligheden.

På plussiden fremhæves det også, at man, sammenlignet med andre lande, har relativt få omkostninger til bureaukrati/ administration, at man har været gode til at undgå den omfattende centrale detailstyring, der huserer i visse lande, og at man modsat den almindelig opfattelse er gode til at gennemføre omstillinger hurtigt, hvad enten de skyldes ændrede patientkrav og -forventninger eller politiske krav.

Praksissektorens organisering og samspil med sygehusene nævnes også af flere, hvor LEON princippet om indgreb på det laveste effektive omsorgsniveau stadig virker effektivt. Måske kan filtret næsten være for effektivt, så behandlingskrævende patienter ikke får specialistbehandling i tide. I den forbindelse nævnes det, at sygehusene bør være mere aktive

i samspillet med og uddannelsen af de praktiserende læger, hvis man også i fremtiden skal anvende LEON princippet optimalt.

Endelig nævnes det som en stor fordel, at driften af sygehusene har forankring i et politisk folkevalgt niveau, ikke mindst når vanskelige prioriteringer skal forklares og begrundes ift. patienter og borgere. Det betyder, at det er muligt at føre en offentlig diskussion, og at afgørelserne ikke overlades til embedsmænd og fagfolk alene.

Svage sider

Af mindre gode sider peges der som allerede nævnt på, at man ikke ved nok om sammenhængen mellem ressourceforbrug og resultater. Der mangler velfungerende registreringssystemer, men også til mangel på systematiske (MTV) vurderinger af nye og ikke mindst allerede anvendte behandlings- og plejemetoder. De fleste anerkender, at det er vanskeligt at dokumentere alle relevante sider af en kompleks sygehusproduktion, men man ønsker ordentlige former for dokumentation og er dybt skeptiske overfor simple kvalitetsmål (f.eks. antal operationer per afdeling), som vil være misvisende specielt i forhold til politikerne og patienternes valg mellem sygehuse.

Dernæst nævnes ventetider, kapacitetsproblemer og en for "effektiv" filtrering i praksissektoren. Alt sammen forhold som gør adgangen til sygehusene besværlig og medfører øget risiko for patienterne i en række tilfælde. Disse forhold kan føre til skred i befolkningens tillid til sygehusene.

Endelig nævnes det, at der mangler offentlig debat og åbenhed om, hvad man fagligt kan og ikke kan i sygehusene, bl.a. fordi det i fremtiden vil være meget svært at få råd til det hele. (Det kan blive nødvendigt at påvirke befolkningens forventninger for at skabe opbakning bag sundhedsvæsenet).

Sammenfattende kan man måske bruge en af respondenternes ordvalg og karakterisere respondenternes opfattelse af det danske sygehusvæsen som: "En succes med et dårligt omdømme". På den ene side er der bevidsthed om de gode sider, men det erkendes, at dokumentationen for succesen og evnen til at formidle den til politikere, medier og patienter er for svag, at adgangen til sygehusydelse er problematisk på en række områder, og at omdømmet derfor er for dårligt i forhold til virkeligheden.

4: CENTRALE AKTØRER I SYGGEHUSFELTET

Efter de helt generelle spørgsmål spurgte vi mere eksplicit til respondenternes opfattelse af en række aktører og deres indflydelse nu og i fremtiden. Svarene er her mere styrede, fordi vi spurgte til bestemte aktører og ikke lod respondenterne bestemme, hvem de ville nævne. Rækkefølgen i spørgsmål og svar afspejler det politisk-administrative systems opbygning og er ikke udtryk for, hvem der anses for vigtigst hos respondenterne.

Finansministeriet:

Finansministeriets rolle vurderes gennemgående som betydningsfuld og af stigende betydning. Der er dog nuancer i vurderingen, bl.a. nævnes det, at der naturligvis er et tæt samspil mellem sundheds- og finansministerium, og at det ikke er alt, der skrives på finansministeriets brevpapir, der stammer derfra. Alligevel er der bred enighed om, at tankegodset mht. økonomiske og organisatoriske reformer i de senere år er kommet fra finansministeriet. Det er en del af en mere almen udvikling, som en respondent ironisk spørgende kommenterer således: “Er det rigtigt, at vi kun skal have et ministerium, og det har vi jo i virkeligheden med et finansministerium, der sådan set lægger rammerne for alt andet. Det synes at være umuligt for fagministre rigtigt at komme frem på deres felt, med noget der er visioner i, f.eks. på sundhedsfeltet.”

En anden fremhæver, at fagministrene bruges som “stik i rend dreng og sekretærer” for finansministeriet og en tredje, at ministerier, der “skejer ud”, risikerer at blive straffet efterfølgende. Det er således opfattelsen, at ministeriet har stor magt, men der nævnes også svagheder: “Der er tale om dygtige, velbegavede unge akademikere, men de har aldrig været ude i det virkelige liv. De aner ikke, hvordan tingene hænger sammen. Så først når de har gjort karriere i finansministeriet og lavet reformer, kommer de ud og sidder på lederposter, og det er for os at se den omvendte verden”.

Sundhedsministeriet:

Sundhedsministeriet karakteriseres forskelligt af respondenterne. Nogle mener, at ministeriet ikke er særlig stærkt og hæfter sig ved, at de ikke selv “styrer pengene” og derfor altid må forhandle sig frem både i forhold til finansministeriet og amtskommunerne. En enkelt karakteriserer på denne baggrund ministeriet som et holdningsministerium. Andre fremhæver, at ministeriet har flere ansigter. En del af ministeriet siges at ligge i læ af finansministeriets ønske om økonomisk incitamentsstyring som den dominerende styringsmåde via kommuneforhandlinger og finanslov. En anden del (sundhedsstyrelsen) er mere indstillet på at gå i dialog med amterne/HS om løsningen af konkrete problemkomplekser, og “ de får altså også en del ting igennem”, som det udtrykkes. Det er lettere for de decentrale aktører at

komme i kontakt med denne del af ministeriet, og forholdet hertil karakteriseres i almindelighed som sagligt og godt.

Amtsrådsforeningen:

Amtsrådsforeningen har respondenterne ikke mange kommentarer til. Nogle karakteriserer ARF som relativt god til at markere sig politisk ift. det centrale niveau, men dens administrative apparat på sygehusområdet vurderes som utilstrækkeligt og udstyret med for få handlemuligheder til at kunne fungere som effektiv varetager af amternes interesser på sygehusområdet. ARF kaldes en mærkelig træt organisation med 14 stærke enkeltmedlemmer, som ingen kan få til at gå samme vej. Det kollektive islæt i interessevaretagelsen bliver derfor svagt og præget af, at det vigtigste er ikke at genere hinanden.

Amtskommunerne og HS:

Amterne og HS vurderes som vigtige aktører, der fortsat har stor frihed til at tilrettelægge sygehusdriften, selv om det også påpeges, at de i realiteten ofte handler ens, og at det måske netop er årsagen til, at det centrale niveau fortsat i Danmark kan leve med et så decentraliseret system.

Der er imidlertid flere forhold, der hurtigt kan ændre denne situation ifølge respondenterne. For det første forventer næsten alle en stigende central styring på vigtige områder (der henvises til hjerteplan og kræftplan samt indgrebene omkring ventetidsgarantier og DRG budgettering).

For det andet nævnes det, at det frie sygehusvalg gør det illusorisk for amtspolitikere at nedprioritere behandlinger eller patientgrupper, uanset hvilke begrundelser de måtte have, idet patienterne kan frigøre sig fra prioriteringerne ved at vælge sygehus i amter der prioriterer anderledes, og alligevel lade hjemamtet betale. Større serviceforskelle og specielt egentlig fravalg af behandlinger bliver dermed i praksis umulige.

For det tredje forventer alle, at samarbejde mellem amtskommuner bliver mere fremtrædende, især omkring de mere specialiserede behandlinger. I den forbindelse fremhæves amtssamarbejdet i Jylland som en velfungerende måde at etablere sammenhæng på. Hvis der etableres funktionsbærende enheder på tværs af amter, vil kravene til samarbejde vokse, men der er ikke i dag mekanismer, der kan sikre et sådant samarbejde.

Den samlede effekt af disse tendenser forventes at blive mindre handlefrihed for den enkelte amtskommune, stigende central regulering og/eller et pres for øget samarbejde på tværs af

amter evt. i regioner. Der sættes spørgsmålstegn ved amternes reelle muligheder for i fremtiden at varetage sygehusopgaverne og de dermed forbundne prioriteringer effektivt. Der peges på, at det er de overordnede politisk-administrative valg i 80'erne og 90'erne, der har ført til denne situation. Det er kun i mindre omfang den sundhedsfaglige udvikling.

Sygehusene:

Sygehusene optræder også selv som aktører i sygehusfeltet, og respondenternes generelle vurdering af sygehusenes handlemuligheder er, at de på nogle områder er ret store, mens de på andre er u hensigtsmæssigt stærkt bundet og endelig, at handlefriheden afhænger meget af sygehusets karakter.

Sygehusene kan for det første stadig rationalisere, omorganisere og udvikle deres produktionsgange. Her står de enkelte sygehuse relativt frit, men der peges dog på, at der efterhånden ikke er så meget mere at gøre på serviceområderne, og at man ikke altid kan udnytte rationaliseringsmulighederne på behandlings- og plejeområdet pga. den kortsigtede økonomistyring, og de politiske bindinger, der fastlægges af politikerne. Der peges f.eks. på, at det er helt urimeligt at sammenligne sygehuse på helt almene produktivitetsmål, hvis årsagen til dårlige tal er, at man ikke får lov til at gennemføre rationaliseringer pga. politiske bindinger på nationalt eller amtsligt plan.

Sygehusene vurderes også til at have ret gode muligheder for at påvirke egen udvikling ved at sørge for at være på forkant fagligt set. Hvis man kan rekruttere de dygtige folk og give dem udviklingsmuligheder, har man hidtil kunnet påvirke patientstrømmene og den overordnede fordeling af arbejdsopgaverne indenfor en amtskommune. Det gives der en del eksempler på i interviewene både fra de store universitetssygehuse og sygehuse i HS området og fra små sygehuse.

De store sygehuse kan ved at satse på fritvalgspatienter i nogen grad påvirke indtægterne og udvide handlespillerummet og udviklingsmulighederne. De små kan, hvis de i tide erkender, at de næppe kan opretholde de akutte beredskaber, nå at satse på f.eks. elektiv kirurgi eller genoptræning. Det vil ofte kræve samarbejde med amtskommunens forvaltning og politisk godkendelse.

Derimod vurderes centralsygehusene til at være i en mere uafklaret og vanskeligt overskuelig situation. De skal i fremtiden både sikre sig et passende optagelsesområde, men de skal også finde frem til en indbyrdes arbejdsdeling og en arbejdsdeling med de store lands- og landsdelssygehuse. Det vil stille meget store krav til ledelsen og til amtskommunerne.

Sygehuse kan, stillet overfor omverdenens krav, vælge den mere passive “verden er imod os” model og søge at fastholde eksisterende arbejdsdelinger og behandlinger så længe som muligt, men der er også eksempler på, at sygehuse er gået mere aktivt frem og f.eks. har etableret “tænketaanke” løsrevet fra det normale hierarki for at få formuleret mere visionære forslag, som sygehusledelsen ikke selv har kunnet formulere uden at møde intern modstand. Der er her tale om konstruktioner, hvor der også inviteres eksterne parter, og hvor deltagelse er baseret på frivillighed og interesse. I interviewene nævnes flere eksempler på sygehuse, der med held har gennemført omstillingsprojekter, som alt andet lige har sikret deres position relativt til andre sygehuse.

Generelt gives der udtryk for, at gode ledelser kan gøre meget for at skabe udvikling og personalemæssig trivsel, og at det i virkeligheden er altafgørende for produktivitet og kvalitet, men der gives også udtryk for, at der i dag er for få muligheder for at belønne de afdelinger, der gør det godt. Omvendt ses det, at afdelinger, der gør det mindre godt, kan skjule sig for meget. På belønningssiden tænkes ikke primært på automatisk virkende økonomiske incitamenter, men på manglende muligheder og ledelsesmæssige evner til at støtte faglig og personalemæssig udvikling f.eks. via udviklingsmidler og - puljer i en tid, hvor budgetrammerne opleves som meget snævre i forhold til produktionskravene.

De lægefaglige specialer og selskaber:

Sygehusenes interne struktur er stærkt påvirket af den lægefaglige specialisering, som har været meget afgørende for den måde, hvorpå afdelingerne i dag er opbygget på det typiske sygehus.

Faststillingsreformen med sideordnede (specialeansvarlige) overlæger har bl.a. været et forsøg på at undgå, at ethvert nyt speciale eller grenspeciale skulle resultere i en ny selvstændig afdeling. Det er sådan set lykkedes, men til gengæld er der skabt et nyt ledelsesproblem i de nye store afdelinger, hvor forholdet mellem afdelingsledelsen og de sideordnede overlæger er vanskeligt. De sideordnede overlæger har svært ved at acceptere den administrerende overlæges ledelse, og det gælder endnu mere i forhold til oversygeplejerskerne i afdelingsledelsen. Der peges også på, at amterne har misbrugt modellen, fordi de har brugt den til at sikre rekruttering til yderamterne, og at der derfor er langt flere sideordnede overlæger, end der burde være på mange sygehuse.

Den gennemgående vurdering af specialiseringens fordele og ulemper er, at fordelene er store og især er knyttet til den faglige kvalitet, som understøttes af specialiseringen. Man taler samme sprog, man kender procedurerne indenfor et speciale, og man kan dyrke de små men betydningsfulde detaljer. Respondenterne nævner disse fordele, og ingen regner med, at

specialiseringen vil blive mindre udtalt i fremtiden.

Ulemperne er især knyttet til følgende områder: For det første har der været en tendens til, at afdelingsopdelingen på de enkelte sygehuse fulgte specialeopdelingen, hvilket ikke er nogen nødvendighed. Forklaringerne angives at være lægernes ønske om selv at kunne styre alt vedrørende specialet kombineret med visse lægers behov for prestige og magt. Der peges på, at afdelingsbegrebet kunne omdefineres og gøres mere fleksibelt. Nogle steder bør man samle adskilte afdelinger i større enheder eller centre. Andre steder kunne man godt have rene sengeafdelinger f.eks. dækkende flere kirurgiske specialer. Erfaringerne med centre vurderes ikke som entydigt positive, men det kan skyldes, at man har baseret dem på forudsætninger om ensartede patientforløb, som har vist sig ikke at holde i virkeligheden.

For det andet peges der på, at udviklingsopgaver, der skal ske på tværs af eller i området mellem to eksisterende specialer, har svært ved at blive løst, og at patienter med samme forventede diagnose f.eks. ikke kan regne med at havne på samme afdeling på de store sygehuse, hvilket antyder at koordinationen mellem specialiserede afdelinger kan svigte. Dette er især et problem på de store sygehuse.

For det tredje peges der på, at specialeselskaberne på landsplan har stor magt, og at sundhedsstyrelsen er afhængig af selskaberne. Det udtrykkes således af en respondent: "Det er dårligt med hele professionskulturen, der gør, at de selv skal bestemme det hele, og ingen andre skal med. Det gør det vanskeligt for sundhedsstyrelsen, at hver gang de skal noget som helst, så skal de ud og spørge alle specialer for at sikre sig, at de i hvert fald har de fleste med sig".

Den samme respondent peger på, at der selvfølgelig eksisterer et "trade-off" mellem de centrale myndigheder og selskaberne. På den ene side er selskaberne irriterende for enhver myndighed, men de løser også en lang række opgaver bl.a. vedrørende uddannelsen af læger, som ellers ville kræve ansættelse af mange bureaukrater.

For det fjerde peges der på, at de tværgående prioriteringer, især på landsplan, har det svært overfor kombinationen af stærke selskaber, patientforeninger og medier, der presser bestemte områder frem. Som eksempler nævnes hjerteplanen og kirurgiske områder med ventelister samt psykiatriområdet. I de tilfælde, hvor der fra det centrale niveau er givet ekstrabevillinger beregnet til specifikke områder, har der ikke været noget incitament til, hverken for amter eller sygehuse til at afveje de prioriterede områder i forhold til andre, idet det opleves, at bevillingerne er givet ud over de rammer, man ellers ville have fået.

For det femte nævnes det, at specialiseringen kan være medvirkende til, at der gives for megen opmærksomhed til de relativt få patienter, der skal behandles på de mest specialiserede niveauer og for lidt opmærksomhed til basisbehandlingerne og især til samspillet mellem sygehusene, primærsektoren og primærkommunernes sundhedsforvaltninger. Der peges således på, at man i diskussionen om funktionsbærende enheder tilsyneladende helt har glemte sygehusenes forebyggende opgaver og samspillet med primærsektoren.

Det er ikke kun strukturspørgsmål, der optager respondenterne. Flere peger på sygehusenes store afhængighed af at kunne rekruttere, uddanne og fastholde den specialiserede arbejdskraft. På rekrutteringssiden kan vanskelighederne på lægesiden hurtigt føre til nedlæggelse af akutte beredskaber/sygehuse eller til uhensigtsmæssige arbejdsdelinger mellem sygehusene. Samtidig er der store årgange på vej ind i speciallægeuddannelsen, hvilket på kort sigt vil forværre situationen. Der er ikke megen tiltro til, at speciallægekommissionen i tide vil kunne stille forslag, der kan afhjælpe problemerne. På uddannelsessiden peges der på, at uddannelsen af yngre læger er for dårligt planlagt. Med hensyn til mulighederne for at fastholde allerede ansat personale, peges der på en tendens til at gå tidligere på pension, uden at man rigtigt kan gøre noget ved det, med de instrumenter der er til rådighed decentralt.

5: SYGEHUSSTRUKTUR OG FUNKTIONSBÆRENDE ENHEDER

I interviewene spurgte vi både til den nuværende struktur som til den fremtidige. Det var tydeligt, at alle respondenterne havde tænkt over dette tema, men også at synspunkterne viste en betydelig uenighed og usikkerhed om fremtiden.

Der er enighed blandt respondenterne om, at den nuværende sygehusstruktur ikke vil holde ret meget længere. Der forventes en revolution indenfor de næste 5-10 år. Der er mange årsager dertil, men den vigtigste er den lægefaglige udvikling og især specialiseringen, som ingen forventer mindre udtalt i de kommende år. Herudover nævnes faktorer som sikring af en god kvalitet og dermed attraktivitet ift. patienterne, økonomiske hensyn og mulighederne for at rekruttere læger og anden specialiseret arbejdskraft. Der er også enighed om, at udviklingen vil gå i retning af færre enheder med fuldt udbygget akut beredskab.

Nogle formulerer det meget skarpt og siger, at amterne faktisk ikke kan løse sundhedsopgaven, som de er i dag. De er for små og man burde tage konsekvensen og lave 3-4 regioner, og når man ikke gør det, er det af politiske grunde. Der henvises bla. til en række uheldige "hjemtagningsprojekter", som har ført til dårligere resultater for patienterne og har ødelagt muligheden for at opretholde eller udbygge specialiserede lands- og landsdelsfunktioner.

Andre er mere nuancerede og fremhæver samarbejdet på tværs af amterne som en alternativ mulighed og argumenterer imod en fast regional model, bl.a. fordi visse opgaver alligevel skal løses på landsplan eller i en opdeling mellem Østdanmark og Vestdanmark. Det gælder især i Vestdanmark, at amterne har et relativt veludviklet samarbejde på tværs af amterne, hvor man systematisk gennemgår specialerne og søger at aftale, hvem der gør hvad i fremtiden. Svagheden ved disse modeller for samarbejde er, at der ikke er nogen konfliktløsningsmekanisme i tilfælde af uenighed, men som een udtrykker det: "På nogle tidspunkter fylder samarbejdet mest, og på andre tidspunkter er der behov for nogle andre typer af initiativer, der så kan flytte lidt på tingene". Hermed sigtes til politiske eller faglige initiativer som f.eks arbejdsdelingen på hjerteområdet, der indebærer, at mange sygehuse kan foretage forundersøgelser, selv om operationerne er samlet på hjertecentrene.

Der er altså enighed om, at den nuværende struktur vil blive ændret, men til gengæld er der større uenighed om, hvilke strukturer der tegner sig i fremtiden.

Funktionsbærende enheder:

Centralt i respondenternes svar om den fremtidige sygehusstruktur står diskussionen om funktionsbærende enheder, som alle respondenterne kendte og refererede til. Den

funktionsbærende enhed karakteriseres som “et mantra, som alle bruger nu”, “en sproglig blomst som måske kan få det til at glide ned” (en centralisering) og en “metode til at undgå lukninger”.

Processen beskrives således af en af respondenterne: “Altså dengang vi startede med de funktionsbærende enheder, som så er det nye dyr i åbenbaringen. Egentlig starter den ved, at en eller anden har hørt ideen eller selv har udtænkt den. Det må det nødvendigvis gøre. En eller anden tænker en tanke og præsenterer den, og hvis den bliver præsenteret slagkraftigt nok og efterhånden bliver serveret de rette steder, af en der er engageret nok til at gøre det, jamen så bliver det på en eller anden måde et punkt, der kommer på dagsordenen og så begynder man at forholde sig til det. Ved at man så forholder sig til det, så får det pludselig pladsen, fordi egentlig tror jeg første gang de funktionsbærende enheder blev nævnt, det er i et eller andet notat som ligger før sygehuskommissionen, hvor en eller anden nævner det, og ingen egentlig havde tænkt over, hvad det var, og så står vi lige pludselig med den der kirurgrapport, og hvis så nogen ser deres interesse i at køre videre med den tanke og udvikle den, så tror jeg det er der, det sker. Altså at nogen, der har indflydelse nok, får præsenteret den de rette steder”.

Dette billede er illustrerende for fænomenets lidt upræcise karakter og oprindelse. Vi ved, at dansk kirurgisk selskab arbejdede med lignende tanker i 1996, og at tankegangen bag de funktionsbærende enheder, officielt blev lanceret i sygehuskommissionen fra 1997. Den anbefalede, at sundhedsstyrelsen “tilvejebragte rekommandationer vedrørende det nødvendige patientunderlag for en kvalitetsmæssig forsvarlig varetagelse af udvalgte undersøgelses- og behandlingsopgaver”. Sundhedsstyrelsen tog herefter drøftelser med forskellige parter og nedsatte en arbejdsgruppe, hvori Dansk Medicinsk Selskab repræsenterede de lægelige specialeselskaber. Der har også været kontakter til sygehusforvaltningerne og til patientforeninger. Arbejdet resulterede i et debatoplæg fra sundhedsstyrelsen fra marts 1998 med titlen “Kvalitet i sundhedsvæsenet”. Det er i dette debatoplæg, styrelsen introducerer begrebet “funktionsbærende enhed” som den enhed, der vil kunne tænkes at fungere som basisenheden i det fremtidige sygehusvæsen. Sundhedsstyrelsen vurderer, at det hensigtsmæssige befolkningsgrundlag for en sådan enhed med døgnberedskab må formodes at ligge i størrelsesordenen 200-250.000 indbyggere på det kirurgiske område. Dette vil svare til 1-2 enheder pr. amtskommune. Enhederne kan iflg. oplægget etableres på de nuværende sygehuse ved funktionelt samarbejde sygehuse imellem, evt. på tværs af amtsgrænser og der peges på, at behandlerteams må kunne varetage behandling på tværs af de fysiske rammer. Det nødvendige befolkningsunderlag til varetagelse af intern medicinsk behandlingsopgaver vurderes til 50.000 eller noget større.

Idéen om funktionsbærende enheder har som nævnt haft betydeligt gennemslag i sektoren, og respondenternes tanker om fremtidig sygehusstruktur bygger i vidt omfang på idéen om funktionsbærende enheder. Flere peger på, at tiden og befolkningen er moden til at gennemføre en centralisering af den specialiserede behandling især på det kirurgiske område, og at det passende kan ske ved at samle behandlinger i en enhed, der kan gå på tværs af de eksisterende sygehuse og amtskommuner.

Respondenterne fremhæver dog en række problemer. For det første peges der på, at det langt fra i alle tilfælde vil være hensigtsmæssigt med en størrelse på 200-250.000 indbyggere i optageområdet, og at der ikke eksisterer nogen dokumentation for dette tal. Specielt på det medicinske område bør tallet være mindre, og der advares mod at etablere nogle store enheder, hvor alle specialer skal være i, uden at anerkende at de enkelte specialer skal have deres egne udviklingsmuligheder.

For det andet peges der på, at etableringen af enheder på tværs af amtskommunerne vil være overordentlig besværlig, også i tilfælde hvor det ud fra patienthensyn er relevant. Det anses ikke for muligt at tjene to politiske herrer på een gang, og amtskommunernes styringsmuligheder vil blive yderligere udhulet, hvis de ikke selv råder over de funktionsbærende enheder.

For det tredje angives det som nødvendigt, at personalet er villig til at arbejde på flere fysiske adresser samtidigt. Kulturen er i dag, især på plejesiden, bundet til det sted, man arbejder, og der peges på, at det er en helt anden kultur, der skal til, fordi der i nogle sammenhænge vil blive tale om en slags omrejsende cirkus, som det udtrykkes. Det vurderes dog ikke som et større problem ift. lægegruppen, forudsat at planlægningen af arbejdet er i orden og forudsat at uddannelsen af yngre læger er organiseret godt, men det vil være sværere ift. plejegruppen, der har langt større tilknytning til sygehusene og afdelingerne.

Endelig peges der på, at den fremtidige lægefaglige og informationsteknologiske udvikling kan ændre det nuværende billede af stordriftsfordele som tegnes i de officielle rapporter i fremtiden, og der advares mod en rigid planlægning baseret på nutidens viden. Alternativt til etablering af store enheder dækkende hele patientforløbet, kunne man satse på at samle visse dele af et behandlingsforløb og samtidig sprede andre (forundersøgelser og kontrol).

Det samlede indtryk er, at ideen om funktionsbærende enheder stort set modtages positivt blandt nøglepersonerne, men der er mange uafklarede punkter, specielt hvad angår størrelsen af enhederne og den fremtidige ledelse. Det er således helt uklart for respondenterne, hvordan den fremtidige ledelsesmodel kan se ud, og man kan i hvert tilfælde roligt sige, at der ifølge

respondenterne næppe umiddelbart kan etableres en entydig ledelse af enheder, der går på tværs af sygehuse og amtsgrænser.

Små sygehuse:

De små sygehuses fremtid kommenteres også af respondenterne. Der er enighed om, at det akutte kirurgiske beredskab ikke i fremtiden kan opretholdes på de små sygehuse, når de bredt uddannede kirurger går på pension eller rejser. Der er mere tvivl om det akutte medicinske beredskab, men der peges på, at det også i fremtiden vil være truet. Fremtiden for de små sygehuse kan derfor være specialisering f.eks. som amtscentre for genoptræning eller elektiv kirurgi. Der peges specielt fra de jyske amter på gode eksempler på samarbejde mellem store og små sygehuse.

Der er dog iblandt respondenterne tvivl om, hvorvidt der bliver tale om overgangsmodeller eller mere permanente fænomener. Nogle peger på, at der er behov for at udnytte alle fysiske faciliteter, og at der næppe vil blive bygget nye sygehuse, andre peger på, at de små sygehuse har fordele mht. pleje, logistik og innovationsevne. Altsammen forhold der trækker i retning af lang levetid for de små sygehuse. Der er imidlertid også nogle, der mener, at der snarere er tale om midlertidige politisk bekvemme løsninger båret oppe af beskæftigelseshensyn og erhvervspolitik. De peger bl.a. på, at man alternativt til at bevare de små sygehuse lige så godt kan lægge en del af de mindre operationer hos privatpraktiserende speciallæger.

Private sygehuse:

Private sygehuse er der ikke mange, der tror på, og der er heller ingen tro på, at de vil kunne bidrage til udviklingen af sundhedsvæsenet i Danmark.

Respondenterne peger dog på, at indførelsen af det frie sygehusvalg tendentielt baner vejen for en offentlig finansiering af kommerciel sygehusdrift, især hvis der indføres faste omkostningsdækkende DRG takster for den offentlige sygehusbehandling, hvor pengene følger patienten helt ud på sygehusniveau eller afdelingsniveau. Det vurderes, at det så kan blive meget vanskeligt at afvise kommercielle sygehuse, der vil udføre den samme behandling til samme eller evt. lavere pris. Det hele afhænger af det politiske flertal.

Der peges også på, at de hidtidige erfaringer med privathospitaler viser, at de ikke i længden virker tiltrækkende på personalet. Det er simpelthen for kedeligt rent fagligt, som det blev udtrykt. Hvis privathospitaler skal kunne varetage en større del af behandlingerne, vurderes det, at de skal have en budgetsikkerhed, der vil kræve langtidsaftaler med det offentlige. Ellers vil de ikke kunne investere i udstyr og personale. Sådanne langtidsaftaler er der næppe mulighed for indenfor rammerne af den danske tradition med 1-årige økonomiaftaler, hvis ikke amterne vil acceptere endnu større usikkerhed på de resterende rammestyrede områder

på sygehusene.

6: LEDELSESMODELLER

I gruppen af ledelsesrelaterede spørgsmål blev respondenterne anmodet om at kommentere erfaringerne med de nuværende modeller, henholdsvis trojkaledelserne og de delte afdelingsledelser. Foruden erfaringerne med de eksisterende ledelseskonstellationer redegjorde respondenterne for deres overvejelser angående de fremtidige ledelsesmodeller herunder overvejelser om, hvordan ledelsesmodeller for eventuelle funktionsbærende enheder kan udformes.

Ledelse på sygehusniveau - erfaringer og fremtidige modeller

Aktørene i feltet vurderer samstemmende, at trojkaledelserne som model har været en nødvendighed og en positiv del af de seneste 5 - 10 års udvikling i det danske sygehusvæsen. Der er enighed om, at modellen har været en vigtig brik i en proces, hvori de økonomiske rammer er blevet afpasset med de faglige krav og interesser. Trojkaledelserne blev som model overvejende kritiseret for at være personfølsom og sårbar. Respondenterne tilkendegiver, at sårbarheden består i, at trojkaens funktion og succes er og har været meget afhængig af en god personlig kemi mellem de tre medlemmer. Respondenterne er, på trods af de enslydende og overvejende positive erfaringer, splittede i vurderingerne af trojkaledelsesmodellens fremtid.

Erfaringer:

Respondenterne erfaringer udtrykkes med formuleringer som: "De har til fulde kunnet varetage de opgaver, som var tiltænkt dem", og det vurderes, at man med trojkaledelserne har formået at gå nye veje i sygehusvæsenet.

Det tilkendegives, at man med denne ledelsesmodel, i større udstrækning end tidligere, har fået sygehusledelserne til at anerkende, at der skal styres økonomisk - og en respondent fremhæver således, at trojkaledelserne er hovedårsagen til, at det er lykkedes at gøre sygehuse økonomisk styrbare.

Når det ifølge vores respondenter er lykkedes at få den økonomiske styring til at blive en del af sygehusledelsens dagsorden, skyldes det, at trojkaen blev sammensat, så den repræsenterede de væsentligste interesser på sygehusene. Hermed opstod en ledelsesgruppe, der qua medlemmernes interesser kunne afpasse de økonomiske hensyn med "interesserne" i lægesøjlen og plejesøjlen. En respondent udtrykte det således, at det har været "Positivt at få pillet en læge ud af den kollegiale struktur og spændt vedkommende for en vogn, der hedder ansvar i relation til såvel det faglige som det økonomiske".

Et andet ikke fremtrædende synspunkt er, at trojkaledelsen ikke har haft nogen nævneværdig

betydning for udviklingen i sygehussektoren, idet vedkommende betegner trojkamodellen som “en underlig konstruktion – der har fungeret som en overgangsløsning”.

Personafhængighed er et af de kritikpunkter, som blev nævnt af hele respondentgruppen. Det påpeges, at trojkaledelsens handlekraft og ledelsesmæssige succes i høj grad afhænger af personlig kemi og overensstemmelse mellem de tre medlemmer. Flere henviser til, at historien om trojkaledelserne har været en lang udviklingshistorie, og der har været personudskiftninger undervejs, idet første generation af “trojkaledelser” ofte bestod af formand for overlægerådet og forstanderinden samt administrator/direktør, og de skulle først lære at samarbejde og eventuelt udskiftes med andre personprofiler. Adspurgt var respondenterne dog i tvivl om, hvorvidt trojkamodellen som model er mere personafhængig end andre og mere entydige ledelsesmodeller ville være.

Fremtidens model:

Generelt er respondentgruppen tøvende i deres vurderinger af, hvordan de fremtidige ledelsesmodeller på sygehusniveau skal udformes, og hvilke erfaringer og interesser der skal lægges til grund for eventuelle ændringer i de nuværende modeller.

Respondenterne peger på, at Sygehuskommissionens anbefalinger omkring igangsættelse af eksperimenter med nye ledelsesmodeller, med udgangspunkt i etablering af entydige ledelser på alle niveauer, fremover vil ændre rammerne for fremtidens ledelse på sygehus og afdelingsniveau. En respondent påpegede dog, at Sygehuskommissionens anbefalinger omkring entydig ledelse primært var formuleret med henblik på en ændring af de delte afdelingsledelser og altså ikke primært var møntet på trojkaledelserne. En anden respondent gør opmærksom på, at Sygehuskommissionens anbefalinger om entydig ledelse ikke var et udtryk for et pres nedefra – det var således ikke sygehusejernes og dermed amterne, som har fremmet og støttet kommissionens ledelsesmæssige anbefalinger. Samme respondent vurderer, at det kan have været de videnskabelige selskaber, som har presset på, for at kommissionen skulle nå frem til disse anbefalinger.

Et andet synspunkt er, at de nuværende trojkaledelser burde bevares, og vedkommende henviser til Århus amts politik som et positivt eksempel. Amtet har besluttet at bevare trojkaledelserne i en årrække på formodentlig 10 år, med den begrundelse at man, for at kunne vurdere de nuværende modeller, må lade dem udvikle sig over endnu nogle år, før man tager beslutninger om eventuelle ændringer.

Andre respondenter giver tilsvarende udtryk for, at trojkaledelserne fungerer godt og principielt også vil være et bud på en fremtidig ledelsesmodel. Alligevel vurderer disse

respondenter, at samfundsudviklingen og pres fra Foreningen af Speciallæger - FAS, vil bevirke, at modellen mange steder vil vige for ledelsesregulativer, der indebærer entydige ledere i form af f.eks. direktører eventuel sekundært af en ledergruppe. En respondent udtrykker det således: “ Der er i samfundet generelt og i sygehusfeltet en tendens, der går ud på, at man går ind for entydig ledelse. Tendensen peger i retning af, at der skal etableres entydige ledere, som man kan drage til ansvar for resultaterne, det er manglende ansvarsplacering, man ikke kan lide ved de nuværende ledelsesmodeller”.

Angående FAS og fremtidige sygehusledelsesmodeller opfatter en respondent det som FAS´ politik, at foreningen ikke ønsker at “slås” for trojkaledelserne, men at foreningen i fremtiden helst ser, at man valgte den person, som vil være den bedste ledelsesperson, idet man i øvrigt må sikre, at sygehusledelsen har tæt adgang til lægelig rådgivning. Denne opfattelse støttes af andre, som giver udtryk for, at de i lighed med Sygehuskommissionen og FAS foretrækker trojkaledelserne afløst af en mere entydig ledelsesmodel. Respondenterne var ret indifferente overfor, hvilken faglighed en sådan entydig leder skal have. En respondent udtrykte det således: “Entydig ledelse er et godt bud på en fremtidig ledelsesmodel, såfremt man anlægger det princip, at det blot er den bedste til at lede, man ansætter, for så skal de nok samarbejde med de personer, der er nødvendige”.

Argumenterne for afskaffelsen af trojkaledelsesmodellen var ikke direkte funderet i respondenternes erfaringer, men personafhængigheden blev dog nævnt som en anstødssten. En enkelt respondent argumenterer med, at der ikke eksisterer nogen ledelsesteoretisk litteratur, som når til den konklusion, at ledelsesansvaret bør placeres hos en kollektiv ledelse.

Delt afdelingsledelse:

Den delte afdelingsledelse som ledelsesmodel vurderes generelt positivt, idet hovedparten af respondenterne trækker nogle af de samme forhold frem, som er nævnt i forbindelse med karakteristikken af trojkaledelserne, nemlig det, at de dominerende faggrupper i et samspil er blevet forpligtet til at indtænke afdelingens mange opgaver i en helhed, indenfor en given økonomisk ramme. Disse positive udmeldinger til trods er størsteparten af respondentgruppen af den opfattelse, at delte afdelingsledelser bør og vil blive ændret indenfor en kort tidshorisont.

Erfaringerne:

En god del af respondenterne giver udtryk for erfaringer af typen: ”Det har været godt at være to til at diskutere og konferere om nogle problemstillinger, som har været fremmede for lægeverdenen, og som sygeplejersker har beflittet sig med i mange år”. Flere respondenter refererer læger og sygeplejersker for den holdning, at de nødig ville undvære det tætte

samspil, som eksisterer i de nuværende afdelingsledelser, og som de gensidigt har haft gavn af, idet de kun sammen kan finde balancen mellem fagligheden, økonomien og personalemæssige spørgsmål.

I lighed med kritikken af trojkaledelsen, opfattes også de delte afdelingsledelser som personfølsomme. Således lyder en karakteristisk vending: “Strukturen er udmærket, når de kan blive enige og kemien svinger, men hvis de ikke er enige, så er udbyttet af denne model stærkt begrænset – de forsøger meget længe på at blive enige – så når eventuelle problemer viser sig som rekruttering eller fastholdelsesproblemer, så er vanskelighederne i virkeligheden kørt meget langt”. Andre udtrykker det sådan, at netop på afdelingsniveau har spændingerne mellem disse to stærke grupper givet anledning til, at uenighederne er slået ud i lys lue.

Et andet karakteristikum, som drages frem, er tendensen til, at afdelingsledelserne “brækker midt over”, hvis parterne uafhængigt og ukoordineret har varetaget hver deres halvdel af opgaverne. Det vurderes, at det stadig er de administrerende overlæger, der har de største problemer med at afveje de mange opgaver imod hinanden og blandt andet overlades personalespørgsmål ofte til oversygeplejersken.

En enkelt respondent peger på, at den delte afdelingsledelse som model rummer den fejl, at der ikke blev plads til en passende ledelsesmæssig repræsentation af den store gruppe af ergo- og fysioterapeuter.

Det anføres samstemmende, at de delte afdelingsledelsers største problem har været ledelse af de sideordnede overlæger. Denne nye gruppe af overlæger har ikke nogen steder at gå hen med al deres energi og virketrang og føler, at er de kommet for langt væk fra sygehusledelsen og det politiske niveau og ikke nyder samme anseelse og position, som de havde forventet ville være knyttet til overlægetitlen. Disse forhold har givet frustrationer – og det opfattes som problematisk, at oversygeplejersken som medlem af afdelingsledelsen har beføjelser i forhold til gruppen af sideordnede overlæger.

Fremtidens afdelingsledelser:

På trods af de overvejende positive erfaringer med de delte afdelingsledelser, forventer hovedparten af respondenterne, at modellen ændres indenfor en overskuelig fremtid.

En gruppe respondenter giver alligevel udtryk for, at de opfatter den delte afdelingsledelse som en uundværlig model også i fremtiden. Således refereres der også i denne forbindelse til Århus amts principbeslutning om at bibeholde trojkaledelserne og de delte afdelingsledelser. Andre giver udtryk for, at de delte afdelingsledelser med tiden har fået brug for

ledelsesregulativ, der indeholder delt afdelingsledelse.

Det angives som begrundelse for at foretrække de entydige lægelige ledere, at det er nødvendigt at placere netop denne faggruppe som ledere, fordi lægerne er den ressourceudløsende gruppe - til gengæld gives der udtryk for, at de ledende læger er nødt til at have en bedre uddannelsesmæssig baggrund som ledere.

En respondent giver udtryk for, at det på lang sigt er uholdbart, at en sygehusledelse kan have et ledesspænd på over 50 personer, og løsningen på dette problem peger i retning af en centerdannelser med entydige lægelige ledere.

Sammenfattende tilkendegiver respondenterne, at erfaringer med de hidtidige modeller er gode, både hvad angår trojkaledelsen og de delte afdelingsledelser. Som modeller karakteriseres de som det vigtigste middel i den udvikling, der muliggjorde, at den økonomiske rammestyring af sygehusene blev kombineret med faglige prioriteringer. Respondenterne tillægger netop det forhold, at væsentlige interesser er direkte repræsenteret i ledelsen, æren for at ledelserne på danske sygehuse formår at løse mange og vanskelige problemstillinger sådan, at de øvrige medarbejdere accepterer de ledelsesmæssige beslutninger.

Kritikken af trojkaledelsesmodellen koncentrerer sig om personafhængighed, idet respondenterne vurderer, at dårlige personkonstellationer i nogle tilfælde har handlingslammet trojkaledelserne. Samme type kritik rejses af de delte afdelingsledelser, dog er der mere substans på respondenternes udsagn om personafhængighed. Det fremhæves således, at såfremt medlemmerne i afdelingsledelsen ikke har nogen "god kemi", er der overhængende fare for, at afdelingen splittes i to dele med det resultat, at en række (nødvendige) beslutninger ikke bliver truffet, og at spændingerne kan bevirke, at klimaet på afdelingen bliver meget dårligt, med deraf følgende rekrutterings- og fastholdelses problemer. Direkte adspurgt tilkendegiver respondenterne dog, at det ikke kan sandsynliggøres, at andre ledelsesmodeller er mindre personafhængige.

De fremtidige modeller:

På sygehusniveau forholder respondent gruppen sig overvejende afventende i forhold til de fremtidige ledelsesmodeller og tilkendegiver, at der i feltet generelt er en større åbenhed omkring de fremtidige ledelsesmodeller på sygehusniveau end på afdelingsniveau. Respondenterne refererer til Sygehuskommissionens anbefalinger om entydighed i placering af ledelsesansvaret og peger på, at i mange tilfælde vil de nuværende trojkamodeller blive bevaret, eventuelt med mindre justeringer i form af en endelig ansvarsplacering hos ét af

ledelsens medlemmer. Sygehusledelserne vil i andre tilfælde blive nedlagt og funktionen udført på amtsniveau eller i zoneledelser. Respondenterne peger på, at sygehusledelserne overvejende vil blive sammensat ud fra de ledelsesmæssige kvalifikationer, og i mindre grad end det i dag er tilfældet efter ledernes oprindelige profession.

Forventningerne til de fremtidige afdelingsledelser er i en helt anden grad påvirket af officielle udmeldinger og fagforeningspolitiske synspunkter. Sygehuskommissionens anbefalinger om entydig placering af ledelsesansvaret fremhæves som et væsentligt indslag i debatten om afdelingsledelser, og respondenterne tolker konsekvent kommissionens anbefaling således, at ikke bare ledelsesansvaret, men hele ledelsesopgaven bør placeres hos én person, nemlig hos den administrerede læge. En gruppe af respondenter peger desuden på, at sygehuskommissionens anbefalinger om entydighed er en del af en bred samfundsmæssig trend om entydig placering af et resultatansvar hos alle ledere.

Endelig peges der på, at Foreningen af Speciallæger er en aktør, der spiller en helt central rolle, idet de vurderes at få succes med sammenkædningen af udformningen af de fremtidige ledelsesmodeller på afdelingsniveau og stillingsbesættelser.

Ledelse af de funktionsbærende enheder

Respondenterne peger der på en række problemer i forhold til ledelsen af de funktionsbærende enheder og specielt konsekvenserne for de nuværende sygehusledelser. Respondenterne er generelt meget usikre på, hvordan ledelsen af funktionsbærende enheder skal opbygges og er specielt usikre på deres relation til de nuværende sygehusledelser. Der peges på muligheden for at etablere een fælles ledelse for alle sygehuse i et amt kombineret med nogle "lokaleledelser" for de fysiske faciliteter. Rollen som sygehusledelse i fremtiden kan blive en slags "viceværtfunktion", eller som en anden udtrykte det med et lån fra militæret: "pladskommandant". Andre formulerer det som en matrixorganisering med de funktionsbærende enheder som rækker og sygehuse som søjler.

7 : ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE REFORMER I SYGEHUSVÆSENET

Hvor kommer økonomiske/administrative reformer fra ?

Det typiske umiddelbare svar er, at reformerne kommer mange steder fra. Det er tilsyneladende svært for respondenterne at identificere bestemte kilder eller aktører, som har været særlig fremtrædende. Det nærmeste man kommer noget sådant er, at enkelte respondenter nærmest lidt tilfældig nævner finansministeriet, DSI og Sundheds-økonomeerne fra Odense Universitet, men der er ikke noget klart billede.

I næste omgang nævnes, at de fleste reformer kommer fra to kilder. Den ene er en international inspiration, hvor det f.eks. nævnes, at man i Danmark typisk studerer de nærmestliggende lande, når man lader sig inspirere udefra eller, hvis det ikke rækker, så ser meget på England og USA. Der foregår efterhånden en livlig gensidig orientering og besøgsvirksomhed mellem landene, men der er i lige så høj grad tale om import af generelle udviklingstendenser i offentlig organisation og ledelse (New Public Management) som inspiration fra sundhedssektoren i bestemte andre lande. Alt sker imidlertid diffust og ad hoc præget selv i forbindelse med centrale kommissionsarbejder, og der peges på, at man i Danmark måske har taget lovlig meget fra andres hylder i stedet for at arbejde tingene igennem og gøre sig ulejlighed med at undersøge, om der overhovedet var behov for reformer. Mange peger på modeelementet i de nye reformer og fremhæver, at det tilsyneladende er vigtigere at vise, at man er indstillet på at lave reformer end at demonstrere, at man har fået resultater af reformerne.

En anden hovedkilde er inspiration fra den private sektor. Mange reformtanker vedrørende ledelse, kvalitetsudvikling m.m. kan føres tilbage til mere eller mindre ukritisk import af tanker og modebølger fra virksomhedsteori med sigte på private virksomheder. Der peges dog også på en vis udvikling over tid. Man var mere ukritisk i 80'erne og er måske blevet lidt mere selvbevidst i 90'erne i den offentlige sektor. Det udtrykkes således af en respondent: "De fleste private ledere ville blive overrasket over kompleksiteten og hvor lidt deres evner og synspunkter slår til".

Supplerende til disse to hovedforklaringer peges på DJØFernes indsats ifm. forslag om nye organisations- og styringsmodeller, men det er ikke muligt blandt de sundhedsfaglige respondenter at genfinde en speciel kritisk holdning til DJØFere. (Hvad DJØFiceringsdebatten ellers kunne antyde). Deres indsats karakteriseres således af en læge: "De er kommet stærkere ind og har fået mere indflydelse pga. økonomien, men de har så også formået at

komme med nogle andre bud på organisation og styring, som ikke allesammen er hen i skoven”.

Det ser således ud til, at inspirationen siver ud i sygehussektoren ad mange kanaler, men det er iflg. respondenterne fremmende for processen, at der eksisterer en vis konkurrence mellem forvaltningschefer og store sygehuse om at være først. Hvis noget viser sig at virke godt, går der ikke ret lang tid, før alle har indført det, og tilsvarende er man meget god til at lære, hvis noget ikke fungerer. Fordelen ved denne decentrale implementeringsmodel er, at der sker en realafprøvning af mange reformer og en hurtig efterfølgende justering. Denne mekanisme kan let mistes i centralt styrede systemer.

Den diffuse spredningsmodel indebærer omvendt, at reformer kan være længe undervejs og flere nævner DRG styring som et eksempel, der har været diskuteret i 10-20 år, hvor der har været gennemført eksperimenter, men hvor den decentrale implementeringsmodel ikke har ført til udbredelse. Til gengæld peger mange på, at den centrale implementering af DRG styring, man har valgt via finanslovsforlig, vil give mange problemer, og man refererer også til et andet centralt initiativ nemlig MTV vurderingerne som eksempel på et centralt initiativ, der har svært ved at finde genklang på de udførende niveauer.

Resultaterne

Den typiske kommentar til resultaterne af økonomisk-administrative reformer er, at man faktisk ikke ved, om reformerne har produceret resultater, der svarer til de oprindelige formål.

Der peges på, at der kun sjældent har været foretaget systematiske evalueringer, men også at der er klare metodemæssige problemer forbundet med overhovedet at gennemføre sådanne resultatundersøgelser. Det gælder specielt mht. de interessante langsigtede effekter, fordi der altid over længere tidsforløb er sket mange andre ændringer, som påvirker resultaterne. Det er således et åbent spørgsmål, om der i almindelighed er et positivt “Pay-off” mellem omkostninger og resultater. Dog angives det, at ledelsesreformerne fra 80'erne og rammestyningen er de to reformer, der har haft størst effekt.

Reformerne må imidlertid iflg. respondenterne vurderes på et bredere grundlag end de officielle mål. Der er også tale om procesresultater. Reformerne tiltrækker megen energi, entusiasme og fremdrift, og dermed får man nogle effekter alligevel. Som det formuleres: “Alle systemer trænger til at blive luftet ud og vendt, og det er noget af det vigtige, der er sket”.

Et meget gennemgående træk i svarene er fremhævelsen af det lange tidsperspektiv, der må anlægges, når man taler om at reformere sygehusenes organisation og administrative systemer.

Succes kræver for det første, at man giver reformerne god tid til at slå igennem fremfor at bygge ovenpå med nye efter kort tid, for det andet, at man gør sig klart, hvad det vil koste, og for det tredje sikrer, at der afsættes ressourcer og sørger for stabil ledelsesmæssig opbakning bag nogle få reformer af gangen. Bedst går det, hvis man formår at få det sundhedsfaglige personale med, men det kan alligevel tage mange år, før en reform slår igennem.

Der gives mange eksempler på, at reformer ikke fører til noget, at de ikke trænger ned i systemet, eller at de bliver transformerede undervejs i implementeringsprocessen. Sygehusområdet karakteriseres generelt som et system: "Der er godt til at tage nye tanker ind uden egentlig at ændre meget på de centrale arbejdsprocesser. Det er et væsen, som har en fabelagtig evne til at give indtryk af, at det tager vi ind og arbejder med og så give det udseende af, at vi flytter nogle ting og så alligevel fungere, som man altid har gjort".

En anden respondent siger: "Der er virkelig mange reformer, der ikke er kommet ret langt. Vi har undersøgt det 2 måneder efter, at vi havde lavet en ny strategi, hvor vi virkelig havde gjort meget ud af kommunikationen. Vi fandt "Rockwoollaget". Det viser sig, at "Rockwoollaget" ligger mellem afdelingsledelse og resten og mellem afdelingssygeplejerskerne og resten, og det bliver så vores nøglepersoner, hvis vi vil have noget igennem".

Det overordnede generelle indtryk er således, at der hos respondenterne er tvivl om resultaterne i form af målrealisering og cost-benefit, at der imidlertid peges på en række gavnlige procesvirkninger og at reformvirksomhed i sygehuse kræver megen tid, stor evne til at holde fast og fokusere, hvis ikke reformerne skal blive fanget i "Rockwoollaget".

Vi fik desuden kommentarer til en række mere specifikke reformer, og især følgende som var af særlig interesse i forbindelse med SYOL projektet:

- Kontraktstrategien
- Kvalitetssikring
- DRG budgettering.

Kontraktstrategien:

Er anvendt på flere områder, idet nogle amter bruger den som generelt styringsmiddel i forhold til amtets sygehuse. Det gælder således Nordjyllands, Fyns og Storstrøms amter. Andre amter indgår kontraktlignende aftaler på enkeltområder. Instrumentet vurderes generelt som velegnet, fordi det kan udvikles og tilpasses de konkrete forhold, men der peges også på,

at det kan blive et ritual, hvis der ikke knyttes mærkbare sanktioner til manglende kontraktoverholdelse.

Kvalitetssikring:

Beskrives som inspireret af private virksomheders Total Quality Management erfaringer. Den generelle holdning i sygehusene har været positiv i forhold til kvalitets-strategien, men der er ingen kendte eksempler på, at man faktisk har gennemført TQM i danske sygehuse, heller ikke de steder hvor man hævder det. Forklaringen hos respondenterne er, at man ikke kan skabe entydighed om målene eller gøre dem operationelle for virksomheden på de lavere niveauer. Derimod kan man udmærket arbejde med kvalitetsudvikling på lavere niveauer, selv om de fleste erkender, at der foreløbig er tale om registrering af kvaliteten og ikke udvikling eller sikring på et bestemt niveau. Det er også vurderingen, at man nok kan få lægerne til at acceptere kvalitetsstandarder, der ikke må overskrides, men at det vil blive meget vanskeligt at få dem til at acceptere, at standarder ikke må overskrides. Generelt er der en tendens til, at kvalitetsarbejdet foregår i faggrupperne og kun sjældent omfatter samlede patientforløb. Det forventes til gengæld, at der vil komme et pres fra patienterne i den retning.

DRG budgettering:

De fleste kommentarer fik vi til DRG budgetteringen, som også var aktuel på interviewtidspunktet. De fleste kommentarer var skeptiske eller negative. En typisk kommentar lyder: "De fleste synes jo, det er en unødigt bureaukratisering, jamen der er fast arbejde til en hel del DJØFere og hvis ikke pengeposen bliver udvidet, så ved vi jo nok, hvor det bliver taget fra". En anden siger: "Jeg er skeptisk overfor at bruge systemet som afregningssystem (men ikke som analysesystem). Det skaber nogle incitaments i systemet, som er uhensigtsmæssige, og som ikke bidrager til patienternes bedre behandling. Det vil give en anden måde at drive sygehusvæsen på end i dag. Det vil give en negativ effekt på det, som har været omdrejningspunktet, nemlig finansiel ansvarlighed fra amternes side og frihed til at tilrettelægge som man vil."

En tredje siger: "Vi ved jo, at produktiviteten vil stige voldsomt allerede første år, fordi vi bliver rigtig gode til at udskrive regninger, men så må vi sætte de udmeldte penge ned for at have råd til det, vi putter oven i osv. Ind i mellem har jeg det lidt ligesom med bilerne i Tivoli. Børnene sidder og styrer, men skinnerne er lagt fast og vi kører bare derudad."

Der var ingen af respondenterne, der kunne forklare, hvordan man samtidig ville sikre incitamentsstyringen i DRG systemet og fortsætte med rammestyling. De to styringssystemer vurderes til at modarbejde hinanden. Det er meget svært at sikre incitaments, hvis det skal ske indenfor fastlagte rammer. Det vil i hvert tilfælde ikke kunne ske uden større og uintenderede interne omfordelinger. Herudover var der flere, der kommenterede, at DRG

budgettering uundgåeligt ville resultere i overkompensation til nogle sygehuse og underkompensation til andre, samt at systemet slet ikke var teknisk færdigt, da beslutningen blev truffet. Respondenterne vurderer, at man udhuler systemet undervejs i implementeringen, fordi det ikke må få negative konsekvenser for nogen, eller alternativt at det fastholdes med deraf følgende pres for rammeudvidelser og brud med amternes styringsmuligheder.

Reformpause og langsigtethed ?

På spørgsmålet om man trænger til en reformpause, svarer de fleste, at det næppe er en god idé, men at man gerne må lade nogle af de eksisterende slå igennem, før der kommer nye. De fleste ser også reformerne som et nødvendigt forsvar mod ekstern kritik af sundhedsvæsenet. “Det er jo også spændende, at der sker noget nyt”, og “Jeg tror på, at det vil fortsætte i samme tempo, og at systemet kan holde til det”, som det udtrykkes. I stedet for pauser, sker der decentralt tilsyneladende en sortering, som sikrer de producerende enheder mod alt for mange eksterne krav. En respondent nævner det ligefrem som en vigtig opgave at virke afskærmende i forhold til alt for mange amtskommunale og centrale krav.

Med hensyn til mere langsigtethed, er der på den anden side en lige så klar kritik af de nuværende 1-årige politisk-økonomiske forlig som styringsmodel. Der peges på fysiske rammer, uddannelsesplanlægningen og langsigtede faglige planer som områder, der ikke er tjent med den nuværende model.

De fleste er skeptiske overfor en genoptagelse af de gamle sygehusplaner. Det anses for helt udelukket at gå tilbage til den type planlægning, som ikke kan tage højde for dynamikken, og hvor det alligevel ikke er muligt at medtage vigtige forhold som f.eks. den fremtidige sygehusstruktur, hvis man f.eks. skulle ønske at nedlægge sygehuse.

Der ønskes en model, hvor de økonomiske rammer kunne være kendte for mere end et år frem gerne kombineret med en udbygget faglig dialog om tværgående prioriteringsproblemer mellem de centrale aktører. Omvendt er der ikke den store tiltro til, at nogen regering eller noget sygehusudvalg i ARF kan blive enige om at gennemføre en sådan model, uanset hvor ønskelig den måtte være.

8: ANALYTISKE VURDERINGER

I dette afsnit bygges der overvejende på nøglepersoninterviewene, men der suppleres med nogle få udvalgte skriftlige kilder, samt vores almindelige viden om sygehusfeltet.

Fire æraer i det danske sygehusfelt:

For at få overblik over et kompliceret felt med alle dets strukturer og processer kan det være givende at sondre mellem perioder eller æraer, der repræsenterer sammenhængende men forskelligartede funktionsmåder for feltet. En æra er ofte karakteriseret ved at være domineret af bestemte rationaler eller aktørgrupper.

Vi mener, ud fra historisk skriftligt materiale, interviewene og de aktuelle officielle rapporter og betænkninger, at kunne identificere fire relativt distinkte perioder i det danske sygehusfelt i perioden efter anden verdenskrig. Denne observation er foreløbig og vil blive bearbejdet yderligere i forbindelse med færdiggørelsen af den samlede feltanalyse. De fire æraer kalder vi:

- “Storhedstiden” frem til ca. 1970
- Decentraliserings-, planlægnings- og udbygningsperioden ca. 1970 til 1979
- Recentraliseringens, økonomistyringens og rationaliseringens periode 1979 til ca. 1992
- Destrukturering og nye institutionsdannelser fra ca. 1992.

“Storhedstiden”:

Frem til og lidt efter kommunalreformen i 70'erne skete der en gradvis udbygning af sygehusvæsenet i Danmark. Den var altovervejende styret af den lægefaglige udvikling, og da den politisk-administrative styring var delt mellem kommuner, købstæder og staten, var der meget få samlede overvejelser om udbygningen af sygehusvæsenet. Denne periode er blevet karakteriseret af Signild Vallgård som sygehusvæsenets storhedstid (Vallgård 1992) og domineres næsten helt af lægefaglige overvejelser og lægerne som profession. Der var i denne periode en stærk koalition mellem lægeforeningen og sundhedsstyrelsen. Betegnelsen storhedstid er selvfølgelig tendentiøs, men den afspejler, hvordan en del af sundhedspersonalet og især lægerne tænker om perioden. Den står for nogle som en utopi, man gerne ville vende tilbage til, også selv om man godt ved, at det næppe er realistisk. På den måde spiller perioden stadig en rolle som det utopiske ideal.

Decentraliserings-, planlægnings- og udbygningsperioden:

I forbindelse med kommunalreformen i 70'erne er der sket en regionalisering af sundhedsvæsenet i Danmark, som i international sammenligning er temmelig enestående. Der er få andre lande, der har samlet den politisk-administrative styring af sundhedsvæsenet i samme grad som Danmark, idet såvel privatpraktiserende læger mv., somatiske sygehuse og psykiatriske sygehuse er samlet under amternes styring. Dette giver, sammenlignet med andre lande gode muligheder for en samlet tilrettelæggelse og planlægning af sundheds- og sygehusvæsenet. Denne æra afspejler, at man også i praksis søgte at udnytte disse muligheder.

I den første periode efter kommunalreformen søgte staten gennem sundhedsstyrelsen og sektorplanlægningssystemet at regulere amternes udbygning af sygehuse bl.a. gennem bestemmelser om godkendelse af sygehusplanerne. Baggrunden var, at staten ønskede at styre sygehusstrukturens udvikling (især placeringen og antallet af de mest specialiserede sygehuse), men også at man havde et ønske om, i forlængelse af perspektivplanlægningen fra begyndelsen af 70'erne, at kunne foretage en langsigtet omprioritering i retning af den billigere primærsektor og det forebyggende sundhedsarbejde og væk fra den dyre sygehussektor. Intentionerne kom blandt andet tydeligt frem i betænkning nr. 809: "Prioritering i sundhedsvæsenet" fra 1977. Man kan kalde denne periode for decentraliserings-, planlægnings- og udbygningsperioden, hvor det lægefaglige rationale fortsat var styrende for udviklingen, men hvor der via statens tilsyns- og godkendelsesbeføjelser og et kooperativt samarbejde mellem sundhedsstyrelsen og lægeselskaberne blev skabt en sammenhængende sygehusstruktur med lands- og landsdelsniveauet koncentreret om universitetssygehuse og Aalborg Sygehus, og med basisfunktionerne overvejende samlet på de store centralsygehuse og de mindre blandede sygehuse. Perioden er karakteriseret af udbygning og mange store nye sygehuse blev opført i denne periode, hvor styringsrationalet er politisk-administrativ planlægning baseret på lægefaglige præmisser.

Recentraliseringens, økonomistyringens og rationaliseringens periode:

Hvor planlægningsrationalet i 70'erne var sektorstyret og baseret på faglige præmisser sker der en afgørende ændring i den følgende periode, hvor økonomistyringen bliver altdominerende. I perioden efter færdiggørelsen af det samlede offentlige budgetsystem i 1979, går feltet således ind i en ny æra, idet det nuværende system med økonomiaftaler mellem amterne og regeringen bliver etableret i begyndelsen af 80'erne i kølvandet på offentliggørelsen af de første samlede offentlige budgetter. Siden udbygges aftalerne med det udvidede totalrammepincip og øremærkede puljer til særlige formål. Samtidig hermed lægges der, i kraft af regeringernes omstillings- og moderniseringsprogrammer, øget vægt på rationalisering, produktivitet og styrket ledelse. Hertil kommer fra slutningen af 80'erne en

øget partipolitisk og ideologisk baseret interesse for sundhedssektoren og specielt sygehusene, især fra borgerlige partier, der var inspireret af nyliberalismen, hvor markedsmæssige styringsmekanismer blev foretrukket fremfor politisk-administrativ styring og planlægning. Perioden kan kaldes recentraliseringens, økonomistyringens og rationaliseringens periode, fordi statens indflydelse igen stiger på bekostning af amternes, og fordi det altafgørende tema i aftaleforhandlingerne er de samlede økonomiske rammer, der i stigende grad begrænser amternes økonomiske handlefrihed.

Destrukturering og nye institutionsdannelser:

I 90'erne er der på en række områder sket en fortsat styrkelse af det centrale niveau i forhold til amterne. Det gælder på økonomistyringens område, hvor der knyttes flere og flere betingelser til de økonomiske rammeaftaler og indføres flere øremærkede bevillinger og puljer. Samtidig øges den statslige kontrol med amternes opfyldelse af kravene. Det gælder på lovgivningsområdet, hvor lovgivning om frit sygehusvalg og sundhedsministerens øgede beføjelser i sygehusloven har begrænset amternes selvstændighed. Det gælder også i en række enkeltsager og større projekter, hvor der har været tale om direkte indgreb overfor amternes prioriteringer (f.eks. beta-interferonsagen) og hjerteplan/kræftplan, hvor der bliver lagt et kraftigt pres på amterne. Desuden er sygehuspolitik blevet et anliggende for toppolitikere, idet området ofte reguleres direkte via de årlige finanslovsforlig, hvor partiledere og finanslovsordførere er mere centrale end sundhedsudvalgsmedlemmer. Endelig ses der tendenser til at nedtone den økonomiske rammestyring til fordel for økonomisk incitamentsstyring f.eks. planerne om at indføre DRG styring også for basisbehandlingerne. Samlet set sker der på een gang en styrkelse af det centrale niveau og en svækkelse af amternes styringsmuligheder gennem indførelse af markedslignende mekanismer. Alligevel opretholdes den formelle arbejdsdeling mellem staten og amterne fortsat på sygehusområdet, men det er tydeligt, at der ikke er enighed om, hvem der egentlig skal styre udviklingen.

Man kan godt på den baggrund tale om en destruktureringsperiode (Scott, Mendell og Polack 1997), hvor der kan konstateres mindsket enighed og øget konkurrence mellem forskellige styringslogikker og magtgrupperinger.

På den ene side er der tale om et opbrud i arbejdsdelingen mellem stat og amter, som den blev lagt fast i 70'erne. Især er det påfaldende, hvor detaillert styringen er blevet, og at initiativerne gennemgående kommer fra det centrale niveau. Vi ser altså en konkurrence i feltet mellem enheder placeret på forskellige niveauer og en tendens til centralisering af styringen.

Der er imidlertid også tale om konkurrence mellem styringsrationaler. På den ene side indebærer planerne om etablering af funktionsbærende enheder på tværs af sygehuse og amter, at man i realiteten vender tilbage til den fagligt baserede planlægningstankegang, der dominerede i begyndelsen af 70'erne, omend det sker på et andet grundlag og i andre rammer.

På den anden side udbygges den økonomiske incitamentsstyring fortsat, idet det frie sygehusvalg opretholdes og DRG systemet forudsættes udbygget. Hermed bevares og udbygges markedsstyringsrationalet.

Hvordan skal vi forstå denne situation? Meget tyder på, at vi har at gøre med en betydelig grad af afinstitutionisering af tidligere veletablerede institutioner, især amternes selvstyre er truet. Der er også tale om betydelig konkurrence mellem styringsrationaler som planlægningsrationalet og markedsrationalet. Der er også sket skift i interessegruppernes position, hvor en ligestillingsfilosofi mellem læger og sygeplejersker i 80'erne er afløst af en stærkere lægefaglig dominans.

Men hvor er vi så på vej hen? Hvilket rationale og/eller magtgruppering vil fremover dominere, hvilken rolle vil de forskellige niveauer og interesseorganisationer få fremover, og hvilken rolle vil politikerne spille i forhold til sygesektoren ?

Vi kan ikke på nuværende tidspunkt give klare bud på disse spørgsmål, men vi kan pege på to udviklingstendenser som er medvirkende. Den ene er importen af koncepter og styringsideer fra en stadig mere internationaliseret verden, hvor der hurtigt sker udveksling af viden. Vores respondenter er opmærksomme på importen, men samtidig er det påfaldende, at de faktisk ikke ved, hvorfra de kommer, eller hvilke problemer der har været knyttet til deres anvendelse i andre lande. Den anden tendens er mediernes betydning. Vi har ikke direkte spurgt, men mange respondenter fremhæver den og giver eksempler på, hvordan mediernes måde at arbejde mhp tempo og beregnelighed på gang på gang sætter politikere og embedsmænd skakmat og fremtvinger afgørelser og initiativer, som er tvivlsomme ud fra sundhedsfaglige og økonomiske vurderinger. Sundhedsområdet er sammenlignet med andre forvaltningsområder godt stof, fordi det kan gøres meget konkret, der kan tages billeder af syge patienter, og det er let at fremstille "ven-fjende" billeder.

Isomorfi og diversitet i sygehusfeltet:

I nyinstitutionel organisationsteori har der været stor interesse for at studere, hvordan organisationer i et bestemt felt kommer til at ligne hinanden som det ofte er tilfældet. Det sker typisk gennem imitationsprocesser, hvor en given organisation efterligner forbilleder eller særligt succesrige organisationer i feltet. Vi har prøvet at identificere tendenser til isomorfi på

organisations- og ledelsesområdet mellem amter og sygehuse. Vi mener at kunne finde et klart eksempel i indførelsen af ledelsesmodellerne i 80'erne, hvor næsten alle amter indførte de samme trojkamodeller og modeller med delt afdelingsledelse indenfor en kort årrække. Dette sket i kølvandet på indenrigsministeriets betænkning om Sygehusenes Organisation og Økonomi fra 1984. Selv om udvalget faktisk anbefalede afprøvning af forskellige modeller for ledelse, blev resultatet i det danske felt en meget betydelig grad af isomorfi, hvor stort set alle sygehuse og amter indført trojkaledelse i toppen og delt afdelingsledelse for langt de fleste afdelinger. Isomorfien kan nok ikke forklares ved imitering alene, og der kan være grund til at inddrage interesseforklaringer, idet sygeplejerskerne i den periode satsede stærkt på at få del i ledelsesfunktionerne og de administrative opgaver. Samtidig var en række læger måske interesserede i at dele det stadig mere omfattende ledelsesansvar med andre, især når det drejede sig om personaleledelse og økonomistyring.

Denne historiske tendens til at anvende stort set samme ledelses- og organisationsstruktur på alle sygehuse blev i perioden op til sygehuskommissionens nedsættelse afløst af en lang række eksperimenter i amterne, hvor forskellige centermodeller er afprøvet, hvor sygehuse er lagt sammen under fælles ledelse, og hvor enkelte amter har eksperimenteret med central ledelse af det samlede sygehusvæsen. Hvordan kan dette skift fra isomorfe processer til diversitet forklares?

Det kan tænkes, at amterne i denne periode fra ca. 1990 til 1996 faktisk har haft en periode uden større centrale initiativer, hvor de har kunnet eksperimentere og udvikle egne sundhedspolitiske modeller tilpasset forholdene i de enkelte amter. Skiftet mht. ledelse er ikke det eneste, der kan iagttages, og amterne har faktisk udviklet forskellige sundhedspolitiske traditioner. Nogle satser på altid at være på forkant med udviklingen, men samtidig udforme egne varianter og præge den landspolitiske udvikling (f.eks. Århus). Andre satser ud fra deres specielle historiske baggrund på en særlig udformning af sygehusvæsenet (Ringkøbing og Frederiksborg), og atter andre søger at opfange de centrale udviklingstendenser tidligt og tilpasse sig dem mere eller mindre aktivt (Nordjylland). Andre igen eksperimenterer meget (Fyn og Sønderjylland). Det afgørende er, at tidligere tiders større ensartethed i denne periode afløses af diversitet og opbrud på en række dimensioner.

I slutningen af 90'erne ses der tendenser til ny isomorfi, men denne gang er den ikke frembragt via imitationsprocesser. Den er snarere afledt af en række centrale initiativer, der griber ind i områder, som hidtil har været amternes egne anliggender. Det er bemærkelsesværdigt, at der indgås aftaler mellem amterne og regeringen om valget af ledelsesmodeller, set på baggrund af de mange eksperimenter der allerede er i gang og anbefalingerne fra

sygehuskommissionen om evaluering af nye organisations- og ledelsesformer (Sygehuskommissionen 1997 s. 112).

Det bliver interessant at følge etableringen af de nye entydige ledelser på alle niveauer. Der er via et centralt initiativ skabt en ny arena, som amterne kan udnytte. Den kan resultere i en ny isomorfi eller i diversitet. Afgørende er vel, om der igen opstår en fælles forståelse for, hvad der anses for en passende udformning af organisation og ledelse. To nye begreber er centrale i denne udviklingsproces. Det ene er "entydig ledelse" og det andet er de "funktionsbærende enheder".

Nye institutionsdannelser ?

Efter alt at dømme bliver de to begreber centrale i de kommende år. De spiller allerede en betydelig rolle i debatten og i respondenternes bevidsthed, og med økonomiaftalen år 2000 er der etableret enighed mellem Amtsrådsforeningen og Regeringen om begge principper, hvilket ikke betyder at fortolkningsmulighederne er udtømte, nærmest tværtimod. Vi har derfor valgt at se nærmere på de to fænomener og deres baggrund. Vi ser både tilbage i tiden og undersøger ved skriftlige kilder, hvorfra og hvornår de opstår, men vi vil også vurdere deres aktuelle status som institutionelle fænomener.

Entydig ledelse:

Begrebet entydig ledelse blev første gang præsenteret i en sygehuskontekst i betænkning 1123 fra 1987 med titlen "Amtskommunalt udgiftspres og styringsmidler". I betænkningen sammenkædes den fortsatte økonomiske rammestyring af sygehusvæsenet og produktivitetsforbedringer, med en styrkelse af ledelsesfunktionen. Denne styrkelse blev formuleret som et ønske om at få etableret et entydigt ledelseshierarki på alle niveauer. På sygehusniveau anbefalede betænkningen etableringen af en teamledelse bestående af repræsentanter fra de tre eksisterende søjler, med det overordnede ansvar placeret entydigt. Teammodellen svarer til de trojkaledelser, som netop blev dannet i disse år, med den modifikation, at det overordnede ansvar ikke blev entydigt placeret hos en af trojkaens medlemmer, men hos hele ledelseskollegiet. På afdelingsniveau forholdt betænkningen sig til de eksisterende to faggrupper, idet det konstateres, at der kun i sygeplejeskegruppen er tradition for ledelse, hvorfor man koncentrerede sig om lægegruppen. Entydig ledelse på afdelingsniveau er derfor i denne betænkning lig med en anbefaling af etablering af et entydigt ledelseshierarki i overlægergruppen."Den ene ansvarlige overlæge placeres dermed klart som chef for afdelingens læger, med ansvar for såvel valget af behandlingsprogrammer som arbejdstilrettelæggelse" (Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder s. 99). Sygeplejerskers placering i afdelingsledelsen blev ikke behandlet i denne betænkning.

Betænkningens anbefalinger blev ikke fulgt, idet de nye ledelsesmodeller amterne lancerede i årene efter 1987, placerede det overordnede ledelsesansvar i de ledelsesteam, som trojkaledelserne og de delte afdelingsledelser kom til at udgøre.

Begrebet entydig ledelse blev på ny sat på dagsordenen i feltet via sygehuskommissionen i 1996. I betænkning 1329 fra januar 1997 med titlen "Udfordringer i Sygehusvæsenet" omtales den entydige ledelse som det anbefalede ledelsesprincip for fremtidens sygehusvæsen på alle niveauer. Princippet introduceres i kapitel 7, hvis overskrift er: "Det gode patientforløb", og hvor indholdet iøvrigt er en række overvejelser og forslag til, hvordan man kan sikre et godt patientforløb. Hvor ledelse i 80'erne entydigt sås som middel til at forbedre produktiviteten, sættes ændrede ledelsesformer nu ind i en sammenhæng, der har med forbedret kvalitet at gøre.

Noget af det mest interessante i en institutionsdannelse sammenhæng er imidlertid, hvor hurtigt tanken om entydig ledelse denne gang er slået igennem i feltet, og hvorfor det så klart lægges til grund for den forventede udvikling hos respondenterne.

Man kunne ud fra en rationel betragtning forvente, at kommissionen ville henvise til dokumenterede erfaringer med de eksisterende modeller, eller havde indhentet høringsvar om erfaringerne hos amter eller amtsrådsforeningen, men dette er ikke tilfældet. Man nøjes i stedet (Sygehuskommissionen 1997 s. 111) med at henvise til:

"At placeringen af ledelsesansvaret på afdelingsniveau er et kontroversielt spørgsmål, som endnu ikke har fundet sin endelige løsning alle steder. Ofte foreskriver ledelsesregelsættet, at afdelingsledelsen i tilfælde af indbyrdes uenighed forelægger sagen for sygehusledelsen. Faren ved denne konstruktion er, at afdelingsledelsen snarere fejer det pågældende problem til side, end bringer sagen frem til endelig afgørelse.

Kommissionen skal derfor anbefale, at der på alle niveauer sker en entydig placering af ledelsesansvaret. Dette indebærer, at den udbredte trojka-model og afdelingsledelsesmodel skal ændres".

Følgeslutningen i andet afsnit må siges at hvile på et spekulativt grundlag. Der argumenteres ud fra en tænkt risiko, uden at det vurderes, om fænomenet faktisk forekommer hyppigt eller i alvorlige situationer. Der er således ikke argumenteret for, at delingen af ledelsen skulle have haft væsentlig betydning for håndteringen af ledelsesansvaret. Med desuden udstrækkes argumentationen fra afdelingsniveauet til at dække sygehusledelsesniveauet uden nogen form

for selvstændig argumentation. Det er imidlertid også spørgsmålet, hvilke erfaringer der kunne være tilvejebragt på det tidspunkt Sygehuskommissionens arbejdede. Da kommissionen påbegyndte sit arbejde, havde mange af de delte afdelingsledelser kun fungeret i 2 til 3 år, og eventuelt indsamlede erfaringer ville således kun være af tidlig og foreløbig karakter.

Alligevel kan man altså ca. to år efter kommissionens anbefaling konstatere, at stort set alle nøglepersoner som noget helt selvfølgeligt regner med, at princippet om entydig ledelse vil blive gennemført.

På den baggrund forekommer det svært at fastholde en logisk rationel forklaring på anbefalingen af "entydig ledelse" som princip. Det kan næppe forklares ud fra erfaringsbaserede effektivitetsbetragtninger, tværtimod er det påfaldende, at sygeplejerskernes placering i de fremtidige ledelsesmodeller er helt fraværende, når man betænker, at respondenterne netop fremhævede denne faggruppes betydning i de eksisterende modeller. Ej heller moderne ledelseslitteratur kan støtte en logisk rationel forklaring, eftersom litteraturen snarere betoner teamledelse eller situationsbestemt ledelse.

Vi må derfor søge efter andre forklaringer, som kan belyse, hvorfor interviewpersonerne forventer den entydige ledelse gennemført, og vi foreslår på nuværende tidspunkt følgende mulige tolkninger:

- Forklaringen kan måske hentes i respondenternes fortolkning af magtkonstellationerne i feltet. Hvis denne forklaring holder forventer man, at reformen vil blive gennemført, uanset hvad man selv mener, simpelthen fordi magtkonstellationen bestående af lægeselskaberne, sundhedsministeriet og kredsen omkring sygehuskommissionen vurderes som meget stærk. Hvis forklaringen er rigtig, er det en indikation for, at feltet i virkeligheden fungerer relativt stærkt hierarkisk, uanset at det formelt er relativt decentraliseret. At sådanne forventninger kan være rigtige, understøttes af begivenhederne efter interviewperioden, idet amterne og regeringen i økonomiaftalen for år 2000 har aftalt at "arbejde for en entydig placering af ledelsesansvaret på alle niveauer i sygehusvæsenet" (økonomiaftalen 2000 s. 6).
- Der kan være tale om afspejlinger af en tidstypisk mode eller trend. Hvis dette er rigtigt, afspejler aktørernes svar, at de i dag anser mere entydig ledelse for rigtigere og mere passende end trojka og delt ledelse. Der vil så være tale om import af et organisatorisk formelement (jf. Røvik 1998) i feltet. Der er netop tale om et formelement, idet tanker om ledelse ikke kobles til andre organisatoriske elementer. Formelementet kan hænge sammen med den internationale New Public Management tendens til at indføre ledelsesformer i den offentlige sektor, hvor stærke

ledelser, med personligt ansvar for resultaterne indenfor deres ledelsesområde, har været et fast led. Set i dette perspektiv kan der også være tale om afsmitning fra sundhedsforvaltningernes organisation og ledelse til sygehusniveauet. Denne forklaring modificerer indtrykket af en meget hurtig proces. Hvis den er rigtig, er entydig ledelse snarere en afspejling af en langsigtet trend, der starter i begyndelsen af 80'erne.

- Forventningen kan også forklares ud fra respondenternes vurderinger af effekterne af eentydig ledelse. De kan faktisk have forventninger til at eentydig ledelse vil betyde bedre og mere sammenhængende ledelse uanset den manglende erfaringsindhentning og deres samtidige fortolkning af entydig ledelse som et eksternt krav/forventning fra de centrale myndigheder. Hvis forklaringen holder, kan man måske senere forvente en større eller mindre dekobling fra de oprindelige intentioner, og der er i så tilfælde tale om "Talk" hos respondenterne, uden at der nødvendigvis følger "Action" med (Brunsson 1989).
- Endelig kan forventningerne tolkes som et resultat af en succesrig interessevaretagelse fra lægeprofessionens side. Alle respondenter forventer, at den entydige leder i langt de fleste tilfælde vil blive en læge (på afdelingsniveauet). Også på sygehusniveauet kan lægerne komme til at stå stærkere end i dag. Man kan i tiden efter kommissionen konstatere, at FAS har ført den politik, at de ikke godkender løntillæg til visse administrerende overlæger, hvis de ikke har det endelige ledelsesansvar for afdelingen. Hvis interesseforklaringen holder, viser forløbet, at konstruktionen og indarbejdningen af almene normer som "Entydig ledelse" kan være et effektivt middel til interessevaretagelse i sygehusfeltet, fordi interesserne bliver varetaget, uden at man selv behøver at træde frem på scenen og dermed risikere en konfrontation med sygeplejerskerne eller andre interesser.

Funktionsbærende enheder:

Funktionsbærende enheder er i de sidste par år blevet betegnelsen for enheder, der med udgangspunkt i et lægefagligt speciale varetager behandling og pleje på tværs af sygehuse og amter.

De funktionsbærende enheder er på mange måder et godt eksempel på et upræcist nyt begreb, der tilsyneladende har stor gennemslagskraft i feltet, måske fordi det kan fungere som arena for mange slags interesser, og fordi det lover opbrud i stivnede sygehusstrukturer på det rette tidspunkt, men også på dette område føres der rationalistiske begrundelser frem, som vi først vil undersøge.

De funktionsbærende enheder er ikke nævnt som begreb i sygehuskommissionens betænkning, men den anbefalede, at sundhedsstyrelsen som led i det fortsatte arbejde med at sikre en høj faglig kvalitet iværksatte et udviklingsarbejde (Sygehuskommissionen 1977 s. 136) mhp.:

“ At tilvejebringe rekommandationer vedrørende det nødvendige patientgrundlag for en kvalitetsmæssig forsvarlig varetagelse af udvalgte undersøgelses- og behandlingsopgaver.

Ambitionen for dette arbejde må realistisk indskrænke sig til at nå frem til et mere kvalificeret skøn over, hvad størrelsen af patientgrundlaget på forskellige områder bør være. Det “objektivt” rigtige underlag lader sig næppe dokumentere”.

Baggrunden for denne anbefaling var bl.a. en henvisning til et forslag fra Dansk Kirurgisk Selskab, som havde foreslået, at væsentlige dele af kirurgien samledes i enheder med et grundlag på 200-250.000 indbyggere. (Kommissionen side 136). Men samtidig fandt kommissionen det utilfredsstillende, at beslutningerne om fordelingen af arbejdsopgaverne i hovedsagen måtte baseres på denne type af skøn og fandt altså, at der måtte fremskaffes et bedre beslutningsgrundlag.

Sundhedsstyrelsens nedsatte som opfølgning herpå en arbejdsgruppe, der i marts 1998 afleverede et debatoplæg med titlen: “Kvalitet i Sygehusvæsenet. Befolkningsunderlagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og forskning”. Gruppen har gennemgået den foreliggende dokumentation for sammenhængen mellem befolkningsgrundlag og kvalitet og konkluderer, at:

“Sammenhæng mellem kvalitet og patientgrundlag kan ikke sikkert og entydigt dokumenteres på basis af den foreliggende litteratur. Litteraturen er mangelfuld på flere måder.Litteraturen kan dog dokumentere et minimumstal for patienttallet, når det gælder visse behandlinger på det højt specialiserede niveau. Ikke kirurgiske problemstillinger er kun sparsomt repræsenteret i litteraturen.

Sammenhængen mellem størrelsen af patientunderlaget og kvalitet af behandlingen synes mere udtalt (nævnes oftere i undersøgelserne) for den enkelte speciallæge end for hospital/afdeling”.

Denne litteraturgennemgang suppleres med følgende udsagn:

“Baseret på kliniske erfaringer har de lægefaglige selskaber vurderet, at befolkningsgrundlaget for udførelse af de kirurgiske behandlingsopgaver bør være minimum 200-250.000 indbyggere for at sikre kvaliteten døgnet rundt i basisbehandlingen (omfatter ca. 90 pct af behandlingen af såvel akut som elektiv behandling på sygehus)”.

Videre i oplægget hedder det, at områderne for de medicinske behandlinger kan være mindre (50-100.000 personer) og at det for andre, stærkt specialiserede behandlinger, kan være højere.

I debatoplægget introduceres begrebet “den funktionsbærende enhed” for første gang som:

“Den enhed, der vil kunne tænkes at fungere som basisenheden i det fremtidige sygehusvæsen”.

Indenfor et rationelt perspektiv er det overraskende, at grundlaget for et overordentligt vidtrækkende forslag er så spinkelt (og vi har ikke kunnet finde et andet grundlag beskrevet). Men det er ikke mindre interessant, at ingen respondenter anfægter grundlaget for anbefalingen til trods for, at den egentlige dokumentation for sammenhængen mellem kvalitet og antal patienter gælder højtspecialiserede kirurgiske behandlinger og for den enkelte speciallæge, ikke i samme udstrækning på afdelings eller sygehusniveau. For enheder, der ligger på tværs af sygehuse, er der slet ingen dokumentation. Alligevel udstrækkes argumentationen til at gælde for basisbehandlingen, også uden for det kirurgiske område, og til at gælde på afdelingsniveau, sygehusniveau, samt for enheder på tværs af sygehuse. Senere er argumentationskæden videreført og tilmed strammet i regeringspjecen: “Danmarks som foregangsland: Kvalitet, service og effektivitet i Sygehusvæsenet” fra maj 1999 og i den seneste publikation fra sundhedsministeriet: ”Sygehusvæsenet i en dansk og international Sammenligning” fra august 1999. Nu anbefales det, at der kun skal være een døgnåben akut modtagelse indenfor hvert speciale i hvert amt.

Stort set alle respondenter forventer upåagtet det spinkle grundlag, at de funktionsbærende enheder bliver til noget, at det kun er et spørgsmål om tid, at det nærmest er uafvendeligt og ingen kritiserer grundlaget for anbefalingerne.

Vi må derfor ty til andre forklaringstyper:

- Måske er der også her tale om interessevaretagelse fra lægernes side. De bliver om nogen tilgodeset med dette forslag, der tilbyder lægerne løsninger på en række problemer med rekruttering, uddannelse og forskning, og hele tankegangen er fostret af speciallægeselskaberne.
- Der kan også være tale om en interessekoalition bestående af læger, politikerne (der måske ser enhederne som en måde, hvorpå man kan opnå rationaliseringer og samtidig undgå at nedlægge små sygehuse) og endelig administratorerne (der kan se rationaliseringsgevinsterne). Alle disse parter kan i de funktionsbærende enheder se en arena eller beslutningsanledning, hvor de kan få nogle af deres interesser igennem.
- Der kan også være tale om et diskursivt fænomen, der finder støtte i feltet, fordi det rummer mulighed for en række fagfolk til at diskutere udviklingen indenfor deres fagområde på en anden måde end de kendte, der i lang tid har været præget af budgetdiskussioner og fastlåste positioner.
- Det kan også være en måde, hvorpå de sundhedsfaglige grupper og amterne kan dæmme op for markedsstyringen. Funktionsbærende enheder kræver veltilrettelagt planlægning baseret på faglige overvejelser. Etableres der enighed herom, tages luften ud af diskussionerne om valgfrihed og markedsstyring. Det vil i så fald være en strategisk forklaring, hvor aktørerne bag er specialeselskaberne jf. ovenfor, men også sundhedsstyrelsen og andre der har interesse i at sikre sygehusvæsenets faglige udvikling og standard via sundhedsfaglig planlægning.

Sammenfatning og nye spørgsmål:

Samlet set tegnes der foreløbig et billede af sygehusfeltet i 90'erne, hvor der foregår en afinstitutioniserings- og destrukureringsproces, hvor etablerede sandheder, normer og politisk-administrative styringstraditioner anfægtes, og hvor konkurrencen mellem styringslogikker og interesser skærpes. Samtidig foregår dannelse af nye institutioner, der er ved at blive etableret, som adfærdsregulerende.

Vores konklusion om destrukurering er baseret på opbruddet i det politisk-administrative styringssystem og konkurrencen mellem forskellige styringsrationaler, hvoraf de vigtigste er:

- Markedsrationalet, repræsenteret af det frie sygehusvalg og DRG baseret ressourcefordeling med tilhørende konkurrence mellem sygehuse.
- Planlægningsrationalet baseret på lægefaglige udviklinger og argumenter repræsenteret ved etableringen af funktionsbærende enheder og en planlagt arbejdsdeling mellem sygehuse og amter.

- Et managementrationale, hvor styrkede resultatansvarlige ledelser betones fremfor repræsentation af sundhedsfaglige grupper i ledelsen.
- Ad hoc rationale, hvor politikdannelsen sker pga. af pressekampagner med fokus på enkeltsager eller enkeltområder.

Markedsrationalet og planlægningsrationalet er logisk og praktisk ikke forenelige. Hvis de begge fortsat præger udviklingen i feltet, må man forvente modsat rettede styringssignaler i feltets organisationer og vanskeligt administrerbare kompromiser. En anden mulighed er, at et af rationalerne vinder frem og bliver dominerende. Managementrationalet kan derimod godt forenes med både markedsstyring og planlægning, men til gengæld må man stille spørgsmål ved dets interne sammenhængskraft. Der kan etableres entydige placeringer af ledelsesansvaret, men spørgsmålet er, om placering af et formelt ansvar er et tilstrækkeligt svar på ledelsesproblemerne i sygehusene. Det er der grund til at tvivle på. Ledelsesteorien peger på vigtigheden af at decentralisere ledelsen og at engagere de professionelle i ledelsesopgaverne i denne type af organisationer, men det er helt uklart, om det kan ske indenfor rammerne af "entydig ledelse" konceptet. Vi må med baggrund i respondenternes udtalelser specielt pege på betydningen af at engagere sygeplejersker og sideordnede overlæger i ledelsesopgaverne.

Ved siden af konkurrerende og modsætningsfulde rationaler sker der også et opbrud i det politisk-administrative styringssystem. Arbejdsdelingen mellem amterne og det centrale niveau var efter kommunalreformen præget af princippet om at lade ansvar og finansiering følges ad. Den statslige styring skulle indskrænkes til at sikre nationale hensyn, og det var i hvert tilfælde ikke tanken, at bloktilskud skulle ledsages af betingelser eller øremærkes til særlige formålsbestemte puljer.

Med udviklingen i sidste del af 80'erne og 90'erne kan der konstateres et brud, som indebærer, at feltet styres langt mere hierarkisk end tidligere. Hvor imitation mellem amter og sygehuse var udbredt i begyndelsen af 80'erne og blev afløst af større diversitet i 90'ernes første halvdel, spores nu en større ensartethed som følge af det centrale niveaus forskellige initiativer. Vi har især lagt vægt på entydig ledelse og etablering af funktionsbærende enheder som eksempler på nye regulative institutionsdannelse i et mere hierarkisk fungerende felt.

Hvor den politisk-administrative styringstradition er genuin dansk, vokset frem som et barn af kommunalreformen og siden ændret skridt for skridt, forholder det sig anderledes med styringsrationalerne. De har alle forbindelse til internationale udviklingstendenser.

Næsten alle vestlige lande med tradition for politisk-administrativ styring af sygehusene, har i 80'erne og 90'erne eksperimenteret med at indføre forskellige former for markedsmekanismer. Alle lande er påvirket af den internationaliserede lægefaglige og teknologiske udvikling, der ligger bag planlægningsrationalet, og managementstrategiernes vægt på entydige og resultatansvarlige ledelser er ligeledes international. Det samme gælder pressens arbejdsmetoder. Når rationalerne optræder i Danmark, må man altså antage, at det for en del skyldes import af ideer, koncepter og logikker fra en internationaliseret verden.

Der er på den anden side ingen garanti for, at sådanne tendenser slår igennem i Danmark, blot fordi de eksisterer internationalt eller bliver diskuteret i Danmark. Entydig ledelse blev således diskuteret i 80'erne, men uden at slå igennem og markedsliggende mekanismer som DRG styring har været kendt i mange år, før det nu er blevet vedtaget som princip, og vi har stadig til gode at se, hvilken betydning det faktisk får. Den lægefaglige specialisering har tidligere sat sig igennem i 70'erne, og der sker måske igen via de funktionsbærende enheder.

Vi har også peget på nye institutionsdannelser i form af entydig ledelse og funktionsbærende enheder. De har ingredienserne til at udgøre ideologiske HIT fænomener i feltet i de kommende år. Hvem kan være imod entydighed, og hvad skulle man have imod noget så uskyldigt som en funktionsbærende enhed? De er samtidig bundet op til langvarige udviklingstendenser, og vi skønner på baggrund af respondentudtalelserne og begivenhederne siden interviewperioden, at de har gode muligheder for et hurtigt gennemslag i organisatorisk praksis. I begge tilfælde har vi at gøre med processer, der tendentielt styrker lægernes position. Der er kun gået to år siden offentliggørelsen af sygehuskommissionens betænkning, og man må ud fra respondenternes svar og med henvisning til aftalerne vedrørende år 2000 mellem amterne og regeringen sige, at der allerede er tale om fænomener, der virker adfærdsregulerende på amtsniveau og sygehusniveau. Det kan give anledning til at sætte spørgsmålstegn ved den meget udbredte tese om sygehusvæsenets manglende evne til at optage nye signaler og omstille sig.

Hvordan skal man forklare selve processens forløb. Hvad er grunden til, at det i disse tilfælde går så hurtigt? Er der alligevel tale om effekterne af opsamlede erfaringer, som blot ikke ekspliciteres, men som alligevel gør feltet modtagelig for koncentration og entydig ledelse? Er der tale om skjult interessevaretagelse, som slår igennem, fordi der netop på dette tidspunkt er opstået en interessekonstellation, som kan blive enige om udviklingsretningen? Eller fungerer der faktisk et hierarki, som uanset den formelle decentralisering sætter sig igennem nok så effektivt. Hvis det er tilfældet, hvordan sker meningsdannelsen så blandt magthaverne i dette hierarki? Eller er der overvejende tale om diskursive, meningsdannede

fænomener, som får betydning, fordi centrale aktører mere eller mindre bevidst henviser til dem for at kunne gennemføre, hvad de hele tiden gerne har villet gøre?

Det er nogle af de spørgsmål, som ikke kan besvares fyldestgørende på baggrund af dette materiale. Til gengæld synes vi, de er værd at arbejde videre med for at få et bedre billede af den kontekst, det enkelte sygehus lever i, de påvirkninger det udsættes for, og de handlemuligheder det har som organisation, alene eller sammen med andre.

Vort arbejde med denne første del af feltanalysen har også givet anledning til at rejse nogle mere teoretiske spørgsmål:

- Hvordan identificeres starten på en institutionsdannelse i et organisatorisk felt? Vi synes, det er vanskeligt at finde kriterier for at sondre mellem nye og gamle processer, og det kan være afgørende for konklusioner om hurtig eller langsom institutionalisering.
- Mange feltanalyser har betonet imitationsprocesser, og vi har også fundet dem i det danske sygehusfelt. Imitation indebærer imidlertid begrebsmæssigt en valgmulighed og er vel typisk blevet studeret i felter præget af interorganisatorisk samspil mellem nogenlunde ligestillede organisationer, men i sygehusfeltet ser vi klare tegn på, at feltet fungerer efter hierarkiske mønstre, også selv om der ikke er tale om hierarkisk styring. Vi savner eksempler på feltanalyser/teorier, der afspejler den slags fænomener.
- Normalt ville vi betegne fænomener som entydig ledelse og funktionsbærende enheder som kognitive fænomener, der måske via etablering af diskurser og senere omsættelse til praksis kan blive til institutioner i feltet, men igen kobles diskurs med hierarki. Vores aktører tolker ganske vist meningsindholdet i de nye fænomener, men samtidig virker det som om, de også prøver at fortolke, hvad magthaverne på det centrale niveau mener, og at disse fortolkninger virker ind på deres meningsdannelse. Vi ser altså en tydelig kobling mellem eksisterende regulative institutioner og de nye mere diskursive. Hvordan kan vi sætte begreb på disse koblinger.

LITTERATUR

Brunsson 1989. Nils Brunsson: *The organization of Hypocrisy*. New York 1989. Wiley

Røvik 1998: Kjell Arne Røvik: *Moderne Organisasjoner*. Fakkbokforlaget Oslo 1998

Scott, Mendel og Pollack 1997. *Environments and Fields: Studying the Evolution of a field of Medical Care Organizations*. Stanford University

Sundhedsministeriet 1999. "*Danmark som foregangsland: Kvalitet, Service og effektivitet i sygehusvæsenet*". Kbh. maj 1999

Sundhedsministeriet 1999. "*Sygehusvæsenet i en dansk og international sammenligning*"

Sundhedsstyrelsen 1998: "*Kvalitet i sygehusvæsenet. Befolkningsgrundlagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og forskning*"

Sygehuskommissionen 1997. "*Udfordringer i Sygehusvæsenet*". Betænkning fra Sygehuskommissionen. Betænkning nr. 1329 Kbh. 1997.

Indenrigsministeriet 1987. "*Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder*". Betænkning fra det af Indenrigsministeren nedsatte udvalg om amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder. Betænkning nr. 1123 Kbh 1987.

Bilag 1

NØGLEPERSONINTERVIEWS

Personens baggrund:

Organisationsfeltet:

- Hvad er set fra din position de vigtigste forhold som styrer udviklingen på sygehusområdet?
- Hvordan vurderer du udviklingen i den overordnede styring af sygehusvæsenet i Danmark. Hvad er vi gode til? Hvad går skidt?
 - Folketingspolitikernes rolle
 - Sundhedsministeriets og finansministeriets rolle
 - Amtskommunernes og HS's rolle
- Hvordan tror du den overordnede styring vil udvikle sig indenfor en tidshorisont på f.eks. 5 år?
 - Hvilke temaer og diskussioner bliver centrale?
- Hvem vil blive de centrale aktører?
- Hvilke styringsformer vil blive mere brugt fremover?
 - Hvilke styringsformer bliver mindre relevante?
- Hvordan tror du den fremtidige sygehusstruktur vil se ud og hvorfor?
 - Små kontra store sygehuse (herunder rene elektive)
 - Regionalt samarbejde
 - Offentligt ctr. privat

Sygehusniveauet og sygehusorganisationen:

- Hvilke centrale forhold præger situationen på de enkelte sygehuse i dag?
- Hvorfor er det netop disse forhold, der har betydning?
- I hvor høj grad kan sygehuse selv påvirke deres situation? Eksempler?
- Hvilke forhold vurderer du som positive hhv. negative ved den nuværende afdelingsopdelte og specialebaserede interne organisering af sygehuse?
- Hvordan vurderer du erfaringerne med trojkaledelserne?
- Hvordan vurderer du erfaringerne med delt afdelingsledelse?

De økonomiske og administrative reformer generelt set:

- Hvorfra kommer inspirationen til de seneste ti års mange økonomisk-administrative reformer (som f.eks. ændrede ledelsesformer, kvalitetsstyring, kontraktstyring, frit sygehusvalg, DRG baseret budgetstyring) i sygehussektoren?
- Hvem har været centrale aktører i formuleringen af politikken på disse områder?
- Hvordan vurderer du resultaterne i forhold til målene indtil nu?
- Har der været modstand mod reformerne, hvordan har den vist sig, og hvorfra kommer den?
- Har modstanden været velbegrundet?
- Hvilke reformer anser du for mest påtrængende at få gennemført i de kommende 5 år?
- Hvad tror du der rent faktisk vil komme til at præge udviklingen mest i de kommende fem år?
- Trænger vi til en reformpause?
- Trænger vi til en mere langsigtet styring end den nuværende. Hvem skulle evt. stå for den, og hvad ville ulemperne være ?

Eget design:

Kort redegørelse fra os (hvad ligger fast nu, og hvad kan ændres?)

- Er de valgte tre indsatsområder relevant ift. projektets formål?
- Er der andre reformer i gang eller på vej, som kunne være mere relevante (f.eks. DRG baseret budgettering i stedet for kontraktstyring, eller elektronisk pt. journal)?
- Balancen mellem ledere og øvrige ansatte i undersøgelsesdesignet. Hvor ligger skæringsfladerne i dag. Skal vi længere ud i organisationen?
- Hvordan vurderer du status mht. kvalitetssikring? Hvad er det vigtigt at være opmærksom på? Hvad vil der ske i fremtiden med dette område?
- Hvordan vurderer du kontraktstyringsmodellen? Er den på retur? Vil den blive afløst af andre og hvilke?
- Hvordan vurderer du udviklingen mht. nye ledelsesformer. Hvordan tolkes begrebet "entydig" ledelse? Eksperimenteres der rent faktisk med udvikling af nye ledelsesformer? Hvorfor? Forskelle på sygehusniveau og afdelingsniveau?
- Hvilke problemer og udfordringer kommer til at dominere ledelsen på sygehusniveau i de nærmeste år?

- Hvilke problemer og udfordringer bliver fremtrædende på afdelingsniveau?
- Hvordan klarer ledende læger og sygeplejersker at balancere mellem at være faglige ledere og administrative/personalemæssige ledere?
- Hvordan med ledelse på tværs af sygehuse? Hvor vigtigt? Hvilke problemer? Er man rustet hertil?