

Medskabende medborgere

Den svenske ansvarsudrednings dagsorden for strukturreformer

Kjær, Peter

Document Version
Final published version

Published in:
FLOS Nyhedsbrev

Publication date:
2004

License
Unspecified

Citation for published version (APA):
Kjær, P. (2004). Medskabende medborgere: Den svenske ansvarsudrednings dagsorden for strukturreformer. *FLOS Nyhedsbrev*, 17-18.

[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: 30. Mar. 2023





Nyhedsbrev
maj 2004

Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet

Strukturkommissionens betænkning – kommentarer og refleksioner	
Størrelse og bæredygtighed – holder argumenterne?	2
Hvordan Strukturkommissionen behandler sygehuset	5
Sygehusstrukturen – problem eller løsning	7
Løses sammenhængsproblemer med strukturdesign - hvad med kulturen?	8
Demarkationslinjer mellem Øst- og Vestdanmark	10
Beslutningens vaklen	13
Indenrigs- og Sundhedsministeriets rolle i styringen af det danske sygehusvæsen: historisk, aktuelt og i fremtiden	15
Reformarbejde i Sverige – erfaringer og analyser	
Medskabende medborgere: Den svenske ansvarsudrednings dagsorden for strukturreformer	17
Styring, ledelse, organisation og finansiering af sundheds- og sygehusvæsenet i Sverige	19
Stræben efter transparens	21
At drive sygehus som virksomhed – erfaringer fra Helsingborgs Lasarett og Ängelholms Sjukhus AB	24
Studier af medicinsk praksis	
Fra klinisk forskning til klinisk praksis (og tilbage igen)	27
Chronic Disease Management på nettet – IT, den kompetente patient og distribueret medicinsk praksis	29
Elektroniske patientjournaler i almen praksis	31
Utsigtede strukturforandringer i almen praksis?	33
Uddannelse og konferencer	35
Publikationer	37

www.flos.cbs.dk

Sekretariat: Marianne Risberg – mr.ioa@cbs.dk



Størrelse og bæredygtighed - holder argumenterne?



Af lektor Peter Kragh Jespersen, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet
peterkr@socsci.auc.dk

Stukturkommissionens vurderinger på sundhedsområdet har allerede spillet en stor rolle for den politiske og administrative debat i kølvandet på betænkningens offentliggørelse, og der er grund til at tro, at det også vil gælde for den politiske behandling af kommissionens arbejde, som nu er i gang. Det må derfor være naturligt at vurdere argumenterne i kommissionens arbejde nærmere.

Kommissionen har haft til opgave at opstille forskellige modeller og vurdere deres fordele og ulemper ud fra kriterier om effektivitet og bæredygtighed, demokratisk kontrol, borgerinddragelse, kvalitet i opgaveløsningen, nærhed, retssikkerhed og valgmuligheder, klarhed i ansvarsfordeling og sammenhæng mellem kompetence og økonomisk ansvar. Herudover har kommissionen selv valgt at tilføje to kriterier: enkelhed og styrbarhed. Der er i alt seks forskellige modeller, men allerede nu kan det konstateres, at interessen har samlet sig om tre modeller, hvis fælles træk er, at de tre nuværende forvaltningsled bevares med tilhørende direkte folkevalgt styring og skatteudskrivningsret, mens de mere vidtgående modeller med indirekte valg eller kun to forvaltningsled næppe har nogen fremtid, hvis der skal opnås bred politisk enighed om kommunalreformen.

Pladsen i denne korte gennemgang tillader ikke en dybere gennemgang af de forskellige modeller, og vil heller ikke yde kommissionens betænkning fuld retfærdighed, idet der som nævnt indgår en række andre argumenter i grundlaget for arbejdet. Men to centrale argumenter i de foreslåede modeller har

været størrelsesargumentet og bæredygtighedsargumentet, og derfor har jeg valgt at se nøjere på dem, med fokus på sundhedsområdet.

Det første argument er størrelsesargumentet, der er udmøntet i anbefalede minimumstørrelser for kommunerne på 20.000 indbyggere, hvis kommunernes opgaver ikke ændres, eller hvis man vælger den brede amtsmodel, og 30.000 indbyggere hvis kommunerne tilføres flere opgaver. For amternes vedkommende anbefales, navnlig med henvisning til sundhedsopgaverne, at landet bør inddeles i højst 7-8 regioner med den kommentar, at hensynet til den specialiserede sygehusbehandling trækker i retning af færre, mens andre opgaver og hensynet til lokalkendskab og statens styringsmuligheder trækker i retning af flere.

Argumenterne for minimumstørrelserne er først og fremmest en antagelse om større effektivitet i store enheder, men denne sammenhæng er ikke generelt dokumenteret i hovedbetænkningen og slet ikke på sundhedsområdet. I hovedbetænkningen fremhæves det korrekt (s. 353), at "der kun i meget begrænset omfang foreligger data for resultater eller effekter af de forskellige aktiviteter. Dermed er det generelt ikke muligt direkte at belyse effektiviteten". I mangel af bedre anvender man i stedet udgiften pr. indbygger korrigeret for udgiftsbehov som surrogatmål for effektivitet, men det er et overordentligt problematisk valg, fordi forskellene kan være udtryk for alt andet end effektivitet. For det første er en del af forskellene naturligvis udtryk for bevidste politiske valg i kommunerne, og for det andet er det langt fra sikkert, at forskellene afspejler effektivitetsforskelle. Hertil kommer, at selv med de valgte tvivlsomme mål er sammenhængen mellem kommunestørrelse og udgifter pr. indbygger ikke entydig. Ganske vist ligger kommuner i intervallet 18-25.000 og 25-50.000 indbyggere bedst, men kommuner med 50-70.000 ligger på niveau med kommuner på 12-17.000 indbyggere. Man kunne ud fra disse tal lige såvel argumentere for opsplnitning af nogle af de store kommuner som for sammenlægning af små. Realiteten er dog snarere, at der ikke eksisterer overbevisende argumenter for, at en bestemt kommunestørrelse generelt er

effektivitetsmæssig overlegen. Alligevel sammenfattes analysen i en konklusion, hvor man "med betydelig usikkerhed opgør effektivitetspotentialer for kommuner under 18.000 indbyggere til 1,5 pct. af de samlede kommunale nettodriftsudgifter". Hvis dette tal altså holder, svarer det nogenlunde til den produktivitsfremgang, der forudsættes pr. år i økonomiforhandlingerne mellem staten, amterne og kommunerne. Unægtelig et tyndt grundlag for en kommunalreform, der i sig selv med sikkerhed vil medføre betydelig merudgifter til gennemførelsen i en længere årrække.

Ser vi nærmere på sundhedsområdet, mangler der materiale, der kan belyse sammenhængen mellem effektivitet og kommunes-tørrelse. På ældreområdet er konklusionen, at der ikke kan påvises sammenhænge mellem størrelse og produktivitet, men at der i øvrigt er store forskelle mellem kommunerne. På det primærkommunale område konkluderes det, at der ikke er analyser vedrørende faglig bæredygtighed og effektivitet, men at noget tyder på, at de mindre kommuner kan have svært ved at rekruttere sundhedspersonale til rehabiliteringsopgaver og forebyggelse. På praksisområdet foreligger der hverken analyser af effektiviteten eller af forskelle i henvisningspraksis på tværs af de praktiserende læger. Billedet på den del af sundhedsområdet, der styres af kommunerne, er altså mangel på viden, og det samme gælder praksissektoren.

Det er imidlertid også sygehusområdet, der har været kernen i argumentationen på sundhedsområdet, men desværre står det ikke bedre til med mål for effektivitet på dette centrale område. Sektoranalysen indledes med denne lakoniske formulering: "Der er ikke undersøgelser, der dokumenterer sammenhængen mellem den politisk-administrative organisering - fx amternes størrelse - og effektiviteten i sundheds-/sygehusvæsenet" (Bind 3 Sektoranalyser s. 53). Der findes tal for produktiviteten baseret på DRG værdier og befolkningstallene, men denne analyse viser ingen systematisk sammenhæng mellem amternes størrelse og produktiviteten, heller ikke selv om man har søgt at korrigere for de systematiske forskelle mellem lands/landsdelsafdelinger sammenlignet med basisafdelinger.

Samlet set må man konkludere, at der hverken for det primærkommunale sundhedsvæsen, for praksissektoren eller for sygehussektoren foreligger dokumentation for sammenhæng mellem størrelsen af de kommunale

enheder og effektiviteten i sundhedssektoren. Det *andet* hovedargument har været det såkaldte bæredygtighedsargument, hvis kerne er mulighederne for kvalitativt at kunne håndtere de opgaver, der lægges i amter og kommuner. På sundhedsområdet har argumentet for større regioner og sygehusenheder især været rekrutteringsproblemer. Her vælger kommissionen at støtte sig til argumenterne fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Rådgivende Udvalg (2003), som anbefalede et befolkningsunderlag på minimum 400-700.000 indbyggere for en planlægningsenhed på sygehusområdet ud fra en række forskellige hensyn. Et afgørende hensyn for Indenrigs- og Sundhedsministeriets Rådgivende Udvalg var at nå frem til enheder, der kunne give borgerne et dækkende tilbud på basisniveau, hvorimod det ikke var hensigten at søge de mest specialiserede behandlinger lagt i de nye enheder. Dette fremgår også klart af sektoranalysen, men i sammenfatningen og vurderingerne af den brede amtsmodel sker der et "skred" i kommissionens argumentation, idet man skriver, som et argument mod modellen med et antal amter " i den øvre ende af intervallet 3-8": "At antallet af amter kan udtynde patientgrundlaget for de specialiserede sygehusfunktioner " (s. 51-52 i sammenfatningen). Men argumentet for størrelsen af sygehusenheder på 400-700.000 indbyggere har været basisbehandlinger, ikke de specialiserede sygehusfunktioner.

Det er overraskende og kritisabelt, at kommissionen ikke sonderer mellem basisbehandlinger og lands/landsdelsfunktioner i sin opgørelse af fordele og ulemper ved den brede amtsmodel. Der er ingen af rådgiverne, der har anbefalet, at de specialiserede sygehusfunktioner skulle placeres på op til 8 regioner. Hvis kommissionen mener, at 400-700.000 indbyggere rummer en risiko for udtynding af grundlaget for basisbehandlinger, burde de melde det ud, og hvis ikke det er meningen, er sprogbroen og argumentationen egnet til at skabe forvirring, hvilket debatten om antal regioner siden offentliggørelsen også bærer præg af. Der har været adskillige indlæg fra sundhedspersonale og politikere, der - med henvisning til kommissionen og med eksempler, der vedrører lands/landsdelsfunktioner - argumenterer for tre regioner eller et statsligt styret sygehusvæsen, og kommissionen må bære en del af ansvaret herfor.

Det ville have været langt bedre, om kommissionen eksplicit havde sondret mellem

basisbehandlinger og lands/landsdelsfunktioner. For hvad er udsigten til, at en og samme enhed kan være optimal i forhold til alle sygehusfunktioner? Er det ikke i langt højere grad nødvendigt at sondre mellem specialer og behandlinger, når man skal placere ansvaret for sygehusfunktioner i fremtiden? Nogle skal formodentlig have et langt større patientgrundlag end 700.000 og nogle kan sikkert med fordel nøjes med mindre, måske også mindre end 400.000. Og behøver man i virkeligheden at ændre så meget på det eksisterende system, hvor sundhedsstyrelsen og ministeren har midlerne til at styre placeringen af behandlinger på sygehusene, hvis kvalitets- eller ressourcehensyn tilsiger det? Det ville være i god overensstemmelse med Indenrigs- og Sundhedsministeriets Rådgivende Udvalgs anbefalinger, hvis man nøjedes med at styrke de centrale planlægningsbeføjelser, og hvis ikke det var tilstrækkeligt, kunne man genindføre den godkendelse af amternes sygehusplaner, som blev afskaffet i 1985. Problemet er, at kommissionen slet ikke diskuterer dette centrale spørgsmål, selv om det klart ligger inden for kommissoriet at overveje fordele og ulemper ved en ændret

fordeling af opgaver mellem stat, amter og kommuner.

Omkring bæredygtigheden må det altså konkluderes, at dette centrale spørgsmål i relation til de fremtidige sygehusenheder er behandlet på en måde i sammenfatningen, der skaber uklarhed i stedet for afklaring. Hertil kommer, at kommissionen ikke forholder sig til det centrale spørgsmål om arbejdsdelingen mellem stat og regioner i relation til de mest specialiserede sygehusfunktioner.

Sundhedsområdet ikke det eneste relevante område, når den kommunale struktur skal vurderes, og de to nævnte argumenter står heller ikke alene, men sundhedsområdet er en central brik i diskussionen om de fremtidige regioner, og det er ikke ligegyldigt for den samlede afgørelse om fremtidens administrative struktur, om argumenterne om størrelse og bæredygtighed på sundhedsområdet holder.

Men på sundheds- og sygehusområdet må man desværre konkludere, at dokumentationen i strukturkommissionens materiale ikke virker overbevisende, og at argumentationen omkring bæredygtighed i sammenfatningen er delvis vildledende. ■

Læs mere i

Hvorhen Danmark? perspektiver på kommunalreformen

Jørgen Frode Bakka og Ulrich Horst Petersen (red.)

Det er ikke dokumenteret, at kommunernes og amternes opgavevaretagelse i dag fungerer så dårligt, at en generel reform er påkrævet – og heller ikke, at der overalt er behov for større og færre enheder.

Hvorhen Danmark? er skrevet af en række samfundsdebattører og forskere som reaktion på betænkningen fra regeringens Strukturkommission om en ny kommunalreform.

Bogen bidrager til en bredere debat og giver supplerende, saglige analyser af og synspunkter på, hvad der bør være afgørende for kommunalreformen og for, i hvilken retning Danmark dermed skal udvikle sig.

Forfatterne påpeger i 16 artikler en række mangler ved kommissionens betænkning og påviser nogle af de mangeartede problemer, som en kommunalreform rejser, bl.a. inden for sundheds- og sygehusvæsenet, arbejdsmarkedsforhold, økonomi, uddannelse, kommunistørrelse og demokrati, kultur og erfaringer fra kommunesammenlægningen på Bornholm.

Bogen er udkommet 6. maj på forlaget Nyt fra Samfundsvidenskaberne og kan bestilles på nfs@cbs.dk

Hvordan Strukturkommissionen behandler sygehuset



Af professor Finn Borum, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Copenhagen Business School - fb.ioa@cbs.dk

Der er virkelig sket noget med sygehuset i de seneste årtier: antallet af sygehuse er reduceret fra 144 til 60 i perioden 1961-2001, det er halveret i løbet af de sidste 25 år, og reduktionen har været brat de seneste år. Samtidig har faldet siden 1979 vedrørt lokalsygehuse (små sygehuse), medens antallet af sygehuse I og sygehuse II (store specialiserede sygehuse med lands-, landsdels- og amtsfunktioner) har været næsten konstant: 29 i 1979, 26 i dag. Nogle typer af sygehuse synes at være ved at uddø, medens andre synes at leve i bedste velgående. Dette afspejler skift i den støtte og opbakning, som sygehuset får fra forskellige projekter. Sygehuset er en omstridt institution, der over tid både er blevet flyttet og forandret.

At betragte sygehuset som en institution, der både markerer en grænse mellem forskellige sociale verdener projekter og sammenknytter disse, kan give en forståelse af sygehuspolitik og reorganiseringer af sygehusvæsenet. Både af hvad der er sket, og hvad der vil følge i kølvandet af Strukturkommissionens betænkning.

En analyse (se FLOS arbejdsrapport 2003-7 "Sygehuset - en grænseinstitution mellem forskellige projekter") af udviklingen fra før amternes etablering ved Kommunalreformen i 1970 og til i dag viser, at følgende fem projekter gennem tiden er blevet knyttet til sygehuset:

- lokalsamfundsprojektet
- det amtslige sygehusvæsen
- virksomhedsprojektet
- det medicinske projekt
- det nationale projekt.

Ved amternes oprettelse i 1970 kunne tre af disse projekter forenes omkring sygehusinstitutionen: det amtslige sygehusvæsen, det medicinske projekt og det nationale sygehusvæsen, medens lokalsamfundsprojektets tilknytning til sygehuset blev svækket.

I dag, godt 30 år senere, er lokalsamfundet nu ved definitivt at blive frakoblet sygehusinstitutionen. Lokalsygehuset er ved at forsvinde og bliver måske afløst af sundhedscentre som en ny institution med tilknytning til lokalsamfundsprojektet. Som borgere synes vi endeligt at skulle revidere vore forestillinger om sygehuset som en lokalt forankret institution. Det medicinske projekt, det nationale sygehusvæsen og virksomhedsprojektet synes nu at kunne sameksistere om sygehusinstitutionen, hvorimod det amtslige sygehusvæsen har stigende tilknytnings- og fortolkningsproblemer. Det amtslige projekts problemer er en følge af bl.a. funktionsbærende enheders pres mod samarbejde på tværs af sygehuse, krav om større befolkningsunderlag, aktivitetsbaseret finansiering og introduktionen af markedselementer.

Sygehuset vil af de samarbejdende projekter blive drevet yderligere ud ad specialiserings- og koncentrationssporet, hjulpet af den generelle udvikling i infrastruktur og teknologi. Spørgsmålet er så, hvilke af disse projekter Strukturkommissionen nu synes at knytte til sygehuset, og dermed om kommissionsrapporten lægger op til fortsættelse af eller brud med sygehusvæsenets udviklingsspor? Et svar kan fås ved at se på den vægt, der bliver tildelt de meget forskellige og modsatte kriterier, kommissionen opregner i sin Hovedbetænkning (2004, s.24):

"..Effektivitet og bæredygtighed, demokratisk kontrol, borgerinddragelse og dialogen mellem borgere og politikere, kvalitet i opgaveløsningen, nærhed til borgerne, borgernes retsikkerhed og valgmuligheder, klarhed i ansvarsfordelingen, og sammenhæng mellem kompetence og økonomisk ansvar." ...[og] "enkelhed" og "styrbarhed"."

Reelt lægger Strukturkommissionens hovedbetænkning mest vægt på effektivitet i opgaveløsningen, enkelhed og styrbarhed. Således argumenterer man for, at de fleste amter er for små til at sikre en optimal planlægning på sygehusområdet (s.26), at regioner vil kun ►

ne give højere kvalitet og effektivitet i den offentlige opgavevaretagelse (s.34), at hensynet til løsningen af navnlig sundheds- og planlægningsopgaverne tilsiger, at antallet af regioner bør være højst 7-8 og mindst 3 (s.35).

Inden for sygehusvæsenet er det altså opgavevaretagelse og administrativ enkelhed, der bliver hovedkriterierne i overvejelserne omkring regionalisering. Dette er forståeligt, når der er fokus på den dyre "top" af det danske sundhedsvæsens behandlingspyramide, der i år 2000 tegnede sig for halvdelen af amternes udgifter. Men spørgsmålet er, om argumentationen for "big is beautiful" er helt overbevisende.

Strukturkommissionen opgiver (s.97) at konkludere entydigt med hensyn til sammenhængen mellem produktivitet og amtsstørrelse. Derimod vurderer den generelt, at der er en positiv sammenhæng mellem patientunderlagets størrelse og behandlingskvalitet. Denne grundlæggende antagelse af en positiv sammenhæng mellem "volumen og kvalitet" læner sig kraftigt op ad kommissionens "Sektoranalyse på Sundhedsområdet", der (s.57) konkluderer:

"Sammenfattende kan det på nuværende tidspunkt konstateres, at der på en række områder foreligger dokumentation for en positiv sammenhæng mellem volumen og kvalitet, medens man på andre områder foreløbigt alene må bygge på eksperter vurderinger og erfaringer."

Der henvises i denne sammenhæng til den norske rapport fra 2001 "Pasientvolum og behandlingskvalitet", der imidlertid i sin sammenfatning siger, at der *ikke* kan konkluderes generelt om denne sammenhæng:

"Samlet sett viser denne opsummering av litteraturen at det ikke kan konkluderes om en generell sammenhæng mellom volum og kvalitet. Dette aspektet må analyseres for hver enkelt diagnose eller prosedyre. Problemstillingen er mest studert for kirurgisk behandling av hjerte- og kar sykdommer og visse kreftsykdommer."

Nuanceforskellene i de to sammenfatningers formuleringer er vigtige. Sektoranalysen indskriver sig i en række af danske betænkninger og rapporter, der siden 1994 har argumenteret for en sammenhæng mellem patientvolumen og behandlingskvalitet, men som til gengæld går hurtigt hen over de mange forskellige andre faktorer, der har indflydelse på behandlingskvaliteten (se FLOS arbejdsrapport 2003-6 "Mål-middel rammer, politik og myter i organisatoriske felter"). Et

stort patientunderlag fører ikke automatisk til kvalitet, men et vist patientunderlag kan være en nødvendig, men ikke tilstrækkelig forudsætning herfor. For at levere kvalitet kræves imidlertid, som det behandles i den norske rapport (s.52), også både en hensigtsmæssig organisering af behandlingsprocesserne og tilstedeværelsen af en lang række af kompetencer og ressourcer. Altså faktorer der både er forudsætninger for udvikling af den enkelte læges kompetencer, og uden hvilke den kompetente læge ikke vil kunne performe.

Medens Strukturkommissionen (omkring s.272) for den offentlige sektor og specielt kommunerne mere nuanceret diskuterer sammenhængen mellem målopfyldelse, faglig bæredygtighed og andre organisatoriske forhold, bliver denne diskussion ikke taget op i forhold til sygehusvæsenet. Der synes mellem det nationale projekt og det medicinske projekt at være etableret en fælles forestilling (rationaliseret myte) om, hvad der er midlet til behandlingskvalitet: et stadig større befolkningsunderlag for specialerne. I denne sammenhæng går man let hen over de problemstillinger, der er forbundet med organisering og ledelse af sygehusvæsenets kerneopgaver. Færre og større enheder gør det ikke lettere at håndtere disse udfordringer, og fjerner ikke risikoen for valg af uhensigtsmæssige organiseringsprincipper.

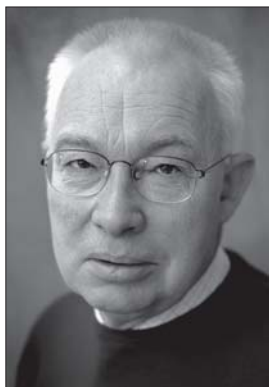
Kommissionens rapport giver ikke nogen anvisninger på, hvorledes disse udfordringer skal tackles, men delegerer det reelt til det nationale og det medicinske projekt ved primært at henvise til den specialiserings- og stordriftstankegang, disse er baseret på, og som virksomhedsprojektet deler for så vidt angår produktivitet. ■

Læs mere om diskussionen af sammenhængen mellem volumen og kvalitet i

Senter for Medisinsk Metodevurdering:
SMM-rapport Nr. 2/2001
Pasientvolum og behandlingskvalitet.
Metodevurdering baseret på egen og
internasjonal litteraturgranskning.

www.oslo.sintef.no/smm/omsmm.htm

Sygehusstrukturen - problem eller løsning



Af professor Jørgen Grønnegård Christensen, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet - jgc@ps.au.dk

Strukturkommissionens generelle konklusion er, at den nuværende kommunale struktur er problematisk, fordi den hverken sikrer en tilstrækkelig kvalitet eller omkostningseffektivitet. Dens konklusion er, at man på begge punkter kan opnå forbedringer ved større enheder. Ifølge kommissionen er der med andre ord et potentiale for stordriftsfordele, som ikke er realiseret med kommunernes og amternes nuværende størrelse.

Man kan diskutere, om kommissionen underbygger denne analyse, men lad det ligge i denne sammenhæng. Men spørgsmålet er, om analysen er særlig relevant, ja, endog valid. For sagen er, at en mulig stordriftsfordel, det være sig med hensyn til faglig bæredygtighed eller omkostningseffektivitet, i givet fald ikke har så meget at gøre med størrelsen af den politiske enhed som med størrelsen af den institution, der producerer ydelserne. Og i den henseende er der sket en markant udvikling i sygehusstrukturen, som det fremgår af Finn Borums artikel i Nyhedsbrevet. Så hvis der har været noget at hente her, er gevinsten med en vis sandsynlighed allerede stort set realiseret.

Kommissionens betænkning rejser andre spørgsmål i relation til fremtidig styring af sygehus- og sundhedspolitikken. Et af dem er, om man kan forestille sig en struktur, hvor sygehusenes ledelse og drift bliver overladt til en enhed, som ikke har andre opgaver. Det kunne være en form for enkeltformålskommune. Det kunne også være en form for

selskab eller selvejende institution, hvis politiske ledelse bliver lagt i hænderne på en udpeget bestyrelse.

Ingen af modellerne har ret meget for sig. Enkeltformålskommunen ville være risikabel, fordi man der vil få politikere, som har ansvaret for én offentlig opgave, som er stor og politisk tungtvejende. Deres naturlige tilskyndelse vil derfor være at arbejde for at fremme sygehussagen. Og da de ikke vil have noget som helst at prioritere den op imod, er det politisk gratis for dem. Det kan blive en meget kostbar løsning for skatteyderne.

Selskabsmodellen har en yderligere svaghed. Den savner fuldstændigt demokratisk legitimitet. Forestillingen er naturligvis, at det ikke er afgørende. Det handler i stedet om at få en såkaldt professionel ledelse. Dens angivelige kendetegn er, at man dermed får en ledelse, hvis medlemmer har forstand på at lede, for det har ledere fra erhvervslivet. Yderligere kender medlemmerne af en sådan professionel bestyrelse i modsætning til professionelle politikere værdien af at delegere til andre professionelle ledere i sygehusenes direktioner. En sådan model har indenrigs- og sundhedsministeren øjensynligt en faible for. Han har i hvert fald eksperimenteret med den på Hørsholm Sygehus. Der er bare et par uklarheder knyttet til modellen, som den er virkeliggjort her.

For det første hvad er det for en professionalisme, som ledelsesmodellen bibringer sygehuset, og som man savner på andre sygehuse? For det andet hvad er det, som man dokumenterbart gør bedre på Hørsholm Sygehus sammenlignet med andre sygehuse? Og for det tredje hvordan har man i praksis sikret sygehuset som politikfri zone?

På det sidste felt er der en del erfaringer. De kommer fra udlandet, det vil sige England, Norge og nogle områder af Sverige.¹ De siger temmelig samstemmende, at man ikke gennem en sådan model trækker sygehusene ud af det politiske spil. Tværtimod åbner man for et helt andet spil, hvor den politiske intervention, ikke mindst fra centralt niveau, sker på et temmelig vilkårligt grundlag. Det er yderligere væsentligt at føje

¹⁾ Jørgen Grønnegård Christensen: *Velfærdsstatens institutioner*. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2003.

til, at der ikke er belæg for at forvente en højere effektivitet og kvalitet på sygehuse organiseret efter selskabsmodellen.

Strukturkommissionens univers er ganske konventionelt i et offentligt reformperspektiv. Når man skal identificere og lokalisere eventuelle problemer i den offentlige opgaveløsning, retter man opmærksomheden mod makrostrukturen: de politisk administrative enheders størrelse, deres overordnede politiske ledelse og struktur og fordelingen af opgaver mellem dem. Det bygger på en antagelse, som er klassisk, og som historisk og aktuelt har stor udbredelse blandt politiske og administrative reformatorer. Dens empiriske underbygning er ikke desto mindre mere end svag. Alligevel fremturer man overalt i verden.

Man kunne spørge hvorfor, men jeg vil i stedet pege på tre andre perspektiver, som bygger på en helt anden antagelse, nemlig

om at forbedringer forudsætter indgreb på mikroniveauet, det vil sige i den enkelte organisation eller institution. Min meget korte begrundelse er, at man finder en forbløffende stor spredning mellem i øvrigt ensartede sygehuse (og andre institutioner) med hensyn til, hvor godt de klarer sig. Mine konkurrerende tilgange, som jeg samtidig anser for indbyrdes komplementære, ville være at se 1) på de interne normer, altså organisationens praksis, 2) på incitamentstrukturen og 3) på, hvordan man håndterer personalet og dets tillidsmænd. Det store problem med denne tilgang er, at den for politiske og administrative reformatorer ikke er særlig tiltrækkende. Den er krævende (bl.a. med hensyn til viden og politisk og ledelsesmæssigt talent), og den er ikke spektakulær. Det sidste gør, at den ikke bidrager til skabelsen af historiske renomméer for reformprocessens centrale aktører. ■

Løses sammenhængsproblemer med strukturdesign – hvad med kulturen?



Af lektor Janne Seemann, Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Universitet - seemann@socsci.auc.dk

Med et nyt initiativ benævnt Sundhedsfagligt Forum satte Amtsrådsforeningen d. 1. og 2. marts d.å. fokus på temaet "Sammenhæng i sundhedsvæsenet". Ikke færre end 90 deltagere, repræsenterende sygehuse, praksislæger, kommuner, patientforeninger og forskere, var inviteret til at udveksle erfaringer og synspunkter. Jeg skal ikke forsøge at referere udførligt fra de to temadage (se MandagMorgen nr. 9, 10, 11, marts 2004; debatoplæg "Sammen-

hæng i søgelyset - Fremtidens sundhedsvæsen til debat" på www.arf.dk).

I mere end 30 år har vi diskuteret "det fragmenterede væsen" og mangel på sammenhæng i patientforløb, der kræver samspil mellem sygehus, kommune og praksislæge. - Den stærke og stadig tiltagende specialisering hæmmer især sygehuslægers evne til at se "den hele patient", det bliver stadig sværere at sætte grænser mellem specialerne, og visse sygdomme og patientgrupper bliver forsømt, fordi de ikke passer ind i specialiseringens stærke opdeling af sygdomme og kropsdele.

På temadagene var der høj bevidsthed om sammenhængsproblemernes eksistens. Men samtidig måtte man konstatere et stort ukendskab til problemernes udbredelse og omfang. Der er ganske enkelt store huller og løse ender i vor viden. Der var dog bred enighed om, at sammenhængsproblemer især gør sig gældende for kronikere og ældre med mangefacetterede lidelser.

Det var samtidig vurderingen, at kravene til koordination og samarbejde vil vokse: Der kommer flere ældre og flere kronikere; nye sundhedsaktører (herunder private og

udenlandske) kommer på banen som følge af "frit valg"; både nu og fremover ser vi markante opgaveforskydninger på tværs af faggrupper samt primær og sekundær sektor; nye behandlingsmetoder/teknologier kommer i en stadig strøm, og specialiseringen vil tiltage.

Det er ganske åbenbart, at koordination og samarbejde i.f.m. "det hele patientforløb" er en stadig udfordring, som både kan og bør forbedres. Her er det væsentligt at stille spørgsmålet om, hvad der er de bedste løsninger på sammenhængsproblemerne i sundhedsvæsenet?

Det er et særdeles svært spørgsmål at besvare. Problemkompleksiteten er skyhøj, viden er for ringe, og der findes ingen "one best way of organizing", andre typer universalmidler eller nemme løsninger.

På temadagene var der imidlertid bred enighed om et væsentligt hovedræsonnement, som tillige understøttes af egne data i.f.m. det igangværende FLOS-projekt om "Sundhedsvæsenets grænseflader og relationer" (www.flos.cbs.dk).

Ræsonnementet eller hovedpointen går kort sagt ud på, at det kan være mere gavnligt at tænke i kultur frem for struktur, når det gælder skabelsen af bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet. Strukturelle rammebetingelser og større strukturreformer vurderes at spille en mindre rolle end kultur og kulturbarne forandringer.

Det er væsentligt at fokusere på kultur i denne forbindelse. På negativ-siden kan stærke professions- og organisationskulturer skabe indgroede dårlige vaner, ukritisk selvtilstrækkelighed, frustration og træthed ("kulturelt hængedynd") og ikke mindst kulturel blindhed overfor behovet for forandringer. På positiv-siden kan stærk (samarbejds)kultur skabe en styring for konstruktive daglige handlinger, samhørighed, motivation og arbejdsglæde, stolthed og loyalitet.

En af temadagenes væsentlige hovedkonklusioner drejede sig om behovet for skabelsen af nye samarbejdskulturer.

Dette er ganske tankevækkende i disse strukturreformtider. Strukturkommissionens betænkning (nr. 1434, 2004) retter i høj grad opmærksomheden mod behovet for mere sammenhæng i sundhedsvæsenet. I sektoranalysen af sundhedsområdet (april 2003) understreges markant "*et betydeligt behov for at forbedre samarbejdet mellem sygehuse, de praktiserende læger og den kommunale sektor omkring behandlingsforløbene*" (op.cit., s. 13), og der peges i selve betænkningen (kap. 31,

bd. III, s. 41 ff.) på stort set de samme aktuelle udviklingstendenser og udfordringer i.f.m. sammenhængsproblemer, som nævnt ovenfor.

Strukturkommissionen er imidlertid påfaldende tavs, når det gælder bud på, hvordan sammenhængsproblemerne kunne minimeres eller finde deres løsning. En nærlæsning af betænkningen synes dog hovedsageligt at bygge på tankegangen om, at man kan strukturer sig ud af problemerne - at (større) strukturreformer anses som et godt (det bedste?) virkemiddel. Men afsnittene om sundhedsvæsenet indeholder ikke nærmere analyser af eller veldokumenterede begrundelser for, hvorfor eksempelvis et dansk sundhedsvæsen opdelt med alment praktiserende læger samt kommuner på ét (kommunalt) niveau og sygehuse på et andet (regionalt) niveau kunne være at foretrække frem for den nuværende struktur.

Med kommissionens vægt på færre større regioner og kommuner kan regionerne meget nemt løbe ind i at skulle servicere lige så mange (forskellige) kommuner som under den nuværende konstruktion. Men med større enheder er der fare for at tendere i retning af (over)formaliserede aftalesystemer, som kan kollidere med de over tid organisk og uformelt opbyggede, lokale samarbejdsstrukturer.

Organisationssociologisk forskning viser, at man ikke nødvendigvis ændrer særlig effektivt på adfærd og samarbejds mønstre ved ensidig fokusering på (top-down) at strukturer sig ud af sundhedsvæsenets sammenhængsproblemer. Strukturelle forandringer kan næppe stå alene.

Samarbejds-, professions- og organisationskulturer, som oftest er robuste størrelser, kan vise sig at have større betydning for sammenhængende opgaveløsninger. Man kunne endda vove den påstand, at mere end 30 års "kronisk koordinationsbesvær" synes hævet over strukturelle rammebetingelser. Et tæt og friktionsløst samarbejde synes ikke at afhænge så meget af strukturelle rammebetingelser og myndighedsmæssig placering. Opbygningen af konstruktive samarbejdsrelationer kræver banalt sagt vilje, evne, tillid og gensidig respekt - og erfaringsmæssigt tager tværgående samarbejder i sundhedsvæsenet tid, både at opbygge og vedligeholde.

Tværgående samarbejders dag-til-dag-rutiner styres af den uformelle struktur af normer og værdier, som sameksisterer med formelle, strukturelle grænser. Sundhedsvæsenets forskellige organisationer og fagprofessionelle koordinerer og samarbejder konstant og na-

turligt på tværs af disse grænser for at udføre deres arbejde. Den helt specifikke samarbejdsform og koordination, som udøves, udvikles og stabiliseres hovedsageligt organisk gennem uformelle interaktioner. Det, som især får enheder og parter på udførende niveauer til at hænge sammen, er uformelle regler og gensidig tillid, som er udviklet over tid (se FLOS-forskningsrapport nr. 3, 2002). I værste fald kan strukturreformer medføre, at disse møjsommeligt opbyggede, uformelle og lokale samarbejdsstrukturer bryder sammen.

Fagprofessionelles veletablerede kulturer med værdinormer og grundlæggende antagelser (herunder deres tendenser til "tunnel-

syn" og overbevisning om egen problemløsningslogik) indlæres gennem lange uddannelses- og praktikforløb. Udviklingen af nye mentale landkort må derfor tage sin begyndelse i uddannelsessystemerne.

Større sammenhæng i sundhedsvæsenet styres eller gennemtvinges ikke via strukturreformer og tilhørende standardiserede strukturer og procedurer. Det er nødvendigt at tænke i og supplere med bottom-up-drevne forandringsprocesser via lokale ildsjæle og initiativtagere. Lokalt drevne forandringer giver erfaringsmæssigt et større engagement og forpligtelse, og det indebærer en større sammenhæng mellem (lokal) praksis og formel struktur. ■

Demarkationslinjer mellem Øst- og Vestdanmark

Af professor Finn Borum, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Copenhagen Business School fb.ioa@cbs.dk og lektor Janne Seemann, Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Universitet - seemann@socsci.auc.dk

I den første del af marts måned gennemførte Mandag Morgen i samarbejde med FLOS en spørgeskemaundersøgelse, hvor ledere inden for sygehusvæsenet blev stillet 13 spørgsmål i relation til Strukturkommissionens rapport og den igangværende diskussion om strukturreformer. E-mail-survey'en omfattede i alt 142 ledere på amts- og sygehusniveau samt ledere af større tværgående enheder (funktionsbærende enheder og centre).

I alt besvarede 68 survey'en, altså kun 48%. Denne beskedne svarprocent kan skyldes, at det ikke er den første survey, sygehusledere inden for en kort periode er blevet bedt om at bruge tid på (jf. Dagens Medicin, d. 19.02.04). Om de 68 respondenter, der trods en travl hverdag har taget sig tid til at svare, er repræsentative for hele populationen af sygehusledere, er et åbent spørgsmål. Ligesom det ikke er helt enkelt at afgrænse sygehusledere i en periode præget af reorganiseringer.

De 68 respondenter er nogenlunde ligeligt fordelt på landsdele med hhv. 32 fra Øst- og 36 fra Vestdanmark (med Storebælt som grænsen) og inden for øst og vest på

størrelse af organisation. Respondenternes uddannelsesmæssige baggrund er derimod skævt fordelt med 32 læger (19 fra øst og 13 fra vest), 18 "Djøl'ere" (7 fra øst og 11 fra vest) og 15 sygeplejersker (5 fra øst og 10 fra vest).

Survey'ens hovedresultater er tidligere behandlet i artiklen i Mandag Morgen. Vi vil ikke gentage disse og nøjes derfor indledningsvis med at fremhæve, at der ikke overraskende er en markant tilslutning på 79% til Strukturkommissionens "brede amtsmodel", dvs. en regionsmodel med uændret opgavefordeling og færre større amter (regioner) og kommuner med direkte valgte politikere.

Samlet set er respondenterne meget enige/enige i, at større regioner:

- gør det lettere at nedlægge/sammenlægge sygehuse (91% = 61 af 68)
- giver bedre betingelser for IT-udvikling (inkl. EPJ) (76% = 52 af 68)
- giver bedre muligheder for kvalitetssikring og udvikling af behandlinger (74% = 50 af 68)
- giver bedre mulighed for sygehusplanlægning for såvel højt specialiserede funktioner som grenspecialer (68% = 46 af 68).

Denne overvejende enighed om forventede fordele ved større regioner er næppe overraskende. Ser vi på svarenes fordeling, tegner

der sig imidlertid en demarkationslinje mellem Øst- og Vestdanmark, og denne forskel gør survey'en interessant.

Forventede fordele ved regioner (større amter)

Blandt det store flertal på 91%, som er meget enige/enige i, at større regioner gør det lettere at nedlægge eller sammenlægge sygehuse, kan der ikke konstateres vurderingsforskelle mellem ledere fra Øst- og Vestdanmark.

Til gengæld er der markante forskelle mellem øst og vest m.h.t., om større regioner giver bedre betingelser eller muligheder for hhv. IT-udvikling, kvalitetssikring og udvikling af behandlinger samt sygehusplanlægning.

De 76% (52), der erklærer sig meget enige/enige i udsagnet om, at større regioner giver bedre betingelser for it-udvikling, dækker over hele 94% af Øst-lederne (30 af 32), men mere beherskede 61% (22 af 36) af Vest-lederne. Forskellen mellem øst og vest kommer også frem hos de respondenter, der hverken er enige eller uenige. I denne gruppe er de 78% (7 af 9) fra vest, og det er udelukkende Vest-ledere (7 af 36 eller hele 19%), som er uenige eller meget uenige i dette udsagn.

Den samme tendens gør sig gældende for spørgsmålet, om større regioner giver bedre muligheder for kvalitetssikring og udvikling af behandlinger. I enig/meget enig gruppen finder vi 91% (29 af 32) fra øst og en mindre andel på 58% (21 af 36) fra vest. 70% (7 af 10) af de respondenter, som hverken erklærer sig enige eller uenige, kommer ligeledes fra vest, og det er udelukkende vest-responsdenter, som er uenige/meget uenige (8 af 36 eller hele 22%).

På spørgsmålet om større regioner giver bedre mulighed for sygehusplanlægning for såvel højt specialiserede funktioner som grenspecialer, er øst-vest-forskellene markante. De 68%, som er meget enige/enige, dækker over en stor repræsentation af 84% (27 af 32) Øst-ledere, medens de 36 Vest-ledere fordele sig ret jævnt på alle svarkategorierne: 11-8-7-10 (uenig/meget uenig slået sammen).

Det nødvendige befolkningsunderlag for et fagligt bæredygtigt speciale

I survey'en blev også spurgt til størrelsesdimensionen på en anden måde: som det nødvendige befolkningsunderlag for et fagligt bæredygtigt speciale. Dette har været en central diskussion gennem de seneste års betænkninger, debatter og forlig. Svarene afspejler både diskussionens og spørgsmålets uklarhed

(jf. Peter Kragh Jespersens artikel "Størrelse og bæredygtighed - holder argumenterne?"), og at faglig bæredygtighed af mange opfattes at afhænge af, hvilket speciale der er tale om. Eller udtrykt på en anden måde afviser respondenterne Strukturkommissionens logik om "et standard-befolkningsunderlag" i.f.m. faglig bæredygtighed. Lige netop dette spørgsmål gav da også respondenterne anledning til en del eftertænksomme, kritiske og ironiske bemærkninger. Tilmed er der 21% (14 af 68), som har besvaret spørgsmålet med et "ved ikke".

Svarene på spørgsmålet fra hhv. Øst- og Vestdanmark er dog markant forskellige og bekræfter det mønster, at Øst-ledere synes, at "stort er godt", medens Vest-ledere er mere forbeholdne. Således anfører hele 38% (12 af 32) af Øst-lederne et minimalt befolkningsunderlag på 700.000; 38% af Øst-lederne ligger i de næste to kategorier ned til 400.000, og ingen af dem mener, at et befolkningsunderlag på 100.000 er tilstrækkeligt. Kun 19% (7 af 36) af Vest-lederne peger på 700.000, men hele 25% (9 af 6) på 250.000 og 11% (4) på den lavest anførte kategori på 100.000.

Hvor mange regioner bør der være i Danmark?

Respondenterne er temmelig uenige om, hvor mange regioner (amter) der bør være i Danmark. Ser vi bort fra to respondenter, der foretrækker Strukturkommissionens statsmodel samt inkonsistente svarafgivelser, er svarfordelingen:

	Total	Øst	Vest
7 regioner	18	1	17
6 regioner	15	9	6
5 regioner	14	8	6
4 regioner	7	2	5
3 regioner	12	11	1

Som det fremgår, dækker spredningen over to meget forskellige svarmønstre i øst og vest, idet svarene på yderkategorierne 7 og 3 regioner er helt modsatte. 49% (17 af 35) af Vest-lederne foretrækker 7 regioner, medens et lige så stort antal er spredt over 6 - 4 regioner.

Blandt Øst-lederne foretrækker 35% (11 af 31) derimod 3 regioner, medens 6 og 5 regioner følger efter med henholdsvis 29% (9) og 26% (8). Sat på spidsen er man blandt Øst-ledere villig til at gå længst i retning af en centralisering, medens Vest-ledere foretrækker et større antal regioner. Disse forskelle holder også inden for de enkelte faggrupper. ►

Sygeplejersker i øst foretrækker færre regioner end Vest-sygeplejersker, og dette gør sig også gældende for læger og "Djof'ere".

Hvor mange regioner bør der være på Sjælland?

På dette spørgsmål fordeler svarene sig således:

	Total	Øst	Vest
4 regioner	5	3	2
3 regioner	11	3	8
2 regioner	32	12	20
1 region	16	12	4

Samlet set svarer 50% (32 af 64) af respondenterne, at der bør være 2 regioner på Sjælland. 25% (16 af 64) respondenter mener, at der kun bør være 1 region. Mest interessant er det igen at konstatere vurderingsforskelle mellem Øst- og Vestdanmark. Man kan udtrykke det på den måde, at hvis Øst-respondenterne selv skulle bestemme, ville der blive tale om en skrap forhandling, idet 12 Øst-respondenter går ind for 1 region, medens andre 12 mener 2 regioner.

Hvis Vestdanmark skulle bestemme på Sjælland, ville der til gengæld klart blive tale om 2 regioner på Sjælland (59% eller 20 af 34 Vest-respondenter), eller endog 3 regioner, som 25% (8) vest-ledere foretrækker. Igen en manifestation af at vest-ledere er mere skeptiske overfor store enheder end Øst-ledere, eller de har svært ved at forestille sig, at der kan røres ved H:S.

Hvor mange regioner bør der være i/på Jylland og Fyn?

Også dette spørgsmål er respondenterne uenige om:

	Total	Øst	Vest
5 regioner	7	0	7
4 regioner	24	11	13
3 regioner	18	7	11
2 regioner	11	9	2

Samlet set er der 40%, som foretrækker et Vestdanmark bestående af 4 regioner. Dernæst 30% som går ind for 3 regioner. Selv om 4 regioner er den foretrukne svarkategori, kommer vurderingsforskellene på tværs af Øst- og Vestdanmark dog også til udtryk her i de modsatte svar på yderkategorierne: 5 regioner som 21% (7 af 33) Vest-respondenter foretrækker, og 2 regioner som 33% (9 af 27) Øst-respondenter peger på. Udtrykt kort trækker Vest-respondenter i retning af et Vestdanmark med 3 - 5 regioner, medens Øst-respondenter foretrækker et Vestdanmark med 2 - 4 regioner.

Forskellene mellem Øst- og Vestdanmark er interessante!

De prægnante forskelle mellem besvarelsene fra Øst- og Vestdanmark gør den beskudne survey interessant, hvis forskellene ikke blot bruges til at bekræfte anekdotiske lokale national-regionale fordomme, men fortolkes som et udtryk for materielle og sociale forhold. Tre forskellige typer af teoretiske perspektiver på organisatoriske aktører, dvs. interesser, praksisfællesskaber og kultur, giver forskellige, indbyrdes supplerende forklaringer af forskellene:

1. Svarfordelingerne afspejler *interesser* eller "aktørers synspunkter afhænger af deres positioner". Vestdanmarks ledere har positioner og organisationer at forsvare, som strukturreformer hen imod større enheder vil bringe i farezonen. I modsætning hertil arbejder ledere i øst (læs Storkøbenhavn og Midtsjælland) inden for et område med en kraftig befolkningskoncentration og storhospitaller, hvor de organisatoriske og karrieremæssige interesser fremmes af koncentration. Men både Øst- og Vest-ledere har en fælles fjende og er enige om at være modstandere af en statsmodel.

2. Svarene afspejler forskellige *praksisfællesskaber* eller "aktørers synspunkter afhænger af deres erfaringer". Vestdanmarks ledere arbejder med - og har erfaring med - at få sygehus-systemer med et begrænset/spredt befolkningsunderlag samt mellemstore og små sygehuse til at fungere. Derimod har Østdanmarks ledere erfaringer og kompetencer inden for systemer med et andet ressourcemæssigt grundlag i form af større befolkningsunderlag og større sygehusenheder. Øst- og Vestdanmarks forskellige vurderinger afspejler forskellige praksisfællesskabers og netværks erfaringsverdener og oparbejdede kompetencer.

3. Forskellige svar afspejler forskellige *kulturer* og deres forskellige verdensbilleder og trossystemer. Der er forskelle på, hvilke aktører der rekrutteres til Øst- og Vestdanmarks forskellige sociale verdener, mobiliteten mellem øst og vest er begrænset, og de to sociale verdener præger deres aktører forskelligt. Dette resulterer i forskellige trossystemer med divergerende verdensbilleder og opfattelser af mål-middel sammenhænge.

FLOS-projektet "Sundhedsplanlægning i interorganisatorisk perspektiv" har således indkredset to tilsyneladende modsatte opfattelser mellem Øst- og Vestdanmark, der kan underbygge dette. Sat skarpt op viser data fra dette projekt, at Vestdanmark i højere grad end øst hævder, at sundhedsvæse-

net bør udvikles på sine egne, lokale vilkår. At man "passer sit arbejde og får det til at glide" via traditionsrige, veletablerede rutiner og arbejdsprocedurer, som nye planlægningsværktøjer og reformtiltag ikke skal ødelægge. Sådanne tiltag bidrager mest til at øge kompleksiteten og medfører således yderligere problemer, der skal håndteres. I Østdanmark er der derimod markant mere tiltro til, at man kan organisere og strukturere sig ud af problemerne med de rette værktøjer, modeller og reformer.

Således fortolket bliver den lille survey og de lokale danske variationer også af mere

generel, teoretisk interesse, idet den stiller spørgsmålstejn ved fortolkninger, der arbejder med enten éntydige og integrerede professioner (læger, sygeplejersker, økonomer, jurister etc.) eller homogeniserede organisatoriske felter som analytiske enheder. Aktørers indlejring i positioner, arbejdsfællesskaber og kulturer synes ud fra surveyens data at anfægte både den professionelle prægning og standardiseringen af synspunkter inden for sygehusfeltet. Både professioner og sygehusfeltet synes at fragmenteres i disse reorganiseringstider. ■

Beslutningens vaklen



Af cand.techn.soc., ph.d. Morten Knudsen, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
m.knudsen@pubhealth.ku.dk

De fleste i den offentlige sektor vil kende den stadige susen af beslutninger, der ikke bliver realiseret eller hurtigt ændres, planer der glider ud og glemmes, strategipapirer der ikke spiller nogen rolle. Man vil kende initiativer, som ikke følges op. Man vil kende uigennemskueligheden i, hvad og hvorfor der egentlig er besluttet. Og man vil kende den usikkerhed og frustration, der kan være forbundet med beslutninger om store ændringer, som man engagerer sig i – og som ikke bliver til noget eller hurtigt atter ændres.

Beslutningens vaklen viser, hvordan ovenstående erfaringer er tæt kædet sammen med et centralt træk ved de sidste 20-25 års modernisering af den offentlige sektor, nemlig dannelsen af stadig mere autonome offentlige organisationer. Et centralt element i moderniseringen har været bestræbelsen på at få den offentlige sektor til at bestå af omstillingspa-

rate organisationer, som ikke blot gør deres pligt og administrerer deres givne opgaver, men i stedet formår at træffe selvstændige beslutninger om mål, midler og strategier. Afhandlingen viser, hvordan usikkerhed, problemer med faktisk at træffe beslutninger, kompleksitet og usammenhængende beslutninger følger moderniseringsstrategien som dennes ikke-intenderede skyggeside.

Metodisk har jeg i afhandlingen benyttet mig af en systemteoretisk informeret case-analyse. Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen fungerer som den case, der leverer stof til analyserne af organisationsdannelsen. Jeg har detaljeret analyseret udviklingen i sundhedsvæsenets beslutninger fra 1980-2000 med hovedvægten på udviklingen i 1990'erne. Desuden går jeg særligt i dybden med en enkelt beslutning, nemlig beslutningen om at etablere en funktionsbærende ortopædkirurgisk enhed.

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen lavede sin første samlede sygehusplan i 1980, og siden har sundhedsvæsenet truffet stadig flere beslutninger om stadig mere, og er for så vidt en succes i forhold til moderniseringsstrategien. Sundhedsvæsenet dannes faktisk som organisation forstået som et netværk af beslutninger. Men samtidig illustrerer amtet nogle af moderniseringsstrategiens bagsider. Hvad, der har slået mig i analysen af beslutningsprocesser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, er, hvordan de strategier, som skulle få beslutningerne til at hænge sammen og knytte an til hinanden, samtidig ikke kan lade være med at medproducere den usikkerhed, tvivl og forvirring, som beslutningerne skulle være med til afskaffe. ►

Umiddelbart skulle man tro, at stadig flere beslutninger skaber et stadig tættere net af forventninger til, hvad der videre skal og kan besluttes. Men efterhånden, som der besluttes flere præmisser for kommende beslutninger, bliver det nødvendigt at vælge, hvilke af præmisserne man skal knytte an til. Der kommer således en ny åbenhed, en ny usikkerhed, når det skal besluttes, hvilke af de mange tidligere beslutninger og beslutningspræmisser man skal knytte an til. Komplexiteten stiger, og usikkerheden vokser med.

Decentralisering eller differentiering er et typisk svar på kompleksiteten i de mange beslutninger, som det efterhånden ikke er muligt for én central instans at håndtere. Organisationer deler sig op i mindre enheder, eksempelvis får afdelingerne deres egne budgetter, der bliver indført kontraktstyring og oprettet en mængde nye råd og udvalg, som skal forholde sig til afgrænsede beslutningsområder. Men denne differentiering genskaber kompleksiteten, om end på et strukturelt niveau: For hvad er nu forholdet mellem de mange organisatoriske enheder? Hvem har ansvaret og hvem kan træffe hvilke beslutninger – er det sygehusledelserne, afdelingsledelserne, specialrådene, koordinationsudvalgene, de elektive klinikker eller...?

I en bestræbelse på at få de mange centrale enheder til at hænge sammen og udgøre en enhed, forsøger sundhedsvæsenet at etablere nogle overordnede beskrivelser af sig selv – bl.a. sundhedsplaner, værdigrundlag og visioner. Problemet med disse selvbeskrivelser, som skulle fungere som guidelines for de enkelte enheder, er, at de ikke får autoritet til at dirigere og guide de mange beslutninger. Derved øger de snarere kompleksiteten og usikkerheden – for hvad gælder?

Hvad, man ser i amtet, er således ganske paradoksalt: Jo mere sundhedsvæsenet forsøger at få styr på sig selv gennem beslutninger, jo mere usikkert og uigennemskueligt bliver det. Den usikkerhed, som sundhedsvæsenet medproducerer i sine bestræbelser på at skabe sikre forventninger ved hjælp af beslutninger, kan det kun reagere på ved at træffe flere beslutninger. Samtidig er det nødt til at reagere på sine egne tidligere beslutninger med flere beslutninger. Man ser således forskellige organisatoriske vækstdynamikker – afspejlet i, at mængden af beslutninger og beslutningsområder voksede nærmest eksponentielt i løbet af 1990'erne. Når beslutninger træffes i et tempo, så der ikke eller kun i kort tid knyttes an til tidligere beslutninger, så viser disse tidligere beslutninger sig blot

at have været støj. Der er ganske mange eksempler på beslutninger, som ikke opnår tilslutning eller som hurtigt ændres igen. Nye beslutninger overtrumfer således i stadig hurtigere tempo gamle. Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen accelereres og lammes på samme tid. Det lammes spontant og på enkelt-områder, når beslutninger ikke opnår tilslutning eller hurtigt ændres. Og det accelereres, når det træffer flere beslutninger som svar på den usikkerhed, som sundhedsvæsenets egne beslutninger ikke kan lade være med at medproducere. Det, der skulle have været en afbureaukratisering, viser sig at føre til en re-bureaukratisering – ikke i form af stive regler, men i form af stadig flere beslutninger og stadig mere opmærksomhed mod organisatoriske (frem for direkte sundhedsfaglige) aktiviteter.

Det er et umiddelbart (og paradoksalt) problem for organisationen, at den har svært ved at træffe og fastholde beslutninger, samtidigt med at den søger at træffe stadig flere. Men det er endvidere også et problem, fordi det tærer på medarbejdernes tillid og energi. En udbredt reaktion på kompleksiteten, de stadige ændringer og uigennemskueligheden er at tillægge andre skjulte motiver og planer. Sammensværgelses- eller konspirationsteorier er således en udbredt måde at forsøge at få mening i beslutningsaktiviteterne. Og det gælder på alle ledelsesniveauer, at man tilskriver ledelser eller personalegrupper skjulte planer og motiver.

I forhold til moderniseringsstrategien for den offentlige sektor, hvor forandring og omstilling har fungeret som centrale idealer, rejser analysen spørgsmålet om, hvorvidt det er stilstand og manglende forandring, som udgør det væsentligste problem – eller om det er de stadige strukturelle forandring og omstillinger, der i dag hæmmer effektiviseringer? Organisationer synes at være blind for, at man ikke arbejder, mens man (om)organiserer arbejdet. Måske udfordringen i dag er at komme med overbevisende svar på, hvordan organisationen kan stabilisere og begrænse sig selv. Organisationer må finde måder at begrænse sine reform-dynamikker på.

Og i forhold til de standende reformdiskussioner – kan man så lære noget af casen? En mulig morale, at trække videre i forhold til kommende reformer kunne være den simple pointe, at det er tidskrævende at danne nye organisationer. At beslutte dannelsen af dem tager tilsyneladende ikke meget mere end et halvt år, men det kan tage år og utallige beslutninger (samt arbejdstimer), inden de (eventuelt!) finder en mere stabil form. ■

Indenrigs- og Sundhedsministeriets rolle i styringen af det danske sygehusvæsen: historisk, aktuelt og i fremtiden



Af forskningsassistent Heidi Salomonsen, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet
heidi@socsci.auc.dk

I en tid præget af diskussioner om fremtidens organisering og styring af den danske offentlige sektor arbejder jeg med projektet 'Sundhedsministeriets rolle i diskussioner om styringen af fremtidens sygehusvæsen', hvis mål er at undersøge den rolle, Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement har i styringen af sygehusvæsenet historisk, aktuelt og i de nævnte diskussioner om fremtidens sygehusvæsen.

Der er fra forskellig side peget på, at de statslige politisk-administrative aktører har styrket deres rolle i styringen af sundhedsvæsenet op gennem 1980'erne og 1990'erne, og at det statslige niveau udøver en større detailregulering på det sundhedspolitiske område. Det er imidlertid ikke undersøgt, hvorledes Indenrigs- og Sundhedsministeriet har bidraget til denne udvikling. Med til det centrale, statslige politisk-administrative niveau i det danske sundhedsvæsen hører en regering og et finansministerium. Selvom Indenrigs- og Sundhedsministeriet har det formelle ansvar for formuleringen af den overordnede sundhedspolitik og for den overordnede styring af det danske sundhedsvæsen, så er Finansministeriet en central aktør i forhold til den økonomiske styring af sundhedsvæsenet. Dertil kommer den stærke decen-

trale struktur, som kendetegner sundhedsvæsenet i Danmark, hvor det er amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S), som ejer og har ansvaret for driften af sygehusvæsenet. Aktører i det danske sundhedsvæsen har i den forbindelse kategoriseret det tidligere Sundhedsministerium som et *holdningsministerium*. Dette blev fx nævnt i interview med en række nøglepersoner fra sygehusvæsenets centrale såvel som decentrale niveauer fra FLOS-projektet *New public management reformer i danske sygehuse* (SYOL-projektet ved Aalborg Universitet).

Men Indenrigs- og Sundhedsministeriet, med ministeren i spidsen, synes at tage – og blive tildelt – en ny rolle i styringen af sundhedsvæsenet. I forbindelse med regeringsskiftet i november 2001 blev Sundhedsministeriet lagt sammen med Indenrigsministeriet. Det nydannede Indenrigs- og Sundhedsministerium fik en minister, Lars Løkke Rasmussen, der har en central position i den samlede regering. Det er en vurdering, som jeg mødte i forbindelse med interview til min Ph.d.-afhandling, *Embedsmænds fornemmelse for politik. Institutionaliseret af danske embedsmænds politiske rådgivning af ministeren*.

Lars Løkke Rasmussen blev minister for et område, som regeringen selv beskriver som et af de højest prioriterede. I regeringsgrundlaget står fx nedbringelse af ventelister på sygehusområdet som et centralt politisk mål, og sammesteds giver man også løfte om en pulje på 1,5 mia. kr., som skal skabe meraktivitet i sygehusvæsenet og dermed bidrage til nedbringelse af ventelisterne. De 1,5 mia. kr. blev afsat i forbindelse med Finanslovsaftalen for 2002 og døbt *Løkkeposen*. Løkkeposen blev fulgt op og forlænget i forbindelse med finans- og økonomiaftalerne for 2003 og 2004. Puljemidler er ikke noget nyt og slet ikke som indikator for en øget central styring af sundhedsvæsenet. Til forskel fra tidligere puljer bliver Løkkeposen anvendt som et takststyringsmiddel og fordelt *efter*, at amternes sygehuse har øget deres aktiviteter og nedbragt ventelisterne. Flere vurderer derfor Løkkeposen som en ►

indikator på, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet, og regeringen, har fået en styrket rolle i styringen af sygehusvæsenet.

Efter regeringsskiftet i november 2001 blev den fremtidige organisering og styring af sundhedsvæsenet sat på den politiske dagsorden, dels i forbindelse med Indenrigs- og Sundhedsministerens nedsættelse af det rådgivende udvalg om sundhedsvæsenet i december 2001, og dels i forbindelse med Strukturkommissionen. Nedsættelsen af disse udvalg, som begge diskuterer fremtidige rammer for organisering og styring af sundheds- og især sygehusvæsenet, bliver også set som en indikator på ministeriets og ministerens ændrede rolle.

Hvorvidt Indenrigs- og Sundhedsministeriets rolle har ændret sig i relation til styringen af det danske sundhedsvæsen, og hvorvidt der er tegn på, at en evt. forandring også viser sig i diskussioner om fremtidens sundhedsvæsen, er centrale spørgsmål. Undersøgelsen er koncentreret om Indenrigs- og Sundhedsministeriets rolle i styringen af *sygehusvæsenet* og om *departementets styringsrolle*. Sygehusvæsenet er valgt, fordi det særligt er dette område, som har fået statslig politisk, administrativ opmærksomhed (især i forbindelse med økonomi- og finanslovaftalerne), og fordi det statslige niveau især har involveret sig i denne del af sundhedsvæsenet inden for de seneste år. Sygehusvæsenet er derfor en *ekstrem* i betydningen *best case*, eller eksempel, på en øget statslig styring. Argumentet for at undersøge departementets rolle er, at det er ministeriets politiske, og ikke faglige, styring, som har interesse. Derudover ønsker jeg at undersøge departementets rolle i forhold til de øvrige statslige, politisk, administrative aktørers rolle i den statslige styring af sygehusvæsenet. Undersøgelsens mål og problemstillinger kan sammenfattes til:

- At beskrive og analysere den rolle, som Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement historisk og aktuelt har – og har haft – i styringen af det danske sygehusvæsen og i den forbindelse vurdere, om rollen har ændret sig i perioden fra Sundhedsministeriets etablering i 1987 og frem til i dag.
- At beskrive og analysere den rolle, som Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement tager – og tildeles – i diskussioner om styringen af fremtidens sygehusvæsen.

- På baggrund af analysen af den rolle, som Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement historisk og aktuelt, har – og har haft – i styring af det danske sygehusvæsen og dets rolle i diskussioner om styringen af fremtidens ditto for at vurdere, om der er tegn på, at departementets styringsrolle er under forandring.

- På baggrund af en række interview med centrale og decentrale politisk, administrative aktører at bidrage med aktuelle vurderinger af departementets styringsrolle i forhold til sygehusvæsenet, historisk, aktuelt såvel som i forhold til fremtidens sygehusvæsen.

Hvorvidt departementets rolle har ændret sig undersøges gennem en analyse af kvalitative forandringer i de styringsinitiativer, som er besluttet i forbindelse med økonomi- og finanslovsaftaler fra 1987 og frem til i dag. Styringsinitiativernes kvalitative forandringer analyseres i forhold til en teoretisk typologi over henholdsvis en traditionel, hierarkisk, en markeds- og en moderne netværksstyringsrolle. Derefter analyseres departementets ændrede rolle i forhold til ministeriets rolle for at se, om sidstnævnte har ændret sig mod en styrket central, statslig styring af sundhedsvæsenet – igen set i lyset af de styringsinitiativer, som er besluttet i forbindelse med økonomi- og finanslovsaftaler i den undersøgte periode.

At analysen af departementets historiske og aktuelle rolle tager afsæt i de styringsinitiativer, som er besluttet i forbindelse med økonomi- og finanslovsaftalerne fra 1987 og frem til i dag skyldes, at de vurderes som et centralt element i udviklingen mod en styrket central styring af ikke blot økonomiske, men også politiske sider af og rammer for sygehusvæsenet. Ved at vælge aftalerne bliver jeg ikke i stand til at vurdere departementets styringsrolle i forhold til alle de styringsredskaber, som departementet har mulighed for at anvende, hvorfor jeg muligvis får et skævt billede af departementets styringsrolle samlet set. Til gengæld bliver jeg i stand til at vurdere, hvilken styringsrolle som er knyttet til departementet i forhold til to elementer i den centrale, statslige styring, som vurderes som centrale. Dertil kan føjes en forventning om, at departementets mulighed for at bidrage til den politiske styring alt andet lige øges i takt med, at aftalerne i løbet af 1990'erne også omhandler politiske sider af sygehusvæsenet.

Denne del af undersøgelsen inddrager desuden to casestudier, som illustrerer statslige hhv. traditionelt hierarkiske og markedsstyringsinitiativer. Som illustration på en traditionel, hierarkisk styringsrolle er valgt vedtagelsen af ventetidsgarantien for livstruende sygdomme. Som illustration på en markedsstyringsrolle er valgt indførelsen af takststyring vha. den nuværende regerings meraktivitetspulje, den omtalte Løkkepose. Grundlaget for denne del af undersøgelsen er dokumenter, som beskriver beslutningsprocesserne omkring styringsinitiativerne og interview med politisk, administrative aktører fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement og fra dets omgivelser.

Undersøgelsen af departementets rolle i forhold til fremtidens sygehushvæsen tager form af en tekstanalyse af (bl.a.) en række af de betænkings- og udvalgsarbejder, der i de seneste år har bidraget til at sætte fremtidens sygehushvæsen på den politiske dagsorden.

Projektet forventes afsluttet i løbet af sommeren 2004. ■

Heidi Salomonsen forsvarer i foråret sin ph.d. afhandling 'Embedsmænds fornemmelse for politik. Institutionalisering af danske embedsmænds politiske rådgivning af ministeren' på Aalborg Universitet. Forsvaret vil blive annonceret på www.flos.cbs.dk

Medskabende medborgere: Den svenske ansvarsudrednings dagsorden for strukturreformer



Af lektor Peter Kjær, Institut for Organisation, Copenhagen Business School - pkj.ioa@cbs.dk

I Sverige gennemfører en såkaldt "Ansvarskomite" i disse år en udredning af den offentlige opgave- og ansvarsfordeling. Udredningen minder i mangt og meget om den danske Strukturkommissions arbejde, men er alligevel fundamentalt forskellig. I stedet for effektivitet i opgaveløsningen står "medborgeren" i centrum i den svenske udredning.

Svenskerne har et udredningsvæsen, Statens Offentliga Utredningar (SOU), som enhver må misunde dem. I Danmark har vi stort set

aflivet traditionen med bredt anlagte parlamentariske udredninger af centrale politiske spørgsmål, og i stedet lanceres politiske reformer først og fremmest af interne embedsmandsudvalg eller af særligt sammensatte ekspertgrupper. Svenskerne derimod har valgt at fastholde de brede kommissionsbetænkninger, hvor politikere, eksperter og embedsmænd sammen belyser spørgsmål og lægger op til politiske initiativer. Udledningernes bredde bevirker, at de ikke altid kan omsættes direkte i konkret handling, men på den anden side fastholder de ambitionen, at politiske debatter bør inddrage mange forskellige perspektiver og baseres på en solid vidensproduktion. Dermed bliver SOU ikke blot en politisk "problemmaskine", men også en udmærket kilde for den, der ønsker at blive klogere på politik og administration.

Ansvarskomiteens udredning "Utvecklingskraft för hållbar välfärd" fra december 2003 er et eksempel på alle disse kvaliteter. Ansvarskomiteen blev nedsat af den svenske regering i januar 2003 for at se på strukturen og opgavevaretagelsen i det svenske samfund. Komiteen består af en række politikere fra partierne i Riksdagen, og fra kommuner og ►

landsting (amter), bistået af en gruppe embedsmænd og eksperter – især fra Finansministeriet. Opgaven er todelt. Først skal man identificere og analysere de samfundsforandringer, der kan nødvendiggøre forandringer i struktur og opgavefordeling mellem stat, kommune og landsting. Det er denne første analyse, som nu foreligger. Dernæst skal komiteen gennemføre en fordybet analyse og bedømmelse af forholdene på særlige områder med henblik på at komme med mere specifikke reformforslag.

Udredningen er interessant læsning, især når den sammenlignes med "søsterudredningen" i Danmark. Umiddelbart slås man af sammenfaldet i både timing og tema for de to udredninger, men en nærmere gennemlæsning afslører markante forskelle:

- **Ansvarskomiteen sætter medborgeren i centrum.** Hvor den danske Strukturkommission i høj grad er fokuseret på den styringsmæssigt optimale placering af opgaver, så vælger Ansvarskomiteen at sætte demokrati og legitimitet i centrum. Udredningen tager udgangspunkt i medborgerne som "aktive og ansvarstagende individer", der har markante forventninger til den offentlige sektors ydelser, men også er i stand til at tage et medansvar for den offentlige sektors opgaver. Set i et medborgerperspektiv er det en væsentlig pointe, at den offentlige sektors legitimitet og medborgernes delagtighed afhænger af, hvordan sektoren er organiseret. Hvis medborgerne skal tage ansvar, krævet det, at den offentlige virksomhed og ansvarsforholdene omkring den er forståelige og gennemskuelige. Det bliver et centralt kriterium i vurderingen af behovet for reformer. Ansvarsudredningen berører ligesom den danske strukturkommission også økonomiske og teknologiske forhold, men snarere som et nødvendigt bagtæppe end et centralt perspektiv.
- **Ansvarskomiteens problemdiagnose er bred.** Hvor den danske Strukturkommission hurtigt definerer forholdet mellem størrelse og opgavevaretagelse som et givet problem, så kaster den svenske udredning et bredere net ud. En stor del af betænkningen er en drøftelse af, hvordan globaliseringen, den teknologiske udvikling samt udviklingen af nye politikområder udfordrer den offentlige sektor. Betænkningen ser også på udviklingstendenser i den eksisterende offentlige

sektor og bemærker her, hvordan decentraliseringen ikke har indebåret mindre statslig styring og ej heller mindre regulering i det hele taget. Samtidig har EU-integrationen skabt nye komplekse styringsrelationer. Så i stedet for straks at overveje den konkrete opgavefordeling, forsøger Ansvarskomiteen at indkredse de mange udfordringer ikke blot til den offentlige styring, men også til det moderne medborgerskab.

- **Løsningshorisonten handler om legitimitet og udviklingskraft.** Den brede problemudpegning indebærer også, at man ikke i første omgang drøfter konkrete modeller, men snarere bredere udviklingsscenarier. I disse udviklingsscenarioer overvejer man tre forskellige måder, hvorpå ansvarsfordelingen kan rendyrkes: øget udvikling af tværsektorielle statslige indsatser og strukturer, øget udviklingen af det kommunale niveau og herunder klar ansvarsfordeling mellem stat og kommune, og endelig en strategi for "flerniveau-styring", hvor fleksibilitet vejer højere end entydig ansvarsplacering. Igen er det påfaldende, at spørgsmål om demokrati og legitimitet står i fokus – og ikke blot den effektive opgavevaretagelse. Pointen i udredningen er ikke, at effektivitet og økonomi er ligegyldig, men snarere at "udviklingskraften" i den offentlige virksomhed i høj grad afhænger af samfundets evne til at gøre medborgerne "medskabelse" til en vigtig faktor i udviklingen af velfærdsproduktionen. Og medskabelse forudsætter legitimitet snarere end blot styring og økonomisering.

Måske kan forskellene koges ned til én hovedforskel, som afspejler de forskellige udgangspunkter. Hvor Strukturkommissionen – med et skarpt blik for stordriftsfordele og effektivitet – tænker på den optimale *struktur* for fremtidens offentlige sektor, så tænker ansvarsudredningen på mulige *strategier* for udviklingen af "robuste" medborgerorienterede organisationsformer. Det forøger åbenheden i reformprocessen, men muliggør måske også en debat, som rækker ud over geografi og beskatningsprocenter. ■

Styring, ledelse, organisation og finansiering af sundheds- og sygehusvæsenet i Sverige



Af professor Ingvar Karlberg, Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, Göteborgs Universitet
ingvar.karlberg@chsa.med.gu.se

Politiske og administrative niveauer i det svenske sygehusvæsen

I Sverige har landstingene hovedansvaret for sundheds- og sygehusvæsenet: det primære sundhedsvæsen, sygehusvæsenet og de højt kvalificerede enheder. Landstingene samarbejder om de højt specialiserede sygehusfunktioner inden for seks sundhedsregioner med ni universitetssygehuse. Universitetssygehuse ejes og drives af det landsting, i hvis område de er beliggende. Alle sygehuse bliver finansieret gennem de skatter, som landstinget udskriver og administrerer. Staten bidrager til undervisning og forskning samt, i mindre omfang, til programaktiviteter.

Der findes ingen statslige sygehuse. Staten har et vist driftsansvar for skolesundhedstjenesten, sygehuse i fængsler og inden for forsvaret samt for flygtninge. En lov (Sundheds- og sygehusloven, 1982) omfatter hele sundheds- og sygehusvæsenet. Statens opgave er at lovgive, give forskrifter om patientsikkerhed og føre tilsyn med personalet, herunder at udstede autorisationer. Operative aktører er socialstyrelsen, lægemiddelstyrelsen og retsmedicinsk institut m.fl., idet departementerne i Sverige er forholdsvis små.

Siden 1992 har kommunerne haft ansvaret for ældreplejen efter vedtagelsen af "Ådelreformen". Med denne blev 20% af finansieringen og samtlige 30.000 plejehjems- og geriatrike pladser overført fra landstinget til kommunerne. Reformen blev gennemført

for at effektivisere sygehusvæsenet, for at øge kvaliteten i ældreplejen og for at øge egenfinansieringen. Kommuner ansætter al personale inden for geriatrik behandling, undtagen lægerne, som er ansat inden for landstingets primære sundhedsvæsen. For at lette overgangen bidrog staten ved reformens gennemførelse med penge til nye plejehjem i kommunerne. Kommuner opkræver, ligesom landstinget, egne skatter. Landstinget og kommunerne deler ansvaret for folkesundhedsarbejdet.

Landstingets styreformer

Decentraliseringen af det svenske sundheds- og sygehusvæsen begyndte i 1950'erne, og i løbet af 1960'erne blev alle sygehuse overført til landstinget inklusive et par universitetssygehuse, som blev landstingsejede regionssygehuse; de statslige psykiatriske hospitaler blev psykiatriske klinikker ved amtssygehuse og kredslægerne blev distriktslæger ansat af landstinget. Fra 1970'erne var sygehusvæsenet dermed decentraliseret til landstingsniveau.

I dag har alle landsting udviklet interne markeder, og en større eller mindre del af deres virksomhed er kontraktstyret med egne eller selvstændige producenter af pleje. I de landsting, hvor der eksisterer et stort antal selvstændige, private producenter, er kompetencen til at indgå aftaler blevet udviklet. I landsting med få selvstændige producenter er bestillerkompetencen lav, og det er snarere bevillinger end aftaler, der er styrende for samspillet mellem bestillere og udførere.

I styringen og ledelsen af de nye regioner, som beskrives i det følgende, har markedsmekanismer og nye styreformer spillet en stor rolle.

Sygehusstruktur og regionsdannelse

Siden 1950'erne er der årligt blevet lukket et sygehus i Sverige. I 1990 var der i Sverige 90 sygehuse med akutafdelinger, i dag har kun 70 af disse akutafdelinger, hvilket er naturligt og hensigtsmæssigt, når vi tager udviklingen i infrastrukturen og urbaniseringen i betragtning. Flytningen fra land til by er primært sket til de tre største byer. Pendlingen mellem arbejdsplads og bolig og udbygning- ▶

gen af "sovebyer" har medført, at administrative geografiske "begrænsninger i" retten til at søge sygehus nær arbejdspladsen i stedet for nær hjemmet, er blevet en alvorlig hindring.

For at åbne op for et frit sygehusvalg, for at effektivisere sygehuset og for at skabe større enheder for udvikling og forskning blev Stockholms amtsråd dannet i 1972 gennem en sammenlægning af sygehuse, lokaltrafik, kultur og visse uddannelser i Stockholm by og Stockholms amt. Det store Stockholms Amt fik omkring halvanden million indbyggere. I perioden frem til 1990 lukkede amtsrådet flere ældre, små sygehuse i Stockholms centrum, byggede Huddinge sygehus og overtog Karolinska sygehus fra staten.

I slutningen af 1980'erne indledte Stockholms amtsråd, bl.a. efter engelsk forbillede, planlægningen af et kvasi-marked, hvor bestillerfunktionen var adskilt fra producentrollen. Målet var først og fremmest at få en tydeligere kobling mellem omkostninger og opnået medicinsk effekt. I 1991 søsatte den ikke-socialistiske amtsrådsledelse stockholmsmodellen "Greppe". Den indebar, at ni lokale bestillernævne fik befolkningsbaserede budgetter fra amtsrådet og indgik kontrakter med sygehuse baseret på stykpris (DRG-baseret fee-for-service). Bestillernævne blev ansvarlige for egen produktion af primærpleje, psykiatri og geriatri. Virkningerne af "Greppe" blev øget valgfrihed for patienterne, uændret medicinsk kvalitet og øget forbrug, produktion og totalomkostninger.

Et socialistisk flertal overtog i 1995 den politiske magt i Stockholm og konstaterede, at markedsmekanismerne ikke havde løst struktur- og finansieringsproblemerne og besluttede omgående at lukke to akutsygehuse og indføre stærkere økonomistyring. I 1999 kom et nyt ikke-socialistisk amtsråd til magten, som genindførte kvasi-markedet, kontraktstyring, fee-for-service og ændrede sygehuses status til virksomheder ejet af amtsrådet for at berede vejen for sygehussalg. Virkningerne blev øget forbrug og produktion af behandlinger, øget tilgængelighed og valgfrihed, kortere ventetider og stærkt stigende omkostninger.

Et nyt socialistisk flertal tiltrådte i Stockholm i 2003 og overtog et stort finansielt underskud og en stigende gældsætning. Der blev indført budgetstyring og spareprogrammer, og oprettelsen af virksomheder blev afbrudt. En kommentar til den finansielle situation er på sin plads. I Sverige findes der, som i Danmark, et udligningssystem mellem rige og

fattige regioner. Inden for dette system overføres der gennem statslig beslutning store beløb fra Stockholms amt til andre dele af landet. Denne overførsel var i 2003 større end underskuddet.

Andre amtsråd end Stockholms følte også et behov for samarbejde, og samtidig opstod der ønske om, at visse statslige opgaver skulle decentraliseres. En lov fra 1996 skabte forudsætningerne for, at regionerne, dvs. amterne, kunne overtage visse opgaver fra staten (länsstyrelserne). I demokratisk henseende indebar det, at nationale politikere overlod et vist ansvar til lokalt valgte politikere. Loven er hidtil blev anvendt i Skåne og Gøteborg regionerne. Det er sket ved, at amterne er gået sammen i nye regioner, som også har overtaget det statslige ansvar for regional udvikling, fx fordelingen af statslige midler.

De statslige opgaver var ikke den primære årsag til regionsdannelsen, men derimod behovet for at skabe et større underlag for planlægning, drift og udvikling af sundheds- og sygehusvæsenet. I den vestlige sygehusregion blev der indført "frit behandlingsvalg" i 1990. Patienterne kunne nu frit vælge praktiserende læge og sygehus inden for de fem amter, der deltog i regionssamarbejdet. Det påvirkede ikke behandlingsstrukturen, og ti år senere eksisterede alle sygehuse stadig – 18 sygehuse til 1,5 millioner indbyggere. For at fremme en nødvendig udvikling i behandlingsstrukturen og skabe et planlægningsgrundlag dannede de fire amtsråd et fælles amtsråd i 1999: Västra Götalandsregionen. (Denne type region er ikke det samme som sundheds- og sygehusregionerne). Regionen overtog det statslige ansvar for regional udvikling af infrastrukturen og ansvaret for sundhedstjenesten fra de "gamle" amter.

Västra Götalandsregionen (VGR) er hovedsageligt blevet styret af en rød-grøn koalition, dvs. liberale og socialdemokrater. Det fælles amtsråd har besluttet, at al behandling skal købes på et internt eller eksternt marked. Udviklingen af bestiller- og producentkompetencer er imidlertid gået langsomt ligesom den strukturændring, der var en del af motivet for regionsdannelsen. Gamle styreformere og lokale politiske loyaliteter har standset forandringsarbejdet.

I Skåne var antallet af sygehuse også højere, end det medicinske hensyn motiverede. Amtsgrænserne udgjorde åbenbart en hindring for planlægningen og for de borgere, der søgte behandling. I 1999 blev der derfor dannet et nyt amtsråd bestående af de tre tidligere amtsråd: Region Skåne. Denne regi-

on fik også som et forsøg lov til at overtage visse statslige regionalpolitiske opgaver.

Vekslede borgerligt og socialdemokratisk flertal i regionsledelsen i Skåne har medført perioder med forskellige principper for finansiering og styring. Udviklingen ligner på mange punkter den, der er foregået i Stockholms amtsråd med perioder, hvor sygehuse har fået status af selvstændige virksomheder ejet af amtet. Ligesom i Stockholm har stykprisafregningen på behandlinger ført til øget tilgængelighed, kortere ventelister og højere omkostninger. Skiftet mellem forskellige finansieringsprincipper har medført, at udviklingen af ledelse, økonomistyring, sygehusstruktur og kvalitet er gået langsomt.

Endelig skal det nævnes, at Kalmar amt og Gotland hver for sig og gennem internt samarbejde mellem kommuner og amtsråd har skabt "regioner", der også har overtaget visse statslige opgaver, men som ikke har medført sammenlægning til større geografiske enheder.

Konklusion

Demografi, sygelighed og medicinske metoder kræver strukturtilpasninger af sygehusvæsenet. I Sverige har den lovgivning, der udgør grundlaget for Ädel-reformen, vist sig at være en vellykket metode til den nødvendige tilpasning af ældreplejen.

Derimod har *lokalt besluttede* sammenlægninger af amter til større geografiske enheder ikke automatisk ført til et mere effektivt sygehusvæsen. Selv store regioner styres af demokratisk valgte politikere, der er forankrede i lokalmiljøer. Dermed opstår der nye konflikter mellem overordnede politiske ideologier og lokale interesser, fx små sygehuse.

Stort set alle amter opererer med en eller anden form for tilpasset kontraktstyring og åbner op for konkurrence og et større indslag af selvstændige producenter af behandling. Internationaliseringen og mulighederne for at sælge sygehuse støtter denne udvikling. Vi kan forvente, at denne styreform bliver yderligere udviklet. ■

Stræben efter transparens



Kerstin Sahlin-Andersson

Af lektor Maria Blomgren - maria.blomgren@fek.uu.se og professor Kerstin Sahlin-Andersson, Företagsekonomiska institutionen, Uppsala Universitet kerstin.sahlin-andersson@fek.uu.se

I Sverige foregår der i øjeblikket en hed debat om behovet for at skabe større indsigt i sundheds- og sygehusvæsenet gennem eksPLICIT at redegøre for kvalitet og resultater. I en debatartikel i en af de største dagblade argumenterer talsmanden for "Vårdföretagarna", en interesseorganisation for private udbydere af behandling, for, at kvalitetsindikatorer for samtlige sygehuse og enheder inden for sundhedstjenesten skal offentliggøres, og at sygehuse og enheder skal redegøre for deres resultater i forhold til disse. Sammen med en socialdemokratisk politiker og en repræsentant for Svenskt Näringsliv hen-

viser han til den rangordning af behandlingsudbydere, der er tilgængelig for offentligheden i fx U.S.A., England og de skandinaviske nabolande. Og TV-programmet "Uppdrag granskning" har underkastet det svenske sygehusvæsen en kritisk granskning. Forskellene i medicinsk kvalitet sygehuse imellem i forskellige amter i behandlingen af hjertesygdomme er blevet påpeget og debatteret.

Dette er blot nogle eksempler på den tendens, der er blevet stærkere i de seneste år: den intensiverede stræben efter at skabe transparens inden for sygehusvæsenet. Flere initiativer hertil er allerede i gang, fx et opfølgningssystem, rapporteringsrutiner og måleinstrumenter for såvel økonomiske resultater som behandlingsmetoders kvalitet og evidens samt hele sygehusvæsenets effektivitet. Forskellige typer af evalueringer – af enkelte ansatte, klinikker, særlige diagnoser og behandlingsmetoder samt hele sygehussystemet – bliver lagt til grund for sammenligninger, anbefalinger, rangordninger, retningslinjer og "best practice" samt for at kræve ansvar for og bedre ledelse af den komplekse virksomhed, som sygehusvæsenet udgør.

Stræben efter et mere transparent sygehusvæsen kommer fra alle sider. De senere ►

års debat om prioritering har ført til krav om et transparent sygehushvæsen, hvor resultater, organisering og kvalitet lige såvel som borgernes behov og opfattelse skal rapporteres, vurderes og sammenlignes. Denne type evalueringer er også fulgt i sporene på en mere generel udvikling mod bedre patientrettigheder og større mangfoldighed i drifts- og styreformer. Stræben efter transparens er drevet frem af en udvikling mod mere ledelse og styring på distancen. I Sverige har staten det overordnede sundhedspolitiske ansvar, mens kommuner og amter har ansvaret for den overvejende del af den behandling, der udføres i landet. I de senere år har vi set en øget anvendelse af entrepriser, aftaler og kontrakter, hvilket har ført til, at sygehus- og amtsråd har efterspurgt flere redegørelser og analyser. Det er blevet tydeligt markeret, at det er vigtigt, at patienterne får bedre kendskab til behandlinger samt bedre muligheder for at vælge sygehus. Samtidig stilles der krav om særlige grundlæggende rettigheder for borgerne. De lange styrings- og ansvarskæder stiller krav om et transparent sundhedsvæsen med tilbagerapportering, sammenligninger og vurderinger af den behandling, der bliver udført inden for rammerne af forskellige driftsformer.

Stræben efter transparens - fokus for et forskningsprojekt

Stræben efter transparens i det svenske sygehushvæsen er fokus for et forskningsprojekt ved Företagsekonomiska institutionen, Uppsala Universitet. Projektet ledes af professor Kerstin Sahlin-Andersson og ek.dr. Maria Blomgren. De øvrige deltagere er fil.dr. Caroline Waks, fil.dr. Charlotta Levay, docent Anders Forssell samt doktorand Erica Lundbäck. Projektgruppen undersøger, hvordan stræben efter transparens bliver drevet, hvilken viden der udvikles gennem evalueringer, sammenligninger og redegørelser, samt hvilke konsekvenser dette får for virksomheden og mulighederne for at styre den.

Aspekter af transparens: Evaluering, dokumentation og regulering

Internationalt tales der i disse år om "revisions-samfundet" (audit society) og "revisionskultur" (audit culture). Vi mener, at det i en svensk eller skandinavisk sammenhæng giver mere mening at tale om et fremvoksende evalueringssamfund snarere end en revisionskultur. Hermed mener vi ikke bare vurderinger, som bliver betegnet som revisioner, men også de evalueringer og vurderinger af

sundhedsvæsenet, som bliver foretaget af staten, internationale organisationer, professionelle organer, medier og andre. Stræben mod transparens omfatter også de bedømmelser og vurderinger, som diverse instanser foretager med henblik på at sammenligne, skabe eller udpege forbilleder, rangordne, rose eller kritisere. Her drejer det sig om mere eller mindre uafhængige parter, som undersøger, hvad der bør gøres, ser på hvilke resultater der kommer ud af det, hvilke forudsætninger der er for at bedrive en bestemt virksomhed, etc. Vurderinger kan være regelmæssig (som den årlige revision) eller sigte på isolerede tilfælde (særlige kommissioner, evalueringer, reportage i avisen osv.). Det kan ske på forskellige initiativer og med eller uden den undersøgte kendskab eller samtykke, blive til på initiativ af og gennemføres af forskellige grupper, og kan omfatte forskellige enheder, procedurer, forudsætninger, aktører eller resultater. Motivet til at gennemføre evalueringer og vurderinger kan skifte ligesom genstanden for dem.

Stræben efter transparens kommer også til udtryk i en øget efterspørgsel efter og produktion af resultatopgørelser. Det er ofte blevet påpeget, at mængden af dokumentation er øget inden for sundhedsvæsenet. Den omfatter bl.a. finansielle og økonomiske regnskaber, kvalitetsrapporter, journalføring, etc. Dokumentationen beskriver og forklarer virksomheden, og den kan være grunden til eller følge efter analysen, men behøver ikke at gøre det. Ligesom med evalueringer og vurderinger, er det interessant at spørge om, hvad er det, der dokumenteres af hvem, for hvem, af hvad, med hvilken regelmæssighed, etc.

Både evalueringer og regnskaber udarbejdes ex-post. Det handler om at synliggøre udført arbejde (og forudsætningerne for det mm.). Det betyder ikke, at regnskaber og evalueringer, eller snarere kravet om samme, kun påvirker, hvordan opgavevaretagelsen bliver præsenteret. De påvirker også, hvorledes de faktisk udføres. Viden om, at der måske vil blive krævet en undersøgelse eller et regnskab, gør, at opgavevaretagelsen udformes således, at den kan blive genstand for undersøgelse og regnskab. Stræben efter transparens kommer også til udtryk i omfattende reguleringer. Mange argumenterer for retningslinjer og direktiver for, hvordan virksomheden skal eller bør drives som et middel til at gøre den mere gennemskuelig, klar og demokratisk. I de senere år er der blevet udviklet en række mere eller mindre ufravigelige regler i form af retnings-

linjer, standarder og love inklusive tendenser mod evidensbaseret behandling.

Udbredelsen og omfanget af stræben efter transparens

Forskningsprojektet har tre faser. I den første undersøger vi udbredelsen og omfanget af undersøgelser. Vi spørger bl.a., hvilke aktører er det, der stræber efter transparens i det svenske sygehusvæsen? Hvilke evalueringer, vurderinger, reguleringer og resultatredegørelser bliver der gennemført? Hvordan gennemføres de, og hvordan hænger de forskellige redegørelser, reguleringer og vurderinger sammen? De første resultater viser, at det er en blanding af organisationer, der er den aktive drivkraft. Blandt de ivrigste fortalere finder vi statslige institutioner som Socialstyrelsen og Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU), private organisationer som Svenskt Näringsliv og Vårdföretagarna samt patientforeninger som fx Diabetesförbundet.

Et vigtigt motiv til at udarbejde offentligt tilgængelige oversigter over enheders kvalitet og resultater, som samtlige organisationer slutter op om, er, at det vil styrke patienters og borgeres rettigheder og selvbestemmelse inden for sygehusvæsenet. Inden for EU har der i 1990'erne været en generel udvikling mod en styrkelse af individuelle rettigheder, og i 1970'erne og 1980'erne begyndte man for alvor at diskutere patientens valgfrihed inden for det svenske sygehusvæsen. Selvbestemmelsesprincippet inden for det svenske sygehusvæsen har bidraget til at forskyde patientens position; patienten er i højere grad at sidestille med en kunde, som vælger, stiller krav og styrer sig selv. Transparens i den offentlige forvaltning er tæt koblet til demokrati, og det er formodentlig en af forklaringerne på, at ideen transparens har en sådan slagkraft.

Andre motiver til offentlige redegørelser for behandlingskvalitet, som man ofte støder på, er, at de vil kunne understøtte vidensoverførsel og kvalitetsudvikling mellem behandlingenheder samt en mere effektiv ressourceudnyttelse. Men der er også andre drivkræfter vævet ind i disse motiver, som handler om de forskellige aktørers ambitioner om at bringe sig i en mere fremtrædende position for dermed at kunne påvirke og ændre styringen og organiseringen af behandlingssystemet. Disse motiver og drivkræfter er ikke sammenhængende og ensartede. Analyser viser, at i diskussionen om og stræben efter større transparens inden for det svenske sygehusvæsen genfinder vi bl.a. ambitioner og

ønsker om at styrke den statslige styring af behandlingen, at øge patientorganisationers og patienters indflydelse, samt at fremme de private virksomheders mulighed for at etablere sig og vokse.

Undersøgelse og synliggørelse – og konsekvenserne

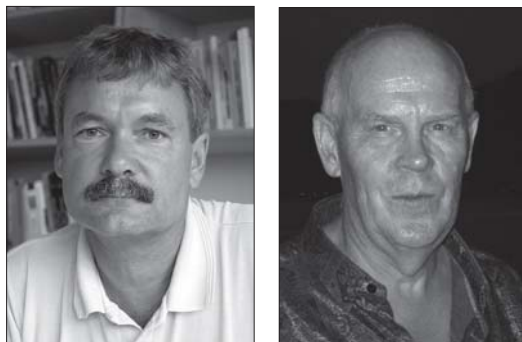
I projektets anden fase ser vi på, hvad det er, de forskellige undersøgelser synliggør, hvilken viden om sygehusvæsenet undersøgelsesformer producerer. Vi betoner to måder at forklare, hvad det er, som synliggøres. For det første betydningen af undersøgelsesformer. I hverdagsprog formidles denne indsigt med udtalelser som "det, der kan måles, bliver målt". Men som det er fremgået, er meget inden for sundhedsvæsenet blevet gjort "målbart". Vi argumenterer også for, at det er interessant at sammenligne forskellige typer af undersøgelser for at analysere, hvilke oversættelser der bliver foretaget med forskellige undersøgelsesværktøjer. Når undersøgelsen analyseres som en kæde af oversættelser, bliver såvel undersøgerens som det undersøgte oversættelser og deres indbyrdes relationer vigtige.

I denne fase af projektet indgår tre empiriske studier. Det første er et studie af relationerne mellem undersøger og undersøgte. Det undersøgende organ er SWEDAC (Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll), og den undersøgte enhed er et medicinsk laboratorium ved et svensk sygehus. Gennem interview, dokumentstudier og deltagerobservation studerer vi relationen mellem undersøger og undersøgte. For det andet studerer vi udviklingen af de svenske kvalitetsregistre og for det tredje indførelsen og spredningen af begrebet "evidensbaseret" medicin i Sverige.

I projektets tredje fase fokuserer vi på analysers anvendelse og deres konsekvenser på kort sigt. Vi koncentrerer os her om konsekvenserne i form af styring og organisering. Hvordan påvirker analyser relationerne mellem enheder, erhvervsgrupper, ledere og ansatte samt relationerne mellem forskellige arbejdsopgaver? Her er planlagt at tage udgangspunkt i casestudier. ■

Projektet er en videreudvikling af de ideer, som Maria Blomgren og Kerstin Sahlin-Andersson introducerede i bogen "Ledning på distans: At skapa kunskap för politisk styrning av hälso- och sjukvård", der udkom i 2003 på forlaget Landstingsförbundet, Stockholm.

At drive sygehus som virksomhed – erfaringer fra Helsingborgs Lasarett og Ängelholms Sjukhus AB



Af professor Lars Lindkvist, Hanelshøjskolan BBS i Kalmar lars.lindkvist@hik.se og lektor Lars-Göran Aidemark, Växjö Universitet - lars-goran.aidemark@ehv.vxu.se

Helsingborgs Lasarett og Ängelholms Sjukhus blev i perioden januar 2000 til maj 2003 drevet som aktieselskaber ejet af Region Skåne. Derefter blev de tilbageført til offentligt forvaltningsregi. De to sygehuse er eksempler på det stigende antal alternative driftsformer inden for sundheds- og sygehusvæsenet, som vi har set de sidste ti år.

I Sverige var der i 2000 9 regionssygehuse, 22 amtssygehuse og 45 lokalsygehuse. Af disse var 7 amtssygehuse blevet omdannet til virksomheder med amtet som ejer, 5 i Stockholm og 2 i Skåne (Helsingborgs Lasarett og Ängelholms Sjukhus). 2 sygehuse med akutfunktioner er blevet overdraget til private virksomheder: Simrishamns Sjukhus med Praktikertjänst som ejer og S:t Görans Sjukhus med det børsnoterede Capio som ejer. I 16 af Sveriges 21 amtsråd/regioner er driften udliciteret til private virksomheder.

Vi har fulgt udviklingen i de to skånske sygehusvirksomheder i Helsingborg og Ängelholm og bl.a. gennemført omkring hundrede interview for at afdække, hvad den ændrede driftsform betød for ledelse og organisering af virksomheden. Hvilke konsekvenser havde virksomhedsgørelsen for interne og eksterne interessenter som fx ejere, ledelse og personale?

Hvorfor aktieselskab?

Helsingborg Lasarett og Ängelholms Sjukhus ligger 30 kilometer fra hinanden og har et befolkningsunderlag på 240.000 indbyggere

i det nordvestlige Skåne. Før sygehusene blev omdannet til aktieselskaber, var de par-sygehuse og organisatorisk samlet under én administrativ ledelse for at opnå rationaliseringsgevinster og omkostningsbesparelser. Den mindste enhed i dette parforhold, Ängelholms Sjukhus, var ikke særlig begejstret for denne organisationsform.

Helsingborgs Lasarett har akutfunktioner og 2.400 ansatte. Sygehuset tager sig af behandling inden for de fleste specialer. Ängelholms Sjukhus har 1.200 ansatte og tilbyder også behandling inden for flere specialer, dog har man ingen føde- eller børneafdeling.

Virksomhedsreformen havde en tydelig ideologisk klangbund med en generel ambition om at overføre offentlig virksomhed til privat virksomhed. Under valgkampen i 1998 tog Moderata Samlingspartiet initiativ til og foreslog, at sygehuset Ängelholm skulle gøres til en virksomhed. Ambitionerne om at skabe noget nyt var inspireret af den medicinske professions ønsker om nytænkning. Man ville ændre opfattelsen af patienten som en omkostning og i stedet se denne som en indtægtskilde for sygehuset. Man ville skabe incitament til at øge produktionen på sygehuset. De moderate politikere, som havde magten, håbede, at man på sygehusene kunne skabe en vi-følelse og dermed noget, der var bedre for patienterne. Tanken var også, at man på sygehusene skulle skabe nye strukturer og gerne også nye muligheder for indtægter og bedre produktivitet. Den vanskelige økonomiske situation i Region Skåne med årlige milliardunderskud var uden tvivl også en medvirkende årsag til ønsket om at gøre noget nyt.

De nydannede sygehusvirksomheder fik stor frihed til at forme deres egen fremtid. Sygehuspolitikere i Skåne indgik en samarbejdsaftale med sygehusvirksomhederne for fem år. Vedtægterne for virksomhederne var resultatet af en forhandling mellem de tiltrædende bestyrelser og politikernes repræsentanter. Hver virksomhed fik en bestyrelse på fem medlemmer. Flertallet af bestyrelsesmedlemmerne var erfarne lokale repræsentanter for næringslivet og de øvrige medlemmer repræsentanter med politisk baggrund.

Overtagelsesvilkårene var ikke klarlagt, da bestyrelserne tiltrådte, og disse fik derfor en gunstig forhandlingsposition. Stort set alle deres ønsker blev tilgodeset. Distriktsnævnet i Nordvästra Skåne fik hele ansvaret for at få aftalen i stand mellem virksomhederne og regionen. I en femårs periode skulle ejeren drive virksomheden ved at udøve en aktiv ejerrolle på generalforsamlingen eller ændre statutterne.

Men den planlagte femårs periode blev dog kun knap halvt så lang. Ved kommunervalget i september 2002 tabte de borgerlige magten til socialdemokraterne i Region Skåne. Nu blæste nye politiske vinde, og det blev besluttet, at de sygehuse, der blev gjort til aktieselskaber i januar 2000, skulle tilbageføres til offentlig forvaltning.

Politikerne angav som en af årsagerne til beslutningen, at de samlede omkostninger var steget stærkt, bl.a. som følge af stigende produktion. En produktion, som Region Skåne ikke havde råd til at finansiere inden for de ressourcer, man havde til rådighed. Regionsstyrelsen ville indføre styreformer, som var fælles for alle sygehuse i Region Skåne, og det politiske ansvar skulle gøres tydeligt.

Hvad personalet og ledelsen lærte af forandringen

Af vedtægterne fremgår det, at hensigten med dannelsen af aktieselskaber var at skabe:

- nye incitamenter for virksomhedsudvikling
- større udviklingsmuligheder for personalet
- en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne med plads til iværksætterånd og innovationer for bedre at kunne tilgodesee befolkningens behov for et godt sund- og sygehusvæsen.

Opnåede man disse mål set fra ledelses- og personalets perspektiv? Hvordan oplevede ledelsen og personalet deres situation i årene med aktieselskabsformen? Blev udviklingsmulighederne større? Var der plads til iværksætterånd og innovationer? Svarene er forskellige for de to sygehuse, men der er også erfaringer, som de deler.

Lad os se på de konsekvenser af virksomhedsgørelsen, som personalet på begge sygehuse peger på:

- Ændret ledelse
- større selvstændighed i forhold til regionen
- ny ledelsesstruktur medførte hurtigere beslutninger

- ledelsens og bestyrelsens handlen skabte tillid
- personalet følte, at de havde større del i beslutninger på højere niveauer
- Forstærket organisationsidentitet
- ændret incitamentsstruktur baseret på udvikling i stedet for afvikling
- større vi-følelse forstærket af personalefremmende foranstaltninger
- forbedret information ved hjælp af intranet
- ny arbejdsorganisering med nyt arbejdsindhold og kollektivaftaler

I denne sammenhæng er det værd at bemærke, at personalet på de to sygehuse opfatter aktieselskabsårene delvist forskelligt, bl.a. fordi sygehusene har forskellig historie, kultur og ledelsesstruktur. Ängelholm opfatter årene betydeligt mere positivt end Helsingborg, bl.a. på grund af det anderledes lederskab. Selve truslen om sammenlægning/nedlæggelse af Ängelholm førte til større krisebevidsthed og styrkede sammenholdet mellem personalet.

Hvad angår ledelsens erfaringer, så kan vi ud fra vore interview med sygehusselskabernes direktører Lars Håkansson og Stefan Sallerfors pege på fem erfaringer med forandringsledelse:

1. Betydningen af en selvstændig ledelse som sætter entusiastiske visionære mål

For at få succes bør ledelsen fokusere på positive muligheder og ikke kun mulige problemer. I Helsingborg skabte man visionen "Helsingborgs Lasarett AB – et indlysende valg i Øresundsregionen" og i Ängelholm "Ängelholms Lasarett AB – den gode sundhedsaktør med kundestyret service og kompetencer i stadig udvikling", hvilket bidrog til at skærpe entusiasmen.

2. Sprogbrug har betydning for gennemførelse af forandring

Når visionen er formuleret, gælder det om at kommunikere den til eksterne og interne interessenter bedst muligt. Sproget må tilpasses budskabet. For eksempel var det vigtigt i Helsingborg at se patienten som kunde i stedet for som patient, og patienterne skulle bydes velkommen til sygehuset på samme måde, som når de kom til et hotel. Det førte til, at sygehuset gennemførte "hotelundersøgelser" for at få klarhed over, hvordan kunden oplevede mødet med sygehuset. Alt handlede om, at ►

virksomheden skulle bringes til at indse og tage udgangspunkt i, at det er kunden, som betaler. Et andet eksempel er i Helsingborg, hvor 18 klinikker hurtigt blev slået sammen til 8 forretningsområder. Man valgte begrebet forretningsområde for at skabe større bevidsthed om omkostninger, og for at medarbejderne skulle forstå, at omkostningerne skulle holdes inden for de rammer, som indtægterne muliggjorde. Det gjaldt for den nye ledelse om at gøre reglerne klare, og ligeledes hvad dens intentioner var. Medarbejderne måtte så tage stilling til, om de ville bakke disse forandringer op eller hellere ville søge nye græsgange.

3. Betydningen af at fremhæve en ny organisationsidentitet

De positive erfaringer under aktieselskabstiden bygger på den nye identitet, som man havde succes med at skabe. Skabelsen af en ny identitet, et nyt varemærke, som man var stolt af, gjorde, at det gik hurtigt med at få personalet til at engagere sig.

4. Alt for meget nytænkning og kreative løsninger kan skabe skepsis i omverden

Flere af de reformer og forandringer, som blev gennemført i den første tid, kan måske også gennemføres inden for et offentligt forvaltet sygehus, men virksomhedsformen tillader i større udstrækning en kreativ sygehusledelse.

5. Lederskab er tilpasset situationen, og der er ingen hurtige løsninger, der kan overføres til andre organisationer

Sygehusaktieselskabets direktør finder det meningsløst at forsøge at opstille de ti bedste kneb for fremgang og prøve at inddrage dem i forvaltningen, for her skal man ifølge Ängelholms direktør Lars Håkansson "diskutere dette med personalelederen og økonomidirektøren i region Skåne, som skal vurdere, hvad det vil koste, hvis det bliver gennemført på alle sygehuse... Forvaltningen er ikke vant til at kalkulere med de indtægter, som forandringer kan føre til, den skal først og fremmest tage vare på omkostningerne. Det, at behandlinger måske ikke bliver udført, opfatter man ikke som noget problem – ventelisterne kan så vokse i stedet".

Om organisationsidentitet og legitimitet

Både ledelsen og personalet fremhæver den ændrede *organisationsidentitet* som en vigtig konsekvens af overgangen til aktieselskab. De undersøgte sygehusvirksomheder er kendetegnet ved en dobbelt måde at forholde sig til sygehusfeltet. Stræben efter at være ens, men alligevel unikke gør, at den enkelte organisation har sit særpræg. En sammenligning af sygehusaktieselskaberne Helsingborg og Ängelholm viser, at selv om de opererede ud fra samme virksomhedsform inden for det samme felt, så var der alligevel forskelle. Helsingborgs Lasarett stræbte i højere grad efter at ligne en privat virksomhed og isolerede sig mere fra de øvrige sygehuse i regionen. Aktieselskabsideen blev oversat til de lokale forhold og forudsætninger. Der var store forskelle på, hvordan de lokale omgivelser blev mobiliseret for at bevare og udvikle sygehuset. I denne sammenhæng lykkedes det især for Ängelholm at skabe både ekstern og intern *legitimitet* for en forsat udvikling.

Udviklingen på Helsingborg Lasarett AB og Ängelholms Sjukhus AB viser, at sygehusledelser kan gennemføre organisationsforandringer og regulere aktiviteterne i sygehuset. Der blev dannet stærke bånd mellem det administrative niveau og de udførende enheder. Man kan tale om en administreret behandling. Situationen på begge sygehuse viser, at afhængigheden af ressourcestærke omgivelser påvirker organisationsstrukturen. Den organisationsstruktur, der bliver opfattet som legitim, er den, der overlever.

På sygehusniveau lykkedes det ledelsen at føre sygehusene frem mod de mål, som ejerne havde formuleret. Virksomhedsgørelsen indebar imidlertid ikke, at man ændrede den herskende organisationskultur. Ledelsen på Ängelholms Sjukhus AB blev støttet af en stærk organisationskultur, og den havde trods administrativ dominans medarbejdernes opbakning til sygehusets målsætninger. På Helsingborgs Lasarett AB levede mod-sætningerne inden for organisationen videre efter den første tids "forelskelse". Ambitionen var at styre virksomheden mod opstillede mål ved at forandre incitamentstrukturen og målinger af adfærd og resultater. Men de eksisterende subkulturer og de faglige organisationers modstand mod et sygehus styret af administrationen lagde hindringer i vejen for gennemførelsen af disse mål.

På regionsniveau var virksomhedsformens legitimitet ikke stærk nok til at forhindre socialdemokraterne i, efter kommunevalget i 2002, at intervenere i den femårige samarbejdsaftale mellem regionen og de respektive virksomheder. Socialdemokraterne var overbeviste om, at sygehuse skulle drives i offentligt regi, være offentlige finansierede og at behandling skulle fordeles efter behov og være tilgængelig for alle. Sygehuset blev ført tilbage til en organisationsstruktur, som har legitimitet og som bidrager til at forsyne det med de nødvendige ressourcer. ■

Forskningsprojektet "Alternativa driftsformer – en komparativ studie av at driva sjukvård i olika driftsformer" er gennemført af Lars Lindkvist og Lars-Göran Aidemark. Det er en del af Landstingsförbundets nationale forskningsprogram om sygehusets forandringer: "Drivkrafter i praktiken". Den endelige rapport fra projektet bliver publiceret i løbet af 2004. For mere information om projektet kontakt lars.lindkvist@hik.se og lars-goran.aidemark@ehv.vxu.se

Fra klinisk forskning til klinisk praksis (og tilbage igen)



Af projektleder Pia Kürstein, DSI Institut for Sundhedsvæsen pk@dsi.dk

Når en patient henvender sig til det danske sundhedsvæsen, sker det med forventning om, at den behandling, han eller hun vil få, er den bedst mulige. Lægen er ekspert og bør vide, hvad der er bedst for en patient med den aktuelle sygdom. Mange interventioner i det danske sundhedsvæsen er imidlertid ikke baseret på videnskabelig evidens. I nogle tilfælde, fordi læger ikke baserer deres valg af behandling herpå. I andre tilfælde, fordi forskningen er så utilstrækkelig, at man ikke kan afgøre, hvilken behandling der er bedst.

DSI Institut for Sundhedsvæsen har i perioden 1999-2003 samarbejdet med Cochrane Hepato-Biliær Gruppen om et tværfagligt forskningsprojekt med navnet GRIP: "Getting research into practice". I projektet sammenlignes dansk klinisk praksis med den videnskabelige evidens for syvogtredive inter-

ventioner til leversygdomme, som er sammenfattet i systematiske Cochrane-oversigter og publiceret på Cochrane-biblioteket.

Cochrane Samarbejdet er et verdensomspændende netværk af klinikere, der er kendt for at udvikle systematiske oversigter over den kliniske evidens af høj kvalitet. I grupper opdelt efter speciale udarbejdes og opdateres systematiske oversigter over effekten af sundhedsmæssige interventioner efter stringente faglige kriterier. Oversigterne underkastes peer review og publiceres på Cochrane Biblioteket (adgang via www.sundhed.dk) – en omfattende database med kliniske forsøg og systematiske oversigter, som danske læger har haft gratis adgang til siden 1999.

I GRIP projektet undersøger vi danske ansvarshavende hospitalslægers viden om og anvendelse af de interventioner, som i 2002 var vurderet af den Cochrane gruppe, der evaluerer interventioner til leversygdomme (Cochrane Hepato-Biliær Gruppen). Via spørgeskemaer søger gruppen forklaringer på, at interventioner med dokumenteret effekt ikke altid bliver anvendt, og at interventioner uden dokumenteret effekt bliver det.

Antages Cochrane Samarbejdets oversigter at afspejle den videnskabelige evidens, viser GRIP projektet, at danske lægers praksis ikke altid er forskningsbaseret. Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, at danske læger med ansvar for behandlingen af leverpatienter generelt kun har begrænset viden om effekten af de syvogtredive interventio-

ner, der er vurderet af Cochrane Hepato-Biliær Gruppen, og at lægernes viden samtidig er en central parameter for deres behandlingsvalg. Lægerne på de større sygehuse er bedst til at anvende behandlinger *med* dokumenteret effekt. Lægerne på de mindre sygehuse er bedst til at lade være med at anvende behandlinger *uden* dokumenteret effekt.

To tilfælde, hvor særligt mange læger ikke anvender interventioner med dokumenteret effekt, underkastes et nærmere casestudie.

I casestudiet søger vi at forstå, hvorfor mange læger ofte ikke anvender de behandlinger, som i henhold til de systematiske Cochrane-oversigter er effektive. Der er tale om behandlinger, der i randomiserede kliniske forsøg har signifikant effekt på dødelighed, og hvis fordele i forhold til det eksisterende behandlingstilbud har været kendt siden slutningen af 1990'erne. Ikke desto mindre angiver omkring halvdelen af de hospitalsansatte læger med ansvar for behandlingen af leverpatienter, at de aldrig anvender dem. Hvorfor?

Forståelsen oprulles langsomt og trinvist i casestudiet. Først forklarer hospitalslægerne, hvorfor de anvender de behandlinger, som de gør. Herefter forklarer de, hvordan behandlingerne blev indført. De kilder, som lægerne peger på har haft indflydelse, opsøges. De forklarer, hvorfor de anbefaler de behandlinger, de gør, og hvordan de er kommet frem til deres anbefalinger. Og sådan fortsætter analysen, indtil der tegner sig et komplekst billede af det ofte usikre grundlag, hvorpå læger baserer deres valg af behandling.

Baggrunden for, at lægerne ikke anvender de to behandlinger, viser sig at være forskellig fra behandling til behandling. I det ene tilfælde er der tale om langsom og vilkårlig opdatering af viden. Få læger kender til den videnskabelige evidens. Men alle læger, der hører om behandlingen og søger dens fortrin bekræftet, overbevises og tager behandlingen i anvendelse. I det andet tilfælde er baggrunden imidlertid mere speget. Der er også her kun få læger, der kender til den videnskabelige evidens. Men de læger, der kender den og/eller hører om den, kommer heller ikke til de samme konklusioner. Der er forskel mellem anbefalingerne i Cochrane Hepato-Biliær Gruppens systematiske oversigter og lægernes vurderinger, og der er forskelle i vurderingerne indbyrdes mellem lægerne. Forskningen viser sig ikke at være tilstrækkelig til at drage endelige konklusioner, om

hvilken behandling der er effektiv. Lægerne er beskæftiget med forskellige kombinationer af behandlinger, mens Cochrane Hepato-Biliær Gruppen vurderer behandlingerne hver for sig.

De to aspekter – at læger ikke baserer deres valg af behandling på forskningsmæssig evidens, og at den forskningsmæssige evidens i mange tilfælde ikke er tilstrækkelig til at drage endelige konklusioner, om hvilken behandling det er hensigtsmæssigt at anvende – er ikke kun beskrivende for de to specifikke behandlinger, som underkastes casestudie i GRIP projektet. Casestudiet viser, at læger generelt ikke baserer deres valg af behandling på randomiserede kliniske forsøg og systematiske oversigter, men at de i stedet støtter sig til nationale og/eller internationale meningsdannere, inklusive medicinalindustrien. Gennem vanskelighederne ved at gruppere de syvogtredive behandlinger som hhv. hensigtsmæssige eller uhensigtsmæssige med udgangspunkt i systematiske Cochrane-oversigter, viser GRIP projektet, at evidensen kun sjældent entydigt foreskriver, hvilke behandlinger der bør anvendes i det danske sundhedsvæsen.

GRIP projektet er et teknisk projekt og læses lettest af læger. Faglige beslutninger og spørgsmål er ikke et område, det er let for ikke-sagkyndige at forstå. I GRIP projektet mødes lægefag og samfundsfag i forståelsen af, hvorfor dansk klinisk praksis ikke altid er baseret på videnskabelig evidens. Konklusionerne vil næppe undre læger. Og måske alligevel. Mellem linierne i den rapport, der er på vej, er der en opmuntring til dialog mellem de læger, der ønsker at standardisere patientbehandlingen med udgangspunkt i videnskabelig evidens, og de læger der i praksis forestår behandlingen. ■

En samlet rapport om GRIP projektet forventes udgivet af DSI Institut for Sundhedsvæsen og Cochrane Hepato-Biliær Gruppen i efteråret 2004.

GRIP projektet udgør samtidig den empiriske del af Pia Kürsteins ph.d. studium under Aalborg Universitet. Afhandlingen forventes indleveret i sommeren 2006.

“Chronic Disease Management” på Nettet – IT, den kompetente patient og distribueret medicinsk praksis



Af ph.d. stipendiat Henriette Langstrup Nielsen, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Copenhagen Business School - hln.ioa@cbs.dk

Informationsteknologi er højt på dagens sundhedspolitiske og sundhedsfaglige dagsorden og bliver ofte omtalt i relation til organisatorisk velafgrænsede områder af sundhedssektoren så som sygehusene og almen praksis. Men IT bliver i stigende grad også en del af mere “de-centrerede” sundhedspraksisser. Behandlingen af kroniske sygdomme er et område, hvor det medicinske arbejde er distribueret på tværs af organisationer og aktører. Personer med diabetes, forhøjet blodtryk eller astma modtager ofte behandling i mange forskellige kontekster. Endvidere administrerer de ofte selv en stor del af behandlingen i dagligdagen. IT bliver i tiltagende grad inddraget netop i arbejdet med kroniske sygdomme for her at forstærke og ændre distributionen af arbejde, opgaver og viden mellem professionelle og brugere. Det er især mulighederne for at øge patienternes inddragelse i behandlingen, der bliver fremhævet i den forbindelse. Men hvilken betydning får IT i praksis for en sådan (re-)distribution? Det er det centrale spørgsmål i min ph.d. afhandling, som jeg belyser gennem en konkret case vedrørende astma-behandling via internettet.

Casestudie: LinkMedica

Casestudiet omhandler udviklingen, distribueringen og anvendelsen af et internetbaseret system til “Chronic Disease Management” af astma, kaldet LinkMedica. Dette system er udviklet af medicinal virksomhe-

den AstraZeneca (AZ) i 2000. Systemet består af en webside, der indeholder en såkaldt “community-del” med informationsressourcer rettet primært mod personer med astma. Derudover indeholder den et monitoreringsværktøj, der kan forbinde patienten med den behandlende læge. Ved at indtaste daglige astmadata (peakflow og symptomer) kan patienten modtage computergenererede beskeder til hjælp for selvregulering af astmamedicinfbrug. Disse data kan gøres tilgængelige for egen læge (almen praktiserende læge eller praktiserende speciallæge). Lægen kan følge sin patients astma over tid og bruge disse data ved kontrolbesøg. Her giver systemet lægen mulighed for at anvende et særligt, guideline anbefalet behandlingsprincip, idet lægen på baggrund af de indtastede data kan beregne patientens astma sværhedsgrad og automatisk få anbefalet et tilsvarende behandlingstrin. Systemet er baseret på internationale retningslinjer for astma behandling (GINA) og er produktneutralt – der anbefales således ikke nogle af AZs produkter. Det er gratis at bruge systemet for såvel professionelle som patienter.

Medicinalindustri som “designer” af nye relationer mellem læger og patienter

På et overordnet plan viser denne case, at informationsteknologi til anvendelse i organiseringen af medicinsk arbejde bl.a. mobiliseres af aktører, der ofte ses som perifere i organiseringen af sundhedsvæsenets ydelser. Med mobiliseringen af IT i astmabehandling forsøger AZ at gøre deres forbindelser til andre dele af det distribuerede sundhedsfelt mere omfattende (henvender sig direkte både til læger og til patienter) og mere legitime. I designet bliver to centrale aftagere og legitimeringsfigurer hentet ind: “patienten” og “lægen”. Patientens behov for at blive mere inddraget, bedre informeret og således “empowered” (kompetent) sættes op som det ene centrale omdrejningspunkt. Det andet omdrejningspunkt er lægens behov for mere standardiserede og videnskabeligt informerede behandlingspraksisser. Disse legitimeringsfigurer, “den kompetente patient” og ▶

"den kompetente læge", gør det muligt for AZ at tale fra en neutral position, hvor deres særinteresser i øget salg af astmamedicin er gjort sekundære i forhold til fælles interesser i "bedre behandling". AZ kan både blive mere synlig som legitim deltager i organiseringen af astmabehandlingen, men samtidigt usynlig som en aktør, der taler fra en særlig position og med særlige, økonomiske interesser.

Teknologi og brugere som gensidigt konstituerende

Men denne neutrale position bliver udfordret på forskellig vis i forsøget på at sætte systemet i anvendelse. For brugerne – læger og astmapatienter – skal ikke bare findes og forbindes til teknologien og til hinanden via teknologien. De skal også skabes, altså *gøres* til brugere af denne specifikke form for behandlingsstrategi. Det er de to store udfordringer, for at teknologien kan gøre en forskel for organiseringen af astmabehandlingen: 1. At teknologien kan forme brugere og deres behov (læger og astmapatienter) i sit billede, og 2. at brugerne vil gøre teknologien central i deres aktiviteter. Det indbyggede dilemma er, at såvel teknologi som bruger nødvendigvis må og vil ændre sig i praksis, og dette på ofte uforudsete måder. Jeg vil her præsentere teknologiens implementering i almen praksis og vise, hvordan den samtidige produktion af teknologi og brugere medfører problemer.

Lægens kompetencer og autonomi

De praktiserende læger, som jeg interviewede og som havde forsøgt at gøre systemet til en del af deres praksis, fandt, at det krævede meget arbejde. Hvor teknologien blev set som en mulighed for at lette og "kvalitetssikre" astmabehandlingen, blev den konkrete "virkeliggørelse" af teknologien en anden. De patienter, som de skulle etablere som brugere af teknologien, var meget svære at "finde". Noget af det, der øvede modstand, var de måder, hvorpå lægerne kendte konkrete patienter som astmapatienter. Kun få af lægerne brugte diagnosekoder og endnu færre kunne søge på tværs af deres databaser. Enkelte havde forskningskartoteker med astmapatienter, mens de fleste måtte vente, til patienterne henvendte sig om receptfornyelse eller behandling, for at tilbyde dem systemet. Det krævede ligeledes meget at gøre patienterne interesserede i at anvende teknologien. Lægerne havde (bl.a. formet af teknologien) antagelser om, hvilke behov de mente, deres pa-

tienter havde, og hvordan disse kunne blive tilgodeset af teknologien. Disse antagelser blev udfordret i mødet med patienterne, der ikke syntes særligt interesserede i at monitorere deres astma på nettet. Muligheden for at overbevise patienterne om fordelene ved at anvende teknologien blev reduceret yderligere, idet lægerne selv var ambivalente i forhold til at lade deres arbejde forme af teknologien.

Kun enkelte af de interviewede læger var interesserede i at bruge systemet direkte i deres medicinske beslutningsprocesser. De fleste fandt, at de var kompetente til at varetage behandlingen uden teknologiens hjælp. Så mens de forsøgte at virkeliggøre forestillingen om patienternes behov for mere information og inddragelse, så var de ikke parate til at virkeliggøre den del af teknologiens "forskrift", der havde at gøre med deres eget behov for mere standardiseret og videnskabeligt informeret praksis. Resultatet blev for disse praktiserende læger, at de konstruerede teknologien som et patientværktøj. For patienterne forblev det uklart, hvorfor det skulle være i deres interesse at udfylde en dagbog med astma-data "for deres egen skyld" og ikke (også) for lægens. Lægerne så, at patienternes ikke automatisk identificerede sig med de "brugerbehov", som teknologien fremstillede. Igennem det konkrete arbejde med at "konstruere" brugere fik de indsigt i deres patienters "alternative" måder at håndtere deres astma på. Måder, som disse læger i en vis udstrækning fandt – om end ikke optimale – så acceptable og ufarlige. Konsekvensen blev, at teknologien (og dermed AZ) ikke blev en aktiv deltager i organiseringen af astmabehandling i almen praksis, og at grænsen mellem den professionelle læge og astmapatienten blev opretholdt.

Den kompetente patient?

Udover, i denne konkrete case, at problematisere ITs ofte bebudede evne til at ændre organiseringen af medicinsk arbejde, sætter casen også mere generelt spørgsmålstegn ved antagelser om "den kompetente og informerede patient" som en allerede etableret størrelse, der blot skal have mulighed for at blive en mere aktiv del af sundhedsvæsenet. Casen peger således på, at 1) sådanne "identiteter" skal mobiliseres, 2) de kan mobiliseres fra uventede kanter, 3) at denne mobilisering/konstruktion kræver meget arbejde, og 4) at der muligvis kan være andre måder at være kompetent i forhold til sin sygdom end ved at være tæt monitoreret af og forbundet til medicinske praksisser. ■

Elektroniske patientjournaler i almen praksis



Af ph.d. stipendiat Brit Ross Winthereik, Erasmus Universitetet i Rotterdam - brit@winthereik.dk

Sundhedsfagligt personale i Danmark såvel som i det øvrige Europa bliver i stigende grad bedt om at registrere kliniske oplysninger, så de senere kan bruges til andre formål end til at skabe overblik i journalen. Disse såkaldt sekundære formål kan være forskning, kvalitetssikring, eller anden evaluering af det medicinske arbejde.

Registrering og klassificering af kliniske oplysninger er ikke et nyt fænomen. Kliniske oplysninger er blevet klassificeret længe før lanceringen af den elektroniske patientjournal (EPJ). Allerede da den patient-orienterede journal blev indført i slutningen af 1800-tallet, var formålet at indsamle oplysninger, der kunne bruges i videnskabeligt øjemed. Formålet, dengang som nu, var at 'befri' oplysningerne fra den kontekst, de oprindeligt var blevet til i, og skabe ny viden om den medicinske praksis gennem forskning. Ud over forskning muliggør klassificering af data samarbejde på tværs af organisationer og faglige sammenhænge, da kliniske standardiserede oplysninger i princippet kan deles på tværs af disse skel.

EPJ og den alment praktiserende læge

I min ph.d. afhandling, *Connecting Practices: A Study of Electronic Patient Records at Work in Primary Health Care*, undersøger jeg brugen af EPJ blandt praktiserende læger i Danmark, Holland og England. De overordnede spørgsmål, der har ligget til grund for dataindsamlingen, er: Hvordan finder standardiseringen af kliniske oplysninger sted i forskellige praksisser? Hvordan medvirker EPJ

til at ændre lægens arbejde? Hvordan medvirker EPJ til at forbinde individuelle praksisser med aktører uden for praksissen? Og hvad er konsekvenserne af at bruge EPJ i forhold til patienten?

Afhandlingen består af seks artikler, som hver behandler et aspekt af brugen af EPJ i almen praksis.

Analyserne fokuserer på

- 1) visioner om EPJ,
- 2) diagnosekodning,
- 3) audit og autonomi,
- 4) brug af etnografisk feltarbejde som metode ved studier af EPJ,
- 5) kommunikation mellem praktiserende læger og sygehuse, og
- 6) konsekvenser af brugen af EPJ under konsultationen for kommunikationen med patienten.

Som et alternativ til de mange visionære forventninger til hvad brugen af EPJ kan udrette i den medicinske praksis, fokuserer jeg på brugen af EPJ som en praktisk, hverdagsagtig aktivitet og undersøger derfor konsekvenserne af EPJ-brug i konkrete hverdagsituationer.

Det teoretiske grundlag

Teoretisk placerer afhandlingen sig inden for videnskabs- og teknologistudier (*Science and Technology Studies* eller *STS*) og det felt, der på engelsk hedder *Information Systems Research* og som beskæftiger sig med informationsteknologi i organisationer. Inden for disse forskningsområder er det en grundlæggende antagelse, at teknologi deltager i det sociale liv uden dog at determinere den sociale praksis. Især STS-forskere er optaget af, hvordan teknologiske aktører virker som den 'lim', der holder det sociale sammen. Denne tilgang til fænomener som værende af både social og teknisk karakter er frugtbar i forhold til studiet af EPJ. Hvis vi udelukkende fokuserer på de sociale aspekter af brugen af EPJ, overser vi, hvilke former for 'arbejde' som tekniske aktører, såsom diagnostiske koder, EDIFACT beskeder og computerskærm, udfører. På samme måde vil en tilgang, der udelukkende fokuserer på de tekniske aspekter, ikke undersøge hvordan det kliniske arbejde bliver reorganiseret gennem brugen af EPJ. ►

Interaktion med patienten ved computerskærmen

For at kunne forstå, hvad en EPJ 'gør', må vi 'pakke ud' og studere dens forskellige elementer hver for sig. Jeg skal i det følgende uddybe en af analyserne i afhandlingen, som fokuserer på computerskærmen som teknologi, og på hvordan det at arbejde med en skærm, der er synlig for patienten, indvirker på konsultationen.

Stort set alle de læger, der deltog i undersøgelsen, tænkte over konsekvenserne af brugen af EPJ i forholdet til patienten. Lægerne føler, at det har en negativ effekt, når de skriver i EPJ, og skærmen ikke er tilgængelig for patienten. En beskriver for eksempel, hvordan han føler, patienterne bliver ukoncentrerede, og at han skal bruge uforholdsmæssig megen energi på at 'berolige' patienten. Af den grund har han - som mange andre praktiserende læger - valgt at dreje skærmen over mod patienten, så denne kan læse, hvad han skriver i EPJ. Den følelse, som denne læge beskriver, stemmer overens med, hvad der er skrevet i litteraturen om lægers opfattelse af at bruge en EPJ i kommunikationen med patienten. I grove træk viser litteraturen, at patienterne derimod stort set er indifferente i forhold til, om lægen bruger en EPJ eller ej.

Analysen giver empiriske eksempler på, hvordan kommunikationen foregår ved henholdsvis en 'lukket' og en 'åben' skærm. Den viser, hvordan de to måder at arrangere skærmen på medfører forskellige typer arbejde for lægen. Når skærmen er 'lukket', forklarer lægen patienten, hvad han skriver på skærmen - dette kan ses som en slags 'oversættelsesarbejde'. Når skærmen derimod er 'åben', gør lægen en masse for at kontrollere skærmens effekt. Der kan for eksempel være en del arbejde forbundet med at sikre sig, at fortroligheden ikke brydes. Praktiserende læger har imidlertid en tendens til at antage, at 'oversættelsesarbejdet' ikke er nødvendigt, når skærmen er 'åben' - patienterne kan jo blot læse, hvad der står på skærmen. Analysen viser imidlertid, at 'oversættelsesarbejdet' er nødvendigt, både når skærmen er tilgængelig for patienterne, og når den ikke er det, da læger og patienter ikke ser det samme - selv ikke ved en åben skærm.

Vi kan ikke gå ud fra, at det at arbejde med en 'åben' skærm er en mere demokratisk og patient-orienteret arbejdsform end det at arbejde med en 'lukket' skærm. Analysen viser, at en 'åben' skærm meget vel kan bruges på en måde, der understreger lægens

autoritet, dvs. understreger hans eller hendes standpunkt i stedet for at bruge den til at lade patienten diskutere en beslutning. I lyset af nye tiltag, der forsøger at introducere beslutningsstøttesystemer i konsultationen, peger analysen på nødvendigheden af at forstå, hvordan skærmen allerede på nuværende tidspunkt optræder som aktør i konsultationen og anbefaler, at den viden bringes ind når nye systemer bliver designet og EPJ introduceres.

Konklusioner

Overordnet konkluderer afhandlingen, at man for at opnå en mere dybdegående viden om, hvordan EPJ virker, med fordel kan anskue den som en samling af teknologier, der skal 'pakkes ud'. At studere interaktion ved skærmen er et eksempel på at fokusere på et element af EPJ i praktisk anvendelse. Derudover peger afhandlingen på en række måder, hvor på EPJ-brug ændrer lægens arbejdsrutiner. En sådan tendens er, at lægen, der bruger EPJ, i stigende grad kan måles på, hvad han eller hun laver, men samtidig selv er aktiv i selv-evaluering, dvs. måler sig selv. En anden tendens er, at læger i stigende grad bliver opmærksomme på at integrere behandling af akutte sygdomme med forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme. Afhandlingen vurderer ikke, hvorvidt tendenserne er gode eller dårlige, men konstaterer at kriterierne for en vellykket EPJ-implementering hele tiden flytter sig. Derfor er studier, der beskriver den hverdagslige praksis på nye måder, vigtige. ■

Artiklen er et kort resumé af Brit Ross Winthereiks ph.d. afhandling, der er indleveret til bedømmelse på Institute of Health Policy and Management på Erasmus Universitetet i Rotterdam. I arbejdet med afhandlingen har Brit Ross Winthereik været tilknyttet forskergruppen *RITHM (Research on IT in Health Care Practice and Management)*. Gruppen blev startet af Marc Berg, der har ydet et substantielt bidrag til litteraturen om forholdet mellem elektroniske patientjournaler og medicinsk arbejde. Gruppen, der tæller omkring 15 deltagere, arbejder med socio-tekniske analyser af implementering, brug og evaluering af IT i sundhedsvæsenet. I 2003 opholdt Brit Ross Winthereik sig på Institut for Organisation og Arbejdssociologi og deltog i den forbindelse i FLOS.

Utilsigtede strukturforandringer i almen praksis?



Af sociolog Dorte Gannik, Central forskningsenhed for almen praksis - dorte.gannik@gpract.ku.dk

Almen praksis har ca. 35 millioner personlige kontakter om året, og det sygdoms- og sundhedsarbejde, der ydes i almen praksis, er en basal del af sundhedsvæsenets virksomhed. Almen praksis har ført en temmelig stilfærdig tilværelse og har ikke gjort så meget væsen af sig, har - kan man fristes til at sige - "passet sit arbejde". Når der er grund til i disse år at være mere opmærksom på almen praksis, skyldes det at flere langtrækende udviklinger falder tidsmæssigt sammen, og i disse år spidser til i en kriselignende udvikling. Tydeligst er lægemangelen, som viser sig på flere områder, men som netop i almen praksis kan få alvorlige virkninger pga. "fødekæden", hvor praksis så at sige fodrer andre områder med patienter.

Op gennem 1990'erne har antallet af praktiserende læger kun lige kunnet holde trit med befolkningsudviklingen og knap nok det, men slet ikke med udviklingen i arbejdsmængden, dvs. antal kontakter. Gennem 2. halvdel af det tyvende århundrede er balancen mellem antal læger i den primære sektor og antal læger i den sekundære sektor forskudt betydeligt. Fra at udgøre halvdelen af lægerne omkring 1950, udgør alment praktiserende læger nu kun ca. 1/5 af samtlige læger.

Dette, og en række andre omstændigheder, gør, at mange praktiserende læger føler sig arbejdsmæssigt belastet ud over det acceptable. Antallet af praktiserende læger, som angiver at have travlt eller føler, at kvaliteten af arbejdet er truet, og andelen, som går tidligt på pension, er steget i de senere år. Forholdene er mest skærpet i de såkaldte

yderamter, Nordjylland, Bornholm, Viborg osv.

Dette er kort skitseret baggrunden for, at der sidste år blev gennemført en undersøgelse i Viborg Amt, hvor 31 praktiserende læger (19% af samtlige) blev interviewet om deres arbejdsforhold, deres opfattelse af arbejdets indhold og kvalitet, om deres syn på almen praksis og sundhedsvæsenets udvikling generelt. Undersøgelsen var tænkt som en kvalitativ uddybning af en række af de tendenser, som der er tal på, men som man ikke helt kender baggrunden for. Der var også et ønske om, at almindelige menige praktiserende læger, de der gør arbejdet i det daglige uden store ord og armbevægelser, kunne komme til orde med deres egne synsvinkler og ønsker.

Lægerne var tilfældigt udvalgte og repræsenterede alle kategorier i amtet. Der deltog 31 ud af 42 udvalgte læger, svarende til 74%. Hver læge blev interviewet i ca. 2 timer, og interviewet blev optaget på bånd.

Fra rapporten kan resumeres, at en del af de praktiserende læger er resignerede og føler sig magtesløse i forhold til en udvikling, hvor de føler, at de kommer i klemme. Andre er nøgternt konstaterende omkring en udvikling, som de ikke bifalder, men som de anser for uafvendelig.

De praktiserende læger beskriver et misforhold mellem på den ene side deres egen opfattelse af, hvad kvalitet er og på den anden side de udefrakommende krav, der stilles om kvalitet defineret ved bestemte parametre, som de ikke finder dækkende for situationernes kompleksitet.

Lægerne henviser til forhold, som de føler er særegne for almen praksis, og som er bestemmende for, hvad man kunne kalde den udenoms kvalitet eller *omstændigheds-kvaliteten* af deres arbejde. I rapporten har jeg opsummeret denne kvalitet som *det, der sikrer eller fremmer en personlig og hurtig hjælp orienteret mod at opfatte patienternes egendefinerede behov, og som er lokalt integreret med de øvrige hjælpere*. Denne kvalitet er ikke det samme som en lægefaglig kvalitet, men den er integreret med denne i den forstand, at den lægefaglige kompetence ikke kan udfoldes med succes, uden at de nævnte omstændigheder er tilstede. ►

Det fremgår af lægernes beskrivelser og eksempler, at denne integrerede kvalitet også er en strukturkvalitet; dvs. den er forankret i den særlige måde, almen praksis arbejdet er organiseret på.

Den klemme, en del læger udtrykker, drejer sig derfor om strukturforandringer i og uden for faget, som truer den integrerede kvalitet og omstændighedskvaliteten som ovenfor defineret. Inden for faget drejer det sig om trenden i retning af større praksis med længere afstande til befolkningen og med tendenser i retning af intern arbejdsdeling og specialisering i praksis. Det drejer sig også om en eksploderende lægefaglig vidensudvikling, som det er voldsomt krævende og i nogen grad umulig at holde styr på. Endvidere drejer det sig om bureaukratiseringstendenser, som følger med interne og eksterne kontrol- og dokumentationskrav, og som af lægerne opfattes som fejlorienterede eller misforståede.

Som svar på denne klemme udvikler nogle læger en defensiv lægestil, der er orienteret mod at sikre sig personligt mod klager og sanktioner, og som på paradoksal vis blokerer for mere hensigtsmæssige reaktionsformer.

Forholdet til sygehusvæsenet er i nogen grad anstrengt. Den stærke udvikling i lægefaglig specialisering giver de praktiserende læger problemer med at holde sammen på kundskaberne. Den medfører, at der udtrykkes usikkerhed og til dels aggression i forhold til sygehussamarbejdsparterne. Det er opfattelsen, at specialiseringen, uanset dens fordele, også medfører dårligere patientbehandling, bl.a. dårligt afsluttede indlæggelser, ringe kommunikation, manglende ansvarlighed og manglende helhedssyn. De praktiserende læger får indirekte en øget arbejdsbyrde pga. den tiltagende specialisering og centralisering af sygehusvæsenet, fordi opgaven med at holde sammen på ydelserne og føre patienten igennem til et tilfredsstillende resultat er blevet væsentligt mere krævende. Hertil føjer sig, at patienterne selv er blevet mere spørgende, kritiske og oplyste - men den oplysthed, patienterne lægger for dagen, skriver sig i nogen grad fra mediernes promovning af den samme lægefaglige udviklingstendens. For almen praksis fremtræder den ofte som "falsk information" eller opfattes som overdreven og unødvendig bekymring.

I en ressourcemæssigt presset situation, hvor det er svært at se, hvordan praksislægedækningen kan opretholdes på nuværende

niveau i de næste 15 år, ligner dette en uholdbar udvikling, i hvert fald en udvikling som kræver modforholdsregler. De interviewede læger har i et vist omfang selv forslag til, hvordan situationen kan forbedres. På det overordnede organisatoriske plan bliver der arbejdet for at øge ressourcerne ved fastholdelses- og rekrutteringstiltag. Der er på den anden side en klar mangel på lyst eller ønske om at prioritere i, eller kritisk revidere arbejdsopgaverne. Derfor kan en utilsigtet "løsning" eller konsekvens blive strukturforandringer i almen praksis, som lægerne egentlig ikke ønsker, og som samfundet formentlig heller ikke er tjent med; og som i hvert fald ikke har været til debat.

Udviklingen kan også få utilsigtede og uheldige følger for sygehussektoren. Den primære sundhedstjeneste og ikke mindst almen praksis har jo en stor omend noget overset betydning for resten af sundhedsvæsenet, også for sygehusene. Et hyppigt nævnt tal er 90%. 10% af alle henvendelser til almen praksis går videre til den sekundære sundhedssektor, 90% gør ikke. Tallet er behæftet med nogen usikkerhed, men det er ikke så afgørende i denne sammenhæng, om det faktiske tal er 90, 92 eller 94. En strukturudvikling der betyder at praktiserende læger sender flere patienter videre, pga. arbejdspress eller arbejdskraftmangel, vil få en voldsom og fordyrende indvirkning på arbejdsopgaverne og økonomien i den sekundære sektor, uden at kvaliteten øges. ■

Læs mere i :

Kvalitet i almen praksis. Praktiserende lægers syn på fagets essens, vilkår og udvikling i Viborg Amt. Af sociolog Dorte Gannik i samarbejde med praktiserende læge Jørgen Saaby. 93 sider, 2004. Rapporten kan fås ved henvendelse til Lægekredsforeningen for Viborg Amt på tlf. 8661 3731 eller lkf@lkf-viborg.dk

Master of Health Management på Copenhagen Business School

Fra februar 2005 udbyder Copenhagen Business School Master of Health Management – MHM – en nyudviklet masteruddannelse for ledere med tilknytning til social- og sundhedsområdet. Uddannelsen udbydes under Åben Uddannelse og strækker sig over to år på deltid.

Mere information om MHM findes på www.mhm.cbs.dk, hvorfra man kan kontakte sekretariatet samt rekvirere brochure og nyhedsbrev. Tilmelding til næste informationsmøde d. 21. september 2004 kan også ske direkte fra hjemmesiden. Ansøgningsfrister for optagelse på studiet er 1. juni 2004 og 1. oktober 2004. Der kan optages ca. 40 på første hold.

MHM fokuserer på forandringsledelse og organisering, og uddannelsen inddrager alle

niveauer og tværsektorielle problemstillinger inden for social- og sundhedsområdet – og lægger vægt på inddragelse af deltagernes egne praksiserfaringer. MHM er forankret i FLOS-forskningsnetværket og rekrutterer undervisere bl.a. derfra, så deltagerne får en direkte linje til de seneste nationale og internationale forskningsresultater – ofte formidlet af forskerne selv.

Studiet er bygget op om fire nyudviklede fag:

- Organisering i social- og sundhedsvæsenet
- Politik og sundhed
- Styringsteknikker og styringspraksis
- Refleksiv ledelsespraksis

Derudover består uddannelsen af temaworkshops, et udlandsophold, to-tre valgfag, en metodeworkshop og en masterafhandling.

MPA uddannelse på Aalborg Universitet med specialisering i sundhedsvæsenets organisation og ledelse

Den 1. februar 2004 udbød Aalborg Universitet en 2-årig videreuddannelse til Master of Public Administration. Uddannelse er 2-årig på deltid og tilbydes nuværende og kommende ledere i den offentlige sektor, men retter sig også mod ansatte i tilgrænsende private virksomheder og organisationer. På første år blev der optaget 24 studerende, og næste optag finder sted 1. februar 2005 med tilmeldingsfrist 1. december 2004. Yderligere oplysninger om uddannelsen herunder tilmeldingsskema og pjece kan findes på <http://www.auc.dk/aaben/udd/mpa.htm>

På andet studieår udbydes en specialisering i "Sundhedsvæsenets organisation og ledelse", hvor de studerende på denne linje får en direkte forskningsbaseret og opdateret undervisning i de særlige vilkår, der gælder for sund-

hedsvæsenets organisation og ledelse, dækkende såvel sygehuse som praksissektor og primærkommunalt sundhedsvæsen. Underviserne har alle baggrund i FLOS-programmet, og på denne måde omsættes programmets resultater til opdateret undervisning rettet mod ansatte i sundhedssektoren.

Ved at kombinere generel undervisning på første år i organisation, ledelse og strategi, politologi og økonomi sammen med studerende fra andre sektorer med en mere specialiseret undervisning målrettet mod sundhedssektoren er det sigtet på den ene side at udvide kompetencerne med perspektiver og ideer fra andre sektorer og fagområder og samtidig opnå fordybelse i sundhedssektorens særlige problemer.

Ph.d. kursus: Ledelse og organisering i kunnskapsorganisasjoner. Hvordan "virker" statlige reformer?

Bergen 28. – 30. oktober 2004

Stein Rokkan Senter for flerfaglige Samfunnsstudier
Nygårdsgt. 5
5015 Bergen

Kurset er arrangeret af Nettverk for organisasjonsforskning i Norge (NEON) ved Stein Rokkan Senter for flerfaglige Samfunnsstudier i Bergen.

Faglig ansvarlige er Haldor Byrkjeflot
haldor.byrkjeflot@rokkan.uib.no og
Ivar Bleiklie ivar.bleiklie@rokkan.uib.no
iIntitut for administrasjon og organisasjonsvitenskap.

På kurset vil der være oplæg af Kerstin Sahlin-Andersson, Karsten Vrangbæk, Finn Borum, Peter Kragh Jespersen, Ivar Bleiklie og Haldor Byrkjeflot.

Traditionelt har man ikke set ledelse og organisering i vidensorganisationer i sammenhæng med mere overordnede samfundsændringer og statslige reformer. Kurset fokuserer på at forstå sammenhængen mellem ændringer på disse to niveauer. Under hvilke betingelser fører statslige reformer til ændringer i viden og arbejdets organisering? Spørgsmålet bliver belyst gennem en række forelæsninger, som bygger på teoretiske og empiriske bidrag omkring statslige reformer og organisationsændringer med vægt på erfaringer og udfordringer i den offentlige og den private sektor i de nordiske lande.

Tilmeldingsfrist: 15. juni 2004.

For nærmere oplysninger om kurset se
www.neonnet.no/phd/phd_kurs_sh.html

Dansk Forum for Sundhedstjenesteforskning 10. årsmøde

København den 5. november 2004
kl. 9.30 – 16.00

Tema: Performance measurements: produktion og anvendelse af indikatorer for aktivitet, kvalitet og service – og konsekvenserne heraf

Årsmødet er arrangeret af Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet i samarbejde med Institut for Statskundskab, Handelshøjskolen i København og DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Hensigten med de årlige møder er at samle de spredte danske sundhedstjenesteforskere og give dem lejlighed til at diskutere teoretiske og metodiske spørgsmål. Dagens program omfatter:

1. Key-note speaker: Professor of Management Science Gwyn Bevan fra London School of Economics: Practices and experiences with use of performance indicators in England and Wales
2. Key-note speaker: Forskningschef, dr.polit. Jon Magnussen ved SINTEF Unimed NIS Helsestjenesteforskning, tilnyttet helseøkonomisk forskningsprogram ved universitetet i Oslo: Kan der udvikles brugbare mål for sundhedsvæsenets performance? Erfaringer fra norsk helsetjenesteforskning
3. Workshops – tre parallelle sessioner
4. Perspektiver og problemer ved anvendelse af performance measurements i det danske sundhedsvæsen ved projektleder, cand.scient., M.Sc Jakob Kjellberg fra DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Vi opfordrer sundhedstjenesteforskere fra så mange miljøer som muligt til at indsende bidrag i form af posters og abstracts senest den 15. august 2004 vedrørende årets tema.

For nærmere oplysninger:

http://pubhealth.ku.dk/stf/Kalender_for_Sundhedstjenesteforskning/Alle_arrangementer/doc/

Seminar: Samfundsvidenskaberne og Almenmedicinen

Mandag den 7. juni kl. 16.00 – 18.00

Panum Institutttet, Blegdamsvej 3, 2200 København N - Henrik Dam Auditoriet

Programmet omfatter:

1. Velkomst og indledning v/forskningsleder Hanne Hollnagel, Central forskningsenhed for almen praksis
2. Hvad er virksomhedsteori, og hvilken relevans har denne teoretiske tilnærmelse til professionel praksis inden for helse- og socialfag? Pär Nyren, dr.philos., professor i psykologi ved Høgskolen i Lillehammer, Norge
3. Lægestyrets skiftende skæbne i sundhedsvæsenet. Nogle historisk-politologiske synpunkter.

Ole Berg, dr.philos., professor, Institut for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

Seminaret afholdes i anledning af lektor, dr.scient.soc. Dorte Ganniks 25-års jubilæum på Central forskningsenhed for almen praksis. Inden seminaret er der reception kl. 15.00-16.00 på Panum Institutttet, Lille Mødesal. Tilmelding til arrangementet tlf. 35 32 71 71 eller e-mail: admin@gpract.ku.dk

For nærmere oplysninger om Central forskningsenhed for almen praksis www.gpract.ku.dk

Signe Svenningsen

Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde

– reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse



Bogen er den første danske analyse af, hvordan elektroniske patientjournaler fungerer i praksis, samt hvilke organisatoriske og sundhedsfaglige konsekvenser det medfører.

Tiltroen og forventningerne til elektroniske patientjournaler er store fra alle sider. Informationsteknologien vil forbedre arbejdsgangen, give effektivitet og sammenhæng i syghussektoren, når blot organisationen bliver justeret rigtigt. I denne forbindelse er elektroniske patientjournaler blevet udset som løftestang til at ændre grundlæggende ved hospitalernes indre dynamik og de fundamentale informationsstrømme i sundhedsvæsenet. Men der er stort set ingen, der stiller spørgsmålstejn ved forventningen om, at EPJ vil forbedre kvalitet og effektivitet.

Med udgangspunkt i en konkret sygehusafdeling analyserer Signe Svenningsen, hvad der sker med medicinsk praksis, når papirbaserede journaler skiftes ud med elektroniske. Hvordan bliver opgaver defineret og udført, hvordan relaterer folk sig til hinanden, og hvilken rolle spiller de mange dokumenter og registreringer egentlig? Sådanne undersøgende spørgsmål er på trods af deres tilsyneladende naivitet frugtbare at stille på et tidspunkt, hvor der er få undersøgelser af konsekvenserne af EPJ, og hvor det stadig er muligt at påvirke designet og brugen af EPJ i sundhedssektoren.

Bogen er udkommet den 30. april 2004 på Handelshøjskolens Forlag og er en bearbejdet udgave af Signe Svenningsens ph.d. afhandling "Electronic Patient Records and Medical Practice – Reorganization of Roles, Responsibilities, and Risks", som hun forsvarede i foråret 2003.

Ny bog: Hverdagsarbejdet i sundhedsvæsenet



Signe Svenningsen



Sidsel Vinge

I løbet af sommeren udkommer en ny FLOS antologi redigeret af Signe Svenningsen (CBS/FLOS) og Sidsel Vinge (DSI Institut for Sundhedsvæsen, tidl. FLOS) på Handelshøjskolens Forlag.

Foruden de to redaktørers egne empiriske analyser indeholder bogen bidrag af Britt Ross Wintherik (Erasmus University of Rotterdam), Henriette Langstrup Nielsen (CBS), Anne Reff Pedersen (CBS) og Caroline Waks (Uppsala Universitet).

Bogens fokus er, som titlen antyder, de arbejdspraksisser, som er direkte relateret til patientarbejdet i sundhedsvæsenet. Antologien viser, hvordan kerneopgaverne i forbindelse med patienten defineres, udføres, fordeles og koordineres igennem konkrete hverdagspraksisser. Det er vor ambition med bogen at levere en særlig type empiriske analyser, nemlig historier, som beskriver arbejdspraksisser "i dybden" – dvs. situeret i konkrete fysiske, kulturelle og organisatoriske kontekster – og som giver plads til aktørernes refleksioner over disse praksisser.

Bogens i alt 6 empiriske analyser viser, hvorledes arbejdet defineres, udføres og diskuteres af de involverede aktører, og hvordan disse praksisser er med til at muliggøre sundhedsvæsenet på forskellig vis. Analyserne omhandler forskellige praksisser og lokaliteter af sundhedsvæsenet, både mere traditionelle så som hospitaler og almen praksis, men også nye lokaliteter, som fx internettet og elektroniske monitoreringsværktøjer. Temaerne for de empiriske kapitler spænder vidt: Britt Ross Wintherik analyserer praktiserende lægers arbejde med diagnosekod-

ning i tre lande, Henriette Langstrup Nielsen undersøger brugen af et elektronisk astmamonitoringsværktøj i praksis, Anne Reff Pedersen præsenterer en analyse af tværfaglige konferencer på et genoptræningshospital, Caroline Waks har studeret hospitalsfysioterapeuternes arbejde (i Sverige), Signe Svenningsen præsenterer en analyse af en epikrises tilblivelse, og Sidsel Vinge har undersøgt en hospitalslæges arbejdsuge. Den empiriske forskellighed bør ses som en styrke. Bogens formål er ikke at generere en færdig eller entydig beskrivelse af sundhedsvæsenets praksisser. Formålet er at fremskrive forskellige og til tider kontradiktoriske organisatoriske praksisser og stemmer i relation til arbejdet med patienterne for ad den vej at få en dybere forståelse for de helt konkrete dynamikker, der præger og former sundhedsvæsenet. Fælles for analyserne er en ambition om at få hverdagen til at træde frem ved at lade empirien få en fremtrædende plads i analyserne. Således er alle analyserne præget af andre stemmer end forfatterens; af interviewcitater, feltnoter, observationer mv.

Bogen søger gennem sit bevidste fokus på hverdagens arbejde at bidrage til og nuancere den igangværende diskussion af sundhedsvæsenets overordnede organisering og struktur. Antologien udgør et supplement til den eksisterende litteratur om det danske sundhedsvæsens politikker og praksisser på et "makro-niveau", hvor fokus ofte er på styring og ledelse af samlet ressourceforbrug, kvalitet og forandring. Det detaljerede studie af arbejdet – og konkret arbejdet i sundhedsvæsenet – vil være en værdifuld anledning til at revidere det empiriske grundlag bag udbredte organisationsteoretiske modeller og antagelser, som også gennemsyrrer sundhedsvæsenet.

Bogen henvender sig til de mange aktører i og omkring dette felt – læger, sygeplejersker, djøf'ere, konsulenter og politikere. Bogens analyser forudsætter således ingen forudgående empirisk viden om feltet eller organisationsteoretisk viden. ■

FLOS udgivelser

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

Arbejdsrapport Nr. 8-2004:

Morten Knudsen: **Beslutningsprocesser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen**

Arbejdsrapport Nr. 7-2003:

Finn Borum: **Sygehuset - en grænseinstitution mellem forskellige projekter**

Arbejdsrapport Nr. 6-2003:

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

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

Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet

Centret er et netværkssamarbejde mellem forskere ved Handelshøjskolen i København (HHK), Aalborg Universitet (AAU) og Institut for Sundhedsvæsen (DSI) med HHK's Institut for Organisation og Arbejdssociologi (IOA) som knudepunkt. Centrets samlede budget for den planlagte femårige funktionsperiode, som udløber december 2004, er på i alt 27,1 mio. kr., hvoraf Sundhedsministeriet har bevilget 16,7 mio. kr. Det resterende beløb på 10,4 mio. kr. er finansieret af de deltagende institutioner samt Forskerakademiet, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sygehus Fyn/Rambøll, Nordjyllands Amt og Helsefonden.

Formål

Centret er blevet til på baggrund af Sygehuskommissionens anbefaling af iværksættelse af forskning i nye ledelsesformer i sygehusvæsenet, herunder behovet for en klarere ansvarsfordeling og en mere effektiv informationsformidling i sygehusvæsenet. Formålet med centret er gennem grundforskning at etablere viden om muligheder og forudsætninger for organisatorisk forandring og ledelsesmæssig nyskabelse på sygehuse. Centret vil løbende formidle forskningsresultater og analyser til sygehusvæsenet. Dette vil ske dels gennem konkret projektsamarbejde, dels i form af publikationer og workshops.

Nyhedsbrev udgivet af FLOS - Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet, Handelshøjskolen i København, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Solbjerg Plads 3, B 3, 2000 Frederiksberg
E-mail: mr.ioa@cbs.dk – Tlf.: 3815 2823 – Fax: 3815 2828 – www.flos.cbs.dk

Redaktion: Professor Finn Borum & Fuldmægtig Marianne Risberg
Layout og omslag: Svend Hansen MDD – Tryk: Jelling Bogtrykkeri a-s – Oplag: 4.800 – maj 2004
ISSN 1603-5151

FLOS konference

Reform-, Ledelses- og Organiseringsprocesser i Sundhedsvæsenet

Torsdag den 2. december 2004 kl. 9 – 17
Copenhagen Business School, Dalgas Have

Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet/FLOS' 5-årige bevillings- og arbejdsperiode slutter med udgangen af 2004. Afslutningen af centrets funktionsperiode markeres med en heldagskonference, der behandler aktuelle forskningsmæssige og praktiske udfordringer i forhold til vigtige temaer fra FLOS' portefølje af projekter.

Konferencens program omfatter følgende hovedpunkter:

Plenary session: "Reforming Health Services - international experiences"

Speakers:

professor Bob Hinings, University of Edmonton, Canada
research director Haldor Byrkjeflot, Stein Rokkan Center, Bergen University

Seks parallelle temaworkshops

(afvikles på enten skandinavisk eller engelsk):

1. Reforming Health Care Systems: Lessons from structural and economic reforms
2. Health Care Professionals and New Public Management: Conflicts, truces or symbiosis?
3. Ledelse i sundhedsvæsenet: Forskellige modeller og praksisformer
4. Informationsteknologien som forandringsagent: Forventninger og erfaringer
5. Det daglige arbejdes (re)organisering i sundhedsvæsenet: Reforme set "bottom up"
6. Organisationsændringsprocesser: Perspektiver på erfaringer fra fusioner, matrixstrukturer og tværgående samarbejde

I hver temaworkshop vil der blive præsenteret og diskuteret 5 udvalgte papirer fra FLOS' nationale og internationale forskernetværk. Deadlines: abstracts 16. august 2004; papirer 15. oktober 2004. Hver workshop afsluttes med en tværgående diskussion af generelle konklusioner og mulige implikationer for praksis med indlæg fra en praktiker fra FLOS netværket.

Plenary session: "FLOS hovedresultater og refleksioner"

Finn Borum, Peter Kragh Jespersen og Janne Seemann: "Hvad nåede vi med centret?"
Professor Ole Berg, Senter for Helseadministration, Oslo Universitet: "Et følgegruppemedlems refleksioner"

Konferencens deltagerantal er af pladshensyn begrænset til max 250.

Nærmere oplysninger om konferencen, herunder foreløbigt program og tilmelding på
www.flos.cbs.dk

