

Forskning i sygehuse under forandring

Hovedpointer fra fem års studier af ledelse og organisering i det danske sygehusvæsen

Borum, Finn

Document Version
Forlagets udgivne version

Publication date:
2004

License
Ikke-specificeret

Citation for published version (APA):
Borum, F. (2004). *Forskning i sygehuse under forandring: Hovedpointer fra fem års studier af ledelse og organisering i det danske sygehusvæsen*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

[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: 23. Sep. 2021



Forskning i sygehuse under forandring



Hovedpointer fra fem års studier af ledelse og
organisering i det danske sygehusvæsen

FLOS - Forskningscenter for Ledelse & Organisation
i Sygehusvæsenet

FLOS

Forord

Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet, FLOS, lukker planmæssigt ved udgangen af 2004. Centret har i sin femårige levetid udgivet en lang række publikationer, der fra forskellige vinkler belyser det danske sygehusvæsenes aktuelle udvikling og udfordringer.

De mange publikationer fra centret rummer en række budskaber, advarsler og råd, som vi mener, er relevante for alle, der beskæftiger sig professionelt med ledelse og organisation i det danske sygehusvæsen. Først og fremmest har forskningen bud til alle, der bidrager til sygehusvæsenets daglige ledelse - hvad enten det er som sygehusdirektør, centerchef, leder af en afdeling eller som medarbejder.

Derfor har FLOS udgivet denne publikation, der i en kortere og mere tilgængelig form præsenterer en række af centrets forskningsresultater og diskuterer deres perspektiver for den daglige praksis. Publikationen skal med andre ord læses som en nøgle til det større samlede univers af ny viden, der ligger i FLOS' øvrige publikationer.

I arbejdet med publikationen har centrets forskere deltaget i to heldagsseminarer. Her har de udvalgt og diskuteret de fem temaer, der behandles i publikationen. Forskerne er efterfølgende blevet interviewet af en videnskabsjournalist, der på baggrund af seminarer, interview og den publicerede forskning har skrevet disse fem artikler.

Alle budskaber i artiklerne bygger således på den forskning, der er foretaget i FLOS-regi – også selv om der af formidlingshensyn ikke er citeret ordret fra eller henvist direkte til alle kilderne. Der er i stedet henvist til udvalgte publikationer, hvor man kan læse mere om de enkelte temaer.

Der er i sagens natur tale om et begrænset udsnit af den samlede FLOS-forskning. Det er vores håb, at smagsprøverne giver appetit på at udforske både bredden og dybden i de mange publikationer, der ligger bag denne. Til det formål er hjemmesiden www.flos.cbs.dk det bedste sted at fortsætte.

God læselyst.

Finn Borum

Centerleder

De har bidraget til publikationen

Følgende FLOS-forskere har deltaget i de faglige seminarer, der har ført frem til denne publikation. Når de omtales og citeres i publikationen, nævnes de kun ved deres navn.



Professor **Finn Borum**, centerleder
CBS, Institut for Organisation og
Arbejdssociologi



Ph.d. **John Damm Scheuer**
Adjunkt ved RUC, Institut for
Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi



Ph.d. **Eva Zeuthen Bentsen**
Kontorchef i Amdsrådsforeningen



Ph.d. **Signe Vikkelsø** (tidligere Svenningsen)
Adjunkt ved CBS, Institut for Organisation og
Arbejdssociologi



Ph.d.-stipendiat **Helle Hedegaard Hein**
CBS, Center for Virksomhedsudvikling
og Ledelsesteknologi



Ph.d. **Sidsel Vinge**
Projektleder i DSI



Ph.d.-stipendiat **Christina Holm-Petersen**
Projektleder i DSI



Lektor **Peter Kragh Jespersen**
Aalborg Universitet, Institut for Økonomi,
Politik og Forvaltning



Forskningsprofessor **Preben Melander**
CBS, Center for Virksomhedsudvikling
og Ledelsesteknologi



Lektor **Janne Seemann**
Aalborg Universitet, Institut for Sociale
Forhold og Organisation



Adjunkt **Anne Reff Petersen**
CBS, Institut for Organisation
og Arbejdssociologi



Ph.d. **Hanne Sognstrup**
Konsulent i Dansk Sygeplejeråd

“Forskning i sygehuse under forandring” og processen bag publikationen er tilrettelagt af Advice A/S ved projektleder Espen Meyer Højlund og journalist Ola Jørgensen.

En liste over samtlige deltagere i FLOS findes på side 47.

Indhold

DET DANSKE SYGEHUSVÆSEN 6

Nye vinde og gamle vaner

Strukturreformen er kulminationen på en lang periode med et væld af små og store reformer i det danske sygehusvæsen. Intet sygehus står uberørt af forandringens vinde inden for økonomistyring, organisations- og ledelsesmodeller, standardiseringskoncepter mv. Derimod synes hverdagens organisering relativt upåvirket af **reformbølgen**. Et sygehus er stadig en **paradoksalt organisation**, hvor især professionernes faglige normer og daglige rutiner holder produktionen oppe og den organisatoriske og ledelsesmæssige fornyelse nede. Det kommende årtis reformsnedkere bliver nødt til at tage højde for sygehusvæsenets særlige natur, hvis de vil andet og mere end overfladiske forandringer.

SYGEHUSE UNDER FORANDRING 15

Det umuliges kunst

Sygehusvæsenets ledere fejlvurderer ofte forudsætningerne for at sprede deres gode ideer til hele organisationen. Alle **koncepter og modeller** skal vurderes ud fra og oversættes til lokale forhold. Mange reformer strander eller får utilsigtede konsekvenser, fordi dette arbejde forsømmes. **Vellykkede ændringer** i sygehusvæsenet kræver blandt andet respekt for mangfoldigheden, realistiske forventninger til **reformers effekt** og en udogmatisk indstilling til, hvordan enheder og medarbejdere kan nå de ønskede mål.

HVERDAGENS ORGANISERING 24

Djævelen er i detaljen

Bedre forandringsprocesser i sundhedsvæsenet kræver blandt andet en dyb forståelse af **hverdagens praktiske arbejde**. Det forudsætter indsigt i de mange mikrostrukturer og rutiner, der får hjulene til at snurre dag efter dag. Djævelen findes ofte i detaljerne i hverdagens indretning,

og det gør løsningerne også. Der er derfor behov for flere **eksperimenter** med dagligdagens organisering. **Arbejds-skemaet**, karrieresystemet og de elektroniske patientjournaler er eksempler på faktorer, der præger det daglige arbejde på "usynlige" måder.

LEDERE OG LEDELSE 31

Hvordan skal sygehusene ledes?

Den vigtige debat om **ledelse i sygehusvæsenet** er kørt fast i faglige fejder og mytemageri. Der er brug for både sundheds- og ledelsesfaglig kunnen på de udførende niveauer. Her er ledelseskraften i dag ofte for spinkel til at løfte de **krævende opgaver**. Ledere i sygehusvæsenet trænger mere til tid til at gennemtænke deres særlige **ledelsesudfordringer** og handlemuligheder end til endnu et kursus i generelle ledelsesprincipper.

AT FORSKE I SYGEHUSE 41

Tættere på væsenet

FLOS har med **casestudier** udforsket de lokale processer, der opstår, når reformer og styringsprincipper møder hverdagens praksis i det danske sygehusvæsen. Ved at kombinere teori om **organisation og ledelse**, kendskab til sygehusvæsenet og dialog med praksis har FLOS skabt nye indsigter i, hvordan **forandringsprojekter** kan lykkes. Indsigter, der især har adresse til sygehusvæsenets ledere og medarbejdere. Men politikere og planlæggere må også gerne læse med.

FAKTA OM FLOS 47

FLOS har i sin femårige levetid sat sig spor i både **forskningsverdenen** og blandt **sygehusvæsenets praktikere**. Læs mere om centrets baggrund, deltagere, aktiviteter, publikationer og videre skæbne.

Nye vinde og gamle vaner

Strukturreformen er kulminationen på en lang periode med et væld af små og store reformer i det danske sygehusvæsen. Intet sygehus står uberørt af forandringens vinde inden for økonomistyring, organisations- og ledelsesmodeller, standardiseringskoncepter mv. Derimod synes hverdagens organisering relativt upåvirket af reformbølgen. Et sygehus er stadig en paradoksal organisation, hvor især professionernes faglige normer og daglige rutiner holder produktionen oppe og den organisatoriske og ledelsesmæssige fornyelse nede. Det kommende årtis reformsnedkere bliver nødt til at tage højde for sygehusvæsenets særlige natur, hvis de vil andet og mere end overfladiske forandringer.

Set oppefra har det danske sygehusvæsen længe lignet et hav i oprør. Siden midten af firserne er en bølge af reformer rullet hen over amter og sygehuse. Nye principper for økonomi, struktur, ledelse, organisation og faglige standarder har bidraget til billedet af et væsen i konstant og voldsom bevægelse. Hertil kommer den tiltagende politiske blæst, der har stået om hele sektorens udvikling – en debat, som også medierne har pustet kraftigt til. ¹

Men dykker man nogle lag ned under den urolige overflade, møder man et ganske andet billede af sygehusvæsenets udvikling. Et billede præget af kontinuitet, stabil produktion og rolige strømme af løbende faglig fornyelse.

LÆS MERE

¹ Peter Kragh Jespersen (1999) "Hvordan håndterer professionerne de nye styringsbetingelser?" i Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Peter Kragh Jespersen (2005) *Mellem profession og New Public Management – ledelse på sygehuse*. København: Handelshøjskolens forlag.
Finn Borum (2004) Means-end frames and the politics and myths of organizational fields. *Organization Studies*, Vol. 25, no. 6:897-921.

² Sidsel Vinge og Morten Knudsen (2003) "Infrastruktur og reformer i sygehusvæsenet"; i Finn Borum (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

"Hvis man kun fokuserer på strukturdiagrammer, ledelsesposter, økonomistyring eller budgetansvar, er der sket store forandringer i sygehusvæsenet. Der er foretaget mange og grundlæggende reformer af sygehusvæsenet i løbet af de sidste to årtier. Men ser man på organiseringen af pleje og behandling, kan man med lige så stor ret hævde, at der er sket forbausende lidt. Reformerne har ikke rokket meget ved det konkrete lægefaglige arbejde," siger Sidsel Vinge. ²

Det er i høj grad et spørgsmål om synsvinkel og perspektiv, hvorvidt sygehusvæsenet beskrives som en gruppe af joller i stormvejr eller en supertanker på urokkelig kurs.

"Det danske sygehusvæsen er på den ene side præget af stærke institutionelle forandringer. På den anden side er især de professionelle normer, arbejdsvaner og konkrete rutiner med til at fastholde indtrykket af en traditionsbundet organisation. Sygehusvæsenet har mange historisk nedarvede strukturer og kulturer, der på godt og ondt har vist sig modstandsdygtige over for forandringer," siger Peter Kragh Jespersen.

Det er netop et af FLOS-forskningens særkender at have blik for både de generelle reformer og deres specifikke skæbner. Både for dynamikken i de ledelsesmæssige strukturer og stabiliteten i den daglige praksis. Både for orkanen og for stilheden i dens øje.

Fra evolution til transformation

Sygehusvæsenet står ifølge Finn Borum midt i en brydningstid, hvor alt er i spil. Lige fra den overordnede politiske styring

“Der er foretaget mange og grundlæggende reformer af sygehusvæsenet i løbet af de sidste to årtier. Men ser man på organiseringen af pleje og behandling, er der sket forbausende lidt.”

Sidsel Vinge

over den lokale ledelse til de grundlæggende modeller for, hvordan sygehusvæsenet er organiseret. Han vurderer, at der igennem en længere periode er akkumuleret indre spændinger, der i de kommende år vil blive udløst som mere grundlæggende forandringer.

“Efter kommunalreformen i 1970 og frem til midten af 80’erne har sygehusvæsenet været i en evolutionær fase: En forholdsvis rolig udvikling, hvor man begyndte at arbejde med forskellige ledelsesmodeller. Men siden da er der sket så meget rundtomkring i de enkelte amter og i de enkelte dele af systemet, at man nu må tale om en egentlig transformation,” siger Finn Borum. ³ Han fremhæver især tre markante kendetegn ved transformationen:

- At der er udsigt til en strukturreform, som ret dramatisk forandrer den politiske og økonomiske styring af sygehusvæsenet.
- At man går fra amter, der som sygehusejere også havde andre opgaver, til regioner, der stort set kun har sygehuse som deres arbejdsfelt.

- At der på organisationsniveau er og har været så mange reformtiltag i gang, at sygehusvæsenet oplever en slags hyperturbulens og samtidig er blevet et gennempolitiseret felt.

Finn Borum vurderer, at blandt andet forhold som den øgede internationalisering af sundhedsydelse i EU, it-udviklingen og brugen af internationale konsulentvirksomheder i forbindelse med fx akkreditering fremover vil være med til at sætte yderligere fart i sygehusvæsenets udvikling.

Også sammenlignet med udlandet er der sket ganske store ændringer i det danske sygehusvæsen, påpeger Peter Kragh Jespersen, der blandt andet har fulgt udviklingen i de nordiske og andre europæiske lande. ⁴

“Vi er gået ret radikalt til værks både med hensyn til at lukke sygehuse og til at omorganisere på tværs af sygehuse. Set fra det enkelte sygehus kan det godt opleves som en revolution,” siger han og understreger, at den kommende kommunalreform ikke bliver forandringernes endestation:

“Sygehuse må fortsat regne med en strøm af forsøg på oppefra at ændre deres organisation og ledelse. Området har stor politisk interesse og økonomisk betydning. Mulighederne og behovene for nye behandlinger stiger. Sygehuses egne forandringsprocesser er udviklede og langsommelige. Og så er lægernes autoritet ikke længere uanfægtet. Det peger alt sammen i retning af flere initiativer for at styre væsenet centralt,” vurderer han.

³ Finn Borum (2003) “Sygehuset – en grænseinstitution mellem forskellige projekter”. FLOS arbejdsrapport 2003-7.

⁴ Peter Kragh Jespersen (2005) *Mellem profession og New Public Management – ledelse på sygehuse*. København: Handelshøjskolens Forlag.
Peter Kragh Jespersen (2001) “New Public Management reformer i det danske sygehusfelt”. *Nordisk Administrativ Tidsskrift* vol. 82 nr. 1:22-41.

Reformernes tid

Og de sidste 15-20 år har i høj grad stået i de nye koncepters tegn. Mange af de nye ideer kommer "oppefra" som landspolitiske beslutninger og aftaler med amterne. Atter andre er udtryk for, at organisatoriske principper spredt sig fra et amt eller et sygehus til et andet – eller importeres fra andre dele af den offentlige eller fra den private sektor.

FLOS-forskningen viser den tydelige tendens, at ved næsten alle sådanne reformer bliver det oprindelige koncept omformet og tilpasset særlige lokale betingelser. Selv reformer, der ser ud til at være slået bredt igennem i hele landet, viser sig ved nærmere eftersyn at have store lokale variationer.

Reformerne falder især på følgende fire hovedområder. **5**

- **Økonomistyring** – fx rammestyring, decentraliseret budgetansvar, kontraktstyring, afregning efter DRG-takster og senest et større islæt af aktivitetsafhængige bevillinger.
- **Organisationsstrukturer** – fx tværgående centre, funktionsbærende enheder – foruden hele omorganiseringen af Hovedstadens sygehusvæsen i H:S.
- **Ledelsesmodeller** – fx introduktionen af trojkaledelse og fælles afdelingsledelse og siden modbevægelsen i retning af såkaldt entydig ledelse.
- **Standardisering** – fx koncepter om kvalitet, service og patientforløb – blandt andet udtrykt i det nationale indikatorprojekt og ideen om akkreditering.

Det er ifølge Finn Borum kendetegnende, "at koncepterne ikke bærer noget stærkt præg af fælles retning, central styring eller indbyrdes koordinering". Der er altså ikke tale om nogen masterplan for sektorens udvikling. Men set over hele perioden mellem de to kommunalreformer tegner der sig alligevel

nogle afgørende og tydelige mønstre i væsenets forandring.

Fra lokalt til centralt styre

En af de tydelige forskydninger i sygehusvæsenets organisation er fra et meget decentralt system til et væsen med stærke elementer af dels regional, dels statslig styring.

Finn Borum kondenserer sygehusvæsenets udvikling således: "Sygehusvæsenet havde oprindeligt en lokal forankring og et fagprofessionelt regime. Det suppleres især efter kommunalreformen i 1970 med et administrativt regime og et regionalt niveau. Fra midt i 80'erne begynder virksomhedsgørelsen af sygehuset samtidig med en øget national politisk interesse for området. Og endelig markerer det frie sygehusvalg introduktionen af de markedselementer, der specielt de seneste år har taget fart," forklarer han.

Der er vel at mærke ikke tale om, at den ene styringslogik afløser den anden. De eksisterer side om side, og det giver en lang række indre spændinger i sygehusvæsenet mellem fx:

- Sygehuses forsøg på at opføre sig som selvstændige organisationer og amternes forsøg på at sikre et sammenhængende amtsligt sygehusvæsen.
- Nationale programmer og lokal drift.
- Autonome amter og nødvendigheden af at samarbejde i netværk på tværs af sygehuse og amter.
- Modsatrettede rationaler, fx mellem økonomisk rammestyring, der skaber ventelister, og aktivitetsafhængige bevillinger, der øger forbruget.

Modsætninger, der ikke bare kommer til udtryk internt i sygehusorganisationerne, men som ofte også udspiller sig som dramaer på den politiske og offentlige scene. Ikke mindst

LÆS MERE

5 Finn Borum (red.) (2003) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.) (1999) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.

6 Peter Kragh Jespersen (2005) *Mellem profession og New Public Management - ledelse på sygehuse*. København: Handelshøjskolens Forlag.
Peter Kragh Jespersen (1999) "Hvordan håndterer professionerne de nye styringsbetingelser?"; i Eva Zeuthen

Bentsen, Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Centraliseringen af sygehusvæsenet

Før 1970 var sygehusvæsenet et meget decentralt system med en høj grad af lokalt selvstyre på det enkelte sygehus. Kommunalreformen flyttede hovedindflydelsen i sektoren over til de 14 amter (der senere blev suppleret med H:S). Med andre ord 15 ret autonome styringsenheder, hvorunder professionerne i lang tid har udøvet et betydeligt selvstyre, og hvor hovedparten af beslutningerne om sygehusene er blevet truffet. Regeringen og Folketinget har i dette system spillet en ret tilbagetrukket rolle. Man har serveret reformideer som "inspiration" til amterne og har gennem årlige forhandlinger med Amtsrådsforeningen ret udramatisk fastlagt samspillet mellem amts- og landspolitik på sygehusområdet.

Af mange forskellige årsager bliver amternes rolle som politisk styrende for sygehusvæsenet langsomt slidt ned fra midten af 1980'erne. Ved strukturreformens vedtagelse er amternes økonomiske og politiske selvstyre reelt ret begrænset. Amterne er i stigende grad blevet udsat for en række centrale statslige indgreb. Eksempler er:

- **Ventelisterne** bliver hyppigt inddraget i finanslovsforhandlinger og dermed fjernet fra amternes indflydelse.
- **Behandlingstilbuddene** bliver genstand for politisk debat – fx i 1999, hvor politikerne underkendte amternes beslutning om *ikke* at tilbyde sclerosepatienter behandling med beta-interferon.

- **Bevillingssystemet** ændres i 1999, hvor finanslovsparterne beslutter, at amterne skal gøre mindst 10 pct. af deres driftsbudgetter aktivitetsafhængige.
- **De nationale handlingsplaner** – som fx kræftplanen fra 2001 – sætter centrale rammer for amternes og sygehusenes aktiviteter.

Hertil kommer en række sundhedspolitiske beslutninger, der får betydelig indflydelse på sygehusvæsenet i de enkelte amter. Det gælder fx udvidelsen af patienternes frie valg, der reelt begrænser det enkelte amts mulighed for at kontrollere såvel service- som udgiftsniveauet.

Og selv om strukturreformen fastholder princippet om et regionalt politisk ansvar for sygehusvæsenet, vil de fem nye regionsråd få *mindre* politisk autonomi end de nuværende amtsråd. Dels kan de ikke opkræve direkte skatter, dels er der lagt op til en stærkere central koordinering, og endelig ligger det i kortene – fx i anbefalingerne fra tidligere rådgivende udvalg – at det enkelte sygehus skal have en større dispositionsfrihed.

fordi sygehusvæsenet for længst er blevet slået fast som godt stof i medierne. Kombinationen af liv og død, personlig identifikation, stærke interessegrupper og høj politisk interesse giver syge(hus)historier høj prioritet hos både trykte og elektroniske medier.

Fra plan til marked – og retur?

En lang række af de nyere reformer, der er gennemført i sygehusvæsenet, kan samles under den brede betegnelse New Public Management. NPM er en reformstrategi, der kort sagt lægger vægt på at skabe øget driftsøkonomisk effektivitet i forvaltning og på sygehuse ved at anvende markedslignende

styringsformer og ved at importere ledelsesværktøjer, der er udviklet i den private sektor. Et af FLOS' ni forskningsprojekter har særligt fokuseret på NPM-tænknings gennemslag i det danske sygehusvæsen. **6**

Der er tale om en international tendens, som også skiftende danske regeringer har gjort til ryggraden i deres programmer for at modernisere den offentlige sektor. Der er altså ikke tale om metoder, der er skræddersyet til sundhedssektoren – på mange måder tværtimod. Og dele af det fagprofessionelle miljø har da også betragtet NPM som en hund i det spil keglers, de møjsommeligt havde stillet op og beherskede.

Kendetegn ved New Public Management**Eksempler i det danske sygehusvæsen****Styrkelse af markedsmekanismer**

Privatisering eller udlicitering af offentlige ydelser	Udlicitering af rengøring Udlicitering af operationer til private klinikker
Kontraktstyring, bestiller-udfører modeller, taxameterstyring o.l.	Kontrakter mellem amter og sygehuse DRG-baseret afregning mellem amt og sygehus – eller mellem amter indbyrdes
Økonomiske incitamenter til de ansatte	Resultatbaserede direktørkontrakter Løntillæg efter principperne i Ny løn
Større valgmuligheder for borgerne	Frit sygehusvalg og friere lægevalg
Større brugerindflydelse	Brugerråd og forbedrede patientklageregler

Nye organisations- og ledelsesformer

Vægt på generel ledelse	Vægt på entydig ledelse uden binding til profession
Vægt på decentral kompetence inden for givne rammer	Økonomisk rammestyring og decentralt ledelsesansvar på sygehus- og afdelingsniveau
Flade og fleksible organisationsformer	Funktionsbærende enheder Flere sygehuse under samme ledelse
Fokus på output og brugernes vurdering	Regelmæssige patienttilfredshedsundersøgelser
Løbende registrering og sammenligning af resultater	Landsdækkende kvalitetsindikatorer Offentliggørelse af operationstal og fejl ned til afdelingsniveau Produktivitetsanalyser på sygehusniveau
Indførelse af ledelseskoncepter fra private virksomheder	Strategisk ledelse, TQM, balanced scorecard, excellence-modeller osv. Eksemplerne varierer fra amt til amt.

Tabel 1: Inspiration fra New Public Management i det danske sygehusvæsen.

Kilde: Peter Kragh Jespersen (2005) *Mellem profession og New Public Management - ledelse på sygehuse*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Den ophedede debat om "djøfiseringen" af sygehusene kan blandt andet læses i dette lys.

Der er to markante kendetegn ved NPM-tænkningen (se også tabel 1):

- **Styrkelse af markedslignende mekanismer** på bekostning af traditionel politisk og administrativ styring.
- **Introduktion af nye organisations- og ledelsesformer**, hvis grundidé er at frigøre den offentlige organisation fra direkte politisk og administrativ indblanding og detailstyring.

Der er i *princippet* tale om en forskydning væk fra både den politiske regulering og det lægefaglige rationale. Men i praksis

er billedet mere grumset. Dels trækker mange af tiltagene i hver deres retning. Dels slår de ikke uformidlet igennem i fagprofessionelt dominerede miljøer. Og endelig konkurrerer NPM-reformerne med andre tiltag, der både styrker den nationale politiske regulering og professionernes rationaler.

Et eksempel er samspillet mellem det frie sygehusvalg og de funktionsbærende enheder. Ud fra det første princip skal sygehusene i en region *konkurrere* på patientmarkedet. De bedste afdelinger vinder kampen om kunder og ressourcer, og de dårligste går nedenunder og hjem. Ideen bag de funktionsbærende enheder er den stik modsatte, nemlig at alle regionens afdelinger inden for et givent speciale *samarbejder* og fungerer under den samme ledelse. En struktur, der i

praksis sætter det frie valg ud af kraft – i hvert fald inden for regionens grænser. Noget tilsvarende gælder andre modeller, hvor sygehusvæsenet *koordinerer* og *planlægger* produktionen på tværs af de fysiske sygehusenheder. ⁷

“Bevægelsen fra plan til marked er i hvert fald ikke entydig. På nogle områder kan man med lige så stor ret sige, at udviklingen går den modsatte vej: mod planlægning, koordination og samarbejde. Og lægerne har i meget høj grad – fx ved at henvise til argumenter om specialisering og lægefaglig udvikling – været i stand til både at definere problemerne og samtidig formulere løsninger på det overordnede plan i det danske sygehusfelt. Det gælder ikke mindst i forhold til sygehusstrukturen og placeringen af specialer,” understreger Peter Kragh Jespersen.

Han mener imidlertid ikke, at den udbredte opfattelse af sygehuset som et renlivet fagbureaukrati kan stå alene. “De professionelle selvstyre anfægtes på en mere vidtgående og principiel måde end tidligere – bl.a. ved en øget skepsis fra såvel politikere, embedsmænd og patienter. Desuden stiger reformtempoet, og de enkelte reformer bliver mere omfattende og går tættere på det professionelle arbejde. Det er tendenser, der alle sætter spørgsmålstegn ved myten om det fuldkomne lægevælde,” siger han.

I orkanens øje

Mens de mange reformer dominerer politikeres, forvaltnings og sygehusledelsers udsigt fra kommandobroen, viser flere af FLOS’ projekter, at der er en forbløffende kontinuitet i sygehusvæsenets maskinrum. Ikke fordi motoren står stille. Den kører i stadigt højere omdrejninger. Heller ikke fordi udviklingen af det daglige patientrelaterede arbejde står i stampe. Det danske sundhedsvæsen har gennemgående

været gode til at tage nye behandlingsmetoder og -teknologier i brug.

Denne driftssikkerhed i turbulente tider ville i mange andre organisationer blive opfattet som mystisk eller mirakuløs. Men i sygehusvæsenet har den flere forklaringer.

“Funktionsbærende enheder, stordriftsfordele, uklare styringskæder og mislykkede implementeringsprocesser. Og alligevel har der i den samme periode været en stigende produktion. Nøglen til det paradoks er i høj grad, at sundhedsvæsenets ansatte elsker deres arbejde. Det er deres tårnhøje opgaveloyalitet, der driver værket,” vurderer Janne Seemann.

Foruden denne stærke faglige identitet og loyalitet holdes hverdagens arbejde også sammen af den enkelte professions fælles forestillinger og interesser samt af en fasttømret “infrastruktur”, der på godt og ondt holder hverdagens arbejde forudsigeligt og stabilt.

Professionernes domæne

“Det er ikke ledelse, men i høj grad professionernes faglighed, der får sygehusvæsenets komplekse netværk til at hænge sammen. Det er et felt, hvor folk kender hinanden og har fælles forestillinger. Blandt andet gennem de lange uddannelsesforløbs stærke opdragelse er man blevet enige om, hvordan verden hænger sammen, og har etableret et fagligt netværk. Systemet er bl.a. stabilt, fordi man næsten er selvforsynende med arbejdskraft – uddannelsen er bygget ind i produktionen,” siger Finn Borum.

Han henviser blandt andet til den underskov af faglige netværk, der findes i sygehusverdenen. Netværk og selskaber for snart sagt alle faglige hjørner. Ikke blot de 42 lægelige

LÆS MERE

⁷ Peter Kragh Jespersen (2003) “Sygehusledelser mellem interne strategier og institutionelle krav”, i Finn Borum (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Finn Borum (2003) “Sygehusledelse under forandring”, i Finn Borum (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.
Finn Borum “Mål-middel rammer, politik og myter i organisatoriske felter”. FLOS arbejdspapir 2003-6.

“Bevægelsen fra plan til marked er ikke entydig. På nogle områder kan man med lige så stor ret sige, at udviklingen går den modsatte vej: Mod planlægning, koordination og samarbejde.”

Peter Kragh Jespersen

medicinske selskaber og andre faggruppers selskaber, men også fagforeningerne. Alene inden for forebyggelsesområdet er der 6-7 forskellige netværk: Netværk for forebyggende amtskonsulenter, netværk for jordemødre, netværk for sundhedsplejersker osv. Det bærende organiseringsprincip er som for fagforeningerne næsten altid faggruppen.

Janne Seemann mener, at der er tendens til at “overnetværke”, fordi alle retter fokus mod deres egen faggruppe frem for mod den fælles opgave – fx et patientforløb. “Det er da tankevækkende, at der ikke findes et netværk for det samlede patientforløb,” siger hun. ⁸

Hun er ikke alene om at påpege skyggesiderne af sammenholdet i den enkelte profession. Når læger, sygeplejersker, djøf’ere, portører osv. holder sig inden for hver deres faglige cirkel, bliver det nemlig svært at få en samlet organisation ud af det.

“Jeg spurgte engang en yngre læge, om hun skulle med til ‘julefrokost for afdelingens personale’, som der stod på en plakat på gangen. Hun forklarede mig venligt, at hun jo ikke var en del af “personalet”. At det var underforstået, at der var

tale om *plejepersonalet*. Lægerne holdt skam en julefrokost for sig selv. Sådan noget ville være utænkeligt på langt de fleste andre arbejdspladser. På mange hospitaler sker det, uden at nogen løfter et øjenbryn. Set udefra er disse skarpt adskilte verdener det absolut mest slående ved sundhedsvæsenet som organisation. Faktisk er der mere tale om flere parallelle professionshierarkier end om egentlige organisationer,” fortæller Sidsel Vingé.

Den stærke professionsidentitet har også den konsekvens, at sygehusvæsenets professionelle aktører er svære at få til at forandre sig, hævder Helle Hein. “De kan simpelthen ikke tage kitlen af, når de går hjem. Profession og identitet smelter sammen på en måde, som jeg ikke tror, man oplever i nær samme grad nogen andre steder end i sygehusvæsenet,” siger hun og fortsætter:

“Det er et system, hvor mange af de professionelle aktører er ramt af paranoia – helt ned på mellemlider- og medarbejderniveau. Alle føler sig forfulgt og truet. De professionelle har dels paranoia i forhold til andre faggrupper, som ikke må komme ind og tage deres opgaver. Dels over for politikere og sygehusdirektion, ‘der aldrig siger sandheden om den (spare)situation, vi står i’. Derfor går der en understrøm af politisk spil neden under alt, hvad der foregår i sygehusvæsenet – helt ned i det daglige arbejde,” siger hun. ⁹

Arbejdets infrastruktur

Når sygehusvæsenet alligevel fungerer så stabilt, skyldes det blandt andet nogle af de daglige rutiner, man genfinder stort set i samme form overalt i sygehusvæsenet. Af disse har FLOS-forskningen blandt andet sat fokus på vagtssystemet, den daglige mødeaktivitet i form af konferencer, stuegangen

LÆS MERE

⁸ Janne Seemann (1999) “Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk”, i Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Guðbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.

⁹ Helle Hedegaard Hein (2004) *Mellem konflikt og konsensus*. Ph.d. afhandling afleveret til bedømmelse. Copenhagen Business School.

Peter Kragh Jespersen (1999) “Hvordan håndterer professionerne de nye styringsbetingelser?” i Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Guðbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.

og arbejdsdelingen mellem ældre og yngre læger. Også speciallægeuddannelsen med de mange kortvarige og skiftende ansættelser er et integreret element i denne infrastruktur, som er meget svær at ændre på den enkelte afdeling.

“Der er en ekstrem permanens i dette system, men det er arbejdsfunktionerne og strukturerne, der er permanente – ikke medarbejderne. Hvad nytter det at have sendt alle lægerne på kursus i samarbejde? To år efter er de næsten alle sammen væk og erstattet af nye. En afdeling ligner kun en organisation, fordi de har et budget, en normering, et økonomisystem og en vis grad af fælles ledelse. Alt andet foregår på andre præmisser end afdelingens,” siger Sidsel Vinge og konkluderer:

“Derfor kan vi ikke i samme grad bruge de traditionelle måder at udvikle organisationer på, som tager udgangspunkt i, at medarbejderne er forudsætningen for at ændre kultur, samarbejds mønstre og derigennem også struktur. Man må tage fat i det permanente i organisationen – nemlig de upersonlige strukturer. Ad den vej kan man ændre forudsætningerne for interaktion og samarbejde og dermed også kulturen.”

Hun opridser fire grunde til, at infrastrukturen tilsyneladende har været nærmest immun over for den reformiver, der ellers har præget sektoren:

- **Uvidenhed:** Forandringsmagerne har ofte haft *generelle* ledelsesværktøjer i tasken – og ikke vidst nok om de helt særlige forhold i sygehusvæsenet. Og læger og sygeplejersker har omvendt aldrig kendt til andet og har derfor svært ved at forestille sig, at tingene kunne være meget anderledes.

- **Mobilitet:** Den standardiserede infrastruktur gør det let for medarbejderne hurtigt at udfylde en ny position på et andet sygehus eller en anden afdeling. Den store mobilitet, bl.a. speciallægeuddannelsen kræver, skaber derfor et pres for ensartet organisering på tværs af hele sygehusvæsenet. Det gør det meget svært for den enkelte enhed at udvikle og fastholde en anderledes organisering af arbejdet.
- **Magt:** Der er i infrastrukturen indbygget grænser for handling, magt og indflydelse faggrupperne imellem, men også internt i de enkelte professioner. Ændres en del af strukturen, vil det forskyde disse balancer og magtforhold.
- **Netværk:** De enkelte dele af arbejdets infrastruktur er indbyrdes forbundne i netværk på kryds og tværs. Det gør det svært blot at ændre ét element – og meget omfattende at ændre det hele på en gang.

I artiklen “Djævelen er i detaljen” på side 24 gives eksempler på nogle af problemerne og de skjulte potentialer i den måde, hverdagen er organiseret på.

En paradoksal organisation

Samlet set tegner forskningsprojekterne fra FLOS et billede af sygehuset som en organisation, der på flere punkter adskiller sig ganske markant fra andre videns- og professionstunge institutioner.

Spørgsmålet er, om sygehuset overhovedet skal betragtes som en organisation i traditionel forstand. Det er der i hvert fald tre argumenter, der taler imod.

For det første foregår organisering på sygehuset i praksis omkring professionernes hierarkier, karrieresystemer og fora, ikke omkring de formelle organisatoriske enheder, produktionsprocesser eller (patient)forløb – som i de fleste andre

“Det er ikke ledelse, men i høj grad professionernes faglighed, der får sygehusvæsenet til at hænge sammen. Systemet er bl.a. stabilt, fordi man næsten er selvforsynende med arbejdskraft.”

Finn Borum

virksomheder. Geriateren i Aalborg har mere faglig dialog med geriateren i Roskilde end med nabospécialet i Aalborg.

For det andet, påpeger Anne Reff Pedersen, er sygehuset som organisation "usynlig" for de ansatte. "De betragter slet ikke sygehuset som en fælles organisation. De bruger ikke organisationsord som arbejdsgange, ledelse, ansatte og organisering. De taler i stedet om patienter, læger, sygeplejersker, penge, bevillinger, normeringer, behandlinger osv. Det er et sigende udtryk for, hvordan de ser deres arbejdsplads." ¹⁰

For det tredje er et sygehus i dag så opsplittet i specialer, at man dårligt kan tale om en organisatorisk enhed, selv om specialerne bor på samme adresse. "Reelt er sygehusvæsenet balkaniseret – ikke efter etniske, men efter faglige skillelinjer. Og folk tror måske, at når man indlægges med en kompleks lidelse, så udløser det et tæt samarbejde med hyppig kommunikation og indbyrdes møder i organisationen. Men sådan fungerer sygehusvæsenet bare ikke," påpeger Janne Seemann.

Sygehusene er med Preben Melanders ord "åbne, atomiserede, grænseløse og ledelsesfremmede organisationer, som der bruges enorme ressourcer på at få til at hænge sammen.

Mange af 1990'ernes reformer kan ses som forsøg på at skabe organisationslignende forhold i sygehusvæsenet," siger han. ¹¹

Men det er ifølge Finn Borum et problem, at man også i den politiske debat opretholder tanken om sygehuset som en traditionel organisation. "Det er et grundlæggende forkert syn, der tillægger fx strukturelle reformer uforholdsmæssig stor betydning. Så adresserer man den formelle magt og ledelse, men overser, at der reelt er tale om et netværk med mange magtknudepunkter. Derfor bliver den slags reformer ofte virkningsløse – eller får helt andre effekter og bivirkninger, end reformatorerne i sygehusvæsenet forestiller sig," understreger han.

"Sygehusvæsenets professionelle kan simpelthen ikke tage kitlen af, når de går hjem. Profession og identitet smelter sammen på en måde, man ikke oplever i nær samme grad nogen andre steder."

Helle Hein

LÆS MERE

¹⁰ Anne Reff Petersen (2003) "Forandring som fortælling"; i Susanne Kjærbeck (red.) *Historiefortælling i praktisk kommunikation*. København: Samfundslitteratur.

¹¹ Preben Melander (1999) "Økonomistyring og organisatorisk skizofreni – om fattige sprog, løse koblinger og onde cirkler"; i Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Guðbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Det umuliges kunst

Sygehusvæsenets ledere fejlvurderer ofte forudsætnin-
gerne for at sprede deres gode ideer til hele organisa-
tionen. Alle koncepter og modeller skal vurderes ud
fra og oversættes til lokale forhold. Mange reformer
strander eller får utilsigtede konsekvenser, fordi dette
arbejde forsømmes. Vellykkede ændringer i sygehus-
væsenet kræver blandt andet respekt for mangfoldighe-
den, realistiske forventninger til reformers effekt og en
udogmatisk indstilling til, hvordan enheder og medar-
bejdere kan nå de ønskede mål.

“At lave reformer på et sygehus er som at trække en elastik
ud. Den giver sig og ændrer form, men kun så længe man
holder den fast. I samme øjeblik man slipper grebet, svirper
den tilbage i sin oprindelige form.”

Udtalelsen, der stammer fra et forskningsinterview med en
leder i sygehusvæsenet, repræsenterer den ene myte om
reform og forandring på et sygehus: Forestillingen om, at lige
meget hvad man som ledelse gør for at ændre status quo,
er det som at slå i en dyne af faglige interesser og rutiner.
Alle de bestræbelser, politikere og administratorer gør sig, er
skønne spildte kræfter. Reformerne bliver *afkoblet* og får reelt
ingen effekt på sygehusets kerneydelser: Den daglige pleje og
behandling.

Den *anden* myte hævder – eller forudsætter – at reformer og
koncepter kan implementeres mere eller mindre gnidnings-
løst ved at benytte sygehusvæsenets formelle kommando-
veje. At sygehuset er en organisation som alle andre, hvor
man med generelle ledelsesværktøjer kan planlægge, reali-
sere og måle effekterne af en bestemt organisationsændring.

Ifølge Finn Borum er begge udgangspunkter ufrugtbar. Hvor-
vidt og hvordan reformer virker, kan ikke afgøres på forhånd,
men må undersøges empirisk. “Tidligere var tesen om refor-
mers afkobling meget udbredt. Altså at de slet ikke fik nogen
tilsigtet effekt. Men flere af vores analyser viser noget andet.
Tag fx Rigshospitalets centerstruktur. Den havde i allerhøjeste
grad effekt på den overordnede ledelsesstruktur qua indfø-
relsen af centerdirektører som et nyt ledelseslag. Men den
havde *umiddelbart* ingen effekt på det udførende niveau. Efter
nogle år viste det sig imidlertid, at nogle afdelinger begyndte
at fungere mere som sammenhængende klinikker. At vurdere
gennemslagskraften har meget med tidshorisonten og de
aspekter, man konkret vælger at arbejde med, at gøre,” siger
han. ¹²

Også Janne Seemann argumenterer for en position midt
imellem myterne: “FLOS-projekterne viser samlet set, at
top-down-reformer *kan* have effekt. Man kan ikke sige, at *al*
forandring kommer nedefra, at vi godt kan lukke Sundheds-
styrelsen, eller at central regulering ikke virker. Men vi har
vist, at sygehusvæsenet på den ene side er meget levende,

¹² Eva Zeuthen Bentsen & Finn Borum
(2001) “Legitimering i et konfliktfyldt felt
– en topledels håndtering af en radikal
organisationsændring”. *Nordiske Orga-
nisations-Studier*, (3)1:5-31.

Eva Zeuthen Bentsen & Finn Borum
(1999) “At skabe ledelse – Rigshospita-
lets import af centerstrukturen”, i Eva
Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Guddbjørg
Erlingsdottir, Kerstin Sahlin-Andersson
(red.) *Når styringsambitioner møder
praksis*. København: Handelshøjskolens
Forlag.

Finn Borum & Eva Zeuthen Bentsen
(1999) “Centerstrukturen på Rigshospi-
talet i København. En analyse af organi-
satoriske og ledelsesmæssige aspekter.
FLOS forskningsrapport 1999-1.

Funktionsbærende enheder

To forskellige FLOS-projekter har sat fokus på, hvordan konceptet om funktionsbærende enheder (FBE) bliver modtaget og omsat i sygehusvæsenet. Det ene sammenligner forløbet i to amter. Det andet fokuserer på forskellige reaktioner på et stort, et mellemstort og lille sygehus i Nordjyllands Amt.

I 1999 aftalte Amtsrådsforeningen og regeringen, at princippet om funktionsbærende enheder fremover skulle lægges til grund for amternes sygehusplaner. Det lægges ud til de enkelte amter at oversætte princippet til egne forhold, og de går alle i gang med at undersøge, hvordan de kan realisere det.

Resultaterne spænder over hele registeret. Fra dem, der bruger princippet til meget ambitiøse ændringer, der grundlæggende gør op med sygehusene som selvstændige enheder. Til andre, der blot kalder deres eksisterende organisering for en funktionsbærende enhed – og som omvendt prøver på at opretholde sygehusene og kun indføre nye tværgående udvalg.

Og i begge de studerede amter bliver resultatet konstruktioner, som ikke direkte kan genfindes i nogen af de øvrige amter.

Forskellige lokale strategier

Nordjyllands Amt vælger at opfatte udspillet om funktionsbærende enheder som en bunden opgave og beslutter meget hurtigt at lægge princippet til grund for sygehusplanlægningen – uden den store principielle eller strategiske diskussion om konsekvenserne.

Beslutningen fortolkes imidlertid meget forskelligt af ledelserne på tre undersøgte sygehuse i amtet:

- På *det store specialiserede sygehus* tolker ledelsen fejlagtigt FBE som et positivt langsigtet projekt, som der vil gå mange år, før er indført. Resultatet bliver, at andre aktører erobrer dagsordenen, og ledelsen vælger en undvigestrategi, da det bliver klart, at de ikke bliver inddraget i beslutningsprocessen.
- På *det mellemstore centralsygehus* ser ledelsen FBE som en trussel mod dens egne visioner og forsøger forgæves at ændre processen. Da det mislykkes, og forvaltningen dikterer den nye struktur, vælger sygehuset trodsigt at fortsætte sine egne udviklingsplaner.
- Det *lille sygehus* udnytter en særlig situation til at få udbygget sine funktioner og samarbejdsrelationer på en måde, der gør det relativt uafhængig af udfaldet af den generelle diskussion om funktionsbærende enheder.

De enkelte sygehuse reagerede altså vidt forskelligt på noget, der lignede et generelt koncept. De forsøgte at tænke deres egne interesser og strategier ind i konceptet. Og da forvaltningen trumfede sin model igennem, resignerede sygehusledelserne og valgte forskellige tilpasningsmodeller, der afspejlede sygehusenes egne strategier.

Kilder: Finn Borum: "Amternes arbejde med nye ledelsesstrukturer". Peter Kragh Jespersen: "Sygehusledelser mellem interne strategier og institutionelle krav". Begge i Finn Borum (red.) (2003) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

omstillingsparat og fleksibelt og på den anden side uhyre trægt. Det er i høj grad et spørgsmål om, hvilke dele og aspekter af væsenet man kigger på," siger hun.

De to forskere er enige om, at sygehusvæsenet er så differentieret administrativt, strukturelt og speciale-mæssigt, at intet organisations- eller ledelseskoncept vil passe – lige godt

– til alle dele af væsenet. At ethvert standardkoncept som minimum skal igennem en lokal tilpasning, hvis det skal føre til positive effekter. Men at der omvendt er så store indbyrdes ligheder i organiseringen af hverdagens arbejde, at der burde være gode muligheder for at lære af andres erfaringer, resultater og processer.

Mange impulser til forandring

En del af de reformprocesser, der præger sygehussektoren, har et politisk eller administrativt udspring – fx i form af stats- eller amtslige standarder og anbefalinger. Ikke sjældent har de rødder i de kommissioner eller udvalg, der med stadig kortere mellemrum er blevet nedsat på sygehusområdet.

Det nationale indikatorprojekt eller den såkaldte "Løkkepose" er eksempler på sådanne politisk initierede tiltag, der lander i det enkelte amt og på det enkelte sygehus "oppefra". I andre tilfælde som konceptet funktionsbærende enheder er det amtets egne politikere og embedsmænd, der griber ud efter en af de reformbolde, der er i spil. Det kan fx også være ny centerorganisering, kvalitetsstyring eller patientforløbsmodeller.

Men inspirationen til forandringer kommer også fra mange andre kanter end den politiske og administrative ledelse, påpeger Peter Kragh Jespersen.

"Mange ideer til nye organisations- og ledelsesformer kommer til amter og sygehuse via konsulentrapporter, lederuddannelser, konferencer, fagblade, evaluerings- og forskningsrapporter samt massemedier. Her foregår der en livlig udveksling og formidling af nye koncepter, nye ideer om organisation, nye ledelsesmodeller og –værktøjer, der ofte stammer fra andre sektorer eller fra virksomhedsverdenen. Mange af dem besluttet lokalt – enten i amtet eller helt ude på det enkelte sygehus," konstaterer han.

Det er derfor for enkelt blot at se sygehusvæsenet som et offer for sundhedspolitikernes fikse reformideer. "Jeg oplever det mere sådan, at der er mange forskellige aktører, der ofte ud fra de bedste hensigter forsøger at reformere sygehus-

"Sygehusledelsens stærke tro på generelle koncepter tager ikke højde for, hvor forskelligt væsenet er organiseret afhængig af afdeling, sygehus, faggruppe osv."

John Damm Scheuer

væsenet. Reformerne flyder ikke bare gennem en pipeline oppefra og ned. Også professionerne, erhvervslivet, kommunalpolitikere, eksterne konsulenter og mange flere bidrager til den konstante strøm af impulser til forandring. En strøm, som ledere på alle niveauer i sygehusvæsenet er nødt til at manøvrere i," siger Finn Borum.

Han understreger, at man som leder er nødt til at acceptere dette forandringpres som et eksistensvilkår, men at man samtidig må finde en strategi til at håndtere det. Det er nødvendigt med en hård prioritering, fordi ingen ledelse eller organisation kan kapere den fulde vifte af mulige reformer.

Det er derfor forudsigtligt, at en ledelse af og til forsøger at afskærme organisationen mod bestemte forandringer. Det behøver ikke være udtryk for interessevaretagelse eller bagstræberi. Afskærmningen kan skyldes, at organisationen er i gang med nogle andre udviklingsprocesser, som de ikke vil underminere eller overbelaste. Modstand mod reformer kan med andre ord være lydighed over for andre rationaler. ¹³

"Når man taler om styringsambitioner, forudsætter man tit, at de andre er ustyrlige, at de fumler rundt uden mål og med. Vores forskning viser, at der er masser af styring i forvejen. Når folk ikke vil underlægge sig en ny type styring, handler

LÆS MERE

- ¹³ Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdottir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.) (1999) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Kvalitetsudvikling under pres

En del amter satser fra midten af 1990'erne stærkt på kvalitetsudvikling. De formulerer et begreb om kvalitetsudvikling og får sygehusledelserne med sig. Og de uddanner ganske mange mennesker til at bære konceptet igennem.

Et FLOS-projekt har flere gange undervejs taget temperaturen på et af disse amtslige kvalitetsprojekter. Første gang fem år efter startskuddet og derefter løbende i de seneste tre år – altså i alt en periode på otte år. Forskerne har blandt andet kunnet konstatere:

- At afdelingslederne ved, at der er uddannet nogle kvalitetskonsulenter, men ikke altid, hvilke kvalitetsprojekter der kører i deres egen afdeling.
- At en del læger og sygeplejersker faktisk er engagerede i projekterne, men som regel i henholdsvis en læge- og en plejedel. Professionernes og produktionens rationaler har overtrumfet den fælles forståelse af kvalitet.

- At de fleste kvalitetsprojekter er den slags klassiske lægefaglige undersøgelser eller plejeudviklingsprojekter, der også fandtes på afdelingen, inden man satte fokus på kvalitetsudvikling.

”Selv om alle er positive over for at gøre noget på kvalitetsområdet, var der altså ikke sket det store. Jeg tror ikke, det var ond vilje. Men der træder en meget stærk og forståelig prioriteringsmekanisme i funktion, når en afdeling bliver presset på den daglige drift. Så er især lægerne tilbøjelige til at prioritere patientbehandlingen over alt andet – herunder diverse udviklingsprojekter,” siger Peter Kragh Jespersen, der står bag undersøgelsen.

Kilde: Peter Kragh Jespersen (2005) Mellem profession og New Public Management - ledelse på sygehuse. København: Handelshøjskolens Forlag.

det tit om, at de i forvejen prøver at balancere mellem en masse forskellige styringshensyn. Reformmagere tror tit, at bare de anviser en retning, så vil alle løbe den vej. De overser, at der i forvejen er mange andre, der peger i flere forskellige retninger,” siger Signe Vikkelsø.

Forsinkede og usynlige effekter

Reformers ry som virkningsløse dækker i visse tilfælde over uklare eller urealistiske forventninger til, hvor hurtigt effekterne slår igennem.

”Min vurdering er dels, at man generelt er tilbøjelig til at vente for store resultater for hurtigt. Dels at man ofte kun måler på de *forventede* effekter – men overser både de positive og negative virkninger, man ikke havde forudset,” siger Finn Borum. Han skønner, at i et modent felt som sygehusvæsenet med så mange indarbejdede rutiner vil det rette tidsperspektiv ofte være op til fem år. ”I nogle tilfælde skal man måske endda vente på, at der kommer en ny generation igennem ud-

dannelsessystemet, der er skolet anderledes, før man virkelig kan få en reform ført igennem til bunds,” tilføjer han.

En gruppe FLOS-forskere har fulgt den samme afdeling over tre år og kan her konstatere en forsinkelseeffekt, når det fx gælder arbejdet med koncepter om kvalitetsudvikling. ”Over de tre år begynder de gradvis at tage opgaven mere alvorligt, og tænkningen siver længere ud i organisationen. Vi kan tydeligt se, at konceptet faktisk slår rødder, men jeg er alligevel overrasket over, *hvor lang tid det tager*,” siger en af forskerne, Peter Kragh Jespersen.

“Langsigtet forandring må gå via de faggrupper, folk faktisk knytter sig til, og ikke via de organisatoriske enheder, de formelt tilhører.”

Hanne Sognstrup.

Hertil kommer, at de, der overværer sådanne langstrakte processer på nært hold, ofte bliver forandringsblinde. "Når jeg spørger ledere og ansatte til ændringer og nyskabelser inden for de seneste fem år, kan de ofte ikke få øje på dem – selv om ændringerne set udefra er nok så omfattende. Derfor kan lederens billede af elastikken, der bare svirper tilbage, godt være et optisk bedrag. Ofte er elastikken faktisk blevet længere," siger Janne Seemann. ¹⁴

Standardløsninger virker ikke

Manglen på en ordentlig lods, der kender de lokale forhold, er måske den hyppigste årsag til, at et generelt koncept går på grund i mødet med sygehusvæsenets mangfoldige virkelighed. Dels adskiller sygehusvæsenet sig på centrale punkter fra andre typer af organisationer. Dels er væsenet selv sammensat af så mange vidt forskellige enheder, at det ikke giver nogen mening at ordinere samme organisatoriske kur til dem alle.

"Sygehusledelsens stærke tro på generelle koncepter tager ikke højde for, hvor forskelligt væsenet er organiseret afhængig af afdeling, sygehus, faggruppe osv.," understreger John Damm Scheuer, der har undersøgt en reformidé's skæbne på to meget forskellige afdelinger på samme sygehus. ¹⁵

Analysen viser blandt andet, at hvis man vil nå bestemte mål via sådanne generelle koncepter, kræver det et stort ledelsesarbejde, der er forankret tæt på den daglige praksis. "Der skal være nogen, der evner at oversætte koncepterne til lokale forhold, og som formår både at få de relevante aktører med og at tage de nødvendige konflikter. Den opgave behøver den formelle ledelse ikke at være alene om at løse," siger John Damm Scheuer.

LÆS MERE

¹⁴ Janne Seemann (2001) "Integrative og disintegrative kræfter i det danske sundhedsvæsenens grænserelationer" www.flos.cbs.dk/publikationer/index.html.

¹⁵ John Damm Scheuer (2003) *Patientforløb i praksis – en analyse af en idé oversættelse i mødet med praksis*. Ph.d. Series 14.2003. Copenhagen Business School.

¹⁶ Janne Seemann & Rasmus Antoft (2002) "Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus – Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis" FLOS forskningsrapport 2002-3.

"Organisatoriske ideer får først mening efter en lokal oversættelse. Det er der en udtalt blindhed over for i sygehusvæsenet. Andre steder har man opdaget, at den lokale kontekst spiller en stor rolle."

Janne Seemann

Alle "importerede" koncepter må således igennem en lokal oversættelsesproces, men dette uhyre vigtige arbejde bliver sjældent prioriteret højt nok.

"De generelle organisatoriske ideer får først mening efter en lokal oversættelse. Det er der en udtalt blindhed over for i sygehusvæsenet. Man antager ganske enkelt, at man kan overføre effekter og resultater fra en lokalitet til en anden. Fra USA til Danmark eller fra Nordjylland til Sjælland. Er sygehusvæsenet virkelig det sidste sted, man opdager, at konteksten og de lokale forhold spiller en stor rolle?" spørger Janne Seemann.

Det betyder ikke, at generelle reformer ingen effekter får. Men det er ikke altid de virkninger, man forventede eller ønskede sig. Og der følger næsten altid et sæt utilsigtede bivirkninger med. Det særlige ved sundhedsvæsenet er, at disse bivirkninger kan være meget omfattende på grund af opgavernes kompleksitet og den indflydelse, som de professionelle har på det udførende niveau. ¹⁶

"Hvis man fx indfører, at pengene skal følge patienterne helt ud på den enkelte afdeling for at øge produktiviteten, vil man med sikkerhed få tre uønskede bivirkninger. Den ene er en tendens til overbehandling, fordi dét giver penge i kassen.

Patientforløb i praksis

I sidste halvdel af 1990'erne kom der fokus på fordelene ved mere effektive og patientvenlige behandlingsforløb. Patientforløb var noget, man talte om, og som alle burde beskæftige sig med – uanset speciale. John Damm Scheuer var dengang ansat på Frederiksberg Hospital og har siden som forsker analyseret konceptets skæbne på to af hospitalets afdelinger: En ortopædkirurgisk og en psykiatrisk.

Det viste sig, at det samme grundkoncept blev anledning til vidt forskellige oversættelsesprocesser.

I **Ortopædkirurgisk klinik** blev patientforløbsidéen først oversat til et redskab til *procesanalyse*, men dette forslag til oversættelse slog ikke an. Personalet oversatte i stedet patientforløb til et redskab til *dokumentation*. Det, mente de, var nødvendigt, fordi bl.a. sygehusdirektører, forskere, embedslæger og akkreditører ønskede indsigt i og dokumentation for patienternes forløb. Men heller ikke denne oversættelse slog an. Til sidst kom en ny klinikchef til og oversatte patientforløb til et *modelprogram*. Programmet fungerede bl.a. som ledelsesværktøj ved at fastholde alle aftaler om patientforløbets delelementer i et og samme dokument. Hele dette forløb tog syv måneder.

I **den psykiatriske afdeling** kom planlægningen derimod til at vare i tre år! Også her blev ideen om ideelle patientforløb først oversat til et redskab til procesanalyse. Men diskussionerne af, hvad der ville være ideelt i den akutte psykiatriske patients forløb, gav problemer. Dermed blev både den nuværende og den fremtidige arbejdsdeling imellem faggrupperne sat til diskussion.

Oversættelsesprocessen blev herefter sat yderligere i stå, da det viste sig, at afdelingen ikke var afklaret om forholdet mellem de tre tilgange til behandling af psykiatriske patienter, der spændte over: Den biologisk-medicinske, den psykologiske og den psykosociale. Det gjorde det vanskeligt at beskrive et ideelt patientforløb. Resultatet blev, at oversættelsesarbejds fokuset blev drejet væk fra procesanalyse og traditionel kvalitetsmåling og i retning af at udvikle grundlaget for afdelingens tværfaglige samarbejde.

Fra implementering til oversættelse

Studiet af patientforløbsideens meget forskellige skæbner sætter ifølge John Damm Scheuer spørgsmålstegn ved den klassiske forestilling om *implementering* af reformer og andre koncepter i den offentlige sektor. Når man taler om implementering, konstruerer man typisk et billede af organisationen som hierarkisk. Den antages at bestå af et beslutningscentrum – fx politikere eller administratorer – et mellemlag af organisationer eller enkeltaktører samt endelig nogle frontmedarbejdere, der har nærkontakten med brugerne. De politikere, der er vedtaget centralt, forudsættes efterfølgende implementeret af mellemlag og frontmedarbejdere.

Et alternativ til denne forestilling om implementering er at se processen som en oversættelse. Det indebærer, at organisationen i stedet opfattes som en række lokalsamfund af forskellige oversættere, hvor mål og midler primært er lokalt konstruerede. I denne forståelse går man ikke ud fra, at innovative reformer og ideer gør noget *af sig selv*. For at få gennemslagskraft i den lokale praksis skal de først "samles op" og knyttes til den lokale kontekst af lokalt personale.

Ved at vælge oversættelsen som perspektiv, bliver det blandt andet tydeligt:

- at planer og ideer altid reformuleres, når de introduceres i lokal praksis
- at den måde, ideer oversættes på, er personafhængig
- at oversættelser altid er knyttet til særlige kontekster – tid og sted
- at oversættelse er en åben og uafsluttet proces

"Ser man forandringsprojekter i den offentlige sektor som præget af oversættelsesprocesser, giver det radikalt anderledes vilkår for ledelse og styring, end hvis man tænker i implementering. Både min og anden forskning i FLOS peger derfor på, at evnen til at lede og styre sådanne processer bliver en vigtig udviklingsopgave i sygehusvæsenet og i den offentlige sektor fremover," siger John Damm Scheuer.

Kilder: John Damm Scheuer (2003) *Patientforløb i praksis – en analyse af en idéns oversættelse i mødet med praksis*. Ph.d. Series 14.2003. Copenhagen Business School.

Den anden en favorisering af de afdelinger, der har let ved at dokumentere deres behandlinger: Kirurgien ville vinde på bekostning af ældre medicin og psykiatri. Den tredje er en vækst i de samlede udgifter. Alle tre bivirkninger er dokumenteret i udenlandske undersøgelser, men landspolitikerne nægter at se virkeligheden i øjnene,” påpeger Peter Kragh Jespersen.

For få forsøg, for lidt eftertanke

En del af miseren kunne måske undgås, hvis man i højere grad benyttede sig af afgrænsede lokale forsøg med nye organisations- og ledelsesformer. Det undrer Janne Seemann, at der er så få pilotprojekter i sygehusvæsenet. Hun vurderer, at det blandt andet er, fordi det opleves som næsten lige så krævende at designe et pilotprojekt i et kompliceret felt som at fyre det af i fuld skala med det samme. ”De fristes til at springe pilotfasen over, og så kommer hele organisationen til at betale lærepenge,” understreger hun.

Hertil kommer ifølge Finn Borum, at der er opstået nogle onde cirkler omkring reformer i sygehusvæsenet. ”Eksempelvis er der på amtsniveau især efter et valg krav om at demonstrere reformvilje. Og så er et pilotprojekt ikke markant nok. Der skal mere til. Dermed flytter politikerne bare presset ned til ledelsen på næste niveau, siger han. Så bliver det *deres* opgave at opfinde det gær, der kan få reformbrød, politikerne har slået op, til at hæve – og hæve hurtigt,” siger han.

Han vurderer, at presset for at signalere handlekraft også går ud over sygehusvæsenets evne til at lære af sine blandede erfaringer med klassisk implementering. ”Det er da svært at sætte sig ud over den traditionelle ledelsestænkning. Men man gør det også endnu sværere, når der næsten aldrig sættes tid og ressourcer af til at reflektere over, hvad man lærte af et bestemt projekt. Evidensbaseringsens første spørgsmål

– ”hvad kan vi sige om de faktiske virkninger?” – stilles alt for sjældent i sygehusvæsenet, når det gælder ledelse, organisation og forandring,” siger han. ¹⁷

Havde man rejst det spørgsmål hyppigere under bølgen af ledelsesreformer i 80’erne og 90’erne, var man nok hurtigere nået ind til kernen af det organisatoriske grundspørgsmål, sygehusvæsenet også i dag står over for. Med Sidsel Vinges ord: ”Er alle disse forsøg på at bygge organisationer, som reformerne er udtryk for, den rigtige vej at gå? Eller er det reelt et sisyfosarbejde, fordi så mange af grundvilkårene for at skabe organisationer mangler?” Hun betegner selv spørgsmålet som åbent, men vurderer dog, at resultaterne under ingen omstændigheder kommer til at ligne organisationer *i traditionel forstand*.

Sidsel Vinge ser heller ikke optimistisk på mulighederne for, at gode lokale erfaringer spreder sig som en epidemi i sygehusvæsenet. ”Det er blevet et dogme, at alting er anderledes andre steder. Ingen mener, at de kan bruge noget, andre har opfundet, til noget. For en outsider er det imidlertid slående, hvor ekstremt ens to afdelinger kan være, som selv mener, at de er helt unikke,” siger hun.

Også Signe Vikkelsø undrer sig over den relativt beskedne overførsel af erfaringer fra organisationsudvikling på tværs af afdelinger. ”Det er klart, at man ikke uden videre kan kopiere et vellykket forandringsprojekt 1:1 til en anden afdeling. Men det er alligevel utroligt, at de ikke er bedre til at lære af hinanden,” siger hun.

Nye måder at forandre på

Det ligger i selve FLOS-tilgangens faglige udgangspunkt, at forskningen ikke kan anvise nøjagtige opskrifter på, hvor-

LÆS MERE

¹⁷ Finn Borum (2004) Means-end frames and the politics and myths of organizational fields. *Organization Studies*, Vol. 25, no. 6:897-921.

Finn Borum (2003) ”Mål-middel rammer, politik og myter i organisatoriske felter”. FLOS arbejdspapir 2003-6.

“Nøglerne til store forandringer ligger ofte i forståelsen af, hvordan detaljerne hænger sammen. En lille ændring i en vagtstruktur kan fx få enorme konsekvenser for både patienter og medarbejdere.”

Sidsel Vinge

dan man skal gennemføre konkrete forandringsprojekter i sygehusvæsenet. Alligevel rummer forskningsresultaterne en række principielle pointer og råd om processer, der er nyttig viden for de mange, der gerne vil ændre væsenets organisation og ledelse. En række af disse pointer er sammenfattet i artiklen “Tættere på væsenet”, der beskriver FLOS’ tilgang til forskningsfeltet.

“Vi har nok en vis skepsis over for de store generelle “big bang-reformer”, politikerne så gerne vil lave. Vores strategi for forandring er snarere at lede efter oplagte afgrænsede områder, hvor man kan skabe de nødvendige erfaringer, inden man går videre til resten af væsenet. Kort sagt at tænke strategisk over, hvor man med beskedne midler kan opnå store effekter på lidt længere sigt,” forklarer Finn Borum.

“Nøglerne til store forandringer ligger ofte i forståelsen af, hvordan detaljerne hænger sammen. Man skal ned på den enkelte afdeling og pille ved de strukturer, som definerer relationerne og arbejdsgangene der. En lille ændring i en vagtstruktur kan fx få enorme konsekvenser – både for kvaliteten af patientbehandlingen, for stress og travlhed blandt medarbejderne og ikke mindst for den uddannelse og læring, som er et vigtigt tema for de sundhedsfaglige,” supplerer Sidsel Vinge. ¹⁸

LÆS MERE

¹⁸ Sidsel Vinge (2003) *Organisering og Reorganisering af Medicinsk Arbejde på Sygehuse*. Ph.d. Series 9.2003. Copenhagen Business School.

¹⁹ Helle Hedegaard Hein (2004) *Mellem konflikt og konsensus*. Ph.d.-afhandling afleveret til bedømmelse. Copenhagen Business School.

²¹ Signe Svenningsen, Signe (2003) *Electronic Patient Records and Medical Practice – Reorganization of Roles, Responsibilities, and Risks*. Ph.D. Series 10.2003. Copenhagen Business School.

²⁰ Hanne Sognstrup (2003) *Professionelle i afdelingsledelse*. Ph.d.-afhandling. Aalborg Universitet.

Med dette udgangspunkt er der især tre veje, sygehusvæsenet kan følge for at styrke sit reform- og forandringsarbejde:

- At engagere professionerne.
- At fremme forsøgs-kulturen.
- At sætte fokus på, hvordan forandringer forankres lokalt.

Professionel konservatisme?

Den, der ønsker forandring i sygehusvæsenet, kan ikke have professionerne imod sig. Denne konstatering betyder ikke, at professionerne altid skal stryges *med* hårene. De skal udfordres, men er grundlæggende medspillere, man skal kommunikere godt med. Det kræver blandt andet, at man forsøger at forstå deres virkelighed og præmisser.

“Professionerne kritiseres tit for konservatisme, men deres energi og begavelse udgør samtidig sygehusvæsenets største lærings- og ændringspotentialer. Det gælder blandt andet om at udnytte energien i professionernes indbyrdes *konflikter* på en konstruktiv måde. Det er konsensuskulturen og konflikt-skyheden, der lammer udviklingen i sygehusvæsenet. De er forandringsprojekternes største fjender,” vurderer Helle Hein. ¹⁹

At professionerne er en vigtig indgang til forandringer, skyldes også, at det typisk er her, medarbejderne føler deres stærkeste tilknytning. “Langsigtet forandring må nødvendigvis gå via de faggrupper, folk faktisk knytter sig til, og ikke via de organisatoriske enheder, de formelt tilhører. Hvis man virkelig vil skabe forandring på fx plejeområdet, må man starte der, hvor sygeplejerskerne uddannes. Det er sådan nogle brikker, man skal have i spil. Det har vist sig så godt som umuligt at styre langsigtede forandringer via den enkelte afdeling,” siger Hanne Sognstrup. ²⁰

Forsøg med forandring

Gode løsninger tager altid udgangspunkt i lokale forhold. Derfor er det ifølge Signe Vikkelsø vigtigere at tænke i brede eksperimenter end i målrettede reformer, hvis man vil forandre sygehusvæsenet. "Der er brug for mere pluralisme og flere forsøg, der respekterer, at tingene kan løses meget forskelligt fra afdeling til afdeling og fra sygehus til sygehus," siger hun. ²¹

Også Janne Seemann anbefaler at gå langt længere ad forsøgsvejen. "Mit råd til topledere i væsenet er: Pas på de store forkromede løsninger. Sørg i stedet for at fremme forsøgs-kulturen. Det er, som om sundhedsvæsenet ikke kan leve med "produktionsspil" i form af forsøg med organisation og ledelse, der ikke giver sikre resultater. Det hele skal være effektivt. Men når man laver udvikling i den private sektor, betragtes en succesrate på 10 pct. jo som OK. Som en nødvendig investering i at blive klogere og bedre. Det har man ikke rigtig blik for i sundhedsvæsenet," siger hun. ²²

Sammenlignet med fx social- eller skolesektoren er både erfaringerne med og puljemidlerne til decentrale forsøg relativt sparsomme. Politikerne har da også ifølge Peter Kragh Jespersen gode muligheder for at prioritere dette område højere end i dag. "De kunne fremme ændringsprocesserne ved at tilskynde til og belønne decentrale forsøg med nye organisations- og ledelsesformer – fx ved at omprioritere en del af budgettet til dette formål," siger han.

Lokal forankring

Når det kommer til konkrete ændringer på den enkelte afdeling, står og falder reformerne ofte med god lokal forankring og ledelse af projektet. Det er ikke mindst arbejdet med løbende at tilpasse og formidle generelle koncepter til den lokale kontekst, der gør processerne krævende.

John Damm Scheuer lægger vægt på, at der skabes rum og ressourcer til dette vigtige lokale udviklingsarbejde – herunder også til vurderingen og oversættelsen af centralt udmeldte koncepter. "Udviklingsarbejdet skal defineres og prioriteres som 'rigtigt' arbejde. Der skal være bedre muligheder for organisatorisk refleksion og læring i forbindelse med forandringsprojekter. Og der skal sikres en gensidig feedback mellem de lokale oversættere og det centrale niveau," siger han og advarer den centrale ledelse imod at forsøge at styre processerne i detaljer. Den skal i stedet fokusere på de effekter, den ønsker. Så kan praksismiljøerne i højere grad selv vælge, hvilke *midler* de vil bruge for at nå målet. Det er vigtigt at sikre et handlerum og et kreativt miljø for dem, der skal lede forandringerne lokalt. ²³

"Man kan blandt andet understøtte reformprojekter ved at forankre dem hos organisationernes ildsjæle, sikre synlighed, opmærksomhed og belønninger omkring projekterne. Og så skal man forsøge at blive klogere af de projekter, man sætter i gang. Selv om de bør forankres lokalt, skal de indhøstede erfaringer kunne spredes videre rundt i organisationen," siger Finn Borum.

Derimod tror han ikke meget på minutios og detaljeret forberedelse af forandringsprojekter. "Sygehusvæsenet omfatter så forskellige behandlingsteknologier og specialiserede verdener, at generelle styringskoncepters virkning aldrig kan bestemmes på forhånd. Det er ikke bare et spørgsmål om at *forberede* reformerne grundigt nok. For lige meget hvor godt man tænker sig om, kan man simpelthen ikke gennemskue konsekvenserne fra starten. I stedet er det vigtigt at tilrettelægge en proces, der har indbygget løbende evaluering, refleksion og tilpasning. Nøglen til succes med forandringer er at lære af den proces," understreger Finn Borum. ²⁴

²² Janne Seemann & Rasmus Antoft (2002) "Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis" FLOS forskningsrapport 2002-3.

Janne Seemann (2001) "Integrative og disintegrative kræfter i det danske sundhedsvæsens grænserelationer".

²³ John Damm Scheuer (2003) *Patientforløb i praksis – en analyse af en idé oversættelse i mødet med praksis*. Ph.d Series 14.2003. Copenhagen Business School.

²⁴ Finn Borum (2003) "Amternes arbejde med nye ledelsesstrukturer"; i Finn Borum (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Djævelen er i detaljen

Bedre forandringsprocesser i sundhedsvæsenet kræver blandt andet en dyb forståelse af hverdagens praktiske arbejde. Det forudsætter indsigt i de mange mikro-strukturer og rutiner, der får hjulene til at snurre dag efter dag. Djævelen findes ofte i detaljerne i hverdagens indretning, og det gør løsningerne også. Der er derfor behov for flere eksperimenter med dagligdagens organisering. Arbejdsskemaet, karrieresystemet og de elektroniske patientjournaler er eksempler på faktorer, der præger det daglige arbejde på ”usynlige” måder.

Lysten til at forske i det danske sygehusvæsenes indretning er af samme nye dato som politikernes stærke trang til at lave om på den. Før 1980 fandtes der kun meget sparsom dansk samfundsforskning på området. Så da forandringsbølgen begyndte at rulle, bar den også en videnskabelig interesse med sig: Forskerne ville forstå, forbedre, kritisere og evaluere de nye reformer. Ingen sygehusforsker har siden manglet forandringsprojekter at studere, og med strukturreformen i horisonten skulle symbiosen være garanteret langt ud i fremtiden.

Også flertallet af FLOS’ projekter har haft dette møde mellem styringsambitioner og praksis som sin tilgang til sygehusvæsenet. En ny generation af FLOS-forskere har imidlertid i de senere år komplementeret dette perspektiv med et stærkere fokus på hverdagens organisering *i sin egen ret*.

LÆS MERE

- 25 Signe Vikkelsø & Sidsel Vinge (red.)
(2004) *Hverdagens Arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

”Tendensen til at studere sundhedsvæsenet ud fra et reformperspektiv er forståelig, men den har sine bivirkninger. Man risikerer at se hverdagens arbejde og organisering som blot den kulisse, forandringernes drama udspiller sig i. Eller man får kun blik for de dele af hverdagen, som de forskellige reformer søger at påvirke. Vores viden om den daglige arbejdspraksis er imidlertid hverken præcis eller detaljeret nok, hvis vi nøjes med dét,” siger Sidsel Vinge, der er en af eksponenterne for studiet af hverdagens organisering. 25

Og mange af de grundfæstede forestillinger om sygehusvæsenet, der trives blandt dets personale, planlæggere og politikere, viser sig at have store sprækker, når man går tættere på. Det gælder blandt meget andet forestillingerne om:

- At arbejde på sygehusene er gennemsyret af orden og evidens.
- At lægerne er et indspist broderskab, der sidder tungt på magten.
- At redskaber som journal og epikrise blot er neutrale hjælpere i hverdagen.
- At vagtplaner er ens overalt, fordi de er en del af loven eller overenskomsten.

Forestillinger, der i høj grad sætter grænser for, hvilke problemer og mulige forbedringer man overhovedet kan få øje på.

Den strukturerede hverdag

To af de stærkeste elementer i det lægelige arbejdes infrastruktur er lægernes uddannelsesforløb og arbejdsskemaet, de såkaldte rulleplaner.

Speciallægeuddannelsen gør, at en læges karriere foregår som en serie af ansættelser af relativt kort varighed – ofte 6-12 måneder. Dette fortsætter, indtil de er færdige speciallæger. Indtil da er lægerne organisatoriske nomader på vej gennem korttidsansættelser, hvor de skal skaffe point og erfaring nok til at komme videre i systemet. Men specialeskift, kortere vikariater, venten på stillinger, supplerende uddannelse mv. betyder, at det i gennemsnit tager 22 år at tilbagelægge ruten fra stud.med. til speciallæge.

”Denne nomadetilværelse er med til forklare, hvorfor de yngre lægers incitament til at reorganisere arbejdet er ret lille: Det er en proces, der er svær og tager tid, som deres uddannelse ikke ruste dem til, og som desuden oftest vil være til fordel for de kolleger, som følger efter dem selv i de midlertidige stillingers karrusel,” siger Sidsel Vinge. Hun understreger, at man endnu ikke kender virkningerne af den reform af speciallægeuddannelsen, der trådte i kraft i 2004.

Arbejdsskemaet producerer arbejdsfordeling på en ganske bestemt måde, der hænger nøje sammen med lægernes uddannelsessystem. Planlægningen splitter arbejdet op i et puslespil af faste vagtfunktioner og positioner, der bemandes for én dag ad gangen med nye personer. Det betyder, at organisationen er den samme hver dag – og alligevel helt anderledes end dagen før. Positionerne og funktionerne består, men udfyldes konstant af nye læger.

Arbejdsskemaets logik skaber en ekstrem permanens i systemet på godt og ondt. ”De står jo ikke hver morgen på Hvidovre Hospital og tænker: Nu er vi 3.000, der er mødt op. Hvad søren skal vi lave i dag? Systemet fungerer jo – trods en ny rolle-

besætning hver evig eneste dag. Det er da imponerende. Og tager man en yngre læge fra Hvidovre og dumper hende ned i Holbæk eller Hjørring, så vil hun være inde i rutinerne i løbet af 3-4 timer. På den anden side sørger denne infrastruktur for, at kontinuitet i arbejdsrelationer er lige så sjælden eller tilfældig som kontinuitet i patientrelationerne,” siger Sidsel Vinge.

Fragmenterede forhold

Samlet set skaber den måde, det lægelige arbejde er organiseret på, ikke den kontinuitet og sammenhæng, alle er enige om at ønske i sundhedsvæsenet. Tværtimod er den med til at fragmentere forholdene mellem

- læge og organisation – pga. karrieresystemets indretning
- lægen og arbejdet – pga. arbejdsskemaets opsplnitning i funktioner af én dags varighed
- læge og patient, fordi lægernes arbejde er specialiseret på tværs af patientforløbene og kun sjældent foregår samme sted flere dage i træk.

Sidsel Vinge understreger, at det især *sammenhængen* i arbejdets infrastruktur, der fastlægger hverdagens organisering, og at de enkelte organisatoriske enheder ikke fuldstændig suverænt kan ændre alle dele af infrastrukturen. ”Men jeg er tit udsat for læger, der siger, at ændringer i vagtsystemet vil kræve lovændring. Mange tror helt bogstaveligt, at det her er nedfældet i overenskomster og love. At rulleplaner nærmest er lovpligtige. At nytænkning kræver andet og mere, end at en afdeling sætter sig ned og bliver enige om at gøre det anderledes,” siger hun.

Kilder:

Sidsel Vinge & Morten Knudsen (2003) ”Infrastruktur og reformer i sygehusvæsenet”, i Finn Borum (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Sidsel Vinge (2004) ”Kontinuitetens paradoks”, i Signe Vikkelsø & Sidsel Vinge (red.) *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Ved nærmere eftersyn

“Der er en verden til forskel på myten om det velordnede og velorganiserede sygehusvæsen og så hverdagens praksis. Lægerne taler, som om der kan findes en evidens for alt, hvad de gør. De dyrker et ideal om, at der bag hvert skridt, de tager, ligger et solidt datagrundlag. Og nu er flere sygeplejersker også udadtil begyndt at hylde en sådan videnskabelighed. Men i praksis siger alle læger, jeg har talt med, at de godt ved, det ikke forholder sig sådan. At de er nødt til at gå på kompromis med evidensen. Og at netop inden for deres speciale er tingene ikke så entydige, som de bliver stillet op,” siger Signe Vikkelsø.

Hun karakteriserer sygehuset som en kompleks blanding af noget “rationelt” – diagnoser, medicin og operationsteknik – og “bløde” kvaliteter som liv, velbefindende, omsorg, mening osv. “Men i praksis viser selv det mest rationelle og evidensbaserede sig at være ganske kompliceret, svært at afgrænse og med masser af utilsigtede effekter. I praksis er det derfor ofte tåget, hvad opgaverne egentlig går ud på, hvornår de er afsluttede, og hvordan de skal evalueres,” siger hun. ²⁶

Heller ikke fortællingen om de magtfuldkomne læger, der både trives i professionsforskningen og i folkemunde, er helt så sort-hvid, som den ofte gengives.

Det er i hvert fald ikke en homogen gruppe. Over halvdelen af lægerne er nomader. De er ansat i perioder fra 8 uger til 12 måneder, hvor de er placeret lavest i hierarkiet – typisk med et mindre råderum end den gennemsnitlige sekretær. “Jeg vil ikke påstå, at læger ikke har magt, eller at nogle læger ikke har meget magt. Men billedet af det indspiste broderskab,

“Der er en verden til forskel på myten om det velordnede og velorganiserede sygehusvæsen og så hverdagens praksis. Lægerne taler, som om der kan findes en evidens for alt, hvad de gør.”

Signe Vikkelsø

der styrer systemet, må i hvert fald nuanceres. Det er svært at genkende, når man følger yngre lægers hverdag i praksis,” siger Sidsel Vinge.

Også hverdagens kendte redskaber fungerer tit på andre måder i praksis end i teorien. Nye studier af normerne omkring epikrisen viser fx, at den ikke kun skal opfylde sit officielle formål om at give forståelig og brugbar information til *modtagerne*: De udskrevne patienter og deres praktiserende læge. Den fungerer også som en vigtig legitimering af *afsenderen*, fordi lægen her afslutter og dokumenterer sin og kollegernes indsats.

Har man ikke blik for, hvad der faktisk styrer folks adfærd, er den meget svær at ændre. “Det er jo ørkesløst igen og igen at fortælle lægen, hvor vigtigt det er, at patienten forstår epikrisen. Når lægen er optaget af, at det er hans præstation, der er til eksamen,” forklarer Signe Vikkelsø, der har lavet analysen. ²⁷

Hun vurderer, at meget af det, der får en til tider kaotisk hverdag til at fungere, er alternative organiseringsformer og

LÆS MERE

²⁶ Signe Svenningsen (nu Vikkelsø) (2004) *Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde – reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse*. København: Handelshøjskolens Forlag.

²⁷ Signe Vikkelsø (2004) “Brobygning med papir – “den gode epikrise” og den svære koordinering”, i Signe Vikkelsø, & Sidsel Vinge (red.) *Hverdagens Arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Elektroniske patientjournaler

Elektroniske patientjournaler (EPJ) er i den offentlige debat udnævnt til noget af en mirakelkur for sundhedsvæsenet. EPJ er udset til at forbedre håndteringen og delingen af patientdata og dermed bane vej for mere fleksible arbejdsgange, færre fejl og en bedre behandling af og omsorg for patienterne.

Signe Vikkelsø's studie af indførelse af EPJ på to medicinske afdelinger på Svendborg Sygehus tegner et langt mere broget billede af teknologiens konsekvenser for hverdagens medicinske praksis. Analysen viser, at der er mere på spil end at sætte strøm til papirjournalen. Hun konstaterer blandt andet en række vigtige forskydninger i personalets og patienternes roller:

- **Lægerne** bliver mindre autonome og deres arbejdsrytme udfordres
- **Sygeplejerskerne** arbejder mere individuelt og inddrages mere direkte i den medicinske beslutningsproces
- **Sekretærene** bliver *ikke* overflødige, men står fortsat for den løbende oprydning i patientdata.
- **Patienterne** bliver mindre involverede som læsere og medskabere af deres egne sager.

Indførelsen af EPJ betyder som forventet, at en del fejl omkring medicinering undgås, men samtidig opstår der helt nye typer af fejl. Og koordinationen omkring de medicinske aspekter af patienten bliver styrket, men det sker på bekostning af fx psykosociale og etiske aspekter.

Tænk i eksperimenter

Resultaterne bør ifølge Signe Vikkelsø skærpe opmærksomheden om, hvad der rent faktisk sker med hverdag, arbejde, rutiner og relationer, når man bringer en ny teknologi i spil. Ikke bare for at undgå uønskede bivirkninger, men også for at kunne eksperimentere mere kreativt med nye måder at kombinere hverdagens elementer på.

Eksempelvis gik lægen tidligere stuegang med papirjournalen i hånden. Men med EPJ har hun sjældent journalen med. Dels stiller det store krav til hendes hukommelse. Dels gør det dialogen

mellem læge, patient og en evt. sygeplejerske mindre værdifuld – fordi de mangler journalen som fælles udgangspunkt.

”På et lille sygehus forsøgte man at tænke situationen helt anderledes. Hvorfor skal patienten ligge ned? Hvorfor skal computeren være væk? Hvorfor skal lægen stå op? Vi har faktisk et ledigt lokale, så vi laver en slags stuegangskonsultationer, hvor lægen og patienten går sammen ind i et rum, sætter sig omkring computeren og snakker om journalens indhold. Det gav også mulighed for at tale mere privat og uformelt, end når lægen også skal stå og performe foran de andre patienter på stuen. Det er den type eksperimenter, der er brug for flere af,” siger Signe Vikkelsø.

Hun fortæller også, at det, at læger og sygeplejersker nu sidder i samme rum og forbereder sig på patienterne, er en lige så stor kilde til samarbejde som den elektroniske adgang til hinandens data.

Vær opmærksom på bivirkningerne

Risikoen er omvendt, at man tænker EPJ som rendyrket effektivisering – og kommer til at skære noget bort, der faktisk styrkede sammenhængskraften i hverdagen. Et sted har man fx valgt at spare de 15 minutters ”spildtid,” hvor sygeplejerskernes vagter overlappede hinanden.

”De behøvede jo ikke sidde og smalltalke, men kunne gå direkte hen og læse i journalen, hvad der var sket med patienterne. Men dermed lukkede man dels et vigtigt rum for deres faglige dialog. Dels blev det pludselig meget afgørende, hvad der var kommet med i journalen, fordi den ikke blev suppleret med en mundtlig overlevering. Og da journalen typisk kun indeholder alt det om patienten, der er let at skære ud i pap, mistede man vigtig viden om, hvordan patienten faktisk havde det. Viden, som ofte gav patienterne en stærkere følelse af sammenhæng i deres indlæggelsesforløb,” forklarer Signe Vikkelsø.

Kilde: Signe Svenningsen (nu Vikkelsø) (2004) Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde – reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse. København: Handelshøjskolens Forlag.

en masse usynligt arbejde på tværs af de formelle faglige roller. Sekretærer, der vidensarbejder, sygeplejersker, der problemløser, og læger, der er empatiske, selv skriver osv. Hertil kommer, at folk finder forskellige måder at omgås stive rutiner på. De laver fx tværfaglige patientlister, udfylder kun de vigtigste journalrubrikker etc. Endelig er også en række "samlingsværktøjer" med til at skabe en vis sammenhæng i hverdagen. Det gælder fx elektroniske patientjournaler og patientforløbsmodeller.

Nøglen til forandring

Den grundige indsigt i hverdagens stabile strukturer og usynlige sammenhænge er forudsætningen for at få succes med lokale forandringer. Den kan både inspirere til effektive "mikroreformer" og kaste lys over de utilsigtede virkninger af andre forandringsprojekter.

"Der er mange forhold i sygehusvæsenet, som er så rodfæstede, at de fremstår selvindlysende og derfor aldrig bliver genstand for reformer. Alle de rutiner og teknologier, der får hverdagen til at hænge sammen. De bliver opfattet som naturlige redskaber og derfor ikke som en indgang til at forandre hverdagen. I stedet kaster man sig over projekter og kurser, der skal få folk til at arbejde bedre sammen, vise hinanden mere respekt og overvinde deres hævninger eller deres modstand mod forandringer. Det kan være fint nok, men et halvt år efter er en stor del af personalet skiftet ud, mens hverdagens rutiner er præcis de samme," siger Signe Vikkelsø.

Også Sidsel Vinge peger på, at det er vigtigt at gøre denne på en gang skjulte og selvfølgelig infrastruktur synlig og mulig

at bearbejde. "Her kommer vores generelle sprog om organisation og ledelse til kort. At forandre den organisatoriske praksis på et sygehus kræver mere præcise begreber om det særlige ved hverdagens lægelige arbejde," siger hun og benytter selv "arbejdets infrastruktur" som samlet betegnelse for de fænomener, der danner rygraden i det daglige arbejde på alle landets sygehuse. Det gælder fx speciallægeuddannelsen, arbejdsskemaet og konferencestrukturen. ²⁸

"For at lykkes, må reformer bygge på et detaljeret kendskab til arbejdets infrastruktur i praksis. Man må kunne forklare, på hvilke måder en given reform tænkes at spille sammen med, modificere eller helt ændre denne infrastruktur. Det tvivler reformatorer til at tænke langt mere konkret og praktisk," siger Sidsel Vinge.

Når man kender hverdagens konkrete arbejde og infrastrukturens betydning, kan man således bedre forberede sig på forandringsprocessers uforudsigelige karakter. I gennemførelsesfasen kan man se mere åbent på, hvilke aspekter der kan volde problemer, give resultater eller være vigtige at medtænke. Og når reformen skal evalueres, vil man være bedre i stand til at pege på områder, hvor der kan være opstået utilsigtede effekter eller nye dilemmaer.

"Reformer bør bygge på et detaljeret kendskab til arbejdets infrastruktur i praksis.

Reformatorer skal kunne forklare, hvordan en reform tænkes at spille sammen med denne infrastruktur."

Sidsel Vinge.

LÆS MERE

- ²⁸ Sidsel Vinge (2003) *Organisering og Reorganisering af Medicinsk Arbejde på Sygehuse*. Ph.d. Series 9.2003. Copenhagen Business School.

Evidenskulturen

Mange såkaldte implementeringsproblemer skyldes netop, at man ser bort fra hverdagens brogede organisering og enøjjet bekender sig til enten naturvidenskabelig eller bureaukratisk rationalitet.

“Princippet om evidensbaseret behandling går mest på selve behandlingen af patienterne, men det smitter alligevel også af på tænkningen om organisation og ledelse. I jagten på den optimale organisationsform bliver der bundet en masse energi i forlods designede standardmodeller. På den måde bliver mange diskussioner om forandring blot til modifikationer af bureaukratiske forslag, som egentlig passer dårligt til hverdagens organisering,” vurderer Janne Seemann.

Personalets naturvidenskabelige skoling kan ifølge Peter Kragh Jespersen i sig selv udgøre en barriere for nytænkning i sygehusvæsenet, fordi det er så svært for dem at slippe drømmen om evidens og sikker viden.

“Man bruger utrolig mange ressourcer i sygehusvæsenet på at diskutere, om der er overbevisende videnskabeligt belæg for en ny idé. Men al den tavse viden, der produceres hver dag, har ikke rigtig noget afløb – selv om den måske rummer nye og nyttige erkendelser,” siger han og peger blandt andet på håndteringen af fejl. “Kunne man ikke skabe nogle fora, hvor man begyndte at tale om og udnytte den viden, man har om fejl, på en mere kreativ måde end i dag – i stedet for bare at putte det ind i et system og være tilfreds med dét,” spørger han.

Ét eksempel på uventede konsekvenserne af ændringer i hverdagen er princippet om den personlige læge, der så vidt muligt følger patienten igennem hele indlæggelsesforløbet.

“Lægernes uddannelsesforløb er med til at skabe en distance mellem den enkelte læge og organisationen. Lægen er kun kort tid hvert sted, og motivationen for at gøre noget ved misforhold er meget lav.”

Finn Borum

Flere steder, hvor princippet er indført, har man oplevet, at lægernes konference kuldsejler i traditionel form, fordi de ikke længere kan diskutere deres forskellige iagttagelser af patienten indbyrdes – da det nu kun er én af lægerne, der har tilset patienten. Pludselig bliver en reform, der er indført til patientens bedste, et problem for en af arbejdsinfrastrukturens centrale rutiner. Nogle af lægerne føler, at deres konferencer bliver tømt for indhold, og de mister fornemmelsen af kollegialitet og tilhørsforhold.

Den slags dominoeffekter har man ifølge Sidsel Vinge sjældent blik for. Hvis man havde forudset konsekvensen for konferencerne, kunne man måske have diskuteret, hvad man ellers kunne gøre for at styrke den faglige dialog. Men der er en tendens til kun at fokusere på sådanne strukturers formelle funktion og se bort fra, at de også handler om sociale behov og menneskelige følelser. “Og det nytter ikke noget at betragte den slags som irrationelt og ineffektivt, når man skal arbejde med rigtige mennesker i virkelige organisationer,” siger Sidsel Vinge.

Hun foreslår, at den slags ændringer får status af eksperimenter, hvor man nysgerrigt og åbent undersøger, hvilke positive og negative virkninger de får. Det indebærer også at arbejde

ud fra den devise, at enhver reform må rettes og justeres for at passe til en organisation. Og at både reformatorer og især medarbejderne derfor bør være fagligt klædt på til at kunne arbejde aktivt med sådanne organisatoriske reformer i praksis. ²⁹

System med indbygget opsplitting

Selv om de enkelte afdelinger har et stort spillerum for andre måder at organisere hverdagen på, er der grænser for deres muligheder for at bryde med visse dele af infrastrukturen. Det gælder fx et område som den måde, speciallægeuddannelsen er tilrettelagt på med mange korte og skiftende ansættelser.

“Lægernes uddannelsesforløb er systematisk med til at skabe en distance mellem den enkelte læge som individ og så organisationen. Lægen er kun kort tid hvert sted, og motivationen for at gøre noget ved misforhold er meget lav. Mange tænker nok, at det kan de jo alligevel ikke gøre noget ved. Det ligger ligesom i systemet, at man kommer til at tage nogle måder at organisere sig på for givet. Og det er uddannelsens struktur med til at vedligeholde,” siger Finn Borum.

Han mener, at man burde overveje, om uddannelsen af læger på sygehusene kunne tilrettelægges, så lægerne fik en stærkere – og måske længere – tilknytning til den enkelte afdeling. Det ville gøre det muligt at lægge nogle elementer ind i uddannelsen, der ansporede lægerne til at bidrage til den organisatoriske udvikling. “I dag betragtes den slags – ja, alt

“Man bruger mange ressourcer på at diskutere, om der er videnskabeligt belæg for en ny idé. Men al den tavse viden, der produceres hver dag, har ikke rigtig noget afløb.”

Peter Kragh Jespersen

andet end det medicinsk faglige – som forstyrrende elementer,” siger Finn Borum, der også peger på spaltningen mellem læge- og sygeplejeuddannelsen som en uantastet del af hele sygehusvæsenets infrastruktur.

“Systemet bygger grundlæggende på, at de forskellige faggrupper har hver deres uddannelse, hvor de lærer om deres egen verden – og så mødes de først ude i produktionen. Kunne man forestille sig en helt anden type modulopbygget uddannelse med en fælles indgang og forskellige specialiseringsveje? En model, hvor man også kunne vende tilbage efter et stykke tid i praksis og fortsætte en lægeuddannelse. Det er næsten kun fantasien, der sætter grænser,” siger han.

LÆS MERE

- ²⁹ Sidsel Vinge & Morten Knudsen (2003) “Infrastruktur og reformer i sygehusvæsenet”, i Finn Borum (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Hvordan skal sygehusene ledes?

Den vigtige debat om ledelse i sygehusvæsenet er kørt fast i faglige fejder og mytemageri. Der er brug for både sundheds- og ledelsesfaglig kunnen på de udførende niveauer. Her er ledelseskraften i dag ofte for spinkel til at løfte de krævende opgaver. Ledere i sygehusvæsenet trænger mere til tid til at gennemtænke deres særlige ledelsesudfordringer og handlemuligheder end til endnu et kursus i generelle ledelsesprincipper.

Der er brug for et sporskifte i debatten om ledelse i sygehusvæsenet. Efter i mange år at have diskuteret, hvem der skal lede hvem, er der brug for at komme til sagens kerne: Hvorfor er det så svært at være leder i sygehusvæsenet? Hvad er de vigtigste ledelsesmæssige udfordringer? Og hvordan udvikler man de kompetencer, det kræver at lede professionstunge organisationer igennem forandringer?

Sådan lyder opfordringen fra de FLOS-forskere, der fra mange forskellige vinkler har studeret ledelse i det danske sygehusvæsen – med den vigtige tilføjelse, at ingen af spørgsmålene kan besvares generelt. Hvad der gælder for direktøren på Herlev Sygehus vil ofte have meget lidt at gøre med situationen for en adm. overlæge på Farsø Sygehus.

“Diskussionen om *ledelsesmodeller* og forsøget på at udbrede én model til alle rider det danske sygehusvæsen som en mare. Som om dét var mere interessant end at diskutere, *hvordan* man udøver god ledelse,” siger Peter Kragh Jespersen.

Den debat er ikke mindst påkrævet, fordi der både på sygehusene og blandt politikere, forvaltere og forskere trives mange misforståelser af ledelsesopgaven. En af dem er, at sygehuse er helautomatiske behandlingsmaskiner, hvor ledelse hverken gør fra eller til.

Derfor er Eva Zeuthen Bentsens pointe ikke så selvfølgelig, som den lyder: “Når lederne brænder for sagen, når de virkelig vil forandre organisationen, og når de tager både opgaven og medarbejderne seriøst, så gør ledelse faktisk en stor forskel. Selv i et system, der er så selvkørende, er god ledelse helt afgørende,” slår hun fast – bl.a. ud fra egne studier af ledere på Rigshospitalet.

Og lederne har reelt et betydeligt større råderum til at lede, end mange af dem selv forestiller sig.

“Når lederne brænder for sagen, når de virkelig vil forandre organisationen, og når de tager både opgaven og medarbejderne seriøst, så gør ledelse faktisk en stor forskel. Selv i et system, der er så selvkørende.”

Eva Zeuthen Bentsen

“Det er en myte, at lederne i sygehusvæsenet har meget lille handlefrihed. Tag fx overenskomstsystemet, som mange ledere siger, binder dem på hænder og fødder. Men hver gang man undersøger det, viser det sig, at bindingerne er relativt

Stor forskel på ledelsesopgaverne

Både på sygehus- og afdelingsniveau afhænger ledelsesopgaven i høj grad af den enkelte enheds karakter. Det gælder især på følgende tre områder:

Sygehusstrukturen

- I en sygehusstruktur med **funktionsbærende enheder** taler man ikke længere om sygehuse som en organisatorisk, men alene som en fysisk enhed. Her er sygehusledelsens opgave ændret ganske betydeligt. Nogle ledere siger spøgefuldt, at de er blevet viceværter, fordi de alene har ansvaret for at få logistikken og den fysiske struktur til at fungere.
- De steder, hvor man leder **”det store sygehus”**, er opgaven især at skabe en samlet identitet for organisationen og at få de adskilte afdelinger til at hænge sammen. Det gælder fx typisk de såkaldte centralsygehuse.
- På **små sygehuse** er sygehusledelsens vigtigste opgave at få sygehuset til at overleve. At positionere sygehuset i den gevaldige omstrukturingsproces, som er i gang. Her gælder det i høj grad om at kunne omstille sig og fx finde en god og stabil niche.

Sygehusets størrelse

- På **det store sygehus** sammenligner ledelsen selv ofte organisationen med en supertanker. Da det består af et antal ret selvstændige specialer, handler meget udvikling om at ændre kursen gennem andres ledelse. Toplevelsen kan ikke dreje skibet ved egen kraft alene. Den har måske kontakt med 20-40 mellemledere – og under dem er der endnu et lederlag på op til flere hundrede personer.
- På et typisk **centralsygehus** med en 3-400 senge er det derimod muligt at føre en løbende dialog med de nærmeste afdelingsledere. Her har sygehusledelsen et forum, der faktisk kan bruges til at flytte noget.

- På **det lille sygehus** kan dialog foregå med enkeltpersoner på afdelingsniveau og med tillidsrepræsentanterne. Ledelsen kan samle dem til drøftelser, og der er mulighed for i fællesskab at gå i detaljer med ledelsesudfordringerne.

Det faglige indhold

- I den ene ende af skalaen ligger fx **en stor laboratorieafdeling**, der på mange måder ligner en industriel produktionsvirksomhed. Man arbejder som på en fabrik og bliver også ledet sådan. Meget af ledelsen ligger i at vedligeholde og udvikle rutinerne samt i at indkøbe (dyrt) udstyr og lære de ansatte at betjene det.
- I midten ligger **de kirurgiske afdelinger**. Her er det karakteristisk, at pleje og behandling er to adskilte verdener. Det giver sig også udslag i, at de slet ikke taler om ledelse. Og det giver sig fysisk udtryk i, at læger og sygeplejersker holder til hvert sit sted.
- På **de medicinske afdelinger** taler man sammen på en anden måde. Interaktionen mellem læger og sygeplejersker er meget mere daglig intensiv, og det slår også igennem i ledelsesdiskussionen. Her hører man metaforer om ægtepar, der tænker ens osv.

”På alle niveauer slår konteksten igennem både i ledelsespraksis og i forestillingerne om ledelse. Derfor skal man heller ikke køre de samme ledelsesmodeller ud på alle typer af sygehuse eller afdelinger. Ledelse skal faktisk tilpasses det, der skal ledes. Undskyld, det er så banalt, men det er ikke desto mindre epokegørende nyt mange steder,” siger Peter Kragh Jespersen.

Kilde:

Peter Kragh Jespersen (2003) ”Sygehusledelser mellem interne strategier og institutionelle krav”, i Finn Borum (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

få og små. Og selv om ressourcerne kan være knappe, så er det lederne selv, der i meget vid udstrækning bestemmer, hvordan de skal bruges,” siger Peter Kragh Jespersen.

“Jeg synes, at lederne skulle spørge sig selv: Er der nogen, der bestemmer, om jeg må lave om på min personalesammensætning. Er der nogen, der bestemmer, hvor tit jeg holder møder med folk, og hvilke møder jeg selv går til? Er der noget, der forhindrer mig i at frigøre 5 pct. af det næste årsbudget og bruge dem til at udvikle min afdeling?” foreslår Eva Zeuthen Bentsen.

At ledelse er *mulig*, betyder imidlertid ikke, at den er simpel at udøve. Der er mange forhold, der gør ledelse inden for netop sygehusvæsenet til en særlig udfordring. Derfor er det også sjældent en opskrift på succes blot at efterligne den måde, man leder på i andre typer af organisationer.

Også internt i sygehusvæsenet er forskellene på ledelsesopgaven så betydelige, at der ikke findes fælles ledelsesprincipper for hele sektoren. Variationen afhænger ikke kun af, på hvilket af væsenets mange *ledelsesniveauer* man opererer: Politik - forvaltning - sygehus - funktionsbærende enhed - center - klinik eller afdeling. Også to sygehusdirektører – eller to afdelingsledere på samme sygehus – kan stå med meget uens problemer og muligheder.

FLOS har i særlig grad studeret ledelsesudfordringer på de nederste trin i ledelsespyramiden – tættest på de fagprofessionelle miljøer. *Hovedvægten* i denne artikel er derfor lagt på denne type ledelse på afdelings- eller klinikniveau.

“Det er tydeligvis svært for de administrerende overlæger at forene en lægelig karriere med lederrollen – undtagen for lederne af de største afdelinger. De har ikke længere noget personligt valg.”

Hanne Sognstrup

Ledelse blandt professioner

Ud over de turbulente omgivelser er også sygehusvæsenets dominerende medarbejdergrupper og deres faglige kultur med til at gøre ledelsesopgaven til noget specielt.

På afdelingsniveau er der således den ekstraordinære udfordring, at de forskellige professioner hele tiden stræber efter at få kontrol med ledelsen af deres egen faggruppe, og at de *ikke* er enige om, hvordan afdelingsledelsen bør indrettes. Hanne Sognstrup har i sin forskning dokumenteret, at “professionernes ledelsesprojekter” har en stærk evne til at sætte sig igennem, uanset hvilken ledelsesmodel man vælger, og uanset hvor dygtige og initiativrige de enkelte ledere så måtte være.

Hertil kommer så – og det gælder, uanset om lederen er læge eller fx sygeplejerske – hierarkiet mellem personalegrupperne. Der er fx store indbyrdes sociale og kulturelle forskelle mellem forskellige faggrupper, som ofte er i indbyrdes konkurrence om ressourcer og prestige.

Fra fælles til entydig ledelse?

På afdelingsniveau er der de sidste 20 år lanceret to grundkoncepter for fordelingen af ledelsesansvaret

- **Fælles afdelingsledelse** gav sygeplejerskerne en formel ligestilling med lægerne i afdelingsledelserne. Det anfægtede lægernes historiske monopol på den formelle afdelingsledelse, og ligevægten mellem professionernes ledelsesstrategier blev først fundet efter en åben konflikt mellem lægerne og de offentlige arbejdsgivere. Løsningen var, at lægerne i praksis kunne få det sidste ord, samtidig med at sygeplejerskerne fik del i flere dimensioner af ledelsesopgaverne. På den måde blev begge parter tilgodeset.
- **Entydig ledelse** er et nyere begreb, men dækker på en måde også situationen før den fælles ledelses indtog i 1984, hvor lægerne stort set havde uindskrænket ret til at lede afdelingerne. Genintroduktionen af modellen – anbefalet af Sygehuskommissionen og knæsat gennem aftalen mellem Amtrådsforeningen og regeringen – har givet lægerne mulighed for en offensiv fortolkning af deres ledelsesstrategi og at intensivere argumentationen om, at entydig afdelingsledelse bør være entydig lægelig ledelse.

I den forstand er der sket en forskydning i retning af den lægelige ledelsesstrategi. Men lægerne mener dog fortsat, at sygeplejerskerne i praksis og pr. delegation skal lede sygeplejen – også i modeller, hvor lægen formelt har den entydige ledelse. Uenigheden mellem de to professioner går på den hierarkiske orden mellem professionerne – ikke på det principielle om, at man skal lede sin egen profession.

Nissen flytter med

”Studiet af 30 års debat om afdelingsledelse viser tydeligt, at de professionelle ledelsesstrategier *ikke* ændres, blot fordi der

optræder et nyt koncept som entydig ledelse eller en ny ledelsesmodel som den fælles afdelingsledelse. De er en dybt integreret del af selve professionernes eksistens og identitet, fordi kernen i det at være professionel er så tæt knyttet til det faglige selvstyre. Og da ingen drømmer om at fjerne professionerne, må de populært sagt tage de professionelle ledelsesstrategier med i købet. Det drejer sig kun om, hvordan de kan komme til udtryk, ikke om hvorvidt de er der eller har betydning,” siger Hanne Sognstrup.

Hun vurderer, at hvis fortolkningen af entydig ledelse kommer til at betyde, at sygeplejerskerne ikke får plads til at realisere kernen i *deres* ledelsesstrategi, vil de formentlig reagere defensivt.

Det vil øge spændingen mellem læger og sygeplejersker i hvert fald i en periode. Hun ser spørgsmålet om, af hvem og hvordan sygeplejen skal ledes i fremtidens sygehusvæsen, som kernen i udformningen af den entydige ledelse. ”Hvad gør man, når nu lægerne tilsyneladende ikke vil, og hvis sygeplejerskerne ikke får lov,” spørger hun.

Peter Kragh Jespersens bud er, at det også i fremtiden i praksis bliver sygeplejersker, der kommer til at lede sygeplejersker, men at der i tilfælde af uenighed i ledelsen vil være en entydig leder – som regel en læge – som kan afgøre uenigheden. ”Vores forskning viser, at både lægerne og plejepersonalet mener, at sygeplejen skal have fagligt selvstyre. Det mener de ledende læger også. De frabeder sig klart opgaven med at lede sygeplejen,” siger han.

Kilder:

Hanne Sognstrup (2003) *Professionelle i afdelingsledelse*. Ph.d. afhandling. Aalborg Universitet.

Peter Kragh Jespersen (2005) *Mellem profession og New Public Management - Ledelse på sygehuse*. København: Handelshøjskolens Forlag.

“Jeg tror ikke, man finder mange andre arbejdspladser, hvor så mange “klasser” går op og ned ad hinanden hele dagen: Fra rengøringsfolk og portører over sosu-personale og sygeplejersker til læger. De bor forskellige steder, har forskellig uddannelse, tjener forskelligt osv. Det er en kæmpe udfordring at få dem til at føle noget, der er fælles,” siger Eva Zeuthen Bentsen.

Hvem kan lede hvem?

De sidste 20-30 år har budt på en ganske voldsom debat i de sundhedsfaglige og –politiske miljøer om fordelingen af ledelsesansvar mellem især læger og sygeplejersker. Der har været en meget klar linje i de to professioners strategier på området:

- **Læger vil kun ledes af læger:** De opfatter sig selv som de naturlige ledere i sygehusene. Hvis der kun skal være en leder på et område, skal det være en læge. For læger er det utænkeligt, at andre end læger kan træffe ledelsesmæssige beslutninger, der vedrører behandlingsformer og faglige prioriteringer
- **Sygeplejersker vil selv lede sygeplejen:** Deres ledelsesstrategi som profession går ud på at opnå ledelsesretten over plejeområdet inkl. ledelsen af de øvrige plejegrupper. Siden 1980'erne har de desuden søgt at udvide ledelsesområdet med generelle ledelsesopgaver.

Hanne Sognstrup, der har fulgt debatten både på det nationale og lokale niveau, har således konstateret, at den konkrete ledelsespraksis kun bliver ændret, hvis begge professioner kan se deres strategier tilgodeset. Derfor slog lægerne sig kraftigt i tøjret, dengang den fælles afdelingsledelse blev introduceret. Og derfor er sygeplejerskerne bekymrede over

fortolkningen af det nye princip om entydig ledelse, der alt andet lige er en styrkelse af lægernes position.

“I praksis interesserer sygeplejerskerne sig ofte mere end lægerne for det organisatoriske. Derfor er det lidt paradoksalt, at de nu ser ud til at få en mere tilbagetrukket rolle,” påpeger Peter Kragh Jespersen.

Men i den daglige praksis bøjer parterne de principielle synspunkter ganske langt mod hinanden. “De lokale tolkninger på afdelingerne er ikke så firkantede som professionernes officielle principper. Her indgår læger og sygeplejersker relativt vidtgående lokale kompromisser mellem deres respektive ledelsesstrategier,” siger Hanne Sognstrup.

Og Peter Kragh Jespersen kan også i sin forskning konstatere, at langt de fleste administrerende overlæger accepterer den nuværende fælles afdelingsledelse. Blandt andet fordi de mener, at den har ført til et bedre samarbejde mellem faggrupperne, mere udvikling og bedre økonomistyring. “Men de kan under ingen omstændigheder acceptere at have en sygeplejerske siddende som den entydige leder. Der går deres smertegrænse. Og blandt andre overlæger, fastansatte og reservelæger trives de klassiske lægeforestillinger. De mener, at entydig ledelse er entydig lægeledelse,” siger han.

Ledelse blandt ligemænd og -kvinder

Ledelse inden for den enkelte faggruppe kan også være en vanskelig opgave – specielt i en periode, hvor det er nødvendigt at sætte spørgsmålstejn ved veletablerede institutioner. ³⁰ Her har lægerne en række kvaler med at lede egen faggruppe, som man ikke finder magen til hos fx sygeplejerskerne. ³¹

LÆS MERE

³⁰ Eva Zeuthen Bentsen (2003) “Lægelige ledere som institutionelle entreprenører”, i Finn Borum (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

³¹ Hanne Sognstrup (2003) *Professionelle i afdelingsledelse*. Ph.d. afhandling. Aalborg Universitet.

Klinikchefer om at lede fagfæller

Nedenstående citater stammer fra en interviewundersøgelse blandt klinikchefer på Rigshospitalet, der som læger har fået ledelsesansvar for andre læger.

”I øjeblikket er man som klinikchef inde i en virkelig besværlig situation. På den ene side har man en hundredårig tradition for, hvordan overlæger gebærder sig – frihedsgrader, og hvordan de bliver ledet eller ikke ledet. På den anden side har vi et politisk administrativt system, som nu pludselig vil have enormt styr på, hvad de her læger går og laver.”

”Når jeg snakker udviklingsplaner for dem – og det vil de gerne have – skulle jeg jo lige over den hurdle at sidde og snakke med en læge, som havde været min overlæge, da jeg var kursist herinde, og som er 15 år ældre end mig.”

”Jeg kan udstikke en lodret ordre og sige, at sådan vil jeg have det, og jeg vil ikke diskutere det. Det vil jeg kunne slippe af sted med over for 1. reservelægerne og reservelægerne. I ekstremerne ville jeg også kunne gøre det med overlægegruppen, men det ville i 99 pct. af tilfældene forudsætte, at der havde været en forudgående diskussion... Fordi vi er meget jævnaldrende og har meget til fælles også fagligt, så skal grænsen hele tiden prøves af – hvor langt accepterer jeg egentlig, der bliver gået.”

”Den gruppe, der retter sig mindst efter mig, er overlægegruppen, som ledelsesmæssigt giver mig et kraftigt modspil. Det er forskellige ledelsessituationer afhængig af, om jeg har overlægegruppen, den øvrige lægegruppe eller plejegruppen.”

Kilde: Eva Zeuthen Bentsen (2003) ”Lægelige ledere som institutionelle entreprenører”, i Finn Borum (red.) *Ledelse i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

For det første lægeprofessionens tradition for autonomi. Eva Zeuthen Bentsen har i sin forskning konstateret, at ”lægefaglighed og accept af ledeshierarki er modsatrettede eksistenser, som er vanskelige at forene. Et centralt kriterium i en kultur, der lægger vægt på faglighed, er retten til at være uenige, hvorimod det afgørende i en mere hierarkisk kultur er lederens ret til at træffe en beslutning,” argumenterer hun.

For det andet kan der være betydelige vanskeligheder og personlige omkostninger forbundet med at tage ledelsesansvar for den faggruppe, hvor man har fundet en stor del af sin faglige identitet og sit sociale netværk. Ifølge Finn Borum har mange især vanskeligt ved at håndtere relationer til andre overlæger og professorer, der repræsenterer den traditionelle lægekultur. ”Som lægelig leder kan der være et særligt tab forbundet med at opleve en distance til eller direkte udelukkelse fra ens tidligere kollegiale fællesskab. Et tab, der nok er

voldsommere end i mange andre brancher, hvor fagfolk også bliver ledere,” vurderer han.

For det tredje tyder meget på, at det i hvert fald på afdelingsniveau er uomgængeligt at have en vis lægefaglig baggrund og ballast for at opnå den nødvendige troværdighed og respekt som leder. Denne præmis vender vi tilbage til. Det betyder i praksis, at så godt som alle administrerende overlæger fortsætter med at udøve deres fag i større eller mindre udstrækning. De er kun ledere på deltid.

Peter Kragh Jespersen konstaterer, at lægelederne bruger imellem 15 og 90 pct. af deres tid på klinisk arbejde. Selv lederne af de allerstørste enheder ønsker at være klinisk aktive. Og det er, siger han, urealistisk både at være leder af en stor afdeling og samtidig aktiv i daglig behandling og pleje.

Hanne Sognstrup deler i sin forskning de lægelige afdelingsledere op i tre kategorier:

- **Klinikeren** – der bruger størstedelen eller al sin tid på det kliniske arbejde og således leder afdelingen *igennem* sit lægelige virke. Denne ledertype betragter afdelingens øvrige overlæger som autonome kolleger, der grundlæggende skal ledes så lidt som muligt og da "med let hånd".
- **Både-og-lederen** – der fortsat er klinisk aktiv, men ikke på fuld tid. Også denne type vælger som regel ledelsesstil, der bygger på konsensus og inddragelse af de øvrige overlæger. Men der spores alligevel en vis erkendelse af, at overlægernes anarkisme og individualisme bør overvindes.
- **Den generelle leder** er et mindretal, der primært karakteriserer sig selv som ledere og deres lægelige profession som en *baggrund* for jobbet. De tænker ofte ledelsesopgaven som at *påvirke* læge- og personalegruppens kultur og holdninger – og på den måde drive afdelingen i retning af politiske eller strategiske mål.

"Det er tydeligt, at det er svært for de administrerende overlæger at forene en lægelig karriere med lederrollen – undtagen for lederne af de største afdelinger. De har ikke længere noget personligt valg, fordi det ikke er praktisk muligt for dem at forblive klinisk aktive," siger Hanne Sognstrup.

Hun tilføjer, at de ledende sygeplejersker ikke har de samme problemer med at lede egen faggruppe. Dels har sygeplejerskerne i højere grad end lægegruppen et ledeshierarki, som giver dem mulighed for relativt tidligt i karrieren at prøve sig selv af som ledere. Dels ligger det i sygeplejerskernes kultur, at de opdrages til at acceptere ledelse. Sygeplejerskerne har også bedre muligheder for at arbejde med rollen som personaleleder, fordi plejegruppen på mange sygehuse udgør afdelingernes stabile kerne med færre udskiftninger end blandt lægerne.

Behovet for generel ledelse

Lægernes ønske om ledelsesmonopol har ikke kun været anfægtet af sygeplejersker og andre hvidkittede. En stærk strøm i den ledelsesteoretiske debat har anbefalet *professionelle* eller såkaldt *generelle* ledere. Det vil sige personer med en bredere ledelsesfaglig baggrund – i folke- og lægemunde ofte blot "djøf'ere".

Ifølge Peter Kragh Jespersen har denne efterspørgsel på sygehusniveauet været helt berettiget. "Der er i øjeblikket et markant kulturelt og strukturelt opbrud i sygehuset som organisation, der højt og tydeligt kalder på generel ledelse," siger han. Men han understreger, at dette behov på de øverste ledelsesniveauer *ikke* kan generaliseres længere ned i organisationen.

"Man burde eksperimentere meget mere med konstruktioner, som udnyttede princippet i at have en direktion. Altså involverede flere engagerede mennesker i en samlet ledelsesopgave."

Peter Kragh Jespersen

"Der kan derimod sættes alvorlige spørgsmålstegn ved forestillingen om, at generelle ledere også bare kan sættes i spidsen for de enheder, der har det umiddelbare ansvar for behandling og pleje," siger han. På fx afdelingsniveau er problemet, at lederne *både* har brug for generalistkompetencer inden for økonomi, personale, kommunikation og strategi og er nødt til at være nogenlunde på omgangshøjde med den faglige udvikling. Af to grunde.

Dels fordi det er meget svært i praksis at sætte skarpe skel mellem ledelse og klinisk arbejde. Det kræver kort sagt en vis sundhedsfaglig indsigt at udføre et godt lederjob på afdelingsniveau. Dels fordi decentral ledelse i professionaliserede

Myten om djøfisering

Trods den megen debat om djøf'ernes indtog, har de fagprofessionelle fortsat meget betydelig indflydelse på ledelsesniveau i sygehusvæsenet.

På **sygehusniveau** er professionerne solidt inddraget i ledelsen, hvad enten de fungerer i en trojka, med en generalist som direktør eller selv sidder på direktørposterne. Og uanset anbefalingerne fra Sygehuskommissionen om entydig ledelse er trojka-modellen stadig dominerende – nu med direktøren som endelig ansvarlig for den samlede sygehusdrift.

"I øvrigt er man mere afslappet end tidligere, når det gælder posten som sygehusdirektør. Efterhånden er en hel del sygehusdirektører læger eller sygeplejersker. Det er ikke entydigt, at djøf'erne rykker ind," vurderer Peter Kragh Jespersen.

På **centerniveau** – og i de funktionsbærende enheder - sker der en udvikling i retning af entydig lægelig ledelse. Typisk sådan, at lægerne får det totale ledelsesansvar, som på udvalgte områder kan delegeres til andre. Her har der været enkelte eksempler på generalister i chefstillinger. Men i 2003 var der på landsplan i alt kun ansat 46 djøf'ere i centre og funktionsbærende enheder.

På **afdelingsniveau** har professionerne de facto monopol på ledelsen. Der er ingen eksempler på generalistledelse på dette niveau. Og på de fleste sygehusafdelinger er der fortsat fælles afdelingsledelser med forskellige former for klausuler, der skal sikre entydigheden.

"Alle de ledere, vi har talt med, har afvist, at djøf'icering er et problem. Tværtimod havde de mange roser til de djøf'ere, som de havde daglig kontakt til," siger Peter Kragh Jespersen.

"Det er en medieskabt debat, som handler om noget andet. Dels er den en reaktion på New Public Management-bølgen. Dels udspringer den af en generel frustration over ikke at vide, hvad man skal stille op med nedskæringer, hvordan man skal håndtere omstillingspres osv. Og da væsenet så samtidig generelt taber legitimitet, er det hele løbet sammen i overskriften djøf'icering. Men det er lidt ironisk, for hvis du ser på den konkrete magtfordeling på sygehusene, er det jo stadig lægerne, der dominerer. Og djøf'erne er som regel flinke og omgængelige typer. Det er ikke *dem*, der pisker konflikterne op," siger Eva Zeuthen Bentsen.

organisationer *i særlig grad* er afhængig af de ansattes engagement og deltagelse. "Og det kræver, at ledelsen har en høj grad af legitimitet, som jeg ikke er sikker på, at generelle ledere kan opnå blandt de fagprofessionelle. Og kan de ikke det, får de meget svært ved at gennemføre den effektive ledelse, der er hovedargumentet for at give dem ledelsesansvaret," siger Peter Kragh Jespersen.

Stabilitet eller forandring

"Kunsten i at lede de professionelle er i virkeligheden både at *engagere* og *udfordre* dem. Hvis man ikke engagerer dem,

bliver al ledelse op ad bakke. Hvis man ikke udfordrer dem, udebliver fornyelsen. Det er den balance, man skal finde. Og det tvivler jeg på, at sundhedsfaglige ledere *umiddelbart* kan klare selv. Der skal noget mere til. Enten ved at uddanne de lægelige ledere eller ved at inddrage andre faggrupper i ledelsen," siger Peter Kragh Jespersen.

"Mine studier viser, at man som leder tæt på produktionen skal have sin sundhedsfaglige baggrund i orden. Men også, at der så kommer til at mangle noget andet. Tilknytning til professionen gør nok ledelsen legitim, men nok ofte også for

indspist. Nogle afdelinger kunne have godt af, at man nogle gange kastede en helt anden type leder ind – måske bare i en periode – for at udfordre systemet mere grundlæggende,” siger Eva Zeuthen Bentsen.

Hun vurderer, at man i højere grad skal overveje, hvilke opgaver ledelsen skal løse, og så vælge profiler efter det. “Hvis man fx vil nøjes med at forbedre det eksisterende system, skal man nok tage nogen med en sundhedsfaglig profil. Men hvis man virkelig vil tænke i markant nye systemer, skal man i hvert fald have andre kompetencer med i baghånden,” siger hun.

Fremtidens lederskab

Og ifølge Peter Kragh Jespersen har mange dele af sygehusvæsenet brug for både flere og bredere ledelsesressourcer.

“Der er alt for få ressourcer til at tænke i nye baner. Bare det at opbygge nye centre og funktionsbærende enheder er jo en kæmpeopgave i sig selv. Det kan man ikke gennemføre ordentligt uden at ofre nogle ekstra ledelsesressourcer på sagen. Enten ved at knytte nye folk til ledelsesfunktionen eller ved at engagere flere af de allerede ansatte i ledelsesopgaven. Det er helt afgørende,” siger han og undrer sig fx over, at der selv i meget store afdelinger ofte ikke er nogen ansat til at bakke den formelle afdelingsledelse op.

“Prøv at sammenligne en stor ortopædkirurgisk afdeling på Aalborg Sygehus med det lille Farsø Sygehus. Afdelingens ledelse består af en overlæge, en oversygeplejerske og en ledende lægesekretær. Og kun dem. Både personale- og

budgetmæssigt er den afdeling større end det samlede Farsø Sygehus, hvor ledelsen har en hel stab til rådighed. Foruden selve trojka-ledelsen i toppen er der 7-8 djøf’ere og nogle sekretærer. Og jeg tror ikke, at Farsø Sygehus er overadministreret. Men det siger noget om, at der på mange større afdelinger simpelthen mangler ledelsesmæssig power,” siger Peter Kragh Jespersen.

Det handler ikke nødvendigvis om at erstatte en sundhedsfaglig leder med en anden slags leder. Alternativt kunne ledelsen knytte fx nogle djøf’ere og nogle kommunikationsfolk til sig som stab eller direkte i en form for direktion – sådan som det også sker på sygehusniveau. Den tankegang så Peter Kragh Jespersen gerne udbredt i hvert fald til det midterste ledelseslag på centre og funktionsbærende enheder – i stedet for her blot at reproducere den gamle model for afdelingsledelse.

“Man burde eksperimentere meget mere med konstruktioner, som udnyttede princippet i at have en direktion. Altså involverede engagerede mennesker – gerne med en faglig baggrund – i en samlet ledelsesopgave, hvor én person for bordenden så havde det sidste ord. Det kunne være et bidrag til at løse den gordiske knude om ledernes behov for dobbelte kompetencer. Jeg er helt sikker på, at ledelsen kunne forbedres gevaldigt, hvis man bakkede lederne noget mere op,” siger Peter Kragh Jespersen.

Balancekunstnere

Ifølge Finn Borum har fornyelsen af sygehusvæsenet en ekstra dimension, der rækker videre end blot et mindre dogmatisk syn på lederens faglige baggrund eller et styrket ledelses-

“Når man uddanner ledere, skal man ikke lade som om, at de skal ud og administrere et stabilt system. Man bør lægge hovedvægten på at træne dem i at lede i en foranderlig og usikker kontekst.”

Finn Borum

Et andet syn på ledelse i sygehusvæsenet

Ledelse	snarere end	Administration
Refleksion over ledelsesopgaven	snarere end	Imitation af generel ledelsesteori
Kompetencer forankret i egen praksis	snarere end	Formelle kvalifikationer
Kollektiv læring	som supplement til	Individuel læring
Tværfaglige projekter	som supplement til	Monofaglige kurser
Fokus på basisuddannelse	som supplement til	Fokus på videre-/efteruddannelse

Finn Borum (2002) "Ledelse blandt læger". *Ledelse & Erhvervsøkonomi*, 1/2002: 15-27.

team. Han vurderer, at ledelsesopgaven i sygehusvæsenet kræver en ny måde at tænke om ledelse på. At der er behov for at rokke ved selve ledelsestraditionen på sygehuset.

Han vurderer, at de tre vigtigste ledelsesudfordringer i dag er at håndtere dilemmaer og usikkerhed, at medvirke til organisatorisk fornyelse og at skabe nye lederroller, der bygger bro mellem faglige kulturer.

Disse ambitioner skal vel at mærke indfries i en tid, hvor omverdenen stiller mange og ofte modsatrettede krav. Det betyder blandt andet, at lederen konstant skal prioritere i bunken af tilbud og påbud om forandring. Først skal hun finde ud af, hvilke reformer og ideer det er mest fornuftigt at arbejde videre med. Derefter skal hun formå at få oversat disse ideer, så de giver bedst mulig mening i hendes egen organisation. Og endelig skal hun tilrettelægge en forandringsproces, der integrerer de involverede faggrupper på en konstruktiv måde.

"Lederne skal på mange måder være balancekunstnere. Først og fremmest skal de balancere mellem forskellige styringsrationaler: Det lægelige, det plejefaglige, det økonomisk-administrative og brugernes rationale. ³² Hertil kommer så spændingen mellem de forskellige faggruppers projekter plus hensynet til politiske ønsker på nationalt, regionalt og lokalt niveau. Alle disse modsætninger er indbygget som et grundvilkår for ledelse i sygehusvæsenet," siger Finn Borum.

"Når man uddanner ledere, skal man ikke lade, som om de skal ud og administrere et stabilt system. Man bør lægge hovedvægten på at træne dem i at lede i en foranderlig og usikker kontekst. Det kan man fx gøre ved at bruge konkrete forandringsprojekter som udgangspunkt for at blive klogere. Det kan samtidig være et middel til at gøre lederudvikling til mere end en individuel læreproces. Hvis projekterne forankres i lederens egen organisation, er der meget bedre mulighed for at forbinde lederudvikling med udvikling af hele organisationen," siger han.

LÆS MERE

³² Preben Melander (1999) "Økonomistyring og organisatorisk skizofreni – om fattige sprog, løse koblinger og onde cirkler"; i Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdottir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Peter Kragh Jespersen (1999) "Hvordan håndterer professionerne de nye styringsbetingelser?"; i Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdottir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Eva Zeuthen Bentsen & Finn Borum (2001) "Legitimering i et konfliktfyldt felt – en topledelses håndtering af en radikal organisationsændring". *Nordiske Organisations-Studier*, (3)1:5-31.

Tættere på væsenet

FLOS har med casestudier udforsket de lokale processer, der opstår, når reformer og styringsprincipper møder hverdagens praksis i det danske sygehusvæsen. Ved at kombinere teori om organisation og ledelse, kendskab til sygehusvæsenet og dialog med praksis har FLOS skabt nye indsigter i, hvordan forandringsprojekter kan lykkes. Indsigter, der især har adresse til sygehusvæsenets ledere og medarbejdere. Men politikere og planlæggere må også gerne læse med.

Sundhedssektoren er med offentlige forskningsmidler i omegnen af 2 milliarder kr. årligt et af samfundets virkelig tunge forskningsområder – og især sygehusvæsenet har den videnskabelige produktion som en af sine basale livsfunktioner. Når man ved, hvor meget der bliver forsket på sygehuse, er det slående, hvor lidt der bliver forsket i sygehuse.

Bortset fra enkelte skvulp i midten af 1970'erne skal man et stykke op i 1980'erne, før man støder på den første lille bølge af samfundsvidenskabelige studier af udviklingen i sygehusvæsenets indre liv. Siden er det gået stærkt, og Danmark har efterhånden fået en række forskningsmiljøer, der fra især økonomiske, politologiske og sociologiske vinkler beskæftiger sig med sygehus- og sundhedsvæsen.

Først med oprettelsen af FLOS i 1999 blev studiet af sygehusenes ledelses- og organisationsforhold målrettet sat på den forskningsmæssige dagsorden. Og det var – og er – der ifølge Finn Borum brug for:

“Vi har haft masser af generel viden om organisationer plus en del udenlandske undersøgelser af sygehusvæsenets karakter. Men der har i den grad manglet dansk empiri på området.

Dermed har sygehusene savnet et ordentligt forskningsmæssigt grundlag for at revurdere deres egne opfattelser af organisation og ledelse,” siger han og tøver ikke med at betegne disse opfattelser som ganske konservative: “Det er mildt sagt ikke sygehus- og sundhedsvæsenet, der udgør frontlinjen i erkendelsen af, hvordan organisationer fungerer og kan forandres. Det er stadig nogle meget ‘klassiske’ tankegange om organisation, ledelse og reformer, der præger sygehusene – også i forhold til mange andre dele af den offentlige sektor,” understreger han.

Dette “efterslæb” har det været en central del af FLOS-centrets erklærede formål at mindske. Dels som et svar på Sygehuskommissionens spørgsmål. Dels motiveret af et fælles ønske om at *forstå sygehusvæsenet for at skabe ideer til forandring*.

Det fælles fokus

FLOS' forskning er kendetegnet ved en stor variation både i de anvendte teorier og metoder og i de hjørner af sygehusvæsenet, der er sat under lup - inden for centrets i alt ni forskningsprojekter. På tværs af denne mangfoldighed kan FLOS' hovedfokus betegnes som *casestudier af processer i mødet mellem reformer og styringsprincipper og lokal praksis i det danske sygehusvæsen*.

“Det er mildt sagt ikke sygehus- og sundhedsvæsenet, der udgør frontlinjen i erkendelsen af, hvordan organisationer fungerer og kan forandres.”

Finn Borum

Fælles antagelser som udgangspunkt for forskning i sygehuse

FLOS har ikke blot studeret udvalgte aspekter af sygehusvæsenet. Det er også sket med afsæt fra en platform af fælles grundantagelser om forandring og ledelse i den type organisationer. Blandt dem er:

- At forskning i organisering og ledelse er en udforskning af systemer af fortolkninger og handlinger, der er båret af bestemte aktører.
- At organisationer også består af institutioner, som de enkelte aktører i stort omfang tager for givet og ikke umiddelbart mener at have adgang til at påvirke.
- At organisationer består af mennesker, der handler ud fra *forskellige* rationaler. Man kan ikke analysere et sygehus, som om alle handlede ud fra en bestemt – instrumentel – fornuft.
- At organisatorisk praksis kun kan forstås i sin konkrete kontekst. Det er aldrig tilfældigt, hvor, hvornår og under hvilke omstændigheder en praksis optræder.
- At organisatoriske modeller og koncepter ikke gør nogen forskel i sig selv, men at de først udløser effekter, når de bliver fortolket, formidlet og anvendt af aktører i praksis.
- At effekten af organisatoriske politikker, principper og strategier derfor er åbne empiriske spørgsmål, som kræver grundig udforskning.

Casestudier har været det gennemgående forskningsdesign. Dels fordi metoden giver gode muligheder for at udforske nye områder og forstå dem i dybden. Dels fordi den både åbner for teoriudvikling og gensidig feedback med praksis.

Der har i analyserne været særlig fokus på **lokale** forhold – bl.a. i erkendelse af, at det danske sundhedsvæsen har en meget decentral politisk struktur. Derfor kan man ikke tage for givet, at det fænomen, man undersøger i et amt, genfindes i samme form i naboamtet. Alle studier har således haft fokus på det lokale og på, hvordan det spiller sammen med den generelle udvikling i sygehusfeltet.

“Faktisk sker megen ændring i Danmark via forsøg og udvikling i enkelte amter eller sygehuse, der derefter udbredes til andre. Det betyder større regionale forskelle og større betydning af decentrale forandringsprocesser end i de fleste andre lande. Og det gør den lokale tilgang endnu mere relevant,” påpeger Peter Kragh Jespersen.

Forskningen har ikke nøjedes med at se på resultater af bestemte forandringer, men har også undersøgt de **processer**, der ligger bag. “Når man følger tilblivelsen af fx en reform, bliver man klar over, hvilke dynamikker der er involveret. Det betyder dels, at man bedre forstår, *hvorfor* en reform virker eller ikke virker. Dels at man opdager, hvorfor forandringerne næsten altid tager længere tid, end man troede,” forklarer Sidsel Vinge.

Et af FLOS’ gennemgående temaer har været **mødet** mellem fx et generelt ledelseskoncept eller en national reform og organisatorisk og professionel praksis. Netop ud fra den teoretiske grundantagelse og empiriske erfaring, at hvert af disse møder forløber forskelligt afhængig af den konkrete situation og sammenhæng.

“Vi vil gerne udforske kriser, konflikter og brændpunkter – der hvor noget støder sammen eller ikke fungerer. Det gælder imidlertid ikke kun i stor skala. Vores blik retter sig ikke kun imod fx Rigshospitalets centerstruktur, men også mod hver-

dagens små kriser og diskussioner på den enkelte afdeling,” siger Signe Vikkelsø.

Sygehusvæsenet har i hele FLOS’ levetid været stærkt præget af nye **reformer** og fordøjelsen af tidligere. Det har derfor været en naturlig ambition at analysere disse reformers uforudsigelige skæbner i praksis.

“Når vi fx studerer funktionsbærende enheder, tager vi ikke uden videre organisationsdiagrammerne med amternes egen fremstilling af ændringerne for pålydende. Vi forsøger at afdekke, hvordan man faktisk arbejder med konceptet – og dét er en ganske anden historie,” siger Finn Borum.

Undersøgelserne har imidlertid ikke begrænset sig til politiske reformer i snæver forstand. Også både nye og veletablerede **styrings- og organiseringsprincipper** – herunder de måder hverdagen er organiseret på – har været genstand for FLOS’ analyser.

Både reformer og styringsprincipper er primært vurderet ud fra, hvad de betyder for **hverdagens praksis** – herunder den ledelsesmæssige praksis. Her har FLOS altid interesseret sig mere for, hvad der faktisk sker i forskellige forandringsprocesser, end hvilke effekter deres ophavsmænd havde forventet.

Forskningen har skabt megen viden om det **danske** sygehusvæsen. Men al forskning er foretaget i dialog med det internationale forskningsfelt – og en del projekter har haft komparative elementer eller perspektiver. Bl.a. har ét projekt konstateret, at danske sundhedsprofessioner står meget stærkere end fx Storbritannien, men at de agerer som professioner på helt samme måde.

Endelig har centret rettet sit hovedfokus mod **sygehusvæsen** frem for sundhedsvæsen. Den primære sektor er dog inddraget som en vigtig grænseflade til sygehusvæsenet, men er kun i få tilfælde studeret i sin egen ret. Her er der i høj grad tale om en pragmatisk afgrænsning – ikke en principiel. Hertil kommer dog, at det var et specifikt ønske om mere forskning i *sygehusvæsenet*, der førte til centrets oprettelse.

“FLOS skulle nødig bidrage til at fastholde den skarpe opdeling mellem sygehuse og praksissektoren og den kommunale del af sundhedsvæsenet. Vi har ganske vist forsket langt mest i sygehusvæsenet, men det har også i høj grad domineret samspelet mellem de to sektorer. Der er gået en kraftig og ensrettet strøm af tilpasningskrav fra sygehusene til almen praksis og kommunerne,” siger Janne Seemann, der selv har forsket i netop sundhedsvæsenets grænseflader og bestræbelser på samordning.

Og Finn Borum vurderer, at med den forskydning, der er i gang i sektoren omkring bl.a. yderligere sygehuskoncentration og etablering af sundhedscentre, kunne et nyt forskningsprogram a la FLOS med fordel definere *sundhedsvæsenet* som sit felt.

Nysgerrighedens metode

Forskningstemaerne og de fælles teoretiske udgangspunkter afspejles også i den måde, forskerne indsamler og fortolker data og viden på.

“At vi lader praktikerne komme til orde med deres perspektiv på virkeligheden, adskiller vores forskning fra mange andre studier inden for sundhedsvæsenet.”

Anne Reff Pedersen

For Peter Kragh Jespersen er FLOS’ særkende således at koble organisatorisk og ledelsesmæssig viden til sundhedsfaglig viden i konkrete cases. “Vi forsøger at kombinere generel viden om organisation og ledelse af sygehuse med vores tætte kontakt til fagfolk og ledere. På den måde adskiller vi os både fra *mainstream* inden for organisations- og ledelsesteori og fra de tilgange, man typisk finder i konsulentverdenen,” siger han.

“Det er en vigtig del af vores tilgang, at vi faktisk taler med folk. Vi lytter til dem og deres historier, og vi bruger dem til at blive klogere. Vi er selvfølgelig kritiske og sætter deres

udsagn ind i en større sammenhæng. Men alene det, at praktikerne kommer til orde med *deres* perspektiv på virkeligheden, adskiller vores forskning fra mange andre studier inden for sundhedsvæsenet – hvor kasser, kategorier og relevante aktører ofte er defineret på forhånd,” siger Anne Reff Pedersen, som betragter denne nysgerrige og udforskende tilgang som et markant fællestræk ved FLOS’ forskellige metoder.

For tæt på kilderne?

“Det er en helt anden form for videnskab end fx sundhedsøkonomernes, der er bange for at komme for tæt på kilderne til deres data. De vil ikke risikere at blive for involveret i data, ‘for så kan man ikke længere forholde sig objektivt og videnskabeligt til sagen,’ er argumentet. Det samme tænker mange sociologer, når de laver spørgeskemaer. Men sådan kan man efter min mening ikke forske i organisation og ledelse. Når vi render rundt på sygehusene og snakker med ledere og medarbejdere, så er det jo ikke den uberørte virkelighed, vi møder. Når man som forsker kommer på besøg, er man både med til at fremprovokere nye tanker og strategiske udsagn. Det er et grundvilkår i vores metode, når vi indsamler og fortolker data,” forklarer Sidsel Vinge. Hun understreger, at netop systemets og aktørernes reaktioner på forskeren ofte siger langt mere om systemets egenart og indre dynamikker end krydser i et spørgeskema, hvor spørgsmål og svarkategorier er lagt fast på forhånd.

I den modsatte grøft finder man ifølge Signe Vikkelsø de endnu “blødere” og mere psykologiske tilgange til organisationer. “Det er tit dem, der vil løse problemer ved at sende medarbejderne på kursus for at lære at tænke anderledes. De forudsætter, at mental forandring også ændrer hverdagens praksis. Men dels er der meget andet på spil i sygehusvæsenet end enkeltpersoner – teknologi, bygninger, regler, vagtplaner osv. Dels har mange af enkeltpersonerne det med at være ansat i en anden afdeling et halvt år senere. Og så har man jo ikke forandret så meget,” siger hun.

Den tætte dialog med feltets praktikere rummer selvsagt en risiko for, at forskerne bliver sovset ind i bestemte faggruppers fortolkninger og verdensbilleder. “Derfor gør vi os umage

for at fastholde et teoretisk blik. Vi betragter aktørernes udsagn og argumenter som *deres* fortolkninger, der for os er data, som må analyseres kritisk. Og så sørger vi for at trække på flere typer af data, som fx interview, skriftlige kilder, observation og andre empiriske studier,” siger Finn Borum.

Et andet vigtigt værn mod ensidighed er at skifte fra aktør til aktør, påpeger Signe Vikkelsø. “Så glemmer man ikke så let, at virkeligheden eksisterer i flere versioner. At direktøren fx har sin lige så legitime version af sagerne. Jeg færdes meget på afdelingerne, men heri ligger ingen politiske sympatier eller favorisering af bestemte perspektiver. Det er bare nødvendigt for at få noget at vide om, hvad der foregår,” siger hun.

Anvendelig forskning

FLOS-forskningen tager afsæt i den eksisterende organisationsforskning, der for længst har aflivet ideen om standardløsninger og én best practice for alle. Alligevel kan centrets forskning danne grundlag for en lang række konstruktive råd til politikere, planlæggere og – især – praktikere, der gerne vil forbedre sygehusvæsenet. Rådene har først og fremmest karakter af *principper for vellykkede forandringsprocesser* – og de ti vigtigste er gengivet i tekstboksen på næste side.

Forskerne har blandt andet følgende bud på, hvem der kan bruge hvilken viden til hvad.

Politikere og planlæggere i stat og amter er ikke de primære modtagere af FLOS’ råd om forandringsprocesser. Alligevel kan de her få en ny indsigt i reformer i sygehusvæsenet.

“Når man som forsker kommer på besøg, er man både med til at fremprovokere nye tanker og strategiske udsagn. Det er et grundvilkår i vores metode, når vi indsamler og fortolker data.”

Sidsel Vinge

Ti bud om forandringsprocesser i sygehusvæsenet

1. Afsæt ekstra ressourcer og ledelseskraft til at udvikle organisationen og drive forandringsprojekter. Megen fornyelse i sygehusvæsenet ebber ud på grund af underskud på ledelseskontoen.
2. Iagttag og reflekter grundigt over den praksis eller struktur, du vil forandre, inden du går i gang. Små intelligente ændringer kan få store positive effekter – og omvendt.
3. Lad dig inspirere af andres koncepter og ideer, men importér dem ikke uforarbejdet. Alle standardløsninger må oversættes til lokale forhold.
4. Engager medarbejderne ved at tage deres ideer og indvendinger alvorligt. Men vær også parat til at udfordre deres dogmer – fx dét om nødvendigheden af uindskrænket fagligt selvstyre.
5. Sats på at ændre de permanente forhold i organisationen – snarere end den enkelte medarbejders adfærd og holdninger. Så holder forandringerne længere end til næste personaleudskiftning.
6. Brug forsøg og pilotprojekter, inden du sætter reformer i gang i stor skala. Virkningerne i så komplekse organisationer er sjældent til at forudsige fra starten – bivirkningerne ej heller.
7. Vær klar til at løbe risikoen for, at et organisatorisk eksperiment slår fejl. Gem ambitionen om fejlfrihed til operationsgangen. Innovation er ikke risikofri.
8. Sæt klare mål for, hvilke effekter du vil opnå med en reform. Men vær udogmatisk med, hvilke midler organisationen og medarbejderne bruger for at nå målene – og tålmodig med, hvor hurtigt den slags går.
9. Giv dig selv og organisationen tid til at reflektere grundigt over et forandringsprojekts forløb og konsekvenser – også mens det står på. Led ikke kun efter de tilsigtede virkninger, men også efter de uventede positive eller negative bivirkninger.
10. Del løbende dine erfaringer om lokale forandringsprocesser med kolleger og ledere på tværs af og opad i organisationen – og husk, at det ikke drejer sig om om at sælge en succes, men om at udveksle erfaringer og lære af hinanden i organisationen.

“FLOS har ikke været bundet af at skulle skrive noget, der passede ind i en bestemt kontekst. Vi har haft frie hænder, og det præger resultatet, som fremstår meget afbalanceret. Og det er et særsyn i en tid, hvor alt omkring sygehusvæsenet bliver mere og mere politiseret,” fastslår Eva Zeuthen Bentsen.

Reformmagere på alle niveauer kan bruge den nye viden om sygehusvæsenets organisation til at få et mere realistisk syn på reformers forudsætninger og forventede effekt. Det

gælder ikke blot sygehusenes ledelser fra øverst til nederst – men også fx udviklingskonsulenter, sekretariater osv.

“Skrivebordsreformer og tiltag er i dag i høj grad baseret på en ubevidst tolkning af behov og sammenhænge mellem mål og midler. Man kan med fordel bruge vores viden om moderne sygehusorganisationers særtræk til at designe mere realistiske reformer,” siger Peter Kragh Jespersen.

“FLOS har ikke været bundet af at skulle skrive noget, der passede ind i en bestemt kontekst. Det er et særsyn i en tid, hvor alt omkring sygehusvæsenet bliver mere og mere politiseret.”

Eva Zeuthen Bentsen

Forandringsagenter – ledere eller ej – kan bruge forskningen i hverdagens organisering som inspiration til “intelligente” forandringsprocesser, der med små midler kan give store resultater.

“Når man kender nuancerne, dilemmaerne og de små, men ofte afgørende forhold, der har betydning for arbejdspraksis og hverdagens organisering, får man lettere nye ideer til, hvordan ens eget hjørne af sundhedsvæsenet kan indrettes og styres bedre,” siger Signe Vikkelsø.

Praktikere af enhver art kan bruge FLOS’ nysgerrige metoder til at analysere, hvordan tingene fungerer hos dem selv – og dermed som afsæt for forandring. Ved at prøve åbent at iagttage sine egne og kollegernes praksis kan man ofte få øjnene op for den tavse viden eller det usynlige arbejde, der er nødvendig for at få tingene til at glide.

Det oplever Sidsel Vinge fx, når hun i dag bruger sine forskningsmetoder som konsulent i forandringsprocesser.

“Når jeg bliver kontaktet af en sygehusafdeling, der vil gennemføre et forandringsprojekt, beder jeg altid først om at få lov at følge afdelingens daglige liv i et par dage. Jeg kan jo ikke fortælle dem, hvordan de skal forandre en hverdag, som jeg kun kender på overfladen og i generelle træk,” forklarer Sidsel Vinge og tilføjer:

“Jeg får sjældent meget ud af at læse deres politikker, men arbejdsskemaerne siger mig en masse. Det er også vigtigt at vide noget om de fysiske lokaliteter. Sidder faggrupperne fx i den samme bygning? Hvor ligger lægekontorerne i forhold til akutmodtagelsen? Ambulatorierne i forhold til sengeafsnitene? osv. Det er denne konkrete viden, der er afgørende for både at forstå og forandre praksis,” siger Sidsel Vinge.

Forskere, konsulenter og undervisere får et materiale, der langsomt kan sive ned og gøde jorden for nye forståelser af ledelse og organisation i sygehusvæsenet hos de næste generationer af fagprofessionelle og ledere i væsenet.

“Det er nok her, at den største effekt af FLOS’ arbejde vil vise sig. Der ligger en vigtig langtidsvirkning i produktionen af de kursus- og undervisningsmaterialer, som vil blive brugt de næste 10 år på både grund-, efter- og videreuddannelse af alle faggrupper inden for sundhedsvæsenet,” håber Peter Kragh Jespersen.

Fem år, der sætter spor

FLOS sætter med denne publikation et foreløbigt punktum for sit femårige virke. Centret blev etableret ud fra en erkendt mangel på forskning i nye ledelsesformer i sygehusvæsenet. Formålet med centret har således været gennem grundforskning at etablere brugbar viden om muligheder og forudsætninger for organisatorisk forandring og ledelsesmæssig nyskabelse på danske sygehuse.

I dag er det tidligere fravær af ledelses- og organisationsforskning i tilknytning til sygehus- og sundhedsvæsenet afløst af et aktivt forskningsnetværk. Netværket er solidt forankret i både den internationale forskningsverden og blandt det danske sygehusvæsens praktikere. Der er i FLOS-regi uddannet en ny generation af forskere, der er med til at bære centrets viden om og tilgang til sygehusvæsenet videre. Og med centrets afsluttende konference har FLOS slået fast, at forskningen har relevante resultater og interessante perspektiver at tilbyde – både til den aktuelle samfundsdebat og til diskussionerne i forskningsfeltets frontlinje.

FLOS har været organiseret som et netværkssamarbejde mellem forskere ved Copenhagen Business School (CBS), Aalborg Universitet (AAU) og Institut for Sundhedsvæsen (DSI). CBS' Institut for Organisation og Arbejdssociologi (IOA) har fungeret som netværkets knudepunkt og professor Finn Borum og fuldmægtig Marianne Risberg som dets daglige ledelse.

Kombinationen af deltagere fra to læreanstalter og en sektor-forskningsinstitution har sikret både forsknings- og anvendelsesorientering. Kombinationen har også gjort det muligt både at opbygge og fastholde langsigtede kompetencer gennem forskeruddannelse, modeludvikling, udvikling af nye konsulent- og ledelseskompetencer samt lærebøger, kurser og uddannelses- og kursuskomponenter.

Deltagere i FLOS

Fra CBS

- Professor **Finn Borum**
- Adjunkt **Eva Zeuthen Bentsen** (nu kontorchef i Amtsrådsforeningen).
- Ph.d. stipendiat **Helle Hedegaard Hein**
- Ph.d. stipendiat **Christina Holm-Petersen** (nu projektleder i DSI)
- Professor **Preben Melander**
- Adjunkt **Anne Reff Petersen**
- Ph.d. stipendiat **John Damm Scheuer** (nu adjunkt ved Roskilde Universitet)
- Ph.d. stipendiat (nu adjunkt) **Signe Vikkelsø** (tidligere Svenningsen)
- Ph.d. stipendiat **Sidsel Vinge** (nu projektleder i DSI)
- Projektsekretær **Birthe Biller**
- Fuldmægtig **Marianne Risberg**

Fra Aalborg Universitet

- Ph.d. stipendiat **Rasmus Antoft**
- Lektor **Peter Kragh Jespersen**
- Ph.d. stipendiat **Lise-Line Maltha Nielsen**
- Lektor **Janne Seemann**
- Ph.d. stipendiat **Hanne Sognstrup** (nu konsulent i Dansk Sygeplejeråd)
- Projektsekretær **Jonna Møller Nielsen**

Fra DSI

- Projektleder **Jens Albæk**
- Projektleder **Pia Kürstein**

Centrets hovedsponsor har været Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der har bidraget med 16,7 mio. kr. af det samlede femårige budget på 27,1, mio. kr. Den øvrige finansiering kommer fra tre deltagende institutioner (CBS, AAU & DSI) samt fra Forskerakademiet, H:S Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sygehus Fyn/Rambøll, Nordjyllands Amt og Sygekassernes Helsefond.

Centret har organiseret sit arbejde i følgende ni forskningsprojekter:

- Sundhedsplanlægning i interorganisatorisk perspektiv
- New Public Management, sygehusorganisation og ledelse
- Organisering og viden
- Forandringsprocesser og -strategier
- Lægelig ledelse - et studie af klinikchefers ledelsesproces
- Dialogstyring af kvalitet og ressourcer
- Tværfaglig udvikling på sygehusafdelinger
- Organisations- og medarbejderudvikling på sygehusene
- Ansvarlighed i offentlige organisationer

Til disse forskningsprojekterne har der været tilknyttet i alt otte ph.d.-projekter.

FLOS' dialog med sundhedsvæsenet

Mange praktikere fra sygehusfeltet har været involveret i centrets aktiviteter. De konkrete forskningsprojekter har været forankret på sygehuse i blandt andet Nordjyllands, Fyns, Frederiksborg og Københavns Amter samt i H:S. Projekterne har derudover indebåret kontakter bredt i sygehusfeltet til ministerier, styrelser, amter, kommuner, faglige organisationer og selskaber samt uddannelsesinstitutioner. Mange har været involveret som interviewpersoner og informanter. Andre har været aktive som medlemmer af følgegrupper eller dialog- og sparringspartnere. Fælles for alle relationerne har været, at centrets forskere er blevet særdeles vel modtaget i sygehusfeltet.

For løbende at formidle og få feedback på forskningsresultater har centrets forskere fra starten prioriteret at være i dialog med feltet. Det er primært sket ad fire kanaler:

Ph.d.-projekter ved FLOS

Fire ph.d. stipendiater har i centrets funktionsperiode erhvervet ph.d. graden:

- Signe Vikkelsø: **Electronic Patient Records and Medical Practice – Re-organization of Roles, Responsibilities, and Risks**
- Sidsel Vinge: **Organisering og Reorganisering af Medicinsk Arbejde på Sygehuse**
- John Damm Scheuer: **Patientforløb i praksis – en analyse af en idées oversættelse i mødet med praksis**
- Hanne Sognstrup: **Professionelle i afdelingsledelse**

Herudover har FLOS omfattet følgende ph.d.-projekter:

- Helle Hedegaard Hein har indleveret sin ph.d. afhandling **Mellem konflikt og konsensus – dialogudvikling på hospitalsklinikker** til bedømmelse
- Rasmus Antoft afleverer ultimo 2004 sin ph.d. afhandling **Demenshåndtering – magt og forhandlinger i interprofessionelle konstellationer**
- Christina Holm-Petersen forventes ultimo 2005 at aflevere sin ph.d. afhandling **The Organisation of Hospital Cultures and Identities. Cultural Boundaries at Work**
- Lise-Line Maltha Nielsen forventes ultimo 2005 at aflevere sin ph.d. afhandling **Den sociale konstruktion af kvalitetsudvikling**

- **Nyhedsbreve:** Fra 2002 har centret udgivet i alt fire numre af et FLOS nyhedsbrev, der i et stort oplag er distribueret bredt til praktikere, politikere og beslutningstagere inden for sygehus- og sundhedsvæsenet. Nyhedsbrevene har

foruden FLOS' egne forskningsprojekter også trukket nordiske perspektiver ind i den danske sygehusdebat samt belyst især strukturreformen fra forskellige forskningsmæssige vinkler.

- **Egne konferencer:** Der er i FLOS-regi afholdt en række seminarer og konferencer, hvor centrets forskningsresultater er blevet præsenteret og diskuteret med en bredere kreds af forskere og praktikere.
- **Præsentationer:** Herudover har centrets forskere i den femårige periode holdt et stort antal oplæg på konferencer, workshops og seminarer inden for sygehus- og sundhedsvæsenet for at formidle resultater fra projekterne.
- **Uddannelsessektoren:** Også på uddannelsesområdet har FLOS bidraget med en lang række forelæsninger og kursusforløb på OLAU-kurserne, på kurser og videreuddannelser inden for sygehus- og sundhedsvæsenet, på MPH-uddannelsen og lægestudiet på Københavns Universitet, på MPA-uddannelserne på CBS og AAU samt MPP-uddannelsen på Roskilde Universitet.

Centrets forskere vil også fremover bidrage til uddannelser inden for sygehus- og sundhedsvæsenet. Blandt andet er flere forskere involveret i Master of Health Management-uddannelsen, der starter på CBS i februar 2005, i MPA-uddannelsen på CBS og i MPA-uddannelsen på Aalborg Universitet med specialisering i sundhedsvæsenets organisation og ledelse.

Samspil med andre forskningsmiljøer

FLOS har gennem hele perioden haft et intensivt samarbejde med internationale forskningsmiljøer i England, Canada, USA, Sverige og Norge. Der har bl.a. været afholdt åbne seminarer med deltagelse af internationale forskere.

Derudover har centret fra starten udbygget et nordisk forskernetværk med omfattende deltagelse af forskere fra universiteter og handelshøjskoler i de nordiske lande. Platformen for dette netværk er at diskutere og studere igangværende reform- og ændringsprocesser inden for sygehus- og sundhedsvæsenet.

Netværket omfatter projekter med forskellige teoretiske og empiriske indfaldsvinkler til studiet af sundheds- og sygehusvæsenets forandringsprocesser. Der er på FLOS' hjemmeside oprettet en sektion til forskernetværket. Her findes oplysninger om alle de tilknyttede forskere, og via links til andre hjemmesider er det muligt at få mere detaljerede oplysninger om forskerne, deres projekter og publikationer.

Centrets forskere og ph.d.-stipendiater har i perioden deltaget i internationale forskningskonferencer i regi af bl.a. European Group for Organization Studies (EGOS) og Nordisk Företagsekonomisk Förening (NFF), hvor resultater fra projekterne er blevet præsenteret og diskuteret.

Over den femårige periode har centrets forskere og ph.d.-stipendiater bidraget med ganske mange præsentationer på nationale og internationale forskningskonferencer.

Forskningen fortsætter

Ved CBS vil forskningsindsatsen blive videreført i et nyetableret Center for Health Management and Organizing placeret ved Institut for Organisation og Arbejdssociologi (IOA) under det økonomiske fakultet. Centret vil tillige være ansvarlig for det nye studium Master of Health Management.

Det nye center vil fastholde fokus på reformer i felter med distribuerede magtstrukturer. Og da også nationale sundhedssystemer i mange andre lande har oplevet markante reformforsøg, vil centret styrke forskningens komparative element.

Desuden vil Center for Virksomhedsledelse og Ledelsesteknologi (CVL) fortsat udbygge sine aktiviteter inden for sundhedsvæsenet.

Ved AAU vil forskningsindsatsen blive videreført i en forskergruppe med forankring i Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning og Institut for Sociale Forhold og Organisation. Gruppen vil være ansvarlig for MPA-uddannelsens specialisering i sundhedsvæsenets organisation og ledelse.

DSI vil føre arbejdet videre i en forskergruppe i sektorforskningsregi.

FLOS-konferencer og -seminarer

For at indlede en dialog med aktørerne inden for sygehus- og sundhedsvæsenet inviterede FLOS i 2003 til en række seminarer, der havde til formål at præsentere forskningsprojekternes analyser og hovedresultater, at diskutere disse med praktikere, politikere og beslutningstagere fra sygehus- og sundhedsvæsenet, samt i fællesskab at undersøge sammenhængen mellem viden og praksis. Seminarrækken omfattede følgende temaer:

- EPJ og sundhedsfaglig praksis
- Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde
- Ledelsesbetingelser og ledelsesarbejde i sygehusvæsenet
- Patientforløb i praksis – om en reformidés møde med praksis
- New Public Managementreformer i mødet med sygehusets virkelighed
- Dialogudvikling på hospitalsafdelinger

I begyndelsen af 2004 arrangerede Aarhus Amts uddannelsesafdeling FLOS-konferencen "Forskning i Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet" på Skejby Sygehus. Konferencen løb over tre dage og behandlede temaerne:

- Strategier for sygehusledelse og fagprofessionel ledelse
- Beslutningsprocesser og dialog mellem fagkulturer
- Når læger leder og ledelse i sygehusvæsenet.

I slutningen af 2004 arrangerede FLOS konferencen "Reform-, Ledelses- og Organiseringsprocesser i Sundhedsvæsenet". Ud over to plenumsessioner om strukturreformer i Canada og Norge havde konferencen seks temaworkshops:

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

Udvalgte publikationer

FLOS' bogserie på Handelshøjskolens Forlag:

Jespersen, Peter Kragh (udkommer 2005) **Mellem profession og New Public Management – ledelse på sygehuse.**

Vikkelsø, Signe & Sidsel Vinge (red.) (2004) **Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet.**

Svenningsen (Vikkelsø), Signe (2004) **Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde – reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse.**

Borum, Finn (red.) (2003) **Ledelse i sygehusvæsenet.**

Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdóttir, Kerstin Sahlin-Andersson (red.) (1999) **Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige.**

Ph.d. afhandlinger:

Sognstrup, Hanne (2003) **Professionelle i afdelingsledelse.** Afhandlingen kan købes hos Merete Ejsing Duun - e-mail: ime@socsci.auc eller telefon 9635 8218.

Svenningsen (Vikkelsø), Signe (2003) **Electronic Patient Records and Medical Practice - Reorganization of Roles, Responsibilities, and Risks.** CBS Ph.D. Series 10.2003.

Scheuer, John Damm (2003) **Patientforløb i praksis – en analyse af en idé oversættelse i mødet med praksis.** CBS Ph.d Series 14.2003

Vinge, Sidsel (2003) **Organisering og Reorganisering af Medicinsk Arbejde på Sygehuse.** CBS Ph.d. Series 9.2003.

De tre sidstnævnte kan købes hos Samfundslitteratur, Rosenørns Allé 9, 1970 København K. Tlf.: 3815 3880 - e-mail: slforlag@sl.cbs.dk. De kan også downloades gratis fra FLOS' hjemmeside www.flos.cbs.dk.

Artikler, forskningsrapporter og arbejdsrapporter:

På FLOS' hjemmeside findes en oversigt over de mange artikler, som centrets forskere og ph.d. stipendiater har publiceret nationalt og internationalt med analyser af resultaterne fra FLOS projekterne. Centret har også udgivet en serie arbejdsrapporter, working papers og forskningsrapporter, der kan downloades gratis fra hjemmesiden www.flos.cbs.dk.

- 1 DET DANSKE SYGGEHUSVÆSEN
- 2 SYGGEHUSE UNDER FORANDRING
- 3 HVERDAGENS ORGANISERING
- 4 LEDERE OG LEDELSE
- 5 AT FORSKE I SYGGEHUSE