

EPJ og organisatorisk forandring

Svenningsen, Signe

Document Version
Final published version

Published in:
FLOS Nyhedsbrev

Publication date:
2003

License
Unspecified

Citation for published version (APA):
Svenningsen, S. (2003). EPJ og organisatorisk forandring. *FLOS Nyhedsbrev*, 5-6.

[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. Mar. 2025



Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet

Spændende tider

Sygehusvæsenet gennemlever en spændende periode. Amterne forpligtede sig i forbindelse med den tidligere regerings strategiplan for 2000-2002, der blev indgået som led i Amtsrådsforeningens og den daværende regerings økonomiaftalen for 2000, til senest i løbet af 2002 at indføre "funktionsbærende enheder". Så per definition har alle amterne i dag implementeret "funktionsbærende enheder".

Artiklen *Funktionsbærende enheder - Fakta eller Fiktion* kommenterer ud fra FLOS analyser på denne spændende, landsdækkende manøvre.

Valget i efteråret 2002 medførte både et regeringsskifte og ændringer i amtsrådenes sammensætning. I mange amter udløste det en ny gennemgang af planerne for sygehusområdet, og en justering af de politiske præmisser. Små sygehuses funktion blev i lyset af nye økonomiske budgetter atter taget op til overvejelse, med redefinerings af deres roller – og i enkelte tilfælde nedlæggelse – som resultat. FBE modelens koncentrationstankegang, som overvejende var knyttet til kvalitet, anvendes som det tidligere er sket til økonomisering af knappe ressourcer. Antallet af danske sygehuse reduceres yderligere og sygehusets rolle inden for sundhedsvæsenet er på vej til at blive redefineret.

Den nye regering nedsatte et rådgivende "100 dages udvalg", der den 28. februar udgav rapporten "Barrierer for mere effektiv arbejdstilrettelæggelse på sygehusene". Denne fokuserede på de barrierer og muligheder, der er for lokalt at arbejde med organisationsforandring som supplement til landsdækkende top-down reformer. Denne "bottom-up" tilgang til forandringsproblematikken og fokus på forandringsbarrierer og -muligheder er indbygget i flere af FLOS Phd-projekterne, hvoraf fire er under bedømmelse her i foråret. De fokuserer på det lokale forandringsarbejde ud fra fire forskellige tilgange: teknologi, struktur, procedurer og afdelingsledelse, og er de første detaljerede studier af større forandringsinitiativers møde med den organisatoriske praksis:

Signe Svenningsen: *Electronic Patient Records and Medical Practice*

Sidsel Vinge: *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på hospitaler*

John Damm Scheuer: *Patientforløb i praksis – en analyse af en idé oversættelse i mødet med praksis.*

Hanne Sognstrup: *Professionerne og afdelingsledelse.*

Læserne må, indtil afhandlingerne bliver indstillet til forsvar, nøjes med omtalen af dem i dette nyhedsbrev. Forsvarshandlingerne er åbne og vil blive annonceret på www.flos.cbs.dk under "aktiviteter". Der vil efterfølgende blive arrangeret specielle seminarer - se rubrikken "Forskning og praksis" - et tema som Ann Reff Pedersen reflekterer over på basis af nogle konkrete aktiviteter i løbet af 2002.

Sundheds- og indenrigsministeren nedsatte i oktober måned en strukturkommission, der "skal vurdere fordele og ulemper ved alternative modeller for indretninger af den offentlige sektor og komme med anbefalinger til ændringer, som er holdbare over en længere årrække." Vi bringer til inspiration - men ikke til imitation - to artikler fra FLOS' skandinaviske forskernetværk. Fra Norge diskuterer Per Vareide i en artikel dette års store norske sygehusreform, og fra Sverige redegør Sven Siverbo for erfaringerne med bestiller-udfører modellen. Fra Danmark beretter Peter Kragh Jespersen om erfaringer med kontraktstyring, medens Janne Seemann sammenfatter det problemkompleks, som Sundhedsplanlægningsloven af 1994 har mødt.

"100 dages udvalg"ets levetid blev forlænget, og vi venter nu på dets afsluttende rapport.

FLOS ønsker vore mange samarbejdspartnere og læsere et godt nytår. At det bliver spændende, er der næppe tvivl om.

Finn Borum, professor, centerleder
Handelshøjskolen i København

Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet

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

Formål

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

Centrets kombination af deltagere fra to læreanstalter - Handelshøjskolen i København og Aalborg Universitet - og fra sektor-forskningsinstitutionen Institut for Sundhedsvæsen - sikrer både en grundforsknings- og en anvendelsesorientering. Denne kombination gør 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.

Indhold

Funktionsbærende enheder – fakta eller fiktion	3
EPJ og organisatorisk forandring	5
Fokus på arbejdsorganisering	6
Patientforløb i praksis	7
Professionerne og afdelingsledelserne ...	8
Forskning og praksis	9
Eksterne aktiviteter i året, der gik	10
Den norske sygehusreform – ansvar og ejerskab	11
Bestiller-udførermodellen	14
Kontraktstyring i danske sygehuse	16
Erfaringer med sundhedsplanlægning – fokus på problemer	18
Ny bog om sundhedsvæsenets grænseflader og relationer	21
FLOS og det nordiske netværk	22
Forskning og uddannelse	23

Forskningsprojekter

Centret gennemfører i perioden 1999-2003 otte forskningsprojekter, der inkluderer ni ph.d. forløb:

- **Sundhedsplanlægning i interorganisatorisk perspektiv**
v/lektor Janne Seemann og kandidatstipendiat Rasmus Antoft, AAU.
- **New Public Management**
v/lektor Peter Kragh Jespersen og ph.d. stipendiater Hanne Sognstrup og Lise-Line Maltha Nielsen, AAU.
- **Organisering og viden**
v/professor Finn Borum og ph.d. stipendiater Signe Svenningsen, Christina Holm-Petersen og Sidsel Vinge, HHK.
- **Forandringsprocesser og -strategier**
v/professor Finn Borum og ph.d. stipendiat John Damm Scheuer, HHK.
- **Lægelig ledelse:** Afsluttet pr. 1. maj 2001
v/kontorchef Eva Zeuthen Bentsen, Amtsrådsforeningen.
- **Dialogstyring af kvalitet og ressourcer**
v/forskningsprofessor Preben Melander og ph.d. stipendiat Helle Hein, HHK.
- **Tværfaglig udvikling på sygehusafdelinger:** Afsluttes sommer 2002
v/projektleder Jens Albæk, DSI.
- **Organisations- og medarbejderudvikling på sygehuse:** Afsluttet pr. 1. januar 2002
v/cand.scient.adm. Pia Kürstein, DSI .
- **Ansvarlighed i offentlige organisationer**
v/ adjunkt Anne Reff Petersen, HHK.

Funktionsbærende enheder – fakta eller fiktion?



Af professor Finn Borum, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København

Konceptet "den funktionsbærende enhed" (FBE) for organisering af de lægelige basisspecialer blev undfanget under det udvalgsarbejde, som Sundhedsstyrelsen og Dansk Medicinsk Selskab gennemførte i løbet af 1997-98.

En analyse af konceptets skabelseshistorie og argumentation er publiceret i Finn Borum: *Professional Societies as Change Agents: The Danish Medical Societies' Creation of the "Function-Bearing" Unit*. FLOS Working Paper, no. 2 – 2000. Nogle hovedkonklusioner herfra er

- At den positive årsags-virknings-sammenhængen mellem kvantitet (patientgrundlaget) og kvaliteten af et speciales ydelser er baseret på forventninger snarere end evidens.
- At antagelsen om den positive sammenhæng mellem kvantitet og kvalitet for alvor blev argumenteret frem inden for sygehusfeltet først i 1990'erne.
- At FBE som organisatorisk koncept er meget rummeligt og fleksibelt og efterlader vide muligheder for fortolkning og tilpasning til lokale forhold og interesser.

Sidenhen blev "den funktionsbærende enhed" som koncept spredt og accepteret i hele sygehusfeltet. Organiseringsprincippet endte med at blive indarbejdet i den daværende regerings strategiplan for 2000-2002, og amterne forpligtede sig som et led i økonomiaftalen mellem Amtsrådsforeningen og regeringen for 2000 til senest i løbet af 2002 at indføre "funktionsbærende enheder".

Jeg har analyseret bearbejdningen og spredningen af konceptet i sygehusfeltet blandt hovedaktørerne regeringen, Sundhedsstyrelsen,

de medicinske selskaber og amterne i papiret "*Means-end-frames and the politics and myths of organizational fields*". Det er under review med henblik på publicering i tidsskriftet *Public Administration* i 2003. Indtil videre kan artiklen downloades fra www.flos.cbs.dk "publikationer".

Nogle hovedkonklusioner herfra om hovedaktørernes bearbejdning af "den funktionsbærende enhed" er:

- At konceptet under udvalgsarbejdet bliver tæt knyttet til det lægelige "professionelle projekt", og at Sundhedsstyrelsen og regeringen som et væsentligt led i deres autorisering af konceptet oversætter det til et teknisk-rationelt koncept.
- At FBE-konceptets forenelighed med den eksisterende kontrolstruktur inden for sygehusfeltet synes at være en væsentlig forudsætning for at sygehusfeltets hovedaktører (ministerium, amter, sundhedsstyrelse og medicinske selskaber) accepterer det. Konceptet respekterer herunder ikke mindst amternes rolle som ejere og operatører af sygehusvæsenet.
- At FBE-konceptets plasticitet er en anden væsentlig forudsætning for aktørernes accept. Det gør det muligt for alle parter både at demonstrere vilje til reform og at igangsætte konkret reformarbejde uden at skulle indordne sig under snærende bånd.
- At en tredje forudsætning for accepten af FBE-konceptet er dets overensstemmelse med en fælles forstilling (en "rationaliseret myte") blandt hovedaktørerne om en positiv sammenhæng mellem befolkningsunderlag og kvaliteten af et speciales leverede behandling.
- At konceptet i første omgang repræsenterer en fortsættelse af det danske sygehusfelts planlægningsregime, men at det blandt andet gennem sin udfordring af sygehuset som grundlæggende institution og sygehusledelsernes rolle kan blive en medvirkende faktor til en transformation af sygehusfeltet.

I dag har alle amterne per definition implementeret "funktionsbærende enheder", og DSI har med den just udkomne DSI rapport 2002.05, Lars Tegl Rasmussen og Lars Engberg: "*Med strømmen - En kortlægning af arbejdet*

med funktionsbærende enheder i Danmark" foretaget en kortlægning af arbejdet med FBE i de 14 amter. Rapporten giver en nyttig oversigt og kategorisering af amternes strukturelle fortolkning af de funktionsbærende enheder. Den viser en betydelig variation i de lokale implementeringer af "den funktionsbærende enhed" – hvilket er det samme billede som ses i andre analyser af organisationsmodellers spredning. FBE synes at have spillet meget forskellige roller i de enkelte amter – på linie med "skraldepands-beslutningsmodellens" teser om forskellige muligheder for sammenkobling mellem strømme af problemer, løsninger, deltagere og beslutningsanledninger. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at DSI rapporten grundlæggende er "forvaltningens blik" på FBE, idet rapportens datamateriale er organisationsdiagrammer og data indsamlet via kontaktpersoner i de amtslige forvaltninger. Hvad der således kommer til at fremstå som "fakta" kan måske i forhold til de faktiske organisatoriske processer være "fiktion". Det bliver spændende at se resultatet af den næste DSI analyse, der vil fokusere mere på de organisatoriske processer.

I FLOS regi arbejder jeg p.t. under overskriften "FBE og den lokale kontekst" på en mere detaljeret analyse af to amters arbejde med ændring af deres sygehusstruktur og sygehusledelse - og den rolle de tildeler FBE heri. Resultatet vil blive publiceret i form en eller to artikler i løbet af foråret.

Amterne er udvalgt fordi de som udgangspunkt repræsenterede to forskellige måder at arbejde med udviklingen af deres sygehusvæsens struktur. Det ene gennemførte en radikal ændring i form af en centerstruktur på tværs af amtets sygehuse og omfattende ændringer i bemanningen af ledelsesposterne, medens den anden foretog en mere marginal ændring i form af en matrixstruktur mellem afdelinger som et supplement til den eksisterende ledelsesstruktur.

Analysens udgangspunkt er, at amterne gennem årene – også forud for at FBE-konceptet blev udbredt og vandt almindelig tilslutning i sygehusfeltet – har arbejdet med udvikling af deres sygehusvæsen. Dette reformarbejde er både udtryk for lokale initiativer og nationale reguleringer samt standardiseringer. De er ikke blot "teknokratiske" top-down implementeringer eller spredninger af standardiserede modeller, men også resultatet af lokalpolitikeres, amtsforvaltnings, sygehuslederes og faglige forhandlingsparters interaktion. Ved at tage udgangspunkt i det lokale arbejde med struktur og ledelse forsøger analysen at undgå at fortolke de lokale processer ud fra sprednings- eller implementeringsmodeller. I stedet lægges vægt på samspillet mel-

lem strukturer og aktører i en lokal kontekst, og hvordan aktører udnytter de handlemuligheder, nye strukturer åbner.

Analysens formål er således ikke at undersøge, hvordan amterne implementerer FBE, men hvorledes FBE-konceptet spiller sammen med amternes arbejde med udvikling af deres sygehusvæsen, og hvorvidt det bidrager til destablisering af amternes sygehusvæsen ved:

- At anfægte "våbenhviler" og kontrolstrukturer gennem presset mod strukturelle reformer og mobilisering af nogle aktører medens andre udelukkes fra processen.
- At sætte spørgsmålstejn ved centrale institutioner – sygehuse, sygehusledelser og afdelingsledelser – gennem lanceringen af nye organisationsprincipper.
- At udløse uforudsigelige og utilsigtede konsekvenser gennem nye tankesæt omkring ledelse på tværs af matrikler, centerkonstruktioner og matrixorganisation.

Destabilisering åbner grundlæggende nye mulighedsrum for tanke og handling. Analysen vil fokusere på, hvorledes dette mulighedsrum anvendes lokalt – og på de lokale forandringsprocessers konstruktive aspekter og risikomomenter.

Problematikken omkring opretholdelse af de små sygehuse, som FBE konceptet åbnede en mulighed for gennem princippet om organisering på tværs af fysiske matrikler, er et vigtigt element i analysens to cases. Forskellige aktørgrupper knytter forskellige projekter til opretholdelse eller nedlæggelse af de små sygehuse, og i denne brydningsflade sættes institutionen "det lokale sygehus" under pres. ■

I regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000-2002 defineres den funktionsbærende enhed som "...den basisenhed, der med et befolkningsunderlag på ca. 200-250.000 indbyggere inden for et grundspeciale kan varetage 90 pct. af alle behandlingsopgaver. Inden for det i antal patienter store intern medicinske område kan det dog vise sig hensigtsmæssigt at stile efter et underlag på mellem 50.000-130.000 indbyggere. Den funktionsbærende enhed skal opfattes som en organisatorisk enhed. Fysisk behøver den ikke nødvendigvis at ligge samlet på ét sygehus. Mange steder vil det være nødvendigt at binde flere sygehuse sammen for, at den funktionsbærende enhed kan nå op på et tilstrækkeligt patientvolumen. Visse steder vil det mest hensigtsmæssigt kunne ske ved at binde sygehuse sammen på tværs af amtsgrænserne." (s.25-26)

EPJ og organisatorisk forandring



Ph.d. stipendiat Signe Svenningsen, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København

Hvad sker der med medicinsk praksis, når EPJ indføres? Den første dybgående undersøgelse af EPJ og organisatorisk forandring i et dansk hospital er nu afsluttet og peger på tre hovedtendenser. For det første bliver samarbejdet mellem læger, sygeplejersker og sekretærer omkring patienten som en "medicinsk sag" intensiveret. For det andet foregår dette samarbejde i stigende grad væk fra patientens nærvær – på kontoret. For det tredje undgås nogle typer fejl, mens andre opstår.

Disse og andre resultater kan læses i cand. psych. Signe Svenningsens ph.d. afhandling *Electronic Patient Record and Medical Practice – Reorganization of Roles, Responsibilities, and Risks*.

Forklaringen på disse tendenser er kompliceret. Undersøgelsen er lavet på et medicinsk afsnit på Svendborg Sygehus. Den pågældende EPJ er en fælles, "flerfaglig" journal, hvor faggrupperne når som helst kan læse hinandens notater og se de fleste medicinske oplysninger om patienten på computere i kontorerne. Hvor journaler og Kardex før var forbeholdt visse læsere, er der nu åbent for alle læsere med et password. Især sygeplejerskerne er blevet ivrige læsere af lægenotater og andre medicinske data. Dette gør dem bedre informerede om lægernes overvejelser og beslutninger og bedre til at bakke op om og overvåge disse. Det medvirker dog også til, at sygeplejerskerne egne notater bliver rettet mod det medicinske, og at sygeplejerskerne ofte vælger at læse om en patient fremfor at snakke med hinanden om vedkommende.

Også lægerne læser mere i hinandens notater, trods det at den enkelte læge sommetider føler det mere besværligt at skulle træffe medicinske beslutninger. Samtidig indtaster

lægerne nu selv medicinoplysninger og sommetider også smånotater. Tilsammen giver dette en øget skriftlig aktivitet, og der opstår oftere faglige diskussioner af lægenotater og andre medicinske patientdata. Generelt kan man sige, at EPJ har bidraget til at synliggøre faggruppernes arbejde med patientdata, og at denne synlighed har givet anledning til, at faggrupperne orienterer sig mod skriftlige data.

Adgangen til EPJ'er sker via stationære PC'er. Stuegang bliver i stigende grad foretaget uden journaler, og "åbne Kardex" er sløj-fet. I praksis betyder det, at patienterne ikke har samme kontakt til deres data som tidligere – nu skal de udtrykkeligt bede om at få et print af deres journal. Patienter inddrages meget sjældent som aktive medskabere eller medlæsere af egne data.

Samtidig rummer EPJ visse begrænsninger som fx gør det vanskeligt at sammenholde forskellige typer patientdata med hinanden, eller som kræver, at medicinoplysninger bliver indtastet på en særlig måde for at kunne printes ud på det rette medicinkort. Mange arbejdsgange involverer desuden et stort antal mennesker, redskaber, papirer osv., hvor EPJ'en ofte blot udgør endnu et element i disse kæder af arbejdsgange. EPJ'en har løbende fået tilført flere eller bedre funktioner efterhånden, som brugerne opdagede fejl og mangler, men der har ikke været nogen fælles, systematisk diskussion af, hvordan arbejdsgange skulle organiseres efter introduktion af EPJ ud over nogle få fælles beslutninger, såsom lægernes ansvar for at indtaste medicinoplysninger. Dermed er der en del områder, hvor ansvaret for opgaver ikke er endelig fordelt, hvor det er op til den enkelte medarbejder at definere opgaven, eller hvor der ikke er klarhed over, hvad opgaven går ud på. Dette gør for det første, at der er meget "usynligt arbejde" knyttet til EPJ'en såsom at rydde op i gamle data, opdatere oplysninger osv. For det andet er det også en væsentlig årsag til, at der stadig opstår fejl i forbindelse med behandlingen og plejen af patienten.

I afhandlingen uddybes disse tre hovedtendenser, ligesom der også peges på en række andre organisatoriske konsekvenser af EPJ. Det er en gennemgående pointe, at EPJ ikke kan forstås som et neutralt værktøj, der blot understøtter kliniske eller sundhedsfaglige arbejdsgange, men at selve dette arbejde og

de involverede faggrupper i større eller mindre omfang ændrer karakter.

Hvad skal man bruge den viden til? For det første er det en påmindelse om, at EPJ-projekter (og IT-projekter generelt) ikke bør betragtes som succesfuldt afsluttede, når de er "implementerede" og "overgået til drift". I stedet er der behov for en løbende refleksion over, hvilke nye udfordringer teknologien og dens brugere giver for organiseringen af arbejdsopgaverne. For det andet peger under-

søgelsen på, hvad det er for slags udfordringer, der er i vente, når EPJ erstatter papirjournaler – udfordringer for personalet, for ledelsen, og for patienterne. ■

Signe Svenningsen forventes at forsvare sin afhandlingen i foråret på Handelshøjskolen i København, Solbjerg Plads 3. Tidspunktet vil blive annonceret på FLOS hjemmeside www.flos.cbs.dk

Fokus på arbejdsorganisering



Ph.d. stipendiat Sidsel Vinge, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København

I starten af januar 2003 indleverede cand.merc. Sidsel Vinge sin ph.d afhandling *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på hospitaler* om organisering af lægers arbejde i forbindelse med de medicinske centre i H:S. Afhandlingen tager således empirisk udgangspunkt i de fire medicinske centre under H:S, som blev implementeret i løbet af 1998. Men afhandlingen er ikke en traditionel reformanalyse, der primært analyserer reformen ud fra en implementeringstankegang. Opgaven gribes an på en lidt anden måde. Inden afhandlingen kommer til selve analysen af hele reorganiseringsprojektet, stilles der skarpt ind på den måde, det lægelige hospitalsarbejde generelt er organiseret på i hverdagen. Dette gøres i praksis ved at analysere tre forskellige aspekter af det medicinske arbejdsinfrastruktur, og deres konsekvenser for forholdet mellem individ, organisation og tidslighed.

De tre aspekter omhandler speciallægedannelsens, arbejdsskemaernes og konferencernes roller. Disse tre aspekter er karakterise-

ret ved at være generelle træk ved organiseringen af det medicinske arbejde på hospitaler, som ikke blot kan genfindes i H:S, men på hospitalsafdelinger landet over. Det gør det muligt at lave en analyse af den organisatoriske kontekst, som de lokale udformninger af medicinske centre er forsøgt indlejret i. Men denne tilgangsvinkel gør det også muligt at diskutere organisering – og ikke mindst mulighedsrummet for reorganisering – af medicinsk arbejde på mere fundamental og generel vis. Således omfatter afhandlingen en konkret og empirisk analyse af forskellige aspekter af arbejdspraksis, som kan iagttages omkring de medicinske centre. Her er hovedvægten lagt på en analyse af to af reformprojektets hovedelementer: fællevagten og visitationskonferencerne udfoldet i konkret hverdagspraksis.

Afhandlingens egentlige hovedærinde er at yde et bidrag til den del af sygehusforskningen i Danmark, som mener, at vi skal til at sætte fokus på hverdagsarbejdet på hospitalerne – mere end på ledelses- og reformarbejdet – hvis vi vil gøre os nogle forhåbninger om at forstå, hvad der sker, og hvad der ikke sker, når reform efter reform skyller ind over sygehusfeltet. Afhandlingens hovedbidrag er således en omfattende empirisk analyse af, hvordan en del af hospitalets *metier* – at pleje og behandle patienter samt bedrive forebyggende arbejde – i praksis udfolder sig som *organiseret arbejde* i virkelighedens hospitalsorganisationer. ■

Sidsel Vinge forventes at forsvare sin afhandling i foråret på Handelshøjskolen i København, Solbjerg Plads 3, Frederiksberg. Tidspunktet vil blive annonceret på FLOS hjemmeside www.flos.cbs.dk

Patientforløb i praksis



Ph.d. stipendiat John Damm Scheuer, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København

Hvad sker der, når ideen om patientforløb møder klinisk praksis på hospitalerne? Det er hovedtemaet i den ph.d. afhandling, som John Damm Scheuer afleverede i begyndelsen af januar 2003: *Patientforløb i praksis – en analyse af en idé's oversættelse i mødet med praksis.*

Reformtiltag i sygehusfeltet

Sygehusfeltet har været konfronteret med en løbende strøm af reformtiltag i de senere år. Nye og innovative ideer er blevet introduceret på stribe med henblik på at blive implementeret i klinisk praksis på hospitalerne. Nogle forskere har døbt fænomenet "New Public Management" og henviser til, at der i stigende grad bliver introduceret styringsmekanismer fra private virksomheder og eksperimenteret med brug af økonomiske og markedsbaserede incitamentsstrukturer i sygehusfeltet. Eksemplerne på reformideer er mange: centertanken, kontraktstyring, kvalitetssikring, patientforløb og nye IT-systemer til booking og journalføring mm.

Patientforløb - et prioriteret indsatsområde

Den reformidé, som afhandlingen fokuserer på er ideen om patientforløb. Fra 1995 og frem er patientforløb blevet et højt prioriteret indsatsområde i sygehusfeltet. Et bredt spektrum af aktører i feltet (Sygehuskommissionen, Amdsrådsforeningen, Regeringens 100 dages udvalg og Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren m.fl.) har udtrykt store forventninger til, hvad patientforløbsideen kan "gøre" i klinisk praksis. Fordele, der rutinemæssigt er blevet forbundet med "implementering" af ideen om patientforløb, er: et mere effektivt ressourceforbrug, høj kvalitet af de sundhedsfaglige ydelser samt kontinuitet og sikring af sammenhæng i patientforløbet. Patientfor-

løb er også blevet fremstillet som noget alle bør beskæftige sig med uanset specialiteten (medicin, kirurgi, psykiatri). Den forskningsbaserede viden om de organisatoriske effekter af implementering af patientforløb i praksis på sygehusene har imidlertid været begrænset.

Patientforløb i udviklingskonsulentens perspektiv

I afhandlingen er forfatterens indgang til studiet af mødet imellem ideen om patientforløb og klinisk praksis hans egne erfaringer som udviklingskonsulent på Frederiksberg Hospital. Her konstaterer han blandt andet, at patientforløb modtages og konstrueres forskelligt i det kirurgiske og psykiatriske speciale. Erfaringerne gør ham skeptisk i forhold til sygehusfeltets tro på standardisering og optimistisk retorik om ideens effekter i praksis. Forskningsmæssigt knytter forfatteren an til den nyinstitutionelt funderede forskning i sygehussektoren, der fokuserer på at tilvejebringe teoretisk og empirisk indsigt i reformideers møde med praksis (se Bentsen & Borum m.fl., 1999, *Når styringsambitioner møder praksis*). Specielt fokuseres der på en videreudvikling af begrebet "oversættelse" (translation) og på en teoretisering af mødet imellem reformidé og praksis, der gør det muligt at studere mødet "på mødets præmisser". I overensstemmelse med ovennævnte er afhandlingens formål, at studere mødet imellem patientforløbsideen og den lokale kliniske praksis i to forskellige lokale kontekster (ortopædkirurgi og psykiatri) som oversættelsesprocesser.

Implementering som en oversættelsesproces

Forskere, der arbejder ud fra en ny-institutionel tilgang til studiet af introduktion af reformideer i praksis, har i de senere år udviklet oversættelsesbegrebet, der kan opfattes som et alternativ til implementeringsbegrebet. Grundtanken i oversættelsesbegrebet er, at innovative ideer (patientforløb, strategier, kvalitetstiltag m.m.) ikke gør noget "af sig selv". De skal derimod på en eller anden måde "samles op" og rekontekstualiseres af humane aktører i lokal praksis. Centrale pointer i oversættelsesblikket er, at planer/ideer altid reformuleres, når de introduceres i lokal praksis, at den måde ideer oversættes på er personafhængig, at oversættelser altid er knyttet til særlige tid-rum kontekster, at oversættelse er en åben og uafsluttet proces samt, at ideers lokale "magt" (dvs. "implementering") – er

en effekt af oversættelsesprocessen. Afhandling bekræfter, at implementeringsprocesser i sygehussektoren kan betragtes som oversættelsesprocesser med (blandt andre) disse karakteristika.

Om hvad patientforløb "gør"

Empirisk demonstrerer afhandlingen, at den politiske og administrative prioritering af patientforløb i strategier og planer mm. fører til, at der igangsættes lokal aktivitet i forhold til patientforløb i de enheder, der studeres (en ortopædkirurgisk klinik og en psykiatrisk afdeling). Den demonstrerer også karakteristika ved en generel reformidés internationale "rejse" ved at vise, at det er delelementer knyttet til en idé fremfor et helt koncept (dvs. en "pakke" af sammenknyttede elementer omkring patientforløbsidéen), der "flytter" sig på tværs af de studerede tid-rum kontekster (Boston (USA), udviklingsafdelingen på Frederiksberg Hospital, arbejdsgrupper i ortopædkirurgisk klinik og psykiatrisk afdeling).

Afhandlingen viser derudover, at hvad patientforløb oversættes til og dermed "gør" i to væsensforskellige lokale kontekster - en ortopædkirurgisk klinik og en psykiatrisk afdeling - er forskelligt. Den viser fx, hvordan lokale aktørers konstruktion af teknologi, social struktur og omverdensrelationen i de to specialer præger oversættelsesprocessen i forskellig retning. I ortopædkirurgisk klinik sker oversættelsen af patientforløbsidéen relativt let og hurtigt. Patientforløb oversættes først til en metode til re-engineering, dernæst til et dokumentationsredskab og til sidst til et total kvalitetskoncept samt noget mere konkret: et modelprogram, der fungerer som et ledelsværktøj. I psykiatrisk afdeling viser oversættelsen af patientforløbsidéen sig at

være sværere og mere tidskrævende. Oversættelsesprocessen fører først til en diskussion af arbejdsdeling. Herefter oversættes patientforløb til en social struktur, der gør en velkoordineret og velorganiseret tværfaglighed til det, der skal sikre en kvalitativ håndtering af den "kompleksitet", som den akutte psykiatriske patient udgør. Denne "kvalitative" tilgang til kvalitetssikring konstrueres som i modstrid med omverdenens - og herunder H:S's "kvantitative" kvalitetsforståelse, der i højere grad prioriterer opstilling af kvalitetsmål og måling i forhold til disse. Resultatet er en afsluttende rapport om "det gode psykiatriske patientforløb", der er en hybrid imellem de to kvalitetsforståelser. Oversættelsesforløbet fører til yderligere oversættelsesaktivitet i psykiatrisk afdeling, der bedst lader sig forstå udfra den lokalt konstruerede "kvalitative" kvalitetsforståelse.

Afslutningsvis demonstrerer afhandlingen effekterne af oversættelsesprocesserne. De oversættelser, der foretages i de to caseenheder viser sig at være fornuftige i den forstand, at de bidrager til udvikling på områder, der opleves som vigtige i caseenhederne. Det er imidlertid mere usikkert, i hvilket omfang oversættelsesprocesserne medfører de effekter, der normalt forbindes med patientforløb: mere effektivt ressourceforbrug, høj kvalitet af de sundhedsfaglige ydelser, kontinuitet og sikring af sammenhæng i patientforløbet. ■

John Damm Scheuer forventes at forsvare sin afhandling i foråret på Handelshøjskolen i København, Solbjerg Plads 3, Frederiksberg. Tidspunktet vil blive annonceret på FLOS hjemmeside www.flos.cbs.dk

Professionerne og afdelingsledelse



Kandidatstipendiat Hanne Sognstrup

I slutningen af januar afleverer Hanne Sognstrup sin ph.d. afhandling *Professionerne og afdelingsledelse*. I den empiriske undersøgelse, der ligger til grund for afhandlingen, har administrerende overlæger og oversygeplejersker på 17 afdelinger på tre nordjyske sygehuse i to interviewrunder i henholdsvis 1999 og 2001 givet deres opfattelse af ledelse til kende. De har reflekteret over deres ledelsespraksis og har videregivet deres erfaringer med og fortolkninger af de eksisterende og fremtidige ledelsesmodeller.

Afhandlingens sigte er at give et nyt bidrag til den eksisterende viden om professio-

nelle som ledere. Der er mange ledende professionelle ikke mindst i den offentlige servicesektor, men vi ved ikke så meget om deres særlige forhold sammenlignet med andre ledere. Noget af det særlige er, at samtidig med, at de er leder, er de også medlemmer af en profession. Hvilken betydning har det?

Mere præcist sætter afhandlingen med en ny-institutionel og professionsteoretisk tilgang fokus på ledende professionelles faktiske udmøntning af de formelle ledelsesmodeller i sygehusvæsenet. I centrum er afdelingsledernes professionstilhørsforhold og hvilken betydning, det har, at lokale ledere foruden deres medlemskab af afdelingsledelserne også er medlem af de to dominerende professioner i sundhedsvæsenet.

Formålet med afhandlingens er *således at belyse professioners og professionelles betydning for udmøntningen af to ledelsesmodeller: fælles afdelingsledelse og entydig ledelse i det danske sygehusfelt.*

Mere specifikt fokuserer afhandlingen på hvordan:

- Professionerne ledelsesprojekter på sygehusfeltniveau kan karakteriseres og hvordan professionerne har søgt at varetage dem.
- Professionerne ledelsesprojekt lokalt reflekteres i lederens egne fortællinger om deres lederopgave samt om og hvordan, afdelingsledelserne afspejler deres respektive professionelle ledelsesprojekter under to forskellige betingelser:
 - (1) en institutionaliseret ledelsesmodel-fælles afdelingsledelse og
 - (2) en ny ledelsesmæssig diskurs under institutionalisering - entydig ledelse. ■

Hanne Sognstrup forventes at forsvare sin afhandling i foråret på Aalborg Universitet. Tidspunktet vil blive annonceret på FLOS hjemmeside www.flos.cbs.dk

Forskning og Praksis

I 2003 afsluttes de fleste FLOS-projekter. På det tidspunkt er viden produceret og indkodet i ph.d. afhandlinger, bøger og artikler. Den viden vil vi gerne dele og diskutere med sygehusfeltet. Til det formål vil vi i 2003 og 2004 afholde en FLOS SEMINARRÆKKE. 2003 seminarrækken vil blive annonceret samlet med en brochure, der udsendes til modtagerne af nyhedsbrevet i begyndelsen af marts måned.

FLOS har som målsætning at oparbejde forskningsbaseret viden om sygehusvæsenets ledelse og organisering. Midlerne hertil har været ni forskningsprojekter, der har studeret forandringsprojekter og organisatorisk praksis i forskellige dele af det danske sygehus- og sundhedsvæsen. Under udførelsen af det empiriske forskningsarbejde har der været direkte kontakt mellem praksis og forskning. Under det efterfølgende dataanalysearbejde er de foreløbige resultater primært blevet diskuteret i centrets forskellige (internationale) forskningsnetværk. Kontakten til praksis har derimod været begrænset til en formidling gennem oplæg og forelæsnings på uddannelser, kurser, konferencer og workshops. Sådan er forskningens arbejds metode - og specielt når projekterne er defineret som ph.d. projekter, hvor der stilles skrappe teoretiske krav.

Heldigvis har FLOS kunnet sikre løbende information via den velfungerende hjemmeside - www.flos.cbs.dk - der 1. december 2002 rundede besøgstallet 10.000 siden tælleren i foråret 2000 blev sat i gang.

FLOS seminarerne vil have til formål at præ-

sentere FLOS forskningsprojekternes analyser og hovedresultater og at diskutere disse med praktikere, politikere og beslutningstagere fra sygehus- og sundhedsvæsenet. På denne måde er det intentionen ikke blot at dele viden, men også i fællesskab at undersøge koblingen mellem viden og praksis, og blive klogere på videns grænser, muligheder og anvendelighed. FLOS seminarernes format vil variere fra to-timers seancer til heldagsarrangementer. Men uanset formatet vil de lægge vægt på præsentation af oparbejdet viden fra forskningsprojekter og diskussion af denne på tværs af teori og praksis. Seminarerne afholdes i Handelshøjskolens bygning på Solbjerg Plads, Frederiksberg.

Det første af seminarerne er allerede programlagt og tager udgangspunkt i Signe Svenningsens ph.d. afhandling om EPJ. Men også andre studier af EPJ i praksis vil blive inddraget, som det fremgår af annonceringen nedenfor. Husk tilmelding (Birthe Biller på bb.ioa@cbs.dk), og at sætte kryds i den nye 2003 kalender.

FLOS seminaret om EPJ - *Elektroniske patient-journaler på arbejde i sundhedsvæsenet* - afholdes på Handelshøjskolen i København, Solbjerg Plads, torsdag den 3. april 2003, kl. 13-17. Programmet omfatter følgende oplæg:

Signe Svenningsen, Handelshøjskolen i København: *"EPJ og medicinsk arbejde - reorganisering af roller, ansvar og risici"*

Brit Ross Winthereik, Erasmus Universitet Rotterdam: *"EPJ i almen praksis"*

Pia Elberg, Aalborg Universitet: *"Fra papirjournal til EPJ - fra arkivering til aktivering af information?"*

Eksterne aktiviteter i året, der gik



Af adjunkt Anne Reff Pedersen, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København

Tit oplever jeg som forsker, at folk omkring mig har en forventning om, at jeg tilbringer det meste af min tid på mit kontor og primært taler med andre forskere. Det er et meget snævert billede af min hverdag, hvor der går en del tid med undervisning og planlægning af undervisning, hvilket indebærer en bred kontakthorisont med studerende, administrativt personale og andre forskningskolleger.

Som adjunkt er min arbejdstid formelt delt mellem 50% forskning og 50% undervisning og administration. Som mange andre forskere har jeg tit svært ved at sige nej, når jeg bliver inviteret til fortælle om mine forskningsresultater, men det kan være nødvendigt, for at jeg kan få mulighed for at forske i halvdelen af min arbejdstid. En ting, som jeg og mine FLOS kolleger oftest ikke siger nej til, er, når vi bliver bedt om at deltage i forskellige møder, konferencer og seminarer i sygehusfeltet og fortælle om vor forskning. Ofte er forventningen til formidlingen af forskningsresultater til praktikere inden for et forskningsfelt, at den bedst sker via en avis-kronik, men det er en meget snæver forståelse af formidling. For mig at se er den mest lærerige og dermed vigtigste form for formidling den, der sker gennem dialogen med praktikere i feltet. Her er et udsnit af nogle af mine erfaringer i året, der gik:

19. marts: oplæg om relationel ansvarlighed på internat for amtslige konsulenter i sygdomsforebyggelse, som skulle opbygge nye samarbejdsrelationer på tværs af amter og stat. Det var meget spændende at fortælle om, hvordan ansvarlighed også kan forstås som samarbejdsrelationer på tværs af sektorer.

19. april: oplæg til Folketingshøring om det aldrende samfund. Denne høring blev holdt for at formidle ældreforskning til bl.a. folke-

tingsmedlemmer. Det var lidt af en udfordring at skulle tale om et udvalgt emne på meget kort tid, men det var spændende efterfølgende at høre politikernes refleksioner over de fremlagte pointer.

12. september: afholdelse af et professionelt udviklingsseminar om narrativ metode til Dansk Evalueringsselskabs årskonference. Det var dejligt at kunne formidle en forskningsmetode og diskutere, hvordan narrativitet (fokus på fortællinger) kan bruges i praksis i forskellige sektorsammenhænge.

d. 9 oktober: deltagelse i gå hjem møde på KAS Glostrup om læring i sundhedssektoren. Her fortalte jeg om, hvordan ansvarlighed kan forstås som en refleksiv læringspraksis i det daglige arbejde. Det var meget spændende at høre, hvordan man på forskellige afdelinger arbejder med læringsprojekter.

Dette er fire eksempler på meget forskellige formidlingsaktiviteter, som jeg har deltaget i årets løb. Fire eksterne møder, der involverede et bredt spektrum af beslutningstagere og professionelle. Jeg har lært meget om, hvordan sundhedssektoren opfatter sig selv ved at deltage i disse aktiviteter og jeg håber, at min forskning om ansvarlighed og narrativitet ikke kun forbliver teoretiske aktiviteter, men på forskellig vis kan bruges som inspiration til praktiske tiltag afpasset efter de lokale forhold og problemstillinger.

Jeg synes, at jeg får mere respons på min forskning, når jeg er i dialog med ansatte på sygehuse, i amter og fra forskellige patientforeninger, end når jeg deltager i de mere formelle arrangementer med kort taletid og med formelle beslutningstagere. Dette er udtryk for, at formidling ikke kun skal betragtes som en aktivitet, der skal rettes til de formelle beslutningstagere i sundhedssektoren, men at det også i høj grad også er på afdelingen, ved sengen og ude i feltet, at teorierne i stort omfang kan blive omsat til praksis.

Med afslutningen af en del forskningsprojekter i det kommende år, håber vi i FLOS at kunne udbygge dialogen til feltet ved diverse arrangementer, og være med til at punktere myten om, at forskere kun sidder bag skrivebordet, og at udbrede billedet af, at de også deltager aktivt i debatterne om sundhedssektorens ledelse og organisering. De af jer, som allerede har mødt mange af os, ved også, at vor forskning er baseret på samtaler og dialog med feltet, og at dialogen derfor er grundlaget for en troværdig og inspirerende sundhedsforskning. ■

Den norske sygehusreform – ansvar og ejerskab

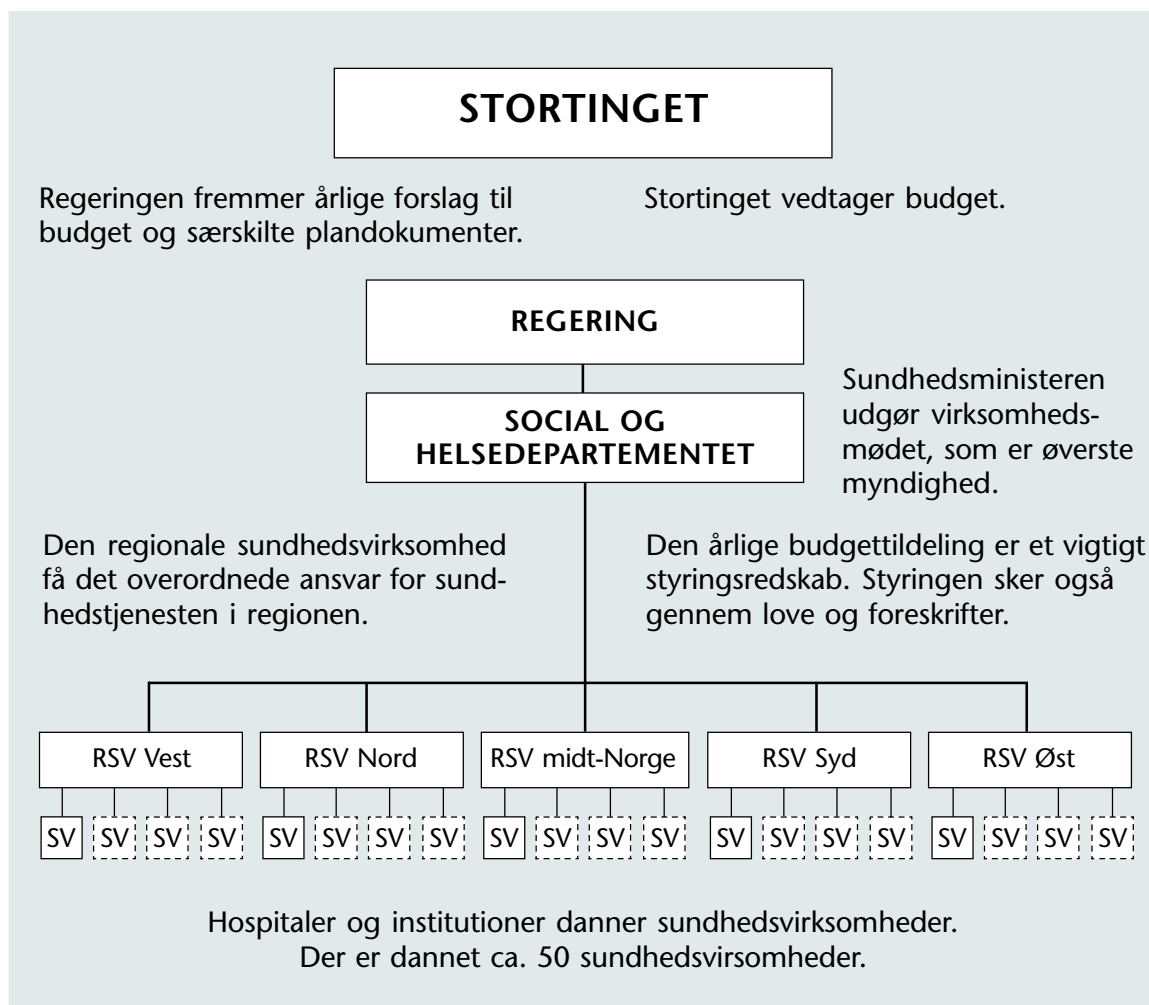


Af seniorforsker Per K. Vareide, SINTEF Unimed, Norge

Den 1. januar 2002 blev de norske sygehuse og øvrige specialiserede sundhedsydelse samlet og lagt ind under staten. I Lov om helseforetak m.m (nr. 66/2000-2001) hedder det indledningsvist om reformen:

”Hensigten med ændringerne er at skabe en helhedsorienteret organisations- og ansvarsreform med vægt på en klarere ansvars- og rollefordeling for på denne måde at skabe et bedre grundlag for både politisk styring og for virksomhedernes produktion af sundhedsydelser”. (Det Kongelige Social- og helsedepartement, Oslo)

Reformens primære ingrediens er ”at samle” ejerskabet på en hånd – statens - og samtidig at organisere dette ejerskab i form af juridiske enheder -virksomheder. I realiteten er det ”samlede” ejerskab fordelt på fem regionale sundhedsvirksomheder, der i det store og hele svarer til de tidligere sundhedsregioner. Det enkelte sygehus bliver dermed igen en selvstændig sundhedsvirksomhed ejet af en regional sundhedsvirksomhed, men med egen bestyrelse. Nedenstående figur viser den nye organisations- og ledelsesmodel:



Staten, dvs. Helsedepartementet, vælger bestyrelsesmedlemmerne i de regionale sundhedsvirksomheder (RSV'erne), og disse bestyrelser vælger så bestyrelsesmedlemmerne i deres respektive regionale sundhedsvirksomheder (sygehuserne – SV'erne). Bestyrelserne udgør, sammen med den administrerende direktør, sundhedsvirksomhedens øverste ledelse. Udover disse bestyrelsesmedlemmer vælges der blandt og af medarbejderne tre medarbejderrepræsentanter til bestyrelserne for både SV'erne og RSV'erne.

Hver region er en selvstændig virksomhed med egen ledelse og omtales som den regionale sundhedsvirksomhed. Denne har i princippet ikke driftsansvar, men et overordnet ansvar for koordination og strategi. Dens vigtigste opgave er at beslutte fordelingen af funktioner, at oprette og nedlægge funktioner ved de enkelte sygehuse samt at gennemføre sammenlægninger eller at nedlægge sygehuse, og at føre kontrol. Alle disse processer er regulerede ved lov, der hviler på de samme principper, som ligger til grund for aktieselskabsloven, dog med enkelte afvigelser. Den vigtigste er, at sygehuse ikke kan gå konkurs, og at der er restriktioner mht. at optage lån mm. Selve reformen blev vedtaget i og med, at den nye lov om sundhedsvirksomheder blev vedtaget.

I lovteksten til den nye virksomhedslov står der direkte, at den i højre grad er en ansvarsreform end en ejerskabsreform. Ansvar bliver knyttet til to forhold. For det første, at alle sygehuserne samles under én ejer – staten. Dernæst at etableringen af virksomheder skal tydeliggøre den enkelte institutions og især dennes ledelses ansvar for produktionen af sundhedsydelser.

Statens direkte styringsmuligheder ligger primært i virksomhedsmødet, der svarer til generalforsamlingen i andre typer af selskaber. Det betyder, at vedtægter og bestyrelsens sammensætning bliver statslige styringsredskaber ud over de traditionelle: budgetter (finansiering), lovgivning, regler samt uformel styring gennem samtaler, møder og "politiske signaler". Den regionale sundhedsvirksomhed har i princippet de samme styringsredskaber over for den enkelte sygehusvirksomhed, som staten har over for den regionale sundhedsvirksomhed. De regionale sundhedsvirksomheder har imidlertid i stor udstrækning mulighed for at placere egne ledere i bestyrelserne for sundhedsvirksomhederne (sygehuserne). En vigtig forskel er, at staten er underlagt Stortingets politiske styring, mens den regionale sundhedsvirksomhed og den enkelte sundhedsvirksomhed (sygehus) ikke længere har et politisk overordnet organ at forholde sig til. Her ligger en implicit, men sandsynligvis

vigtig begrundelse for reformen: at større autonomi og ansvar for sygehussledelsen vil føre til bedre intern styring og effektivisering. Det er en forudsætning i reformen, at sygehuserne i langt større grad kan organiseres og styres efter almindelige resultatkrav. Man mener ikke, at det er nødvendigt at underlægge selve produktionen af ydelser politisk styring og kontrol.

Reformens forhistorie og baggrund

Reformen – statens overtagelse af sygehuserne – er den sidste i en række af mange store og små reformer inden for sundhedssektoren. Alene inden for de seneste fem år er finansieringssystemet lagt om med øget vægt på resultatstyret finansiering, der er vedtaget fire nye sundhedslove, en kræftplan og en opgraderingsplan for psykiatrien. I sundhedslovene ligger der en række nye bestemmelser, som skal iværksættes - ikke mindst i forhold til ansvarsplacering – og den nye lov omhandler patientrettigheder.

Diskussionen om statsligt ejerskab af sygehuserne er ikke af nyere dato, og den blev i 1996 gjort til genstand for en udredning. Der var imidlertid ikke politisk flertal for en sådan reform før i 2001. Det skyldes flere forhold, men også at der er sket meget inden for området specielle ydelser i perioden 1996-2001:

1. Flere og flere *planlægningsfunktioner* blev efterhånden varetaget på et *regionalt* niveau. Der var ikke tale om et selvstændigt forvaltningsniveau, men om et forpligtende samarbejde mellem fylkeskommunerne (amtskommunerne).
2. *Sygehuserne* fik gradvist større selvstændighed – dvs. de blev i stigende grad skærmet mod direkte styring fra politisk niveau i fylkeskommunerne.
3. Ændringer i *finansieringssystemet* med overgangen til *resultatstyret finansiering* reducerede klart fylkeskommunernes muligheder for politiske prioriteringer gennem budgetvedtagelser. Og måske endnu vigtigere – den kontrol med de samlede omkostninger, som havde eksisteret under fylkeskommunernes ejerskab under rammefinansieringen, var ophørt. Omkostningerne steg – tilsyneladende mere end aktivitetsniveauet.
4. Det var aldrig lykkedes for den *politiske styring* af sygehuserne at fremstå som legitim blandt befolkningen. I rollen som ansvarlig for stramme budgetter var det fylkespolitikkerne som let sad med "sorteper" i spillet om flere penge.

Samlet set førte dette til, at argumenterne for fylkeskommunernes ejerskab af sygehusene smuldrede. Rammebetingelserne, som kunne understøtte deres ejerskab og driftsansvar, var efterhånden ikke længere til stede.

Den norske reform med statsligt ejerskab og virksomhedsorganisering af sygehusene er også klart inspireret og påvirket af den internationale reformbølge, som går under overskriften "New Public Management", hvis centrale elementer netop er fristilling, decentralisering af ansvar og myndighed og øget vægt på resultatstyring. Det mest karakteristiske i den norske sammenhæng har måske været, at man har satset på en *centralisering af den politiske styring*, mens tendensen internationalt har været at øge graden af decentralisering og lokal styring.

En reform i støbeskeen

Et specielt forhold ved den norske reform var den hastighed hvormed den blev gennemført. Loven om sundhedsvirksomheder blev vedtaget den 15. juni 2001, og allerede den 1. januar 2002 blev den iværksat. Der er derfor mange uafklarede forhold:

- **Statens mange styringskanaler.** Statslig styring sker gennem ejerskabsstyring, herunder vedtagelsen af formål, vedtægter og styringsdokumenter (mål); gennem myndighedsstyring, herunder krav til rapportering, kvalitet mm. og gennem direkte Stortingsvedtagelser. Dette kan skabe mange samtidige og ikke altid samvirkende styringssignaler fra statsligt hold til sundhedsvirksomhederne.
- **Samordningen mellem de fem sundhedsregioner.** Ejerafdeling i Sundhedsdepartementet er ikke en koncernledelse for de samlede specialiserede sundhedsydelser. En sådan koncernledelse eksisterer i princippet ikke i dag. På en del områder er staten alligevel interesseret i fælles strategier, løsninger og holdninger. I dag sker der en samordning dels gennem "uformelle" samtaler, dels gennem statslige pålæg, som i princippet strider mod princippet om selvstændig virksomhed.
- **Finansieringssystemet er ikke tilpasset den nye ejerskabs- og ansvarsstruktur.** Her vil et udvalg fremlægge en indstilling om en ny finansieringsmodel mellem staten og de regionale virksomheder og mellem de regionale virksomheder og sundhedsvirksomhederne. Det er ventet, at tilhængere af rammefinansiering og de, som ønsker en større grad af resultatstyret finansiering, vil have en forskellig holdning til en sådan indstilling. Et af de forhold, der i dag ikke er afklaret, er hvordan inve-

steringer i bygninger og udstyr skal finansieres. Det er muligt at optage lån, men i det omfang finansieringen kun dækker "drift" vil dette føre til, at egenkapitalen forsvinder over tid.

- **Spillet mellem aktørerne.** Ved fremlæggelsen af loven om virksomhedsorganisering blev det fremhævet, at man ønskede at sætte en stopper for det uværdige spil mellem aktørerne inden for sundhedsvæsenet - sygehusene, fylkeskommunerne og staten - om hvem der havde ansvaret for underskuddene. Dette er imidlertid ikke i første række afhængigt af hvem, der er "spillere", men i høj grad af spillets regler. Et spil "sorteper" forbliver "sorteper", selv om en af spillerne byttes ud (læs: staten erstatter fylkeskommunerne som ejer). Hvis spillet skal ændre karakter, så må man ændre spillereglerne. Et hurtigt blik på tilstanden inden for sundhedsvæsenet snart et år efter reformens implementering efterlader det indtryk, at spillereglerne *ikke* er ændrede. Der er ikke tilført ekstra ressourcer, og sygehusene rapporterer om, at de tildelte ressourcer ikke står i forhold til de pålagte opgaver.

Udfordringer reformen ikke svarer på

Sygehussreformen handler i udgangspunktet mere om indpakning end indhold. Man kan sige, at reformen ændrer rammebetingelserne og forudsætningerne for styring, ledelse og ansvar. Men tilbage står mange centrale udfordringer, som reformen i sig selv ikke har løst, og som man nødt til at tage op:

- **Behovet for sammenhængende forløb.** Den måske største udfordring for et sundhedsvæsen, der er præget af stadig kortere liggetid, har stigende antal akutte tilfælde og et stigende antal patienter med kroniske sygdomme, er at etablere samlede forløb, som patienten oplever som sammenhængende. Det vil kræve langt bedre koordination mellem den primære sundhedstjeneste, som i dag er kommunernes ansvar, og de statsligt ejede sygehuse.
- **Behovet for prioriteringer.** Ethvert sundhedsvæsen er nødt til at prioritere. Sundhedsvæsenet er i stor udstrækning styret nede fra i form af medicinsk og teknologisk udvikling. Dette skaber et pres for yderligere ressourcer til sundhedsvæsenet. Et overordnet styringssystem må kunne håndtere dette pres. Et af de ubesvarede spørgsmål i forbindelse med den statslige overtagelse og etableringen af regionale sundhedsvirksomheder er, hvordan sådanne prioriteringsprocesser skal foregå - hvem skal foretage prioriteringen og hvordan?

- **Behovet for demokratisk styring af sundhedsvæsenet.** Den demokratiske styring af sygehusene er ikke fjernet, men den er afgørende ændret. Det betyder også, at der bør findes nye roller og nye virkemidler for demokratisk styring af sundhedsvæsenet. Dette kan også ses i relation til de andre udfordringer: forholdet til brugerne, den primære sundhedstjeneste og behovet for prioritering.
- **Styring oppe fra og nede fra.** Reformens virkemidler ændrer i høj grad den styring, der sker "oppe fra" gennem de formelle myndighedsorganer. Men sygehusene styres lige så meget nede fra gennem den faglige udvikling og organisationskulturen. Den styring, som sker nede fra, er i stort omfang baseret på en anden logik (værdistyring) end den, som sker oppe fra (resultatstyring). Den reelle styringsudfordring ligger i mødet mellem de to styringsformer.

Sygehusene har traditionelt været "immune" over for reformer. Det kan der være mange årsager til. Den ene er, at reformer er politisk

initierede og med sådanne politiske reformer følger en stærk retorik om, hvor nødvendig og fornuftig reformen er. Derfor har reformer en tendens til at blive "oversolgt". En anden årsag er, at reformer er udsat for betydelige ændringer fra mange sider, både fra tilhængerne og modstandere, efter at de er blevet implementeret. Undervejs bliver de derfor ændret og tilpasset. En tredje årsag er, at reformer ofte er baseret på "gårsdagens" problemer og derfor ikke i tilstrækkeligt omfang har forudset "morgendagens" problemer og krav. Den vigtigste forklaring ligger imidlertid i, at den nye type virksomhed, som sygehusene og sundhedstjenesten udgør, er en stærkt værdibase-ret virksomhed, som i stort omfang også styres nede fra af det personale og de faglige miljøer, som sundhedsvæsenet omfatter.

Der er risiko for, at den eneste reelle konsekvens af statens overtagelse af sygehuserne på sigt vil være, at fylkeskommunerne bliver nedlagt som forvaltningsniveau i Norge. Det vil, hvis ambitionerne er et bedre sundhedsvæsen, være et nedslående resultat. ■

Læs mere om den norske sygehusreform på [www. http://odin.dep.no/shd/sykehusreformen/index-b-n-a.html](http://odin.dep.no/shd/sykehusreformen/index-b-n-a.html) og i Vareide, Per Kristian (2001): Sykehusreformen: Et hamskifte i styring av helsetjenestene. SINTEF rapport STF78 A013503. Trondheim: SINTEF Unimed

Bestiller-udførermodellen



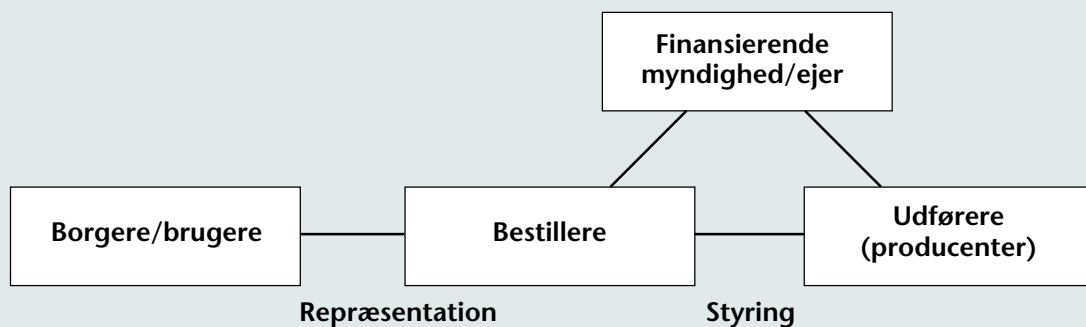
Af fil. dr. Sven Siverbo, Förvaltningshögskolan, Göteborg Universitet

Bestiller-udførermodellen skaber nye roller inden for det politiske system. Modellen indebærer ændringer i de politiske repræsentant- og styringsroller. Den giver også en ny rolle til udførerne – de personer som udfører det praktiske arbejde inden for sundheds- og sygehusvæsenet. For at modellen kan blive en succes, må disse nye relationer nødvendigvis

bringes til at fungere. Modellen er blevet populær i en tid, hvor den offentlige sektor er blevet kritiseret for at være ineffektiv og politikerne for at være alt for engagerede i detaljer knyttet til produktionen. Modellen er både et instrument til at udsætte den offentlige produktionsvirksomhed for konkurrence og til at ændre den politiske styring.

Rollen som repræsentant kræver gode kundskaber om borgernes behov og ønsker, og forudsætter kontakt til borgere, patienter og patientorganisationer. For at styringsrollen kan fungere, kræves at de politikere, der fungerer som bestillere af ydelser, kan påvirke forvaltningen, fx ved hjælp af kontraktstyring. Modellen indebærer også, at politikerne på centralt niveau tager ansvar for spørgsmål, der drejer sig om finansiering og ejerskabsforhold. Udførerne får en friere stilling og har kun ansvar for virksomheden inden for rammerne af de bestillinger, som de modtager. Jeg skal i det følgende sammenfatte resultaterne fra et omfattende forskningsprojekt om bestiller-udførermodellens virkninger inden for det sven-

Bestiller-udførermodellen



ske sundheds- og sygehusvæsen. Artiklen er baseret på en gennemgang af i alt 270 rapporter, hovedsagelig organisations- og regnskabsteoretiske forskningsrapporter, men også den såkaldte grå-zone litteratur skrevet af konsulenter og praktikere i amter og kommuner.

Ud fra de foreliggende data er det svært at drage éntydige konklusioner om, hvordan landstingene (amterne) har varetaget repræsentantrollen. Forskerne kommer til forskellige konklusioner mht., hvordan bestillerne fungerer i rollen som borgernes repræsentant. Bestillerpolitikere er generelt tilfredse med deres nye rolle og hvad de har præsteret. Allerbedst synes det at fungere i bestillerlandsting med lokale borgernævn. Men andre undersøgelser viser, at de ofte ikke er i stand til at underbygge deres prioriteringer og at bestillerpolitikere ikke kommer i kontakt med patienterne. Bestillerpolitikere er helt enkelt ikke patienternes naturlige diskussionspartnere. Det er et interessant spørgsmål, om bestillerne har skaffet sig en særlig kompetence som påvirker, hvordan de bestiller sundhedsydelser. Undersøgelserne viser ikke med sikkerhed, om det bestillende landsting (amt) arbejder på en anden måde, end andre amter gør, når det drejer sig om at kortlægge behov og etablere kontakter til borgere og interessegrupper.

Med hensyn til spørgsmålet om etablering af konkurrence, har det været svært at komme i gang. Måske er forklaringen, at der ikke har været noget alternativ til de traditionelle udførere. I Stockholm har man længe arbejdet med ideen om konkurrence, men forventer først at komme rigtig i gang tidligst i 2003. I de øvrige landsting (amter) er ideerne om konkurrence for en stor dels vedkommende blevet erstattet af ideer om samarbejde, koordinering og tillid. Bestiller-udførermodellen kan imidlertid føre til større klarhed i fordelingen af roller mellem dem, som tager overordnede beslutninger og dem, som driver virksomheden, ligesom udførerne er blevet

mere positive over for modellen. Men en del af de grundlæggende problemer er stadig uløste. Udførerne oplever, at bestillerne ikke har tilstrækkelig kompetence, at de ikke vil prioritere, og at de ikke vil diskutere bestillingernes medicinske indhold. Der er dog indikationer på, at visse bestillere er blevet mere kompetente, og derfor får bedre muligheder for at udøve kontraktstyring. Med hensyn til opfølgning viser undersøgelserne, at generelt set sker der ikke længere nogen opfølgning inden for sundheds- og sygehusvæsenet. Og der er ikke meget, som peger på, at situationen skulle være anderledes i bestillerlandstinget (amtet). Problemet i amterne vil dog vokse efterhånden som det bliver mere og mere vigtigt for bestillerne at have kendskab til, hvordan udførerne varetager deres opgaver. Bestillingsstyring forudsætter omfattende opfølgning af høj kvalitet.

En anstødssten i forbindelse med anvendelsen af bestiller-udførermodellen er forholdet mellem centrale og lokale tiltag, idet der eksisterer forskellige områder, inden for hvilke det centrale har ansvaret for helheden og det lokale ansvaret for delene. Når man fra centralt hold ikke mener, at der tages hensyn til helhedsperspektivet, bliver spillereglerne ændrede eller overtrådt. I denne sammenhæng er det vigtigt at bemærke, at sådanne problemer ikke er specifikke for landsting (amter), som bruger bestiller-udførermodellen. Problemer omkring relationerne mellem lokale og centrale aktører eksisterer i alle offentlige institutioner. Men bestiller-udførermodellen har ikke reduceret disse problemer.

Relationen mellem bestiller og finansieringskilde handler meget om, hvor mange ressourcer de finansierende myndigheder bevilger bestillerne. Denne ressourcefordeling er dog ikke blevet studeret særlig meget. I flere landsting (amter) er man gået over til en behovsbaseret ressourcefordeling, og disse ændringer er blevet forsvaret med retfærdighedsargumenter. Det er nødvendigt, at bestillerne får en rimelig tid til at tilpasse sig nye økono-

miske forudsætninger. Spillereglerne må ikke ændres for meget og for hurtigt.

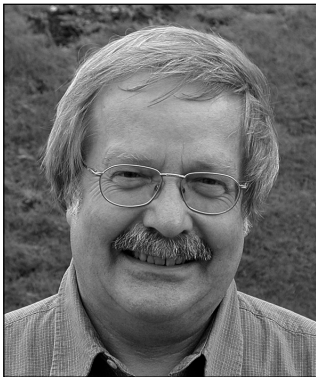
Forudsætningerne for ejerstyring er centrale, når det gælder styringen af sygehuse og i særdeleshed, når det gælder strukturspørgsmål, omkostningseffektiviseringer og udbud. En svag ejerstyring kan medføre en ekspansion, som øger produktionskapaciteten uden at bestillerne har mulighed for at købe alle de sundhedsydelser, som udbydes. I princippet er ejerne ansvarlige for struktureringen af sundhedstjenesten, men struktur – i form af hvor forskellige former for behandling bliver udbudt – kan også være et spørgsmål om kvalitet og retfærdighed. Derfor kan specifikke struk-

turforhold være noget, som bestillerne må bestille – og betale for.

En nærmere analyse af bestiller-udførermodellen viser, at den ikke giver de effekter, som man søgte. Det har vist sig vanskeligt at udvikle både repræsentant- og styringsrollen. Yderligere er relationerne mellem bestillere, udførere og finansierende myndigheder/ejere ikke problemfrie. ■

Læs mere i: Bo Hallin og Sven Siverbo (2002) *Jakten på den gode styring* på www.spa.gu.se

Kontraktstyring i danske sygehuse



Af lektor Peter Kragh Jespersen, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet

Kontraktstyring i den danske sygehusverden har en anden historie end så mange andre af de reformer, som i 90'erne har præget sygehusfeltet. Den er ikke som de fleste andre indført gennem anbefaling fra centrale udvalg, kommissioner eller ved lov, men er vokset frem nedefra gennem et tiår, så den i 2001 omfattede 10 ud af de 15 sygehuseheder (amter og H:S).

Den mest almindelige form for kontrakt indgås mellem det politiske niveau i amter og H:S på den ene side og sygehusledelserne på den anden side. I enkelte amter har man desuden videreført systemet i form af kontraktlignende aftaler mellem sygehusledelser og afdelinger eller videreudviklet det til at omfatte centre eller funktionsbærende enheder.

I fremtiden må man antage, at kontraktstyringsformen vil blive mere udbredt og udviklet yderligere i det danske sygehusvæsen, idet anbefalingerne fra sundhedsministerens rådgivende udvalg vedrørende sygehuse går i retning af større frihed for de besluttende enheder til at vælge, hvor de vil have sygehusopgaverne løst, idet der sandsynligvis vil blive

større valgfrihed mellem offentligt ejede sygehuse i hele landet, foreningsejede og private sygehuse i ind- og udland. Hvis man skulle beslutte sig for at indføre egentlige bestiller-udførermodeller, med formel adskillelse af bestillerne fra udbyderne vil forholdet mellem bestiller og udfører ligeledes blive reguleret af kontrakter. I begge tilfælde vil der blive brug for langt flere og mere omfattende kontrakter end tilfældet er i dag.

Der er derfor gode grunde til både at interessere sig for kontraktstyringsens baggrund og for de erfaringer som er gjort med kontraktstyring i Danmark og i udlandet. For så vidt angår de udenlandske erfaringer skal jeg her nøjes med at henvise til artiklen af Sven Siverbo i dette nummer af FLOS nyhedsbrev og til DSI's rapport fra 2000 om erfaringerne fra England, New Zealand og Sverige. Kontraktstyringsens baggrund og de danske erfaringer vil derimod blive omtalt nøjere i det følgende.

Kontraktstyring må ses som en del af New Public Management strategien for omstilling og effektivisering af den offentlige sektor, idet man, som hel eller delvis erstatning for den klassiske løbende politiske og regelbundne styring, sætter den forretningsmæssige kontrakt, hvor parterne aftaler, hvilke ydelser der skal leveres til hvilken pris over en given tidsperiode. I forbindelse med kontraktindgåelsen aftales vilkårene, og derefter er det op til udføreren (agenten) at levere ydelsen, og til bestilleren (principalen) at kontrollere, om ydelsen er i overensstemmelse med kontrakten. Fortalere for kontraktstyring fremhæver, at adskillelse af bestillerrollen fra udførerrollen vil føre til en mere effektiv opgaveløsning, især hvis der er konkurrence mellem forskellige udbydere om kontrakterne. Om det rent faktisk vil være tilfældet, afhænger af forholde-

ne på de enkelte områder. I litteraturen om kontraktstyring fremhæver man, at følgende punkter skal være opfyldte, hvis kontraktstyring skal være effektiv:

- Ydelserne, der omfattes af kontrakten, skal kunne beskrives og specificeres entydigt.
- Det skal være muligt at beskrive sammenhængen mellem omkostninger og ydelsesproduktion for hver enkelt ydelse for at kunne fastsætte priserne i kontrakten.
- Bestiller og udfører må ikke kunne snyde hinanden.
- Det skal være muligt at kontrollere om ydelserne kvalitativt og kvantitativt lever op til kontrakten.

På den baggrund må det på forhånd anses for meget vanskeligt, at realisere effektivitetsgevinster ved kontraktstyring på sygehusområdet. For det første er der tale om et meget stort antal komplekse ydelser, hvoraf en hel del er vanskelige at beskrive entydigt. For det andet mangler der i høj grad viden om omkostnings-sammenhængene. De gennemsnitspriser, der er tilgængelige fx i det danske DRG system omfatter kun en del af omkostningerne og er derfor ikke særligt velegnede til brug for forhandlinger med konkrete udbydere, idet der er betydelig risiko for at fastsætte for gunstige eller for ugunstige priser ved anvendelse af DRG takster. Hertil kommer, at der er indbygget en betydelig informationsulighed mellem parterne, idet udførerne som hovedregel vil have langt større viden om udviklingen i behandlings- og plejeopgaverne end bestillerne, med deraf følgende risiko for snyd. Endelig er det vanskeligt for bestillerne at få præcise og uafhængige vurderinger af ydelsernes kvalitet. Ingen af disse vanskeligheder er i princippet uovervindelige, men det kan blive så dyrt at overvinde dem, at kontraktstyring af den grund bør afvises, fordi omkostningerne bliver for høje sammenlignet med andre styringsformer.

På den baggrund står man tilsyneladende med et paradoks. På den ene side kan man konstatere, at størstedelen af de danske amter og H:S har indført kontraktstyring, og på den anden side kan man også konstatere, at de ikke har udsigt til at opnå en effektivitetsstigning via kontraktstyring, fordi forudsætningerne herfor ikke er tilstede på sygehusområdet. Hvordan kan dette paradoks forklares?

En **første** forklaring vil tilsi, at amterne har indført kontraktstyring for at demonstrere, at de er med på tidens tendenser. For denne forklaring taler, at de amter der ikke havde indført kontraktstyring i 2001 i praksis har gennemført lignende styringsformer. Deres budgetaftaler ligner til forveksling kontrakterne i "kontraktamterne" og opfølgningen

på budgetafvigelser ligner også. Denne type forklaring er i overensstemmelse med en ny-institutionel tolkning om amter, der udviser "passende budgetadfærd" i forhold til en norm om effektivitetsfremmende styringsformer i offentlige forvaltninger i 90'erne.

En **anden** forklaring har at gøre med konkurrerende styringsmodeller i sygehussektoren. Igennem 80'erne og 90'erne har sygehussektoren med betydelig succes været styret gennem rammebudgettering, og kontraktstyringen er som styringsmodel dårligt forenelig med en hårdhændet rammebudgettering. Det er muligt i et rammebudgetteret system at arbejde med kontrakter, der indeholder faste priser og mængder, men derved mister man netop det incitament til øget effektivitet hos udbyderen, der er hele den økonomiske begrundelse for kontraktstyringen. Foreløbig har såvel skiftende regeringer som amterne fastholdt rammebudgetteringen som det bærende budgetprincip i den danske sygehusverden, og så længe det er tilfældet, vil kontraktstyringen ikke for alvor kunne slå igennem som effektiviseringsinstrument, medmindre man er parat til store ikke planlagte omprioriteringer inden for budgetrammen.

En **trede** forklaring er, at kontraktstyringen oprindelig er indført i forventning om at opnå øget effektivitet, men i praksis er blevet ændret til noget ganske andet end et økonomisk effektiviseringsværktøj. For denne forklaring taler, at alle amter, der arbejder med kontrakter lægger afgørende vægt på, at kontrakterne har fornyet og ændret dialogen mellem sygehuse, amtslige forvaltninger og amts-politikere til det bedre. Man har fået øget kendskab til hinandens forventninger og prioriteringer og har gennemgående udviklet større grad af tillid til hinanden end i tiden før kontraktstyring. Stik imod kontraktteorien har kontrakterne ikke ført til større adskillelse af politik og sygehusdrift, men tværtimod bidraget til en effektivisering og udvikling af den politiske styring fx ved, at politiske prioriteringer direkte skrives ind i kontrakterne. Når kontraktstyringen ikke er slået igennem som økonomisk effektiviseringsværktøj kan det imidlertid også skyldes, at amterne fortsat mangler de kontraktrelevante omkostningssammenhænge og fortsat ikke har tilstrækkelige kvalitetsdata til at udøve en mere hårdhændet kontraktstyring. Givet ramme-styringens stærke position og manglen på relevante data er det både forståeligt og klogt, at man har koncentreret sig om at bruge kontrakterne til at udvikle den politiske og administrative dialog og på den måde transformeret et økonomisk styringsværktøj til en løbende og systematiseret sygehuspolitisk dialog.

Det er imidlertid næppe sandsynligt, at disse erfaringer med dialogpræget kontraktstyring kan overføres til et kommende dansk system med skiftende og mangfoldige udbydere af sygehusydelser. Her vil det blive sværere at etablere dialog og tillid, der vil blive behov for mere omfattende systemer til omkostningsregistrering, priskalkulation og kontrol med ydelsesproduktionen, og som følge heraf vil transaktionsomkostningerne stige.

Det store ubesvarede spørgsmål er, om der er udsigt til økonomisk gevinst ved en sådan mere hårdhændet og konkurrencepræget kontraktstyring eller, om stigende transaktions-

omkostninger vil overstige gevinsten. Et andet spørgsmål er, om man kan bevare og videreudvikle nogle af de gode erfaringer med det eksisterende dialogprægede kontraktstyrings-system i et fremtidigt dansk system. Uanset hvilken udvikling der tegner sig, vil det være særdeles relevant at få gennemført systematiske og uafhængige undersøgelser af samtlige effekter af den fremtidige kontraktstyring. Sådanne undersøgelser er bestemt ikke udbredte i de lande, der allerede har prøvet kontraktstyringen i stor skala, og der er jo ingen grund til at det danske sygehusvæsen begår samme fejl. ■

Erfaringer med sundhedsplanlægning - fokus på problemer



Af lektor Janne Seemann, Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Universitet

Sundhedsplanlægningsloven fra 1994

I flere årtier har man diskuteret det "fragmenterede sundhedsvæsen" og herunder manglende sammenhæng i patientforløb, der kræver samspil mellem sygehus, kommune og praksislæge.

I Danmark er der ikke tradition for at lovgive om samordning i sundhedsvæsenet. Det er i vidt omfang overladt til de regionale og lokale niveauer at udvirke et samspil. Debatten om det "fragmenterede sundhedsvæsen", herunder om "grå-zone-patienter" eller "patienter, der falder mellem to, flere eller ingen stole" er tiltaget i styrke. Det er en væsentlig baggrund for, at der på sundhedsområdet i 1994 blev vedtaget en sundhedsplanlægningslov med nye bestemmelser om samarbejde og planlægning (jf. lov om offentlig sygesikring, kapitel 6a). Loven pålægger amter og kommuner at samordne deres indsats og fremhæver betydningen af at inddrage de praktiserende læger. Ifølge loven skal der udarbejdes planer og

redegørelser for indsatsen for forebyggelse, pleje og behandling samt kvalitetssikring inden for hvert amt. Planerne og redegørelserne skal omfatte sygehusvæsenet, sygesikringsområdet samt de kommunale sundhedsordninger og udarbejdes én gang i hver kommunal valgperiode. Vægten lægges på at udbygge det tværgående samarbejde gennem dialog og processer i netværkskonstellationer, og følgende tre formål fremhæves :

- styrkelse af samarbejdet inden for sundhedsområdet og sikring af sammenhængen på længere sigt
- styrkelse af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats
- styrkelse af kvalitetsudviklingen

Med sundhedsplanlægningsbestemmelserne anses dialog og proces som de hoveddrivkræfter, der skal generere integration i sundhedsvæsenets mange grænseflader. Men det er lettere sagt end gjort.

Artiklen har baggrund i egne data fra FLOS-projektet "Sundhedsplanlægning i interorganisatorisk perspektiv". Udover en omfattende dokumentanalyse har datagenereringen bestået i en række interviews med centralt placerede nøglepersoner i sundhedsvæsenet samt en besøgsrunde i 6 amter, nogle af deres kommuner og praktiserende læger. 35 aktører i sundhedsvæsenet er blevet interviewet.

Tværgående samspil er svært - ikke ét væsen
Synspunkter om koordinations- og samordningsbestrebelse som uoverskuelige, ineffektive, ørkesløse og træge indslag i sundhedsvæsenet er ikke usædvanlige. Såvel politiske,

administrative som udførende niveauer kan fremmane billeder om "det ørkesløse bureaukrati" samt "det palaverdemokratiske møderi", og de ser for sig rækken af styre- arbejds- og underarbejdsgrupper, endeløse sammenrend, låste positioner og meget små eller ingen resultater.

Sådanne synspunkter er egentlig ikke overraskende. Når man betragter sundhedsvæsenet, er der langt fra tale om ét væsen. Det er da også karakteristisk, at der ikke fremstår en klar og éntydig definition af sundhedsvæsenet med fælles værdier og målsætninger, der kan sikre en tværgående afstemning af de mangeartede aktiviteters fælles retning.

En væsentlig udfordring for sundhedsvæsenet består i at oprette såkaldt gensidige forståelser. Det antages, at man bedst lykkes med kommunikative processer - og dermed ikke-fragmenterede opgaveløsninger - i det omfang de involverede parter har fælles mål, ligheder i kompetence og værdisyn, og hvor dagsordenen er overskuelig.

Set i dette perspektiv er det ikke overraskende, at de mange parter i sundhedsvæsenet kan have uhyre vanskeligt ved at lykkes med et konstruktivt tværgående samspil. Sundhedsvæsenet må karakteriseres ved store forskelle i de involverede parters virkelighedsopfattelser, interesser, kompetencer og værdier. Tilmed kan dagsordenen være særdeles uoverskuelig.

Sundhedsvæsenet står derfor på den ene side med et stort behov for kommunikative processer, men på den anden side med den sværest tænkelige situation at udvikle og anvende dem i.

Centrale hovedkriterier for koordination

Vi hører og anvender ofte udtryk som: "Der skal arbejdes bedre og mere sammen i sundhedsvæsenet" eller "Patientforløbene er ikke koordinerede". Hermed menes, at de mange enkeltdele, som tilsammen udgør patientforløbet "ikke går op i en højere enhed", at de ikke er forenelige, men snarere præget af friktion og uoverensstemmelser. Samtidig kan det være svært at svare på, hvad der præcist skal til for at opnå sammenhæng og overensstemmelse i patientforløb.

Skabelsen af et mere sammenhængende sundhedsvæsen kræver organisatorisk set *koordination*. Forudsætninger for koordination er i denne sammenhæng:

1. At den er *vidtfavnende eller total*. Dvs. for at der overhovedet kan finde en koordination sted, skal der være det tilstrækkelige antal elementer til stede for at opnå en given koordinering. Det vil bl.a. sige, at sygehuset, almen praksis og sundhedsvæ-

senet i øvrigt, hjemmeplejen og socialvæsenet i øvrigt i realiteten ikke kan planlægge uden hensyntagen til eller samarbejde med hinanden. Det er derfor fx ikke tilstrækkeligt, at der alene sker en koordination på tværs af dyaden sygehuset og den enkelte kommune uden inddragelse af de praktiserende læger, fordi tre-kantskoordinationen sygehus-kommune-almen praksis ofte er nødvendige elementer i en række patientforløb (demens, apopleksi, genoptræning, diabetes, asthma.) - Men både historisk og aktuelt er det interessant at konstatere, at den dominerende opfattelse af det danske sundhedsvæsen først og fremmest inkluderer sygehuse og praksislæger. Der er stærke tendenser til at ekskludere primærkommunale sundhedsforanstaltninger.

2. At der er *tilgængelighed*. Dvs. at diverse (adgangs)kriterier (visitationsretningslinjer, diagnoser, betalingsordninger o.a.) ikke bruges som barrierer til at ekskludere brugere, som har brug for ressourcer og ydelser fra systemet (at undgå "grå-zoner", at "falde mellem to stole".)
3. At der er *forenelighed*. Dvs. i hvilken grad involverede parter er forbundet eller har skabt forbindelseslinjer, som sikrer en overensstemmelse mellem behov og leveret serviceydelse, der er meningsfuld for modtageren. Om fx diverse samarbejdsaftaler, tværgående mødestrukturer, kontaktudvalg, dialogfora, styrings- og koordineringsgrupper skaber forenelighed eller tilstrækkelige "forbundne kar".

Det kan knibe med at indfri disse centrale hovedkriterier for koordinationens udførelse i det gældende sundhedsplansystem, som jeg afslutningsvis vil rette blikket imod.

Erfaringer fra gældende sundhedsplanlægning

Der er positive erfaringer med sundhedsplanlægningsbestemmelserne. De har fx defineret anledninger til at tage hul på forsømte gråzone-områder især mellem amterne og deres kommuner. De har skabt nye typer tværgående mødestrukturer, hvor man mødes, ser hinanden og lærer hinanden at kende, hvilket virker fremmende på en fælles opgaveløsning. Planbestemmelserne har sammen med Folkesundhedsprogrammet virket som "løftestang" for at dagsordensætte det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

Men der er også negative erfaringer med sundhedsplanlægningsbestemmelserne. Datagrundlaget viser, at de interviewede aktører giver udtryk for problemer eller faldgru-

ber ifm. sundhedsplanlægningen, som det er væsentligt at være opmærksom på. De kan i punktform systematiseres således:

Sundhedsplaner kan blive en forestilling i sig selv

Selve arbejdet med sundhedsplanerne opleves ikke som en integreret del af det tværgående samarbejde, der hovedsageligt skabes i dag-til-dag-rutinerne på udførende niveauer og oftest uafhængigt af sundhedsplanen. - Dette kan tolkes som en dekobling af et institutionelt formidlet reformkrav, hvor sundhedsplanlægningsbestemmelserne ikke trænger igennem til de decentrale niveaus praksis. Hermed antager sundhedsplanlægningen en symbolpolitisk karakter. Sundhedsplaner bliver en forestilling i sig selv, hvis hensigt stort set består i at leve op til Sundhedsministeriets krav ("At give kejseren, hvad kejseren skal have").

Selektiv perception

Der er i sundhedsvæsenet mange slags større eller mindre "kongerier" og hierarkier med hver deres verdensbillede og reaktionsmønstre. Trods en udbredt erkendelse af, at tværgående koordination og samordning i sundhedsvæsenet er et væsentligt problem, har de mange parter det tilfælles, at de har svært ved at omsætte erkendelsen til fælles handling. Sundhedsvæsenets mange parter har ikke udviklet en fælles opfattelse af et alment, bredt accepteret kollektivt handlingsberedskab ift. tværgående koordination og samordning. Der er "sektiv perception", som består i at begribe helheden med forskellige øjne. Selektiv perception er ikke alene aktørbåret. Den gør sig også gældende i de informationsstrømme og organisationsstrukturer, som bygges op.

Negativ koordination

Den tværgående koordination og samordning præges af negativ koordination. Dvs. man undgår at genere hinanden snarere end at udnytte hinandens ekspertise mhp. at opnå positiv koordination, hvor man tilegner sig en helhedstænkning og bidrager aktivt til netop en samlet problemløsning. Negativ koordinations tilblivelse består i, at man har opbygget et apparat og nogle strukturer baseret på "fortidens problemer". Med nutidens og fremtidens forventede opgaveforskydninger og opgaveglidninger skal der skabes løsninger på tværs af "fortidens apparater og strukturer". Dette besværliggør udnyttelsen af mulige positive synergier. Man kan også udtrykke det på den måde, at der ikke er tale om "ond vilje" eller ugidelighed. Man bliver "låst fast", fordi mulighederne for at agere i en positiv koordination ikke er til stede i tilstrækkeligt omfang.

Mangel på planlægningsrelevant information

Fremadrettet planlægning nødvendiggør planlægningsrelevant viden, herunder belystningen af en række årsags-virkningsrelationer og sammenhænge. Sundhedsplanlægningen har generelt lidt af mangel på relevant viden. Det har især vist sig som et problem for kommunerne, hvis sundhedsplaner kan have langt mere karakter af statusopgørelser.

Formkrav (høringer mv.) gør justeringer og ændringer besværlige specielt i netværk af føderativ karakter

De involverede parter skal i princippet "om igen med hele proceduren", hvis der sker forandringer (og det gør der hele tiden). Autoritet og magt ligger imidlertid primært eller udelukkende hos enkeltparten og ikke hos en fælles netværksledelse. Derfor går beslutningsprocesser uendelig langsomt. Det betyder også, at:

Sundhedsplaner fremstår for lidt konkrete

Sundhedsplanerne indeholder primært en række overordnede betragtninger og intentioner, som fremstår for lidt konkrete. Primærkommunernes tilgang til sundhedsplanarbejdet er - udover at betragte det som "surt pligtarbejde" - at det skal være konkret, realistisk og som noget meget centralt tage udgangspunkt i egenkommunens specifikke opgaver og behov, men

Kommunerne har svært ved "at genkende sig selv" i sundhedsplanen

Det har vist sig vanskeligt at balancere mellem regionale og lokale hensyn, og kommunerne generes af, at

Sygehusplanerne fylder (for) meget og sætter dagsordenen

Det medfører negativ koordination, som består i, at kommunerne mest kikker efter i sundheds(sygehus)planen, om amtet foretager sig noget, der kunne genere dem. Hermed hensættes kommunen mest i rollen som "pladshund" fremfor en konstruktiv medspiller. Kommuner og delvist de praktiserende læger ser også sig selv i rollen som "de trynede parter". Sygehusplaner har mere prestige, større bevågenhed og højst prioritet. Sygehusenes øgede specialisering og opgaveforskydninger til primær sektor i kraft af éndagskirurgi, klart afkortede liggetider og øgede ambulante behandlinger stiller voldsomme tilpasningskrav til kommunerne og de praktiserende læger, som har vanskeligt ved at påvirke den dominerende sygehuspart.

Svært at få (primær) forebyggelse på dagsordenen

Man kan også udtrykke det på den måde, at syge(hus)planer skygger for sundheds(forebyggelses)planer. På trods af at det generelt

set er svært at mobilisere kommunerne i relation til forebyggelse, er det svært for kommunerne at få plads til deres mere socialt prægede sundhedslogik, når de møder behandlervordenen. Behandlervordenen tænker efter kommunernes mening mest i "sygdom" og ikke "socialt/sundt". For de amtslige forebyggelseskonsulenter kan det være meget svært at få forebyggelse på dagsordenen. Det forebyggende arbejde lider under et stadigt appendikspræget. Det øvrige sundhedsvæsen. Det er et dif-fust begreb at arbejde med og svært at gyldiggøre i en evidensbaseret sundhedsvidenskabelig logik. I sundhedsministerielle kredse taler man også om "det uforløste om forebyggelse" ifm. sundhedsplanlægningen. Dvs. forebyggelse relaterer sig til meget andet end sundhedssektoren og er i princippet et uafgrænset felt. Men det er karakteristisk for Danmark, at forebyggelse og sundhedsfremme kobles meget tæt til syge- og sundhedsvæsen relativt til de øvrige nordiske lande, som vi plejer at sammenligne os med.

Manglende aktiv medvirken fra de praktiserende læger

En formalisering af samarbejdsstrukturen i amterne har generelt set ikke vist sig som tilstrækkelig til at sikre aktiv medvirken fra de praktiserende læger. De er blevet, eller har henvist sig selv til rollen som "høringspart". Dette hænger især sammen med honoreringen af praktiserende læger, der først og fremmest retter sig mod patienttydelser og i mindre grad mod deltagelse i såkaldt bredere koordineringsfunktioner.

Suboptimering og kassetænkning i det social- og sundhedspolitiske felt

Kassetænkning er et velkendt og velbelyst problem især mellem amter og kommuner. Kassetænkningen søges løst via indgåelse af samarbejdsaftaler, men der mangler tilsyneladende metoder til dette. Kassetænkningen næres desuden af suboptimeringens dominans. Presset om effektivitet, om "at se rigtig ud" knytter sig først og fremmest til det enkelte styresystem/den enkelte organisation og ikke til organisatoriske grænseflader. Det er reformer eller omstillinger af enkeltdele, der har lagt beslag på tiden og opmærksomheden. Man arbejder hårdt på at skabe forandringer - men mest hver for sig. Derfor er der stærke tendenser til, at totaliteten eller helheden (opgaveløsninger på tværs af grænseflader) bliver gjort til et bi- og ikke et hovedproblem. - Fænomenet optræder ligeledes ifm. kvalitetssikring- og udvikling.

Kvalitetsudvikling - og sikring baseres ikke på netværkstænkning

Kvalitetssikring- og udvikling, informations-systemer og økonomistyring knyttes primært

til enkeltdelen/enkeltfunktionen. Igen kan det konstateres, at der arbejdes ihærdigt med kvalitetsudvikling på såvel sygehuse som i kommuner og hos praksislægerne. Men kvalitetsudviklingen sker i hvert af regierne og knyttes som regel ikke til grænsefladerne eller det tværgående samspil.

Sammenfattende

På trods af at Sundhedsministeriet i 1994 fremhævede, at de nye sundhedsplanbestemmelser netop ikke var noget forsøg på at genoplive 1970'ernes makroplanlægningsforestillinger, er der stærke tendenser til, at de alligevel bliver offer for selvsamme effektivitets- og legitimitetsproblemer. Det gælder især (effektivitets)problemer med manglende planlægningsrelevant information, selektiv perception og negativ koordination samt (legitimitets)problemer med at få gjort planlægningen politisk legitim, hvilket også gjorde sig gældende i 1970'ernes makroplanlægningsperiode.

Sammenfattende kan man udtrykke, at de gældende sundhedsplanlægningsbestemmelser skal nedfældes i det danske sundhedsvæsen, hvis kompleksitet i sig selv udgør så stort et problem, at de bliver fanget i det. ■

Læs mere i:

Janne Seemann: *Sundhedsvæsenets grænseflader og relationer - samordningsbestræbelser historisk og aktuelt*

(Udkommer på Hans Reitzels Forlag foråret 2003)

Det er bogens hensigt at etablere et historisk og aktuelt overblik over det tværgående samspil i sundhedsvæsenet. Bogen handler om det danske sundhedsvæsenes stadige bestræbelser på:

- øget koordination og samordning mellem primær og sekundær sundhedssektor
- klar og éntydig opgavefordeling
- helhed i patientforløb
- øget forebyggelsesindsats
- forstærket indsats i primær sektor
- bedre videns- og beslutningsgrundlag
- flere "gode eksempler" til efterlevelse.

Overblikket over samspillet er tilvejebragt via to screeninger af:

1. Samordningens historie i sundhedsvæsenet de seneste tre årtier (1970-2002).

Historieforløbet afslører bl.a. en "Problematikens konstans". Dvs. sundhedsvæsenet diskuterer "det samme" i den studerede periode på 32 år. Der er stor kontinuitet i den ofte "meget snak" fremfor handling i sundhedsvæsenets grænseflader. ►

2. Sundhedsvæsenets aktuelle situation mht. koordination og samordning.

Udover et omfattende skriftligt kildemateriale er grundlaget for den aktuelle del 35 interviews med centrale nøglepersoner, aktører i seks udvalgte amter, enkelte af deres kommuner og praktiserende læger. Der lægges vægt på, at de mange agerende parter i sundhedsvæsenet medvirker i udformningen heraf. I bogen indfanges derfor, hvordan sundhedsvæsenets aktører oplever og tolker det tværgående samspil. Hvilke aktuelle "samordningsbilleder" og generelle hovedindtryk af det tværgående samspil de præsenterer, hvad de anser som de væsentligste barrierer og forhindringer, samt hvilke drivkræfter de anser som betydningsfulde ifm. sundhedsvæsenets integrative bestræbelser.

Aktørudsagnene viser bl.a. to tilsyneladende modsatrettede opfattelser af det tværgående samspils aktuelle situation. På den ene side præges udviklingen og diskussionen af en stor tiltro til, at man kan gøre samspillet og den tværgående koordination bedre og mere effektiv - at man kan organisere sig ud af sine problemer med de rette værktøjer (fx via sundhedsplanlægningens samarbejdsbestemmel-

ser). Det er ikke overraskende, at især Sundhedsministeriets respondenter, men også respondenter øst for Storebælt, er de stærke bærere af sådanne holdninger. Selvom disse respondenter samtidig påpeger, at sundhedsvæsenets mange parter har gamle og stærke traditioner, som er vanskelige at forandre.

På den anden side (og delvis samtidig) hævdes det, at sundhedsvæsenet bør udvikles på sine egne vilkår. At megen viden og erfaring udvikles og formidles i hverdagens tværgående relationer uden at blive genstand for store diskussioner. At dag til dag rutinen i mange tværgående relationer netop er afhængig af lokale, traditionsrige, veletablerede rutiner og arbejdsprocedurer, som nye planlægningsværktøjer og reformtiltag ikke skal ødelægge. Sådanne tiltag bidrager mest til at øge en i forvejen høj kompleksitet i sundhedsvæsenet. Nye og især centralt initierede planlægnings- og reformtiltag medfører dermed kun flere problemer, der skal håndteres.

Bogen henvender sig til en bred målgruppe i sundhedsvæsenet. Dvs. til de mange aktører, som agerer i grænsefladerne mellem primær og sekundær sundhedssektor: Politikere og administratører i stat, amter og kommuner samt sundhedsvæsenets udførende niveauer.

FLOS og det nordiske netværk

Fra den 14-16 august 2003 holdes den 17. Nordiske Företaksekonomiska Konferens i Reykjavik og her vil det nordiske samarbejde mellem organisations- og ledelsesforskere vise sig i form af et særligt spor, der retter sig mod sygehus- og sundhedsvæsenet. Titlen på sporet er: **Organizing, leadership, resource allocation and management in the Health Care Sector**. Sporet tilrettelægges og ledes af Professor Björn Brorström fra forvaltningshøjskolen ved Göteborgs Universitet og Lektor Peter Kragh Jespersen, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet. Det nordiske samarbejde går tilbage til en tilsvarende konference i Bodø i 1997, som bl.a. resulterede i bogen: "Når styringsambitioner møder praksis". Bentsen, Borum, Erlingsdottir og Sahlin-Andersson (reds), Erhvervsøkonomisk Forlag, København 1999. Siden er samarbejdet udviklet og vedligeholdt, og nu ønsker vi at sætte fokus på følgende områder:

- Reorganisering af sygehussektoren i de nordiske lande. Ideer, implementeringsprocesser og erfaringer. Hvordan bliver fremtidens sygehus?

- NPM strategiernes resultater eller mangel på samme. Hvad kommer efter NPM?
- Sundhedsvæsenet og sygehusene som organisationsfelter. Nye dynamikker, nye former for samarbejde og nye grænser. Hvordan kan vi forstå og beskrive det nye landskab og dets dynamik?
- Ledelse. Ledelsesroller og de professionelle i sygehuse og sundhedsorganisationer. Incitament til ledelsesudvikling
- Ledelsesmodellens effekter på økonomistyring og daglig drift
- Tendenser til overvågning og standardisering af sundhedsorganisationernes arbejde

Udgangspunktet for sporet er en voksende konflikt i de nordiske lande mellem på den ene side voksende behov for sundhedsydelser og på den anden side sundhedsvæsenets muligheder for at tilgodese behovene og de politiske

muligheder for at fremskaffe midlerne. Dette fører til voldsomme reorganiseringer og anvendelse af nye styringsmetoder og –modeller, suppleret med nye samarbejdsformer og inddragelse af private i større omfang end hidtil kendt. Hvordan ser sundhedsvæsenet fremtid ud og hvilke erfaringer er der allerede gjort i de nordiske lande?

Alle med forskningsmæssig interesse for disse problemstillinger er velkomne til at indsende abstracts (maksimalt 500 ord) til undertegnede senest den **15 februar 2003**. Kon-

ferencens arbejdsprog er engelsk, så både abstracts og papers skal være på engelsk. Deadline for papers er 15 juni.

Björn Brorström

Forvaltningshögskolan, Göteborg Universitet
bjorn.brorstrom@spa.gu.se

Peter Kragh Jespersen

Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning
Aalborg Universitet
peterkr@socsci.auc.dk

Forskning og uddannelse

Forskningsbaseret vidensspredning via uddannelsessystemet er ofte overset eller usynlig. Det er intentionen, at FLOS projekterne dels skal indgå i eksisterende uddannelsesstilbud, dels skal danne grundlag for udvikling af nye uddannelsesstilbud. Selv om hovedeffekten først vil vise sig efter forskningsprojekternes afslutning, er vekselvirkningen mellem forskning og uddannelse allerede i gang, som de følgende eksempler viser:

På Handelshøjskolens cand. merc. linie SOL "Strategi, Organisation og Ledelse" med 70-80 studerende har FLOS projekter de sidste to år dannet grundlag for en hel uges undervisning, hvori praktikere også har holdt oplæg. Studerende fra SOL og HRM linien har efterfølgende gennemført projektarbejder i H:S, Vestsjælland, Roskilde og Storstrøm Amt. Flere af dem fortsætter med specialeafhandlinger inden for sygehus- og sundhedsvæsenet – opmuntret af både de spændende problemstillinger og de gode samarbejdsbetingelser, de har oplevet.

På Handelshøjskolens MPA uddannelse udbydes for første gang dette forår et valgfag baseret på FLOS forskningsprojekterne: "Ledelses- og organiseringsprocesser i sundheds- og sygehusvæsenets brydningstid" med Finn Borum, Anne Reff Pedersen, Poul-Erik Daugaard Jensen m.fl. som undervisere. Det er planen at der i 2004 skal udbydes endnu et MPA valgfag.

OLAU kurserne (Overlægers Ledelses- og AdministrationsUddannelse) er under revision i forlængelse af et udvalgsarbejde i Amtsrådsforeningens regi sidste år, hvori FLOS var

repræsenteret ved Finn Borum. Nu er den konkrete udmøntning af reformen i gang, og flere af FLOS' forskere er inddraget i udviklingen og kursusafviklingen af det nye OLAUs moduler om forandringsledelse, herunder Sidsel Vinge, Signe Svenningsen, John Damm Scheuer, Christina Holm Pedersen og Anne Reff Pedersen.

I et lidt længere tidsperspektiv arbejdes der med planer om etablering af nye Master-udbud på både Ålborg Universitet og Handelshøjskolen i København. Fra Aalborg Universitet er indsendt ansøgning til ministeriet om en Master uddannelse med en linjespecialisering i sundhedsorganisation og ledelse. På Handelshøjskolen i København planlægges således en ny masteruddannelse for ledere i sundhedsvæsenet i de skandinaviske lande (MPA Sundhed). Repræsentanter fra interesserede parter vil blive inddraget i udviklingsarbejdet og den nye uddannelse forventes at kunne starte inden for ca. 2 år. FLOS' medarbejdere og projekter deltager i udviklingsarbejdet og vil blive væsentlige leverandører af både lærebogsmaterialer, cases og undervisningskraft til de nye studier.

Behovene for nye uddannelsesstilbud er store. FLOS projekterne har udviklet nye relevante kompetencer og nye forskere, der dog stadig antalsmæssigt er en meget beskedne flok i forhold til opgaverne. En væsentlig udfordring vil være i de kommende år at fastholde den nye generation af forskeres tilknytning til læreanstaltssystemet, og at fortsætte udbygningen af både kompetencerne og kapaciteten.

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

Redaktion: Professor Finn Borum & Fuldmægtig Marianne Risberg

Layout og omslag: Svend Hansen – Fotos: Bjarne Jensen og Ole Krogh – Tryk: Jelling Bogtrykkeri a-s – Oplag: 5.500 – Januar 2003



FLOS netværket

Handelshøjskolen i København, Institut for Organisation og Arbejdssociologi

Centerleder, Professor *Finn Borum*

e-mail: fb.ioa@cbs.dk

Adjunkt *Anne Reff Petersen*

e-mail: arp.ioa@cbs.dk

Ph.d. stipendiat *Signe Svenningsen*

e-mail: ssv.ioa@cbs.dk

Ph.d. stipendiat *Christina Holm-Petersen*

e-mail: chp.ioa@cbs.dk

Ph.d. stipendiat *John Damm Scheuer*

e-mail: jkd.ioa@cbs.dk

Ph.d. stipendiat *Sidsel Vinge*

e-mail: sv.ioa@cbs.dk

Handelshøjskolen i København, Center for Virksomhedsudvikling og Ledelsesteknologi

Forskningsprofessor *Preben Melander*

e-mail: preben.melander@cbs.dk

Ph.d. stipendiat *Helle Hein*

e-mail: hh.om@cbs.dk

Aalborg Universitet, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning

Lektor *Peter Kragh Jespersen*

e-mail: peterkr@socsci.auc.dk

Ph.d. stipendiat *Hanne Sognstrup*

e-mail: hannesognstrup@dsr.dk

Ph.d. stipendiat *Lise-Line Maltha Nielsen*

e-mail: maltha@socsci.auc.dk

Aalborg Universitet, Institut for Sociale Forhold og Organisation

Lektor *Janne Seemann*

e-mail: seemann@socsci.auc.dk

Ph.d. stipendiat *Rasmus Antoft*

e-mail: ras@socsci.auc.dk

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Projektleder *Jens Albæk*

e-mail: ja@dsi.dk

Cand.scient.adm. *Pia Kürstein*

e-mail: pk@dsi.dk

Sekretariat

Fuldmægtig *Marianne Risberg*

e-mail: mr.ioa@cbs.dk

Projektsekretær *Birthe Biller*

e-mail: bb.ioa@cbs.dk

Projektsekretær *Jonna Møller Nielsen*

e-mail: jmn@socsci.dk

