

Strukturreformtider

Borum, Finn

Document Version
Final published version

Published in:
FLOS Nyhedsbrev

Publication date:
2003

License
Unspecified

Citation for published version (APA):
Borum, F. (2003). Strukturreformtider. *FLOS Nyhedsbrev*, 2.

[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: 04. Jul. 2025





*Nyhedsbrev
december 2003*

Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet

Strukturreformtider

Organisering, ledelse, ressourceallokering og styring i sundhedssektoren	3
Den norske sygehusreform – balancegang mellem politisk kontrol og virksomhedsautonomi	4
Farvel til den decentrale model? Den norske sygehusreform i komparativt perspektiv ..	7
Ledelse mellem autonomi og gennemsigthed i norske sundhedsvirksomheder	11
European Group of Organization Studies (EGOS) 19. colloquium	13
Dialogudvikling på hospitalsklinikker	14
Kvalitetsudvikling og betydningskonstruktioner blandt sundhedsprofessionelle	17
Sygehusændringer og kulturer	18
Rejsebrev fra University of Chicago, Hyde Park, USA	19
FLOS seminarække 2003	21
Ph.d. afhandlinger fra FLOS	22
Ledelse i sygehusvæsenet – ny FLOS bog	24
De professionelle og reformerne: Ledelse, kvalitetsudvikling og kontraktstyring i sygehuse	26
Spændingsfeltet mellem sundhedstjenesteforskning og beslutningstagning	28

www.flos.cbs.dk

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



Strukturreformtider



Af professor Finn Borum, Centerleder, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København
fb.ioa@cbs.dk

Medens vi afventer Strukturkommissionens rapport til januar, bidrager dette FLOS nyhedsbrev til diskussionen om strukturreformer på to måder.

For det første bringer vi tre artikler, der på forskellig måde belyser de første vigtige erfaringer – med en vis forsigtighed kan man måske tale om effekter – af den meget omtalte statslige overtagelse og virksomhedsgørelse af sygehusvæsenet i Norge. Den norske strukturreform har været genstand for megen interesse i Danmark – også blandt beslutningstagere. Vi er glade for, at nogle af FLOS-netværkets norske forskere har villet tage tiden til at delagtiggøre den danske offentlighed i friske observationer fra denne omfattende strukturreform.

For det andet kan flere af appetitvækkerne fra årets FLOS publikationer læses som organisationssociologiske kommentarer til strukturreformtanker.

FLOS centrets organisationssociologiske perspektiv betyder et markant skift fra den mere klassiske og rationelle tankegang, hvor en vidtgående strukturreform – vedtaget af autoritative beslutningscentre og implementeret via parlamentariske styringskæder – ses som det væsentligste middel til på sigt at skabe markante effekter med hensyn til sundhedsvæsenets performance.

Med et organisationssociologisk perspektiv er udfordringen i stedet at prøve at tænke reform og organisation som processer: reformering og organisering. Sundhedsvæsenet er ud fra dette blik et organisatorisk felt, hvori politik- og reformdannelse ikke primært ud-

springer top-down fra et autoritativt center, men mere sker "bottom-up". Reformprocesser sker både parallelt i form af samtidige lokale initiativer og distribueret via faglige samfund og netværk.

Reformer diskuteres og handles frem i sundhedsfeltets forskellige netværk. Ændringsideer, impulser og erfaringer cirkulerer gennem praktikersamfund og netværk af praktikere. Ændringer i feltet sker ikke primært som følge af en "big-bang" reform med efterfølgende effekter. I stedet popper ændringer op uden stort ståhej i feltets dagligdag og organisatoriske praksis gennem lokale bevægelser og forskydninger.

Implementeringen af reformer er i gang allerede før de er endeligt fæstet til papiret. Reformen forudses og foruddiskonteres af feltets aktører. Effekter skabes forud for den formelle reform og er med til at forme denne. En formuleret reform er derfor i stor udstrækning indkodning af en praksis, der allerede er ved at blive dannet. Formelle reformers væsentlige funktion er således at bidrage til feltets standardisering ved

- (1) at indkode og legitimere, hvad feltets egne opfindere, forsøgsmagere og forandringsagenter allerede har gjort
- (2) at lette imitation og adoption hos mere sendrægtige og træge aktører.

Læst således, giver årets fire phd-afhandlinger og bogen "Ledelse i Sygehusvæsenet" ikke noget klart svar på effekterne af den elektroniske patientjournal, medicinske centre, patientforløb, New Public Management ledelsesmodeller og funktionsbærende enheder. Men de giver et både savnet og nødvendigt indblik i igangværende reformprocesser – og dermed et nødvendigt supplement til den dominerende tankegang om, at effekter skabes top-down af strukturreformer. Strukturreformer er ikke nødvendigvis det væsentligste eller bedste middel til udvikling af sundhedsvæsenet.

Dette indblik vil blive yderligere uddybet af de FLOS projekter, som afsluttes i løbet af 2004, og som samtidig markerer afslutningen af FLOS centrets femårige bevillings- og funktionsperiode.

FLOS ønsker vore mange samarbejdspartnere og læsere en god jul og et spændende nyt år. ■

Organisering, ledelse, ressourceallokering og styring i sundhedssektoren



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

Dette var overskriften på en workshop på den 17. nordiske konference afholdt af Scandinavian Academy of Management i Reykjavik august 2003. Workshopen blev ledet af Professor Björn Brorström fra Förvaltningshögskolan ved Göteborgs Universitet og Lektor Peter Kragh Jespersen, Aalborg Universitet og FLOS. Workshopen samlede forskere fra alle de nordiske lande med forskellig faglig baggrund, men med fælles interesse for sundhedsvæsenets organisation og ledelse. En hel del af deltagerne kom fra det nordiske netværk, som er etableret i FLOS regi.

Der var oprindelig indsendt 40 abstracts til bedømmelse. 25 papers blev udvalgt og præsenteret på konferencen. Langt de fleste papers er tilgængelige på konferencens hjemmeside på adressen: www.nff2003.hi.is. Her kan man også finde oplysninger om forfattere, hvis man ønsker at kontakte dem.

Den første gruppe af papers vedrørte overordnede reformer og forandringer i det samlede sundhedsvæsen i Norge og Danmark, hvor jeg vil nævne et paper om den store norske sygehusreform (Lægreid, Opedal og Stigen, se s. 4 i dette nyhedsbrev), et om vores forståelse af sygehuse som organisation (Borum) og et om sammenligning af de nordiske sundhedsreformer (Byrkjeflot og Neby, se s. 7 i dette nyhedsbrev). På konferencen blev det fremhævet af flere deltagere, at det ville være relevant og frugtbart med en mere

systematisk komparativ forskning mellem de nordiske lande med hensyn til reformernes historik, implementering og mulige effekter.

Den næste gruppe handlede om ledelse i sygehuse, med papers om ledelse og ledelsesmodeller i en tid med mere konkurrence mellem sygehuse (Torjesen og Gammelsæter, se s. 10 i dette nyhedsbrev), og indlæg om ledelse på afdelings- og kliniskniveau (Westin, Koskela og Engström, Öfverström). Ledelse af professionelle er fortsat et centralt tema i alle landene, men hvor Norge og Sverige har brugt lovgivning vedrørende ledelsesmodeller, har man i Danmark ladet forskellige decentraliserede modeller vokse frem jf. Hanne Sognstrups ph.d. afhandling: "Professionelle i afdelingsledelse" (se s. 23 i dette nyhedsbrev).

Tredje gruppe handlede om konkurrerende styringsparadigmer i sundhedssektoren, hvor modsætningen mellem et økonomisk drevet markedsstyringsparadigme og et klassisk medicinsk/sundhedsfagligt var i centrum i flere papers, fx i Östergrens om, hvordan sygehuse handler konkurrencebetonet, og i Erlingsdottirs om mulighederne for at lede læger ud fra politiske og administrative hensyn.

Økonomiske styringsmodeller var et tema, hvor der blev præsenteret flere empiriske undersøgelser af nye styringsmodeller bl.a. Hyvonen og Järvinens studie af kontraktstyring og Aidemark og Lindkvists komparative undersøgelse af økonomistyring og effektivitet på forvaltningsstyrede sygehuse sammenlignet med aktieselskabsstyrede.

Samordning mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet er en klassisk problemstilling, hvor der blev præsenteret flere spændende papers bl.a. af Nylén og Jensen, som viser, at selv om man stræber efter lokal og spontan samordning, bliver den slags processer let bureaukratiseret, af Seemann, der med udgangspunkt i shared care konceptet viser, hvordan fastlåste roller og opfattelser besværliggør samordning og Westelius, der behandler mulighederne for at bruge IT værktøjer. ►

tøjer til at identificere problemer i patient-kontakter og vende dem til muligheder for bedre indsats.

Også ændringsprocesser på det konkrete og praksisnære plan var repræsenteret på workshoppen. Vinges undersøgelse af det medicinske arbejdes organisering på danske medicinske akutafdelinger, Westin, Olsson og Engströms arbejde med reorganisering af en stor sygehusklinik på Örebro universitetshospital samt Døving og Elstads arbejde om, hvordan sygeplejersker lærer at blive sygeplejersker, er alle eksempler på, hvordan konkrete og praksisnære ændringsprocesser også inddrages i organisations- og ledelsesforskningen, der traditionelt mere har beskæftiget sig med struktur og overordnet ledelse.

Sammenfattende viste konferencen, at der i alle de nordiske lande er god gang i organisations- og ledelsesforskningen i relation til sygehusområdet. Det er karakteristisk, at forskerne inden for dette område nok bygger deres forskning på generelle teoridannel-

ser, men også arbejder med at få belyst betydningen af de særlige forhold på sundheds- og sygehusområdet: De stærke professioner, den særlige opgave med at behandle og pleje patienter, den særlige politiske opmærksomhed og de særlige styrings- og samordningsproblemer. I dette arbejde er der også behov for at gennemføre flere systematiske og komparative studier, hvilket flere af deltagerne pegede på i den afsluttende plenumdebat.

Der var gennemgående stor tilfredshed med workshoppen og enighed om at fortsætte samarbejdet med henblik på den kommende 18. nordiske kongres, der afholdes i Århus 15.-17. august 2005. På mødet indvilgede Karsten Vrangbæk fra Københavns Universitet (KV@ifs.ku.dk) og Haldor Byrkjeflot fra Stein Rokkan forskningscentret i Bergen (haldor.byrkjeflot@rokkann.uib.no) i at organisere workshoppen i Århus. Når man ser tilbage på Reykjavik konferencen, er der udsigt til en spændende workshop næste gang, vi mødes. ■

Den norske sygehusreform – balancegang mellem politisk kontrol og virksomhedsautonomi



Af professor Per Lægneid, Røkkansenteret, per.lagneid@aorg.uib.no – senior forsker Ståle Opedal, Rogalandforskning staale.opedal@rf.no – forsker, cand.polit. Inger-Marie Stigen, Norsk institut for by- og regionforskning, Norge, inger.stigen@nibr.no

New Public Management har mange ansigter og omfatter en række forskellige reformelementer. Konceptet foreskriver på en og samme tid centralisering og kontrol samt decentralisering og autonomi. NPM implicerer en spænding mellem behovet for ledelsesmæssig handlefrihed og fleksibilitet og behovet for politisk styring og kontrol. På den ene side er det en udbredt antagelse, at fritstilling og decentralisering vil føre til bedre resultater, større ansvarsbevidsthed og bedre

politisk kontrol. På den anden side er det kun i begrænset omfang blevet undersøgt, om disse forventninger holder i praksis. Vi skal i det følgende se nærmere på en af de største NPM-inspirerede reformer i Norge – den norske sygehusreform.¹

I 2002 overtog staten ejerskabet af de norske sygehuse og øvrige ydelser inden for specialistbehandlingen og gjorde virksomhedsmodellen til den overordnede organisationsform. Mens ejerskabet tidligere blev vareta-

get af de 19 fylkekommuner, er det nu centraliseret hos én ejer – staten. Staten er dermed ikke længere afhængig af det lokale selvstyre mht. at realisere de sektorpolitiske målsætninger. Reformen er baseret på nye ledelsesprincipper ved at sygehuse er fritstillede og gjort til selvstændige juridiske enheder.

Under det fylkekommunale ejerskab var sygehuse integrerede i forvaltningen med egne forvaltningsorganer. En af sygehusreformens store udfordringer er balancen mellem hensynet til de nye sundhedsvirksomheders autonomi og hensynet til ministerens og Stortingets politiske styring. Stortinget er tillagt en overordnet og strategisk rolle, og centralt står målformulering, budgetvedtagelse og resultatopfølgning. Sundhedsministeren udøver den politiske styring gennem virksomhedsmøder og kontrakter med sundhedsvirksomhederne. På den ene side har sundhedsministeren det hele og fulde politiske ansvar for sundhedsvirksomhederne. På den anden side har sundhedsvirksomhederne fået tildelt betydelig autonomi ved at den enkelte sundhedsvirksomhed selv står for rekruttering af personale og uddelegering af ansvar. De fem regionale sundhedsvirksomheder varetager det statslige ejerskab i hver deres region (landsdel) og bestiller tjenesteydelser fra de lokale sundhedsvirksomheder og private leverandører. De ca. 240 sygehuse og institutioner er slået sammen til i alt 34 lokale sundhedsvirksomheder.

Men hvordan bliver forholdet mellem autonomi og politisk kontrol afbalanceret i den nye styringsmodel? Kan disse hensyn forenes, eller er der tale om modsætninger? Udfordrer begivenheder i omgivelserne den strukturelle og historisk-institutionelle model og kræver de en ny model? Reformen er stadig ny og befinder sig i en fase, som er præget af fortolkninger og tilpasninger blandt de mange aktører, som er berørt af reformen. I det følgende skal vi se på de betingelser, som kan påvirke forholdet mellem autonomi og politisk kontrol².

Politisk kontrol og virksomhedsautonomi – nogle erfaringer

Sygehusreformen har synliggjort og tydeliggjort sundhedsministerens overordnede ansvar for sygehuse. De professionelle styrel-

ser tillægger ministeren stor indflydelse på de beslutninger, der bliver truffet. Den kendsgerning, at det er sundhedsministeren, som udpeger styrelserne, har givet sig udslag i en stærk loyalitet over for staten som ejer. Centrale styrelsesnævn tillægges større magt end de lokale sundhedsvirksomheder og eksterne aktører, så som medier, aktionsgrupper og lokale myndigheder. Men loyaliteten mod ejeren er kombineret med sundhedsvirksomhedernes stærke autonome rolle. Tvetydighed og ustabilitet i forholdet mellem den politiske styring og virksomhedernes autonomi er først og fremmest knyttet til manglende koordinering af statens mange roller. Med sygehusreformen er både ejeransvar, finansieringsansvar, bestilling af tjenesteydelser, regulering og tilsyn samt kontrol samlet hos staten. De regionale sundhedsvirksomheder mener også, at staten i alt for høj grad detailstyrer virksomhederne set i lyset af de vide beføjelser, som disse er blevet tildelt ved etableringen af sundhedsvirksomheder. Der er eksempler på, at staten ikke går af vejen for at intervenere i enkeltsager. For eksempel vedtog politikerne, at der skulle etableres en fælles indkøbscentral for alle sundhedsvirksomheder – den blev placeret i Vadsø i den nordligste del af Norge som et regionalpolitisk tiltag.

Hvorfor synes forholdet mellem politisk styring og autonomi i nogen grad at være så tvetydigt og ustabilt? Et indlysende argument er, at reformen på grund af sin hybride karakter inviterer til ustabilitet. Reformen er også så ny, at der stadig er usikkerhed blandt aktørerne om, hvordan de skal forholde sig til hinanden og omverden. Men der er også forhold af instrumentel og historisk institutionel karakter og i omgivelserne, der kan kaste lys over den herskende tvetydighed og manglende stabilitet.

Det er fx af instrumentel betydning, at det kun i begrænset omfang ligger klart, hvilke enkeltsager, der er underlagt politisk styring. Ifølge loven om sundhedsvirksomheder skal sundhedsministeren på virksomhedsmøder behandle sager af væsentlig og principiel karakter, men det er ikke entydigt, hvilke sager det drejer sig om. Dermed er det i stort omfang op til sundhedsministeren at afgøre, i hvilke sager han eller hun ønsker at intervenere. ►

¹ Artiklen er en forkortet version af papiret "The Norwegian Hospital Reform – Balancing political control and enterprise autonomy", som vi præsenterede ved den 17. Nordic Conference on Business Studies 14.-16. august 2003, Reykjavik, Island.

² Artiklen er baseret på officielle dokumenter om reformen og en spørgeskemaundersøgelse blandt alle medlemmer af styrelserne for de fem regionale sundhedsvirksomheder, i alt 45 personer. Svarprocenten var på 80. Derudover er der benyttet illustrerende cases for at belyse problemstillingerne.

Den administrative kultur

Et eksempel af historisk-institutionel betydning er, at næsten halvdelen af styrelsesmedlemmerne i de regionale sundhedsvirksomheder er rekrutteret fra sundhedssektoren, og at næsten halvdelen af de ansatte i de regionale sundhedsadministrationer er rekrutteret fra de tidligere fylkekommunale sundhedsadministrationer. Traditionelt har der været en tæt og integreret relation mellem sygehusene, sundhedsadministrationerne og de politiske myndigheder. Styrelsesmedlemmerne og de ansatte i de regionale sundhedsvirksomheder kan have medbragt en kultur og styringstradition, som favoriserer styring frem for autonomi. På samme måde er det muligt, at styringstraditionen på sundhedsområdet støder mod NPMs formaninger om mere politisk styring i stort og mindre i småt. Både stortingspolitikere og sundhedsministeren har i stort omfang forbeholdt sig ret til at gribe ind i enkeltsager – både for at markere sig politisk og for at få indflydelse på udfaldet.

Voksende engagement

Også omgivelserne, og det vil sige Stortinget, lokale myndigheder, aktionsgrupper og medierne, må tages med for at forstå tvetydigheder og ustabilitet i balancen mellem styring og virksomhedsøkonomi. Med statens overtagelse af sygehusene står Stortinget stærkere i forhold til sygehusene og sundhedsvirksomhederne. I det første år med statslige sygehuse steg antallet af spørgsmål om sygehuse og sundhedsvirksomheder i Stortinget til det dobbelte. Der blev også etableret en tværpolitisk kvindeaktion i Stortinget, som har kæmpet mod sundhedsvirksomhedernes ønske om at centralisere fødeafdelinger. Det voksende sundhedspolitiske engagement sker i en tid, hvor Stortinget har øget sine generelle aktiviteter og er blevet styrket i forhold til regeringen. Fra at have afbødet de værste forslag fra regeringen er der nu nogle, der hævder, at Stortinget udøver en form for stortingsregering.

Både den statslige overtagelse af sygehusene og situationen med mindretalsregeringer kan forklare den øgede politiske interesse for sygehusene og sundhedsvirksomhederne i Stortinget. Stortinget er kommet til at spille en vigtigere rolle, efter at de lokale myndigheder ikke længere har nogen formel indflydelse på sygeshuspolitikken. Indslaget af dynamik og tvetydighed i forholdet mellem styring og autonomi synes også at hænge sammen med hvilke sager, der er

på dagsordenen. Nogle sager har ikke fået megen politisk opmærksomhed som for eksempel fusioneringen af sygehuse og institutioner til et mindre antal store sundhedsvirksomheder. Sager med omfordeling af funktioner har fået meget større opmærksomhed.

Et af argumenterne for statens overtagelse har været behovet for at effektivisere den norske sygehusstruktur gennem centralisering af funktioner og mere udstrakt specialisering af sygehusene. Sundhedsvirksomhedernes arbejde med denne form for arbejds- og funktionsdeling har imidlertid udløst konflikter mellem økonomiske og faglige-medicinske hensyn samt hensyn til nære og tilgængelige ydelser uafhængigt af, hvor folk bor. Forslagene om at centralisere fødeafdelinger og skadestuer på lokalsygehuse i distrikterne har fx udløst en række aktioner og kampagner for at få politikerne til at ændre sundhedsvirksomhedernes beslutninger. Mange stortingspolitikere har engageret sig i sådanne sager, og sundhedsministeren har på virksomhedsmøderne stillet store krav til sundhedsvirksomhederne. Dermed har turbulens og mobilisering i sundhedsvirksomhedernes omgivelser udfordret den formelle kompetencefordeling mellem politikere og sundhedsvirksomheder.

Indtil nu viser erfaringerne med den norske sygehusreform, at slagordet "mere styring i stort og mindre i småt" er lettere i teorien end i praksis. Den politiske styring er ikke bare overordnet, strategisk og distanceret, den omfatter også involvering af enkeltsager, politiske udspil og kappestrid om markering og indflydelse. For sundhedsministeren indebærer sygehusreformen, at han eller hun må balancere mellem en reformlogik baseret på fritstilling og decentralisering og en politisk styringstradition baseret på tæt integration og nærhed mellem sygehus og politikere. Faren for sundhedsministeren er, at dilemmaet bringer ham eller hende i en "catch 22-situation": Hvis han afstår fra at involvere sig i styringen af sundhedsvirksomhederne, vil han eller hun blive kritiseret for at være passiv. Men hvis ministeren vælger at være aktiv, vil han eller hun blive kritiseret for at bryde de spilleregler, som sygehusreformen bygger på. Sygehusreformen har således ført til, at rollen som sundhedsminister er blevet mere kompleks og karakteriseret af modsattede forventninger. ■

Farvel til den decentrale model?

Den norske sygehusreform i komparativt perspektiv



Af projektleder, dr.polit. Haldor Byrkjeflot, Rokkansenteret, Norge, haldor.byrkjeflot@rokkkan.uib.no og ph.d. stipendiat Simon Neby, Rokkansenteret, Norge, simon.neby@rokkkan.uib.no

Siden 1. januar 2002 har den norske stat været ejer af de offentlige sygehuse. Sygehuse er nu underlagt regionale og lokale virksomheder med egne bestyrelser, og staten skal udøve kontrol med sundhedsvæsenet gennem ejerstyring, regulering og tilsyn. Ideelt set skal styringen ske gennem generelle retningslinjer og virksomhedsmøder, mens det er op til sundhedsvirksomhederne selv at bestemme udformningen af de konkrete ydelser.

Det er endnu for tidligt at evaluere reformen, men det virker ikke, som om der er etableret en arbejdsdeling mellem ejeren og leverandørerne af ydelser, hvor staten styrer på det overordnede plan, mens sundhedsvirksomhederne bestemmer udviklingen af ydelser. Både sundhedsministeren og Stortinget har vist evne og vilje til at styre også i detaljerne, og i nogle tilfælde ser man også, at de lokale bestyrelser beder staten om at udøve denne styring. Et eksempel er, at de såkaldte styringsdokumenter for de enkelte sundhedsvirksomheder er blevet mere detaljerede og nu også bliver revideret i løbet af året. Man hører ikke ofte om, at politikerne forsvare virksomhedernes ret til at træffe afgørelser, og ifølge sundhedsministeren er sundhedsvirksomhederne "gået for langt" i deres planer for en ny funktionsdeling. Dermed ser man muligheden for, at de lokale bestyrelser i næste omgang kan fraskrive sig ansvaret for manglende effektivisering, og at de også slipper for at tage hele ansvaret for upopulære beslutninger i retning af centralisering af udbuddet af ydelser. Situationen er der-

med den samme som før reformen, hvor spillet mellem fylkekommunerne og staten mindede om "sorteper", hvilket forklarer, hvorfor systemet måtte ændres. Måske er det ikke spillereglerne, som er ændrede, men magtforholdet mellem deltagerne i spillet? Staten kan nu i endnu større grad definere spillereglerne, men det siger sig selv, at der er en grænse for, hvor langt man kan gå uden at risikere, at sundhedsvirksomhederne, der trods alt er grundstenen i reformen, bliver frataget muligheden for at etablere deres egen legitimitet.

Samlet set er aktiviteterne vokset mere end ressourceindsatsen i det første år efter reformen, hvilket tyder på, at sygehuse er blevet mere effektive. Væksten i aktiviteter er imidlertid så stor, at Stortinget må øge bevillingerne mere end forventet. Der er stigende kritik af målsætningen om, at sygehusdriften skal balancere fra 2004, og man arbejder nu på at få udsat dette krav til 2005 eller 2006. Dermed kan situationen blive den samme som tidligere, hvor sygehuse med underskud blev "belønnet" med ekstrabevillinger.

Som det tidligere har været tilfældet, bliver forslag om besparelser og ny geografisk arbejdsdeling også i dag mødt med stærk lokal mobilisering, men den går nye veje. Der er blevet iværksat en landsomfattende aktion for at bevare lokalsygehuse, og medlemmer af Stortinget bliver udsat for intens lobbyvirksomhed fra lokale politikere. Sygehuse er blevet et endnu vigtigere punkt på dagsorden under spørgetiden i Stortinget. ►

Men det betyder ikke, at sygehusreformen ikke bliver støttet af stærke spillere. Der er en betydelig entusiasme for reformen blandt de centrale aktører inden for det norske sygehusvæsen, og det er kun et mindretal blandt de folkevalgte, som ønsker at vende tilbage til systemet før 2002. Det bliver kraftigt understreget, at reformen har bidraget til effektivisering og har ført til kortere ventelister. Derimod hører man sjældent, at kvaliteten af sundhedsydelser er blevet bedre som følge af reformen. Hvad er baggrunden for denne reform, og hvorfor har Norge fået en sådan reform?

Reformforløb i de nordiske lande

Selv om Norge, Sverige og Danmark alle har stået som repræsentanter for den nordiske decentraliserede model for sundhedsvæsenet, er der forskel på udviklingen i de enkelte lande, hvilket måske kan forklare, hvorfor staten nu har taget over i Norge, mens sygehusene i de andre nordiske lande stadig hører ind under folkevalgte organer. Udbygningen af sygehusene i de nordiske lande er sket gradvist over en længere periode. De fleste sygehuse er ikke vokset frem som resultat af statslig planlægning, men som følge af lokale initiativer. I perioden 1970 – 2000 gik udviklingen i alle tre lande imidlertid mod regionale, politisk styrede sygehuse. Det udviklede sig efterhånden til en kappestrid om, hvorvidt det var den medicinske eller den virksomhedsøkonomiske logik, som skulle være styrende for udbuddet af sundhedsydelser. I tråd med det, som beskrives som New Public Management, vandt den virksomhedsøkonomiske tankegang efterhånden frem. Men udviklingstendensen har ikke været entydig, idet der har været stillet krav om større ensartethed og standardisering af udbudet af sundhedsydelser på tværs af regioner. Dermed er den statslige styring blevet stærkere, men det er ikke nødvendigvis sket på bekostning af lægeprofessionens positioner. Overgangen til at betragte sygehuset som en virksomhed viste sig først og tydeligst i Sverige fra 1980'erne og fremover, men den lokale og medicinske forståelse af sygehuset synes at have været mere sejlivet i Danmark og Norge.

Samlet set kan man sige, at spændingen mellem politiske, medicinske og administrative styringsbehov er drivkraften bag reformerne. De politisk-administrative styringsbehov har naturligt nok fremstået som mest påtrængende i krisetider som fx i Sverige i perioden 1990-1993, da Landstinget blev pålagt at skære i udgifterne til sundhedsstje-

nesten. Det har i større grad været nødvendigt at standse væksten i udgifter i Sverige og Danmark end i Norge. Man kan sige, at når det drejer sig om besparelser på udgifterne til velfærd og sundhedsydelser, så går der en skillelinje mellem Norge på den ene side og Danmark og Sverige på den anden side. Danmark ligner dog mere Norge end Sverige med hensyn til reformtempo – ikke mindst når det gælder indførelsen af tiltag i retning af bestiller-udfører-modeller og virksomhedsorienterede logikker inden for sundhedsvæsenet generelt.

Siden 1990'erne er der blevet satset mere målbevidst på prioritering og omkostningskontrol inden for sundhedssektoren i hele Norden samtidig med, at det har været et mål, at udbudet ikke skal variere for meget på tværs af regioner. Det har givet den administrative profession mulighed for at spille en mere aktiv rolle i forhold til kvalitetsarbejde. Dermed har den medicinske profession mistet noget af sin autonomi, når det drejer sig om styringen af det enkelte sygehus. Der bliver lagt mere vægt på funktionsdeling, specialisering og kvalitet, mens behovet for lokal tryghed og demokratisk styring bliver nedprioriteret. Sygehusene er blevet indlemmet i et stærkere nationalt-administrativt og fagligt-politisk styringsregime på bekostning af fagforeningerne og de lokale politikeres indflydelse. Fra et demokratisk ståsted er problemet, at der ikke længere er geografisk sammenfald mellem det politiske niveau og det administrative niveau i styringen af sygehusene. I Sverige er flere landsting blevet slået sammen, fx i den nye stor-region Vestra Götaland, samtidig med, at man har styrket den nationale økonomisk-administrative kontrol af sundhedsvæsenet. I Danmark er der sket en udvikling i retning af funktionsbærende enheder på tværs af sygehus- og amtsgrænser, og det kan virke som om den medicinske profession har styrket sin stilling som den, der sætter præmisserne for organiseringen af behandlingstilbud inden for sundhedsvæsenet. Både i Sverige og i Danmark er der nedsat strukturudvalg, som skal komme med forslag til ændringer i opgavefordelingen mellem kommuner, amter og staten.

I Norge har udviklingen været lidt anderledes. Lige som i de andre lande skete der en decentralisering i begyndelsen af 1970'erne ved at ansvaret for drift og udbygning af sygehusene blev lagt ud til 19 fylkekommuner – det ansvar, som staten så overtog i 2002. I 1975 blev der imidlertid oprettet et samarbejdsorgan mellem fylkekommunerne i form

af fem regioner, og samarbejdet mellem disse regioner blev lovfæstet i 1999. I modsætning til i Sverige og Danmark er bevillingerne til det norske sygehusvæsen konstant vokset, da sundhedsvæsenet også har nydt godt af olieindtægterne. Fylkekommunerne har ikke, som amterne og landstingene i de to andre lande, haft lovhjemmel til at udskrive skatter. Den stadige ekspansion af sundhedsvæsenet og statens stærke stilling som følge af olieindtægterne samt fylkekommunernes manglende ret til at udskrive skatter er to mulige forklaringer på den norske sygehusreform. Men disse kontekstuelle faktorer er ikke tilstrækkelige til at forklare det aktuelle hændelsesforløb. For at forstå aktuelle forskelle mellem de nordiske lande er det nødvendigt at se nærmere på, hvordan den decentrale model for sygehusorganisering blev udformet i hvert tilfælde, herunder også strukturændringer og begrundelser for reformer i løbet af de sidste 20-30 år. Dette er formålet med et komparativt nordisk projekt ved Rokkansenteret ved Universitetet i Bergen.

Men man skal heller ikke overdrive forskellene. Selv om organiseringen er forskellig, så er der nogle områder, hvor sygehusorganiseringen i de tre lande har udviklet sig i samme retning – en retning som flere karakteriserer som planlagt marked eller "kvasimarked". I alle tilfælde har der været en udvikling mod at introducere kontraktmodeller, frit sygehusvalg og aktivitetsbaseret finansiering. I de fleste tilfælde vandt sådanne tiltag først indpas i Sverige, hvor landstingene gik aktivt ind for at gennemføre eksperimenter. I Danmark er ændringerne kommet mere gradvist og sjældent som konsekvenser af mere ambitiøse reformplaner. Det forventes nu, at der også kommer en større reform i Danmark.

Det nye styringsregime

Hvis vi konkluderer, at reformdynamikken har været forskellig i de tre lande, og at det er nødvendigt at forstå, hvordan det regionale styringsniveau og de enkelte styringstek-

nikker er opstået og blevet institutionaliseret, så synes der i alle tre lande at være en klar bevægelse væk fra de traditionelle regionbaserede og decentraliserede systemer. Sygehusenes status som lokale og regionale projekter er blevet svækket, og de er i færd med at blive indlemmet i mere autonome sammenslutninger, som potentielt set skal konkurrere med hinanden på nationalt plan gennem frit sygehusvalg og resultatstyret finansiering.

Et udvalg nedsat af Nordisk Ministerråd har foreslået at udvide området for konkurrence gennem kvalitetsmålinger i hele Norden, men dette er endnu ikke sat på dagsordenen, da sygehusene stadig betragtes som juvelerne i nationalstatens velfærdsbygningsværk. Inden for nationalstaterne går udviklingen i samme retning, man satser på specialisering, evidensbaseret prioritering og funktionsdeling, og man ser konturerne af en ny type alliance mellem nationale-administrative og faglige hensyn, hvor både de lokal- og regionalpolitiske og de professionelle projekter er på tilbagetog.

Det nye styringsregime, som vi ser konturerne af i Norge, kan ikke betegnes som en kombination af "managers and markets", som forskere mener karakteriserer USA. I det nye styringsregime står staten stærkere end nogensinde som følge af, at sundhedssektoren har fået større betydning, både som andel af statens totale virksomhed og som politisk tema. Paradoksalt nok er det en forudsætning for statslig styring i dag, at aktørerne inden for sygehusystemet opfører sig i overensstemmelse med ideen om, at de konkurrerer med hinanden, og at det er muligt at vælge mellem forskellige leverandører og organisationsmodeller. Det er dette styringsregime, som flere har betegnet som et "kvasimarked", og måske beskriver dette begreb bedst den nye nordiske tilgang til sygehussektoren på bekostning af en udbredt forestilling om, at den nordiske model for organisering af sundhedsydelser er offentlig, decentral og demokratisk. ■

Forskningsprojektet Autonomi, Transparens, Management ved Rokkansenteret, Universitetet i Bergen fokuserer på reformdynamikker i sygehusvæsenet i Norge. Formålet er at udvikle viden om ændringsprocesser i sundhedstjenesten ved hjælp af komparative analyser med særlig vægt på udviklingen i de skandinaviske lande. Der er etableret samarbejde med forskere fra FLOS i Danmark og ved Uppsala universitetet i Sverige. For mere information se:
<http://www.rokkansenteret.uib.no/vr/rokkan/ATM/index.html>

Ledelse mellem autonomi og gennemsigtighed i norske sundhedsvirksomheder



Af førsteamanuensis Hallgeir Gammelsæter, Høgskolen i Molde, hallgeir.gammelsater@himolde.no og førstelektor Dag O. Torjesen, Høgskolen i Molde, dag.o.torjesen@hia.no

Bedre ledelse og nye organisationsformer har stået i centrum for de seneste års reformer i norske sygehuse. Dette er bl.a. kommet til udtryk i den nye lov om sundhedspersonale, hvor norske sygehuse fra 2002 er blevet pålagt at implementere princippet om enhedsledelse i forbindelse med, at sygehuse er blevet overført fra amterne til statslige virksomheder. Indførelsen af "enhedsledelse" og en ny ledelse med beføjelser og ansvar er et brud med tidligere traditioner for parallelle faghierarkier og repræsentative ledelsesstrukturer.

Vi har undersøgt, hvordan klinikchefer, dvs. topledere i et mellemstort norsk sygehus, har tilpasset sig virksomhedsorganiseringen og de nye forventninger til ledelse. Vi viser bl.a. hvordan klinikchefer som ledere af resultatenheder i deres stræben efter resultater og autonomi gør brug af finansielle teknikker, som samtidig gør deres ledelse mere gennemsigtig og sårbar.

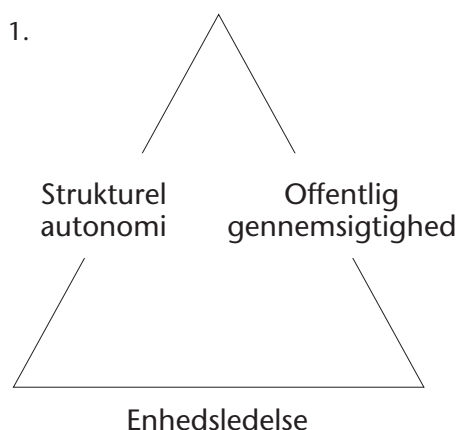
Undersøgelsen er baseret på observationer og interview med mellemledere (klinikchefer) og direktører for lokale sundhedsvirksomheder, der hører ind under en af de regionale sundhedsvirksomheder. Dataindsamlingen fandt sted ca. et år efter indførelsen af enhedsledelse i det norske sygehusvæsen. Data blev således indsamlet i "den tidlige fase" med regionale virksomheder, som var karakteriseret af store organisatoriske forandringer. På dette tidspunkt var om-

struktureringer, fusioner, personalenedskæringer og funktionel omorganisering hverdagskost inden for sundhedsvirksomhederne.

Ledernes rolletilpasning

Udviklingen af enhedsledelsens nye rolle i de norske sundhedsvirksomheder, dvs. sygehuse og klinikker, kan bedst forstås ud fra den sammenhæng, den indgår i. Enhedsledelsen er under krydspres fra på den ene side en ny strukturmodel, der forudsætter strategisk og operationel autonomi for de udførende enheder og på den anden side kravet om at udvikle informationssystemer og strategier, der giver offentligheden et meget mere fuldstændigt billede af kvaliteten af de behandlinger, som de respektive enheder udfører, dvs. gøre sygehuse mere gennemsigtige (se figur 1).

Figur 1.



Mange af vore respondenter peger på, at den nye stilling som klinikchef sigter på at dyrke lederrollen til perfektion. Som direktøren siger: "Idealet for at drive en klinik er at du ønsker at påtage dig en lederskabsfunktion, dvs. at du besidder en kombination af entusiasme og vilje til at lede, og at du har den nødvendige "professionelle ballast." Rekrutteringsmønstret på hospitalerne viser, at de nye klinikchefer har forskellig sundhedsprofessionel ballast (sygeplejersker, læger, fysioterapeuter), men de besidder alle yderligere kvalifikationer inden for administration og ledelse. Deres professionelle baggrund er uden tvivl vigtig i forhold til at blive accepteret af de professionelle, men som en klinikchef pointerede, så opfatter de ikke deres rolle som en blanding af deres profession og ledelse, men som et fuldtids lederjob, der ikke har noget at gøre med deres lægelige profession. "Du vælger enten at gå ind i ledelse eller forblive i den lægelige profession."

Den nye opfattelse af sygehusledelse indebærer også "ansvarsledelse". Klinikcheferne mærker, at der er forventninger om, at de tager ansvaret for at definere mål og strategier og for de resultater, som deres enhed præsterer. De skal vise, hvordan de opfylder målene og være forberedte på at stå til ansvar, hvis noget går galt. Dette står i modsætning til den tidligere opfattelse af klinikledelse, hvor ansvaret blev oplevet som mere flydende, diffust og "skizofrent".

Afstanden mellem opfattelsen af den nye rolle, som hospitalsreformatorerne har tildelt dem, og betingelserne for at opfylde den sætter klinikcheferne i en noget "absurd" situation; de forventes at lede med ansvar og handlerum samtidig med, at de oplever en række organisatoriske rammebetingelser, som de ingen indflydelse har på. Som en klinikchef påpeger:

"Det er betingelserne for at handle, som er afgørende. Når det drejer sig om autoritet, er det helt klart. Det har altid været klart på sygehusene. Men at tage ansvar og gøre noget ved det er en kæmpe udfordring. Vi befinder os i en absurd situation som klinikchefer".

Hvordan håndterer de ansvaret for klinikens resultater uden at have tilstrækkelig administrativ magt, autoritet og budgetstyring af underafdelinger?

En af de strategier, vi stødte på i vor undersøgelse, var at rette større opmærksomhed mod klinikens indtjeningspotentiale. Når det er svært at styre omkostningerne, vil et naturligt alternativ være at forøge tilstrømningen af midler. Nogle af klinikcheferne i

undersøgelsen kunne således fortælle om kreative måder at forøge klinikens indtægter. En af vore respondenter fortalte:

"Hvilke kneb bruger du for at få tingene til at fungere efter reformen? Det drejer sig basalt om, "hvad kan jeg få ud af det?" Der er selvfølgelig ingen tvivl om, at du bruger dynamikker og forandringer inden for sundhedssektoren til at opnå resultater for din egen klinik. Pludselig skal du producere mere. Hvis ikke, bliver du presset ud. Det bruges helt bevidst. Det er teknikken – også her."

En anden klinikchef forklarede følgende om filosofien bag virksomhedsledelse:

"I en hvilken som helst privat virksomhed finder du principperne for værdibaseret ledelse. ...Værdibaseret ledelse betyder, at du lægger vægt på ledelsesprincipper, der fokuserer på værdiskabelse. Det handler ikke om etik eller moral, men om at styrke ledelsesindikatorer og lægge større pres på for at forøge værdiskabelse. Det, der er interessant, er værdiskabelse – det sker på hvert eneste sygehus."

I solen går trolde i opløsning

Et norsk ordsprog siger, at trolde ikke tåler solen. Sollyset får dem til at gå i opløsning. Spørgsmålet er, om den nye autonome ledelsesforståelse tåler det skarpe lys?

I marts 2003 afslørede Aftenposten, at et sygehus havde indberettet et påfaldende stort antal børn, som havde fået fjernet mandler. I indberetningen havde patienterne yderligere fået diagnosen søvnapnø (snorken): "Fjern mandlerne, tilføj snorken og tjen fire millioner kroner". Ved en gennemgang af det norske patientregister fandt avisen, at der i de første otte måneder af 2002 i hele landet var 105 tilfælde med den kombinerede diagnose fjernelse af mandler og søvnapnø. Det pågældende sygehus havde indberettet 58 af tilfældene. Avisen kunne dokumentere, at topledelsen i den regionale sundhedsvirksomhed havde anbefalet alle sundhedsvirksomheder i regionen at indgå aftale med en læge ved Rikshospitalet, som havde udviklet et system for omkodning af diagnoser inden for øre, næse og hals. Afsløringen vakte stor opmærksomhed i befolkningen. Denne omkodningsstrategi var blevet udviklet for at øge hospitalernes indtægter og havde givet adskillige millioner norske kroner. Som en del af aftalen skulle "konsulenten" have 10 procent den ekstra indtægt, som hospitalerne derved fik.

Sundhedsministeren og ministeriet udpegede et eksternt revisionsfirma til at undersøge sagen. Da SINTEF-Unimed senere gen-

nemgik årsregnskaberne for de sygehuse i hele landet, som havde haft den største stigning i statsrefusioner, blev 14 lokale sundhedsvirksomheder bedt om at redegøre for deres ukorrekte kodning af diagnoser. Et regeringsudvalg er i øjeblikket ved at undersøge seks forskellige tilfælde af tvivlsom kodning.

Har reformer nogle virkninger på praksis?

Vi siger ikke, at tvivlsom kodningspraksis hører til dagens orden i det norske virksomhedssygehus, men det er nødvendigt at få afdækket om de forventninger, der synes at ligge implicit i den nye definition af ledelse og af forståelsen af sygehuset som en virksomhed, forklarer forekomsten af dristige indtjeningsinitiativer som fx forsøget på at udnytte DRG systemet.¹ Virksomhedsstrukturen, indførelsen af enhedsledelse og frit sygehusvalg, der lægger op til konkurrence, kan bedst ses som endnu et skridt mod at indføre resultatstyring i den norske sygehussektor.

Ved at indføre en virksomhedsstruktur, som understreger sygehusets økonomiske autonomi og forkaster den todelte ledelse, hvor lægerne deltog i klinikernes drift, til fordel for professionelle ledere, som man forventer kan rette op på budgetstyringen og samtidig nedbringe ventelisterne, har man lagt ansvaret for sygehussektorens fremtidige drift i hænderne på en ny elite. Lederen skal, for at blive opfattet som succesrig, både kunne styre budgettet og forbedre og øge antallet af behandlinger på klinik-, sygehus-, og virksomhedsniveau.

Ved at acceptere denne definition af ledelse har den nye lederelite allerede sidestillet deres forståelse af ledelse med den, der hersker inden for den private sektor, og dermed med populære ideer som fx værdibase-ret ledelse, som primært er forbundet med at skabe værdier til aktionærerne. Men hermed risikerer den ny lederklasse et brud med lægeprofessionens værdisystemer og praksiser, som fokuserer på den professionelle opgave i modsætning til sygehusejerens interesser. Historisk er den norske lægeprofessi-

on, "medikratiet", blevet beskyldt for at anerkende sundhedsbureaukratiet. Den har også vist sig at være mere eller mindre "antikapitalistisk", hævet over økonomiske realiteter og hensyn til udgifter, og den har alligevel haft professionelt mandat til at lede i et system, hvor professionel status har talt mere end noget andet. Ledelse var baseret på en "hensigtsmæssighedslogik" frem for en "konsekvenslogik". Derfor har lægerne ikke interesseret sig særligt for det DRG-baserede system, der blev indført 1. juli 1997 og som prisfastsatte den enkelte behandling. Det er blevet hævdet, at sygehuse miste mange penge på lægernes mangelfulde kodning af behandlinger. Men det synes at have ændret sig.

Vi kan ikke ud fra vore data sige noget om, hvorvidt den ulovlige kodningspraksis blev afsløret på grund af forskellige opfattelser blandt de lægelige professioner og virksomhedsledelsen, men det er ikke usandsynligt. Rygterne vil vide, at lægerne i lang tid havde følt sig i defensiven over for den nye, ikke-lægelige lederelite.

Ikke desto mindre må sagen om "kreativ" kodning ses i lyset af det spændte forhold, der er mellem tanker om den nye organisationsmodel og professionel ledelse og den opfattelse, at offentlige sygehuse, ja hele sundhedssektoren, skal være mere gennemsigtig, for at patienterne har et grundlag for deres valg og for styringen af offentlige finanser. I modsætning til de fleste private virksomheder skal virksomhedssygehuset offentliggøre en række informationer om dets virksomhed, fx om DRG, ventelister, liggetider, patientklager osv. Derfor er det sandsynligvis vanskeligere her end i den private sektor at slippe afsted med omfattende snyd eller tvivlsom praksis, selv om de ydre etiske værdier måske er de samme. Konsekvensen er, at det hårde pres, som sygehuset og klinikcheferne er oppe imod i deres stræben efter at beherske den nye lederrolle, ikke kun skyldes interne traditioner eller nedarvede vaner. I den offentlige søgen efter gennemsigtighed kan den "autonome" og "ansvarlige" leder let blive fanget i krydspreset mellem interne og eksterne krav. ■

¹ Den tidligere refusionspraksis og rammestyring i det norske sygehusvæsen er blevet erstattet af kontrakter med fast gebyr relateret til den enkelte diagnose (DRG). Omkring 60% af sygehuses indtægt er nu baseret på antal behandlede patienter, mens rammefinansiering udgør den resterende del. Som delvis konsekvens af kodningsskandalen har sundhedsministeren foreslået, at sygehuses DRG-relaterede indtægter bliver reduceret til 40% i 2004.

European Group of Organization Studies (EGOS) 19. colloquium

"Organization Analysis informing Social and Global Development"

blev afholdt på Handelshøjskolen i København den 3.-5. juli 2003 med Peer Hull Kristensen, Finn Borum og Marianne Risberg fra Institut for Organisation som arrangører.

Colloquiet samlede godt 800 deltagere fra 32 forskellige lande. Ca. 1/4 af deltagerne var fra oversøiske lande, heraf hovedparten fra Nordamerika. Ca. 1/3 af deltagerne var ph.d.-studerende.

Keynote indlæggene blev holdt af professorerne Charles Sabel (USA), Sylvia Walby (UK) og Kristian Kreiner (DK). Colloquiet var organiseret i 34 forskellige temagrupper, hvor 425 papers (udvalgt blandt 700 indsendte forslag) blev diskuteret i syv sessioner.

Specielt to af temagrupperne, hvor henholdsvis Finn Borum og Peter Kragh Jespersen var convenors, var relevante for forandringsprocesser inden for sundheds- og sygehusfeltet:

Temagruppe 27: Post-New Public Management modeller for organisering af offentlige ydelser?

Temagruppen blev ledet af Professor Ewan Ferlie fra London University og Lektor Peter Kragh Jespersen fra Aalborg Universitet. Baggrunden for denne temagruppe var et ønske om at få belyst, hvorvidt New Public Management (NPM) perioden, med dens vægt på markedsløsninger og import af organisations- og ledelsesmodeller fra private virksomheder, var ved at blive afløst af nye modeller med større vægt på styrkelse af den politiske og administrative ledelse, større vægt på netværksorganisering og horisontalt samarbejde mellem forskellige dele af den offentlige sektor samt større vægt på samarbejde mellem offentlige og private virksomheder. Er det muligt i betragtning af disse nye tendenser at tale om en post-New Public Management periode, og hvilken karakter vil den i så fald have, og hvordan kan vi forstå og analysere den? Skal vi finde årsagen til udviklingen af de nye former i svagheder i New Pub-

lic Management konceptet, og kan de lande, der endnu ikke selv har oplevet svaghederne, lære af dem, der allerede har erfaringer?

Det var nogle af spørgsmålene til dette subtema, og der var mange kvalificerede bud på svarene blandt de 17 papers, der blev udvalgt til præsentation. Det var dog gennemgående, at der blev sat spørgsmålstejn ved, om der var tale om en ny periode endside et nyt fælles koncept. Dertil er tendenserne endnu for uklare, forskellene mellem landene trods alt for store og nogle lande er knapt nok berørt af NPM strategierne endnu. Teoretisk var det tydeligt, at mange af bidragene trak på klassiske teoridannelser i form af forskellige policy- og governanceteorier og kombinationer af markeds-, bureaukrati- og netværksteorier, og det ser således ud til, at de nye tendenser godt kan begribes med eksisterende teoridannelser.

Der var mange spændende papers og herunder en hel del med udgangspunkt i sundhedsområdet. I betragtning af den store vægt, der lægges på kontrakstyring og markedsbaserede styringsformer i danske reformovervejelser på sundhedsområdet, var det slående, at man fx i England er kraftigt på retræte og nu leder efter alternativer til markedsløsningerne.

Peter Kragh Jespersen
Aalborg Universitet
Peterkr@socsci.auc.dk

Temagruppe 24: Institutional Change

Under en trojkaledelse bestående af professor Nicole Biggart, University of California, professor Walter Powell, Stanford og undertegnede diskuterede temagruppen de fundamentale spørgsmål om institutionel transformation og institutionelle forandringsprocesser. De udvalgte 26 papers fokuserede på et bredt spektrum af institutioner og organisatoriske felter og gav bud på institutionel forandring, der alle forsøgte at overkomme ►

nogle af den eksisterende teoris begrænsninger, specielt

- den underliggende stimulus-respons model
- antagelsen om ligevægt, der punktvis forstyrres af exogene påvirkninger eller chok
- antagelsen om forandring som initieret af organisatoriske felters perifere aktører.

To af papirerne havde sygehusvæsenet i henholdsvis Canada og Danmark som empiriske cases:

Trish Reay & Bob Hinings

Change in organizational fields: A study of competing logics.

En tankevækkende analyse af en radikal strukturreform i Alberta Provinsen med fokus på de strategiske spil mellem feltets hovedaktører - provinsregeringen, lægerne og sytten nyoprettede Regional Health Authorities, der fik som opgave på en mere forretningsmæssig basis at drive regionernes sundhedsvæsen.

Trish Reay & Bob Hinings

trish.reay@ualberta.ca

chinings@ualberta.ca

Finn Borum:

The hospital as a Boundary Institution.

Ved at betragte sygehuset som en grænseinstitution, der både forener og adskiller forskellige projekter

- lokalsamfundet
- det amtslige sygehusvæsen
- virksomhedsgørelsesprojektet
- det medicinske projekt
- det nationale projekt

forsøger analysen at skabe en samlet forståelse af sygehusfeltets konflikter, politik og reorganiseringforsøg tilbage til før Kommunalreformen.

Papiret kan i en revideret dansk version downloades som Arbejdspapir nr. 6 fra

www.flos.cbs.dk.

Finn Borum

fb.ioa@cbs.dk



Dialogudvikling på hospitalsklinikker



Af ph.d. stipendiat Helle Hein, Handelshøjskolecentret, Nykøbing Falster, helle.hein@mail.dk

Hvad sker der, når aktører med forskellige verdensbilleder skal løse problemer i fællesskab? Hvordan kan man udvikle dialog inden for og på tværs af faggrupper i sygehusvæsenet? Hvad sker der, når man forsøger at bygge bro mellem sygehusaktørernes forskellige verdensbilleder? Det kan man læse om i Helle Hedegaard Heins ph.d. afhand-

ling *Dialogudvikling på hospitalsklinikker*, som forventes indleveret til bedømmelse i foråret 2004.

Projektet er et aktionsforskningsprojekt og har som overordnet formål at forsøge at udvikle et redskab, der kan medvirke til at løse nogle af de ledelses- og kommunikationsproblemer, som man slås med på landets

sygehus. Sammenbrud i kommunikationen, fastlåste interaktionsmønstre, onde cirkler, frustrationer som følge af misforståelser, forgæves forsøg på at finde fælles accepterede løsninger etc. er ikke noget særkende for livet på landets hospitaler – de problemstillinger findes i alle organisationer. Men kombineret med hospitalernes fagbureaukrati og stærke traditioner, fagkulturer og magtmønstre kan problemerne synes større her end andre steder.

Projektet har tre mere konkrete formål:

- 1) At udvikle en teoretisk model for dialogudvikling i sygehusvæsenet
- 2) At udvikle en praktisk orienteret metode til dialogudvikling i sygehusvæsenet
- 3) At skabe viden om, hvad der sker, når man forsøger at udvikle dialog i sygehusvæsenet

Dialog som effektiv kommunikation

Dialog er en særlig samtaleform, som adskiller sig markant fra andre samtaleformer. Kort fortalt er en dialog karakteriseret ved, at deltagerne ikke går ind i samtalen for at vinde, at deltagerne udviser respekt for hinandens forskellige verdensbilleder, at man lytter – ikke kun til andre, men også til sig selv – og måske vigtigst: At man suspenderer sit eget verdensbillede for en stund og er villig til at sætte sig ind i andres verdensbillede, samtidig med at man gransker sit eget verdensbillede. Det kræver først og fremmest en bevidstgørelse og en synliggørelse af hvert individs verdensbillede og dernæst en individuel og kollektiv refleksion over, hvordan de forskellige verdensbilleder manifesterer sig i kommunikationen og med hvilke konsekvenser. Målet for dialogen er, at deltagerne når frem til nogle fælles accepterede, intersubjektive fortolkninger af virkeligheden, hvor den nye forståelse og accept af de forskellige verdensbilleder gør aktørerne i stand til at handle. Dialogen vil således – hvis den lykkes – resultere i mere effektiv kommunikation, større forståelse aktørerne imellem og større handlingsrum.

Den teoretiske model for dialogudvikling er baseret på en fænomenologisk tilgang til dialog. Det betyder, at kommunikation ikke forstås som et budskab, én person afsender til en anden person i håbet om, at budskabet vil nå frem til modtageren i uforvrænget stand. I en sådan form for kommunikation har afsender patent på sandheden og forsøger at sprede sin egen sandhed til modtage-

ren. At betragte kommunikation i et fænomenologisk perspektiv er at betragte kommunikation som et møde mellem forskellige subjektive verdensbilleder. Verdensbilledet består kort fortalt af de kategorier, man opdeler verden i, og er dermed styrende for individets handlinger og ytringer. Verdensbilledet er styrende for, hvordan man oplever verden. Styrende for, hvad man finder rigtigt og forkert. Styrende for, hvad man finder væsentligt og uvæsentligt. Styrende for, hvordan man reagerer, hvis man bliver præsenteret for et verdensbillede, der er anderledes end ens eget.

Mødet mellem forskellige verdensbilleder kan forløbe uproblematisk. Men det kan også medføre problemer, fordi vi er tilbøjelige til at glemme, at vores kategorier er partikulære og udviklet for nemheds skyld. Det betyder, at vi er tilbøjelige til at stole ukritisk på vores eget verdensbillede og betragte det, vi ser, som den objektive sandhed og ikke som vores egen subjektive sandhed. Det kan have store konsekvenser.

En af konsekvenserne kan være, at forståelsen mellem de forskellige aktører bryder sammen og resulterer i konflikter og diskussioner om, hvilke kategorier og verdensbilleder der er rigtige og forkerte. Forståelsen kan bryde sammen, fordi man henviser til sit eget verdensbillede og placerer skyld og ansvar for kommunikationsvanskelighederne hos de øvrige aktører. Forståelsen kan også bryde sammen, uden at parterne i første omgang er klar over det. De tror, de er enige, men de er kun enige på et ordgrundlag – ikke et forståelsesgrundlag. Det kan føre til forvirring, manglende overblik og manglende koncentration i kommunikationen. Efter et stykke tid kan det føre til handlingslammelse og magtspil, fordi aktørernes erfaring siger dem, at de ikke kommer nogen vegne.

På sygehusene findes der mange verdensbilleder. Læger har ét verdensbillede, sygeplejersker har et andet verdensbillede og økonomer et tredje verdensbillede. Fagkulturen er dog ikke det eneste, der er afgørende for ens verdensbillede. Afhængig af emnet kan der være lige så store forskelle på to lægers verdensbilleder, som der kan være på en økonoms og en læges verdensbillede.

Styrken ved et aktionsforskningsprojekt er, at man ved at forsøge at skabe ændringer i praksis får en unik indsigt i et givent system ud fra devisen om, at den bedste måde at forstå et system på er ved at forsøge at ændre det. Aktionsforskningen finder dermed sted i et spændingsfelt, hvor det på den ene

side er nødvendigt at have gode beskrivelser og en god forståelse af verden, hvis man vil forsøge at ændre den, og på den anden side, at den bedste måde at forstå verden på er at forsøge at ændre den. Aktionsforskningsdesignet har betydet, at der er skabt en unik indsigt i kommunikationen mellem forskellige verdensbilleder i sygehusvæsenet.

Mange verdensbilleder

To grupper fra Rigshospitalet har deltaget i projektet: En monofaglig gruppe bestående af afdelingssygeplejersker og en enkelt over-sygeplejerske og en tværfaglig gruppe bestående af læger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. I begge grupper har dialogudviklingsforsøgene fundet sted i forbindelse med en allerede eksisterende møderække, som altså har fungeret som "dialogudviklingslaboratorium".

På baggrund af den teoretiske model for dialogudvikling er der udviklet en metode, som er baseret på en "blød" interventionsform (med forskeren som en såkaldt "non-directive facilitator") med en terapeutisk indfaldsvinkel. Kort fortalt går metoden ud på at skabe refleksion hos deltagerne over kommunikationen i gruppen – både på det individuelle plan og på det kollektive plan – ved at holde et spejl op for gruppen. Ideen er, at denne refleksion – kombineret med en række feedbacksessioner om dialog og kommunikation – på sigt skaber ændringer i kommunikationsmønstre og adfærd. Metoden er bygget således op, at deltagerne har fået indsigt i dialogtankegangen gennem en serie små oplæg, men den egentlige intervention har bestået i at sætte deltagerne til at drøfte eksempler på deres egen kommunikation. De to grupper har fået udleveret uddrag af mødeudskrifter og er blevet bedt om at "metakommunikere".

Tid og tålmodighed

Af de væsentligste resultater fra forskningsprojektet kan nævnes, at det godt kan lade sig gøre at udvikle dialog på tværs af faggrupper inden for sygehusvæsenet. I den tværfaglige gruppe var der momentvise dialoger. Det helt håndgribelige resultat fra denne gruppe var, at behandlingen af de forskellige problemstillinger, der skulle løses i gruppen, tog kortere tid. Ud over en tidsgevinst er der også i denne gruppe skabt øget forståelse for hinandens verdensbilleder, og man er blevet bedre til at italesætte problemer.

Resultaterne viser dog også, at det kræver tid og tålmodighed at udvikle dialog, og at

man skal være forberedt på mange "tilbagefald", hvor kommunikationen bliver en kamp mellem verdensbilleder, der til tider har karakter af en skyttegravskrig. Dialogudviklingsforsøgene blev i denne gruppe afsluttet med udviklingen af "10 bud for dialog", som afspejlede, at dialogudvikling ikke kun er et spørgsmål om at udvikle dialog, men også et spørgsmål om at fjerne andre irritationsmomenter fra kommunikationen, før man overhovedet kan koncentrere sig om selve dialogudviklingen.

Det mest overraskende resultat er måske, at det viste sig betydeligt sværere at skabe dialog inden for en gruppe fra samme faggruppe, end det var at skabe dialog mellem forskellige faggrupper. En af styrkerne ved et aktionsforskningsprojekt er, at der skabes viden om, hvad der fastholder et system i et status quo, selv om man forsøger at ændre det.

Blandt afdelingssygeplejerskerne var der et tydeligt ønske om at undgå den eksplicitte fremstilling af uenigheder, som er nødvendig i en dialogudviklingsproces. Typisk bar kommunikationen i denne gruppe præg af en række monologer, der fandt sted på samme tid og i samme rum, og der blev aldrig udviklet dialog. Dialogudviklingsforsøgene blev stoppet før tid efter gruppens ønske.

En mulig forklaring på afdelingssygeplejerskernes reaktion kan være, at man tager for givet, at man, når man tilhører samme faggruppe, også deler verdensbillede og dermed er det sværere at skabe en erkendelse om, at der er forskelle i de verdensbilleder, der er til stede i kommunikationen. En anden mulig forklaring er, at sygeplejekulturen er en udpræget konsensuskultur, og at dialogudviklingsforsøgene dermed har udfordret et centralt element i sygeplejekulturen.

Erfaringerne fra de to grupper viser også, at et moderat eksternt pres kan være fremmende for dialogen, fordi der qua et eksternt pres skabes et incitament til at finde løsninger i fællesskab. ■

Kvalitetsudvikling og betydningskonstruktioner blandt sundhedsprofessionelle



Af p.h.d. stipendiat Lise-Line Maltha Nielsen, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet
maltha@socsci.auc.dk

Afhandlingen er et forløbsorienteret case-studie af en nordjysk, top-down initieret reforms skæbne inden for sygehusorganisationen. Kvalitetsudviklingsreformen, som blev vedtaget af det nordjyske amtsråd i 1995, er forankret i "Total Quality Management" (TQM) principperne.

Den nordjyske kvalitetsudviklingsreform er spændende. Den lægger op til nytænkning inden for sygehusorganisationen og til et brud med de traditionelle, sundhedsfagligt forankrede opfattelser af kvalitetsudvikling som et spørgsmål om mono- og sundhedsfaglig orientering. Ifølge reformen fordrer kvalitetsudvikling ledelsesforankring, systematik, tværfagligt samarbejde og helhedsorientering. Den skal foregå ud fra fælles kvalitetsstrategier og være rettet mod fælles kvalitetsmål funderet i såvel en sundhedsfaglig, organisatorisk som en brugerorienteret tankegang på tværs af organisatoriske niveauer, traditionelle hierarkier og faggrupper.

Udgangspunkt er, at vi ikke på forhånd med sikkerhed kan vide, hvad der bliver en reforms lokale skæbne. Med Czarniawska & Joerges (1996) og Kickert (2002) antager jeg, at den lokale udmøntning af en reform altid er en transformation, hvor de, der udmønter reformen, fortolker den og tillægger den betydninger. Da jeg samtidig antager, at de betydninger, en reform bliver tillagt, vil påvirke praksis, er det min forventning, at en reform *aldrig* vil slå rendyrket igennem.

Empirisk bygger afhandlingen på i alt 140 kvalitative interview med læger og sygeplejersker, der arbejder som ledere eller menige medarbejdere på 17 afdelinger, fordelt på tre

sygehuse. Teoretisk trækker jeg i afhandlingen på nyinstitutionel organisationssociologi og professions- samt identitetsteori inden for den symbolske interaktionisme.

I første del afdækker jeg, hvordan ledende og menige læger og sygeplejersker oplever reformudmøntningen, og hvilke betydninger de tillægger kvalitetsudvikling. Analyserne viser, at læger og sygeplejersker uafhængigt af tid, sted, speciale og status i udpræget grad oplever, fortolker og tillægger kvalitetsudviklingen betydning på baggrund af de læge- og sygeplejefaglig tankegange, som reformen lægger op til at bryde med. Det efterlader det interessante spørgsmål, hvad der skal til, hvis der skal brydes med disse sundhedsfaglige normer og forestillinger.

I anden del identificerer jeg de særlige forhold eller mekanismer, der kan medvirke til, at sundhedsfaglige normer og forestillinger enten *cementeres* eller *ændres*. Jeg ser på meningsdannelsen blandt ti såkaldte læge- og sygeplejefaglige kvalitetskonsulenter. Disse er særligt interessante, da de som led i amtets reform har gennemgået en konsulentuddannelse, hvor de er blevet direkte konfronterede med TQM-filosofien og andre, ikke nødvendigvis sundhedsprofessionelt forankrede forståelser af kvalitetsudvikling. Som konsulenter bliver de orienteret løbende om amtets og deres eget sygehus' kvalitetsstrategier, indgår i bredere, tværfaglige sammenhænge og deltager i forskellige møder og kurser omkring kvalitetsudvikling. Vi må derfor formode, at de læge- og sygeplejefaglige konsulenter forholder sig aktivt til kvalitetsudvikling.

Analysen viser, at ikke kun de professionsforankrede, men også alternative, mere bruger- og organisatorisk orienterede forståelser af kvalitetsudvikling kan præge meningsdannelsen og de betydninger, som konsulenterne tillægger kvalitetsudvikling. Derudover spiller sygehus-, afdelings-, sub-professionelt forankrede samt statusbetingede forpligtelser og mere personlige erfaringer en rolle, som medvirker til at stabilisere den faglige identitet på tværs af tid og rum, som udvikles gennem konsulenternes uddannelses- og karriereforløb. ■

Sygehusændringer og kulturer



Af ph.d. stipendiat Christina Holm-Petersen, Handelshøjskolen i København, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, chpe@dsi.dk

I forbindelse med organisatoriske forandringer inden for sygehusvæsenet, bliver kultur ofte fremhævet som en barriere for forandring. Men hvad er kultur og hvad er det, som vi forudsætter, at kultur gør? I nogle sammenhænge bliver kultur knyttet til faggrupper og professioner og det forudsættes, at læger, sygeplejersker og administratorer har hver deres særegne kultur. Kultur bliver i denne sammenhæng brugt til at vise, at forskellige faggrupper og professioner har forskellige verdensbilleder og følgelig tænker deres samarbejde og patientrelaterede arbejde forskelligt. I andre sammenhænge bliver kultur knyttet til subgrupper inden for professioner eller til afdelinger, og i enkelte tilfælde bliver kultur beskrevet som noget, hele sygehuse har. Fælles for disse forståelser af kultur er, at kultur bliver opfattet som en barriere for dels kommunikation på tværs af kulturelle skel, dels som en barriere for udvikling og forandring.

Overordnet set tales der ofte om kultur, hvor der opstår brudflader mellem forskellige afdelinger og faggrupper. *De har en anden kultur* – menende de er anderledes. Problemet med denne måde at tænke kultur på er, at begrebet ofte bliver en stereotyp, der fastfryser billedet af, hvad læger, sygeplejersker og så videre er. Samtidig bliver begrebet kultur ofte til en skraldespand, der rummer en række uspecificerede konflikter. Kultur kan altså anvendes som et behændigt konversationskort, der kan trækkes, hvis der ikke er andre forklaringsmuligheder til stede for, hvorfor en planlagt forandring ikke fandt sted, eller

hvis en omskrivning af en tabuiseret konflikt søges.

Afhandlingens fokus er organisationsforandringer og dannelsen af sygehuskulturer. Formålet med afhandlingen har været dels at undersøge, hvordan der skabes en fælles identitet på en afdeling og undersøge, hvad det er for såkaldte kulturbarrierer, der påvirker organisationsændringer i form af en sammenlægning af afdelinger, dels at udvikle forståelsen af kultur i forhold til sygehusorganisationer ved at udbrede sygehuskulturbegrebet til at omfatte andet og mere end fagkulturer. Der lægges således vægt på den organisatoriske kontekst, fagprofessionerne indgår i.

Afhandlingen bygger på et etnografisk studie af en organisationsændring, hvor medarbejdere og ledere blev fusioneret fra tre forskellige hospitaler. Gennem analyser søger jeg at klarlægge, hvad der sker, når medarbejdere fra forskellige afdelinger pludselig skal arbejde sammen på en sengeafdeling i et medicinsk center, og at vise, hvordan arbejdsopgaver bliver forhandlet og videreført, og hvordan en ny fælles identitet opstår. Denne nye fælles identitet relaterer sig både til patientarbejdet og til det medicinske center og det fælles *centerprojekt*. I afhandlingen viser jeg dermed både, hvilken betydning arbejdet med patienter får for den lokale identitets-skabelse på den nye afdeling, og hvordan det at indgå i et medicinsk center kan være betydningsfuldt for måden at skabe en fælles afdelingsidentitet på.

Med udgangspunkt i nyere organisationskultur og –identitetsteorier forsøger jeg i afhandlingen at lancere en forståelse af sygehusorganisationskulturer som knyttet til det daglige arbejde, og til den daglige interaktion mellem grupper og individer i sygehusorganisationen samt til identitetsskabelse i etableringen af en form for praksisfællesskab. En identitetsskabelse der på den nye afdeling medfører konkrete måder at tale om, hvem afdelingen er og hvilke patientkategorier der hører til på afdelingen. ■

Rejsebrev fra University of Chicago, Hyde Park, USA



Af ph.d. stipendiat Rasmus Antoft, Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Universitet, ras@socsci.auc.dk

I dette efterår er jeg på gæsteophold ved University of Chicago, USA, hvor jeg besøger professor Andrew Abbott og det sociologiske institut. Målet for gæsteopholdet er at præsentere mine tentative analyser og teoretiske overvejelser om magt og forhandlinger i interorganisatoriske sundhedsnetværk samt at diskutere disse med en række sociologer og organisationssociologer, som jeg forventer kan bidrage med nyttige ideer og interessante perspektiver. Derudover er det hensigten at deltage i fagrelevante workshops og skrive på selve afhandlingen.

At valget er faldet på et sociologisk institut og netop på dette universitet, er resultatet af mange og lange overvejelser om, hvad jeg forventer af et udenlandsophold som en del af mit ph.d. forløb. Skulle det være et ophold udelukkende m.h.p. arbejdet med afhandlingen, eller skal det også kunne udvikle andre faglige interesser? Valget faldt på University of Chicago, fordi jeg her har kan forfølge begge ønsker og har mulighed for at konsultere Prof. Andrew Abbott, hvis arbejde om professioner jeg trækker på i min afhandling. Det giver mulighed for over en længere periode at kunne diskutere faglige problemstillinger med en spiller fra den professionssociologiske superliga. For det andet giver det mulighed for at søge dybere ned i de tidlige studier af professionalisering og professioner i organisationer. Fra efterkrigsårene og frem til slutningen af 1960'erne blev der, med baggrund i den særlige sociologiske tradition på University of Chicago, foretaget en lang ræk-

ke interessante studier af professioners tilblivelses- og udviklingsprocesser samt af det særlige ved samarbejde, forhandlinger og magt i organisationer, der er befolket af professionelle.

For det tredje har historiens vingesus også haft en betydning for dette valg. Når jeg taler om amerikanske universiteter, er historie selvfølgelig en relativ størrelse i sammenligning med flere europæiske. Men ser man på den sociologiske tradition på University of Chicago, så er det ganske få på det sociologiske landkort, der på samme måde har dannet skole. Det er primært mellemkrigsperioden (1918 til 1935), der henvises til, når der tales om den såkaldte Chicago skole. Denne tidlige periode forbindes med sociologer som Robert Park, Ernest Burgess, W.I. Thomas m.fl. og denne periodes kendte studier af "Byen" (Chicago) som fænomen med fokus på enten socialpsykologi, socialorganisation eller socialøkologi. Disse perspektiver har frem til 1970'erne haft stor indflydelse på de sociologer, der i perioder har været tilknyttet University of Chicago og rettet deres forskningsmæssige blik mod professionalisering samt professioner og arbejde i organisationer som genstand for empiriske analyser. Der foretages stadig empiriske studier af professioner inspireret af denne sociologiske tradition, men forskningen er i dag spredt over det meste af USA og Vesteuropa. (Man vil også kunne identificere en inspiration fra denne tradition i flere FLOS publikationer).

Samtidig har universitetet haft en uvurderlig evne til at samle publikationer, arbejds-papirer, personlige noter og korrespondancer fra denne traditions tidlige begyndelse og mange år frem. Det betyder, at universitetet har et beundringsværdigt bibliotek, hvor det er muligt at dykke ned i historien og studere originale skrifter. Det er måske mest for feinschmeckere og bibliomaner, men personligt finder jeg det særdeles interessant.

Fra Aalborg til Chicago

At arrangere et ophold som gæste-ph.d. på et amerikansk universitet har vist sig at være en besværlig affære, der indeholder man-

ge interessante fortællinger om mødet med et tungt amerikansk bureaukrati, som er ekspanderet efter terrorangrebet på World Trade Center den 11. september 2001. Blot det at ansøge om visum ved den amerikanske ambassade i Danmark viste sig at være en tidskrævende opgave med omfangsrigt papirarbejde og et uventet krav om et personligt interview på den amerikanske ambassade i København. Et ufravigeligt krav der betød en flyvetur til København, et 3 timers ophold på ambassaden, et stort antal dokumenter der skulle udfyldes, megen ventetid og til sidst et interview af ca. to min. varighed.

Ankomsten til University of Chicago var dog en ganske anden oplevelse. Efter blot en times ophold på Campus var jeg blevet indregistreret de rigtige steder i det ellers ganske omfattende universitære bureaukrati, jeg havde fået godkendt min forsikring samt fået udleveret universitetskort (giver adgang til universitetets faciliteter og fungerer som betalingskort) takket være venlige mennesker på the Dean of Student Affairs Office. Jeg fik dog hurtigt besked om, at jeg ikke kunne få kontorplads endsige skrivebordsplads på det sociologiske institut, så mit arbejde med afhandlingen samt forberedelse til møder og workshops er henvist til biblioteket eller det ganske ydmyge værelse, jeg har fået tildelt i det internationale hus på campus.

Allerede inden jeg ankom til Chicago, havde Abbott advaret mig om, at det ville kræve en del fodarbejde at skabe kontakt til andre relevante forskere ved universitetet. Det skyldes, at der ikke er mange forskningscentre som FLOS, formelle forskningsgrupper eller uformelle miljøer ved det sociologiske institut eller på tværs af institutter, som jeg har kunnet trække på.

Det sociologiske institut virker meget fragmenteret uden en egentlig synlig forskningsstrategi. Jeg har dog gennem Abbott og den såkaldte "Snowball metode" etableret kontakt til en række interessante forskere både ved det sociologiske institut (Prof. Edward O. Laumann), og ved Department of Health Studies ved University of Chicago Medical School, hvor der sidder forskere (Ass. Prof. Lawrence Casalino m.fl.), som arbejder med problemstillinger, der ligger tæt op ad FLOS' forskningsprojekter.

At mødes med en "superstar"

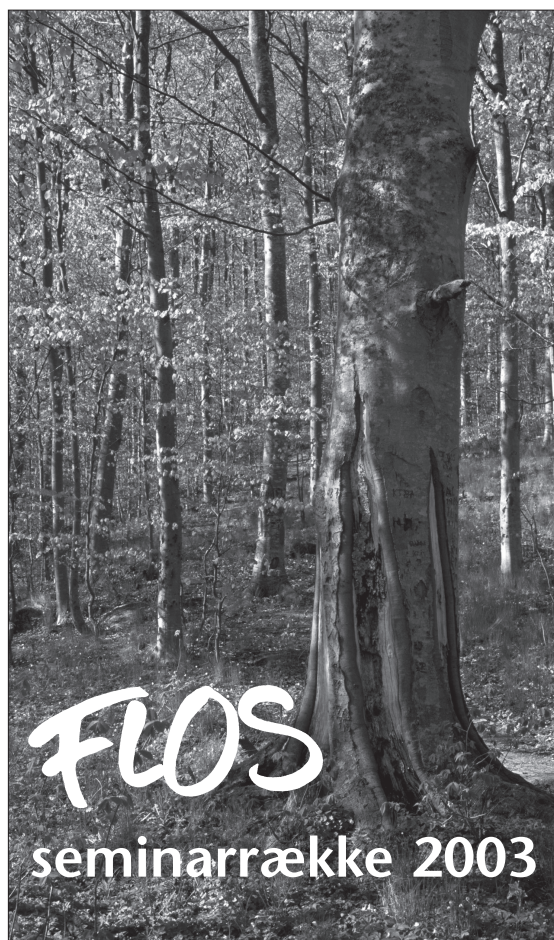
Et par dage efter min ankomst til Chicago havde jeg det første møde med Abbott. Han inviterede på "leisurely lunch" på den lokale "Dinner" og en efterfølgende uformel spad-

seretur rundt i Hyde Park, som universitetsområdet hedder. Samtalen gik primært på den stedlige "must see" arkitektur "Down town" Chicago, universitetets historie, det at endnu en forsker ved universitetet havde modtaget en Nobelpris (litteratur) samt studerendes sex- og alkoholvaner. Det foregik i en meget løssluppen stemning, og der var ikke meget "superstar" over hverken fremtrædelsesformen eller emnerne til diskussion. Det møde med Abbott viste sig ikke at være den gængse norm for interaktion mellem distingverede professorer og ph.d. studerende – besøgende fra Danmark eller ej.

Den barske virkelighed på et prestigefyldt universitet i USA blev imidlertid først tydelig for mig, da jeg skulle have det første faglige møde med Abbott. Jeg fik p.g.a. et afbud ret hurtigt en aftale i stand en torsdag eftermiddag fra 17.30 til 18.00. Jeg fremlagde ganske kort den problemstilling, jeg ønskede at diskutere, og Abbott reflekterede herefter over denne problemstilling i 20 min. Dermed var konsultationen forbi. Adgangen til disse professorer fungerer også ganske anderledes, end jeg er vant til fra Danmark. Da jeg skulle arrangere mit første møde med Prof. Edward O. Laumann, tilkendegav han, at selvfølgelig skulle vi mødes, men han bad mig samtidig kontakte hans assistent for nærmere aftale. Hans assistent fungerer nærmest som en ministersekretær, og virker som en sluse ind til Laumanns kontor.

Der er helt sikkert tale om reelle og nødvendige overlevelsestrategier for at få professorernes arbejdsliv til at hænge sammen. Det er nok prisen, de må betale, for deres stjernestatus. Men trods denne meget anderledes adgang til og interaktionsform med disse "superstars" har jeg kun mødt utrolig stor imødekommenhed og en umiddelbar stor interesse for mit forskningsprojekt, når jeg har ønsket at mødes med dem.

Da jeg i skrivende stund kun har opholdt mig i Chicago i tre uger, er det for tidligt at reflektere over resultatet af mit ophold. Jeg kan dog sige, at de første uger har handlet meget om at skabe kontakter til og arrangere møder med relevante forskere på universitetet og tilpasse mig den meget anderledes kultur, der kendetegner det sociologiske institut. Jeg har brugt en del tid på at studere litteratur fra universitetets unikke samling. Den resterende del af mit ophold tegner til fortsat at blive spændende med en del faglige møder, der har potentiale til interessante diskussioner og refleksioner over arbejdet med min afhandling. ■



Formålet med FLOS seminarerne har været at præsentere FLOS forskningsprojekternes analyser og hovedresultater og at diskutere disse med praktikere, politikere og beslutningstagere fra sygehus- og sundhedsvæsenet. Vi har glædet os over det store antal repræsentanter (over 150 til to af seminarerne) fra sygehus- og sundhedsområdet, som har vist seminarerne interesse og deltaget i de livlige diskussioner.

Elektroniske patientjournaler (EPJ) er på vej til at blive en integreret del af sundhedsfaglig praksis. Der er knyttet mange visioner og forventninger til EPJ både i almen praksis og på sygehusene. På seminaret den 3. april *EPJ og sundhedsfaglig praksis* fremlagde forskningsadjunkt, ph.d. Signe Svenningsen, Handelshøjskolen i København, ph.d. stipendiat Brit Ross Winthereik, Erasmus Universitet Rotterdam og adjunkt Pia Elberg, Aalborg Universitet, forskningsresultater fra deres ph.d. projekter og perspektiverede udbredte antagelser om og holdninger til EPJ og sundhedsfaglig praksis.

Forskningsadjunkt, ph.d. Sidsel Vinge præsenterede på seminaret den 21. maj resultaterne fra sin ph.d. afhandling *Organisering og*

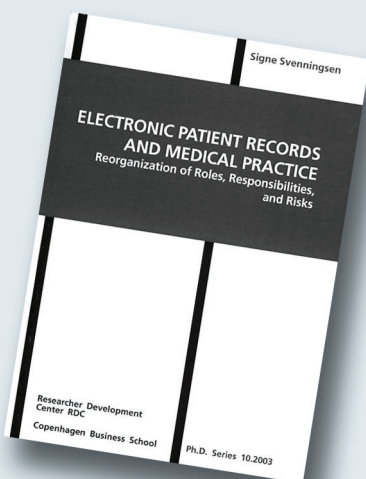
reorganisering af medicinsk arbejde. Seminaret fokuserede på de generelle træk ved organiseringen af medicinske lægers arbejde på fire hospitaler og på, hvad der sker – eller ikke sker – i den organisatoriske praksis efter indførelsen af centerstrukturen på det medicinske område.

Ledelsesbetingelser og ledelsesarbejde i sygehusvæsenet var titlen på FLOS seminaret den 5. september, hvor bidragyderne til bogen *Ledelse i Sygehusvæsenet* (se omtalen af bogen side 24) præsenterede og diskuterede hver deres syn på ledelse inden for sygehusvæsenet med repræsentanter for sygehusvæsenet: Overlæge, klinikchef Karen Vitting Andersen, Rigshospitalet, formand for FAYL, kursusreservelæge Mette Worsøe, formand for DSS, sygehusdirektør Henning Daugaard, Gentofte Amtshospital, adm.dir. Jørgen Jørgensen, Rigshospitalet, vicedir. Per Østergaard Jensen, Ringkøbing Amt og sundhedsdirektør Kjeld Martinussen, Ringkøbing Amt.

Emnet for seminaret den 25. september var *Patientforløb i Praksis – om en reformidés møde med praksis*. Ph.d. John Damm Scheuer præsenterede resultaterne af sin ph.d. afhandling om mødet mellem ideen om patientforløb og klinisk praksis – et møde, der viste sig at forløbe meget forskelligt alt efter, hvilken klinisk praksis, der var tale om. Adm. overlæge Bjørn Christau, Sygehus Vestsjælland, kommenterede resultaterne set i lyset af egne erfaringer med introduktion af patientforløb, og 1. reservelæge, udviklingskonsulent Gustav From, Gentofte Amtssygehus kommenterede resultaterne på baggrund af egne erfaringer og forskningsresultater.

På seminaret den 9. oktober *New Public Management reformer i mødet med sygehusets virkelighed* satte lektor Peter Kragh Jespersen fokus på kontraktstyring i danske sygehuse og ph.d. stipendiat Lise-Line Maltha præsenterede de foreløbige resultater fra sit ph.d. projekt om kvalitetsudvikling i danske sygehuse. Ph.d. Hanne Sognstrup præsenterede resultater fra sin ph.d. afhandling *Professionelle i afdelingsledelse*.

Det sidste seminar den 28. november handlede om *Dialogudvikling på hospitalsafdelinger*, hvor professor Preben Melander fortalte om, hvorfor dialogudvikling er et vigtigt ledelseskoncept i fagcentrerede videnintensive centre. Ph.d. stipendiat Helle Hein præsenterede resultater fra sit ph.d. projekt om dialogudvikling på hospitalsafdelinger og fysioterapeut Regitze Visby fortalte om, hvordan det er at deltage i et dialogudviklingsforsøg. ■



Signe Svenningsen: Electronic patient records and medical practice – reorganization of roles, responsibilities, and risks.
Ph.D.Series 10.2003, København: Samfundslitteratur.

For tiden udsolgt fra forlaget, men kan downloades fra FLOS-hjemmesiden. Primo 2004 udkommer afhandlingen i dansk oversættelse på Handelshøjskolens Forlag.

Afhandlingen analyserer konsekvenserne af et EPJ-system for arbejdsgange og ansvarsområder på en medicinsk hospitalsafdeling. Der peges på, at EPJ giver anledning til øget samarbejde mellem faggrupper omkring medicinske aspekter af patienten, men også til nye typer skjult arbejde og risici i den kliniske proces.

"Overdreven tiltro til patientjournaler". "Holdningen til elektroniske patientjournaler er for ukritisk. De hyppigt sette påstande om, at e-journalerne sætter en stopper for fejl i behandlingerne og sikrer effektiv intern kommunikation, bygger snarere på populære myter om IT end på forskning... Forskningen er dokumenteret i en ph.d. afhandling om, hvorledes der sker en nærmest subtil omfordeling af både arbejde og risici, når man indfører den elektroniske patientjournal." (Computerworld, nr. 38/2003)

"Indførelsen af elektronisk patientjournal (EPJ) har ifølge en nys udkommet ph.d. afhandling betydet, at læzerskaren er udvidet, og at flere involverer sig i udformningen af lægenotatet... Hvad angår sygeplejerskerne, bruger de mindre tid sammen med patienterne, ligesom de er blevet mere medicinsk fokuseret, da der i højere grad tages udgangspunkt i lægernes medicinske dagsorden ... Ph.d. afhandlingen påpeger, at den fremtidige debat om EPJ bør fokusere på de organisatoriske konsekvenser." (Ugeskrift for Læger, nr. 17/2003)



Sidsel Vinge: Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse.

Ph.D series 9.2003. København: Samfundslitteratur.

Afhandlingen analyserer organiseringen af det lægelige arbejde i hverdagen på tværs af fire medicinske centre.

"Politikerne skal væk fra de forkromede sygehusplaner og fokusere på den daglige praksis."

"Sygehusene har behov for en ny arbejdskultur frem for de mange politiske forsøg på styring og omlægning... Og beslutningstagerne begår en fejltagelse, hvis de tror, at man kan ændre pleje og behandling på hospitalerne ved strukturreformer... For de politiske tiltag gør ikke for alvor op med den måde, medicinsk arbejde er organiseret på."

(Mandag Morgen (nr. 2/2003)

"De intensive observationer af lægernes arbejde gør forfatteren i stand til at beskrive det lægelige arbejdes infrastruktur, som generelt kan defineres som, hvordan arbejdet er organiseret og struktureret i hverdagen" Afhandlingen "kan bestemt anbefales til alle, som interesserer sig for organisering af lægearbejde." (Ugeskrift for Læger (165/41)



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

Ph.D. Series 14.2003. København: Samfundslitteratur.

Centre-, klinikker og afdelinger på sygehusene konfronteres løbende med krav om introduktion af nye og innovative ideer i lokal klinisk praksis – fx kvalitetssikring, patientforløb og nye IT-systemer. Ph.d. afhandlingen sætter netop fokus på de processer, der udfolder sig i "mødet" imellem sådanne innovative idéer og lokal klinisk praksis.

Ved hjælp af empiriske cases giver afhandlingen indsigt i, hvad der kendetegner de innovative processer, som er knyttet til introduktion af patientforløb i Ortopædkirurgisk klinik og Psykiatrisk afdeling på Frederiksberg Hospital. Det bliver bl.a. demonstreret, hvordan forskelle i teknologi, social struktur og omverdensforståelsen førte til forskellige "oversættelser" af patientforløbsideen, som derved fik forskellige effekter inden for de to specialer. Teoretisk repræsenterer af-

handlingen et bidrag til ny-institutionel teori og specifikt den del, der har interesseret sig for implementeringsprocesser som oversættelsesprocesser. Interessen knytter sig i den forbindelse til de interaktions-, konstruktions- og meningsdannelsesprocesser, der finder sted i forbindelse med patientforløbsideens møde med klinisk praksis. Afhandlingen repræsenterer dermed et alternativ til traditionel implementeringsteori.



Hanne Sognstrup: Professionelle i afdelingsledelse.

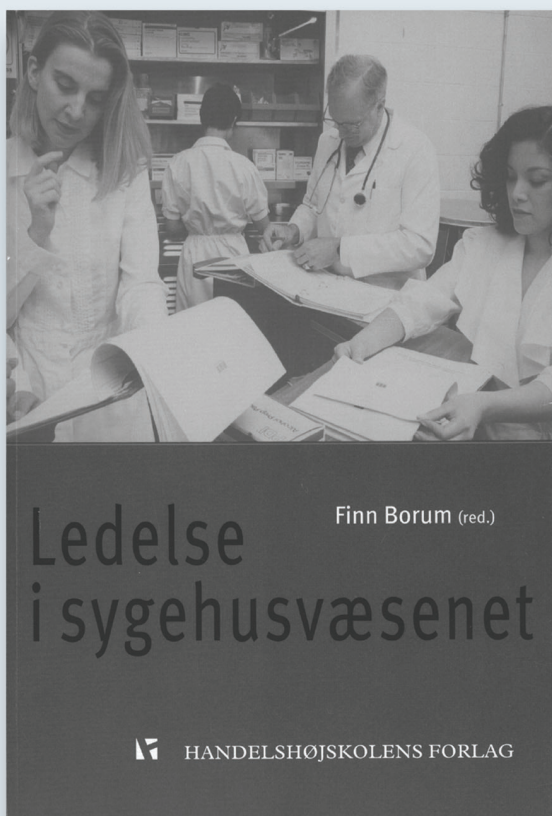
Afhandlingen kan købes hos ime@socsci.auc.dk
pris 150 kr. excl. moms.

Afhandlingen sætter fokus på læger og sygeplejersker som professionelle i afdelingsledelser på sygehuse. Noget af det særlige ved ledere i den offentlige servicesektor i almindelighed og sygehuse- ne i særdeleshed er, at de både er ledere og samtidig medlem af en sundhedsfaglig profession. I afhandlingen antages det, at professionstilhørsforholdet gør sig gældende på to niveauer.

For det første agerer afdelingsledelsernes professioner på det overordnede niveau ved at deltage i udformningen og fortolkningen af de formelle ledelsesmodeller i sygehusvæsenet, men mere over- set – har professionstilhørsforholdet også betydning, når de ledende professionelle skal udmønte og fortolke ledelsesmodellerne i praksis.

Afhandlingen bygger på en analyse af 17 afdelingsledelser, der er fulgt over en periode på tre år og sætter, med en nyinstitutionel og professionsteoretisk tilgang, fokus på ledende professionelles udmøntning af de to dominerende afdelingsledelsesmodeller på de danske sygehuse: Fælles afdelingsledelse og entydig ledelse. Hovedresultaterne er, at professionernes opfattelser af ledelse bæres med ind i udmøntningen af begge ledelsesmodeller, og at det sandsynligvis også vil gælde for fremtidige nye ledelsesmodeller på sygehusene. Men ligeså vigtigt er det, at de ledende professionelle på det lokale niveau ikke bare afspejler, hvad deres respektive profes- sioner mener, men derimod selv tilføjer egne opfattelser og tager hensyn til lokale forhold. Det er derfor vigtigt, at udformningen af fremtidige modeller giver plads til forskellige tolkninger og udformninger.

Hanne Sognstrups ph.d. afhandling har været omtalt i *Sygeplejersken* 41/2003 og i *Børsen* 7. november 2003.



Baseret på konkrete undersøgelser af sygehusledelse i praksis har professor Finn Borum (Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet) udgivet bogen *Ledelse i sygehusvæsenet* på Handelshøjskolen Forlag.

Sygehusledelse under forandring

Ledelse er gennem de seneste årtier blevet beskrevet som nøglen til en modernisering og effektivisering af sygehusvæsenet.

Med den nye bog er der nu for første gang et forskningsbaseret bud på problemløsning.

Gennem sit valg af cases giver bogen både input til de igangværende overvejelser om sygehusvæsenets overordnede struktur, ledelse af de amtslige sygehusvæsener og ledelse på sygehus- og klinikniveau.

I otte kapitler belyser bogen ud fra forskellige empiriske undersøgelser lederes oplevede handlerum og strategiske samspil med grupper og aktører i sygehusfeltet og ledelsesstrategiernes konsekvenser.

Bogens udgangspunkt er, at ledelse inden for sygehusvæsenet er forankret i en særlig kontekst, der er karakteriseret ved specielle og varierede betingelser. Hvad ledere gør og

kan gøre er underlagt disse vilkår. Ledere skal navigere mellem forskellige overordnede styringsregimer: klan, hierarki og marked; mellem forskellige og indbyrdes modstridende reforminitiativer; mellem forskellige styringsrationaler: politik, økonomi og sundhed; mellem forskellige professionelle projekter; mellem national-, regional-, og lokal politik.

Ekstern kontrol og handlerum

På basis af et survey giver Karsten Vrangbæk (lektor, Københavns Universitet) i *Vilkår for sygehusledelse - ekstern kontrol og handlerum* et billede af sygehuslederes opfattelse af deres ledelsesvilkår. De oplever ressourceallokeringen som fastlagt ovenfra, og omverden ser de som heterogen, turbulent og præget af mange forskellige interesser. Generelt opfattes forandringspresset positivt, og godt halvdelen af lederne i undersøgelsen finder, at de har et handlerum, der gør det muligt at afbalancere og fastholde den lagte kurs. Sygehusledere befinder sig et sted mellem omverdensdominans og gensidig afhængighed, hvilket synes at føre til en ad hoc præget ledelsesadfærd snarere end langsigtet strategi og planlægning.

Legitimering i et konfliktfyldt felt

I *Legitimering i et konfliktfyldt felt - en topledels håndtering af en radikal organisationsændring* analyserer Eva Zeuthen Bentzen (ph.d., kontorchef, Amdtsrådsforeningen) og Finn Borum Rigshospitalets implementering af en centerstruktur som topledelsens bestræbelse på at skabe legitimitet i forhold til en kritisk omverden. Ikke ud fra dens positive effekter for sygehusets kerneopgaver, men som et formelement der lever op til omverdenens forventninger. Forfatterne identificerer topledelsens grundlæggende dilemmaer omkring valg af legitimeringsstrategi og to mulige risici: dekolpling mellem struktur-reformer og den organisatoriske praksis samt langvarige og konfliktfyldte ændringsprocesser.

Interne strategier og institutionelle krav

Peter Kragh Jespersen (Aalborg Universitet) analyserer i *Sygehusledelser mellem interne strategier og institutionelle krav*, hvordan ledelsen på tre forskellige sygehuse - et stort, et mellemstort og et lille - afbalancerer interne ændringsstrategier i forhold til to væsentlige omverdenspres: kontraktstyring og 'funktionsbærende enheder'. Alle tre syge-

huse vælger en tilpasningsstrategi i forhold til kontraktstyring. Men parternes forskellige fortolkninger af kontraktens implicitte forudsætninger om 'realisme' skaber uenighed om hvilke overskridelser, der er 'acceptable'. Mht. presset for 'funktionsbærende enheder' vælger de store sygehuse en undvig- og påvirkningsstrategi, der giver dårlige resultater, mens det lille sygehus med en mere opportunistisk strategi får løst sine problemer.

Nye ledelsesstrukturer i amterne

Finn Borum ser i *Amternes arbejde med nye ledelsesstrukturer* på, hvordan to mindre amter har arbejdet med formelle ledelsesstrukturer. Det ene amt har radikalt redesignet ledelsesstrukturen med centre på tværs af eksisterende sygehuse og nybemanding af hele ledelsessystemet. Det andet amt har foretaget en marginal tilpasning i form af 'funktionsbærende enheder' som en tværgående struktur inden for det kirurgiske område. I det første tilfælde synes der at blive skabt et rum for udvikling af offensive strategier, der kan udfordre den traditionelle ledelsestænkning og -handle-mønstre. Analysen belyser hvordan nye ledelsesstrukturer er ladet med amtspolitik, fagpolitik og sygehuspolitik og derfor konfliktladede og under stadig bearbejdning.

Institutionelle entreprenører

På baggrund af et detaljeret studie af fire udvalgte klinikchefer fokuserer Eva Zeuthen Bentzen i *Lægelige ledere som institutionelle entreprenører* på, hvordan lægechefer etablerer 'brudsituationer' i forhold til sygehusorganisationens institutionaliserede handlings- og tankemønstre. Bruddene omfatter både opgør med monofaglige og specialeorienterede værdier, den kollegiale ledelsesstruktur og lægernes rutiner. Resultatet af denne 'kreative destruktion' peger i retning af klinikken som en ny institution med et større islæt af hierarki og med lederen som skaber af faglig identitet og ledelsesrutiner. På trods af et stærkt institutionaliseret system med stærke kollegiale værdier, strukturer og rutiner er det muligt for ledere at finde sprækker og etablere brud, som gør det muligt at starte forskydninger af praksis i organisationens kerne.

Reformer og det lægelige arbejdes infrastruktur

Paradokset mellem de sidste årtiers strukturelle og ledelsesfokuserede reformforsøg og

den stort set uændrede organisering af pleje- og behandlingsarbejdet diskuteres af Morten Knudsen (forskningsassistent, Panum Institut) og Sidsel Vinge (ph.d., projektleder, DSI-Institut for Sundhedsvæsen) i *Reformer og det lægelige arbejdes infrastruktur*. De argumenterer for, at de hidtidige reformer kommer til kort og får begrænset effekt, fordi de påvirker andet end det, der er afgørende for arbejdets udførelse. Organiseringen af arbejdet på medicinske centre bruges som case til at beskrive centrale elementer i varetagelsen af det sundhedsfaglige arbejde og til at pege på behovet for at udvikle et sygehus-specifikt organiserings- og ledelsessprog, der er relateret til den 'medicinske praksis' hverdag.

I forandrings krydsfelt

Kerstin Sahlin-Andersson (Professor ved Uppsala Universitet i business administration) afrunder bogen med *I forandrings krydsfelt - ledelse på distance*, hvor hun på basis af udviklingen i Skandinavien sammenfatter de samtidige og modstridende forandringstendenser i sygehusfeltet omkring organisationer, evalueringer og professioner. Udviklingen peger fremad mod en ny ledelsesform: distanceledelse, der er en følge af, at planlægning og udførelse af opgaver i stigende omfang adskilles inden for sygehusvæsenet. Dermed løftes ledelse i betydeligt omfang ud af den enkelte lokalitet, og den lokale leders handleum begrænses. Samtidig åbnes dog op for, at lokale ledere kan forsøge selv at udøve distanceledelse ved at influere på de regler og standarder, der fastlægges på andre lokaliteter.

Ledelse i Sygehusvæsenet

Finn Borum (red.)

Handelshøjskolens Forlag 2003, 256 s.

Bogen har været omtalt i *Mandagmorgen* nr. 28 25. august 2003, *Ugeskrift for Læger* 6. oktober 2003 og *Børsen* 7. november 2003.

De professionelle og reformerne:

Ledelse, kvalitetsudvikling og kontraktstyring i sygehuse



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

FLOS projektet om New public management reformer i danske sygehuse (SYOL projektet ved Aalborg Universitet) er tæt på afslutning og vil blive afrapporteret i en bogudgivelse med ovennævnte titel. Projektets formål har været at undersøge, hvordan forskellige top-down initierede organisations- og ledelsesreformer møder de professionelle på de udførende niveauer i sygehusene.

Tidligere studier, fx Bentsen, Borum, Erlingsdottir og Sahlin-Andersson *Når styringsambitioner møder Praksis* (1999), Brunsson og Olsen *Reforming Organisations* (1993), Røvik *Moderne Organisasjoner* (1998) har vist, at mange organisatoriske reformer ikke bliver gennemført i overensstemmelse med intentionerne, men bliver afvist eller ændret under implementeringen. Især i forhold til stærkt professionaliserede organisationer har der manglet viden om, hvad der præcist er grunden til dette fænomen, og det har også været et kritikpunkt, at de fleste af disse studier har været gennemført som øjebliksbilleder, der ikke giver viden om, hvad der sker med reformerne over længere tidsperioder og i forskellige typer af organisationer. Desuden er det ikke sikkert, at de professionelle reagerer på samme måde i forhold til alle slags reformer.

For at rette op på nogle af disse mangler ved eksisterende forskning har SYOL projektet fulgt tre forskellige reformer (kvalitetsudvikling, ændrede ledelsesformer og kontraktstyring) i samme amt over tre år og derved opnået at kunne belyse udviklingen over længere tid. Vi har desuden valgt tre forskellige sygehuse for derved at kunne belyse, om sygehusstørrelse og specialisering har

betydning, og endelig har vi valgt 17 meget forskellige afdelinger, for derved at kunne belyse om selve arbejdsopgaverne har betydning for den måde, de professionelle læger og sygeplejersker vurderer og tolker reformerne.

Det helt afgørende resultat af denne undersøgelse er, at de professionelle opfattelser, holdninger og indarbejdede traditioner har afgørende betydning for reformernes muligheder for at blive realiseret. Det må ikke forstås som indgroet modstand mod forandring af tingenes tilstand, for der er betydelig forandringsvilje til stede både blandt afdelingslederne og de ansatte læger og sygeplejersker.

Derimod er det tydeligt, at de professionelle værdier og praksisser har stor betydning for, hvad der kan realiseres, og hvilke ændringer der sker med reformerne under implementeringen.

I tilfældet entydig ledelse støder denne ændring af ledelsen på afdelingsniveau ind i modstand fra sygeplejerskerne, der opfatter denne ledelsesform som et angreb på deres position i ledelsen af afdelingerne. En del af de administrerende overlæger ser heller ikke noget behov for at ændre ved den fælles afdelingsledelse. Omvendt er der ikke megen tvivl om, at fortolkningen af entydig ledelse hos respondenterne indebærer, at lægen bliver den entydige leder i fremtiden, uanset at det ikke var intentionen hos regering og amtsrådsforening, da de i sin tid aftalte indførelsen af entydig ledelse.

I tilfældet kvalitetsudvikling ser vi i begyndelsen næsten en total dekobling af den amtslige kvalitetspolitik, der bygger på en Total Quality Management strategi. Denne strategi når kun til sygehusniveauet, men kommer ikke i anvendelse på afdelingsniveauet. Over tid sker der imidlertid en udbredelse af kvalitetsudviklingen, men samtidig ændres den i praksis, så den ikke længere kan kaldes en TQM strategi, men i stedet bygger den på professionernes egne og forskellige traditioner for kvalitetsudvikling. Det er også tydeligt, at amtets strategi konkurrerer med andre strategier i sygehusfeltet om de professionelle opmærksomhed, og at de professionelle i vid udstrækning selv afgør, hvilke strategier de vil bruge tid på. Endelig er det

tydeligt, at systematisk kvalitetsudvikling lider under pres for øget produktion og snævre økonomiske rammer.

Vi havde forventning om, at kontraktstyring ville blive mødt med skepsis fra de professionelle side, men det var kun sjældent tilfældet. Mange af afdelingslederne og de professionelle så positivt på et system, hvor penge og produktion blev knyttet tæt sammen, men der var systematiske forskelle i opfattelsen, hvor de kirurgiske specialer skilte sig ud som positive, mens afdelinger med høj akutandel og tværgående kliniske afdelinger var mindre positive, fordi de ikke selv kunne styre produktionen. Det er helt afgørende for modtagelsen hos de professionelle, at kontrakterne opfattes som retfærdige, og de eksisterende systemer til registrering og kontrol af produktionen opfattes ikke som rimelige og retfærdige. Det gælder også DRG systemet, når det anvendes som grundlag for afregning og budgettering.

Sammenfattende reagerer de professionelle på den ene side imødekomende i forhold til nye organisations- og ledelsesreformer, men samtidig er de dybt bundet af deres egne professionelle opfattelser af, hvordan ledelse skal indrettes, hvordan kvalitetsudvikling skal bedrives, og hvordan man bør styre sygehusenes økonomi. Enhver reformator, der vil ændre sygehusene, gør klogt i at skrive sig dette bag ørerne, for på et eller andet tidspunkt vil man i en implementeringsproces løbe ind i de professionelle opfattelser og tolkninger.

Det store spørgsmål er derfor, om og i givet fald hvordan, de kan påvirkes. Dette spørgsmål har ikke været i centrum af vores undersøgelse, men det er et oplagt spørgsmål for videre studier ikke mindst i en tid, hvor der er store ambitioner om nye top-down initierede reformer af danske sygehuse. ■

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.

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

Redaktion: Professor Finn Borum & Fuldmægtig Marianne Risberg
Layout og omslag: Svend Hansen MDD – Tryk: Jelling Bogtrykkeri a/s – Oplag: 5.000 – december 2003
ISSN 1603-5151

Spændingsfeltet mellem sundhedstjenesteforskning og beslutningstagning

Det var en spændende formiddag den 18. november, som arrangørerne af det 9. årsmøde i Dansk Forum for Sundhedstjenesteforskning, Århus Amt og Århus Universitet, havde planlagt (se www.stf2003.dk). Temaet blev belyst fra forskellige perspektiver af amtsborgmester Johannes Flensted-Jensen, Århus Amt, vicedirektør Per Østergaard Jensen, Ringkøbing Amt, Centerchef Finn Børlum Kristensen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, professor Finn Borum, FLOS, Handelshøjskolen i København og dr. Elias Mossialos, Research Director of the European Observatory on Health Care Systems.

Amtsborgmester Johannes Flensted-Jensen fremhævede, hvor lidt vi ved om adfærdsændringer som følge af nye styringsformer (fx takst- og incitamentstyring). Han pegede på fire områder, hvor sundhedstjenesteforskningen gerne måtte bidrage mere: MTV forskning m.h.p. prioritering, implementeringsforskning ift. ændringer i sundhedsvæsenet (hvad der fungerer og hvorfor), forskning i, hvordan der kan skabes bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet og forskning i ulighed i sundhed.

Som beslutningstager påpegede vicedirektør Per Østergaard Jensen bl.a., at beslutninger langt fra er evidensbaserede, fordi der mangler dokumentation for, hvad der er bedst. I hans amt fx er behandling af rectumcancer fordelt på to sygehuse, og der var ikke dokumentation for hensigtsmæssigheden i at samle behandlingen yderligere, som anbefalet af Sundhedsstyrelsen. Han fremhævede også store forskelle på amternes løsninger, som afspejler lokale interesser og politiske prioriteringer. Vicedirektøren pegede på, at der er en tendens til mere systematisk anvendelse af MTV-rapporter, øget fokus på dokumentation ifm. ændringer i klinisk praksis og mere præcise krav til den egen finansierede forskning.

Centerchef Finn Børlum Kristensen var nok formiddagens stærkeste fortaler for en yderligere integration mellem sundhedstjenesteforskning og beslutningstagning. MTV-konceptet er da også udviklet direkte m.h.p. beslutningsstøtte. Centerchefen fokuserede bl.a. på det klassiske problem, at beslutningstagere ønsker svar på spørgsmål her og nu, og i mange beslutningssituationer ikke kan vente på forskerne, som har behov for fordybelse og tid for at producere valide beslutningsgrund-

lag. I MTV-verdenen har man derfor udviklet en såkaldt HURTIG-MTV, der er mindre omfattende og dybtgående. Det er dog mit indtryk, at vi endnu mangler tilstrækkeligt erfaringsgrundlag til at forholde os mere konkret og præcist til denne nye MTV-form.

Professor Finn Borum så forskerne og beslutningstagerne som to forskellige sociale verdener, som han advarede imod, blev (for) indgifte. Hvis de to verdener blandes sammen, vil man som faretruende udviklingstendens se forskningen i rollen som ren underleverandør af videns- og beslutningsgrundlag ifm. beslutningstagernes efterspørgsel. En sådan underleverandørrolle vil hindre centrale formål med forskningen. Især mulighederne for at rejse problemstillinger og spørgsmål, som ignoreres af beslutningsverdenen, og for at problematisere og forholde sig kritisk til den viden og de præmisser, som beslutningstagerne efterspørger.

Dr. Elias Mossialos gav et overblik over udviklingstendenser i EU's rolle på sundhedsområdet og de videnskæssige og metodiske problemer knyttet til formulering af en europæisk sundhedspolitik. Open Methods of Cooperation er den foretrukne koordineringsmåde mellem landene, men denne metode indebærer imidlertid en risiko for, at sundhedspolitik præges af klientisme fremfor klassiske social- og sundhedspolitiske overvejelser om lighed og fordeling (se www.observatory.dk).

Et velvalgt tema og gode oplæg giver anledning til egen refleksion. Det, politikere primært efterspørger, er viden om kausale sammenhænge. Men da store ambitioner om generelle og (ikke-situerede) kausale sammenhænge er uhyre vanskelige at indfri, er det FLOS' ambition at koncentrere sig om kontekstnære og tidsbestemte årsagskæder, som kan øge analysens præcision. Vi søger derfor analyser af *situerede* årsags-virkningssammenhænge og lægger vægt på aktørernes konstruktioner og fortolkninger.

Vi skal *opretholde* spændingsfeltet mellem (sundhedstjeneste)forskning og beslutningstagning. De to verdener skal eksistere i en gensidig, respektfuld forståelse for hinanden. Opretholdelse af særpræg, som giver hver af verdenerne autonomi, selvstændighed og fleksibilitet, parret med en responsiv imødekommethed, kan resultere i et konstruktivt spændingsfelt, som det danske sundhedsvæsen turde være godt tjent med.

Lektor Janne Seemann, Aalborg Universitet
seemann@socsci.auc.dk

