

Kurs og mening i Digital Era Governance

– Samspil mellem ledelsesoverbevisninger og implementering af Sundhedsplatformen

”De skulle bare vide, hvad vi har været igennem”



Masterafhandling Master of Public Governance

Studerende: Birgitte Rode Diness

Vejleder: Hanne Dorthe Sørensen

Efterår 2020/ januar 2021

Anslag: 97.866

Indhold

English abstract	3
Indledning	5
Problemformulering	8
Baggrund	9
Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme (VRR) og Klinisk Genetisk Afdeling (KGA)	9
Organisering af implementeringen af SP og MinSP	9
Konkrete funktionaliteter i SP og MinSP	10
Teori	12
En mere integreret ledelsestilgang (DAC)	12
Weicks meningsskabelsesfokus	15
Metode	18
Fokusgruppeinterview med virtuelle reflekterende teams	18
Analyse af interview 1 og 2	19
Interview 3	20
Analyse og fortolkning	21
Oplevelse af kurs, koordinering og commitment	21
Meningsskabelse i interview 1 + 2	25
Ledelsesoverbevisning interview 3	30
Indflydelse af skribentens rolle i dataindsamlingen	32
Diskussion	34
Samspillet mellem ledelsesoverbevisninger hos medarbejdere og implementeringsansvarlige	34
Fagprofessionelle ledere	35
Kurs og mening – hierarki i identifikationer?	36
DEG som kontinuerlig underliggende dagsorden	37
Understøttelse af fælles kurs og sensemaking	39
Konklusion og perspektivering	41
Refleksion over egen ledelsesmæssig udvikling	42
Taksigelser	44
Litteraturliste	45

English abstract

Background and aims: In a country with a large public sector populated by professionals, management and implementation of change can be difficult. The underlying strong Weberian leadership is geared to change and develop according to the performance goals and understandings of the professionals in the sector. Political agenda's overarching the professionals' agenda's such as user involvement, digitization and Digital Era Governance (DEG) is not necessarily readily accepted or perceived as meaningful by the frontline workers such as nurses and physicians.

The change project of taking into use the new electronic health record system Sundhedsplatformen (SP) and the associated patient portal MinSundhedsplatform (MinSP) can be regarded as an example of a politically mandated change agenda with DEG ideals. This project aims to explore 1) How leadership, understood as the production of direction, alignment and commitment was produced and affected by the leadership culture of the health care sector and 2) How insight into these beliefs may inform interventions to promote meaningful implementation.

Theory: Drath's leadership ontology points to the importance of leadership beliefs and leadership culture in the production of the leadership effects: Direction, alignment and commitment. Weick stresses the importance of sensemaking in leadership and identifies seven key properties in the sensemaking process.

Methods: The study was situated in two departments at Copenhagen University Hospital: The Department of Rheumatology and the Department of Clinical Genetics. A method for virtual reflective team interviews was developed, allowing data collection to take place despite the Covid-19 situation. Interviews were done at both departments, each team consisting of four employees (doctors or nurses) and one patient. The interviews were transcribed and analyzed for examples of production of direction, alignment and commitment and for examples of sensemaking according to Weick's seven properties of sensemaking. The findings from the interviews were fed back to the locally responsible for the implementation of SP and MinSP in a third virtual reflective team interview. This interview was transcribed and analyzed for leadership beliefs and changes in leadership beliefs following the first interviews.

Analysis and interpretation: Physicians and physician leaders regard direction as something they themselves produce if the change is considered meaningful. Once direction is produced, physicians believe it to be their own responsibility to produce alignment and commitment. While they do effectively produce commitment, they are less effective producing alignment and in general accept and appreciate alignment production by formal leaders.

All Weick's seven properties of sensemaking were observed. The change was seen to be understood from four different identifications observed and named as: 1) Patient centered, 2) medical specialist, 3) law abiding professional (negatively defined: avoid complaints and malpractice claims), and 4) scarce resource.

The reflective team approach provided an opportunity for the participants to engage in sensemaking as a social activity, and to enact new understandings. The presence of a patient lead to identification with a more patient-oriented medical professional identity. Following the interviews, the participants had made new sense of SP and MinSP and accordingly did go on to produce more alignment and commitment in the following period up to the third interview.

In the third interview evidence of changing leadership beliefs was seen. The first interviews and the following events challenged the beliefs of the leaders responsible for local implementation and led them to experiment with producing more alignment.

Discussion and conclusion: Physicians and physician leaders will produce direction towards the proposed change if the change is considered meaningful. Sensemaking thus becomes the primary tool for the physician leader to produce direction. Physician leaders subscribing to similar leadership beliefs may use this insight to challenge their own belief that alignment is an individual responsibility and aid the change process by producing more alignment.

Considering direction as a one-dimensional movement may ignore the complexity and flexibility in sensemaking. Insight into the different identifications underlying sensemaking allows for more nuanced leadership. Further exploration into the possible hierarchical nature of identifications may lead to new insight and aiming to anchor sensemaking in high hierarchy identifications may better the chances of new sensemaking leading to new leadership production.

It may be useful to consider changes and reforms that are in nature cultural and that challenges the professional performance understanding as continuous processes rather than events taking place on a certain date or in a certain period. Regularly creating opportunities for social sensemaking and enactment of new insight could be a valuable tool to bridge the political strategic agenda with the professional agenda during this process. Providing disruption to automated beliefs by the presence of a patient or user with another perspective may work as a catalyst for new sensemaking. Such interventions may also help the change agents to develop more efficient leadership beliefs.

Indledning

Den parlamentariske styringskæde tilsiger, at det er de folkevalgte, der bestemmer over de offentlige budgetter, og som udstikker strategi og retning for den offentlige sektor.

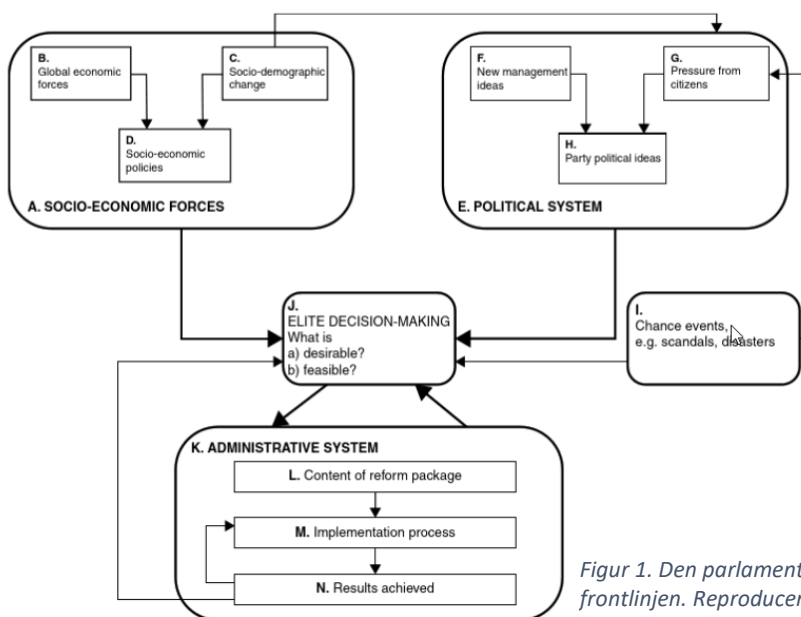
Sundhedsområdet udgør en vigtig del af den samlede offentlige sektor både værdipolitisk og økonomisk.

Sundhedssektoren er udviklet over generationer og er ud fra sit organisationsdiagram en klassisk pyramideorganisation. Den egentlig leverance foregår i pyramidens nederste niveau – i frontlinjen – hvor læger, sygeplejersker osv. møder patienterne. Mens styringsparadigmerne i centraladministrationen er omskifteligt, er der fortsat en stærk professionsstyring med rødder i Weberiansk bureaukratisk tradition på hospitalerne, hvor et etableret hierarki og en stærk administration stabiliserer organisationen og gør den mindre påvirkelig for politiserede forandringsinitiativer.

Indførslen af Sundhedsplatformen (SP) på hospitalerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland kan forstås om en udmøntning af en politisk dagsorden, som falder i styringsparadigmet Digital Era Governance (DEG) (Margetts & Dunleavy, 2013, p. 2). DEG-paradigmet kan ses som en reaktion på New Public Management (NPM). NPM har i gennem længere tid haft en stærk indflydelse i offentlig styring, og har givet anledning til opdeling i mindre enheder, målstyring, fokus på konkurrenceudsættelse og privatisering (Christopher Hood, 1991, p. 4), men efter nogens mening på bekostning af innovation og teknologisk udvikling. Styringsparadigmet DEG vil imødegå denne mangel ved fokus på reintegration, holisme og digitalisering som overskrifterne for en proces, hvor man ved brug af digitale hjælpemidler vil få borgeren i centrum. Valget af EPIC som leverandør til Sundhedsplatformen (SP) kan forstås som motiveret af programmets potentielle evne til at understøtte DEG værdier. DEG værdien reintegration handler om at modvirke silodannelse og samle de små enheder, genereret i NPM-æraen, i større enheder, som så kan udvikle store samlede systemer og effektivisere via datagenbrug (Margetts & Dunleavy, 2013, p. 6). I overensstemmelse med denne dagsorden planlagde man, at SP skulle erstatte ikke mindre end 30 systemer for 44.000 ansatte i sundhedssektoren i Region Hovedstaden og Region Sjælland (Sjælland, 2016). Bruger- og behovscentreret holisme er en anden kerneværdi i DEG, som sigter på, at systembrugere møder de funktioner, man typisk har brug for, på samme tid i samme skærmbillede (Margetts & Dunleavy, 2013, p. 6). For SP betød det, at systemet blev designet til at

tilsigte, at det skærbillede, lægen møder ved en konsultation, muliggør dokumentation af patientens symptomer (tidligere dikteret i separat system), giver adgang til patientens undersøgelsesresultater og tidligere journal (tidligere i hhv. den elektronisk journal og i separat system) , rummer tastetryk, der udløser ordination af nye lægemidler (før gjort i EPM) og indberetning af diagnose og aktivitet (tidligere gjort i andet system af sekretærer efter konsultationen). Skærbilledet søges skræddersyet kontekstafhængig. Det har den konsekvens, at skærbilledet ser forskelligt ud, afhængig af om man går stuegang, ser en ambulans patient eller som sygeplejerske administrerer medicin eller måler blodtryk. Mulighed for digital selvbetjening og adgang til egne data er endnu en DEG værdi (Margetts & Dunleavy, 2013, p. 6), som SP forventedes at kunne honorere – med den tilknyttede patientportal MinSP kan patienter via en hjemmeside eller en App uden forsinkelse se egne journalnotater og prøvesvar og kommunikere digitalt med sundhedssystemet. NPM er dog stadig i høj grad til stede i den offentlige styring, hvor målopfyldelse og nøgletal fortsat rutinemæssigt anvendes til at afgøre, om frontlinjeleverancen forvaltes som politisk besluttet.

I lighed med mange andre områder af den offentlige sektor er den daglige tilrettelæggelse af mødet med borgerne lagt i hænderne på de fagprofessionelle frontlinjemedarbejdere, og den reelle implementering af SP og MinSP blev dermed lagt i hænderne på sundhedsvæsnets professionelle, som læger og sygeplejersker (Pollitt & Bouckaert, 2011, p. 33), se figur 1. Mens Go-live datoen for SP er et historisk fact og kan anskues som implementeringen, er et alternativ at



Figur 1. Den parlamentariske styringskæde og reformers vej til frontlinjen. Reproduceret fra Pollit og Bouckaert s.33

anskue hele forandringsprocessen med den løbende, gradvise, ibrugtagen af digitale ressourcer som en fortløbende implementering. I dette perspektiv er det også som implementering, når den enkelte læge eller sygeplejerske begynder at bruge autogeneret tekst, udvikler en rapport, der identificerer risikopatienter, bruger søgefunktionen eller justerer sin behandling efter en Best Practice Pop-up funktion genereret af systemet.

Læger og sygeplejerske arbejder selvstændigt og inden for deres respektive professioners paradigme. Dette udgør en udfordring for den parlamentariske styrekæde, når vedtagne reformer skal implementeres. Fagprofessionelle er ikke nødvendigvis specielt orienterede mod den politiske kurs, men henter i stedet inspiration, motivation og villighed til forandringer inden for det faglige fællesskab. Patientbehandlingen udvikles på baggrund af mesterlære, ny viden hentet i den videnskabelige litteratur og guidelines, udviklet af de lægevidenskabelige selskaber. Ethiske dilemmaer løses inden for standen, som også er selvregulerende ifht, hvad der er acceptabel og uacceptabel adfærd (Noordegraaf, 2007, p. 766).

Samtidig har stærke professionsfaglige miljøer, som lægestanden, traditionelt opereret med en relativ snæver, professionsspecifik performanceforståelse. Dagsordner som patientinddragelse og digitalisering har ikke historisk været emner, som har været inkluderet i den "strengt medicinske" succesforståelse, og forandringer på sådanne områder er dermed ikke på samme måde som fx ibrugtagningen af ny medicin understøttet af de faglige fællesskaber. Ledelse af forandringsprocesser, som går ud over det, der professionsfagligt opleves som kerneopgaven, kræver dermed en oversættelse eller omsættelse for at kunne forstås inden for professionens performancebegreb. Hvis en forandring kræver, at de fagprofessionelle tilegner sig nye kompetencer, kan det også være en udfordring, da denne undervisning ikke nødvendigvis kan leveres af dem, der af gruppen anses som "eksperter". Endelig kan forandringer have betydning for, hvordan samarbejdet mellem faggrupper forløber, noget der ellers kan være forhandlet inkrementelt mellem faggrupperne over årtier. Hvis en forandring opleves som en ændring i balancen mellem grupper, kan det udløse samarbejde eller modstand fra de grupper, der forventer, at forandringen vil henholdsvis styrke eller svække deres position (Andersen, Lotte Bøgh; Greve, Carsten; Klausen, Kurt Klaudi; Torfing, 2017, p. 28).

I sundhedssystemet arbejder mange eksperter, som uden nødvendigvis at have formelt medarbejderansvar i høj grad leder sig selv og deres fagområder. Overlæger, som har ansvar for en bestemt patientgruppe, er et eksempel, forskere og sygeplejersker med specialiserede selvstændige funktioner er andre. Derfor giver det i mange sammenhænge bedre mening at betragte ledelse i sundhedssektoren som en distribueret aktivitet, hvor handlinger, der bidrager til fælles kurs, koordination og commitment er en absolut nødvendighed for hospitalernes daglige drift og for implementeringen af store projekter. Succesrig forandring i organisationen bliver dermed også betinget af, at disse ledelseskrafter mobiliseres og arbejder i samme retning.

I projektet vil jeg via fokusgruppeinterviews undersøge, hvilke ledelseskrafter, der har været i spil, i forbindelse med implementeringen af SP og MinSP. Jeg forstår implementeringen af SP og MinSP som en proces, der stadig er i gang, og som også indebærer, at læger og andre professionelle i sektoren udvider deres performanceforståelse til at inkludere værdier fra Digital Era Governance, så det bliver meningsfuldt at tilstræbe øget digitalisering, datagenbrug og patientinvolvering.

Problemformulering

DEG som politisk dagsorden udmøntes i Region Hovedstaden blandt andet ved indførslen af SP og MinSP på hospitalerne. Hvordan har de fagprofessionelles ledelsesproduktion og ledelsesoverbevisninger påvirket denne proces og hvordan har de skabt mening i den?

- Hvilke ledelsesoverbevisninger har ligget bag produktionen af kurs, koordinering og commitment ved implementeringen af SP og MinSP?
- Hvilke konsekvenser har de ledelsesoverbevisninger, der er fremherskende blandt sundhedsfaglige, for lokale lederes handlemuligheder og ledelsesopgave?

Baggrund

Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme (VRR) og Klinisk Genetisk Afdeling (KGA)

Rigshospitalet er det højst specialiserede hospital i Danmark, primært beliggende på matrikler på Blegdamsvej og i Glostrup. Videnscenter for Reumatologi og Rygsygdomme (VRR), Rigshospitalet, er landets største reumatologiske afdelinger med aktivitet på fem matrikler i Region H. Afdelingen udreder og behandler patienter med sygdomme i muskler, led, knogler og bindevæv. VRR har både sengeafsnit og ambulant aktivitet. I afdelingen arbejder ca. 300 medarbejdere. Klinisk genetisk afdeling (KGA) er også landets største af sin slags, en højt specialiseret afdeling med ambulant patientbehandling og laboratorieaktivitet. Afdelingen udreder, rådgiver og behandler patienter med genetiske sygdomme, sjældne syndromer og sjældne stofskiftesygdomme og har ca. 150 medarbejdere (Rigshospitalet, n.d.).

Organisering af implementeringen af SP og MinSP

Både VRR og KGA overgik til SP som journalføringssystem i november 2016. Systemet udvikles og opgraderes løbende. På Rigshospitalet er Forbedringsafdelingen ansvarlig for at koordinere den tværgående indsats omkring ibrugtagningen af SP. Under forbedringsafdelingens ledelse blev der i 2018 gennemført et pilotforsøg med MinSP, hvor både VRR og KGA deltog, og på baggrund af pilotforsøget blev en implementeringsindsats for MinSP – MinSP-Bussen - iværksat i 2019. På samme vis var et pilotforsøg med videokonsultationer i gang, men ikke afsluttet, da Covid-19 ramte Danmark i marts 2020. Forbedringsafdelingen valgte at afbryde pilotforsøget og i stedet understøtte de enkelte afdelingers ibrugtagning uden yderligere forsinkelse.

VRRs ibrugtagning har været ledet af afdelingens ledende oversygeplejerske i samarbejde med især to overlæger i afdelingen. KGAs implementering af SP og MinSP har været ledet af en speciallæge udpeget til opgaven. Lokalt har der været udnævnt nøglepersoner fra alle faggrupper, som har stået for oplæring og sparring i det daglige, og som har ansvaret for at melde tekniske fejl ind til IT-afdelingen.

Konkrete funktionaliteter i SP og MinSP

SP og MinSP er komplicerede systemer med mange anvendelsesmuligheder. Seks konkrete funktioner blev diskuteret i interviewene og gennemgås derfor her.

Kalenderfunktionen i SP kan tilgås med udgangspunkt i den enkelte patient, hvor den giver et overblik over alle patientens planlagte tider på hospitaler i Østdanmark. Alternativt kan kalenderen for en specifik læge, sygeplejerske eller anden ressource (som fx et rum) tilgås. Disse oplysninger var forud for SP ikke en del af den elektroniske patientjournal og primært kun tilgængelige for sekretærer og typisk svære at få overblik over på tværs af afsnit. **Smartphrases** er brugertilpassede standardfraser, som kan trække strukturerede data fra systemet ind i journalnotater.

Journalnotater i de forskellige specialer har typisk en helt fast opbygning og passager, som er enslydende hos alle patienter. Før SP dikterede læger ofte journalen, og lægesekretærene vidste, hvordan teksten skulle sættes op. Det er muligt at bruge SP fuldstændig parallelt og blot skrive det, man ville have dikteret, men gør man det, vil dokumentation typisk tage meget længere tid. Brugere, som dokumenterer på denne vis, skal efterfølgende registrere nogle data som strukturerede data, selvom de har skrevet det, f.eks skal de undersøgelser og den medicin, patienten skal have, lægges ind i systemet som ordinationer, ligesom der skal vælges diagnosekode. Brugere, der dokumenterer ved hjælp af smartphrases, vil typisk lægge diagnose og ordinationer i systemet, og derudover registrere yderligere data struktureret, f.eks ved at lægge oplysninger om sygdomme i patientens familie ind i særlige felter (eller blot validere dem, hvis disse oplysninger tidligere er indført af en anden læge), og selve journalnotatet genereres derefter ved hjælp af smartphrasen, som sørger for, at relevante data hentes ind, og teksten sættes op som ønsket. Brug af smartphrases er således ikke værdifuldt i sig selv, men tæt korreleret med en dokumentationspraksis, der understøtter brug af strukturerede data til diagnostik, behandling og forskning og økonomisering med det sundhedsfaglige tidsforbrug. **Lister og multidisciplinær team**

Genetisk rådgivning - @FAMILIENR1@
@ALDER@ig @KØN@ henvist via {KLIN GEN
Henvissende instans:33982} mhp genetisk
rådgivning vedrørende ***. Patienten
{Tilstede:30129}.

Anamnese

Familieanamnese
@FAMHX@
***Se PASS.

Vurdering

Sagt til pt
Informeret om ovenstående.***

Plan
@ORDERSNMENC@

Der er samtykke til epikriseafsendelse til egen læge

@AKTIONSDIAGNOSE@

@PROVSIGNATUR@

Figur 2. Eksempel på smartphrase
Der hvor der står *** skal brugeren selv indtaste tekst, hvor der er @ trækker systemet oplysningerne andre steder fra og hvor der er {} vælges fra en liste.

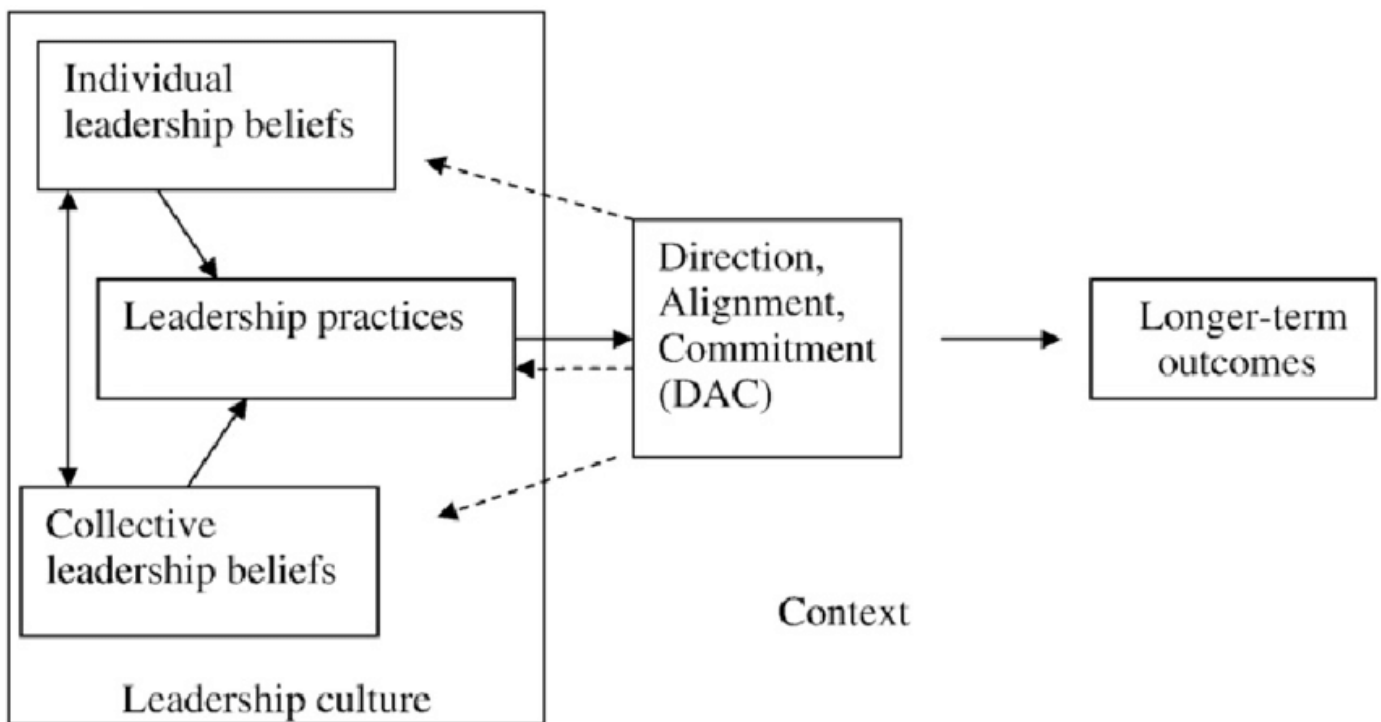
(MDT)-konferencer er nødvendige i det daglige for at have styr på patientforløbene og som "dagsordner" til konferencer med deltagelse af læger fra forskellige specialer. Før SP blev disse ofte lavet i Word eller Excel og evt. delt via mail, men denne praksis lever ikke op til GDPR regulativet. Ved at benytte funktionerne i SP er data teknisk korrekt beskyttet og adgang til data logget. **Videokonsultationer** behøver vist ikke yderligere forklaring, men kræver i den implementerede form, at patienten logger på App'en MinSP og tilgår videomødet den vej.

Beskedfunktionen er en funktion, hvor patienter har mulighed for at skrive via MinSP til de afdelinger, de er tilknyttet. Beskeden lagres direkte i journalen. Patienter har ikke adgang til at skrive direkte til en bestemt læge eller sygeplejerske, medmindre vedkommende har sat flueben i en bestemt boks i systemet. Læger og sygeplejersker kan skrive til alle patienter tilmeldt MinSP direkte fra patientens journal.

Teori

En mere integreret ledelsestilgang (DAC)

Drath et al. har foreslået, at man kan anskue traditionel ledelsesforskning som begrænset af en grundlæggende antagelse af, at ledelse er et samspil mellem ledere, følgere og fælles mål (2008, p. 635). De foreslår, at man i stedet anskuer tre ledelseseffekter – Direction (kurs), alignment (koordinering) og commitment. Ledelseseffekterne forkortes "DAC". Det er muligt at analysere ledere, følgere og fælles mål inden for denne ramme, men det at ekspliciterer fokus på ledelseseffekter giver mulighed for at observerer kilder til DAC, som ellers ville overses (Drath et al., 2008, p. 636), hvilket kan frigøre os for en forforståelse af, hvilken vej ledelse flyder i organisationen (Drath et al., 2008, p. 637). Det gør det lettere at få øje på dynamiske relationer, hvor kurs eller commitment på skift produceres af forskellige aktører og også kan komme fra uventede kanter (Drath et al., 2008, p. 643). Fokus på DAC faktorer kan hjælpe til opmærksomhed på, om der er den nødvendig balance mellem ledelseseffekterne, så effektiv ledelse kan produceres (Drath et al., 2008, p. 647).



Figur 3. Sammenhæng mellem ledelseseffekter og ledelsesoverbevisning. Reproduceret fra Drath et al.

Ledelseeffekter

Ved kurs forstås den fælles forståelse af retning og mål (evt. mission), samt af hvorfor målene er værdifulde (Drath et al., 2008, p. 647). Der produceres kurs som ledelseeffekt, når et medlem af et arbejdsfællesskab handler, så arbejdsfællesskabet opnår en sådan fælles forståelse. Det kan være ved at visualisere mål og bekræfte værdier (Drath et al., 2008, p. 642).

Ved koordination forstås de aktiviteter, der hjælper arbejdsfællesskabet til at nå det mål ved at planlægge og koordinere indsatsen (Drath et al., 2008, p. 647).

Ved commitment forstås de individuelle deltageres villighed til at sætte den fælles kurs over egen kurs og arbejde for det fælles mål (Drath et al., 2008, p. 647).

Anders Trillingsgaard har forklaret det med en analogi til en robåd: Hvis båden skal først over målstregen, skal de, der ror, være enige om kursen, de skal ro i takt (koordination), og de skal være villige til at lægge kræfter i projektet selvom de kunne bruge kræfterne på andre ting (commitment) (forelæsning, CBS, 2017).

Ledelsesoverbevisninger

DAC framework antager, at arbejdsfællesskaber har en forståelse af, hvordan DAC produceres ("leadership beliefs"), og at disse "ledelsesoverbevisninger" kan iagttages og løbende interagerer med arbejdsfællesskabets DAC skabende praksis. Se figur 3. I denne forståelse er der ledelse til stede, når der produceres DAC, og ledelseskvalitet kan dermed analyseres i sin egen ret, ikke blot som udtrykt ved målopfyldelse. En effektiv og DAC producerende ledelsesoverbevisning vil medføre adaptationsevne, bæredygtighed og værdifællesskab, selv hvis et projekt kuldsejler af eksterne årsager (Drath et al., 2008, p. 642).

I Draths forståelse er udvikling af lederskab udvikling af effektive ledelsesoverbevisninger og ledelseskultur (Drath et al., 2008, p. 650). Ledelsesoverbevisninger er bestemmende for, hvordan man er tilbøjelig til at producere DAC og til at handle. Udover hvordan DAC produceres, kan de også omhandle forståelser om vægtning mellem og behovet for respektivt kurs, koordinering og commitment. De indeholder også holdninger til, hvor kollektive og individuelle behov afvejes, og forståelser omkring, hvorvidt man skal adlyde personer med formel ledelsesret. De er bestemmende for ens vurdering af værdien af DAC overhovedet og for opfattelsen af, hvilke typer mennesker og handlinger, der fremmer eller hindrer skabelsen af DAC (Drath et al., 2008, p. 644).

Over tid kan erfaringer med, hvad der producerer DAC i et arbejdsfællesskab, føre til en fælles ledelseskultur (Drath et al., 2008, p. 646). Ledelseskultur er desuden forankret i historik, kultur og i fagprofessioner (Drath et al., 2008, p. 646).

Fokus på ledelseeffekter giver et fokus på kulturudviklingen og et fremtidigt adaptionspotentiale, også i situationer hvor det, man sigtede mod, ikke bliver nået. Hvis en forandringsproces ikke når det tilsigtede udfald, vil man med en klassisk analyse af ledere- følgere- og fælles mål primært kunne se på årsagen til fiasko, mens en DAC tilgang måske kan finde en ændring i ledelsesoverbevisninger og ledelseskultur, som fremadrettet gør organisationen bedre eller dårligere til at adaptere.

Trillingsgaards DAC anbefalinger

Anders Trillingsgaard har arbejdet med, hvordan en DAC forståelse af ledelse kan appliceres og bruges til at skabe vilkår for produktiv ledelse. Der opstilles en række håndgreb, som kan styrke hhv. kurs, koordinering og commitment.

Fælles kurs er ikke nogen let opgave, og ofte anbefales det, at man skal omfavne kompleksiteten som værende et grundvilkår. For at få en stærk fælles kurs er det dog også vigtigt at være opmærksomme på de fælles - eller forskellige - forsimplinger, som faktisk kan være af stor betydning for forståelse af kursen (Trillingsgaard, 2015, p. 89). Første skridt for fælles kurs er et fælles situationsbillede, herefter man enes om målet og lægger en plan (Trillingsgaard, 2015, p. 105).

Koordination kan styrkes via fokus på, hvordan møder afholdes og at strukturere disse, så koordination understøttes optimalt. Klarhed om roller, ansvarsområder og strukturer er et andet indsatsområde og slutteligt anbefales fokus på ledelseskommunikation, hvor man generelt husker at opsummere, både hvad der er besluttet, og hvad der skal kommunikeres videre efter besluttende møder (Trillingsgaard, 2015, p. 181).

Trillingsgaard fremhæver, at mange organisationer befolket af specialister kan have et underskud af commitment til helheden, da den enkelte specialists dedikation er til et snævert område. Redskaber til at arbejde med commitment til helheden kan være 1) at sørge for succeser for den enkelte, 2) at have en åben og afsøgende dialog og 3) at have stærke personlige relationer. Det

skal være tydeligt, at der er et fælles projekt, samt at succes med det fælles projekt vil bidrage til deltagerens succes på deres egne områder (Trillingsgaard, 2015, p. 247).

Weicks meningsskabelsesfokus

Klassisk forandringsledelse ad modum Kotter antager, at organisationer er styret af simple hierarkier, og at forandringer kan "vandfaldsimpliciteres" (Kotter, 2007). Denne forståelse kommer i problemer i organisationer, der med Weicks terminologi er "løst kobled". Ved løst kobling forstås systemer, hvor de enkelte enheder er kendetegnet ved højt særpræg, men samtidig stor afhængighed af andre aktører (Hammer & Høpner, 2019, p. 77). I sådanne situationer skal forandring ledes ved at skabe forventning om logik og mening, ved at styrke socialiseringsprocesser, hvor man ved samtale kan fortolke forandringerne, og ved at sørge for en så differentieret deltagelse som muligt i disse samtaler. Ved differentieret deltagelse menes, at man aktivt søger efter forstyrrende input, inviterer synspunkter, der ikke er de fremherskende, med i dialogen (Hammer & Høpner, 2019, p. 80).

"Problemet for os, når vi skal skabe mening, er ikke, at vi mangler information for at skabe mening, men at der er så uendelig mange muligheder for at skabe mening, og at tingene er flertydige" (Hammer & Høpner, 2019, p. 105). Weick har identificeret syv afgørende elementer for meningsskabelse, der kan anvendes til at håndtere denne udfordring (Tabel 1). Overordnet set er der tale om en social proces, der resulterer i "sensemaking." Fagprofessioner repræsenterer i Weicks optik et af flere mulige kultur- og værdisæt, som der kan trækkes på i denne proces. Mening skabes også ud fra identifikation med et bestemt jeg. Identifikationen vil afgøre, hvad man oplever og hører - "hvem hører jeg denne forandring som" (Hammer & Høpner, 2019, p. 100). Identifikationen er fleksibel, det er almindeligt at skifte mellem forskellige jeg'er i forskellige situationer. En vej vil tage sig forskellig ud set af den samme person fra en identifikation som travl-person-der-skal-til-lufthavnen versus bekymret forældre der-vurderer-sikkerhed-af-skolevej. Konsekvensen af flertydigheden er i flg Weick, at det er vigtigt at være tydelig og opmærksom på værdier, prioriteter og præferencer i meningsskabelsesprocessen (Hammer & Høpner, 2019, p. 105).

Tabel 1. Tilvirket fra Hammer & Høpner, 2019, p. 96

Weicks syv elementer i meningskabelse	
Social proces	Vi skaber mening via samspil med andre, både ved samtale og ved at forestille os, hvad andre mener og hvad andre vil mene, om hvad vi mener.
Identifikation	Meningen i en situation er ikke entydig, observationer udvælges ud fra den identifikation det "jeg/vi", vi i situationen bekender os til.
Retrospektivt	Mening skabes retrospektivt og er i vidt omfang efterrationalisering, hvor viden om udkommet påvirker vurderingen og forståelsen af en forudgående proces.
Ledetråde	Af de mange sanseindtryk, vi modtager, vælger vi nogen som ledetråde, som vi kan stykke sammen eller skabe en mening ud fra.
Kontinuerlig proces	Vores organisatoriske liv er præget af "kastethed". Ved kastethed forstås det forhold, at vi ikke selv har valgt de situationer vi står i, og at vi konstant befinder os i situationer, hvor vi må handle intuitivt og så bagefter reflektere. Afbrydelser har en særlig rolle, fordi de fremprovokerer følelser og kræver, at vi skaber mening med afbrydelsen.
Plausibilitet, ikke af akkuratesse	Vi leder efter en mening, og når vi har fundet én der virker plausibel, holder vi fast i den, også selvom den måske ikke er helt præcis.
Enactment- "At skabe i handling"	Ved enactment forstås det forhold, at der er en tovejs påvirkning mellem os selv og omgivelserne når vi handler ud fra vores forestillinger. At gøre eller sige noget kan dermed give fortid og nutid ny mening og muliggøre at ny mening skabes.

Det at udtale sig positivt eller negativt om noget er en form for enactment, særligt hvis det gøres offentligt og bevidnet af vigtige personer fra ens organisatoriske kontekst. Hvis man har gjort det, vil man efterfølgende være tilbøjelig til at skabe mening i sin udtalelse ved at efterleve det, man har sagt (Hammer & Høpner, 2019, p. 142).

Lederens funktion bliver dermed som en historiefortæller (Hammer & Høpner, 2019, p. 147), der skal opmuntre til handling og eksperimenter, skabe retning og opmærksomhed samt facilitere nye stabile verdensbilleder (Hammer & Høpner, 2019, p. 181).

Metode

Fokusgruppeinterview med virtuelle reflekterende teams

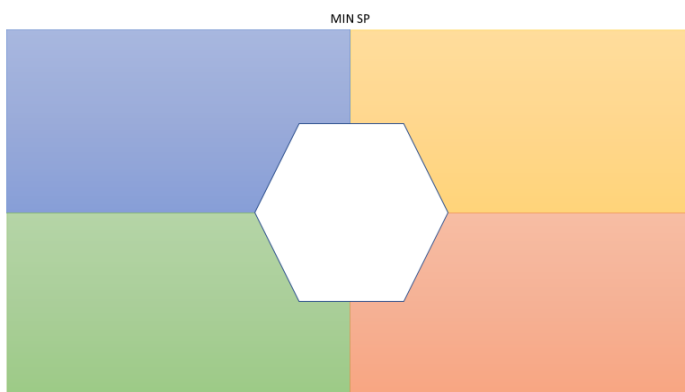
Ledelsesoverbevisninger er ikke nødvendigvis tilgængelige ved iagttagelser af daglig praksis, og de er heller ikke nødvendigvis bevidste eller italesatte hos den enkelte. For at få adgang til indblik i ledelsesoverbevisninger udviklede jeg en metode, inspireret af reflekterende teams og af fokusgruppeinterview. Reflekterende teams er en metode udviklet af Tom Andersen, som har til hensigt at skabe læring hos deltagerne (Andersen, 1987, p. 415). Det er ikke en dataindsamlingsmetode med en psykodynamisk forståelse, men en metode, der tillader deltagerne at blive klogere på egne ikke-verbaliserede antagelser ved at lade andre reflektere over deres udsagn. Fokusgruppeinterview er en metode til dataindsamling, som muliggør, at der også indhentes data om, hvordan begreber forhandles og om magtstruktur i gruppen, da metoden giver adgang til at iagttage en reel, om end iscenesat, interaktion (Justesen & Mik-Meyer, 2010, p. 78).

Corona-situation i dataindsamlingsperioden gjorde det nødvendigt at planlægge dataindsamling uden fysiske møder. Fokusgruppeinterviews har også af andre været forsøgt gennemført virtuelt, undertiden med gode erfaringer. Særligt hvis sensitive emner skal drøftes, kan det virtuelle faktisk være en fordel (Kite & Phongsavan, 2017, p. 1).

For at stimulere det reflekterende element blev deltagerne bedt om at iføre sig en bestemt farve t-shirt og fik samtidig leveret farvekoordinerede snacks til interviewet (Fig. 4). De fik udleveret skemaer i A4 størrelse (Fig. 5) til at notere deres refleksioner over det, de andre deltagere fortalte.



Figur 4. Materiale udleveret til interviewdeltagere.



Figur 5. Eksempel på refleksionsskema, feltet i midten er til refleksioner over patient udsagn.

Der blev lavet i alt tre interviews. De to første var med deltagere fra hhv. VVR (interview 1) og KGA (interview 2). Der blev til hvert interview valgt fire sundhedsfaglige personer fra afdelingen og én patient. Det var et krav for de sundhedsfaglige, at de vurderedes at have formel eller uformel ledelse i afdelingen, at de havde været i afdelingen gennem SP og MinSP implementering, at mindst to ikke havde personaleansvar (men gerne fagområde- eller forskningsledelse), og max to havde haft formelle roller i SP eller MinSP implementering.

I interview 1 og 2 havde de sundhedsfaglige deltagere fået udleveret papkort med forskellige eksempler på brug af SP og MinSP, som repræsenterede forskellige grader af digitalisering af arbejdsgange (Kalender, smartphrases, beskeder, selvbook, MDT, lister, videokonsultation, spørgeskema, søgefunktion, fuldmagtsadgang og et "wild card", hvor man selv kunne vælge). Hver fokusgruppemedtager blev bedt om at vælge et kort med en funktion, han eller hun brugte, og fortælle, hvorfor vedkommende anvender den, hvad der gik forud for første brug af funktionen, og hvad han eller hun tænker om det. Resten af gruppen reflekterede over det fortalte.

Det virtuelle reflekterende fokusteam mødtes i 75 minutter via platformen Zoom i august og september 2020. Lyd og billede blev optaget. Patienten deltog i den første halvdel af interviewet. De første fem minutter var afsat til optimering af lyd og billede og til information til deltagerne om vilkår vedr. anvendelse og optagelser.

Interviewene blev transskriberet. I transskriptionen er deltagerne benævnt efter deres T-shirt farve, og patientens navn og diagnose er udeladt.

Analyse af interview 1 og 2

De transskriberede interviews blev ved første analyse kodet og sorteret i to dimensioner, den ene akse efter udsagn, som indikerede kurs, koordinering eller commitment jf. Drath, den anden akse eksplorativt efter det underliggende tema i den identifikation, udsagnet vidnede om. For hvert udsagn blev det noteret, om det var positivt eller negativt ifht SP og MinSP og hvilken funktion i SP, det refererede til. Resultatet af denne analyse dannede udgangspunkt for interview 3.

Ved anden analyse af data blev udsagn om meningsskabelse søgt opdelt efter Weicks syv elementer i meningsskabelse, og det blev samtidig noteret, om udsagnene fremkom mens patienten var til stede, eller efter patienten havde forladt interviewet.

Interview 3

Interview 3 blev gennemført som virtuelt fokusgruppeinterview med reflekterende teamkomponenter. En implementeringsansvarlig fra VRR og KGA deltog sammen med en medarbejder fra Rigshospitalets Forbedringsafdeling, som har været sparringspartner for begge afdelinger i forbindelse med bl.a. MinSP pilotprojektet. Jeg deltog i interviewet med dobbeltrolle: Både som den, der interviewede med baggrund i analysen af interview 1 og 2 og som implementeringsansvarlig for KGA. Interviewet blev optaget og transskriberet.

Det transskriberede interview blev kodet for ledelsesoverbevisninger og ledelseskultur og for ændringer i handlinger og ledelsesoverbevisning foranlediget af interview 1 og 2 og i løbet af interview 3.

Tabel 2. Overblik over interviewdeltagere

	Deltagere
Interview 1, VRR Bilag 1	Rød: Sygeplejerske, ansvarlig for implementering videokonsultation Gul: Overlæge, ansvarlig for ambulatoriefunktion Blå: Overlæge, nøgleperson og klinisk bygger (én, der laver smarttekst) Grøn: Sygeplejerske, kvalitetsfunktion Patient Interviewer
Interview 2, KGA Bilag 2	Rød: Afdelingslæge Gul: Overlæge, fagområdeansvarlig Blå: Overlæge, uddannelsesansvarlig Grøn: Overlæge, fagområdeansvarlig Patient Interviewer
Interview 3, feedback Bilag 3	Hvid: Sygeplejerske fra forbedringsafdelingen, ansvarlig for implementeringsindsatsen på Rigshospitalet Blå: Ledende oversygeplejerske VRR, ansvarlig for VRRs SP implementering Rød: Overlæge KGA, ansvarlig for KGAs implementering og samtidig interviewer + formidler af feedback

Analyse og fortolkning

Oplevelse af kurs, koordinering og commitment

Ved begge interview blev videokonsultationer, beskedfunktion i MinSP og smartphrases drøftet. Ved interviewet i KGK MDT-funktionen og lister, i VRR drøftes endvidere kalenderfunktionen. De drøftede emner fremgår af tabel 3.

Kurs

I VRR er der italesat enighed om, at det er ønskværdigt at indføre videokonsultationer, men mange positive udsagn efterfølges af forklaringer på, hvorfor det måske alligevel ikke er så godt. De to sygeplejersker er også positive omkring smartphrases, mens den ene læge er meget kritisk overfor dette. Yderligere brug af MinSP synes at være noget, man stræber efter, men ikke noget deltagerne selv ser en fordel ved. Sygeplejerskerne i gruppen fortæller, at de promoverer beskedfunktionen, når ledelsen minder dem om det - *"Det er selvfølgelig også fordi vi får lidt inspiration oppe fra, fra ledelsen. Der siger nu må I gerne gå ud og reklamere og det giver god mening og så videre. Og så er vi lidt mere ude i skoene for at få dem aktiveret i minSP også"* men *"Det går sådan lidt op og ned, så er vi på og så reklamerer vi meget og så går det lidt i glemmebogen igen."* Så der er en accept af kursen mod mere brug af MinSP, men relateret til en ledelsesforståelse, hvor det er "ledelsens" ansvar at minde om kursen, ikke sygeplejerskens ansvar at være motiveret af den.

Det forbedrede overblik, som SP har givet via kalenderfunktionen, blev rost, og den deltagende nøgleperson fortalte om nye tiltag for at få data til at ende i de rette felter. Så der opleves nogle fordele ved struktureret data og ved datagenbrug. En læge fra VRR havde lært sig 10-finger system og klarede på den måde at dokumentere og samtidig have øjenkontakt. Hun så ingen kobling mellem på den ene side at være glad for det forbedrede overblik i kalenderfunktionen og på den anden side ikke at vægte det mulige overblik, indtastning af systematiske data kunne give. Den deltagende patient havde oplevet MinSP som forvirrende og var grundlæggende kritisk overfor anvendelsen.

I KGA opleves SP og MinSP som en mulighed for at effektivisere arbejdsgange, at kunne leve op til GDPR og krav fra Sundhedsstyrelsen og for at inddrage patienterne. Der er kursmæssig tilslutning

Tabel 3. Funktioner drøftet positivt og negativt i interview 1+2

Klinisk Genetisk Afdeling	Videnscenter for ryg sygdomme og reumatologi
<p>Kurs</p> <p><u>Positivt</u> Beskeder*3 Video*3 MDT*2 Smartphrases *3 Søgefunktionen*2 Lister*4 Ex. "Netop det, at man bare kan skrive: "Jeg har dit svar, kan du lige ringe mig op " og så kan vi aftale hvornår det kan lade sig gøre. Det synes jeg er meget smart." "Det fungerede rigtig godt, fordi hun ikke havde mulighed for at være der. Og jeg syntes også, altså, vi har jo patienter fra Bornholm og Færøerne hvor det kunne være rigtig godt."</p> <p><u>Negativt</u> Beskeder Spørgeskemaer Video Ex: " men der fungerede det bare ikke særlig godt, fordi de skulle være patient og mor og boinstitution og så mistede man ligesom modet og tænkte telefon er lige så godt. Så skal jeg ikke spekulere på at videoen ikke fungerer og det ene og det andet. Telefonopkald, der går tingene igennem."</p>	<p><u>Positivt</u> Kalender Video*2 MinSP Smartphrases "Der syntes jeg faktisk, det fungerer rigtig fint at give svar over video, også fordi man kan se, hvordan patienten reagerer på det man siger til dem"</p> <p><u>Negativt</u> Video*3 Beskeder Smartphrases*3 Ex: "Vi har ikke så mange patienter, der egner sig til det" "Det går sådan lidt op og ned, så er vi på og så reklamerer vi meget og så går det lidt i glemmebogen igen"</p>
<p>Koordinering</p> <p><u>Positivt</u> Beskeder*2 Smartphrases Ex."Så det er rigtig fint, at der ligesom er en struktur, hvor der bliver meldt ud, at nu er det dem, der de gældende, og dem, som vi bruger"</p> <p><u>Negativt</u> Beskeder*3 Spørgeskemaer Video*2 MDT Smartphrases*2 Søgefunktionen Ex "Jeg aner ikke, hvordan man gør. Jeg synes bare, det så smart ud. Den bruger jeg ikke." " Det der bremser mig det er, at jeg ikke er superteknisk. Der er ikke nogen, der står ved siden af mig, og det er noget med, at jeg vist bare skulle skrive til sekretæren."</p>	<p><u>Positivt</u> Video Beskeder Kalender*2 Smartphrases Ex." Jamen altså, det var fordi at der var kommet en der var kommet en forespørgsel til mig. Og så svarede jeg tilbage, så jeg tænkte egentlig ikke så meget over det"</p> <p><u>Negativt</u> Video Video Ex: "Det drøfter vi jo løbende, at vi også skal til at starte op men egentlig er det lægerne, der skal lave det første skridt"</p>
<p>Commitment</p> <p><u>Positivt</u> Video MDT*2 Ex: " men der syntes jeg jo lidt det var besværligt, for der gjorde vi jo ikke, som vi plejede at gøre, vi er jo ikke altid så omstillingsparate, som vi burde være. Men altså helt klart jeg syntes det er så fedt nu."</p> <p><u>Negativt</u> Beskeder Video Smartphrases*2 SP Ex:" Jeg synes selve ideen er meget god, men jeg ender altid med bare at sidde og skrive mine notater og mine ting fra start til slut. Uden at bruge smartphrases. Og grunden til det ender der, det er jo nok fordi det tager tid at lave dem. Det har jeg bare ikke prioriteret Måske er problemet ikke så stort, så jeg lever fint, som jeg gør?"</p>	<p><u>Positivt</u> Kalender Ex: " Så jeg bruger nogle gange noget af min konsultationstid på at orientere om hvornår de har aftaler på andre afdelinger. Og jeg er sikker på at det betyder, at der er færre udeblivelser, fordi nogle gange så kan de ikke, altså jeg tror ikke at patienterne gør det med forsæt, men de har simpelthen svært ved at navigere rundt i de der forskellige systemer."</p> <p><u>Negativt</u> Kalender</p>

til at arbejde med yderligere ibrugtagning af alle de diskuterede facetter, og SP opleves generelt som noget, der kan bruges til at få sparsom tid til bedre at slå til. Der er dog forbehold for, om løsningerne rent faktisk virker. Spørgeskema og videokonsultationer blev bragt op, som noget man har oplevet tekniske udfordringer med. Patientinddragelse via MinSP opleves generelt som en positiv mulighed, men med noget ambivalens, da patient-responsivitet til tider anses i et modsætningsforhold til effektive arbejdsgange og det at skulle spare på tiden.

Koordinering

Gruppen fra VRR er overordnet set positive over for videokonsultationer, men har mange forklaringer på, hvorfor de ikke er gået i gang, og hvorfor det ikke lige er dem, der skal gå i gang. Deltagerne punkterer dog i samtalen hinandens forklaringer, f.eks da én siger: *"Jeg tror bare der går et par år før man er helt klar til at udbrede det, er jeg bange for. De skulle jo i virkeligheden køre via mobilen på smartphonen og så skal alle folk have en smartphone også de ældre"*, siger de øvrige: *"Det har de faktisk allerede. Det er ikke dem der er problemet."* Omkring videokonsultationer bliver det i samtalen tydeligt, at alle venter på nogen andre, ingen med rigtig god grund.

I KGA udtrykkes usikkerhed og manglende viden om, hvordan man gør, som årsag til ikke at have taget funktioner yderligere i brug på alle de drøftede områder. Deltagerne giver udtryk for en ledelsesoverbevisning af, at det er dem selv, der skal opsøge dette, men taler samtidig positivt om initiativer, de har hørt om fra andre steder, hvor koordinationen har været mere tydelig.

I forlængelse af denne ledelsesoverbevisning forklares succesrig ibrugtagning hos læger fra begge klinikker med eget initiativ - om end måske lidt tilfældigt - og at de af sig selv prøvede sig lidt frem. *"Jamen altså, det var fordi at der var kommet en der var kommet en forespørgsel til mig. Og så svarede jeg tilbage"*, og *"det er noget med, at man snakker lidt med kollegaerne, når der er et eller andet, hvor man tænker at det her det må det system da kunne, og så prøver man at sparre lidt med hinanden omkring, hvordan man så gør det."* De kolleger, som er nøglepersoner, er mere hyppige sparringspartnere end andre, og det er en hjælp at arbejde tæt sammen med nogen, der enten kan noget andet eller noget mere end en selv. Så trods ledelsesoverbevisningen om, at man skal klare sig selv, er der stor påskønnelse af det arbejde, der er foregået via nøglepersoner.

Commitment

Der er enkelte udsagn i interviewene, som handler om commitment, men overordnet set er den anvendte interviewform ikke så velegnet til at belyse commitment, som nok bedre iagttages i handling. En læge fra VRR fortalte om, hvordan hun har lært ti-fingersystem, for ikke at blive forsinket af SP, og om hvordan hun bruger konsultationstid på at gennemgå med patienterne, hvad de i øvrigt har af aftaler. Disse (refererede) handlinger udtrykker et stort commitment til at få SP til at virke, så patienterne bliver godt behandlet.

I overensstemmelse med deres ledelsesoverbevisning om, at de selv skal finde ud af nye måder at gøre tingene på, er der iblandt lægerne fra KGA en del udsagn, der handler om, hvorvidt de har brugt tid på at lære nye ting, eller om de ikke har fået prioriteret det. Det, at være bevidst om at man bør prioritere området, er jo en form for commitment, men det kan sådan set også ses som det modsatte, idet de i mange tilfælde ikke har fået det gjort.

Ud fra DAC kan det ses, at kursen på området er accepteret, men der er en mangel på koordination og commitment.

Ledelseskulturen i begge afdelinger mht koordination af videre implementering af SP synes at være uden forventning til den formelle ledelse, men med en opfattelse af, at dette er noget, den enkelte læge skal producere ved sparring med sine kolleger.

I begge afdelinger har der været en del koordination med systematisk undervisning, mail-instruktioner og fælles møder omkring ibrugtagningen. Disse nævnes stort set ikke som årsag til nye handlinger.

Der fremhæves også positive ting ved, at ikke alt er koordineret. En sygeplejerske fra VRR siger: *"Det der med, at man bruger sådan en ting som kalenderen forskelligt det synes jeg faktisk er en fordel, at man kan tilpasse den til den enkelte afdeling, og hvilken i hvilken funktion den skal have der. At man så kan lære af hinanden hen ad vejen det er jo rigtig godt."*

Meningsskabelse i interview 1 + 2

De syv elementer af meningsskabelse

I interview 1 og 2 kan der findes eksempler på Weicks syv elementer af meningsskabelse. Den hyppigst anvendte er et fleksibelt forhold til identitet, hvor skift mellem forskellige identifikationer kan mediere tilsyneladende modstridende synspunkter. Meningsskabelse med udgangspunkt i identifikation med en rolle behandles derfor separat.

Sygeplejerskerne, som er fra VRR, refererer hyppigt til den sociale proces: [om hvorfor, deltageren siger, video er godt] *"Jamen det er noget jeg har hørt fra nogen. Jeg har ikke prøvet det men vi har drøftet rigtig meget at det skal være de rigtige konsultationer"*. Men også lægerne fra KGA refererer til fælles forståelse: [om lister] *"Vi synes jo nok alle sammen et eller andet sted det var en smart måde at holde styr på patienterne fra gang til gang."* Da interviewsituationen i sin natur er retrospektiv, var det vanskeligt at skelne mellem retrospektiv meningsskabelse og meningsskabelse baseret på kastedhed og afbrydelse. Meningsskabelsen foregår nok retrospektivt, når en medarbejder fra VRR forklarer, hvorfor der ikke har været afholdt videokonsultationer, selvom patienterne har efterspurgt det, så de ikke behøvede at komme på hospitalet. Her rationaliserer lægen sig frem til, at telefon nok i den givne situation var lige så godt.

Selve opstarten af SP var en stor disruption for alle involverede og gav anledning til et følelsesmæssigt respons, som der stadig tolkes og omfortolkes på. I VRR er følelsen af, at det var en spareøvelse, og at lægerne pludselig skulle lave alt, fortsat til stede, og et narrativ, der inddrages i forklaringen ved andre forandringer. *"Der er ingen tvivl om, at det her har skubbet en masse opgaver over på lægerne i starten. Både ordinationer og skrivning – det var ikke nogen god idé."* Nye forandringer og afbrydelser, der involverer SP, kan føles som det samme, og "rekonstrueres i nutiden som forklaring" (Weick i flg. Hammer og Høpner, p.112). Fra VRR fortælles det, at der tidligere havde været *"ramaskrig over det [videokonsultationer] blandt personalet for det var der mange, der ikke kunne se for sig"*, som kan have været et sådant følelsesmæssigt ekko.

Nedlukningen i marts pga. Corona var en ny voldsom afbrydelse, hvor man måtte handle først og skabe mening bagefter. I KGA, hvor der har været holdt mange telefonkonsultationer også før Corona, fremhæves Corona som årsagen til, at en deltager nu er motiveret for at udskifte telefon

med video: *"nu i de her coronatider som vi har snakket om, så synes jeg at det er noget andet at have patientsamtaler over telefonen, og jeg synes, man mister meget ved det."* Fra VRR fortæller en læge, at *"så var det bare naturligt at sige Jamen, så kan vi lige så godt skubbe på den proces"* omkring video, selvom der tidligere havde været *"ramaskrig"*. Hun fortæller, at det delvist var for at afbøde, at mange kolleger var trætte af telefonkonsultationer og savnede patientkontakt. Dermed bliver videokonsultationsmuligheden, og med den SP, et middel til mere patientkontakt, ikke mindre, da video nu erstatter telefon mens det før erstattede fremmøde. Hvis denne erfaring bliver til ny meningsskabelse, og den nye mening slår rod og forstærkes via sociale processer, vil der i fremtiden være en anden fælles emotionel erfaring, hvor SP og MinSP gav muligheder ved en forstyrrelse og var den del af løsningen. Dette kan igen rekonstrueres som led i forklaringen på meningen med nye forandringer.

Der fortælles om mange frustrerende oplevelser med SP og om dårlige erfaringer med teknik, der ikke fungerer, og utilfredshed med den oprindelige uddannelse som bruger. Direkte adspurgt ønsker deltagerne dog ikke SP skrottet. Der skabes plausibilitet for denne forståelse ved at henvise til afdelingernes særpræg og det store arbejde, der allerede er lagt. Fra VRR siger én: *"Jeg tænker tit vi bruger systemer meget som nogle basic, altså vi har ikke så mange meget avancerede arbejdsgange, som der, kan jeg forstå på nogen inde på Blegdamsvej har været enormt meget koks i tidens løb. Jeg synes egentlig ikke der har været så, altså det har ikke haft så stor betydning for vores hverdag...."* - fra KGA en anden *"Altså jeg syntes det der med at man har brugt mange ressourcer på at implementere et system, at det så skal oppe at vende blandt politikerne, at man skal overveje at rulle det tilbage igen. De skulle bare vide, hvad vi har været igennem"*.

Der skabes i høj grad mening i handling. En lægelig deltager fra VRR bruger ikke længere smartphrases. Af interviewet fremgår det, at hun er en af de få læger i afdelingen, der ikke har modtaget undervisning om dette, men selv forklarer hun det anderledes: *"Jeg gør det faktisk ikke så meget mere [bruger smartphrases], fordi jeg har lært mig at skrive samtidig med at jeg snakker med patienterne."* Hun kobler meningen med en oplevelse, som kan ses som en ledetråd: *"der var en kollega, der havde brugt en Smartfrase, og hvor det bare i den kontekst bare var så tragisk, og det var helt galt, fordi den smartfrase den var ikke tilpasset den situation min kollega stod i. Derfor tænkte jeg nej"*. Ved opstart af patienter i en bestemt behandling bruger hun dog alligevel en smartphrase, da det ellers *"er en lidelse at skrive på den lange historie"*. Den mening, der er skabt

ud fra handlingen at skrive selv, er enacted, plausibel og understøttet af en ledetråd. Men der er en sprække og en undtagelse og dermed formentlig en mulighed for via meningskabende forandringssamtale (Nygaard & Fredslund, 2015, p. 75) at åbne for omfortolkning her.

I KGA er der enighed om, at smartphrases er et fornuftigt værktøj til at spare tid, men det er ikke alle deltagerne, som regelmæssigt laver egne smartphrases. En fortæller, at hun ved hvordan, men når hun når til det trin, hvor de skal gemmes, dropper hun det, for hvad nu hvis de ikke er helt korrekte. Det ikke at gemme fraserne er en form for enactment. Flere deltagere refererer til en anden afdelings forberedelse til SP: *"Ja, altså jeg hørte at Vækst og Reproduktion f.eks. de afsatte en hel dag, de tog en dag ud af kalenderen efter et stykke tid, hvor lægerne satte sig ned sammen. Jeg ved ikke, hvem det var, der hjalp dem, men de satte sig ned og lavede nogle af de smarttexts."*

Det er ikke første gang, denne beretning bringes op i KGA, og den kan anses som en ledetråd for dem, der har skabt mening i, at de ikke selv laver smartphrases, det er jo klart, for de har ikke haft sådan en dag, hvor nogen hjalp dem. Andre i KGA har egne erfaringer med smartphrases og har skabt en anden mening ud fra deres handling, som står i skarp kontrast til forståelsen af, at en smartphrase skal være helt korrekt: *"Alle de smartphrases jeg har lavet det er nogen jeg retter til hver gang. Jeg syntes da også at med så ændrer man mening i forhold til det man har skrevet."*

Meningsskabelse og forståelse af kurs ud fra identitet

I Weicks forståelse skaber vi mening ud fra én af mange mulige identifikationer ("Jeg-er") (Hammer & Høpner, 2019, p. 101). I Trillingaards operationalisering af fælles kurs lægges der vægt på at have en fælles situationsforståelse og enighed om mission og værdier. Ved gennemgang af udsagn fra interview 1 og 2, som handlede om kurs, grupperede kurs-udsagnene sig i forskellige meningsclusters, som jeg har kaldt 1) Patientcentreret, 2) Medicinsk ekspert, 3) Knap ressource og 4) Lovlydig. Når udsagn om kurs sorteres efter Weicks syv elementer i meningskabelse, kan disse clusters forstås som forskellige bud på identifikation, som igen medfører et bestemt fokus og en bestemt meningskabelse. Med udgangspunkt i en identifikation med rollen som en knap og dyr ressource er det let at få øje på meningen med smartphrases, hvis de ses som noget, der sparer tid, mens smartphrases ikke giver mening fra en identifikation som yder-af-den-ypperste-medicinske-ekspertise. Så ses det som en meningsløs og farlig genvej. I tabel 4 og 5 er kurs-udsagn for de to afdelinger søgt grupperet i de fire fremherskende identifikationer.

Tabel 4. Meningsskabelse og identitet VRR

Patientcentreret	"Så jeg bruger nogle gange noget af min konsultationstid på at orientere om hvornår de har aftaler på [...]patienterne...[] har simpelthen svært ved at navigere rundt i de der forskellige systemer."
Patient tilstede	"Der er nogle gange nogen, der undrer sig lidt over nogle blodprøver, eller hvorfor de egentlig er blevet afsluttet. Der synes jeg egentlig, det er meget rart at kunne skrive til dem i den"
Uden patient	"Jeg gør det faktisk ikke så meget mere, fordi jeg har lært mig at skrive samtidig med at jeg snakker med patienterne... Jeg kan sagtens blive bevare øjenkontakten samtidig."
Medicinsk ekspert	[om video] . "Vi har ikke så mange patienter, der egner sig til det,"
Patient tilstede	[mod smartphrase] "Men jeg tænker, at for mig betyder det mere at lave en ordentlig vurdering af patienten og bruge noget krudt på at vurdere skanningsresultater og blodprøver og komme med en sandsynlig vurdering af, hvad det er, der egentlig er på spil her og nu for patienten"
Uden patient	[mod smartphrase] "Men jeg tænker, at for mig betyder det mere at lave en ordentlig vurdering af patienten og bruge noget krudt på at vurdere skanningsresultater og blodprøver og komme med en sandsynlig vurdering af, hvad det er, der egentlig er på spil her og nu for patienten"
Knap ressource	"Altså man kan sige "besked til patient", har jeg brugt en del. Det er egentlig meget praktisk, synes jeg, til at svare på sådan nogle patienthenvendelser om et eller andet."
Patient tilstede	Om besked:" Ja arbejdsgangen var en lille smule nemmere." "telefonkonsultationerne på nuværende tidspunkt var lidt nemmere, for der tog man bare lige telefonen og ringede op, hvor det andet skal planlægges og så videre og patienten skal sidde klar ved computeren osv. Så lidt udfordringer med teknikken på nuværende tidspunkt."
Uden patient	"Jeg bruger Blå's smartphrase til opstart af patienter i biologisk behandling fordi det er en lidelse at skrive på den lange historie ellers." "Og man kan faktisk godt lave nogle opgaveglidninger til sekretærerne på bestillinger af blodprøver og røntgenundersøgelse osv. Så på en måde, er der faktisk mulighed for at man laver noget mere opgaveglidning." "Hvis det er man bruger sine smartsets korrekt så er ordinationerne jo ret lette at lave langt henad vejen. Man bruger ikke meget tid på at klikke den af. Og hvis man bruger sine smartphrases/tekst, og så kan man jo også lave en journal hurtigere end man kunne diktere på talegenkendelse eller sekretærerne skulle skrive det osv." "Det virker paradoksalt, at man sætter den dyreste ressourcer på et hospital til at lave HK- opgaver, hvis jeg nu skal være lidt skrap. Det virker ikke som nogen intelligent beslutning"
Lovlydig	"ja man skal jo vide at de kigger på minSP, .. Sådan rent formelt fordi eboksen er jo ligesom det juridiske, man siger det er der man sender beskederne, og så kan man forvente, at patienten læser det ... hvad hvis de ikke går ind på minSP, så er det måske mig der har et problem – men hvis det er skrevet på eboks så ved jeg det er patienten der har et problem hvis ikke de reagerer på det der står"
Patient til stede	"ja man skal jo vide at de kigger på minSP, .. Sådan rent formelt fordi eboksen er jo ligesom det juridiske, man siger det er der man sender beskederne, og så kan man forvente, at patienten læser det ... hvad hvis de ikke går ind på minSP, så er det måske mig der har et problem – men hvis det er skrevet på eboks så ved jeg det er patienten der har et problem hvis ikke de reagerer på det der står"
Uden patient	"Det er jo også en måde at sikre sig, at man leverer den dokumentation, som styrelsen for patientsikkerhed kræver. Specielt i forbindelse med medicinudlevering. Så når man har givet patienten sine informationer så sikrer man selv har skrevet det i journalen som rent faktisk skal stå der ifølge styrelsen for patientsikkerhed." "Jeg vil sige, at det der med at sidde med en potentiel klagesag, hvor der står at en mandlig patient ikke er gravid, så er man helt klædt af"

Tabel 5. Meningsskabelse og identitet KGK

Patientcentreret	"Det der med, at man kan kommunikere direkte, og patienten kan selv vælge, hvornår at de læser det."
Patient tilstede	"hvis jeg kan se, de kommer langvejs fra, så kunne man i hvert fald give dem som tilbud" "Bornholm og Færøerne hvor det kunne være rigtig godt. Grønland måske. Hvis man kan få teknikken til at fungere"
Uden patient	
Medicinsk ekspert	"Og så har jeg også tænkt det der med at vi i gamle dage i genetisk regi var sådan lidt mere med, at patienterne ikke bare måtte få et svar, uden at der var nogen tovholder på og det fungerer ret godt, så det kan jo svare tilbage ret hurtigt, og man har styr på, at de har modtaget det udsendte og om der er noget overvældende."
Patient tilstede	"nu i de her coronatider som vi har snakket om, så synes jeg at det er noget andet at have patientsamtaler over telefonen, og jeg synes, man mister meget ved det".
Uden patient	"Men, kan man sige, vi bruger jo de her speciale kommentarer, hvor der bliver lagt planer, så de læger og vejledere, der overtager sager, ligesom kan se, hvad det er vi er kommet frem til. Og jeg synes simpelthen det er et rigtig godt værktøj."
Knap ressource	"og så kan jeg kan læse det i stedet for en telefonsvarer frem og tilbage og tider, hvor man ikke lige kan snakke og så må ringe tilbage efter 5 minutter,"
Patient tilstede	"Den måde jeg så har løst på det det er jo så, der hvor jeg har haft telefonsamtalen, og det har jo så været i forbindelse med at der har været helt lukket ned mere eller mindre, her ved Covid-19 så har haft opfølgende samtaler med dem. Men det kunne måske være undgået"
Uden patient	"Men, kan man sige, vi bruger jo de her speciale kommentarer, hvor der bliver lagt planer, så de læger og vejledere, der overtager sager, ligesom kan se, hvad det er vi er kommet frem til. Og jeg synes simpelthen det er et rigtig godt værktøj". "Men er det absolut noget, jeg tror på kunne være enormt tidsbesparende, hvis jeg havde nogle flere. Specielt fordi det er den samme type rådgivninger jeg har, så kunne jeg jo godt lave mig det." / "Hvorfor jeg bruger dem? Jamen det sparer jo meget tid, fordi mange ting kommer ind automatisk. Der kommer ind hvad man har ordineret og så kommer diagnosen, og ens underskrift eller navn osv. og de forskellige overskrifter og på de nye så kommer familienummeret også ind." / "At strukturen for notater er den samme hver gang, det sparer jo noget tid." "Faktisk rigtig meget i forhold til min egen arbejdstid. Det er mig meget bevidst, at det skal være noget, som ikke besværliggør det, jeg gør i forvejen. Så er jeg fuldstændig negativ, og det er jo nok også det SP har været berygtet for ikke. Men de ting, hvor man kan se, at det her, det er jo faktisk en hjælp."
Lovlydig	"I gamle dage gjorde vi det jo per mail. Det må man overhovedet ikke nu."
Patient til stede	
Uden patient	"Men jeg har opfattelsen af, at den om fredagen er lidt mere korrekt end de der lister vi bruger i de andre MDT'er. Det tror jeg" "Jeg styrer faktisk alle mine sager via de lister og flytter dem fra det ene sted til det andet ...[] så jeg har styr på, hvad jeg mangler svare og alt muligt. Så det synes jeg, det har afløst, alle de forbudte excellark i virkeligheden" "Og når man så ligesom får en ny patient med den samme ting, så har man jo så muligheden for at gå tilbage og se, hvad var det man sagde og gjorde. Det er sådan noget jeg synes er lovligt. Jeg må gerne, og det fungerer bare fantastisk"

Opdelingen i patientcentreret og medicinsk ekspert konstruerer en dikotomi, hvor medicinsk kvalitet i princippet kan eksistere uafhængigt af patientoplevelsen. Denne opdeling er valgt af analytiske årsager og må ikke opfattes som et normativt indspark, selvom den gentages også i de følgende afsnit. Kvalitetsforståelsen i sundhedssektoren er under udvikling, og for mange læger og sygeplejersker er medicinsk ekspertise og patientoplevelse integrerede. Derfor er der også flere udsagn, som med lige ret kunne placeres i cluster 1) og 2) . Alligevel er det påfaldende, at der ikke er udsagn, som entydigt peger på en opfattelse af, at SP kan bidrage til en bedre medicinsk kvalitet i snæver forstand. Der er til gengæld en del, der peger på, at MinSP og videomuligheden kan bedre kommunikationen, og, særligt i KGA, en forståelse af kommunikationen som en del af den medicinske kvalitet. Både i interviewet med VRR og det med KGA argumenteres der mere ud fra en identifikation som patientcentreret og medicinsk ekspert, mens der er en patient til stede ved interviewet, og mere ud fra defensive identifikationer - som én, der ikke skal have for meget arbejde, eller én, som skal have argumenter mod en klage eller et besøg fra datatilsynet, når der ikke er patient til stede.

Lægerne i VRR er bekymrede for, om de kan få kritik eller klager ved at bruge SP og MinSP for meget eller forkert, mens lægerne i KGA er blevet motiveret for at tage listefunktionen i brug i SP ved en opfattelse af tidligere praksis med samlinger af patientlabels eller cpr-numre i Excel-ark som forbudt. I KGA medfører dette en defensiv motivation til implementering af SP funderet i identifikationen som lovlydig: *"Jeg styrer faktisk alle mine sager via de lister og flytter dem fra det ene sted til det andet ...jeg har haft excelark i al den tid, jeg har været her, og styret mine patienter på den måde, så jeg har styr på, hvad jeg mangler svare og alt muligt. Så det synes jeg, det har afløst, alle de forbudte excellark i virkeligheden"*

Ledelsesoverbevisning interview 3

I begge afdelinger har medarbejdernes deltagelse i fokusgruppeinterviewet haft afledte effekter. I VRR refereres der til erkendelsen af, at alle ventede på hinanden i forhold til videokonsultationer som en *"Aha-oplevelse"*, og i KGA har der i ugerne efter interviewet været truffet en beslutning om, at alle, nogle udvalgte dage, skulle forsøge videokonsultation.

	KGK	VRR
<p>Kurs</p> <p>Situationsbillede</p> <p>Identifikation af mål</p> <p>Plan/forsimpling – give logik og mening</p>	<p><u>Handling:</u> Tænker budskab har været underprioriteret: <i>"Det budskab skulle vi jo også have været ude med, at det her handler om god medicin."</i></p> <p>Argumenterer imod implementering for implementeringens skyld</p> <p><u>Forståelse:</u> Kurs produceres ved at argumentere og overbevise om det rationelle kollektive mål</p> <p><u>Handling:</u> Taler om at det skal give værdi for patienterne <i>"Jeg har gjort meget ud af i min ledelse af de forskellige processer at snakke om det her med hvorfor, og få nævnt patienten i hver eneste sætning, at vi gør jo det her for"</i></p> <p><u>Forståelse:</u> <i>"jeg har tænkt, jamen når jeg har forklaret hvor godt det er, når alle har indset hvor godt det er, så gør de det jo af sig selv"</i></p>	<p><u>Handling:</u> Oplæg ved klinikledelse ved temadag. Postkort fra 200 medarbejderne til ledelsen</p> <p><u>Forståelse:</u> Ledelsen udstikker kurs men skal være lydhøre overfor med arbejderens input</p> <p><u>Handling:</u> Citere patienterne: <i>"Der siger patienterne også helt klart, at det skal være et supplement til et fremmøde."</i></p> <p><u>Forståelse:</u> Vi skal vælge målene ud fra patienternes ønske</p> <p><u>Handling:</u> Fremhæver at video er for patientens skyld, ikke for at det er lettere for lægen</p> <p><u>Forståelse:</u> Det er ledelsens opgave at motivere til en mere fælles forståelse af kursen</p>
<p>Enactment, eksperiment</p>	<p><u>Handling:</u> To dage hvor alt blev booket til video</p> <p><u>Ny forståelse:</u> Pres for eksperimenter kan give følgeskab og retning <i>"Altså nogen af dem som fik prøvet det, de sidder nu og siger: hvorfor vil du ikke det, og det kan du da ikke, det må vi da bare gøre"</i></p>	<p><u>Handling:</u> <i>"Så det er sådan en aha-oplevelse, når ja okay vi venter på lægerne, men hvad er det egentlig vi venter på? Så den har vi taget til os ja"</i></p> <p><u>Forståelse:</u> Vigtigt at få folk i gang så de ikke undslår sig</p>
<p>Koordination</p> <p>Mødestruktur</p> <p>Roller og klarhed</p> <p>Ledelses-kommunikation</p>	<p><u>Handling:</u> Har gjort det frivilligt at tage nye ting i brug</p> <p><u>Forståelse:</u> Koordination giver modstand</p> <p><u>Handling:</u> <i>"Men det har nok fået mig til at lave for lidt af den slags i afdelingen, altså det er jeg blevet opmærksom på i det her"</i></p> <p><u>Ny forståelse:</u> Når fælles kurs er etableret, er koordination godt</p>	<p><u>Handling:</u> <i>"Det har fået lov til at spire nede fra"</i></p> <p><u>Forståelse:</u> Den formelle ledelse har et valg - det er et muligt at sige nej til at bestemme for at motivere</p> <p><u>Ny forståelse:</u> <i>"Fordi det er spørgsmålet om det ikke er det der skal til? At der er en der tør tage teten og sige, det gør vi altså, og det skal I. Det er det der med, at man går som katten om den varme grød og ikke tør at sige, nu synes jeg vi springer ud det."</i></p>
<p>Commitment</p> <p>Succes for den enkelte</p> <p>Åben dialog-Differentieret deltagelse</p>	<p><u>Handling:</u> Argumenterer for at "god medicin" kommer af struktureret data, men <i>"Altså diagnoselisten den skal være god for at kunne bruges til noget, og når den ikke kan bruges til noget, så gider vi ikke lave den god."</i></p> <p><u>Forståelse:</u> Det er nødvendigt at man tager en for holdet, Lederen skal synliggøre gevinsten for den enkelte.</p>	<p><u>Handling:</u> Fik "fanget kirurger" da video pludselig kunne give mening pga Corona</p> <p><u>Forståelse:</u> Lederen skal synliggøre gevinsten for den enkelte</p> <p><u>Handling:</u> Leder efter at patienterne beder om video</p> <p><u>Forståelse:</u> Patienter leverer commitment</p>

Tabel 6. Skraverede felter angiver eksempler på ændrede ledelsesoverbevisning som følge af interview 1 +2

I KGA valgte man efter interview 2 at pålægge alle læger at tilbyde videokonsultationer. Da enkelte læger i afdelingen ønskede at undslå sig for at deltage, tog nogle af deltagerne i interview 2 ordet, og argumenteret for, at det er urimeligt ikke at tilbyde videokonsultation, hvis patienten efterspørger det. Det kan forstås, som at fokusgruppen har været i en situation, hvor de bevidnet og frivilligt havde markeret en positiv holdning, en enactment, som så har været bidragende til efterfølgende retrospektiv meningskabelse (Hammer & Høpner, 2019, p. 142).

Deltagerne i interview 3 har fået udfordret deres grundlæggende ledelsesforståelse om, at når der er kurs og mening, vil tingene "spire nede fra" eller ske "af sig selv." I VRR er den ekspliciterede antagelse, at hvis patienterne efterspørger noget, fx videokonsultation, så vil alle være med på det, mens det i KGA er forståelsen, at hvis ledelsen kan formidle meningen med noget, vil forandringen komme. I overensstemmelse med denne forståelse tænker alle tre deltagere, at det, at SP ikke sættes i forbindelse med medicinsk ekspertise, må skyldes, at de "har glemt at være tydelige" om det. I den fælles refleksion udfordrer deltagerne dog hinanden på denne forståelse og deler eksempler på, at den måske ikke er korrekt.

Indflydelse af skribentens rolle i dataindsamlingen

Det er sandsynligt, at der kan være en vis bias i interview 2 og 3 pga. interviewerens rolle(r).

Interview 2 handler om ibrugtagning af SP og MinSP på KGA. Interviewet foretages af skribenten af denne opgave, som også har været implementeringsansvarlig i afdelingen og har en professionel relation til de interviewede. Det er sandsynligt, at dette forhold har haft indflydelse på, hvad der blev sagt ved interviewet. I dette interview var der generelt en positiv stemning omkring yderligere ibrugtagning af SP og MinSP. Om det samme havde været tilfældet med en anden interviewer, kan ikke afgøres på det foreliggende grundlag. I interview 2 nævnes det flere gange, at man "burde" have taget sig tid til at lære nye ting eller "burde" gøre ting anderledes. Det er sandsynligt, at relationen til interviewerens er en medvirkende årsag til disse udsagn.

Der lægges i både interview 1 og 2 meget lidt vægt på organiserede aktiviteter som årsag til implementering. Deltagerne i begge interviews begrundede ibrugtagning af nye funktioner med tilfældigheder og eget initiativ, ikke de organiserede læringsseancer der har været i afdelingerne. I KGA er det interviewerens som har forestået mange af de organiserede seancer. Man kunne forestille sig, at dette kunne lede til over- såvel som underrapportering af initiativernes effekt i

interview, men at det, at det ses i begge interview understøtter, at fundet vedrørende lægers ledelsesoverbevisning er reelt: Lægerne oplever at det er dem selv, der har skabt forandringen og det er dem selv, der er ansvarlige for at få lært det nødvendige.

I interview 3 gives feedback til de implementeringsansvarlige på de to afdelinger. Interviewer og modtager af feedback på vegne af KGA er her samme person. Feedbackens indhold bliver dermed ikke en overraskelse for modtageren, og den spontane reaktion på fundene fra interview 2 ikke tilgængelige for iagttagelse. Modellen med det reflekterende team gør til gengæld, at der kommer nye indsigter frem i løbet af interviewet. Dobbeltfunktionen som interviewer og modtager af feedback har formentlig understøttet udvikling i ledelsesoverbevisninger hos skribenten. Den forudgående indsigt i læringen fra interview 2 i perioden op til interview 3 gør det tillige muligt ved interview 3 at drøfte konsekvenserne af handlinger foretaget af den implementeringsansvarlige i KGA, på baggrund af ændrede ledelsesoverbevisninger katalyseret af analysen af interview 2.

Diskussion

Samspillet mellem ledelsesoverbevisninger hos medarbejdere og implementeringsansvarlige Lægerne har en stærk overbevisning om, at kurs er noget, de selv skaber ud fra deres viden om, hvad der giver mening for patienten og i deres faglige perspektiv. De føler sig ikke forpligtede af politisk opdrag, og der skal ikke foretages forandringer, fordi nogen siger det. Hvis noget skal forandres, skal det være fordi, det giver mening for den professionelle ekspert.

Både læger og sygeplejersker producerer commitment hos sig selv og hinanden i både uformelle situationer og i de rammesatte reflekterende teams. Den kollektive meningskabelse, der foregik i det reflekterende team, ledte til commitment hos den enkelte og fik deltagerne til efterfølgende at bidrage til at skabe ledelseeffekten commitment hos andre kolleger. Ledelsesoverbevisningen her kan forstås, som at commitment er noget, man som sundhedsprofessionel er forpligtet til at skabe for sig selv og sine omgivelser, når det er nødvendigt for en meningsfuld kurs.

Der er begrænset empiri omkring andre faggrupper end læger i interviewene til denne opgave, men det kunne synes, som om ledelsesoverbevisninger er lidt forskellige hos hhv. sygeplejersker og læger mht. koordination. Sygeplejerskerne ser i højere grad ud til at forvente og acceptere at koordination produceres hierarkisk – nogen bestemmer, hvad der skal ske. Læger synes at have den overbevisning, at de selv er forpligtede til at skabe den nødvendig koordination, når de i øvrigt har accepteret kursen. Her er der ikke mange forventninger til ledelseslaget. Til gengæld opfattes det som en byrde at producere koordination, og når den så rent faktisk produceres af den formelt ansvarlige, modtages det med taknemmelighed.

De implementeringsansvarlige lokale ledere fremstår i nærværende undersøgelse tro mod deres faggruppes ledeskultur. Den lægelige implementeringsansvarlige i KGA ser det som sin primære opgave at forklare og fortolke det meningsfulde i forandringen, herunder hvordan digitalisering kommer til at medføre bedre medicinsk behandling. Ledelsesoverbevisningen er, at med det gode argument kan forandringen forenes med den (statiske?) kurs for bedre patientbehandling, som lægerne allerede har. Hun behandler denne kurs og det, at den enkelte læge har ret til at afgøre, om det er et meningsfuldt, som et vilkår, og forventer commitment, hvis kursen er accepteret. Hun arbejder før første interview relativt lidt med koordination og udlever dermed den lægelige

ledelsesoverbevisning om, at det har den enkelte selv ansvar for. Der er overensstemmelse mellem medarbejdernes ledelsesoverbevisninger og den formelle leders overbevisning og dermed høj grad af enighed i opfattelsen af, hvem der har hvilke roller i ledelsesproduktionen. Selvom materialet er sparsomt for sygeplejerskerne, tegner der sig en lignende tendens, hvor den implementeringsansvarlige sygeplejerske i VRR også er tro mod sygeplejerskernes ledelsesforståelse. I denne forståelse er det i højere grad op til den formelle leder at udstikke kursen og op til medarbejderne at (huske at) følge den. Også her er den bedst mulige behandling af patienten målet, men der er mindre fokus på at overbevise medarbejderne om kursen, de forventes i højere grad at acceptere, at den bliver sat. Der er dog fokus på, at også medarbejderne skal opleve, at de forandringer, der laves, er efterspurgt af patienterne, og det antages, at hvis medarbejderne ser det, så vil de være mere motiverede og levere større commitment til kursen. Koordination ses som en vigtig rolle hos den implementeringsansvarlige, og hun arbejder systematisk med at producere denne ledelseffekt.

Fagprofessionelle ledere

I den undersøgte case deler de implementeringsansvarlige i høj grad ledelsesoverbevisning med de fagprofessionelle medarbejdere i forhold til, hvordan forandring skal ledes. Dette ser ud til at være en vigtig baggrund for succes. Ud fra materialet kan man ikke konkludere noget om, hvordan de selv er blevet overbevist om kursen – hvad har bidraget til deres meningsskabelse? Der tegner sig dog et billede af, at dette ledelseslag faktisk er orienterede opad og ser det som sin opgave at oversætte og videreformidle forandringsdagsordner fra højere oppe i den parlamentariske styringskæde. Der er flere eksempler på, at dette er gået godt, f.eks. når det understreges at SP kan hjælpe læger og sygeplejersker med at arbejde mere lovligt og til at tage tidsbesparende funktionaliteter til sig, men der er også eksempler på, at den underliggende dagsorden er blevet fordrejet gennem kæden, og når der ses meget lidt kobling mellem anvendelse af IT og leverancen af medicinsk ekspertise. Digitalisering i den offentlige sektor adskiller sig fra andre forandringsstrategier /reformer ved også at ændre karakteristika ved frontlinjearbejdet. Det er en anden opgave at være bibliotekar i et virtuelt bibliotek end i et fysisk. Og det er en anden opgave at være læge i et digitaliseret system med sektorovergange, databaser og videokonsultationer end det var at passe sine egne patienter, mens ens hustru eller sekretær tog imod patienter og holdt styr på kartotekskortene og kaffen. Fagprofessionelles identitet, meningsskabelse og

jobtilfredshed bliver forandret ved digitaliseringsprocesser (Petракaki et al., 2016, p. 220; Plesner et al., 2018, p. 1184), og ledelsesarbejdet ændrer sig også med den øgede synlighed og transparens (Plesner & Justesen, 2018, p. 113).

Kurs og mening – hierarki i identifikationer?

Trillingsgaards udlægning af udfordringer og vej til succes i forhold til fælles kurs gør opmærksom på, at forsimplinger og pseudoenighed kan skygge for erkendelsen af reelle konflikter eller kursforskelle. Som løsning foreslås det at arbejde i detaljer med de fælles forsimplinger (Trillingsgaard, 2015, p. 97). Lægen, der har lært sig 10-fingersystem kan ses som et eksempel på, hvordan en for forsimplet overordnet fælles kurs kan lede til, at man i virkeligheden trækker i modsat retning af hinanden, selvom man på overfladen arbejder for det samme. Både den læge, der har lært sig 10-fingersystem, og den læge, der arbejder på at uddanne sine kolleger i brug af smartphrases, vil hævde, at de arbejder på at bruge SP på en fornuftig måde, men deres respektive måder at gøre det på faktisk arbejder direkte mod hinanden.

Arbejde med fælles forsimplinger kunne muligvis adressere dette konkrete eksempel, men en erkendelse af flertydigheden og fleksibiliteten i identifikationerne, som man finder det med en Weickiansk vinkel, åbner op for andre indsigter. Medarbejdere og ledere navigerer i interviewene fleksibelt mellem forskellige identifikationer og kan dermed i forskellige situationer finde argumenter for modsatrettede handlinger, afhængig af hvad der tilskrives mening ud fra den aktuelle identifikation.

Når den mening, der skabes ud fra en identifikation, er i konflikt med det naturligt meningsfyldte set med en anden identifikation, ser det ud til, at forholdene afvejes mod hinanden. Der synes at være konsensus om, at identifikationen som medicinsk ekspert kan trumfe i enhver situation:

”Men jeg tænker, at for mig betyder det mere at lave en ordentlig vurdering af patienten og bruge noget krudt på at vurdere skanningsresultater og blodprøver og komme med en sandsynlig vurdering af, hvad det er, der egentlig er på spil her og nu for patienten” (Gul, interview 1). Når der ikke er en patient, der bevidner enactingen, afvejes argumenter fra identifikationen som knap ressource tilsyneladende mod den patientcentrerede identifikation. En læge fra KGA siger om beskedfunktionen: *”Men, jeg oplevede også at det her med at der bliver meget ping pong, sådan at tærsklen til hvad der bliver spurgt om tilbage, kan være meget lav, når det ligesom er minSP og*

det er jo i og for sig rigtig godt, men kan også bare sådan som læge, hvis man har mange kontakter, også være en udfordring, fordi at så er der mange beskeder, man lige pludselig skal forholde sig til" (min understregning) (Gul, interview 2). I sætningen forhandles det patientcentrerede mod forståelsen af lægen som knap ressource, og sidstnævnte tillægges størst vægt.

Ud fra interview 1 og 2 tegner der sig et billede af, at den positive kurs "medicinsk ekspertise" vægtes højest, mens "væk fra" motivationerne om at spare lægens tid og ikke begå fejl, man kan blive kritiseret for, deler andenpladsen. At arbejde patientcentreret er *nice* ikke *need* to have og nederst i hierarkiet. På spørgsmålet "Hvad tænker I om det med, at måske vores politikere for eksempel har en holdning til, at vi burde bruge det?" svarer en læge uden tøven: "Men det er overhovedet ikke min motivationsfaktor. Det er udelukkende tid og bedst muligt for patienterne. Det skal fungere, og det skal være noget jeg kan bruge til noget i forhold til min organisering, og det er noget, jeg kan se gør det bedre for patienterne, men faktisk rigtig meget i forhold til min egen arbejdstid."

Dermed kan Weicks blik tilføje et niveau til Drath/Trillingsgaard. Der skal arbejdes med de fælles forsimplinger for at opnå fælles kurs, fastslår Trillingsgaard. Identifikation har betydning for forsimplinger, tilføjer Weick. Så ved arbejdet med forsimplinger skal man være opmærksom på, om det foregår inden for de vigtigst fremherskende identifikationer. Hvis der er uoverensstemmelser mellem kursen i de forskellige identifikationer bliver den overordnede kurs uforudsigelig. Denne undersøgelse tilføjer endvidere, at man i dette arbejde skal være opmærksom på det hierarki, der kan være mellem identiteterne, som kan gøre det vigtigere med fælles forsimplinger og fælles kurs i nogle identifikationer end andre. Blandt læger er den medicinsk faglige identitet højest i hierarkiet, så hvis kursen her er i modstrid med kursen ved andre identifikationer, er det muligt, at ny sensemaking ikke vil medføre ny produktion af commitment og koordination.

DEG som kontinuerlig underliggende dagsorden

Det valgte design behandler implementeringen af SP og MinSP som en kontinuerlig kulturproces, som er en del af en forandring motiveret i DEG. Anskuet på denne vis er processen stadig i gang og kritikken omkring go-live processen fortsat tilgængelig for retrospektiv rekonstruktion i

forbindelse med ny meningsskabelse. Fra go-live perioden kom en stærk fælles opfattelse af, at det var meningen med SP, at læger skulle lave sekretærarbejde, og at lægers knappe tid ikke tillægges værdi af fortalere for SP. Denne kritik er forankret i en identifikation som knap ressource. Frem til marts 2020 var indførslen af SP nok den største afbrydelse i Weicksk forstand, som de fleste sundhedsprofessionelle havde oplevet. Men oplevelsen af kastethed fra indførslen af SP blev matchet i Covid-19 krisens første måneder. Iflg Weick "rekonstrueres tidligere oplevede begivenheder i nutiden som forklaringer, ikke fordi de ligner hinanden, men fordi de føles som det samme" (Hammer & Høpner, 2019, p. 112). Coronakrisens første måneder frembød mange muligheder for identifikation for sundhedsprofessionelle, men det kan ikke betvivles, at sundhedsvæsenet og sundhedsfaglige som knap ressource var en meget stærk identitet i perioden sammen med følelsen af ikke at slå til, og bekymringen for ikke at have de rette kompetencer. Disse følelser har en parallel til følelserne omkring Go-live med SP. Det kan måske forklare, at Covid19-krisen har muliggjort rekonstruktion af implementeringen af SP og måske har løsnet narrativet og også ad den vej givet nye handlemuligheder.

"Nja – jeg tænker det nok er bedre, og prøve at se hvad man kan gøre for at udnytte lægeressourcerne mere intelligent. Altså jeg tror det er min største anke, det kan man jo sagtens gøre hvis man benytter talegenkendelse. Og man kan faktisk godt lave nogle opgaveglidninger til sekretærerne på bestillinger af blodprøver og røntgenundersøgelse osv. Så på en måde, er der faktisk mulighed for at man laver noget mere opgaveglidning. Det virker paradoksalt, at man sætter de dyreste ressourcer på et hospital til at lave HK- opgaver, hvis jeg nu skal være lidt skrap. Det virker ikke som nogen intelligent beslutning. Slet ikke når vi får en demografi, hvor vi får en 40 procent større befolkning over 65 år her lige om lidt med forventeligt flere kroniske sygdomme. Så bliver vi nødt til at gøre noget andet, for ellers så kan vi simpelthen ikke passe vores patienter ordentligt" (min understregning) (Gul, interview 1). I dette citat ligger en åbning i forhold til den tidligere stærke konsensus om, at det er SP, der tvinger lægerne til at lave sekretærarbejde. Man kan faktisk gøre noget andet? Selvom udtalelsen handler om fortiden, eller om SP generelt, er det måske ikke et tilfælde, at den falder efter første bølge i Covid19-krisen.

Det at anse implementeringen af SP og MinSP som noget igangværende gør det fortsat relevant at arbejde med at understøtte fælles kurs og sensemaking.

Understøttelse af fælles kurs og sensemaking

Casen viser, at vil man arbejde inden for den eksisterende ledelseskultur, er man nødt til at arbejde med at skabe mening. Til gengæld er der en stor ledelseskraft hos medarbejderne særligt i produktion af commitment, når der er skabt mening med kursen. Det at skabe situationer, hvor mening produceres i fællesskab og bevidnes af kolleger, synes at være et stærkt redskab til at øge den lokale produktion af commitment.

Patientdeltagelsen ved den sociale meningsskabelsesproces, gav større fokus på værdiskabelsen for patienten og en performanceforståelse, der var mere inkluderende for andre aspekter end medicinsk kernefaglighed. Interventionen kan ses som et eksempel på differentiering i deltagelse, hvor man mødes med nogen, man ikke plejer at mødes med. Differentieret deltagelse kan være et middel til at få nye vinkler i spil (Hammer & Høpner, 2019, p. 82)

Dette fund kan betyde, at man i arbejdet med strategi og forandringsprocesser, hvor en udvidelse af de fagprofessionelle succesparametre er en del af målsætningen, som det er med DEG tankegangen, med fordel kan lede efter eller skabe situationer, hvor social meningsskabelse og enactment understøttes. Samtidig bør man være opmærksom på, at konteksten appellerer til at vælge en identifikation, som er et godt udgangspunkt at forstå forandringer fra. Det ses endvidere, at identifikationerne befinder sig i et hierarki. Det kan have den praktiske betydning, at en fælles forsimpning opstået i en socialiseringsproces må forventes at have størst betydning for efterfølgende commitment og handling, hvis højt værdsatte identifikationer har været aktiverede i situationen. Dette kan være baggrunden for, at interview 1 og 2 havde effekt på, hvad der blev gjort i den efterfølgende periode: Deltagerne havde i en faglig sammenhæng udtalt sig om, hvordan noget bør være, bevidnet af kolleger og optaget og nedskrevet. Hvis omstændighederne i situationen samtidig appellerer til de gråzoner, som er på vippen til at blive inkluderet i denne identifikation, kan der åbnes for en bredere forståelse af rollen. I casen appellerer patientens tilstedeværelse til inklusion af patientperspektivet i identifikationen som medicinsk ekspert. Det er muligt, at relationen til interviewerens i interview 2 også havde betydning for, hvilken mening der blev skabt i situationen, men det synes ikke, som om dette svækkede effekten af oplevelsen.

Et bevidst design af situationer, der understøtter brugerperspektiv, meningsskabelse som socialproces og bevidnet enactment af nye forståelser, fungerer i denne case som katalysator for

øget ledelsesproduktion blandt de fagprofessionelle. Ved kombinationen af Draths ledelsesproduktionsforståelse og Weicks sensemaking fokus synes dette velforklaret, og som en mulig strategi for andre ledere i lignende situationer.

Konklusion og perspektivering

Ledelse i den offentlige sektor, måske i særlig grad på hospitalerne, kræver navigation mellem ofte konfliktende styringsparadigmer. Mens fagprofessionelle specialister har mangeårige traditioner i Weberiansk bureaukrati og professionel performance definitioner, har der fra politisk side i de sidste årtier været en stærk tiltro til new public management. Kløften mellem de fagprofessionelle og de politiske opdragsgivere er i processen blevet større, og beskyldninger om djøfisering, og en retorisk dikotomi mellem kolde og varme hænder er blevet standard. DEG som paradigme kan måske bidrage til brobygning over den opståede kløft.

Men hvis DEG dagsordenen skal nå fra skrivebordene til sengekanten, skal der produceres kurs, koordination og commitment til implementeringen. Casen belyser, at de ledelsesoverbevisninger der har ligget bag produktionen af kurs, koordinering og commitment i forbindelse med implementeringen af SP og MinSP, primært har været, at kurs skabes af mening. Mening findes primært i identifikationen som medicinsk ekspert. Til gengæld påtager frontlinjearbejderne sig opgaven med at producere koordination og commitment, hvis kursen er oversat og accepteret.

Konsekvensen af disse ledelsesoverbevisninger bliver, at opgaven i ledelseslagene mellem politikere og fagspecialister er at skabe mening og mulighed for identifikation i forandringen for frontlinje-medarbejderne. Dette kan understøttes ved forståelse af, at mening skabes fra forskellige identifikationer, som er ordnet hierarkisk, og erkendelse af, at processen er kontinuerlig. Derved bliver det muligt at arbejde med at skabe situationer, der beforder ny fælles meningskabelse og samtidig bevidning af nye forståelser. Dette kan så bidrage positivt til at få fællesskab, ekspertise og ledelse til at trække i samme retning. De kontinuerlige aspekter i arbejdet gør os også opmærksom på, at kriser og ny kastethed, såsom ankomsten af Covid19, potentielt kan åbne for retrospektiv omfortolkning og ny meningskabelse.

I denne case viste det sig gavnligt at facilitere, at fagprofessionelle ledere fik udfordret deres ledelsesoverbevisninger, og udfordringen medførte udvikling af mere effektive ledelsesoverbevisninger (Drath et al., 2008, p. 650). Det kan ikke på det foreliggende konkluderes, om det vil være sådan i andre fagprofessionelle miljøer, men det kunne være spændende at applicere den udviklede metode i en anden fagprofessionel kontekst for at efterprøve det.

Refleksion over egen ledelsesmæssig udvikling

Læring om styringsparadigmer igennem Master of Public Governance (MPG) uddannelsen har gentagne gange givet mig sprog og forståelse for de konflikter og paradokser, jeg oplever i mit hverdagsliv som leder på et hospital. Det er ikke (kun) mig, der synes det er svært - det er et krydspres!

Mit svendestykke som leder har været implementeringen af SP og MinSP i KGA. Vores afdeling har haft en vellykket implementering, men jeg har oplevet processen som relativt belastende, fordi det fremherskende narrativ har været så konfliktfyldt, og det har følt sig som illoyalt over for lægestanden at være konstruktiv i forhold til implementeringen af SP.

Måske derfor er jeg vældig optaget af, hvordan man sikrer legitimitet og styrbarhed uden at tage motivation og faglig stolthed fra lægelige eksperter, og af, hvordan lægefaglighed og ledelsesfaglighed kan berige hinanden i stedet for at opleves som værende i konflikt.

Det første fag, jeg havde, var "Ledelse af reform og forandring", og det valgte jeg, fordi jeg i umiddelbar forlængelse af undervisningen skulle være ansvarlig for implementeringen af SP i vores afdeling. I 2016 var jeg nyuddannet speciallæge med færre stjerner på skuldrene end de overlæger, som var centrale for den lokale succes, og Weicks tanker som blev præsenteret, gav mig mening i den videre proces. Næste fag var "Ledelse som narrativ praksis", og mit motiv var simpelt: Jeg oplevede narrativet omkring SP som den største enkeltstående forhindring for at komme videre. Klaus Majgaard var et interessant bekendtskab, og hans fokus på autencitet frem for forsøg på præmediteret intervention i narrativer fik mig til at skrive et indlæg til Ugeskrift for Læger om, hvorfor jeg mente, at SP var brugbart (Diness, 2017). I bakspejlet en ret kamikaze-agtig tilgang til mit oplevede problem, men selvom det var barskt at udfordre mit tilhørsforhold i lægegruppen, og der var mange kritiske reaktioner, oplevede jeg en stor tilfredshed ved at stå på mål for min egen oplevelse og få reduceret min kognitive dissonans. "Ledelse af fagprofessionelle og Motivation og styring i den offentlige sektor" satte ord på brudfladerne mellem fagprofession og ledelse og på, hvordan performancekriterier og kvalitetsforståelse er vigtige områder at interessere sig for som meningsgørende leder. Som afsluttende fag har jeg haft "Digitalisering, organisering og ledelse" og "Ledelsesretorik". Det har på fineste vis sluttet ringen i den teoretiske ballast, MPG har givet mig.

Interviewene lavet i forbindelse med denne afhandling har tydeliggjort nogle begrænsninger indeholdt i de ledelsesoverbevisninger, jeg havde udviklet i en proces, hvor jeg startede som forandringsagent uden formel ledelsesret. Den situation håndterede jeg ved at trække på min stærke overbevisning om, at hvis det giver mening, hvis det er det rigtige at gøre, så vil folk nok også gerne gøre det. Da opgaven med implementering af SP skulle løses uden mulighed for at beordre nogen til noget, har jeg ikke gjort det med frivillighed og retrospektivt efterrationaliseret mig frem til, at det var det bedste. Muligheden for at reflektere over egen ledelsespraksis og over interaktion mellem historik, personlighed og ledelsesoverbevisninger i mastermodulet har gjort mig opmærksom på, at mening og kurs ikke gør det alene, der skal også arbejdes med koordinering og commitment. Et sådant arbejde vil endda sandsynligvis blive påskønnet og ikke opfattet som utidig indblanding, som jeg har været bekymret for.

I Drath's forståelse er udvikling af lederskab lig med udvikling af effektive ledelsesoverbevisninger (Drath et al., 2008, p. 650). Parallelt med udarbejdelsen af masteropgaven har jeg fået flere stjerner på skuldrene og har derfor nu – i hvert fald officielt – mulighed for at stille krav om forandring. Det er for tidligt at sige, om dette nye handlerum vil medføre erfaringer, der vil give anledning til yderligere udvikling i mine ledelsesoverbevisninger. Nu vil det vise sig, om jeg er demokratisk ledende, fordi det er min natur og overbevisning, eller om det har været af nød? Sikkert er det, at processen gennem masterforløbet har hjulpet mig til at lande i en ny hybrid identitet, hvor det at være leder er en acceptabel identifikation, selvom jeg stadig er læge. Hierarkiet mellem de to forbliver uafklaret.

Taksigelser

Jeg er i gæld til deltagerne i interviewene, både kolleger og patienter, uden deres tid og tillid havde studiet ikke kunnet gennemføres. Tusind tak! Og undskyld hvis jeg forstod noget forkert og fik jer gjort medskyldige i egne misforståelser.

Tak til Martine Elbrandt for hjælp med transskription, og til Jakob og Hanne for hjælp med stavning og kommaer.

Sparring i processen har jeg fået mange steder fra, ingen nævnt ingen glemt, men taknemmelig er jeg. I denne opgave, som i hele MPG-processen, har den største læring fundet sted i samspil med de velreflekterede og indsigtsfulde mennesker, jeg har det privilegium at være omgivet af.

Litteraturliste

- Andersen, Lotte Bøgh; Greve, Carsten; Klausen, Kurt Klaudi; Torfing, J. (2017). Bureaucrati og professionsstyring som styringsparadigmer. In *Offentlige styringsparadigmer: konkurrence og sameksistens*. (pp. 25–39). Jurist- og Økonomforbundets forlag.
- Andersen, T. (1987). The Reflecting Team: Dialogue and Meta-Dialogue in Clinical Work. *Family Process*.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x>
- Christopher Hood. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*.
- Diness, B. R. (2017). Sundhedsplatformen virker - for mig. *Ugeskrift for Læger*, 1. maj.
- Drath, W. H., McCauley, C. D., Palus, C. J., Van Velsor, E., O'Connor, P. M. G., & McGuire, J. B. (2008). Direction, alignment, commitment: Toward a more integrative ontology of leadership. *Leadership Quarterly*, 19(6), 635–653. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2008.09.003>
- Hammer, S., & Høpner, J. (2019). *Meningsskabelse, organisering og ledelse* (2nd ed.). Samfundslitteratur.
- Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2010). Kvalitative Metoder i Organisations- og Ledelsesstudier. In *Kvalitative Metoder i Organisations- og Ledelsesstudier*.
- Kite, J., & Phongsavan, P. (2017). Insights for conducting real-time focus groups online using a web conferencing service. In *F1000Research*. <https://doi.org/10.12688/f1000research.10427.1>
- Kotter, J. P. (2007). Leading change: Why transformation efforts fail. In *Harvard Business Review*.
https://doi.org/10.1007/978-1-137-16511-4_7
- Margetts, H., & Dunleavy, P. (2013). The second wave of digital-era governance: A quasi-paradigm for government on the Web. *Philosophical Transactions of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, 371(1987). <https://doi.org/10.1098/rsta.2012.0382>
- Noordegraaf, M. (2007). From “Pure” to “Hybrid” professionalism. Present-day professionalism in Ambiguous public Domains. *Administration and Society*, 39(6), 761–785.
<https://doi.org/10.1177/0095399707304434>
- Nygaard, C., & Fredslund, H. (2015). *Forandringsledelse i et narrativt perspektiv af* | Dansk Psykologisk Forlag. Dansk Psykologisk Forlag.
- Petrakaki, D., Klecun, E., & Cornford, T. (2016). Changes in healthcare professional work afforded by

technology: The introduction of a national electronic patient record in an English hospital. *Organization*, 23(2), 206–226. <https://doi.org/10.1177/1350508414545907>

Plesner, U., & Justesen, L. (2018). Merproduktion af målbarhed: Synlighed og nye ledelsesopgaver. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 20(4).

Plesner, U., Justesen, L., & Glerup, C. (2018). The transformation of work in digitized public sector organizations. *Journal of Organizational Change Management*, 31(5), 1176–1190. <https://doi.org/10.1108/JOCM-06-2017-0257>

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform* (3rd ed.). Oxford University Press.

Rigshospitalet. (n.d.). *Rigshospitalet - hele Danmarks højt specialiserede hospital*. Retrieved October 23, 2020, from <https://www.rigshospitalet.dk/>

Sjælland, F. og I.-R. (2016). 2. Tema: Digitalisering af sundhedsvæsenet - Sundhedsplatformen. [https://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2016/Sider/Forskning og innovation/2834-Møde d. 3-10-2016/3059135.aspx](https://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2016/Sider/Forskning%20og%20innovation/2834-Møde%20d.%203-10-2016/3059135.aspx)

Trillingsgaard, A. (2015). *Ledelsesteamet Gentænkt*. Dansk Psykologisk Forlag.