

**Beslutningsprocesser i
Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen**

Morten Knudsen

Nr. 8 - 2004

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

Som arbejdspapirer kan udgives empiriske analyser, teoretisk-empiriske papirer eller rent teoretiske papirer. I serien publiceres fx

- papirer, der præsenteres ved videnskabelige workshops og konferencer,
- teoretisk og metodisk gennemarbejdede Phd-projektoplæg ,
- delanalyser fra projekter (fx rapporter fra pilot- eller delstudier),
- gode specialeafhandlinger (efter bearbejdning og komprimering til ca. 50 s.) der har frembragt viden om sygehusfeltet, som er af bredere interesse.

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

Finn Borum

Professor, centerleder

Beslutningsprocesser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen

Af
Morten Knudsen

Januar 2004

Indholdsfortegnelse

FORORD	5
I. INDLEDNING	6
II. PRÆMISSER FOR ANALYSEN	7
III. DEN CENTRALE BESLUTNINGSMEKANISME – NÅR SANDSYNLIGGØRELSE PRODUCERER USANDSYNLIGHED	9
1. <i>Begrænsninger</i>	10
2. <i>Organisatoriske selv-iagttagelser</i>	15
3. <i>Differentiering</i>	16
4. <i>Selvbeskrivelser</i>	17
5. <i>Forskydninger</i>	18
6. <i>Møder og personliggørelse</i>	20
<i>Sammenfatning</i>	22
IV. DIAGNOSE	24
1. <i>Selvskabt pres for flere beslutninger</i>	24
2) <i>Problemer med at træffe stabile beslutninger</i>	25
3. <i>Beslutninger tager tid</i>	27
V. BEHANDLING?	27
a) <i>Synliggørelse af organisatoriske aktiviteter</i>	28
b) <i>Mere erfaringsnære selvbeskrivelser</i>	29
c) <i>En beslutningspolitik</i>	29
APPENDIKS: FUNKTIONSBÆRENDE ENHEDER – ET EKSEMPEL	31
1) <i>Beslutningens form</i>	32
2. <i>Kompleksitet</i>	34
3. <i>Usikkerhed</i>	34
LITTERATUR	36

Forord

Dette er en redegørelse for nogle af de centrale resultater af et forskningsprojekt om beslutningsprocesser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen fra 1980-2000. Den er skrevet med henblik på ”praktikere”, dvs. ansatte og politikere med tilknytning til det offentlige sundhedsvæsen – ikke mindst med tilknytning til Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. Så selv om der er tale om formidling af forskningsresultater, har jeg tilstræbt en så ligefrem fremstilling som muligt uden de akademiske refleksioner, forbehold og metode- og dataredegørelser, der ellers hører forskning til. Er man interesseret i en grundigere redegørelse, kan jeg henvise til den ph.d.-afhandling, som er forskningsprojektets hovedbidrag.

Jeg beskriver her træk ved Frederiksborg Amt, men det skal bemærkes, at disse træk ikke kun findes i Frederiksborg Amt. Jeg har analyseret Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen som et eksempel på moderniseringen af den offentlige sektor fra 1980 og frem. Der er ingen tvivl om, at man finder mange af de samme træk i andre amter og på andre områder i den offentlige sektor. Denne redegørelse koncentrerer sig dog om, hvordan moderniseringen har sat sig igennem i Frederiksborg Amt Sundhedsvæsen. Det skal endvidere pointeres, at jeg sætter tingene på spidsen. På samme måde som lægen fokuserer mere på patientens lidelser end på de velfungerende sider, på samme måde fokuserer denne redegørelse på problematiske sider ved sundhedsvæsenets måder at træffe beslutninger på.

Redegørelsen er bygget op på følgende måde: Efter indledningen (I) præsenteres kort to centrale præmisser for analysen (II). Dernæst følger et længere afsnit med forskellige variationer af den beslutningsmekanisme, som ifølge denne analyse er central for at forstå udviklingen af og nogle af problemerne i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen (III). Afsnittet ”Diagnose” diskuterer, hvilke problemer den skitserede beslutningsmekanisme rummer (IV). Afslutningsvis drøftes nogle ideer til, hvordan man kan forholde sig til mekanismen (V).

I. Indledning

I efteråret 1999 startede undertegnede på et ph.d.-projekt om i første omgang dannelsen og organiseringen af en funktionsbærende ortopædkirurgisk enhed i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. Mødet med Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen var ganske forvirrende. I starten troede jeg, forvirringen skyldtes, at jeg endnu ikke kendte Sundhedsvæsenet. Men efterhånden gik det op for mig, at det ikke kun var mig, der oplevede væsenet som forvirrende og uigennemskueligt. Jeg fik beretninger om usammenhængende og tilsyneladende uigennemtænkte beslutninger, hemmelige motiver og bagtanker. Og det meget engagerede personale (incl. ledere på forskellige niveauer) kom med vidt forskellige forklaringer på, hvorfor der eksempelvis skulle indføres funktionsbærende enheder. Nogle mente, det var for at bevare Hørsholm Sygehus; nogle mente, det var fordi direktionen ville have mere styr på medarbejderne; nogle mente, det var fordi det var moderne; nogle mente det var for at spare på de akutte funktioner osv. osv. Forvirringen og usikkerheden var stor i et tilsyneladende meget komplekst Sundhedsvæsen hvor skiftende og/eller usammenhængende beslutninger var dagens orden.

Samtidig stod det mig efterhånden klart, at bestræbelserne på at etablere en funktionsbærende ortopædkirurgisk enhed måtte ses i en større sammenhæng. En forudsætning for den funktionsbærende enhed var eksempelvis, at man kunne tænke og planlægge på tværs af de enkelte sygehuse. Det var en forudsætning, at man tænkte Sundhedsvæsenet som en helhed, og ikke som bestående af selvstændige sygehuse. Jeg blev således interesseret i to ting.

Forskningsprojektets organisering og finansiering

Forskningsprojektet blev etableret i 1999 på initiativ af daværende overlæge ved Hillerød Sygehus Jens Ole Jarden (pt. klinikchef på Amager Hospital) og lektor Jørgen Frode Bakka, Handelshøjskolen i København. I forbindelse med forskningsprojektet har der været nedsat en projektgruppe med medlemmer fra Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, Handelshøjskolen i København og Medicinsk Center på Amager Hospital.

Projektet er blevet finansieret af Sundhedsministeriet, Østdansk Forskningsforum, Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen og Institut for Ledelse, Politik og Filosofi ved Handelshøjskolen i København.

Forskningsprojektets gennemførelse har Morten Knudsen stået for. Morten Knudsen er uddannet fra Roskilde Universitetscenter og har i projektperioden været indskrevet som ph.d.-studerende på Institut for Ledelse, Politik og Filosofi ved Handelshøjskolen i København. Han er pt. ansat på Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

For det første blev jeg interesseret i dannelsen af Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen som helhed, dvs. som organisation på tværs af sygehusene. For det andet blev jeg interesseret i, hvordan man kunne forstå den udbredte usikkerhed, forvirringen og problemerne med at træffe og fastholde beslutninger. Som det vil fremgå af denne redegørelse, smeltede de to spørgsmål efterhånden sammen. Det viste sig nemlig, at det netop var dannelsen og reproduktionen af Sundhedsvæsenet som organisation, der skabte forvirringen og usikkerheden.

Forhåbentlig kan nedenstående analyse bidrage til en lidt bedre forståelse af nogle af de organisatoriske dynamikker, der florerer i Amtet. Redegørelsens primære sigte er at komme med et bud på en central mekanisme, som såvel ansatte som politikere er nødt til at forholde sig til, for at modvirke fænomener som usikkerhed, manglende beslutningsevne, forvirring, sammensværgelsesteorier og mistillid.

II. Præmisser for analysen

Inden jeg går i gang med at skildre den centrale beslutnings-mekanisme, jeg har fundet i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, skal jeg kort skitsere to præmisser, der ligger til grund for analysen. Den første præmis er, at beslutninger spiller en central rolle i skabelsen og reproduktionen af Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen (frem over blot "Sundhedsvæsenet" eller "Amtet"). Sundhedsvæsenet består som organisation i høj grad af beslutninger – beslutninger om, hvem der er ansat hvor, hvad der skal laves hvor, hvem der skal bestemme hvad, hvor meget der skal laves osv. I denne redegørelse er Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen derfor defineret som det netværk af beslutninger, der tilskrives Amtet.

Den anden præmis, der ligger til grund for analysen, handler i forlængelse af den første præmis om beslutninger. Og her er antagelsen, at beslutninger er usandsynlige. Det kan lyde kryptisk, men er en dagligdags erfaring. Beslutninger er netop ikke beregninger og derfor er de heller ikke nødvendige. De fleste kan nævne eksempler på beslutninger, der aldrig bliver ført ud i livet – eller som ændres inden de når at få nogen effekt. I kapacitetsplanen fra 1999 fremgår det, at det er besluttet at etablere en funktionsbærende ortopædkirurgisk

Forskningsprojektets hovedbidrag er ph.d-afhandlingen:

Knudsen, Morten (2004): *Beslutningens vaklen. En systemteoretisk analyse af moderniseringen af et amtskommunalt sundhedsvæsen 1980-2000*. Indleveret august 2003 ved Forskerskolen i viden og ledelse, Institut for Ledelse, Politik og Filosofi, Handelshøjskolen i København. Afhandlingen forsvares 20. februar 2004.

Afhandlingen kan købes for ca 270 kr ved henvendelse til Forlaget Samfundslitteratur (tlf. 38153880 eller www.samfundslitteratur.dk). Den kan også downloades fra : www.flos.cbs.dk/publikationer/index.html

enhed. Den blev aldrig etableret – for så vidt var der i realiteten ikke tale om en beslutning i kapacitetsplanen. Beslutninger bliver først til ”rigtige” beslutninger, når de føres ud i livet eller når andre beslutninger knytter an til dem, dvs. benytter dem som information, når de skal træffes. Det usandsynlige ved beslutninger består netop i usandsynligheden for en sådan sammenkædning, en sådan tilslutning. Beslutninger står således hele tiden i fare for at forfalde, dvs. for at følge-beslutninger ikke knytter an til dem. Usandsynligheden ligger i det spørgsmål, som beslutningen rejser: hvorfor knytte an til en beslutning, der også kunne have været anderledes?

Man kender det fra møder. Her foregår der en strøm af kommunikation og beslutninger træffes, men det er først, når referatet besluttet på næste møde, at det afgøres, hvad der så faktisk var beslutninger. Når man vedtager referatet, beslutter man, hvad der var beslutninger. Beslutninger er således ikke med nødvendighed givne. Det er først de efterfølgende beslutninger, som viser, hvad der var beslutninger. Kombinerer vi antagelsen om, at beslutninger spiller en central rolle i dannelsen af Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen som organisation med antagelsen om, at beslutninger er usandsynlige – ja så åbner det for spørgsmålet om, hvordan sandsynligheden øges for at beslutninger knyttes sammen i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. Det er det spørgsmål, som analysen af Amtets beslutningsprocesser har haft som omdrejningspunkt. Og det overraskende resultat er, at det netop er de måder, hvormed Amtet søger at øge sandsynligheden for, at beslutningerne kommer til at hænge sammen, som øger usikkerheden og forvirringen. Når Amtet har svært ved at få truffet nogle mere varige beslutninger, at få skabt en roligere organisation med større opbakning til de beslutninger, der er truffet, så hænger det sammen med de måder, hvormed Amtet søger at øge sandsynligheden for at beslutninger opnår tilslutning. Det lyder paradoksalt, men det er ikke desto mindre en central mekanisme i udviklingen af Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. Og det er den mekanisme, jeg skal give forskellige eksempler på i det følgende afsnit.

Opsamling

Udgangspunktet er altså dels, at beslutninger er vigtige for en organisation som Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, dels at beslutninger er ”usandsynlige”. At de er usandsynlige betyder her, at det ikke er givet som en selvfølge at efterfølgende beslutninger knytter an til en given beslutning således at organisationens mange beslutninger kommer til at hænge sammen.

III. Den centrale beslutningsmekanisme – når sandsynliggørelse producerer usandsynlighed

Hvad man ser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen er, at det er de strategier, der har skullet øge sandsynligheden for beslutningers tilknytning til beslutninger, som på forskellig vis har øget usikkerheden, kompleksiteten, forvirringen og det fænomen, at beslutninger ikke opnår tilslutning. Strategierne skal ikke forstås som nogle meget bevidste strategier, snarere som nogle måder, der efterhånden har dannet sig, nogle måder som beslutningers åbenhed (dvs. manglende nødvendighed) håndteres på.

Jeg skal her gennemgå de vigtigste af disse ”strategier” og vise hvordan de virker, men også vise, hvordan de i form af forskellige ikke-tilsigtede effekter giver bagslag. Jeg skal vise seks sådanne beslutningsstrategier, der alle rummer noget af den samme dobbelthed i sig (om end på forskellig vis) – de skal hjælpe med at få kædet beslutninger sammen samtidig med, at de ikke kan lade være med på en eller anden vis at give problemer netop i forhold til at få beslutningerne til at hænge sammen. De syv beslutningsstrategier er: begrænsning, selviagttagelse, differentiering, selvbeskrivelser, forskydning, personliggørelse/møder.

Disse strategier er forskellige håndteringer af det samme problem: nemlig problemet i at få beslutningerne til at hænge sammen. I det kommende tager jeg dem en ad gangen og stiller dem de samme to spørgsmål: hvordan øger de sandsynligheden for at beslutningerne kommer til at knytte an til hinanden, altså hænge sammen – og hvordan øger de samtidig problemerne med at få beslutningerne til at hænge sammen (og dermed usikkerheden).

Hvad bygger analysen på?

- Analysen bygger på
- En stor mængde skriftligt materiale i form af (udkast til) sundhedsplaner, kapacitetsplaner, strukturforslag, høringsvar, budgetanalyser, regulativer mødereferater m.m.
 - 18 interviews med relevante personer i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen
 - Observationer af omkring 12 møder.
- Analysen er afgrænset til tidsrummet fra omkring 1980, hvor den første samlede amtslige sygehusplan kom, til omkring år 2000.

1. Begrænsninger

Hvordan kan man øge sandsynligheden for at beslutninger hænger sammen og peger i samme retning? Det kan man bl.a. ved at beslutte nogle præmisser, som begrænser spillerummet for beslutninger og derved øger sandsynligheden for, at beslutninger faktisk kommer til at hænge sammen. Når man træffer beslutninger, henviser man ofte im- eller eksplicit til sådanne beslutningspræmisser. Man kan henvise til, at man ifølge ledelsesregulativet har kompetence til at træffe denne beslutning, eller man kan ved beslutninger om besparelser henvise til budgettets beslutninger om, hvor meget man må bruge. Der er således nogle præmisser, som begrænser rummet for mulige beslutninger – og derved øger sandsynligheden for, at de beslutninger, der træffes, faktisk opnår tilslutning.

Et centralt værktøj for en organisation til at etablere sådanne beslutningspræmisser er – beslutninger. Og ser man på Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen træffes der i perioden 1980-2000 stadig flere beslutninger om stadig flere områder. Det er beslutninger, der samtidig fungerer som præmisser for videre beslutninger. Som en anden Münchhausen trækker Amtet sig selv op ved håret. Når der i dag træffes beslutninger, sker det i høj grad med reference til andre af Amtets egne beslutninger. Amtet beslutter i høj grad selv de præmisser, som begrænser spillerummet for dets videre beslutninger.

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen er som organisation betragtet vokset markant siden 1980, hvor Amtets første samlede sygehusplan kom. Før 1980 var der primært de enkelte sygehuse og så et politisk niveau. Men fra omkring 1980 og frem træffes der stadig flere og stadig mere konsekvensrige beslutninger om Amtets organisering, kapacitet og personale. I forhold til *organiseringen* varetages planlægningen i starten af 1980'erne hovedsageligt af ad-hoc-grupper primært med repræsentanter fra sygehuse og lægegrupper. I midten af 1980'erne bliver disse grupper mere permanente i form af nogle faste udvalg. I starten af 1990'erne er der tale om en egentlig ledelsesgruppe, den bliver til en koncernledelse i midten af 1990'erne for så endelig at blive selvstændiggjort som en direktion fra 1997 (jf. Ledelses- og samarbejdsstruktur, vedtaget juni 1997). Samtidig overføres forvaltningerne fra sygehusene til den amtslige sundhedsdirektion ligesom sygehusledelserne skæres fra 3 til 2 mand, der oprettes også et samarbejdsudvalg for hele Sundhedsvæsenet. Ledelses- og samarbejdsstrukturen fra 1997 kan siges at være kulminationen på en række beslutninger, der gradvist har opbygget Amtets evne til at træffe beslutninger om sin egen struktur. Samtidig er det en kulmination, der i betragtelig grad øger hastigheden i Amtets beslutninger om sin egen organisering.

Men der træffes ikke blot flere beslutninger om organisering, der kommer også beslutninger med karakter af *programmer*. Det er programmer i form af planer (sundhedsplaner, kapacitetsplaner, speciallægepraksisplan, psykiatrisk helhedsplan, plan for fysioterapien m.fl.) og politikker (forskningspolitik, ventetidspolitik, seniorpolitik, personalepolitik, rusmiddelpolitik m.fl.). I 1990'erne træffes der stadig flere beslutninger relateret til *personalet*. Det er beslutninger om, hvem der sidder i hvilke udvalg, råd, klinikker, ledelser. Og det er beslutninger, der sigter mod at forme medlemmerne gennem personaleudviklingsprojekter og informationer (eksempelvis gennem et stort personale og organisationsudviklingsprojekt (OPUS), som løb af stablen i slutningen af 1990'erne).

Sammenfattende må man sige, at det er slående, hvordan det amtslige sundhedsvæsen over en 20-årig periode skaber sig selv som organisation i form af en række beslutninger og beslutningspræmisser. Stadigt mere bliver formentlig, noget det amtslige sundhedsvæsen kan træffe beslutninger om, ligesom sundhedsplaner og andre beslutninger i stigende grad kommer til at referere til egne tidligere beslutninger. Det er ikke længere nok at administrere under nogle givne præmisser, Sundhedsvæsenet skal også selv skabe præmisserne. Der kommer således et stadigt tættere netværk af beslutninger, som kan guide yderligere beslutninger og dermed øge sandsynligheden for, at de kommer til at hænge sammen og pege i samme retning.

Dermed skulle man tro, at Amtet i stigende grad stabiliserer sig i et netværk af beslutninger, der lægger stadigt snævrere begrænsninger for mulige beslutninger. Et netværk af beslutninger og beslutningspræmisser som skaber stadigt mere sikre forventninger, en stadigt mere forudsigelig udvikling. Men hvad man ser i Amtet er, at begrænsningerne giver bagslag – så samtidig med at de producerer sikkerhed, kan de ikke lade være med at producere mere usikkerhed, forvirring og åbenhed. De begrænsninger i form af beslutningspræmisser, som netop skulle øge sandsynligheden for beslutningers tilslutning til beslutninger, kommer til også at øge usandsynligheden for at beslutningerne hænger sammen. Jeg skal vise, hvordan det sker. Der er her to centrale mekanismer på spil. Dels skaber beslutningspræmisser usikkerhed, dels forøger de organisationens kompleksitet. Jeg skal tage disse to mekanismer en ad gangen.

Beslutningsområder er usikkerhedsområder

Beslutninger afgør tvivl og skaber sikkerhed, men selve det, at et område åbnes for beslutning giver usikkerhed. Hvad der tidligere blot har været givet som en selvfølge, som et vilkår, bliver noget man skal til at forholde sig til, træffe beslutninger om – hvilket selvfølgelig giver usikkerhed, for

hvad skal man så beslutte? Hvad der tidligere har været givet (som selvfølgelig mål, som lovgivning og som rutiner) bliver i stadig stigende grad åbnet for, at det kunne være anderledes. Det gælder Sundhedsvæsenet som helhed, men det gælder også sygehuse og afdelinger – ja sågar den enkelte medarbejder, som skal til at se sig selv som en strategisk ressource, hvis kompetencer skal udvikles. Altså en masse beslutninger skal træffes uden rigtig klarhed over beslutningernes grundlag, for det grundlag skal man nemlig også selv være med til at beslutte.

Beslutningen i 1998 om at etablere en funktionsbærende ortopædkirurgisk enhed afgjorde tvivl og skabte sikkerhed (tvivlen om, hvorvidt der skulle være én eller flere ortopædkirurgiske afdelinger var afgjort). Det var en beslutning, som fremtidige beslutninger kunne orientere sig efter og bruge som præmis. Men samtidig var det en beslutning som affødte stor usikkerhed. Der var vidt forskellige forklaringer på, hvorfor enheden skulle etableres, hvordan det skulle organiseres, hvor de berørte læger skulle være ansat, hvordan relationen skulle være til eksempelvis Hørsholm Sygehus,¹ om der skulle være lokale ledelser på de enkelte adresser osv. Usikkerheden affødte mange rygter, hvilket blot forøgede usikkerheden.

Når man begynder at træffe beslutninger på et nyt område skaber det således usikkerhed – en usikkerhed, der svares på med flere beslutninger. Lad os tage et andet eksempel. Beslutningen i *Budgetanalyse 96* om at etablere mere arbejdsdeling på tværs af sygehusene (under mottoet ”alt behøver ikke blive lavet alle steder”) førte mange spørgsmål med sig: Hvilke funktioner skulle samles, hvor skulle lægerne komme fra, hvordan skulle det ledes osv. osv. Det var spørgsmål, der førte til beslutninger – som igen førte til flere spørgsmål og flere beslutninger. En beslægtet beslutningsdynamik handler om at Amtet træffer beslutninger, som ikke skal konkretiseres, men snarere mangler forudsætningerne, som derfor må etableres. Igen kan vi tage *Budgetanalyse 96* som eksempel. Beslutningen om at lave arbejdsdeling på tværs af sygehusene og samle funktioner forudsatte en ledelse og en organisation, der kunne organisere og muliggøre en sådan arbejdsdeling. Beslutningen om arbejdsdeling åbnede derfor for spørgsmålet om, hvordan den ledelse skulle se ud. Så selv om beslutninger afgør tvivl, har de det med at åbne for flere spørgsmål, end de lukker for.

¹ Hørsholm Sygehus blev i 1998 hjemsted for Center for Planlagt Kirurgi (CPK), dvs. et center med en række klinikker for planlagte (ikke-akutte) operationer. Fra januar 2000 var der kun elektive (ikke-akutte) behandlinger på Hørsholm Sygehus, som desuden blev gjort til en relativt selvstændig enhed i forhold til resten af det amtslige sundhedsvæsen. Hørsholm Sygehus fik egen bestyrelse (bestyrelsesmedlemmerne var politikere, medarbejdere og folk fra det private erhvervsliv), der ansatte en direktør for sygehuset.

Beslutningspræmisser giver kompleksitet

Beslutningspræmisser begrænser de mulige beslutninger og øger derved sandsynligheden for, at dem der så faktisk træffes opnår tilslutning. Men efterhånden som der kommer flere præmisser, opstår der en ny åbenhed i form af et overskud af beslutningspræmisser. Man må vælge, hvilke begrænsninger man knytter an til. Valget mellem beslutningspræmisser introducerer en ny åbenhed. En åbenhed organisationen kan reagere på med flere beslutninger. Det modsigelsesfulde ved etableringen af beslutningspræmisser er, at de øger organisationens kompleksitet, så det efterhånden bliver usikkert, hvilke af de mange præmisser, man skal knytte an til og lade styre de videre beslutninger.

Et eksempel kan illustrere mekanismen: I forbindelse med etableringen af den funktionsbærende ortopædkirurgiske enhed skulle der i foråret 2000 træffes beslutning om, hvorvidt de elektive funktioner skulle høre under den funktionsbærende enhed eller under Hørsholm. Her pegede nogle af Sundhedsvæsenets beslutningspræmisser på, at de skulle høre under Hørsholm (som jo skulle have noget at råde over), mens andre pegede på, at de skulle høre under den funktionsbærende enhed. Høringssvaret fra de tre ortopædkirurgiske afdelinger argumenterede for, at klinikkerne skulle høre under den funktionsbærende enhed – og høringssvaret henviste i sin begrundelse eksplicit til Sund97, ledelsesregulativer, Direktionens værdigrundlag, vision og mission – dvs. en række af Amtets beslutningspræmisser. Både tilhængere og modstandere af et givent forslag kunne således argumentere ud fra organisationens tidligere beslutninger. Amtets beslutningspræmisser var med andre ord blevet så komplekse, at de beslutningspræmisser, der skulle danne sikre forventninger, efterhånden var blevet så mangfoldige og modsætningsfulde, at de var tvivlsomme som sikkerheds- og forventningsskabere. Jo mere komplekst feltet af beslutninger er, jo større risiko er der for, at de ikke peger i samme retning.

At præmisserne for beslutninger i Amtet efterhånden er blevet så komplekse, at de bidrager til forvirringen og usikkerheden – snarere end at vejlede og guide videre beslutninger – kan også illustreres af at de ”idealer”, der guider beslutninger, efterhånden er blevet ganske modsætningsfulde. Lad mig nævne tre eksempler:

Decentralisering/centralisering. På den ene side rummer udviklingen en centralisering, hvor det amtslige sundhedsvæsen træffer stadigt flere beslutninger om sygehusenes og afdelingernes aktiviteter (ud fra et ideal om at sundhedsvæsenet i Amtet skal fungere som én enhed). På den anden side lægges der op til, at afdelingerne bliver stadigt mere selvstyrende (se fx: *Principper for Økonomistyring på sygehusene i år 2000*). Det ene udelukker i princippet ikke det andet, men samtidigheden

af idealet om decentralisering og så idealet om Sundhedsvæsenet som én enhed skaber usikkerhed. Hvad gælder – skal der centraliseres eller decentraliseres?

Samarbejde/konkurrence. På den ene side tales der fra 1997 for ”det samarbejdende sundhedsvæsen” (Sund97). På den anden side selvstændiggøres Hørsholm Sygehus, ligesom der er stadige forsøg på at skille forskellige funktioner ud fra resten af Sundhedsvæsenet for at muliggøre konkurrence (bl.a. er køkkenfunktionen blevet udskilt, det blev forsøgt at udskille laboratoriefunktionen). Der skal både samarbejdes og konkurreres på en gang. Også over tid har der været skift mellem samarbejde og konkurrence. I 1980’erne skulle der samarbejdes, i starten af 1990’erne skulle der konkurreres og fra midten af 1990’erne skulle der samarbejdes. Fra slutningen af 1990’erne skal der både samarbejdes og konkurreres på samme tid.

Store/små organisatoriske enheder. I forbindelse med etableringen af Hørsholm Sygehus som en relativt selvstændig enhed argumenteres der med de ”fordele små organisationer har ved at medarbejderne fornemmer overskuelighed, fælles mål, indflydelse og ledelsens nærhed.”(Nyt om Sundhedsvæsenet 01-36). Samtidig lyder idealet, at Amtets sygehuse skal drives som én sammenhængende virksomhed – hvilket jo ikke kan siges at være en lille virksomhed.

Opsamling på begrænsninger

Bestræbelserne på ved hjælp af beslutningspræmisser at øge sandsynligheden for, at beslutningerne knytter an til hinanden og således kommer til at hænge sammen – de bestræbelser har som ovenfor skildret givet bagslag. Bagslag jeg har beskrevet med overskrifterne usikkerhed og kompleksitet. Usikkerheden og kompleksiteten har på deres side nogle effekter. En udbredt forklaringsmodel på de forskellige beslutninger og planer er, at ”nogen” har en plan, som blot ikke bliver sagt lige ud. De ansatte i Amtet tilskriver hinanden en mængde skjulte planer og motiver i et forsøg på at se en mening i de mange tiltag og beslutninger. Man kan måske ikke se en tydelig sammenhæng mellem de forskellige tiltag, men man går ud fra, at der da må findes en intenderet masterplan. Sammensværgelsessteorier og forestillinger om skjulte motiver flourerer – og man tilskriver ”nogen” hemmelige planer. Dette gælder på alle niveauer i Sundhedsvæsenet – også ledere tilskriver andre grupper skjulte motiver, når de forsøger at forstå, hvad der foregår.

Vi skal nu gå videre til en anden af Amtets måder at søge at skabe sammenhæng mellem beslutningerne på.

2. Organisatoriske selv-iagttagelser

Samtidig med at Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen træffer stadig flere beslutninger om stadig flere områder, har der i Sundhedsvæsenet (ligesom i resten af den offentlige sektor) i 1990'erne været en markant vækst i, hvad man kunne kalde organisatorisk selviagttagelse, dvs. iagttagelser af aspekter ved organisationen selv. Det handler om forbrugsrapporter, aktivitetsoversigter og -prognoser, sygefraværstatistikker, afspadseringsregnskaber, tilfredshedsundersøgelser, ventetidsopgørelser, servicemåls-opgørelser, evalueringer, bench-markings osv.

De iagttagelser, der påkalder sig størst opmærksomhed, er forbrugs- og aktivitetsoversigter. Forbrugsoversigten måler afstanden mellem, hvad det er besluttet at bruge, og hvad de mange beslutninger (antallet af operationer, ind/udlæggelser, vikarforbrug osv.) har betydet for det faktiske forbrug. Tilsvarende måler aktivitetsoversigten afstanden mellem den besluttede aktivitet og så den aktivitet, der er resultatet af de mange enkelte beslutninger relateret til aktiviteten. De skitserede selviagttagelser kan med andre ord beskrives som den måde, hvorpå organisationen måler tilslutningsgraden af systemets myriader af beslutninger til nogle overordnede beslutningspræmisser. Det er en måde for organisationen at holde øje med, om der er opbakning til dens beslutningspræmisser, altså om de mange enkeltbeslutninger knytter an til præmisserne.

Resultatet af iagttagelsen af afstanden mellem beslutningspræmisserne og de mange enkelte beslutninger er information. Denne information kan så være mere eller mindre detaljeret – og hvad man har set de senere år er, at den er blevet stadig mere detaljeret, den er produceret oftere og den er blevet differentieret i forhold til afdelinger og fra 2002 også i forhold til afsnit i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen.

Den information, som de mange selviagttagelser producerer, muliggør beslutninger, der kan kompensere for afvigelserne fra beslutningspræmisserne (man kan fx beslutte et ansættelsesstop som reaktion på et truende underskud). Selviagttagelserne kan ses som et svar på kompleksiteten, som metode til at muliggøre en tættere sammenbinding af beslutninger og beslutningspræmisser. Men samtidig med at iagttagelserne skal muliggøre en stadig finere kalibrering mellem beslutningspræmisser og faktiske beslutninger, har iagttagelserne en tendens til at stresse organisationen og skabe et pres for flere beslutninger. De mange iagttagelser producerer nemlig mere information, end der kan reageres på (hvordan eksempelvis reagere på information om, at man har produceret for lidt, forbrugt for meget og at personalet i en arbejdsmiljøundersøgelse klager over at arbejdet er for stresset?).

Der kommer i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen jævnligt krisemeldinger om, at budgettet ikke kan holdes, og at der skal spares. I et forsøg på at skabe en meget stabil organisation, hvor de mange forskellige beslutninger hænger snævert sammen, har man skabt en stress-faktor, der skaber et pres for kompenserende beslutninger. Organisationens selviagttagelser skaber information, som der må reageres på – med flere beslutninger. Der skal træffes nye beslutninger for at kompensere for beslutningers eventuelle afvigelse fra nogle beslutningspræmisser. Sundhedsvæsenets selviagttagelser og disse iagttagelsers produktion af information er således en stabiliserende mekanisme, der samtidig destabiliserer med stadigt nye informationer, der presser for stadigt nye beslutninger.

3. Differentiering

Man kan i udviklingen af de organisatoriske selviagttagelser også aflæse et andet svar på problemet med at få de mange forskellige beslutninger til at hænge sammen – nemlig decentralisering eller mere generelt: differentiering.

Jo flere områder for beslutning Sundhedsvæsenet trækker ind, jo mere kompleks bliver organisationen. Organisationens forstørrelse gennem væksten i antallet af beslutninger betyder, at en centraliseret styring af den stigende mængde beslutninger og disses sammenhæng bliver stadigt vanskeligere. For at håndtere den stigende kompleksitet differentieres organisationen i flere beslutningstagere med afgrænsede beslutningsområder. Det handler om etableringen af nye råd og udvalg – og det handler om bestræbelserne på at opgradere afdelingerne.

Udviklingen i budgetterne kan illustrere den skitserede udvikling. I starten af 1990'erne skiftede budgetterne fra hovedsageligt at være opdelt efter hvad der skulle bruges hvor meget på, til at være opdelt efter hvem, der kunne bruge hvor meget. Budgetterne skiftede fra at være opdelt på sygehuse og dernæst på en lang række konti til i stedet at være orienteret mod primært afdelinger og efterhånden også afsnit. Det handler om, at man i stigende grad kan se hvem, der bruger hvor meget, frem for hvad, der bruges hvor meget af. Den økonomiske decentralisering er en måde at ansvarliggøre flere for, at det stigende antal beslutninger kædes sammen. Ansvar for, at de mange små beslutninger kommer til at passe med den store beslutning, uddelegeres til flere.

Det er ikke kun afdelinger, der ansvarliggøres for at få kædet beslutninger sammen. Der kommer i løbet af 1990'erne en række råd, udvalg og teams på tværs af sygehusene (specialeråd, koordinationsudvalg, kirurgiske teams...). Sundhedsvæsenet etablerer dermed en form for arbejdsdeling, så afgrænsede råd/udvalg/afdelinger m.m. bliver ansvarlige for en afgrænset mængde be-

slutninger – så det ikke er ét organ, der skal sørge for at myriaderne af beslutningerne hænger sammen. Sundhedsvæsenet kan ikke styre sig selv, hvis ikke afdelingerne styrer sig selv.

At håndtere den stigende mængde beslutninger og deres sammenhæng ved at differentiere Sundhedsvæsenet i del-organisationer er dog et tveægget sværd. For resultatet er, at organisationen bliver stadig mere kompleks på et strukturelt plan. Det bliver stadig mere komplekst, hvem der har truffet/kan træffe hvilke beslutninger. Det bliver kompliceret, hvilket forhold der er mellem sygehusledelser, afdelingsledelser, direktionen, klinikker, Hørsholm Sygehus osv. Eksempelvis har der hersket usikkerhed i forhold til de specialeråd, der blev nedsat i forbindelse med beslutningen af den ny ledelses- og samarbejdsstruktur i 1997. Hvad var deres kompetencer og funktioner? Kort efter etableringen af specialeråd oprettedes endnu nogle tværgående enheder, nemlig koordinationsudvalg. Koordinationsudvalgene er udvalg med repræsentanter fra eksempelvis de ortopædkirurgiske afdelinger - altså delvist de samme, som sidder i specialerådene. Et andet felt, hvor der har hersket usikkerhed er i forhold til Hørsholm Sygehus. Tager vi her de elektive klinikker som eksempel, så har disse klinikker rummet læger fra de forskellige sygehuse, og bl.a. har der været uklarhed om klinikchefernes formelle ansvar og kompetence. Der har også i perioder været uklarhed om klinikernes relation til Hørsholm sygehus. Her havde Amtet organiseret sig selv så kompliceret, at ingen (mig bekendt) kunne finde ud af det omkring år 2000.

Samlet er pointen, at kompleksiteten i beslutninger håndteres gennem en differentiering af organisationen i mindre beslutningsområder – en differentiering som dog på sin side forøger kompleksiteten på et strukturelt niveau.

4. Selvbeskrivelser

Differentieringen af Sundhedsvæsenet rejser spørgsmålet om, hvordan afdelinger, afsnit, udvalg, råd og andre dele af organisationen kædes sammen til en enhed – hvordan søges idealet om ”det samarbejdende sundhedsvæsen” omsat i praksis samtidig med at Amtet differentieres? Det søger man bl.a. at gøre gennem, hvad man kan kalde selvbeskrivelser, dvs. samlende beskrivelser af væsenet, beskrivelser som skal guide de enkelte afdelingers og afsnits beslutninger, så de kommer til at hænge sammen med hele Sundhedsvæsenet. Selvbeskrivelserne guider fremtidige beslutninger, de skaber fortolkningsmæssige rammer, former beslutningsrummene for de mere decentrale ledelser. Det sker i form af overordnede beskrivelser af hele Sundhedsvæsenet - beskrivelser som man så kan bruge til at orientere enkelt-beslutninger efter. Sundhedsplanerne, som kommer hvert fjerde år, udgør et centralt eksempel på en sådan samlet beskrivelse af hele Frederiksborg Amts Sundhedsvæ-

sen. Men også de forsøg, der var i slutningen af 1990'erne på at formulere nogle samlede værdier, var en bestræbelse på at formulere en form for samlet beskrivelse af hele Amtet – en beslutning som kunne fungere som vejledning for mere konkrete beslutninger. Det seneste eksempel på en sådan selvbeskrivelse er Sundhedsvision Nordsjælland fra maj 2003.

I forhold til Amtets selvbeskrivelser er det dog påfaldende, at disse selvbeskrivelser snarere end at reducere organisationens kompleksitet bidrager til den. Det hænger sammen med, at de ikke får status af fast og samlende beskrivelse på et overordnet niveau. Det gør de bl.a. ikke fordi de planer, som rummer beskrivelserne, ofte ændres inden deres periode er slut – eksempelvis blev sundhedsplanen fra 1997, som skulle gælde til 2001, ændret markant allerede i forbindelse med den nye kapacitetsplan i 1999. Og de værdier man begyndte at fokusere mere på omkring 1997-1998 fik aldrig rigtig nogen betydning for Sundhedsvæsenets beslutninger. Dermed forøger selvbeskrivelserne blot mængden af beslutningspræmisser, i stedet for at blive et overordnet stabilt sted, hvorfra der kan vælges mellem de mange delvist modstridende beslutningspræmisser. Når man som nu forsøger sig med en vision som selvbeskrivelse (Sundhedsvision Nordsjælland) får man måske nok stukket nogle retninger ud, men visionens forskellige modeller kan samtidig ikke undlade at skabe usikkerhed – for hvilken en af modellerne, skal man orientere sig efter?

5. Forskydninger

Ovenfor så vi, hvordan sandsynligheden for at beslutninger knytter an til beslutninger øges med begrænsninger, iagttagelser, differentiering og selvbeskrivelser. Man kan i Amtet også finde andre måder hvormed beslutningernes åbenhed håndteres. En udbredt strategi kan sammenfattes under overskriften ”forskydning”. Med forskydning mener jeg forskellige aktiviteter, som flytter eller ”usynliggør” åbenheden. Nogle eksempler kan illustrere mekanismen.

Fælles for planer og beslutningsforslag i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen er, at de starter med at begrunde sig selv. En central beslutning i 1990'erne var beslutningen i 1997 om en ny ledelses- og samarbejdsstruktur (det var den beslutning, der reducerede sygehusledelserne til to mand, etablerede en direktion og en samlet administration). I det notat, der skildrer et forslag til strukturen, og som blev sendt til høring 11/2 1997 er der opregnet omkring 30 forskellige formål med ændringen. Således er der næppe et område eller en problemstilling, hvor den foreslåede ændring ikke ifølge forslaget vil have en gavnlig effekt. Samtidig er sammenhængen mellem ændringsforslagene og deres mål ikke altid lige klar. I begrundelsen for forslaget om at ændre ledelsesstrukturen hænger mål og midler ofte blot sammen i kraft af, at de simpelthen sættes sammen - og ikke som følge af en

sandsynlig årsags-virkningssammenhæng. Således hedder det eksempelvis, at der skal være en ”smidig administrativ organisation uden bureaukrati”; hvordan det hænger sammen med, at væsentlige dele af administrationen centraliseres, kan umiddelbart være svært at se. Beslutningens åbenhed forskydes til en masse formål, hvis forbindelse til beslutningen ikke er indlysende. Resultatet af de mange begrundelser er paradoksalt nok en stor usikkerhed om, hvorfor beslutningen egentlig skal tages.

Den ikke mindst i 1990’erne meget udbredte brug af høringer er et andet eksempel på forskydning. Her forskydes beslutningens åbenhed ikke til en begrundelse for den, men til hvem, der har taget beslutningen. Når beslutninger sendes til høring (ofte i flere omgange) bliver det efterhånden ganske uklart, hvem der egentlig har taget beslutningen - og hvornår. Beslutningen forskydes fra lokaliserbare beslutningstagere til hele Sundhedsvæsenet.

Et andet eksempel på at beslutningens åbenhed forskydes ser man, når beslutningsforslag efterhånden udtyndes. Det er ikke usædvanligt at beslutninger i Frederiksborg Amt bliver mere uklare jo tættere man kommer markeringen af den endelige beslutning. Da der i 1998-99 skulle besluttes en funktionsbærende ortopædkirurgisk enhed gjorde man det eksempelvis stadig mere uklart, hvordan de lokale ledelser skulle se ud. En måde at få en beslutning igennem på er således at gøre det uklart, hvad det egentlig er en beslutning om. Det er således i realiteten en forskydning af beslutningen til fremtiden.

Altså: I Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen ser man en række forskydningsmekanismer, der rutinemæssigt optræder i forbindelse med beslutninger. Det handler om høringer, som forskyder beslutningen fra lokaliserbare beslutningstagere til ”hele” organisationen. Det handler om begrundelser, som forskyder beslutningens åbenhed til begrundelsen for den - det kan være i form af henvisninger til ydre pres (”den teknologiske eller demografiske udvikling tvinger os til at træffe denne beslutning”) eller i form af målsætninger (”vi skal træffe denne beslutning for at nå disse mål”). Det handler om udtynding af beslutningsforslag, hvorved beslutningen og dens åbenhed forskydes til fremtiden, når beslutningen skal ”realiseres” og det derved skal afgøres, hvad det egentlig var, der blev besluttet.

De forskellige forskydningsmekanismer forskyder nok beslutningens åbenhed, men de er også med til at skabe nogle usikkerheder. Det bliver gennem høringerne usikkert *hvem*, der egentlig har truffet beslutningen; det bliver gennem begrundelserne usikkert, *hvorfor* den egentlig blev truffet (pga. de talrige men ikke altid sammenhængende begrundelser); det bliver gennem udtynding usikkert, *hvad*

beslutningen er en beslutning om; og det bliver både gennem høringerne og gennem udtyndingen af beslutningsforslagene uklart, *hvornår* beslutningen egentlig træffes. Beslutningerne ”opstår” uden at man rigtig ved, hvorfor eller hvornår det egentlig skete. Disse usikkerheder giver afsæt for forskellige sammensværgelsesteoretiske overvejelser. Medlemmer af organisationen kan komme til at opfatte høringerne som pseudohøringer og dermed som manipulation; de mange pæne begrundelser kan opfattes som forsøg på at skjule, hvad der virkelig er formålet med beslutningen og man opfatter de udtyndede beslutningsforslag som dække for den egentlige beslutning. Usikkerheden og mistroen, som følger med forskydningsmekanismerne, reageres der på med nye beslutninger (bl.a. om dialogmøder).

Hvor høringerne skal skabe opbakning, risikerer de reelt at skabe mistro. I resumeet af evalueringen af samarbejdsudvalgenes oplevelse af information og samarbejde, der blev foretaget i 1999, står der bl.a. at ”dominerende er fornemmelsen af ikke at blive hørt, oplevelsen af pressede høringsfrister og store bilagsmaterialer”, der tales også om ”...mange udsagn om manglende gehør oppefra, manglende tilbagemeldinger og en følelse af, at høringssvar ikke får nogen konsekvenser i beslutningsprocessen.”(s.5).

Altså: Det bliver uklart hvem, der har truffet beslutningen, og det bliver uklart, hvornår den er blevet truffet (på hvilket tidspunkt i den lange beslutningsproces er beslutningen blevet truffet?). Og dertil kommer en stigende oplevelse af, at der ikke lyttes til høringssvarene – der kommer mistanke om, at der i virkeligheden er tale om pseudohøringer. I stedet for at skabe tilslutning og opbakning til beslutningerne, risikerer høringerne at skabe mistro og forestillinger om skjulte motiver og manipulation.

6. Møder og personliggørelse

Jeg skal nævne yderligere to måder, hvorpå Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen søger at øge sandsynligheden for at der træffes beslutninger - nemlig personliggørelse og møder. Personliggørelse kan bedst beskrives med et eksempel. I efteråret 1999 var beslutningsprocessen om etableringen af en funktionsbærende ortopædkirurgisk enhed nærmest gået i. Sundhedsvæsenet kunne af mange grunde ikke få besluttet, hvordan enheden skulle organiseres – det handlede ikke mindst om sammensætningen af ledelserne. Samtidig var der besluttet en kapacitetsplan, der indebar mange ændringer i forhold til de tre ortopædkirurgiske afdelinger – bl.a. skulle der flyttes rundt på funktioner, der skulle laves koordinerede vagtplaner med lægerne fra de tre sygehuse, der skulle laves en mere

centraliseret styring af, hvilke læger, der opererede hvilke patienter, journaler og logistik skulle koordineres på tværs af sygehusene.

Det var med andre ord et stort og til dels ganske modvilligt puslespil, man skulle få til at gå op. Der var derfor brug for en beslutningsdygtig ledelse, som kunne få logistikken til at gå i hak og produktionen til at køre. Men det var netop en sådan ledelsesstruktur, det ikke var lykkedes at beslutte. I den situation søgte man at håndtere fraværet af beslutning ved at udnævne to ”organisationsudviklingskonsulenter”. Begge organisationsudviklingskonsulenter agerede i overensstemmelse med forventninger – om end modstridende forventninger. Den ene forstod sig netop som konsulent, mens den anden agerede som leder med ansvar for at få produktionen til at køre. Det skete uden formel opbakning fra en egentlig organisatorisk beslutning, men alligevel med støtteerklæringer fra den lægelige direktør. Men når ”organisationsudviklingskonsulenten” skulle få de ortopædkirurgiske overlæger til at knytte an til sine beslutninger, kunne han ikke få tilslutning ved at referere til beslutningspræmisser om hans særlige status.

Organisationen overlod det således til en medarbejder at skabe tilslutning til beslutninger – men uden at han kunne trække på organisatoriske præmisser i sit organisatoriske arbejde. Han var nødt til at søge tilslutning i kraft af sin personlighed snarere end i kraft af sit organisatoriske mandat. Den beslutnings-lammede organisation søgte at omgå sin egen lammelse ved at trække på nogle medlemmers evne til at træffe beslutninger. Det, der var et organisatorisk problem blev til medarbejdernes problemer, fordi det kom til at handle om det enkelte medlems evne til at skabe tilslutning.

Personliggørelsen er en risikabel strategi, idet den står og falder med personerne og med andre medlemmers lyst til at knytte an til dem. Dertil kommer, at organisationen med personliggørelsen har svært ved at fastholde, hvad den har besluttet - bl.a. pga. medlemsudskiftning. Og i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen har der de senere år været en markant udskiftning af ledende personale. Når personerne forsvinder bliver usikkerheden tilbage. Det er så til gengæld en usikkerhed, der også kan forklares med personliggørelse: Det var ikke den rigtige mand på posten; eller: Lederne er ikke gode nok. Personliggørelse består således også i en tilskrivning af skyld, når beslutninger mislykkes og tingene går skævt.

Ved personliggørelsen håndteres problemerne med at få truffet beslutninger ved at overlade det til personer at træffe beslutninger og opnå tilslutning. En tilsvarende strategi ser man i forbindelse med møder. Møder har givetvis mange funktioner, men når der skal træffes nye beslutninger i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, indebærer det altid mange møder. Men hvor møder på den ene

side kan ses som en slags aflastning for organisationens manglende beslutningspræmisser, der bidrager de samtidig til usikkerheden og kompleksiteten. For hvad er egentlig besluttet på de forskellige møder? Dertil kommer, at de beslutninger, der kommer ud af møderne, ikke altid passer med organisationens øvrige beslutninger. Eksempelvis måtte den ovennævnte organisationsudviklingskonsulent på et møde med nogle skulderkirurger ændre på nogle beslutninger om, hvor operationerne skulle ligge – hvilket var i modstrid med andre beslutninger, men udsprang af mødets egen logik. Risikoen ved at lade møderne hjælpe med at få truffet beslutninger er således, at det øger kompleksiteten og risikoen for at beslutningerne kommer i modstrid med hinanden.

Sammenfatning

Ovenfor har jeg vist, hvordan Amtet søger at opnå tilslutning til beslutninger, at øge sandsynligheden for at beslutningerne kommer til at hænge sammen. Og jeg har vist, hvordan disse måder giver bagslag. Man kan sammenfatte analyserne i nedenstående skema:

Beslutnings-strategier	Bagslag
1. <i>Begrænsning</i> af beslutningsrummet – der træffes beslutninger som præmisser for beslutninger.	a) Beslutningsområder = usikkerhedsområder b) Komplexitet – begrænsningerne bliver mange og peger potentielt i forskellige retninger (decentralisering/centralisering, samarbejde/konkurrence....).
2. Selviagttagelser: Viser bl.a. afstanden mellem beslutningspræmisser og så resultatet af mange enkeltbeslutninger.	Producerer information, der må reageres på med flere beslutninger – kan producere mere information, end der kan reageres på.
3. <i>Differentiering</i> Organisationen differentierer sig i delorganisationer, for at kunne håndtere den stigende mængde beslutninger (afdelinger, specialråd, koordinationsudvalg m.m.)	Organisatorisk kompleksitet, uoverskuelighed og usikre grænser mellem del-organisationer.
4. <i>Selvbeskrivelser</i> Der produceres orienterende, overordnede beskrivelser som guide for beslutninger og for at skabe enhed samtidig med at sundhedsvæsenet differentieres.	Får ikke autoritet, men øger blot den meningsmæssige kompleksitet – i stedet for at reducere den.
5. <i>Forskydninger</i> af beslutningens åbenhed i forhold til <u>Hvem</u> Eksempel: involvering af mange parter, arbejdsgrupper, høringer. <u>Hvornår</u> Eksempel: høringsprocesser, lange beslutningsprocesser, visioner. <u>Hvad/Hvorfor</u> Eksempel: uddynding af beslutninger, alt for mange formål med beslutningen.	Usikkerhed om hvem, der har besluttet, hvad der er besluttet, hvorfor der er besluttet og hvornår der er besluttet. Reaktion: Mistro/mistanke om skjulte motiver, sammensværgelsesteorier.
6. <i>Personliggørelse og møder</i> Organisationen overlader det til enkelte aktører og møder at opnå tilslutning til beslutninger.	Skyld-tilskrivninger, risikabelt for både organisation og person. De enkelte møder følger ikke nødvendigvis organisationens beslutninger, men sin egen mødelogik.

IV. Diagnose

Ovenfor har jeg skildret forskellige dimensioner af den samme mekanisme. Det gennemgående træk er, at de måder, der skal skabe tilslutning til og sammenhæng mellem beslutninger, samtidig og på forskellig vis giver bagslag. Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen producerer beslutninger, der skaber sikkerhed og afgør tvivl, samtidig med at det medproducerer usikkerhed og forvirring. Der skabes sikkerhed og usikkerhed, stabilitet og ustabilitet i samme bevægelse.

Nu er usikkerhed ikke nødvendigvis dårligt. Uden usikkerhed er der ikke fleksibilitet og dermed ikke mulighed for en løbende tilpasning. Usikkerhed er for så vidt en forudsætning for stabilitet: alt må forandres for at forblive som det er, som det lyder i Viscontis filmatisering af *Leoparden*. Men samtidig er der grænser for, hvor meget kompleksitet og usikkerhed en organisation kan bære. Usikkerhed betyder risiko for, at de mange beslutninger ikke hænger sammen.

Konkret kan man i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen pege på fire problemer relateret til den skitserede usikkerhedsskabelse: 1) der kommer et pres for stadigt flere beslutninger 2) der kommer problemer med at træffe stabile beslutninger 3) det er tidskrævende at træffe beslutninger. Lad mig tage dem en ad gangen.

1. Selvskabt pres for flere beslutninger

Som iagttagere har man indtryk af, at der kommer nye planer, visioner og beslutninger i en stadigt hurtigere strøm. De sundhedsplaner, som kommer hvert fjerde år og som burde være styrende for de næste fire år, har fra 1990'erne ikke formået at styre udviklingen i hele den fireårige periode. Nye beslutninger overtrumfer i stadigt hurtigere tempo gamle. Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen accelereres og lammes på samme tid. Det lammes spontant og på enkelt-områder, når beslutninger ikke opnår tilslutning. Og det accelereres, når det træffer flere beslutninger som svar på den usikkerhed, som Sundhedsvæsenets egen håndtering af beslutningers åbenhed er med til at skabe. Det er ikke nødvendigvis et problem med dynamik, som jo lyder positivt. Men problemet opstår, når beslutningerne træffes i et tempo, så der ikke eller kun i kort tid knyttes an til tidligere beslutninger. Eller så de forskellige beslutninger enten blot ikke hænger sammen eller ligefrem modarbejder hinanden.

Den usikkerhed, som beslutningerne er med til at skabe, kan organisationen primært svare på med ét middel: flere beslutninger. Amtet reagerer på kompleksitet og usikkerhed med flere beslut-

ninger, den skal have styr på det med flere planer og beslutninger. Ud over denne generelle dynamik, har jeg ovenfor været inde på nogle mere specifikke dynamikker i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen:

Der træffes beslutninger, som Amtet dernæst må beslutte præmisserne for (fx forudsatte budgetanalyse 96 og mottoet ”alt skal ikke laves alle steder” endnu ikke besluttede beslutninger om en ny ledelses- og samarbejdsstruktur, der kunne muliggøre arbejdsdelingen på tværs af sygehusene), Høringer skaber beslutninger om beslutninger (når de hørte instanser skal beslutte, om de støtter en given beslutning). Beslutninger sandsynliggøres ved at deres åbenhed begrænses med flere beslutninger. Selviagttagelser producerer information, som organisationen må reagere på ved at træffe beslutninger. Overordnede beslutninger afføder flere beslutninger, når de skal konkretiseres (fx i form af beslutninger om, hvordan sundhedsvisionen skal konkretiseres).

Bagsiden af disse beslutningsdynamikker er som sagt, at nye beslutninger risikerer at overtrumfe ”gamle” beslutninger inden de når at få betydning.

2) Problemer med at træffe stabile beslutninger

Den usikkerhed og dynamik, der karakteriserer Amtet, har som en af sine dimensioner, at Amtet får svært ved at få opbakning til sine beslutninger – eller svært ved at fastholde beslutninger. I appendiks 1 går jeg i detaljer med en beslutning, som ikke opnåede tilslutning – nemlig beslutningen i 1998-2000 om at etablere en funktionsbærende ortopædkirurgisk enhed. Lad mig nævne nogle af de øvrige mere markante eksempler på ændring af beslutninger. De fleste medarbejdere vil uden tvivl kunne komme med supplerende eksempler på beslutninger, der hurtigt ændres eller blot synes at blive glemt, på initiativer, der sættes i værk uden at blive fulgt til dørs.

I 1993 blev Hørsholm Sygehus lagt sammen med Helsingør Sygehus for så atter i år 2000 at blive selvstændigt, idet Hørsholm blev til et udelukkende elektivt sygehus med en selvstændig bestyrelse og direktør. I 2002 blev det besluttet at sælge Hørsholm Sygehus. I 2003 blev det besluttet alligevel ikke at sælge Hørsholm Sygehus.

Efter oprettelsen af Center For Planlagt Kirurgi i Hørsholm fra 1998 blev det besluttet at lave en ny kapacitetsplan og således ændre den i 1997 vedtagne sundhedsplan. Kapacitetsplanen fra 1999 er således en ændring af en ændring – nemlig af den ændring, som oprettelsen af CPK i 1998 havde været. Kapacitetsplanen betød bl.a., at den medicinske aktivitet skulle flyttes til andre af Amtets sygehuse. Og den betød, at den elektive hoftekirurgi, der i 1998 var blevet samlet i Frederikssund (tidligere havde der være elektiv hoftekirurgi både i Helsingør, Frederikssund og Hillerød) fra

januar 2000 blev flyttet til Hørsholm (efter at sygeplejersker m.fl. i Frederikssund havde uddannet sig til at pleje hoftepatienter). Fødselsafdelingen flyttede i 1992 fra Helsingør til Hørsholm, i 1995 flyttede den fra Hørsholm til Helsingør og i 2003 blev den flyttet til Hillerød.

Man kan også nævne eksempler på beslutninger, der er truffet, men aldrig realiseret:

I kapacitetsplanen fra 1999 læser man ”Al planlagt ortopædkirurgisk aktivitet afvikles i Frederikssund, i Hillerød og i Helsingør med lægeligt personale fra specialafdelingen i Hørsholm samt pleje- og sekretærpersonale fra den ortopædkirurgiske kliniks 3 akutafsnit.” (Kapacitetsplan for sygehuse- ne i Frederiksborg Amt, Sundhedsvæsenet, Frederiksborg Amt. Vedtaget i Amtsrådet 18. marts 1999, afsnit 3.1). Det fremgår af citatet, at lægerne skal placeres i Hørsholm. Den beslutning blev aldrig efterlevet.

I 2000 blev det besluttet, at etablere et offentligt-privat laboratorieselskab (Nyt om Sundhedsvæsenet 0047 og 0122). I Nyt om Sundhedsvæsenet 0171 læser man ”Amtsrådet besluttede torsdag den 13. at opgive planerne om at etablere et offentligt-privat selskab til drift af Amtets sygehuslaboratorier.” (17.december 2001).

Man kan også nævne forslag, der ikke er blevet til noget, men alligevel ligger som fortsatte muligheder – et eksempel er her planerne fra 1995 om at Frederikssund skulle nedlægges som akut-sygehus og kun have elektive funktioner (Internt notat om Budgetanalyse ’96 (Bregnerød Kronotat), udkast af 9. april 1995, Frederiksborg Amt, Sundhedsforvaltningen). Den idé kom ud i et notat stemplet ”fortroligt”, hvilket ikke gjorde den generelle usikkerhed og mistænksomhed blandt medarbejderne mindre.

Ændring af en række beslutninger i løbet af relativt kort tid er udtryk for, men bidrager også til usikkerheden. Planers og beslutningers gyldighed bliver kortere og kortere. Når beslutninger laves om eller blot glemmes, så er det samtidig ensbetydende med en desavouering af disse beslutninger. De viste sig alligevel ikke at være beslutninger, for som jeg var inde på i starten, så er beslutninger kun beslutninger, for så vidt som andre beslutninger knytter an til dem. Og hvad vi ser i forhold til Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen er, at ganske mange beslutninger enten slet ikke opnår tilslutning eller kun opnår tilslutning i en kort periode. Der bliver truffet mange beslutninger, som ingen kan huske.

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen fremviser således også eksempler på onde cirkler: Fordi der ikke knyttes an til beslutninger, bliver medarbejderne trætte af at knytte an, når det nu alligevel ikke bliver til noget. Som en medarbejder udtrykte det: ”Vi bliver obsternasige!”. Ud over at organisationen således laver så meget ”støj”, at den ikke reelt får truffet beslutninger, som det måske

kunne have været fornuftigt at træffe, så risikerer den også, at medlemmerne står af. De holder op med at komme til møderne, de holder op med at engagere sig i forandringsprocesser. Og nogle forlader organisationen. Man skuffes, man gider ikke igen spille sin tid på store ændringer, der ikke bliver til noget, eller som ændres igen efter kort tid.

Ved siden af beslutningsmaskinen Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen ser vi altså støjmaskinen Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. Støjen består i en masse kommunikation, der giver sig selv beslutningens form, men som viser sig at være beslutninger, der ikke eller kun kortvarigt knyttes an til. Det er en organisation med speederen trykket i bund, men med gearstangen i frigear.

3. Beslutninger tager tid

Hvad man yderligere kan bemærke er, at det tager tid at holde ”støj- og beslutningsmaskinen” Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen i gang. Hvad der bruges af tid på møder, administration, registrering, udarbejdelse af notater og høringssvar er ikke småting. Ligeledes tager det tid at føre beslutninger ud i livet – flytninger, personale der skal trænes til nye funktioner osv.

Dertil kommer, at den ekstra tid på beslutninger, høringer og ændringer slår ned i organisationen som frustration, vrede eller resignation, når beslutningerne ikke lykkes eller hurtigt ændres. At den ortopædkirurgiske afdeling i Frederikssund blev frustreret over at modtage Amtets elektive hoftepatienter i 1998 for derefter at miste dem igen fra januar 2000 kan ikke undre. Uddannelsen og specialiseringen af afdelingens sygeplejersker viste sig at være spildt efter blot 2 år.

V. Behandling?

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen støder, som mange andre offentlige organisationer i disse år, ind i selvskabte problemer – problemer med at få truffet varige beslutninger, et selvskabt, ustyrligt pres for flere beslutninger, medarbejderes frustration over stadige ændringer, et stort tidsforbrug på nogle ændringer med tvivlsom gevinst. Hvordan kan Sundhedsvæsenet reagere på den noget paradoksale situation, det er havnet i? En situation, hvor de strategier, som skulle muliggøre beslutninger synes at umuliggøre beslutninger, en situation, hvor det, der skulle have været en afbureaukratisering og en effektivisering af organisationen også synes at føre til en re-bureaukratisering i form af stadigt flere beslutninger.

I sommeren 2002 så man et eksempel på, hvordan Amtet selv reagerer på ytringen af den usikkerhed og mistro, det producerer. Svaret på den mistillid og frustration, der fulgte med en række spare-

krav var: Sundhedsvæsenet må fremover sørge for mere information og mere medarbejderinddragelse. Men her kan man overveje, hvor perspektivrigt det svar er: Hvor meget opmærksomhed fortjener organisationen som organisation? Måske pointen snarere er, at der bruges for meget krudt på de organisatoriske aspekter? I stedet for mere organisation kunne svaret være organisatorisk selvbegrensning.

Eftersom kompleksiteten og dynamikken i beslutningerne truer med at lamme Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, er det oplagt at overveje, om ikke Sundhedsvæsenet som organisation kan arbejde med forskellige typer af selvbegrensning – simpelthen for ikke at lamme sig selv i kompleksitet, hastighed, konstante ændringer, usikkerhed og frustrerede medarbejdere. Amtet må som organisation finde måder at begrænse sig selv på – simpelthen for at kunne få truffet nogle mere stabile beslutninger. Organisationen må finde ud af at håndtere sine egne vækst-dynamikker. Jeg skal afslutningsvis komme med tre forslag til, hvordan Amtet kunne søge at begrænse sig selv: synliggørelse af organisatoriske aktiviteter, mere erfaringsnære selvbeskrivelser og en beslutningspolitik.

a) Synliggørelse af organisatoriske aktiviteter

I forhold til organisationens evne til at iagttage sig selv, sine egne aktiviteter og disse aktiviteters omfang og ressourceforbrug, må man sige, at Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen til trods for de mange organisatoriske selviagttagelser, der er vokset frem, er forbavsende blindt når det gælder Sundhedsvæsenets egne *organisatoriske* aktiviteter og disse aktiviteters omfang og ressourceforbrug. Som det er pt., er organisationen stort set ude af stand til at iagttage hvilke omkostninger beslutninger har i form af tidsforbrug, kompleksitet, usikkerhed, demotivering m.m. Amtet forsøger nøje at iagttage, hvor mange ressourcer der bruges pr. produceret hofte eller hvor mange operationer, der dagligt udføres på hver operationsstue. Men det iagttager ikke, hvor mange ressourcer det selv bruger på at træffe beslutninger. Det iagttager antal indlagte og udskrevne, antal operationer, antal ambulante behandlinger. Men det iagttager ikke antal møder, antal høringsvar, antal notater, antal forbrugte mandetimer til en given beslutning. Og det iagttager ikke, hvor længe en given beslutning viste sig at kunne holde – hvilket kunne være et af kvalitetskriterierne for beslutningen. Én ting er, hvor meget administrativt personale, der er ansat, en anden ting er, hvor meget af det sundhedsfaglige personales tid, der faktisk går med organisatoriske aktiviteter. Det er ikke opgjort. Der er med andre ord væsentlige dele af organisationens aktiviteter, den slet ikke iagttager og dermed heller ikke har en chance for at kontrollere. Men når det sundhedsfaglige personale registrerer og

koder hver eneste behandlingsmæssige aktivitet – hvorfor skulle organisationen så ikke også kunne registrere og kode organisatoriske aktiviteter?

En sådan organisatorisk selviagttagelse fører ikke i sig selv til en begrænsning af beslutningsaktiviteter, men man kan formode, at synliggørelsen i sig selv vil have en disciplinerende effekt – der vil komme krav om at retfærdiggøre det faktiske, organisatoriske ressourceforbrug med det sandsynlige out-put.

b) Mere erfaringsnære selvbeskrivelser

Erindring er en forudsætning for, at Amtet kan reflektere sig selv og de problemer, som det skaber for sig selv. Men blindheden i forhold til omkostninger ved produktionen af beslutninger er kombineret med en udpræget glemsel. Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen praktiserer en institutionaliseret, permanent glemsel af egen fortid og egne beslutninger. Ingen steder finder man problematiserende udlægninger af fortiden, Amtet har tilsyneladende konsekvent afskåret sig fra at gøre reflekterede erfaringer – og har i stedet overladt det til medarbejderne at huske, hvad der er sket. De selvbeskrivelser, man finder, er som regel baseret på fremtid (i form af planer og visioner), og har således afskåret sig fra den troværdighed og realisme de kunne hente ved at inddrage fortolkninger af fortidens hændelser. Noget af begrundelsen for den systematiske demens er formodentlig, at fortid og problemer hæmmer (og med den florerende personliggørelse kunne tage form af skyld-tilskrivelser) – men pointen er netop, at hæmning eller begrænsning faktisk er tiltrængt i den givne situation.

Amtet kunne arbejde med mere integrerede selvbeskrivelser, selvbeskrivelser, der kan muliggøre erfaringsdannelse, dvs. læring– også for at sinke sig selv, som en slags bremsemekanisme.

c) En beslutningspolitik

Stigende iagttagelse af Sundhedsvæsenets egne beslutninger og disse beslutningers omkostninger og effekter er ikke meget bevendt i forhold til at håndtere organisationens vækst og produktion af usikkerhed, hvis ikke selviagttagelserne kombineres med former for selv begrænsning. Selv begrænsningen kunne eksempelvis bestå i at begrænse mængden af beslutninger, mængden af tid, der måtte bruges på organisatoriske aktiviteter i form af møder, høringer, organisatoriske ændringer. Organisationens kunne begrænse beslutningsrummet, altså områder for beslutninger. Den kunne med andre ord beslutte en beslutningspolitik, dvs. en politik for, hvad der skal træffes beslutninger om og hvad ikke. Som det er pt, skal afdelingerne stå til regnskab for forholdet mellem forbrug og akti-

vitet, de skal opfylde servicemål. Derfor vokser forbruget ikke ind i himlen, og det selv om der ikke er en naturlig grænse for, hvad der behandles. Ligeledes er der ikke er en naturlig grænse for, hvad der kan træffes beslutninger om. Men hvor den sundhedsfaglige aktivitet er underlagt begrænsninger i form af stramme budgetter og en planlagt aktivitet, der har organisationen haft sværere ved at træffe grænser for sin aktivitet; således er sundhedsfagligt personale i 1990'erne i stigende grad blevet inddraget i organisatorisk arbejde så som høringer, dokumentation, økonomistyring og om-lægningsaktiviteter.

Sundhedsvæsenet kunne som organisation sætte sig selv i en situation, hvor det må tvinge sig til med et minimum af tid og beslutninger at opnå et maksimum af effekt. Præcis på samme måde, som behandlingen og plejen søges optimeret i spændet mellem aktivitet og forbrug. Når det sundhedsfaglige arbejde kan optimeres gennem kombinationen af begrænsning (af ressourcer) og krav om aktivitet, hvorfor skulle det organisatoriske arbejde så ikke kunne? En værdig opgave for ”ledelsen”, der således som sin primære opgave får at beslutte en beslutningspolitik – dvs. at begrænse sig selv.

Appendiks: Funktionsbærende enheder – et eksempel

For at anskueliggøre nogle af de problemer, der i dag er knyttet til at træffe beslutninger i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, vil jeg i dette appendiks gå mere i detaljer med en enkelt beslutning, nemlig beslutningen om at etablere en funktionsbærende ortopædkirurgisk enhed pr. 1/1 2000. Den beslutning er også relevant at se nøjere på, fordi Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen pt atter er i færd med at organisere sig i forhold til funktion – nu under overskriften ”funktionsenheder”. Hovedideen i beslutningen om en funktionsbærende ortopædkirurgisk enhed var at lægge de tre ortopædkirurgiske afdelinger sammen til én – men stadig med aktiviteter på forskellige adresser. 26. oktober 1998 skrev den daværende lægelige direktør:

Fra 1/1 2000 etableres en ortopædkirurgisk ledelse for store dele af den planlagte ortopædkirurgiske aktivitet i Hørsholm, samt de 3 akut ortopædiske enheder på de akutte sygehuse. Hertil kommer en række ortopædkirurgiske klinikker for afgrænset planlagte forløb i Center for Planlagt Kirurgi i Hørsholm (Notat vedr. somatisk afdelingsledelsesstruktur, Frederiksborg Amts Sygehusvæsen, Lægelig direktør, Sundhedsvæsenet Frederiksborg Amt, 26. oktober 1998).

D. 20. april 1999 indledte Direktionen en skrivelse til sygehusledelserne, afdelingsledelserne og samarbejdsudvalgene på følgende måde:

Den fremtidige afdelingsledelsesstruktur for de somatiske afdelinger i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen er nu på plads. Der vedlægges notat af 16.4.99 med beskrivelse af den fremtidige struktur. (Brev til Sygehusledelser m.fl. betitlet ”Vedr. fremtidig afdelingsledelsesstruktur”, Direktionen, 20. april 1999)

Til trods for at det, som det fremgår af de to citater, var besluttet at etablere en funktionsbærende enhed ligesom det også var besluttet, hvordan ledelsen af den skulle se ud, så blev der aldrig i realiteten etableret en sådan enhed. På et informationsmøde 11. april 2000 på Hillerød Sygehus meddelte daværende amtssundhedsdirektør, at der ikke ville blive etableret en funktionsbærende ortopædkirurgisk enhed. Efter 1 ½ år med stor usikkerhed, mange skiftende forslag og adskillige høringsrunder blev den funktionsbærende ortopædkirurgiske enhed droppet. På dette tidspunkt, hvor der var flyttet senge i forhold til den nye struktur, hvor der var lavet om på bookingen, hvor der blev

lavet fælles vagtplaner for lægerne på de tre afdelinger, hvor der havde været to ugers produktionsstop i forbindelse med flytninger relateret til den nye struktur - på dette tidspunkt blev beslutningen opgivet.

Der var flere – både inden for og uden for Amtet - grunde til, at beslutningen ikke blev realiseret. Jeg skal her trække tre centrale inden-amtslige grunde frem, nemlig a) beslutningens form, b) amtets kompleksitet, c) usikkerhed.

1) Beslutningens form

Som jeg indledningsvist argumenterede for, er beslutninger karakteriseret ved ikke at være nødvendige; de kunne også være anderledes. I forhold til den funktionsbærende enhed var alternativet til at organisere ud fra et funktions-kriterium fortsat at lade adresserne eller den rumlige placering være et kriterium for organiseringen. Så beslutningen var et spørgsmål om, hvorvidt der skulle organiseres ud fra rumlig (geografisk) placering eller ud fra funktionen (dvs. specialet). Og her var der noget mærkværdigt ved diskussionerne af den funktionsbærende enhed: De der argumenterede for at organisere efter et funktionelt kriterium – de havde primært geografiske argumenter (at muliggøre en bevarelse af bl.a. Hørsholm Sygehus). Det var geografien, der talte som argument for at organisere ud fra funktionen. Omvendt benyttede modstanderne af den funktionsbærende enhed sig af funktionelle argumenter. Det blev påpeget, at nærhed eller rumlighed spiller en rolle for funktionen bl.a. i form af korte kommandoveje og fleksibilitet. Det er en central del af det daglige arbejde, at det sundhedsfaglige personale mødes, udveksler informationer, diskuterer, spørger til råds. Erfaringen fra de elektive klinikker var, at lægerne i den samme elektive klinik kun sjældent mødte hinanden, hvis de kom fra hver deres sygehus. De kunne derfor heller ikke lave daglig erfaringsudveksling.

Beslutningen kunne således ikke lade være med hele tiden at meddele, at den også kunne være anderledes – for når man argumenterede for et funktionelt kriterium argumenterede man med geografi, og når man argumenterede for et geografisk kriterium argumenterede man med funktion. Resultatet var, at beslutningen stod og dirrede mellem de to alternativer og ikke kunne finde ud af, hvor den skulle ende. De to sider i beslutningens alternativ (funktion eller geografi som organisationsprincip) henviste hele tiden til hinanden, hvad der gjorde det vanskeligt endeligt at vælge den ene side – for i det øjeblik man gjorde det, så blev man opmærksom på at der jo også var en anden mulighed.

At alternativet geografi/funktion er vanskeligt at få afgjort, illustreres også af, at det har en længere historie. Selv om funktionsbærende enheder var et *begreb*, der kom frem i 1998, så har

ideen med at lade funktionen fungere som organisationskriterium på tværs af sygehusene med jævne mellemrum været fremme. I Amtets første samlede sygehusplan fra 1980, SP80, er der eksempelvis overvejelser om at etablere en blokrådsstruktur:

Blokrådene vil kunne udgøre den organisatoriske ramme for den funktionelle samordning mellem de enkelte afdelinger inden for blokkene, og opgave- og ressourcefordelingen imellem de enkelte afdelinger kunne på lidt længere sigt tænkes fastlagt på grundlag af indstillinger fra blokrådene.” (SP80: 224).

Disse ”blokråd” gik i glemmebogen, men ideen dukkede op igen i midten af 1990’erne, nu blot under navn af ”specialeråd”, og specialerådene er netop en organisationsdannelse ud fra funktionen og på tværs af geografien.

Lige så bemærkelsesværdigt som ideen om blokråd er følgende sætning i et notat om bl.a. samordning fra Sygehusdirektoratet til Sygehusudvalget 16/4 1980: ”Samordningen bør ske ved indførelse af ændrede ledelses- og samarbejdsformer, der tilgodeser en fælles ledelse af geografisk adskilte afdelinger...” (Notat til sygehusudvalget 16/4 1980 fra Sygehusdirektoratet). En fælles ledelse på tværs af geografisk adskilte afdelinger – det er netop, hvad man taler om i 1998-2000 som en ganske ny tanke.

Både blokråd og forslaget om ledelsesformer, der tilgodeser en fælles ledelse af geografisk adskilte afdelinger, lader funktionen være det organisatoriske omdrejningspunkt. Så allerede i 1980 ser vi alternativet geografi/funktion på banen.

I forhold til en funktionsbærende ortopædkirurgisk enhed lykkedes det, som sagt, ikke at få markeret funktionssiden som organisationskriterium. Men allerede i 2002 kom der atter et forslag om etablering af funktionsbærende enhed/ortopædkirurgisk center med en samlet afdelingsledelse, elektiv kirurgi i Frederikssund, akut ortopædkirurgi i Hillerød og nedlæggelse af den ortopædkirurgiske afdeling i Helsingør (jf. Nyt om Sundhedsvæsenet 0228). Forslaget blev mødt med protester og ikke realiseret (jf. Nyt om Sundhedsvæsenet 0233). Og historien fortsætter: I 2003 blev det besluttet at nedlægge sygehusledelserne og i stedet organisere hele Sundhedsvæsenet ud fra ”funktionsheder”. Tiden vil vise, hvordan problemerne med at håndtere både geografi og funktion denne gang ”løses”. Måske det usammenlignelige i forholdet mellem geografi og funktion kommer til at blive håndteret ved at man på det overordnede niveau organiserer ud fra funktion og på afdelingsniveau ud fra geografi – en ”løsning”, der næppe gør Sundhedsvæsenet mere gennemskueligt og stabilt. En påfaldende parallel mellem beslutningsprocessen i 1998-2000 og så bestræbelserne på i

2003-2004 at lave funktionsenheder er i øvrigt, at begge processer starter med ”de helt overordnede ledelsesniveauer”. Formodentlig fordi det bliver mere påtrængende, at geografien faktisk spiller en rolle for funktionen, jo tættere man kommer det konkrete sundhedsfaglige arbejde.

Sammenfattende kan man sige, at det alternativ, som ligger bag beslutningen om ”funktionsbærende enhed”, er et sejlivet alternativ. Alternativets sider har tendens til at henviser til hinanden med skiftende beslutningsforslag til følge. Vi kan se over tid, hvordan der svinges mellem siderne – og vi kan se det i forhold til en konkret beslutning.

2. Komplexitet

Det var ikke kun alternativet bag de funktionsbærende enheder, som vanskeliggjorde beslutningen. En medvirkende årsag til, at beslutningen måtte opgives, var Amtets kompleksitet. Ikke alene var der problemer med at få Amtets forskellige beslutninger til – også tidsmæssigt – at passe sammen; nogle af beslutningerne modarbejdede hinanden. Eksempelvis havde Amtet søgt at styrke afdelingerne gennem decentralisering. Men beslutningen om en funktionsbærende enhed pegede i den modsatte retning: her handlede det om gennem fusionering at sløjfe de afdelinger, som man netop havde søgt at opgradere de senere år. Dertil kom, som tidligere nævnt, at Amtets beslutningspræmisser var så komplekse, at både tilhængere og modstandere af at lade elektive klinikker på Hørsholm høre under den funktionsbærende enhed kunne henviser til tidligere beslutninger i deres argumentation.

Der var også problemer med beslutningen, fordi den stødte sammen med eksisterende beslutninger – ikke mindst om arbejdsskemaer og visitation. Det var måder at strukturere arbejdet på, som det ikke var problem-frit at lave om på.

Når kompleksiteten gav problemer var det også fordi, forskellige beslutninger afgang af hinanden. Bl.a. var den funktionsbærende enhed på forskellig vis kædet sammen med Hørsholm, og nogle af de problemer, der var med at få besluttet hele strukturen i forhold til Hørsholm smittede af på beslutningerne om den funktionsbærende enhed. Der var, som en medarbejder udtrykte det, et beslutningsvacuum i efteråret 1999.

3. Usikkerhed

Usikkerhed var også med til at besværliggøre beslutningen. Der var usikkerhed om, hvad der var meningen med beslutningen og der var usikkerhed om, hvordan de faktiske strukturer skulle være. Hvad der skulle besluttes var således ikke blot, om der skulle etableres en funktionsbærende orto-

pædkirurgisk enhed eller ej – der var i nok så høj grad tale om at beslutte, hvad en funktionsbærende enhed overhovedet skulle være. Denne dobbelte usikkerhed blev dog ikke formuleret eksplicit, i stedet forøgede den blot yderligere usikkerheden, idet adskillige aktører gik ud fra, at det var besluttet, hvad den funktionsbærende enhed var, men at det blot ikke blev meldt klart ud.

Usikkerheden hang også sammen med, at relevante, men vanskelige spørgsmål blev ignoreret (formodentlig for ikke at blokere beslutningsprocessen). Eksempelvis blev det aldrig afklaret, hvordan forholdet skulle være mellem sygehuset som organisation (organiseret ud fra et geografisk kriterium) og så den funktionsbærende enhed som organisation (organiseret ud fra specialer). Der var forskellige bud i omløb, hvilket dog blot forøgede usikkerheden. Et andet relevant spørgsmål, som ikke blev afklaret (fordi det hang sammen med usikkerheden om Hørsholm) var spørgsmålet om, hvorvidt de elektive klinikker på Hørsholm skulle høre under den funktionsbærende enhed eller under Hørsholm (evt. efter at have været i licitation blandt private). Den usikkerhed påvirkede motivationen for at knytte an til beslutningen.

En usikkerhedsskabende faktor var også de usikre ansættelsesforhold. Afdelingsledelserne var i længere perioder konstituerede. Og de enkelte klinikchefer var i en kritisk periode nødt til at se på deres lønsedler for at finde ud af, om de stadig var klinikchefer – deres kontrakter var ikke forlænget samtidig med, at de ikke var sagt op.

De antydede usikkerheder var ikke befordrende for motivationen til at knytte an til beslutningen om funktionsbærende enheder – for man kunne ikke vide, hvad det var, man knyttede an til.

Hvad eksemplet om den funktionsbærende ortopædkirurgiske enhed viser, er hvordan Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen kan spænde ben for sig selv. Det er Amtet selv som har formuleret beslutningen på en måde, så beslutningens alternativ hele tiden melder sig. Det er Amtet selv, som har skabt sin kompleksitet, usikkerheden og de strukturer, som den nye beslutning støder sammen med.

Litteratur

Notat til sygehusudvalget 16/4 1980 fra Sygehusdirektoratet

Internt notat om Budgetanalyse '96 (Bregnerød Kro-notat), udkast af 9. april 1995, Frederiksborg Amt, Sundhedsforvaltningen

Budgetanalyse '96 – et oplæg til udvikling af Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, 27. juli 1995.

Notat om fremtidig ledelses- og samarbejdsstruktur, udkast den 11/2 1997, Sundhedsforvaltningen.

Notat vedr. somatisk afdelingsledelsesstruktur, Frederiksborg Amts Sygehusvæsen, Lægelig direktør, Sundhedsvæsenet Frederiksborg Amt, 26. oktober 1998

Kapacitetsplan for sygehusene i Frederiksborg Amt, Sundhedsvæsenet, Frederiksborg Amt. Vedtaget i Amdsrådet 18. marts 1999, afsnit 3.1

Brev til Sygehusledelser m.fl. betitlet "Vedr. fremtidig afdelingsledelsesstruktur", Direktionen, 20. april 1999

Principper for Økonomistyring på sygehusene i år 2000

Høringssvar vedrørende ledelsesstrukturen for Ortopædkirurgisk Funktionsbærende Enhed, Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. Fra LSU, ortopædkirurgisk afdeling, Frederikssund, Helsingør og Hillerød, 25. januar 2000.

Diverse numre af Frederiksborg Amts Sundhedsvæsens nyhedsbrev "Nyt om Sundhedsvæsenet".

Øversigt over FLOS publikationer

Forskningsrapporter

- Nr. 3 – 2002 Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis
Janne Seemann & Rasmus Antoft
- Nr. 2 – 2001 Lægelig ledelse - om at gøre en forskel
Eva Zeuthen Bentsen
- Nr. 1 – 1999 Centerstrukturen på Rigshospitalet. En analyse af organisatoriske og ledelsesmæssige aspekter
Finn Borum & Eva Zeuthen Bentsen

Arbejdsrapporter:

- Nr. 8 –2004 Beslutningsprocesser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen
Morten Knudsen
- Nr. 7 – 2003 Sygehuset – en grænseinstitution mellem forskellige projekter
Finn Borum
- Nr. 6 – 2003 Mål-middel rammer, politik og myter i organisatoriske felter
Finn Borum
- Nr. 5 - 2002 Mellem forandring og rutine
Morten Knudsen & Sidsel Vinge
- Nr. 4 – 2000 Legitimitet som eksistensvilkår
– når topledelsen tilskriver rationaler til strukturer
Eva Zeuthen Bentsen & Finn Borum
- Nr. 3 – 2000 Fra trojka-model til entydig ledelse. En analyse af debatten om ledelsesmodeller i sygehussektoren med fokus på Århus Amt
Sidsel Vinge
- Nr. 2 – 2000 Medicinsk centerdannelse i H:S - forandring eller status quo?
Gitte Lindermann & Camilla Palmhøj Nielsen
- Nr. 1 - 1999 Politikdannelse og organisering i det danske sygehusfelt
- en succes med dårligt omdømme?
Peter Kragh Jespersen & Hanne Sognstrup

Working Papers:

No. 2 – 2000

Professional Societies as Change Agents:
The Danish Medical Societies' Creation of
the 'Function-Bearing' Unit
Finn Borum

No. 1 – 1999

Atribing Rationales to Concepts: Opening and Closing Windows of Oppor-
tunities at a University Hospital
Finn Borum

Publikationerne kan bestilles på FLOS hjemmeside <http://www.flos.cbs.dk>