

# **Medicinsk centerdannelse i H:S**

**- forandring eller status quo?**

**Gitte Lindermann**

**Camilla Palmhøj Nielsen**

**No. 2 - 2000**

FLOS centrets serie af arbejdspapirer har et dobbelt formål. Det første er løbende at formidle foreløbige resultater fra centertilknyttede medarbejders og - studerendes projekter. Det andet er at etablere en ”fødekæde” frem mod endelige publikationer i form af artikler og bøger.

Serien 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 work-shops 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.

FLOS centret vil i perioden 1999-2003 gennemføre otte forskningsprojekter, der inkluderer i alt ni ph.d. forløb:

- **Sundhedsplanlægning i interorganisatorisk perspektiv (AAU)**  
v/lektor Janne Seemann og kandidatstipendiat Christine Kousholt.
- **New Public Management (AAU)**  
v/lektor Peter Kragh Jespersen og ph.d. stipendiater Hanne Sognstrup og Lise-Line Malthe Nielsen.
- **Organisering og viden (HHK)**  
v/professor Finn Borum, adjunkt Eva Zeuthen Bentsen og tre ph.d. stipendiater: Signe Svenningen, Christina Holm-Petersen og yderligere en (under opslag).
- **Forandringsprocesser og -strategier** v/professor Finn Borum, HHK og en ph.d. stipendiat (under besættelse).
- **Lægelig ledelse (HHK)**  
v/adjunkt Eva Zeuthen Bentsen.
- **Dialogstyring af kvalitet og ressourcer (HHK)**  
v/forskningsprofessor Preben Melander og ph.d. stipendiat Helle Hein.
- **Tværfaglig udvikling på sygehusafdelinger belyst gennem kvalitetscirkler (DSI)**  
v/projektleder Jens Albæk.
- **Organisations- og medarbejderudvikling på sygehusene (DSI)**  
v/cand.scient.adm. Pia Kürstein .

For yderligere oplysninger om centrets aktiviteter og forskningsprojekter henviser vi til <http://www.flos.cbs.dk>

Finn Borum  
Professor, centerleder

## Forord

Sygesektoren har gennem en årrække været kendetegnet ved en ensretning af den organisatoriske struktur, hvor trojkaledelsen på direktionniveau og afdelingssystemet på det kliniske niveau har været at genfinde på stort set alle danske hospitaler. I takt med de øgede krav, der stilles til det enkelte hospital, begynder der langsomt at ske organisatoriske ændringer i sygehusorganisationerne rundt omkring i landet. Sygehuskommissionen, der blev nedsat af Folketinget i november 1995 for at belyse organiseringen af det danske sygehusvæsen, fremhævede, at der er behov for ledelsesmæssige eksperimenter for i højere grad at kunne tilpasse ledelsen til hospitalets størrelse og struktur. Endvidere bliver det understreget, at der er behov for en entydig placering af ledelsesansvaret, i modsætning til den typiske trojka-/afdelingsledelse, hvor ansvaret er delt mellem flere personer.

I kølvandet på Sygehuskommissionens betænkning begynder der langsomt at opstå en række reformer, som gør op med det hidtidige styringssystem. Med eksempelvis kontraktstyringen i Fyns Amt, en opsplitning af psykiatri og somatik i Viborg Amt, hvor psykiatrien bliver nyplaceret under socialforvaltningen og somatikken bibeholdt under sygehusforvaltningen, centerdannelse på Rigshospitalet, samlingen af Frederiksborg Amts hospitaler under en fælles ledelse og dannelse af Elektivt Kirurgisk Center på Frederiksberg Hospital, begynder man at se konturerne af en helt ny og mere kompleks tilgang til, hvordan de danske hospitaler skal styres. Det er i denne sammenhæng, at dannelsen af de Medicinske Centre i Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) og hermed specialets case, Medicinsk Center på Frederiksberg Hospital, skal ses.

De nye reformtiltag, der er forsøgt implementeret, har en lang række konsekvenser for den involverede organisation. Det interessante perspektiv er så, hvordan organisationen forholder sig til en reform. Sygehusorganisationen består nemlig af langt mere end blot styringsrelationer og formelle organisatoriske strukturer. Hospitalet er en arbejdsplads, der skal fungere 24 timer i døgnet, 365 dage om året. Organisationens består af mange mindre organisatoriske enheder, der skal fungere sammen på kryds og tværs. Medarbejderne har vidt forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, hvilket stiller store krav til tværfagligt samarbejde. Patienterne strømmer ind og ud af bygningerne og skaber et til tider meget hektisk miljø, som involverer alle dele af hospitalet. Meget centrale dele af et menneskes liv udspilles på hospitalet. Nogen fødes, andre dør og for nogen foregår sågar undfangelsen i form af kunstig befrugtning indenfor hospitalets mure. Man befinder sig på hospitalet i nogle følelsesladede situationer, hvor man enten fysisk og psykisk er ude af balance. Det daglige liv på hospitalet er en vigtig del af organisationen, og dette eksisterer sideløbende med de kliniske, administrative og tekniske kerneopgaver. Det må derfor forventes, at de forandringer, der bliver forsøgt implementeret i en sygehusorganisation, er påvirket af det liv, der udspiller sig på hospitalet.

Denne rapport er et uddrag af vort speciale, der blev skrevet i perioden oktober 1998 – juni 1999. Specialet blev indleveret ved Institut for Statskundskab, Københavns Universitet med Professor Torben Beck Jørgensen som vejleder.

Specialet kan lånes på Handelshøjskolens Bibliotek og biblioteket på Institut for Statskundskab. Specialet indeholder andre aspekter af centerdannelsen end de, der bliver fremhævet i denne rapport. Blandt andet fokuserer vi på aktørernes opfattelser af entydige ledelsesrelationer. Nærværende rapport fokuserer på de empiriske data, mens den teoretisk forankring er beskrevet i specialet.

## 1. Tema og problemstilling

Denne rapport omhandler, hvilke konsekvenser centerdannelsen har for organisationen. Vi tager udgangspunkt i en konkret case, nemlig dannelsen af Medicinsk Center på Frederiksberg Hospital i København.

*Undersøgelsens tema* er hermed at belyse ændringsprocessen fra afdelingssystem til centerdannelse på det nyetablerede Medicinske Center på Frederiksberg Hospital. Dette leder os frem til følgende *problemformulering*:

**Hvilke konsekvenser har dannelsen af Medicinsk Center på Frederiksberg Hospital medført for ledere og medarbejdere?**

Vi har benyttet os af følgende hjælpespørgsmål for at belyse den overordnede problemformulering:

1. Hvad er idégrundlaget bag reformen?
2. Hvilke konsekvenser har ændringsprocessen medført for ledere og medarbejdere?
3. Er der overensstemmelse mellem reformens idégrundlag og de faktiske konsekvenser?
4. Hvis ikke, hvad er så forklaringerne?

## 2. Reformindhold – dannelsen af Medicinsk Center

Medicinsk Center blev dannet 1998 på baggrund af et reformudspil, der overordnet fokuserer på en ændring af de formelle organisationsstrukturer som middel til at forbedre vilkårene for medicinske patienter. Centerdannelsen som ny organisationsstruktur er et opgør med afdelingssystemet, der tidligere var den foretrukne organisationsform. I beskrivelsen af centerstrukturen tager vi udgangspunkt i teoretiske overvejelser over centerkonceptet, og herudover beskrives modellens empiriske udformning i den konkrete case på Frederiksberg Hospital (for yderligere oplysninger se appendix).

### **Medicinsk Center som teoretisk koncept**

Centerdannelser inden for sygehusvæsenet er ikke noget nyt fænomen. Centerstrukturen som organisatorisk koncept er en overordnet idé om, hvordan man kan strukturere organisationen. Konceptet er en: ”fleksibel rummelig tankemodel, der åbner mulighed for lokal tilpasning” (Borum & Bentsen, 1999:19). Det vil derfor blive sat i forbindelse med lokale målsætninger eller problemstillinger,

hvorved der udvikles lokale rationaler. I sammenhæng med den organisatoriske kontekst og historie – de institutionelle lag – vil der udvikle sig et lokalt koncept ud af det oprindelige centerkoncept (Borum & Bentsen, 1999:19; Røvik, 1998:34).

Centerkonceptet har sin teoretiske oprindelse i Mintzbergs divisionaliserede konfigurationstype mens dets praktiske oprindelse i sygehusvæsenet er at finde i USA, Canada og Sverige, hvorfra ideen er spredt (Mintzberg,1979). I Danmark blev centerkonceptet brugt første gang på Rigshospitalet, hvor det blev indført i 1994 (Borum & Bentsen, 1999:24; Gundorph-Malling, 1998). Konceptet har dog her fået en væsentlig anden udformning end i de medicinske centre – den lokale tilpasning har været en anden.

Hermed kan centerstrukturen ikke ses som én fast organisationsmodel. Modellen er rummelig. Der opstår et bredt handlerum, som bliver afgrænset og defineret i mødet med den specifikke organisation, der indfører konceptet. Der er dog enkelte rationaler, som ofte knyttes til centerkonceptet. Det ene er at indskrænke topledelsens kontrolspænd. Med en centerdannelse bliver der færre enheder, der refererer direkte til direktionen. Dette giver mulighed for, at direktionen i langt højere grad kan beskæftige sig med strategiske ledelsesopgaver, mens driftsniveauet bliver overladt til centret. Det andet rationale er at indføre økonomisk ansvarlige enheder, hvorved der bliver skabt en mere overskuelig økonomisk rapportering. Endelig er et tredje rationale blevet fremhævet i forbindelse med centerdannelser - optimering af patientforløb. Der tages i forbindelse med omorganiseringen udgangspunkt i processer frem for funktioner i forsøget på at forbedre patientforløbene (Borum & Bentsen, 1999:25).

## **Medicinsk Center som empirisk konstruktion**

Medicinsk Center på Frederiksberg Hospital er et empirisk eksempel på en lokal tilpasning til centerkonceptet. Det blev dannet på baggrund af et reformudspil fra H:S, der overordnet fokuserer på at ændre de formelle organisationsstrukturer som middel til at forbedre vilkårene for medicinske patienter.

Det helt overordnede mål med dannelsen af Medicinsk Center er at tilpasse specialiseringen på de medicinske klinikker til det egentlige behov. I befolkningen lider 85-90 % af de medicinske patienter af ganske almindelige medicinske sygdomme, der kan færdigbehandles på det lokale hospital (H:S, 1996b:2-3; H:S, 1997:2; Frederiksberg Hospital 1997:1-2). Målene bliver opnået ved at afgive højt specialiserede undersøgelser og behandlinger til fortrinsvis Rigshospitalet (H:S, 1997:2).

Den nye reform er blevet dannet for at ændre de uhensigtsmæssige aspekter ved afdelingssystemet (Lykkesfeldt & Christensen, 1994). Derfor tager reformen udgangspunkt i ændring af styringsformen, hvor man nedbryder grænserne mellem de medicinske afdelinger, og opbygger en ny organisation baseret på en stærkere styring, adskillelse af drift og klinik samt samarbejde mellem de kliniske enheder. Centerledelsen er indplaceret som et nyt ledelsesniveau mellem direktionen og de tidligere afdelinger, der nu betegnes klinikker.

Centerledelsen består af en centerchef med ansvar for centrets samlede virksomhed overfor direktionen. Der kan indgå andre personer i centerledelsen, og det forudsættes, at der indgår både lægelig og sygeplejefaglig kompetence (H:S, 1996a:1; H:S, 1996b:8). På Frederiksberg Hospital består centerledelsen af en centerchef, der er læge, samt en centerchefs sygeplejerske (Frederiksberg Hospital, 1997:13).

Klinikledelserne består af en klinikchef, der almindeligvis er læge, men også her er det hensigtsmæssigt med både lægefaglig og sygeplejefaglig ekspertise, hvilket indikerer, at andre personer kan indgå i klinikens ledelse. På

Frederiksberg Hospital er klinikchefen læge, og samtlige klinikker har ansat en klinikoversygeplejerske. For en enkel kliniks vedkommende indgår endvidere en ledende ergoterapeut og en overfysioterapeut i klinikledelsen (Frederiksberg Hospital, 1997:13).

I modsætning til afdelingsledelsen er der nu kun én øverste leder - nemlig center- og klinikchefen. Lægen er nu den øverste chef, mens sygeplejersken fortsat deltager i ledelsen, men ikke længere er at betragte som sidestillet (H:S, 1996a:1-2; H:S, 1996b:8-10; H:S, 1997:5; Frederiksberg Hospital, 1997:13). Denne målsætning er i fuld overensstemmelse med indstillinger fra Sundhedsministeriet, der påpeger behovet for entydigt at kunne placere et ledelsesansvar (Sundhedsministeriet, 1997:110-11). Hovedpointen med reformen er at indføre et ekstra organisatorisk niveau, hvilket kan medvirke til at koordinere klinikkernes virksomhedsområder med henblik på at optimere behandlingen af den gængse medicinske patient.

Centerdannelsen tager sit udspring i et ønske om at forbedre vilkårene for den store andel af medicinske patienter, som lider af helt almindeligt forekommende og kroniske medicinske sygdomme. Afdelingssystemet som organisationsform vurderes at fremme fokus på sjældne og specialiserede sygdomme fremfor de hyppigste – idet der har været en hyperspecialisering (H:S 1997:2). Derfor tager reformen udgangspunkt i ændring af styringsformen, hvor man nedbryder grænserne mellem de medicinske afdelinger, og opbygger en ny organisation baseret på en stærkere styring, adskillelse af drift og klinik samt samarbejde mellem de kliniske enheder.

### 3. Analyseramme

De ovenstående opfattelser af forandringer sætter rammerne for en forståelse af forandringsprocessen i Medicinsk Center. Det er dog samtidig interessant at se på formålet med den konkrete reform i et teoretisk perspektiv.

Den offentlige sektor har gennem de seneste to årtier været udsat for en række reformforsøg rettet mod at organisere, styre, kontrollere og revidere snarere end at ændre den egentlige produktion (Brunsson & Sahlin-Andersson 1998:62). Dette opfattes som et forsøg på at organisere offentlige enheder – at skabe en selvstændig og sammenhængende organisation. Offentlige enheder opfattes nemlig ikke automatisk som organisationer, men ved hjælp af de fremherskende reformtendenser arbejdes der på at omdanne dem til sådanne. Brunsson & Sahlin-Andersson fremhæver tre aspekter, der indgår i en organisation: rationalitet, identitet og hierarki. Reformerne vil derfor være rettet mod at indføre disse tre aspekter i forsøget på at omdanne en offentlig enhed til en organisation. Det er underforstået, at disse aspekter i større eller mindre grad mangler i en offentlig enhed (Brunsson & Sahlin-Andersson 1998:62-63). Brunsson & Sahlin-Andersson er ikke selv særligt præcise i definitionen af en organisation. De påpeger gennem beskrivelser af reformer, der er møntet på at skabe organisationer, at reformerne skal forstås inden for teoretiske rammer som New Public Management og Public Choice (Self 1993; Walsh 1995), og at de kan ses som resultat af nyliberale ideer, er inspirerede af markedet som ideal og har stor vægt på rationalitet.

Brunsson & Sahlin-Andersson (1998:76-83) opererer med tre forskellige offentlige enheder som udgangspunkt for organiseringen – aktøren, forvaltningen og arenaen, hvoraf arenaen er den relevante enhed i denne sammenhæng. Arenaen er i høj grad styret af professioner og professionelle normer. Her udfører de professionelle deres arbejde fuldstændig upåvirket af den lokale ledelse. Ledelsen har til opgave at lede administrationen af virksomheden, men har kun ringe indflydelse på selve virksomheden. Dermed har ledelsen ofte ansvar, men mangler kompetence til at styre enheden. Der er desuden et spænd i enhedens målsætninger, da parametre som økonomi og effektivitet sjældent indgår i professionernes normer. Arenaer vil oftest have svage grænser, da professionerne snarere identificerer sig med egen profession end med arenaen. I Brunssons & Sahlin-Anderssons perspektiv vil arenaer ligeledes blive udsat for radikale reformer i forsøget på at omskabe dem til organisationer.

Netop denne sidste definition på en offentlig enhed er interessant. Medicinsk Center vil nemlig være at betragte som en arena, og reformen kan ses som et forsøg på at skabe en organisation. Tidligere kunne en enhed som en sygehusorganisation betragtes og accepteres som en arena, men i lyset af de omfattende reformprocesser i den offentlige sektor, må centerdannelsen ses som et



forsøg på at skabe en organisation som defineret af Brunsson & Sahlin-Andersson. Empirien i det efterfølgende vil derfor blive bygget op omkring deres tre centrale aspekter: rationalitet, identitet og hierarki. Disse aspekter vil blive defineret og diskuteret i sammenhæng med empirien i en analyse af, om dannelsen af Medicinsk Center har styrket rationaliteten, identiteten og hierarkiet. Er der skabt en ”rigtig” organisation? Analysen af interviewene viser en væsentlig forskel på konsekvenserne for henholdsvis ledere og medarbejdere. Vi har derfor valgt at skelne mellem disse to grupper i forsøget på at forstå og forklare centerkonceptets indtog på Frederiksberg Hospital. (For en nærmere beskrivelse af interview populationen, se Appendix).

## 4. Reformens konsekvenser

### Ledernes orienteringsverden

#### *Rationalitet*

Reformen kan som udgangspunkt anskues og forstås i et rationelt-instrumentelt lys. De officielle publikationer gør meget ud af at præsentere en række logisk begrundede og indbyrdes sammenhængende målsætninger. Den overordnede målsætning om forbedring af den gængse medicinske patients vilkår menes at medføre såvel et højere serviceniveau som driftsmæssige effektiviseringer, der giver rum for behandling af flere patienter indenfor de økonomiske rammer (H:S 1997:2). Endvidere kædes målsætningerne om tilpasning af specialiseringsgrad, optimering af patientforløb og optimering af ressourceanvendelsen i høj grad sammen med det anvendte middel – dannelsen af Medicinsk Center. Der argumenteres for, at afdelingssystemet har været medvirkende til, at der bliver fokuseret mere på den sjældne og specialiserede end på den almindelige og hyppige medicinske sygdom.

De officielle publikationer præsenterer målsætningerne som logiske og rationelle, og reformens konsistens understreges af sammenhængende mål og middel. Rationaliteten gennemsyrrer målformuleringen og argumentationen, hvilket pointeres, da der anvendes begreber som ”styrke indsats, tilpasning af opgavefordeling, optimering, fleksibilitet og effektiv ressourceudnyttelse” til at understrege den rationelle-instrumentelle kontekst (Røvik 1998). Rationaliteten som forståelsesramme holder dog ikke hele reformen igennem, når man nærlæser de officielle publikationer (Hovedstadens Sygehusfællesskab 1996a, 1996b; Hovedstadens Sygehusfællesskab 1997; Frederiksberg Hospital 1997).

#### *Aktørernes reformopfattelse*

På baggrund af de tanker, der ligger i den officielt formulerede reform, er det interessant at undersøge den opfattelse, organisationens ledere har af reformtankerne. Spørgsmålet er, hvorvidt aktørerne ser reformen som rationel, gennemtænkt og fornuftig, eller om man allerede på idéplanet kan observere modstand i organisationen mod det aktuelle tankesæt.

*”Jeg oplever faktisk, at mange synes, det grundlæggende er en god idé”. (Centerchef)*

*”De medicinske centre har vi da ikke alle sammen været lige begejstrede for fra starten; der har været nogle, der synes det var en bedre idé end andre”. (Klinikoversygeplejerske)*

Ovenstående citater viser, at der langt fra er nogen entydig holdning til reformens idégrundlag i organisationen. Den første informant fremhæver, at mange opfatter reformen som rationel, mens den anden påpeger, at langt fra alle kan se det fornuftige, gennemtænkte og rationelle i reformen på et overordnet plan.

Der er et enkelt delelement, som opfattes i en rationel kontekst af alle de aktører, som forholder sig til baggrunden for ændringen.

*”Selvfølgelig er de overordnede beslutninger truffet via H:S”. (Klinikoversygeplejerske)*

Der er en generel enighed om, at beslutningen er truffet på højeste plan i H:S, og at implementeringen sker hierarkisk, da ændringen er et ledelseskrav – en ”top-down” proces, hvor medarbejderne ikke har været inddraget i udformningen af det aktuelle tankesæt. Den rationelle tilgang som forklaringsfaktor er på lige præcis dette område meget gennemslagskraftig og dækkende for samtlige aktørers opfattelse. Men hermed hører enigheden om den rationelle forståelsesramme op blandt aktørerne i Medicinsk Center.

Når aktørerne skal forholde sig til reformen, fokuserer de meget på såvel mål som midler. Målene omhandler forbedring af den medicinske patients vilkår og den deraf følgende optimering af ressourceanvendelsen, mens midlerne beskæftiger sig med centerdannelsen.

#### *Forbedring af patientvilkår*

Forbedring af vilkårene for patienten er den målsætning, der har den mest fremtrædende placering i formuleringen af reformens ideer. I den forbindelse er det bemærkelsesværdigt, at under halvdelen af informanterne nævner patienten som den primære referenceramme.

*”Man har lavet medicinske centre, for vi bliver nødt til at kigge på patienterne som en helhed, da der ikke er ”fine” patienter nok til alle de speciallæger, der er uddannet. Så har man samlet de ”fine” patienter på Rigshospitalet, mens det folk fejler i almindelighed, det ligger ude på hospitalerne. Det er noget med 85-90% af det folk fejler”. (Centerchefsgeplejerske)*

Dette udsagn udtrykker meget præcist holdningen hos de informanter, der omtaler patienterne og stemmer ligeledes overens med reformen. Tilpasning af specialiseringsgraden bliver betragtet i en rationel kontekst. Informanten fokuserer netop på behandlingen af den mest almindelige og hyppigst forekommende medicinske patient som omdrejningspunkt for reformen. Det bliver betragtet som fornuftigt at gøre op med begrebet ”den fine patient”, hvor det sjældne og specialiserede får fortrinsret og giver prestige, mens 85-90% af patienterne nedprioriteres. Reformideen bliver fremhævet som fremmede for patienten, hvilket informanten ser som det primære med ændringen.

En rationel forklaringsramme i forståelsen af den første målsætning er altså mulig at genfinde i interviewene, men kan ikke stå alene. Det, at under halvdelen af informanterne nævner forbedring af patientvilkår som baggrund for forandringsprocessen, viser, at der er stor afstand mellem reformens tankesæt og aktørernes forståelse af dette. Rent faktisk er der flere af informanterne, der nævner og forholder sig til optimering af ressourceanvendelsen og besparelser end til forbedrede patientvilkår. De officielle publikationer behandler optimering af ressourceanvendelsen som en afledt effekt af den optimerede patientbehandling, mens størstedelen af informanterne i Medicinsk Center ser en anden sammenhæng.

*”Man gør det for at spare, men fordelene er helt klart, at du får et lettere patientflow, du får et lettere samarbejde mellem nogle alligevel nært beslægtede specialer, patienterne havner lettere det sted, hvor de får en optimal behandling”. (Klinikchef)*

Denne informant opfatter sammenhængen modsat. Det primære er ressourceoptimeringen, men man opnår samtidig forbedrede patientvilkår. Personen relaterer altså primært til besparelser, og det er en tankegang, som i meget høj grad dækker størstedelen af informanternes holdning.

*”Det er en sparesag det her”. (Klinikchef)*

*”Man har dannet Medicinsk Center med henblik på at spare, og qua det så selvfølgelig også at få øget effektiviteten. Det tror jeg helt klart er den overordnede tanke fra H:S, at man mener man har kunnet spare noget ved det”. (Klinikoversygeplejerske)*

Over halvdelen af informanterne opfatter besparelser som det primære mål med reformen, og ikke som en afledt effekt af bedre patientforløb. Hermed skrider den rationelle fortolkning af reformen, da informanterne ikke tolker de bagvedliggende faktorer på samme måde, som de er fremstillet i de officielle publikationer. Dette skal dog ikke ses som en indikator på, at ingen af informanterne kan se det rationelle i besparelser.

*”Det er selvfølgelig lidt groft at sige, men det er ikke penge, der mangler lige nu, synes jeg”. (Klinikchef)*

*”I forbindelse med H:S har vi fået Rigshospitalet, som ikke er kilden til alt ondt, men kilden til meget økonomisk rod. Det at man overtog Rigshospitalet er en økonomisk bombe under Københavns og Frederiksbergs sundhedsvæsen. Det har ikke noget med Rigshospitalet at gøre - det er bare en kæmpe økonomisk klods ind i et ikke uendelig stort, men dog stort budget, og det betyder, at vi må spare”. (Klinikchef)*

Disse to informanter udtrykker forståelse for økonomisk effektivisering. Den ene relaterer til H:S dannelsen som primær begrundelse for sparebehovet, hvilket ses som baggrund for den aktuelle reform. Udover disse informanter er der tre andre, der udtrykker, at besparelser ikke skal ses som et problem, da sygehusorganisationerne har langt vigtigere problemer end ressourcemangel.

Langt de fleste aktører har altså en helt anden opfattelse af en optimeret ressourceanvendelse end den, der er beskrevet i reformen, da de ser besparelser som den primære og altoverskyggende målsætning. Hermed falder deres forståelse af tankesættets rationelle sammenhæng til jorden. Fokus bevæger sig fra forbedring af patientvilkår mod besparelser.

Det er da heller ikke alle informanter, der opfatter besparelserne som rationelle – særlig ikke hvis pengene i stedet bruges på at indføre et nyt ledelsesniveau i form af centerledelsen.

*”En af fysioterapeuterne spurgte: Hvad skal vi med centerledelsen, det må da også have kostet penge?”. (Repræsentant fra fysioterapeuternes ledergruppe)*

Det kan altså for enkelte aktører være meget svært at se besparelser og effektiviseringer som rationelle. På lederniveau ser man dog generelt optimeret ressourceanvendelse som fornuftigt. Pointen er dog, at aktørernes opfattelse af reformen ikke stemmer overens med den beskrivelse, der er givet i de officielle publikationer. Der er umiddelbart ikke den store modstand at spore mod reformens målsætninger, men i aktørernes bevidsthed er fokus flyttet fra en forbedring af patienternes vilkår og mod besparelser. Aktørernes forståelse af reformens centrum er altså en principielt anden end den officielt formulerede. Selv om lederniveauet er relativt enige om det rationelle i såvel forbedring af patientvilkår og besparelser, sker der en skævvridning af deres reformopfattelse, som næppe kan betegnes som rationel.

#### *Centerdannelse*

Analyserer man centerdannelsen som middel til målopfyldelsen, er der en udpræget positiv holdning blandt de informanter, som forholder sig til problematikken.

*”De medicinske centre skulle dannes, fordi lægerne havde det med at bygge det ene elfenbenstårn ved siden af det andet, hvor de sad og prøvede at samle på ”fine” diagnoser. Det er noget af det, vi gør op med nu”. (Centerchef)*

*”De medicinske centre er blevet dannet fordi de medicinske afdelinger havde svært ved at samarbejde. De havde svært ved at åbne dørene og dele viden og patienter, og det var simpelthen en eller anden form for nød og tvang, at man er gået ind og har lavet de medicinske centre. Vi er nødt til at kigge på Medicinsk Center med de subspecialer, der er - se det som en helhed og bruge sengene fuldt ud”. (Centerchefsygeplejerske)*

Centerledelsen udtaler sig her meget konkret om det tanksæt, der ligger bag centerdannelsen. De påpeger den rationelle forståelse, da de fokuserer på de ”glemte/ufine” patienter. Det betyder, at centerledelsen ser, at Medicinsk Center som middel bidrager til målopfyldelsen mht. forbedring af patientvilkårene. Rationalitetens forståelsesramme er dog ikke dækkende. Begge udsagn understreger nemlig kraftigt den kulturelle baggrund, der er medvirkende til, at aktørerne ikke i tilstrækkelig grad har kunnet samarbejde til gavn for patienterne. Der er tydeligvis sket en socialisering af aktørerne, som har medført uhensigtsmæssige vilkår i afdelingssystemet. Det opfattes som rationelt at forbedre samarbejdsrelationerne, men kulturen ses som en barriere for gennemførelsen.

*”Det var afdeling mod afdeling. Man afmærkede sit territorium i den fælles pengekasse og gik på strandhugst hos de andre. Det er ting, der er foregået i vid udstrækning – at profilere sig og promovere sig på de andre afdelingers bekostning” (Klinikchef)*

Dette udsagn er meget karakteristisk for opfattelsen af det (manglende) samarbejde, der har været mellem de medicinske afdelinger, og det er den holdning og kultur, man nu vil gøre op med. Barrieren er dog til stede og anses som vanskelig at overvinde.

Mange af informanterne er positivt indstillet overfor centerdannelsen, men ser den primært som et middel til bedre samarbejde internt i organisationen uden at relatere dette direkte til patientniveauet.

*”De medicinske afdelinger kommer tættere på hinanden, og jeg tror, at samarbejdet bliver lettere mellem de medicinske afdelinger, fordi de bliver puttet i en kasse i forhold til før, hvor de har været i 4 kasser”. (Klinikoversygeplejerske)*

Citatet er typisk for de informanter, der kan se det rationelle i centerdannelsen i et organisationsinternt samarbejds perspektiv, men glemmer at relatere det til det, der er formuleret som det primære i reformen – patientvilkårene.

### *En rationel reform?*

Der er en svag forståelse for den umiddelbare målsætning om forbedring af patientens vilkår, og der er bred forståelse for besparelser, dog med enkelte undtagelser blandt informanterne på lederniveau. I aktørernes forståelse er der dog sket en klar forskydning af målsætningernes indbyrdes vigtighed, da informanterne i modsætning til de offentlige publikationer i meget høj grad fokuserer på besparelser som det primære. Hvad angår centerdannelsen, er aktørerne fuldt ud enige om det rationelle i at tvinge de tidligere afdelinger til at samarbejde på tværs til gavn for patienterne. Derimod er der stor uenighed om det fornuftige i at indføre entydige ledelsesrelationer, og denne nyskabelses sammenhæng med resten af reformen er, som i reformens formulering, heller ikke mulig at genfinde i informanternes udsagn. Visse dele af reformen kan altså umiddelbart forstås og forklares rationelt. Flere af aktørerne inddrager kulturelle forklaringer og socialiseringsfaktorer, hvilket antyder, at den rationelle tilgang langt fra kan stå alene, når man skal analysere reformens konsekvenser for organisationen.

I forhold til Brunssons & Sahlin-Anderssons definition fremstilles reformen officielt sådan, at den bidrager med rationalitet. Organisationen fremstilles som intentionel med specielle mål, og rationaliteten fremgår ved at mål og midler kobles systematisk sammen i publikationerne. Rationaliteten trænger dog kun delvist igennem til lederne, der ikke forholder sig stringent til reformen, som den er formuleret. Den intenderede rationalitet kan på denne baggrund ikke forventes at give sig udslag i gennemførte rationelle handlemønstre.

### **Identitet**

#### *Centeridentitet under dannelse*

Når informanterne forholder sig til dannelsen af Medicinsk Center, fylder det meget i deres univers, at reformen bryder med de stærke traditioner, der har været en stærkt integreret del af afdelingssystemet. Når man ser på Medicinsk Center, Frederiksberg Hospital, er det derfor interessant at undersøge, om man har formået at skabe en centeridentitet på tværs af klinikkerne. Eksisterer der en fælles referenceramme og forståelse, og har man opnået en god balance mellem en centeridentitet og klinikkerne som selvstændigt fungerende enheder?

*”Jamen, hvad er en centerordning?” (Klinikoversygeplejerske)*

En af informanterne udtrykker her tvivl om, hvad centret kan, skal og bør indeholde, samt hvad det indeholder på nuværende tidspunkt. Det forventes, at Medicinsk Center som en tom skal bliver udfyldt gennem en udveksling af værdier mellem organisationens aktører. Vore informanter er dog yderst sparsomme med direkte oplysninger om, hvilke værdier de tillægger Medicinsk Center. Til gengæld er de meget eksplicite omkring de værdier, der lå i afdelingssystemet. Det er disse værdier, man som organisation vil bevæge sig væk fra og undgå som identitetsbestanddele i Medicinsk Center. Informanternes beskrivelse af afdelingssystemet fokuserer på to stærke tendenser, hvoraf den første er det manglende samarbejde:

*”Man melede sin egen kage hos direktionen på bekostning af de andre afdelinger”. (Klinikchef)*

*”Førhen var det den stærkeste mand, der vandt. Den der råbte højest. Man kunne sagtens sidde og være dum, grim og råbende, hvis det var det, det krævede”. (Klinikoversygeplejerske)*

*”Tidligere oplevede man, at de enkelte afdelinger fik opbygget hver deres lille kongerige”. (Klinikoversygeplejerske)*

Informanterne fokuserer her alle på en tendens til opbygning af autonome enheder, der hver især forsøger at eksponere og fremme sig selv på bekostning af de andre afdelinger. Kodeordene er manglende samarbejde og helhedssyn. Dette skal der rettes op på med centerdannelsen. Som en anden stærk tendens fremhæves, at man i afdelingssystemet fokuserede på de ”fine” patienter, som gav afdelingen prestige:

*”Før behandlede vi f.eks. AIDS-patienter, leukæmipatienter, svære blodsygdomme og meget specialiserede tarmsygdomme. Vi havde 5 - måske 10 - patienter om året, men det var fint. De hyppige almindelige patienter, dem var der ingen, der interesserede sig for”. (Repræsentant fra Direktionen)*

*”Lægerne havde det med at bygge det ene elfenbenstårn ved siden af det andet, hvor de sad og prøvede at samle på fine diagnoser – ”nej nu har jeg 127 colitis ulcerosa, du har kun 112, så er jeg finere end dig for de går i mit ambulatorium. Jeg ser dem en eller to gange om året, men uha hvor er det fint”. Det var ikke nær så fint at tage sig af rygerlunger, causa socialis, geriatri og apopleksi”. (Centerchef)*

Informanterne beskriver, hvordan der i afdelingssystemet har været en tendens til at betragte visse patientgrupper som finere end andre. Denne tendens til at profilere sig på at behandle sjældne patientgrupper skyldes ikke direkte afdelingssystemet, men den opnåede prestige har været en magtfaktor i afdelingernes indbyrdes kamp. Tendensen har dermed virket som barriere for samarbejde på tværs af de medicinske afdelinger. Derfor indgår det som en del af Medicinsk Center at fokusere på almindelige medicinske sygdomme og at gøre de tidligere lavstatus- til højstatuspatienter.

Alle informanterne fra ledelsesniveauerne præsenterer ovenstående beskrivelse af afdelingssystemet, og udtrykker ønsker om at gøre op med disse tendenser. De omtaler alle afdelingskulturen i datid, som om disse handlingsrutiner er ophørt med indførelsen af Medicinsk Center. Hermed spores en tendens til, at man diskursivt har gjort op med de handle-mønstre, der var karakteristisk for afdelingssystemet. Rutinerne bliver nu beskrevet i negative termer, hvilket understreger en bevidsthed hos den enkelte informant om, at centerdannelsen lægger op til kontrasterende værdier og handle-mønstre. Dette kunne antyde, at der i organisationen er åbnet op for en relativt rationel implementering af en centerkultur baseret på samarbejde og helhedstænkning. På trods af den gennemslagskraft vi oplever diskursivt, er det ikke indlysende, at organisationen har formået at gøre op med afdelingssystemets værdigrundlag, når det gælder aktørernes handlen.

*”Jeg synes, det var et ø-samfund at komme til. Nu er der bygget broer imellem, så man kan besøge hinanden. Det synes jeg er fint. Der var nogle gange, jeg sejlede op på stranden og sagde: ”hej - her er jeg”, og de sagde: ”Kan du så komme ud”. (Klinikoversygeplejerske)*

Pågældende informant har haft en klar fornemmelse af de barrierer, afdelingskulturen har sat op. Nu bliver der peget på, at Medicinsk Center har formået at skabe et vist fællesskab, så man på tværs af klinikkerne ikke længere er så negativt indstillet over for samarbejde som tidligere. Der er bygget broer mellem klinikkerne, så man kan mødes på midten, og ikke længere bliver forvist fra det fjendtlige kongerige.

Som nævnt er der en enkelt informant, som ikke mener, at man som organisation har bevæget sig ret langt ved at danne Medicinsk Center.

*”Jeg synes stadig, vi arbejder i små selvstændige klinikker. Jeg har ikke noget konkret at hænge det op på, for vi har ikke været ude i nogle gevaldige alvorlige diskussioner, men jeg tror egentlig, at hvis vi kom ud i en diskussion om:*

*"hvad gør vi her?", så tror jeg desværre, at vi stadig hypper vore egne kartofler. Vi har ikke nået at lære det der med, at vi er en stor enhed". (Klinikoversygeplejerske)*

Informanten formulerer her meget direkte, at så længe der ikke er potentielle problemer mellem klinikkerne, så fungerer samarbejdet gnidningsfrit, selv hvis man ikke har dannet en fælles referenceramme for centeridentiteten. Det er nemlig først, når der opstår uenighed, at man kan bedømme, om man har opnået en fælles identitet at basere sine handlinger på. Ifølge informanten har der endnu ikke været de store konflikter, men det er personens klare overbevisning, at afdelingssystemets kulturelle normer fortsat er fremherskende, selvom vedkommende holder en dør på klem mht., at klinikkerne over tid kan socialiseres til centerkultur. Informanten reflekterer videre over de konsekvenser en øget fællesskabsfølelse kan forventes at medføre.

*"Jeg synes nogle gange, det handler om, at vi vil ty til hinanden og sige: "kan du hjælpe mig?". Man kunne også vende det om og sige: "hvordan finder vi nogensinde ud af, om vores arbejdsgange er tilfredsstillende tilrettelagt?". Hvordan finder vi ud af, om vi gør det godt nok. Hver gang jeg får en tom seng, så får jeg pludselig en af de andres patienter. Det er ikke motiverende for personalet. Det er dejligt med en gulerod forude, men den har vi ikke på den måde, det er tilrettelagt. Jeg kunne godt tænke mig, at vi prøvede den model, hvor vi fandt ud af, om vi i alle klinikker er lige gode til at udskrive og lægge planer for patienterne, og om vi har samme holdning til, hvornår en patient skal hjem. Vi kigger ikke hinanden over skulderen. Vi er som ledere så hamrende loyale over for hinanden". (Klinikoversygeplejerske)*

Informanten peger her på, at den identitet, som forventes at opstå, vil virke hæmmende for udvikling og effektivisering. Informanten kæder centerkulturen sammen med det, at man i forbindelse med overbelægnings afhjælper hinandens problemer ved at modtage patienter, der i realiteten hører til på andre medicinske klinikker. Dette er det tætteste vi kommer på en direkte definition af, hvad informanten tillægger fællesskabet i Medicinsk Center. Definitionen er meget snæver, og informanten anskuer denne centeridentitet som barriere for en evaluering af arbejdstilrettelæggelsen, da man nu i højere grad forventes at være loyale fremfor at konkurrere på effektivisering af arbejdsgange mellem klinikkerne. Centerdannelsen byder ikke på nogen incitament for medarbejderne på dette område, når en forbedring af arbejdstilrettelæggelsen i den enkelte klinik blot medfører nye patienter i de tomme senge. Der opleves altså en konflikt mellem det at indgå som en del af et center og det at leve op til forskelligartede krav fra omgivelserne om effektiviseringer. Citatet manifesterer, at der fortsat er store barrierer forbundet med at opnå en fælles identitet, bl.a. fordi klinikkerne ikke åbner op for indbyrdes evalueringer. De mener stadig at have modsatrettede interesser - den tendens er ikke blevet nedbrudt ved at danne Medicinsk Center. Informantens snævre syn på, hvad centeridentiteten indeholder på nuværende tidspunkt, skal ikke ses som udtryk for en mere negativ holdning til samarbejdet end resten af ledergruppen, men er snarere en kritik af, at samarbejdet ikke er mere omfattende og indeholder incitamentsstrukturer, der kan fastholde og forpligte aktørerne. Informanten efterlyser altså en yderligere udvikling af rationalitet i styringsrelationerne. Samtidig viser citatet en mere nøgtern forholden sig til, hvor langt man som organisation er nået i udfyldelsen af den tomme skal, Medicinsk Center. Man er blevet enige om mindste fællesnævner ved at hjælpe hinanden i overbelægningsituationer. De større udfordringer, såsom eksempelvis evalueringer af klinikernes arbejdstilrettelæggelser, som kan skabe indbyrdes splid, ligger forude. Dette må betragtes som naturligt, da centerdannelsesprocessen er i sin initiale fase.

En af lederne fremhæver kritisk, at der ikke på forhånd er udstukket en fælles referenceramme som udgangspunkt for dannelsen af en identitet.

*"Centerdannelsen har været præget af mange omstillinger - af nye spilleregler for den nye organisation, og dermed opdager man også problemer hen ad vejen. Der synes jeg nok, spillereglerne skulle have været præsenteret den dag,*



*man åbnede Medicinsk Center: ”nu skal I se, sådan starter Medicinsk Center, og sådan og sådan forventer vi, at samarbejdet bliver fremover”. (Klinikoversygeplejerske)*

Det åbner op for, at der kan opstå uenighed om, hvad samarbejdet skal indeholde. Heraf følger at samarbejdet netop kommer til at bestå af mindste fællesnævner og at de områder, hvor klinikkerne har modsatrettede interesser. Ikke bliver inddraget. Informantens kritik fokuserer på, at klinikkerne ikke i højere grad er blevet dikteret omfanget af det samarbejdsområde, der skal ses som basis for dannelsen af centerånden. Informantens fokus på samarbejdet som barrierer for udvikling er netop et udtryk for, at vedkommende ikke på nuværende tidspunkt ser omdrejningspunktet i centret som tilstrækkeligt omfattende. Samtidig udtrykker informanten dog en holdning, som er generel for alle klinikledelserne:

*”Det kan ikke nytte noget, at jeg kun går med klinik Xs [vores anonymisering] briller på. Jeg skal se det som et hele, og det er vi ikke gode nok til. Jeg mener heller ikke, at nogen kan fortænke mig i, at mit hjerte banker for X. Det er min klinik, og den vil jeg gerne have bliver god. Et godt sted at være for patienterne”. (Klinikoversygeplejerske)*

Generelt må man sige om klinikledelsernes holdning til dannelsen af en centerkultur, at den er præget af, at man diskursivt og bevidsthedsmæssigt er nået forholdsvis langt i opgøret med de tendenser, der skal gøres op med, og som var bundet til afdelingssystemet. Der er enighed om, at den struktur, hvor afdeling kæmper mod afdeling, ikke er holdbar, og at man med centerdannelsen stræber efter ”noget andet”. Problemet er så at opnå enighed om og definere, hvad dette ”noget andet” består af - hvad man bevæger sig hen imod - hvad der udgør identiteten. Informanterne beskriver samstemmende problemer med at lade handling følge ord. Man er langsomt på vej væk fra det kampscenarie, der har været karakteristisk, og er kun i ringe grad i stand til at sætte ord på den centeridentitet, der er under opbygning. Kun en enkelt informant giver et relativt klart bud på en definition af, hvad identiteten omfatter på interviewtidspunktet. Personen er af den opfattelse, at man indtil videre kun har formået at opnå et samarbejde om klinikernes mindste fællesnævner, hvorimod man ikke har integreret potentielle konfliktområder i den fælles referenceramme. Informanten er dog varm fortaler for inddragelse af de områder, der kan opfattes som problemfyldte af de respektive klinikker, for at opnå et bedre sundhedsvæsen. Generelt peges på det svære i balancen mellem at være en del af og repræsentant for klinikken og dens medarbejdere samtidig med, at man skal tænke i centret som en helhed og de fælles interesser. Klinikledelserne udtaler sig meget langt hen ad vejen rationelt om ændringerne. De kan se fornuften i at bevæge sig væk fra afdelingssystemet, men samtidig beretter de, at det er en svær proces at komme gamle vaner, rutiner og handlemønstre til livs (March & Olsen 1989). Der er mange informanter fra lederniveauet, der efterlyser mere rationelle styringsrelationer, end de der er resultat af centerdannelsen. Centerledelsen bakker op omkring disse generelle betragtninger.

*”Det er svært at få integreret, men jeg synes vi bevæger os den rigtige vej”. (Centerchef)*

Centerchefen udtrykker her det problematiske i at opnå en fælles identitet, men mener at der er en begyndende udvikling i positiv retning.

#### *Fælles møder*

I organisationen er der udover ovenstående generelle betragtninger en række møder, der har deltagelse af alle klinikledelserne samt centerledelsen. Der kan man mere direkte observere handlemønstre og derfor se, om det organisatoriske fællesskab har udmøntet sig i dannelsen af en identitet, der rækker videre end blot informanternes udsagn. Man kan altså observere, om der er overensstemmelse mellem informanternes udsagn og handlinger. Af disse møder må to anses som meget centrale, da vore informanter refererer ofte til dem i interviewene. Den første situation er

visitationsmødet, som afholdes hver dag med deltagelse af klinikoversygeplejerskerne, centerledelsen samt evt. andre interesserede. Formålet med visitationsmødet er at fordele den akutte modtageklinik patienter ud på de respektive klinikker. Mødet giver mulighed for at se, i hvor høj grad aktørerne har gjort op med den afdelingskultur, hvor man kæmper indbyrdes og kun vil have de fine patienter. Den anden situation er klinikledelsesmødet, der er et ugentligt møde med deltagelse af klinikledelserne og centerledelsen. Mødet har til formål at samle trådene i centret, og er det forum, hvor fælles problemer bliver taget op og diskuteret. Igen kan det observeres, hvor langt man er nået med dannelsen af en identitet ved at fokusere på de indbyrdes handlemønstre. Samtidig kan man undersøge, hvilke problemstillinger der bliver betragtet som et fælles anliggende, og derfor bliver taget op på mødet. Vi vil i analysen se på informanternes beskrivelser af mødesituationerne, men også inddrage egne observationer i forbindelse med vor deltagelse i møderne.

### *Visitationsmødet*

Visitationsmødet må ses som et kernepunkt i opgøret med afdelingskulturen. Netop i den situation, hvor patienterne skal fordeles mellem klinikkerne, er der rig mulighed for at hævde egen klinik på fællesskabets bekostning ved at forsøge at undgå lavstatuspatienterne og ved at udvise modvilje mod at afhjælpe overbelægningsproblemer i de andre klinikker. Visitationsmødet har tidligere haft funktion som arena for kampen mellem afdelingerne. Spørgsmålet er så, om aktørerne er fastgroet i denne identitet, eller om mødet har fået en ny funktion, hvor man i højere grad er villige til at hjælpe hinanden på tværs af klinikgrænser med udgangspunkt i en nydannet fælles identitet. En informant giver en repræsentativ beskrivelse af visitationsmødets forløb:

*”Det foregår faktisk forbavsende fredeligt. Det er jo om at slippe af med patienterne. Det er jo stadig det, det handler om derovre”. (Klinikchef)*

Igen ses konflikten mellem det at være en del af et center og det at være repræsentant for egen klinik. Som klinikkens repræsentant skal man beskytte egen enhed, mens centerdannelsen kræver en indbyrdes aflastning. Informantens udsagn antyder, at aktørernes adfærd er dæmpet, men endnu hælder mest til at beskytte egen enhed.

*”Vi er blevet bedre til at håndtere situationen, men jeg synes ikke, det er optimalt. Der er et stykke vej endnu”. (Klinikoversygeplejerske)*

Citatet antyder, at mødedeltagerne ikke altid handler efter hensigten, hvilket i høj grad underbygges af den sidste informant. Informanten beskriver måske nok en bedring i mødeaktørernes handlen, men antyder, at man over tid kan nå meget videre og informanten underbygger sin holdning:

*”typisk så sidder man jo og kigger ud af vinduet, når diagnosen er *causa socialis*”. (Klinikoversygeplejerske)*

Citatet rammer et centralt område i centerdannelsen, hvor man netop skal forbedre holdningen til disse tidligere lavstatuspatienter. Informanten beskriver her, at når det gælder reelle handlinger, så halter det bagefter, selvom man er bevidst om de ændringer, der skal ske og er i stand til at formulere disse mundtligt.

Centerledelsen sidder som noget nyt med ved visitationsmøderne, og de har denne oplevelse af situationen:

*”Åh, skal jeg have den her patient - det gider jeg ikke. Skal den her sociale patient virkelig ligge i mine specialesenge?”. Den holdning er nok ikke lige så skarp mere, som den var før i tiden”. (Centerchefsygeplejerske)*

Centerchefspsygeplejersken præsenterer en bedring, men holder dog fast i, at hovedsynspunktet er, at klinikkerne fortsat prøver at undgå patienter og i særdeleshed lavstatuspatienter. Der fokuseres igen på, at der er sket en holdningsændring, men at det kniber med ændringer i handlemønstrene. Holdningsskredet må tilægges en væsentlig betydning taget i betragtning, at det Medicinske Center endnu er relativt nyt. Centerchefen følger op med en beskrivelse af det dilemma, man udsættes for i forbindelse med fordelingen af patienterne.

*”Generelt set er der en betydelig loyalitet, men vi sidder jo i dilemmaet, at dem der er flittige og hurtige til at sende folk hjem, de skal ikke belønnes med at få det, de andre ikke gider have. Det er en meget politisk balance”. (Centerchef)*

Centerchefen udtrykker en overordnet tilfredshed med det samarbejde, der lægges for dagen på visitationsmødet, og tager endnu engang fat på den balancegang, der er mellem at tilgodese de enkelte klinikker og at fungere som et integreret fællesskab. Han beskriver balancegangen som politisk, hvilket antyder, at der potentielt er konflikter i at fordele patienterne til alle klinikkers tilfredshed. Mødet opfattes altså ikke som ukompliceret og rutinepræget, idet aktørerne fortsat er bærere af den socialisering og de kulturmønstre, der var fremherskende i afdelingssystemet.

Generelt viser citaterne, at aktørerne er opmærksomme på den tidligere organisationsforms kulturelle barrierer for dannelsen af en centeridentitet, og de forholder sig til dem på såvel det bevidsthedsmæssige som det diskursive plan. Aktørerne er dog alle enige om, at man som gruppe ikke altid handler efter hensigten. Centerledelsen har forsøgt at bryde langsomt med disse vaner og rutiner ved hjælp af en bevidst strategi – nemlig ved at deltage i møderne. Herved udfylder de en interessant funktion.

*”Det betyder noget, at man indimellem lader folk sige de negative ting, fordi jo flere gange de siger det og ikke bliver mødt med forståelse, eller der bliver sagt: ”nej, det kan du da ikke mene”, jo hurtigere tror jeg det forsvinder. Så finder man ud af, at det er uhensigtsmæssigt, at man siger det, og der bliver mindre og mindre forståelse for det fra de andres side”. (Centerchefspsygeplejerske).*

Centerchefspsygeplejersken beskriver sin egen funktion på mødet som opdragende. De vaner, rutiner og handlemønstre, der er baseret på afdelingssystemet, får lov at udfolde sig, hvorefter de mødes med misbilligelse af centerledelsen. På den måde socialiseres aktørerne langsomt til en fælles identitet og der dannes nye handlemønstre på denne baggrund. Centerchefen uddyber:

*”Jamen, de andre kunne også godt fordele patienterne, men som man må konstatere den ene gang efter den anden, så skal man opdrage - folk skal mindes om det gode regelmæssigt”. (Centerchef)*

Centerledelsen observerer fortsat handlemønstre, som ikke er baseret på en fælles identitet på visitationsmødet, men de udviser strategisk omtanke ved at lade de negative tendenser få rum, for derefter at korrigere mødedeltagerne, så de hen ad vejen opnår at få indsocialiseret centeridentiteten. Der benyttes en bevidst pædagogisk ledelsesstil, hvor centerledelsen på baggrund af erfaring ser forandringen som en proces, hvor deres opgave er at bevidstgøre aktørerne om den rette identitet og fællesskabsfølelse, og samtidig sørge for, at handlemønstrene følger denne bevidstgørelse. Dermed bliver mødet et kernepunkt i udfyldelsen af Medicinsk Centers tomme kulturelle skal, hvor deltagerne lærer nye handlemønstre. Man kunne ud fra en nyinstitutionel vinkel forvente en vis modstand mod denne socialisering fra mødedeltagerne, men dette er ikke tilfældet.

*”Jeg betragter det som en stor og god ting, at centerledelsen er med. Vi har oplevet, at visitationen har været utrolig svær. Nu er vi i en nedbrydningsfase, hvor vi skal føle os som et Medicinsk Center. Vi skal lære i højere grad at deles*

*om patienterne og acceptere ikke kun at se speciale-mæssigt på tingene. Det har en klar funktion, at de sidder med. Det kan godt være ad åre, at deres deltagelse ikke bliver nødvendig, når vi har vænnet os til at være et center. Jeg tror klinikovversygeplejerskerne ser det som en lettelse, at centerledelsen deltager, for så er man fri for internt at skulle sidde og skændes om patienterne". (Klinikovversygeplejerske)*

Informanten ser barrierer og påpeger, at centerledelsens mødedeltagelse har en klar funktion, i hvert fald indtil man har lært nogle nye handle-mønstre. Vedkommende udtrykker ikke modvilje mod denne socialisering, men ser det snarere som en lettelse, at man ikke længere skal følge gamle vaner og rutiner, men nu ved centerledelsens hjælp tvinges til at opbygge en ny identitet. Det må opfattes som et nybrud, at informanten er indstillet på at tage ved lære og på sigt er indstillet på at ændre egne handlinger.

Vi har selv haft mulighed for at deltage i møderne, og har derfor kunnet observere aktørernes handle-mønstre. Møderne forekommer temmelig formløse, idet omgivelserne er kaotiske. Der er en rutine, hvor man hver dag gennemgår status i de enkelte sengeafsnit mht. under-/overbelægning, for derefter at fordele den enkelte patient. Det er dog vor overbevisning, at denne rutine ikke gennemføres efter hensigten. Mødedeltagerne kommer jævnligt for sent, der tales i mobiltelefoner under mødet, og ofte foregår der op til flere samtaler hen over bordet under mødet. Vi har på *intet* tidspunkt observeret, at mødedeltagerne direkte har skændtes om patienterne, men vi har på den anden side kun én gang oplevet, at en mødedeltager har sagt, at vedkommende havde plads i klinikken, og derfor kunne tage ekstra patienter. Vi vurderer, at der til visitationsmødet fortsat foregår et spil om at undgå patienterne. Man kan tydeligt se, at deltagerne, som en informant ytrer, kigger ud af vinduet, når der tales om en patient, man ikke ønsker i klinikken. De kaotiske omgivelser giver også aktørerne rig mulighed for at engagere sig i en diskussion eller lignende, så det virker mere naturligt, at man ikke deltager direkte i patientfordelingen. Vi vurderer, at disse omgivelser kan være medvirkende til, at de gamle handle-mønstre bliver sværere at nedbryde, da man som enkeltaktør får mulighed for at "gemme" gamle vaner og rutiner i udenomsaktiviteter.

Det skal nævnes, at den periode, hvor vi har deltaget i visitationsmøderne, har været præget af massive overbelægnings i Medicinsk Center samtidig med, at der har været megen sygdom blandt personalet. Dette har givet sig udslag i, at aktørerne til tider har følt sig voldsomt belastet, og derfor har nogle af møderne været præget af, at aktørerne har klaget over arbejdsbelastningen. Denne situation har bestemt ikke medvirket til, at det har været lettere for aktørerne at finde overskud til at hjælpe hinanden. Det har da også været kendetegnende, at man netop på disse møder har været mindre villige til at samarbejde

Alt i alt vurderer vi, at informanterne giver et forholdsvist præcist billede af visitationsmødet. Aktørerne er bevidste om, at de skal gøre op med afdelingskulturen, og de formulerer dette eksplicit. Til gengæld er de yderst selvkritiske, når det gælder en evaluering af de handle-mønstre, der udspiller sig på mødet. Informanterne er opmærksomme på at der er lang vej igen, før man har opnået et optimalt samarbejde på baggrund af en fælles referenceramme og kultur. Informanters udsagn om, at ændringerne skal tvinges igennem, stemmer godt overens med vore mødeobservationer. Centerledelsen er opmærksom på dette, og bruger som strategi at deltage i møderne for at opdrage de andre aktører.

#### *Klinikledelsesmødet*

Klinikledelsesmødet er et ugentligt møde med deltagelse af samtlige klinikledelser samt centerledelsen. Mødet har til formål at samle trådene i centret, og er det sted, hvor fælles problemer bliver taget op og diskuteret. Igen kan det observeres, hvor langt man er nået med dannelsen af en identitet ved at fokusere på de indbyrdes handle-mønstre, men også ved at undersøge hvilke problemstillinger, der bliver betragtet som et fælles anliggende og derfor bliver taget op på mødet. Mødet er eneste fælles forum for hele ledergruppen, og må derfor betragtes som det sted, hvor centrets

dagsorden sættes, og det besluttes, hvilke områder der inddrages i centeridentiteten. Analysen af mødesituationen vil være baseret på informanternes egne udsagn og vore egne observationer.

Informanterne beskæftiger sig mindre med klinikledelsesmødet end visitationsmødet i interviewene, men på trods af det, angiver de alle alligevel, at mødet har en stor betydning for centrets udvikling. Det, som otte ud af tolv informanter fra ledergruppen fremhæver som af størst betydning, er de personlige relationer, der opstår på baggrund af mødet.

*”Jeg tror, det betyder meget. Der sidder de andre, og de kan noget. Måske kan vi bruge dem til noget, og måske kan vi også bede om noget”. (Repræsentant fra fysioterapeuternes ledelsesgruppe )*

*”Vi mødes en gang om ugen. Du får et helt andet ansigt på de andre klinikledelser, og har et helt andet forhold. Også når du kommer ind i de vanskelige problemer, som vores idelige overbelægning. Der skal et godt tømret sammenhold til, at man ikke farer i flæsket på hinanden i tide og utide, og der fungerer det ved, at man kender hinanden og kan snakke om tingene. Der er milevis forskel fra tidligere, og jeg synes, det er lykkedes fornuftigt”. (Klinikchef)*

De to citater understreger alle, hvor vigtigt det er at mødes og lære hinanden personligt at kende. Den første informant opfatter det nærmest som en åbenbaring at få nogle sparringpartnere, som kan være én til hjælp, og som man kan kommunikere med. Informanten står da også i en helt ny situation, da vedkommende ikke har haft et veludviklet netværk med ledere på samme formelle niveau indenfor egen faggruppe, og derfor i høj grad er blevet beriget med sparringpartnere i forbindelse med klinikledelsesmødet. Citatet er dog meget sigende i den forstand, at det er et glimrende udtryk for, at man ikke tidligere har holdt fælles møder og gjort brug af hinandens ekspertise. Den anden informant fremhæver ligeledes det personlige kendskab til de øvrige klinikledelser som bærende for samarbejde og som prævention mod de tidligere afdelingskampe. Vedkommende vurderer, at alene det, at man kender hinanden og taler sammen, har betydet en eklatant forbedring af sammenholdet

En enkelt informant er ikke helt tilfreds med klinikledelsesmødernes forløb:

*”Der mangler noget systematik på den måde, at alle siger, hvordan ser det ud med liggetiderne, hvordan ser det ud med budgetterne, altså de der mere formelle ting, så der bliver gjort status en gang om måneden. Det er meget akutte opgaver evig og altid. Jeg synes, vi mangler at hæve os lidt op”. (Anonymt citat)*

Der efterlyses faste rutiner for mødet, hvor man tager fat på fremsynede og principielle problemstillinger fremfor kun det akutte plan, når der opstår et aktuelt problem i Medicinsk Center. Man har endnu ikke inddraget disse perspektiver i klinikledelsesmøderne, og det medfører ifølge informanten, at man ikke er i stand til at hæve sig op over mængden og udvikle sig som organisation. Denne overvejelse stemmer godt overens med vor tidligere kritiske informant, som kritiserer den manglende definition af samarbejdet og det yderst begrænsede fællesskab med fokus på dette akutte plan. På trods af at man indtil videre først og fremmest samarbejder om de områder, hvor klinikkerne ikke har konflikterende interesser, så viser de nedsatte grupper spæde forsøg på at definere og udvide identiteten. Der er altså intentioner til stede om at udvikle sig.

#### *Dekobling og organisatorisk hykleri?*

De betragtninger, der er trukket frem i løbet af kapitlet, profilerer først og fremmest den nyinstitutionelle tilgang. Det er derfor naturligt at pege på begreberne dekobling og organisatorisk hykleri, som på baggrund af henholdsvis Meyers & Rowans (1991) og Brunssons (1994) betragtninger, sætter dagsordenen for forståelse af forandringer. Begrebet dekobling pointerer, at organisationen udfører ceremoniel symbolpolitik, der i høj grad signalerer forandringsvillighed i

forhold til omgivelserne (Røvik 1998). Symbolpolitikken anvendes til at håndtere konflikten mellem omgivelsernes krav og de socialiserede handlingsregler, som organisationen bygger sin identitet på. Der skabes et klart skel mellem den nye organisationsform og de daglige aktiviteter, som fortsat udføres på baggrund af gamle vaner (March 1995). Når Brunsson (1994) bruger begrebet organisatorisk hykleri henviser han bl.a. til, at modsætningsforholdet kan aflæses på forskelle i diskurs og handlemønstre. Denne tendens er særdeles fremtrædende i Medicinsk Center. Lederne udtaler gang på gang, at den værdibetragtning, som lå i afdelingssystemet, var yderst uheldig. Det er en generel holdning, at man skal gøre op med denne. Det er dog samtidig tydeligt, at de vurderer, at handlemønstrene stort set ikke er ændrede. Der handles fortsat ”passende” på baggrund af socialisering i afdelingssystemet. Dekobling og organisatorisk hykleri er hermed meget karakteristisk for den identitetsdannelse, der sker i Medicinsk Center. Denne er dog helt naturlig i betragtning af, at centret er forholdsvis nystartet. Dekobling kan skyldes såvel bevidst som ubevidst handlen (Brunsson 1994, Røvik, 1998). I Medicinsk Center kunne spores en kombination af disse træk. Det skal pointeres, at centret er kommet relativt langt med hensyn til at gøre op med de indsocialiserede holdninger på relativt kort tid.

### **Hierarki**

Interviewcitatene afspejler refleksioner over de tiltænkte skelsættende brud med de værdier og handlemønstre, der var indlejret i afdelingssystemet, men som forventes ændret ved at inddrage centerledelsen som et nyt hierarkisk led. I dette afsnit vil vi tage udgangspunkt i, at centerledelsen som nyt hierarkisk niveau skal samordne klinikkerne, så de er en del af et fællesskab, og ikke længere selvstændige og enerådige over planlægningen af den overordnede drift og klinik. Det er derfor interessant at undersøge, om det nye indskudte hierarkiske led bliver opfattet positivt eller negativt af aktørerne, og endvidere om der kan spores accept af samordningen. Informanterne har stort set de samme holdninger til centerniveauet, men baggrunden for deres overvejelser er vidt forskellige. Der inddrages overvejelser om såvel centerledelsens personlighed, dens måde at varetage opgaverne på og klinikledelsens holdning til de opgaver, de har måttet aflevere til centerniveauet. Informanterne inddrager endvidere overvejelser om ændringens indvirkning på organisationens ressourcer og det daglige praktiske arbejde. En klinikchef udtaler:

*”Tiden er løbet fra afdelingsledelse, og der er heller ikke penge til det. Hvis vi alle skal løbe til direktionen, kunne de jo ikke lave andet end at tale med hver afdeling, så det er fint med en centerledelse der kan koordinere det”. (Klinikchef)*

Her i citatet fremhæver informanten, at centerstrukturen diskursivt er manifesteret og socialt autoriseret (Røvik 1998:37). Der reflekteres over det tidligere afdelingssystem, som for informanten ikke var det optimale. Analytisk er der sket en deinstitutionalisering af afdelingssystemet, da det ikke var tilstrækkeligt effektivt og optimalt. Vedkommende giver udtryk for en negativ signaleffekt i den forstand, at afdelingssystemet bliver et symbol på det gamle og umoderne.

En anden informant knytter økonomi og optimale patientforløb sammen i en rationel forklaringsramme:

*”Man gør det for at spare, men fordelene er helt klare, at du får et lettere patientflow, du får et lettere samarbejde mellem nogle alligevel nært beslægtede specialer, patienterne havner lettere det sted, hvor de får en optimal behandling”. (klinikchef)*

Der er kun én informant i ledergruppen, der rejser spørgsmålet om omkostningerne ved at indføre et ekstra bureaukratisk hierarkisk led:

*”Hvad skal man med det ekstra led. Det må have kostet mange penge, men det er selvfølgelig godt nu, for vi får informationer hurtigere end vi gjorde før”. (Repræsentant for fysioterapeuternes ledelsesgruppe)*

Den første tanke informanten har er økonomien, og denne tanke overføres eksplicit på det, at et nyt hierarkisk led må være at betragte som en økonomisk belastning. Tanken får alligevel ikke informanten til at stejle og modsætte sig ideen, for det opleves som en lettelse i dagligdagen, da informationerne hurtigere når frem til det rette sted end tidligere.

Tre andre informanter udgør en tydelig markering af, hvordan informanterne opfatter centerledelsens rolle. Betydningen af hvilke personer, der besidder posterne, bliver tillagt stor vægt

*”Jeg har en klar opfattelse af, at centerledelsen har lettet mange af vores daglige arbejdsgange, så vores vej op i systemet er blevet kortere. Jeg føler, at centerledelsen er vores direktion, men det skyldes nok også, at de personer der sidder i centerledelsen er meget perfekte til deres job”. (Klinikoversygeplejerske)*

*”Jeg synes, vi har fået en god centerledelse. De tager deres opgaver alvorligt”. (Klinikchef)*

*”I princippet er jeg imod lange hierarkier, men her er det godt, fordi det er gode folk der sidder i centerledelsen”. (Klinikoversygeplejerske)*

De tre informanters udsagn giver et dækkende billede af ledernes holdning. Den første informant fremhæver, at der er kommet en kortere kommandovej, selv om der er indskudt et ekstra led. Denne accept af hierarkiet skyldes overvejende tilfredshed med den måde centerledelsen varetager opgaverne på. Informanten præsenterer en klar opfattelse af, at centerledelsen i meget høj grad varetager klinikkernes interesser. Den anden informant påpeger, at personerne i centerledelsen er grundige og energiske, hvilket konstituerer en god og respekteret ledelse. Endelig udtrykker den sidste informant skepsis over for lange hierarkier, men i denne situation accepterer vedkommende det nye led, fordi centerledelsens bliver opfattet som en gevinst for centeret.

På direktionsplan er der en klar fornemmelse af accept af det indskudte led blandt klinikkerne. Centerdannelsen har nemlig påvirket direktionens daglige arbejde.

*”Nu klarer de selv problemerne ude i klinikkerne, og jeg kan mærke min telefon ikke ringer så meget mere. Det har givet os i direktionen mere tid til det strategiske arbejde”. (Repræsentant fra Direktionen)*

Informanten påpeger, at der er sket en klar aflastning af direktionen, da klinikkernes ansatte ikke længere henvender sig direkte. Der er skabt en forståelse for, at den hierarkiske vej går gennem centerledelsen, som hermed har fået en stærk og accepteret plads i hierarkiet. Det er nu kun de overordnede problemfelter, der diskuteres med direktionen. Dette er et klart eksempel på, at hierarkiet er blevet implementeret i klinikkerne, hvor aktørerne før gik til direktionen med tvivlsspørgsmål. Nu er det på centerledelsesniveau, at disse problemer løses. Vælger aktørerne at dekode og gå direkte til direktionen fremfor til centerledelsen med spørgsmålet, bliver det ikke behandlet i direktionen – aktørerne bliver sendt tilbage til centerledelsen. Aktørerne tvinges til at løse problemerne i eget center, og dermed lukkes muligheden for dekopling hos de enkelte aktører. Det viser en klar styrkelse af den lokale ledelse samt tendenser til samordning af klinikkerne.

En anden vigtig begrundelse for den overvejende positive holdning til centerniveauet er holdningen til de administrative opgaver, som nu i høj grad varetages af centerniveauet. Der ses nemlig en tendens til, at klinikcheferne ikke er udpræget henrykte for administration, men hellere vil tage sig af de kliniske opgaver.

*"Administrationsopgaver er ok, men det interesserer mig ikke så meget. Jeg er interesseret i det kliniske". (Klinikchef)*

*"Mit drømmejob vil bestå af 25% forskning, 25% undervisning og 50% patientorienteret arbejde". (Klinikchef)*

Pointen i citaterne er, at det kliniske arbejde har høj prioritet, mens det administrative er vægtet mindre. Især det sidste citat er interessant. Vedkommende besidder stillingen som klinikchef, men udtrykker, at administration bestemt ikke er noget vedkommende prioriterer. Hvis man forestiller sig, at dette ikke er et særsyn, men tværtimod noget mere generelt for de personer, der besidder de ledende poster på hospitalerne, lader dette et noget dystert billede af ledelsessituationen tilbage. Hvis holdningen generelt er den, at administration og ledelse ikke prioriteres, må man forestille sig et eklatant tomrum, der har behov for udfyldelse.

En tredje klinikchef udtrykker dog, at stillingen indebærer:

*"60% administration og 40% klinisk arbejde" (Klinikchef)*

Længere fremme i interviewet fremhæver informanten, at man evt. kunne få decentraliseret lønkontoret ud på de forskellige klinikker, og om muligt få delt uddannelsesafdelingens budget ud på de respektive klinikker, så hver enkelt klinik har råderet over en del af budgettet. Her bliver der givet udtryk for ønsket om at styrke den lokale ledelse samt valgfrihed mellem handlingsalternativer, så rammerne ikke længere bliver dikteret fra toppen af hierarkiet. Beslutningerne tværtimod lægges ud til hospitalets mellemledere. Klinikchefens orienteringsverden er tydeligt præget af centertanken, og vedkommende tænker administrativt. Eksplicit kan det tolkes, at aktøren ønsker øget decentralisering af funktionerne, så centeret får valgfrihed. Derigennem kan hierarkiet virke som instrument for ændring i handlemønstre. En nærmere analyse af personens interview viser, at vedkommende i flæng anvender ord som: "planlægning af ansættelser, samarbejde med driftsafdelingen, sekretærenes arbejdsforhold, arbejdstilrettelæggelser, ferieplanlægning, demokrati tager tid, kulturproblemer mellem Elektivt Kirurgisk Center og Medicinsk Center og demokratiske beslutningsprocesser". Dette ordvalg viser en klar orientering mod administrative opgaver. Informanten ser positivt på, at centerledelsen tager sig af den overordnede administration, og der spores mange refleksioner over egne handlinger i forhold til centerdannelsen.

Fra direktionens side bliver centerledelsens og klinikledelsernes funktioner analyseret på følgende måde:

*"I afdelingssystemet skulle den ledende overlæge styre både det kliniske og driften af afdelingen, og det var ret belastende for dem, og i øvrigt gjorde de det ikke tilfredsstillende. Det er bedre nu, for centerledelsen skal tage sig af den overordnede drift, så der bliver mere plads til de kliniske opgaver i klinikkerne. Det er nødvendigt at dele administrationen og klinikken, men det skal ske i tæt samarbejde". (Repræsentant fra Direktionen)*

Repræsentanten fra direktionen påpeger, at ledelsen fremover skal splittes op i to grene. Centerniveauet skal koncentrere sig om klinikkernes samlede drift, og klinikcheferne skal primært styre den kliniske og forskningsmæssige profil ude i klinikkerne. Det skal kompensere for, at driften af afdelingerne tilsyneladende ikke er blevet varetaget



optimalt. Personen henter netop sit argument og sin erfaring fra afdelingssystemet, hvor de ledende overlæger ikke var rustet til at varetage begge opgaver tilfredsstillende. For at løse de vitale opgaver, må der etableres en skillelinie mellem administration og klinik, men samtidig er det nødvendigt med et frugtbart samarbejde for at få tingene til at gå op i en højere enhed.

Det fremgår tydeligt, at man på baggrund af reformen kan genfinde tegn på styrkelse af det hierarki, der ses som midlet til at få målsætningerne omsat i konkrete handlinger. Der er en udpræget accept af det indskudte centerniveau. Denne billigelse er først og fremmest negativt motiveret i og med, at accepten er baseret på, at centerniveauet varetager de opgaver, der alligevel ikke er interesse for på klinikniveau. Derudover er der dog udpræget opbakning til centerledelsen baseret på personlig anerkendelse.

## **Medarbejdernes orienteringsverden**

Medarbejderne i Medicinsk Center får her deres eget særskilte afsnit, hvor deres synspunkter og handlinger kan fremstå. Dette skyldes først og fremmest to aspekter. For det første har vi observeret, at deres orienteringsverden er særdeles anderledes end lederne. For det andet viser kapitlet en helt anden fremstilling af processen end den, de officielle publikationer og lederne har givet udtryk for. Medarbejderne har altså en meget distinkt profil i forhold til ledergruppen, hvilket gør det yderst relevant, at give dem plads og rum til at fremstå med egne beskrivelser i relation til Medicinsk Center. Det skal nævnes, at vi kun har interviewet fem medarbejdere i alt – det er altså en relativt lille gruppe, som nemt kunne drukne blandt lederne. Der var et vist frafald i medarbejdergruppen og rekrutteringen var langt vanskeligere end blandt lederne. Dette til trods ønsker vi at give medarbejderne en fremtrædende placering. Afsnittet vil ligeledes her blive bygget op omkring de tre hovedbegreber: rationalitet, identitet og hierarki. Detaljeringsgraden vil være mindre i dette kapitel, da medarbejderne ikke er lige så præcise og omfattende i deres beskrivelser af centerdannelsen.

### ***Rationalitet***

Begrebet beskriver først og fremmest om organisationen er intentionel – dvs. har et specielt mål, eller om den er rationel – dvs. om mål og handling er koblet sammen på systematisk vis. Men hvad mener medarbejderne om dette? Har de fået en rationel forståelse af reformen? Som hos lederne er der blandt medarbejderne enighed om et aspekt. Reformen er opstået oppefra med udgangspunkt i H:S. En enkelt medarbejder udtrykker en generel holdning:

*”Jeg tror det hele kommer ovenfra, altså en politisk beslutning. Det var dem i H:S, der havde den mening”.  
(Sygeplejerske)*

Medarbejderne er overordnet enige i, at der er sket en ”top-down” implementering fra H:Ss side. Det er straks lidt sværere at kode sig ind på medarbejdernes forståelse af reformens formål.

*”Jeg tror de vil samle specialer fra forskellige sygehuse. ”Det skal vi lige prøve, så ser vi hvordan det går”. Sådan virker det på mig – det er ikke rigtig gennemtænkt”. (Sygeplejerske)*

*”De medicinske afdelinger kommer tæt på hinanden – samarbejdet bliver lettere”. (Læge)*

*”Medicinsk Center blev dannet for at effektivisere og rationalisere arbejdet. Kvalitetssikre fordi man så samler patienterne – forhåbentlig også for at gøre tingene bedre”. (Ergoterapeut)*

*”Jeg synes ideen er god nok, altså at man prøver at samle tingene. Problemet er, at man skal have en lang indkøringsperiode, når tingene skal hænge sammen”. (Sygeplejerske)*

*”Jeg er nok overordnet enig i at lave tingene mere specialiserede, for som potentiel bruger vil jeg gerne vide, at jeg kommer hen et sted, hvor de har forstand på, hvad de laver”. (Fysioterapeut)*

Her udtrykker alle fem medarbejdere deres forståelse af reformens formål. Informanterne er generelt vage og tilbageholdende med deres udtalelser, hvad dette angår. Udsagnene er meget upræcise og relaterer i yderst svag grad til de formål, der er udstukket i de officielle publikationer. Blandt medarbejderne er der altså delte meninger om det rationelle i reformen, og deres forståelse af denne. Et citat fra en sygeplejerske understreger noget generelt hos tre af medarbejderne:

*”Jeg synes det er fuldstændig tåbeligt”. (Sygeplejerske)*

De har svært ved at se formålet med ændringerne, og de opfatter det som besværligt – kort sagt kan de hverken se det intentionelle eller rationelle med reformen. To af medarbejderne kan bedre se det rationelle i reformindholdet, uden dog præcist at kunne fremstille dette i form af en mere detaljeret beskrivelse af mål og midler.

Generelt må man sige, at medarbejdernes holdning til rationalitet i reformindholdet er begrænset. Umiddelbart må man konkludere, at de efterlyser yderligere rationalitet, da de ikke klart ser det fornuftige i dannelsen af Medicinsk Center i og med, at de ikke har en klar fornemmelse af mål og midler. Umiddelbart er det vanskeligt at gennemskue deres argumentationer på baggrund af de gennemførte interview. Der er kun sparsomme teoretiske holdepunkter og få direkte udsagn at forholde sig til. Det er vor overbevisning, at medarbejdernes identitet i høj grad er medvirkende til deres manglende forholden sig til og forståelse af reformindholdet. Vi kan her spore en dikotom bevidsthed. Medarbejderne har en ”vi-følelse” omkring sig selv, og lederne bliver for medarbejderne til ”de”. Lysgaard (1967) skriver, at der i en presset situation er et behov for beskyttelse af ”vi”. Det betyder, at medarbejderne automatisk bliver afstandstagende overfor ”de”. Dette ses som en naturlig reaktion, hvor medarbejderne beskytter sig selv overfor alt for store indgreb i dagligdagen. Denne reaktion ses, når de i citaterne henviser til ”de”, ”dem”, og ”vi”.

### **Identitet**

Identiteten refererer til, at man som organisation har formålet at skabe grænser og selvstændighed. Man har genereret organisatoriske ressourcer, og har forsøgt at gøre organisationen til noget specielt, bl.a. ved at inddrage så store dele af organisationen som muligt. Men opfatter medarbejderne sig som en del af Medicinsk Center? Har man opnået en fællesskabsfølelse, og har man inddraget medarbejderne i dannelsen af den ny organisatoriske struktur?

*”Jeg tror slet ikke folk ved, hvad en centerdannelse er i forhold til en medicinsk afdeling”. (Læge)*

*”Vi har vores eget lille sengeafsnit her, og så er der det store center. Dem snakker vi ikke så meget om. Jeg føler mig som en del af sengeafsnit XI [vores anonymisering]”. (Sygeplejerske)*

*”Jeg er mest interesseret i klinik X [vores anonymisering], for der arbejder jeg til daglig, og det område har jeg arbejdet med i mange år”. (Ergoterapeut)*

Medarbejder citaterne viser i udpræget grad, at deres orienteringsverden er meget indsnævret og begrænset i forhold til ledernes udsagn. Det første citat afslører, at det er informantens generelle opfattelse, at folk ikke ved, hvad en centerdannelse er og indebærer. Det siger sig selv, at det er umuligt at udvikle en fælles identitet på denne baggrund. Den anden medarbejders primære reference og centrum for vedkommendes verden er sengeafsnittet. Medarbejderen føler ingen identitet i forhold til klinikken, hvilket også udelukker udvikling af en centeridentitet. Sidste citat viser en informant, hvis primære identitet er tilknyttet en specifik klinik. Der ses *ingen* antydning af, at aktørerne refererer til Medicinsk Center som omdrejningspunkt for en identitetsdannelse.

Det er tidligere beskrevet, hvor svært det var for lederne at indgå i en proces mod udvikling af en centeridentitet, da de i særdeleshed var splittet mellem klinikken og centret som det faste holdepunkt i hverdagen. Denne tendens går igen på medarbejderniveau – blot i endnu stærkere grad. Her ses splittelsen ikke blot mellem klinik og center. Omdrejningspunkterne er langt flere - sengeafsnittet, klinikken og evt. Medicinsk Center. Nogle medarbejdere arbejder med genoptræning af ortopædkirurgiske patienter, hvilket betyder en tilknytning til Elektivt Kirurgisk Center. Fysioterapeuterne og ergoterapeuterne er organiserede i Reumatologisk klinik, men arbejder ligeledes i andre medicinske klinikker samt i Elektivt Kirurgisk Center og i psykiatrien. Denne lange række af mulige omdrejningspunkter for den enkeltes hverdag gør det vanskeligt at opnå et engagement fra den enkelte medarbejder til at deltage i udvikling af en fælles identitet i Medicinsk Center. Deres identitetsfølelse er i forvejen rettet mod mange andre forskellige organisatoriske enheder, hvis grænser ikke er forsøgt nedbrudt i forbindelse med dannelsen af Medicinsk Center. Derudover er der tilsyneladende ikke gjort de store forsøg på at bygge rammer op omkring den nye organisation, når vi befinder os medarbejderplan.

*"Jeg kan ikke rigtig se, hvori ændringerne ligger". (Ergoterapeut)*

*"Jeg synes ikke, der er nogen forskel på før og efter centerdannelsen". (Læge)*

*"Ændringerne har ikke været så indvirkende på den hverdag, jeg har herude. Jeg synes ikke, Medicinsk Center har ændret på samarbejdet". (Fysioterapeut)*

*"Jeg kan ikke mærke nogen ændringer på mine arbejdsopgaver". (Sygeplejerske)*

Hermed beskriver samtlige interviewede medarbejdere, at den omfattende organisationsændring ikke kan spores i deres daglige arbejdsopgaver. Det, at centerdannelsen ikke har givet nogen synlige positive resultater for den enkelte medarbejder, er i høj grad medvirkende til, at det er vanskeligt at skimte en spirende identitetsdannelse i forhold til Medicinsk Center, da informanterne ingen incitamenter har til at opfatte organisationen som den primære reference i deres hverdag.

Enkelte medarbejdere refererer dog til to helt konkrete aspekter i hverdagen, som er blevet berørt af organisationsændringen:

*"Vi bruger mere tid på at sætte os ind i nogle visitationsregler. Det er bedre nu end i starten, og der er kommet meget information om reglerne – hvor patienten skal hen, hvilket sygehus de hører til. Det bruger vi meget tid på. Men der er stadig meget frustration og usikkerhed omkring det." (Sygeplejerske)*

Pågældende informant refererer til ændring af visitationsreglerne, hvilket har skabt meget forvirring i hverdagen. Dette opfattes som et irritationsmoment i hverdagen, når der ikke umiddelbart er ændringer eller forbedringer at spore i

forbindelse med denne besværliggørelse af arbejdsprocesserne. Dette viser en fastlåsthed i gamle vaner og rutiner og en modstand mod ændringer, der virker som et opgør med indgroede handle-mønstre. Det fremgår tydeligt, at aktøren har vanskeligt ved at se det rationelle i de ændringer, der slet ikke har positiv effekt på det daglige arbejde.

Det andet aspekt, der er blevet berørt henviser til den fælles lægelige vagt, som indgår som en del af centerdannelsen:

*”Der er lagt nogle ekstra møder ind, når man har vagten. Man mødes om morgenen og taler sammen hele vagtholdet fra Medicinsk Center, og man mødes også om eftermiddagen. Der taler vi om, om der er nogle spændende ting, om der er noget man gerne vil lære uddannelsesmæssigt, og om man har oplevet noget spændende”. (Læge)*

Der refereres her til nogle ekstra møder, hvor vagtholdet mødes før vagten starter. Men hvad har det givet sig udslag i?

*”Hvis man har tid og noget at tale om, så synes jeg, det er en god ting, fordi man som læge normalt ikke har så meget med sine kolleger at gøre. Derfor synes vi også nogle gange, at det er rart at sidde i 5-10 minutter, hvor man ser hinanden. Så glider det hele lidt lettere – måske”. (Læge)*

Her fremhæver informanten, at det er rart at møde sine kolleger og lære dem lidt bedre at kende personligt, hvilket læger ikke er forvante med. Citatet viser dog samtidig, at informanten til tider har svært ved at mønstre den store begejstring. Der er åbenbart ikke altid tid til at gennemføre møderne, og der er ikke altid noget relevant at tale om. Til gengæld medvirker det personlige kendskab til, at der opstår et bedre samarbejde. Det lille ”måske” sidst i sætningen antyder dog, at dette ikke altid er tilfældet. Dette synspunkt afspejles i den holdning, der er til samarbejde på det fælles lægelige vagthold:

*”Der kan man så nogle gange hjælpe hinanden. Det er ikke noget man skal, men vi kan nogle gange hjælpe hinanden” (Læge)*

Der er måske nok skabt forståelse for, at man kan hjælpe hinanden på tværs af klinikkerne, men det indgår ikke i det daglige arbejde som en naturlig selvfølge. Dette er meget apropos situationen på lederniveau, hvilket gør det naturligt, at samarbejde heller ikke fungerer efter hensigten på medarbejderniveauet.

Generelt har der nu blandt medarbejderne været tegn på barrierer og modstand mod centerdannelsen.

*”Der har været snak i krogene – sådan som det nu er på en kvindearbejdsplads” (Fysioterapeut)*

*”Der er nogle stykker som er holdt op, det sker næsten hver gang vi har fået noget negativ information”. (Sygeplejerske)*

Medarbejderne beretter her, at de har oplevet modstand mod de organisatoriske ændringer, svingende fra snak i krogen til opsigelser. Derudover viste interviewene, at den manglende identifikation med Medicinsk Center fik enkelte til at fokusere på andre områder. Et typisk eksempel:

*”Der er også sket en masse byggehalløj, det virker meget ustruktureret, når de f.eks. river en væg ned, og det er meget frustrerende i hverdagen fordi det larmer og støver meget. Specielt fordi man ikke ved, hvad det ender med (Læge).*

Der er en generel irritation over de ombygninger, der er påbegyndt som følge af centerdannelsen. Informanten henviser til, at det tilsyneladende er ustruktureret, specielt når man som medarbejder ikke har nogen viden om den overordnede plan med forløbet. Frustration over byggeriet bliver her sidestillet med frustrationer generelt over de omfattende omstruktureringer.

*”Der er sket mange omstruktureringer, og man får ikke særlig meget at vide om, hvad der foregår”. (Læge)*

Informanten understreger en væsentlig forhindring i forhold til en positiv opfattelse af Medicinsk Center og hermed en manglende basis for en fælles identitetsdannelse. Denne barriere er manglende viden og information om ændringsprocessen. Disse betragtninger er informanten langt fra ene om at fremføre. Faktisk refererer samtlige interviewede medarbejdere til informationerne, som det mest enerverende i ændringsprocessen.

*”Det er svært at overkomme informationsbølgen – jeg synes der er for meget information, men så kan man være nødt til at lade være med at læse den. Nogle gange bliver det fremlagt verbalt, men man er der jo ikke altid”. (Ergoterapeut)*

*”Jeg synes, jeg har manglet information i forhold til den udvikling, der er sket. Tingene skulle have været mere klarlagt. Det fungerede fint indtil 1. februar 1999, hvor Medicinsk Center startede, derefter var der en masse ting, man ikke havde taget stilling til. (Sygeplejerske)*

Informanterne er uenige om, hvorvidt informationsmængden har været for stor eller for lille, og er samtidig kritisk overfor kvaliteten af informationen. Medarbejderne beretter samstemmende, at der har været en masse skriftligt materiale, som den enkelte medarbejder har kunnet læse. Dette bliver dog oftest ikke gjort, hvilket resulterer i at medarbejderne ikke føler sig involverede i Medicinsk Center.

*”Jeg har på ingen måde været involveret i ændringsprocessen” (Sygeplejerske)*

Citatet er dækkende for de interviewede medarbejdere, som enstemmigt beretter, at de ikke har været involverede i dannelsen af Medicinsk Center.

Dette afsluttende citat er yderst interessante i forhold til Brunssons & Sahlin-Anderssons (1998) overvejelser omkring identitetsdannelse. En af deres hovedpointer er, at en identitetsdannelse styrkes ved inddragelse af så mange personer som muligt, men ovenstående viser at medarbejderne føler sig sat udenfor indflydelse, når det gælder dannelsen af Medicinsk Center. Generelt viser analysen af medarbejderne et billede, hvor det er yderst svært, om ikke umuligt, at finde tegn på en spirende centeridentitet. I forhold til Brunsson & Sahlin-Anderssons betragtninger, er der intet gjort for at nedbryde grænser omkring tidligere organisatoriske enheder, og medarbejderne er kun i meget svag grad blevet præsenteret for Medicinsk Center som en selvstændig organisatorisk enhed. Dette betyder, at medarbejderne til stadighed identificerer sig med sengeafsnit, klinik eller egen faggruppe, snarere end med Medicinsk Center. Der er ingen tegn på, at der på medarbejderplan kan spores organisatoriske ressourcer rettet mod at sikre Medicinsk Centers overlevelse, og der er næppe nogen af de inddagede medarbejdere, der opfatter Medicinsk Center som noget specielt. Tværtimod beretter informanterne, at de få ændringer, der er synlige og påvirker hverdagen, snarere er irritationsmomenter, som forstyrrer indarbejdede rutiner. Sammenfattende kan ingen af kravene til en identitetsskabelse genfindes på medarbejderplan.

De holdninger, medarbejderne fremsætter, er næppe fremmede for dannelsen af Medicinsk Center. Medarbejderne har fastlåste handlingsregler i form af vaner og rutiner. De er indsocialiseret i forhold til den enhed, den enkelte først og fremmest identificerer sig med. Det være sig sengeafsnit, klinik eller faggruppe, men ikke Medicinsk Center. Man kan i

den forbindelse se, at det endnu ikke er lykkedes at få medarbejderne til at identificere sig med den nye organisation og se positivt på denne. Informanterne er bundet af en loyalitet i forhold til andre organisatoriske enheder, der er omdrejningspunktet i hverdagen og bestemmende for den ”passende adfærd” i dagligdagen. Dette må ses som en meget væsentlig barriere for at skabe en centeridentitet. Medarbejderne medvirker her til dekobling. De er næppe så bevidste omkring den signalværdi indførelsen af Medicinsk Center har haft i forhold til omgivelserne, men deres fastlåste handlemønstre bidrager til at beskytte de daglige rutiner fremfor at ændre handlemønstre. Det, at medarbejdernes handler på baggrund af andre værdier og socialiseringer end de, der bliver tillagt Medicinsk Center i de officielle publikationer, præsenterer et stort brud mellem reformens officielle sprog og medarbejdernes adfærd. Dette styrker opfattelsen af det organisatoriske hykleri, der ligeledes kunne ses på lederplan.

### **Hierarki**

Hierarkiet er en vigtig faktor, når man skaber en ny organisation, da identiteten bliver omsat handling via hierarkiet. Hermed er hierarkiet et instrument, der skal sikre, at reformens mål opfyldes. Når man ser på medarbejdernes syn på det styrkede hierarki i Medicinsk Center i form af det indskudte centerniveau og de entydige ledelsesrelationer, er de igen knapt så meddelssomme som lederne. Der er dog to informanter, som har gjort sig overvejelser om indførelsen af det ekstra hierarkiske led mellem direktionen og klinikkerne:

*”En eller anden kom frem til, at alle de der penge vi skulle spare, vil blive brugt til administration på samme tid på grund af dannelsen af Medicinsk Center. Det tror jeg også”. (Sygeplejerske)*

*”Nu er der simpelthen så mange kokke – jeg kan ikke se grunden til det” (Sygeplejerske)*

De citerede medarbejdere viser modvilje mod det indskudte hierarkiske led. Den første informant henviser til det ulogiske i at skære ned på sundhedsydelse, mens man samtidig bruger flere og flere penge på administration. I forlængelse heraf ytrer den anden, at et ekstra ledelsesniveau blot besværliggør arbejdet. Herefter understreges medarbejdernes manglende involvering i Medicinsk Center, da informanten påpeger, at vedkommende ikke kan se det rationelle i en styrkelse af hierarkiet. Igen er det nærliggende at konkludere, at medarbejderne efterlyser mere rationalitet, da styrkelsen af hierarkiet ikke kan ses i sammenhæng med resten af reformen, og hermed fremstår som irrationel og tåbelig.

Når det drejer sig om overvejelser vedrørende entydige ledelsesrelationer som styrkelse af hierarkiet i Medicinsk Center, har medarbejderne heller ikke mange kommentarer. Der er dog to sigende citater, som vi gerne vil fremhæve:

*”jeg troede, at klinikoversygeplejersken var på niveau med klinikchefen ligesom den ledende overlæge var det med oversygeplejersken før i tiden” (Læge)*

*”Jeg ved ikke, hvem der er min leder. Jeg kender kun oversygeplejersken, og så har jeg set centerchefen”. (Sygeplejerske)*

Disse citater viser, at medarbejderne kan have svært ved at orientere sig i forhold til organisationens formelle opbygning. Den første er ikke helt klar over, at der er indført entydige ledelsesrelationer. Den anden informant er endnu mere vag, da vedkommende har svært ved at finde rundt i såvel de hierarkiske lag på hele hospitalet som den hierarkiske opbygning i egen klinik. Udtalelserne viser, at disse medarbejdere kun i meget lav grad kigger udover eget virksomhedsområde, og kun orienterer sig i nærmeste omverden. Deres dagligdag fortsætter upåvirket af de store

hierarkiske omstruktureringer, der er sket i forbindelse med indførelsen af Medicinsk Center, og de har ikke engang opdaget disse ændringer. De fortsætter blot de gamle handlemønstre som vanligt.

Når det gælder styrkelsen af hierarkiet i forbindelse med centerdannelsen er medarbejderne ikke meget meddelsomme. Umiddelbart udtrykkes modstand mod centerniveau som nyt hierarkisk led, da medarbejderne har svært ved at sætte det ind i en større sammenhæng. Det ses blot som yderligere administration uden formål. Samtidig er der flere medarbejdere, som ikke er klare over, at der er indført entydige ledelsesrelationer. Dette er dog ikke umiddelbart så mærkeligt, eftersom medarbejderen ikke har mærket nogle konsekvenser af de ændrede hierarkiske forhold. Når man analyserer medarbejdernes holdning op mod Brunsson & Sahlin-Anderssons begreber samarbejde, lokal ledelse og valgfrihed, er det svært at drage nogle konklusioner, eftersom der ikke relateres til nogle konsekvenser af det styrkede hierarki. Medarbejderne udfører fortsat de samme handlemønstre, der er indsocialiseret i de enheder, der er det primære omdrejningspunkt for den enkelte medarbejder. Hierarkiet har ikke været benyttet til at implementere nye handlingsmønstre baseret på en fælles centeridentitet. Handlemønstrene er fortsat baseret på afdelingssystemets værdier.

## **5. Medicinsk centerdannelse – ændring eller status quo?**

Det er nu på tide at tage problemformuleringen op til fornyet overvejelse. Hvilke konsekvenser har dannelsen af Medicinsk Center på Frederiksberg Hospital medført for leder og medarbejdere?

Centerdannelsen kan anskues ud fra to synsvinkler. For det første opstilles nogle konkrete målsætninger, der først og fremmest er rettet mod at forbedre vilkårene for den ”ufine” patient. Centerdannelsen og de entydige ledelsesrelationer må i denne sammenhæng ses som instrumenter. For det andet bringer Brunsson & Sahlin-Andersson et yderligere formål på banen. Reformen kan nemlig ses i sammenhæng med den reformproces, der gennem de sidste 20 år har præget den offentlige sektor. Processen er rettet mod at skabe en rationalitet, en identitet og et hierarki, der kan medvirke til at effektivisere produktionen. Fokus i reformen er at skabe styring, som i denne konkrete case kan medvirke til at omdanne den professionsstyrede arena til en egentlig organisation. Disse to synsvinkler er bærende for forståelsen af, hvilke konsekvenser centerdannelsen har for ledere og medarbejdere.

### **Reformens idégrundlag**

Idégrundlaget bag reformen, som det er fremlagt i de officielle publikationer, kan i hovedtræk forklares med udgangspunkt i den rationelle tilgang. Målsætningerne er møntet på at forbedre kerneproduktionen, og det forventes at ændringerne kan implementeres via hierarkiet. Ideen er at styrke hierarkiet ved at indføre centerniveauet. Dette forventes at øge mulighederne for at gennemføre ændringerne i Medicinsk Center. Det teoretisk rationelle reformperspektiv præsenteres i formuleringen af reformen – Medicinsk Center fremstilles som en konsistent enhed med klare mål og værdier. Reformens formulering er præget af en instrumentel organisationsopfattelse.

### *Konsekvenser for ledere og medarbejdere*

Centerdannelsen har fået konsekvenser for lederne i Medicinsk Center. I det store og hele kan lederne erklære sig enige i reformens formål. Målsætningerne bliver generelt opfattet som fornuftige. Der er skabt forståelse for, at ændringerne er intentionelle – rette mod et specielt mål – og rationelle, baseret på en systematisk kobling af mål og handling. Der er enkelte uklarheder i ledernes opfattelse af målsætningerne, men de taler om fornuften og rationaliteten i reformen.

Identiteten skal dog ændre sig i sammenhæng med reformen. I forlængelse af den ytre positive holdning til denne, er der blandt lederne bevidsthed om, at Medicinsk Center skal gøre op med den indlejrede identitet, der er kendetegnende for afdelingssystemet. Lederne giver meget præcise beskrivelser af denne identitet, hvor det centrale er specialernes kamp mod hinanden. Fokus er på den ”fine” patient, da denne giver prestige og hermed fungerer som magtbase i afdelingernes indbyrdes krig – der er opbygget kongedømmer! Lederne ved, at centerdannelsen fordrer, at der bliver opbygget en fælles identitet, som i højere grad fremhæver den ”ufine” patient, og er baseret på samarbejde mellem de medicinske klinikker. Man kan tale om en diskursiv bevidstliggørelse af lederne.

Når man skal analysere konsekvenser, er det dog ikke nok at forholde sig til diskursen. Ledernes handlemønstre er nok så vigtige. Men når det gælder ændring af handlinger, er det straks mere vanskeligt at spore konsekvenser af centerdannelsen. Handlingerne er fortsat baseret på afdelingssystemets værdier. Der er fortsat kamp om at undgå patienterne. Der er stadig patientgrupper, der opfattes som ”ufine”. Det er kun muligt at spore vilje til samarbejde, når klinikkernes interesser er kongruente, og fællesskabet dermed kommer alle til gode. Kræfterne bliver brugt på at oprette grænser mellem omgivelserne og Medicinsk Center, mens de interne grænser får lov at eksistere upåvirket af centerdannelsen. Kun i enkelte situationer, hvor der har været trusler om nedskæringer, har det været muligt at spore en centeridentitet. Netop det, at de interne grænser får lov at eksistere upåvirket, bremser udviklingen af en centeridentitet, da klinikledelserne ofte er splittet mellem identifikation med klinik eller center. Den manglende centeridentitet skaber begrænsninger for ændringer i ledernes handlemønstre, og er dermed en væsentlig barriere for, at reformen får de intenderede konsekvenser.

Et styrket hierarki skal virke som et instrument, så reformen får de ønskede konsekvenser. I tilfældet Medicinsk Center bliver hierarkiet styrket ved indførelse af centerniveauet. Centerniveauet er fuldt ud accepteret af lederne. Dette skyldes først og fremmest, at centerledelsen nu varetager de administrative opgaver, som klinikledelserne ikke har den store interesse for at udføre. Det



tillægges dog samtidig væsentlig betydning, at klinikledelserne respekterer de to personer i centerledelsen og fremhæver, at de er gode til at varetage deres opgaver.

Centerdannelsens konsekvenser for lederne koncentrerer sig hermed primært om et styrket hierarki og en diskursiv bevidstliggørelse i forhold til reformens formål. Hierarkiet er som middel til reformens gennemførelse klar til at blive taget i brug. Det er dog den fælles centeridentitet, der via hierarkiet skal omsættes i nye handlemønstre. Som beskrevet halter det med identitetsdannelsen på lederplan, så på trods af det styrkede hierarki omsættes reformen kun i sjældne tilfælde i handlinger, der er baseret på en fælles identitet. Lederne arbejder på at udvikle identiteten bl.a. ved hjælp af tværgående arbejdsgrupper, og de ser positivt på, at man nu kender hinanden personligt og regelmæssigt mødes på klinikledelsesmøderne. Disse tiltag er dog indtil videre at betragte som netværkstræning, hvor man som ledergruppe øver sig på at indgå i et forpligtende samarbejde. Der er et tydeligt skel mellem ledernes talen og handlen, som må tolkes som organisatorisk hykleri. Med et andet begreb kan det betegnes som ”NATO-manøvrer” – ”No Action – Talk Only”.

For medarbejderne er centerdannelsens konsekvenser langt mere begrænsede. De har kun i meget begrænset omfang forstået reformens formål, og har derfor allerede på idéplanet svært ved at se fornuften i ændringsprocessen. Reformen har stort set ingen konsekvenser for det daglige arbejde, og de få konsekvenser der henvises til, bliver opfattet som irritationsmomenter i form af byggerod og brud på grundigt indarbejdede rutiner. Det styrkede hierarki vurderes at koste penge, og det besværliggør dagligdagen. Medarbejderne har svært ved at orientere sig i forhold centrrets mange hierarkiske lag og er splittet mellem en lang række identifikationsenheder. De har udviklet en ”blindhed” overfor den verden, der ligger udenfor den enhed, de primært identificerer sig med. Endelig har medarbejderne udviklet en dikotom bevidsthed, hvor de referer til sig selv som ”vi”, mens de tager afstand til ”de”, som i denne sammenhæng primært består af H:S, men også lederne i Medicinsk Center. Hermed må konsekvenserne af centerdannelsen betragtes som beskedne i forhold til medarbejderplanet, hvis man sammenligner med reformens intentioner.

#### *Er der overensstemmelse mellem idégrundlag og konsekvenser?*

På baggrund af ovenstående kan det næppe komme som en overraskelse, at svaret på dette spørgsmål er, at sammenhængen kun i ringe grad er til stede. Vi kan konkludere, at reformens formål langt fra er opfyldt. Lederne har bevæget sig et lille stykke i forsøget på opfylde reformens formål, mens medarbejderne i det store og hele udgør en barriere, og er koblet af ændringsprocessen. Besvarelsen af spørgsmålet kræver dog en uddybning. Som påpeget har reformen haft konsekvenser i den forstand, at patientgrundlaget i Medicinsk Center er ændret. Det betyder, at andre patientgrupper bliver opprioriteret og overtager status som ”fine” patienter. Det er derfor muligt at spore konsekvenser af centerdannelsen, som har relation til reformens målsætninger

og kan tolkes i rationalitetens lys. Dette er et skred, som er sket i forbindelse med centerdannelsen, og det må betragtes som en væsentlig ændring tidsperspektivet taget i betragtning. Der er dog et helt andet lag i forståelsen af reformprocessen, hvor forskellen mellem aktørernes talen og handlen konstituerer en teaterforestilling rettet mod at præsentere sig selv på rette vis i forhold til omgivelserne.

### **Forklaringsmodeller**

Forklaringen på divergensen mellem idégrundlag og konsekvenser kan findes inden for en nyinstitutionel og en professionssociologisk forståelsesramme.

Nyinstitutionalismen bidrager med en forståelse af, at reformen ikke blot kan forklare rationelt, men i denne situation ligeledes kan bidrage til at sikre organisationens overlevelse. Reformen sender signaler til omgivelserne om, at organisationen er responsiv og villig til at optage omgivelsernes normer - som eksempelvis rationalitet, effektivitet og høj professionel standard - i et forsøg på at håndtere uklare og flertydige krav. Gennem denne proces sikres legitimitet, og det giver organisationen eksistensberettigelse.

Inden for denne forståelsesramme er fokus flyttet bort fra de konkrete konsekvenser, som ikke ses som det primære med en reformproces. Særligt når ændringerne, som i dette tilfælde bryder med organisationens selvforståelse, vil der opstå modstand, da det kræver omfattende identitetsændringer. Aktørerne i Medicinsk Center handler på baggrund af regler, der er indsocialiseret og reproduceret gennem en årrække. De vil derfor yde modstand mod en reform, der som centerdannelsen fordrer et brud med de vaner og rutiner, som udføres på baggrund af de regler, der definerer organisationens "passende" handlemønstre. Inden for nyinstitutionalismen er det derfor et typisk træk, at der opstår dekolpling og organisatorisk hykleri.

Tendenserne til dekolpling beskytter de daglige handlinger, der er baseret på socialiserede regler, samtidig med at man via italesættelser af reformens formål kan præsentere organisationen, så den lever op til omgivelsernes krav. Disse træk er en vigtig forklaringsfaktor, når man ser på de konsekvenser, der er at spore hos såvel ledere som medarbejdere. Lederne præsenterer en italesættelse, som kan skabe legitimitet mens handlemønstrene fortsat er baseret på en socialisering, der bunder i afdelingssystemets værdier. Denne teoretiske tilgang vil ligeledes kunne forklare, at man på lederplan udtrykker fuld accept af hierarkiet, mens identitetsudviklingen stort set er fraværende. Accept af hierarkiet signalerer, at man som organisation er villig til at ændre sig og reagere positivt på omgivelsernes krav. Styrkelsen af hierarkiet ændrer dog ikke alene på aktørernes handlemønstre – dette forudsætter en sideløbende identitetsudvikling. Derfor kan accepten af

hierarkiet ses som en del af en dekoblingsstrategi. Den sender positive signaler til omgivelserne uden i særlig stor grad at påvirke organisationens handlemønstre.

Professionssociologien kan ligeledes bidrage til en forståelse af den manglende sammenhæng mellem reformens idégrundlag og de faktiske konsekvenser. Tilgangen påpeger, at de aktører som skal ændre adfærd i forbindelse med centerdannelsen ikke blot er præget af den socialisering, der foregår i organisationen. De er, som professioner, ligeledes præget af en historisk professions-socialisering, som skaber yderligere grænser mellem aktørerne og vanskeliggør samarbejde på tværs. Tilgangen påpeger, at professionerne har hver deres strategier, hvilket betyder at grupperne har svært ved at handle i sammenhæng.

Centerdannelsens konsekvenser må ansues ud fra et forandringstrægt perspektiv. Perspektivet fokuserer på, at forandringer i en organisation kræver ændringer af den enkelte aktør. Denne vil dog som bærer af normer, værdier og interesser yde modstand og bidrage til inertie. Forandringer kan ansues ud fra såvel et konsensus-syn som et konfliktsyn. Det er vor opfattelse, at centerdannelsen fortrinsvis har været præget af et konsensus-syn med fokus på at sikre social orden og stabilitet. Konflikten lurer dog under overfladen, da der endnu ikke er taget hul på de emneområder, hvor organisationens aktører har modsatrettede interesser. Det kan derfor ikke udelukkes, at en videreudvikling af Medicinsk Center vil kræve konflikter.

### **Fra arena til organisation?**

Følger man op på Brunsson & Sahlin-Anderssons betragtninger, er Medicinsk Center slet ikke at betragte som en "rigtig" organisation. Det er fortsat en arena. Medicinsk Center er styret af professioner og professionelle normer. De daglige handlemønstre foregår som altid relativt upåvirket af den lokale ledelse, og der er til stadighed et spænd mellem professionernes og ledelsens målsætninger. Centerdannelsen rykker kun i meget svag grad ved denne forståelse af de medicinske klinikker, hvilket igen kan skyldes processens korte tidsmæssige forløb. Alligevel må reformen ses som et lille skridt i retning af at udvikle Medicinsk Center til en organisation. Reformen kan ses som et bidrag til den reformproces, som gennem en længere årrække har kendetegnet den offentlige sektor.

Reformprocessen har været møntet på at skabe organisering, styring og rationalitet med udgangspunkt i nyliberale idéer og rationelle, økonomiske teorier, der betragter markedet som ideal. Som beskrevet er arenaen kendetegnet ved at basere handling på professionelle normer og værdier. I lyset af reformprocessen må det konstateres, at dette ikke længere bliver anskuet som fuldt ud acceptabelt. Den offentlige reformproces er rettet mod at ensrette offentlige enheder, så de alle udvikler sig mod at være organisationer. Dannelsen af Medicinsk Center er kun et lille forsigtigt

skridt i denne retning, men det fremgår dog tydeligt, at reformen er rettet mod at styrke såvel rationalitet som identitet og hierarki.

Hvad er der så at vinde ved at skabe organisation i forbindelse med Medicinsk Center? Det er klart, at indførelse af rationalitet og styring kan sætte grænser for aktørernes socialiserede handlemønstre, så man ikke ser uhensigtsmæssige vaner og rutiner spille en afgørende rolle i arenaens produktion. Det kan endvidere begrænse tendenser til indbyrdes kamphandlinger, slåskampe og dannelse af kongedømmer. Organisering og styring kan kort sagt bidrage til at begrænse den socialiserede handling, som lederne i Medicinsk Center selv betegner som håbløs, og efterlyser hjælp til at gøre op med. Reformen kan ses som forsøg på at imødekomme ledernes eget skrig efter rationalitet i deres daglige professionelle handlen. Reformtilgangen kan samtidig ses som et forsøg på at komme brugerne i møde, da der fokuseres på effektivisering af enhedens kerneydelse. Umiddelbart kan centerdannelsen derfor ses som et vigtigt, om end begrænset bidrag til at forbedre arenaens kerneydelse og hjælpe de professionelle aktører til at gøre op med uhensigtsmæssige handlemønstre. En vigtig forudsætning for, at centerdannelsen kan betragtes som en udvikling fra arena mod organisation er dog, at konsekvenserne ikke blot er en dekopling, men at man som en enhed udvikler en fælles identitet, der kan omsættes i handling.

På trods af denne positive beskrivelse af reformen, skal man dog ikke være blind for, at større og mere omfattende reformforsøg, der tager udgangspunkt i markedet som ideal, og som primært fokuserer på mål defineret af rationelt inspirerede teoriretninger, kan udgøre en trussel for arenaen. Arenaen som professionel styret enhed repræsenterer nemlig en række værdier, som traditionelt har været forbundet med den offentlige sektors opgavevaretagelse. Værdier som altruisme, etisk kodeks, lighedssyn og retssikkerhed bliver varetaget af de professionelle i sygehusorganisationen. Disse værdier risikerer dog at blive nedprioriteret, hvis arenaen omskibes til en organisation på baggrund af reformer, der udelukkende har markedet som ideal.

## Litteratur

- Bentsen, Eva Zeuthen (1997) Sygehusledelse i et institutionelt perspektiv. (Ph.d. afhandling). København: nomiske Fakultet, Handelshøjskolen i København, ph.d.serie 7.97.
- Borum, Finn & Eva Zeuthen Bentsen (1999) Centerstrukturen på Rigshospitalet i København. En analyse af organisatoriske og ledelsesmæssige aspekter. København: Forskningscenter for Organisation og Ledelse i Sundhedsvæsenet (FLOS). Forskningsrapport nr. 1, 1999.
- Brunsson, Niels og Kerstin Sahlin-Andersson (1998) Att skapa organisationer. I: Ahrne Göran (red.) *Stater som organisationer*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.
- Brunsson, Nils (1994) *The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions and Actions in Organizations*. London: John Wiley & Sons Ltd.
- Frederiksberg Hospital (1997) Medicinsk Center på Frederiksberg Hospital. 2. delrapport, 19.september.
- Gundorph-Malling, Birgit (1998) Med hjertet på rette sted. (Ph.d. afhandling). København: Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og Omsorgsforskning.
- Hovedstadens Sygehusfællesskab (1996a) Ledelsesregelsæt for hospitalerne i H:S. H:S Direktionen 8. Marts 1996.
- Hovedstadens Sygehusfællesskab (1996b) Medicinske Centre i H:S. Notat, H:S Direktionen, juni, 1996.
- Hovedstadens Sygehusfællesskab (1997) Medicinske Centre – Et afgørende element i sygehusplan H:S 2000. H:S Direktionen, april, 1997.
- Jørgensen, Torben Beck & Preben Melander (red.) (1992) *Livet i offentlige organisationer. Institutionsdrift i spændingsfeltet mellem stat, profession og marked*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Lykkesfeldt, Gert & Ingrid Christensen (1994) Afdelingsledelse på tværs af kliniske og tværgående kliniske sygehusafdelinger DSI Rapport 94.01. København: DSI Dansk Sygehus Institut.
- Lysgaard, Sverre (1967) *Arbejderkollektivet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- March, James G. (1995) *Fornuft og Forandring – Ledelse i en verden beriget med uklarhed*. København: Samfundslitteratur.
- March, James & J. P. Olsen (1989) *Rediscovering Institutions – The Organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press.
- Meyer, John W. & Brian Rowan (1991) Institutionalized Organisations: Formal Structure as Myth and Ceremony. I DiMaggio, Paul J. & Walter W. Powell (Eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Mintzberg, Henry (1979) *The Structuring of Organization*. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Røvik, Kjell Arne (1998) *Moderne organisationer. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

Self, Peter (1993) *Government by the Market? The Politics of Public Choice*. London: MacMillan Press Ltd.

Sundhedsministeriet (1997) Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning nr. 1329 fra Sygehuskommissionen.

Walsh, Kieron (1995) *Public Services and Market Mechanisms*. London: Macmillan Press Ltd.



## **Appendix**

### **Casestudiet som metode**

I undersøgelsen ønskede vi at afdække de professionelle aktørers og organisationens handlen i forbindelse med forandringen fra det tidligere afdelingssystem til det nyetablerede Medicinske Center på Frederiksberg Hospital. I forlængelse heraf ønskede vi at søge en forståelse af, hvad der konstituerer denne handlen. Vore intentioner var at undersøge fænomener, der udfolder sig i den praktiske – ”real life” professionelle sygehusorganisations verden, som endogen og eksogen er usynlige for omverdenen (Baker, 1994: 299-300; Yin, 1989:23). Derfor har vi - for at skabe viden om vort felt - taget udgangspunkt i den konkrete praksis i sygehusorganisationen. Casestudiet er den mest relevante metode, da det giver en partikulær forståelse af den pågældende særlige situation eller det pågældende særlige tilfælde, som undersøges i vante omgivelser (Boolsen, 1991: 29).

Flyvbjerg operationaliserer begrebet partikulær forståelse, som en proces der producerer konkret, praktisk og kontekstafhængig viden (Flyvbjerg, 1991:144). Ligeledes argumenterer Flyvbjerg for, at partikulær viden i en organisation giver en mere sufficient viden end universelle forklaringer, da man kan gå tæt på virkeligheden og teste opfattelser i forhold til fænomener, som de udfolder sig i den konkrete situation (Flyvbjerg, 1991:155). Når man anvender casestudiet, som er procesorienteret, får man et dynamisk syn på den case der undersøges. Ved vort valgte case - ændring i sygehusorganisationen - kunne vi ikke definere virkeligheden på forhånd, som man fx gør ved surveyundersøgelser. Derfor blev det nødvendigt at bevæge sig ind i de sociale relationer, som vi ønskede at vide noget om (Baker, 1994: 241-244).

Generelt er casestudiet og de kvalitative metoder karakteriseret ved forståelsen af specifikke fænomener, processer og aktiviteter fyldt med variationsrigdom og perspektiver. Vi var interesserede i, hvilke konsekvenser centerdannelsen har udover de rent formelle. Man stiller i casestudiet en række metode krav fx krav om en tæt beskrivelse af forløbet, casen, casevalget, brugen af kilder samt det empiriske design.

### **Valg af case**

Vort casevalg var ikke tilfældigt. Vi var i kontakt med to sygehuse i Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvor den medicinske centerdannelse var i sin spæde vorden. Dette for at vurdere, hvor vi kunne få den bedst mulige informationsmængde og kontakt til aktørerne. Vi udelukkede hurtigt det ene hospital på trods af, at direktionen var positiv overfor vor idé, da det Medicinske Center ikke ønskede at deltage i interview og derigennem levere citater til specialet.



Efter vort første møde med direktionen og centerchefen for det Medicinske Center på Frederiksberg Hospital, var vi ikke i tvivl om, at det skulle være vore caseorganisation. Direktionen og centerchefen "åbnede dørene" for vor idé, og anbefalede at vi skulle rundt på klinikkerne i det Medicinske Center og bruge personalet, miljøet, patienterne og vore observationer som inspiration til specialet.

Flyvbjerg har også argumenter for hensigtsmæssige casevalg. Han skelner mellem flere forskellige casetyper (Flyvbjerg, 1991:150).

- Ekstrem case
- Kritisk case
- Paradigmatisk case

Ved ekstreme cases er formålet at opnå information om kombinationer af mere eller mindre kendte forhold, der ikke tidligere har været grundigt undersøgt. Kritiske cases har strategisk betydning i forhold til en overordnet problemstilling. Formålet her er at opnå informationer, som tillader logiske slutninger at typen - hvis det (ikke) gælder for denne case, så gælder det sandsynligvis for alle (ikke for nogen) cases. Hermed søges viden om en usædvanlige cases, som fx kan være problemfyldte eller særligt vellykkede (Launsø & Rieper, 1995:95; Flyvbjerg, 1991). Paradigmatiske cases kan fungerer som en metafor for - eller komme til at danner "skole" for det problemområde casen vedrører, da man undersøger cases, der ikke tidligere har kunnet undersøges, da casen fx er nydannet. Det er karakteristisk at fokusere på bevægelser, adfærd og handlinger i organisationen under markant afgørende tidsperioder (Andersen, 1997:166).

Det afgørende i vort casevalg var vor intuitive opfattelse af Medicinsk Center på Frederiksberg Hospital som en kritisk case, der er særlig vellykket. Den intuitive opfattelse af casen som vellykket, bygger vi på flere argumenter. For det første blev vi i forbindelse med kontakten på det første hospital gjort opmærksomme på, at det var deres opfattelse, at opstartsfasen på forandringsprocessen på Frederiksberg Hospital tilsyneladende var forløbet mindre problematisk end på det pågældende sted. For det andet blev vi fra hospitalets side mødt med stor åbenhed. Organisationerne var ikke angst for at vise struktur, diskurs og handlinger frem. For det tredje havde organisationen i en officiel publikation gjort sig overvejelser om kulturelle barrierer i en forandringsproces. Dette signalerer bevidsthed om potentielle konflikter. Endelig opfattede vi, at nedsættelse af tværfaglige projektgrupper initialt signalerer legitimitet til de beslutninger, der skulles træffes i forbindelse med ændringsprocessen.

Kort sagt: Hvis forandring ikke "lykkes" her i casen (hvis der er massive konflikter trods processens tilrettelæggelse), så "lykkes" det ikke i nogen anden hospitalscase (vil samme problemer sandsynligvis også eksistere andre steder).

## **Kilder i casestudiet**

Vi har i specialet benyttet en række kilder for at kunne besvare vor problemformulering. Vi er blevet inspireret af Hamel (1993) som har foreslået følgende kilder til brug i et casestudie:

### **1. Interview**

Som hovedkilde har vi valgt semistrukturerede interview med ledere og medarbejdere i Medicinsk Center samt en repræsentant fra direktionen.

### **2. Direkte og deltagende observation**

Her har vi deltaget i møder med medarbejderne og lederne i Medicinsk Center. Vor periode på Frederiksberg Hospital startede med en introduktion, hvor vi fulgte forskellige medarbejdere i deres daglige arbejde. Vi har endvidere observeret de ydre og indre faciliteter på Frederiksberg Hospital. Dette har vi gjort ved at bevæge os rundt på arealet for selvstændigt at kunne danne os et indtryk af organisationen - herunder medarbejdernes adfærd og kommunikation. Vi har samtidig iagttaget kontorer, gangarealer, udsmykning på væggene, bygningerne og skiltene på området.

### **3. Skriftlige dokumenter**

Her har vi bl.a. benyttet officielle publikationer, aktivitetsbudgetter, personalebudgetter, årsrapporter, funktions- og stillingsbeskrivelser og ledelsesregelsæt. Vi skal gøre opmærksom på, at en af os er uddannet sygeplejerske, og den anden har løbende haft studenterjob indenfor feltet, så det er ikke helt ukendt for os.

#### ***Interview***

Hovedkilden til specialets empiri er interview, som er en samtale om den menneskelige livsverden, der foregår i dialog mellem udspørger og informanten (Kvale, 1997:56). Dialogen skaber en forståelse af de studerede fænomeners mønstre og sammenhænge, og derved skabes en ny viden om dialogens emneområder.

#### ***Valg af informanterne og interviewforløb***

Vi har til brug i specialet interviewet 19 informanter. En repræsentant fra direktionen, centerledelsen der udgøres af to personer, klinikledelserne, der består af 11 personer samt fem medarbejdere fordelt på diverse klinikker og faggrupper. Vi har tilstræbt at få informanter på flere niveauer, og har endvidere som allerede beskrevet inddraget følgende faggrupper: ergoterapeuter, fysioterapeuter, læger og sygeplejersker. Det vil sige, at vi benytter såvel et vertikalt såvel som et horisontalt udvælgelsesnit. Vertikalt er udvælgelsen sket på den måde, at vi udvalgte repræsentanter fra direktion, centerledelsen, klinikledelserne samt medarbejdere i klinikkerne. Hermed er samtlige hierarkiske niveauer repræsenteret dog med væsentligt fokus på centerledelsen og klinikledelserne, hvor vi har udvalgt samtlige personer.

Dette skyldes en forventning om, at det primært er på disse niveauer ændringerne opstår, og samtidig havde netop disse medarbejdere været meget aktive i processen forud for dannelsen af Medicinsk Center, hvor de bl.a. har været involveret i projektgrupper (Frederiksberg Hospital, 1997:Bilag 1, s. 4-11). Det store antal repræsentanter fra klinikledelserne skyldes endvidere, at de indgår som ledere, men samtidig er tæt på medarbejderniveauet, og dermed kan de give et nuanceret billede af konsekvenserne på et mesoniveau. Horisontalt valgte vi informanter, så vi fik et bredt udsnit fra klinikkerne og faggrupperne.

Når det gælder de udvalgte medarbejdere, besluttede vi oprindeligt at inddrage to læger, tre sygeplejersker, en ergoterapeut og en fysioterapeut. Den ene sygeplejerske skulle repræsentere den akutte modtageklinik. De to øvrige sygeplejersker samt de to læger skulle repræsentere hver sin klinik, mens Reumatologisk klinik endvidere skulle repræsenteres af en ergo- og en fysioterapeut. De udvalgte dækkede hermed samtlige klinikker i Medicinsk Center. Centerchefen lavede en systematisk udtrækning fra personalelisten baseret på fødselsdato. Inklusionskriteriet var minimum to års ansættelse på Frederiksberg Hospital, så informanten havde indblik i ændringsprocessen. Vi måtte dog på medarbejderniveauet acceptere et frafald på to personer henholdsvis en læge og en sygeplejerske. Hermed havde vi fortsat repræsentanter fra alle faggrupper, mens to af klinikkerne ikke længere var repræsenteret på medarbejderniveauet. Vi vil fremhæve, at det ikke har været vor hensigt at udvælge et repræsentativt udsnit med hensyn til eksempelvis kønsprofil og alder, men har koncentreret os om at finde informanter med central viden i forbindelse med etableringen af Medicinsk Center.

### ***Generaliserbarhed, validitet, reliabilitet og bias ved interview***

Et klassiske spørgsmål der stilles til videnskabeligt arbejde er, om det er pålideligt. Beskriver data det man ønsker de skal beskrive, kan man være sikker på at måleinstrumentet måler det, man ønsker at måle, lever data op til bestemte kriterier for, hvad der er gyldig viden. Derudover ser man også på reliabiliteten, det vil sige graden af nøjagtighed. Kan samme måleresultat opnås ved gentagne målinger, kan data reproducere af andre, der undersøger det samme fænomen etc. Opnår man en høj grad af validitet og reliabilitet vil bias være minimeret. Som en konsekvens af dette kan de indsamlede data generaliseres. Disse krav kan naturligvis ikke overføres på et kvalitativt forskningsdesign, for så vil videnskabeligheden ikke kunne opretholdes (Kirk & Miller 1986). Man kan ikke udsætte kvalitative forskningsmetodikker for de afprøvninger, som er udviklet for de kvantitative undersøgelser. Dermed ikke sagt, at der ikke findes metode krav til det kvalitative.

I kvalitative studier er validiteten især baseret på analyseprocessen og tolkningen, og ikke et instrument som i de kvantitative og naturvidenskabelige metodikker<sup>1</sup>.

Validiteten i den kvalitative analyseproces drejer sig således om at afprøve en antagelse, eller mere præcist en afprøvning af teoriplanets forklaringskraft. Det primære var, om vore interview kunne sige noget holdbart om det felt og den kontekst, de er taget fra, og om dette var intersubjektivt acceptabelt. Spørgsmålet om gyldighed handler altså om en vurdering af forholdet mellem analysen og det i verden, som observeres, beskrives og bliver begrebsliggjort. Derfor må man i arbejdet med empirisk materiale tilstræbe at sikre sammenhæng og konsistens (Jørgensen, 1995:317).

Vi har i processen bestræbt os på at opnå validitet og reliabilitet. Forskningsprocessens delelementer er blevet tænkt i sammenhæng, og hver del har haft en central position i forløbet. Vi har bl.a. givet informanterne mulighed for at

---

<sup>1</sup> I naturvidenskaberne handler reliabilitet – graden af nøjagtighed om, hvorvidt samme måleresultat opnås ved gentagne målinger under samme betingelser eller hvor enige er forskere i deres uafhængige observationer, og kan data reproducere af forskere til andre (graden af intersubjektivitet). Reliabiliteten opnås altså, når der er enighed imellem flere dataindsamlere i brugen af samme instrument under samme betingelser. Validitet går på det udadrettede; måler man det man ønsker at måle.

gennemse egne citater, så den enkelte kunne vurdere sin egne udtalelser i den givne kontekst. Generelt henvises til informanternes titler, men de har fået mulighed for at vælge at blive citeret anonymt, så vi i disse tilfælde ikke henviser til titlen.

Endvidere har vi ved den empiriske analyse været særdeles opmærksomme på, om der i brugen af informanternes udtalelser er overensstemmelse mellem den kontekst vi placerer udtalelsen i og den sammenhæng informanten har givet udtalelsen. De fleste af de anvendte citater er udvalgt, da de giver et generelt billede af reformens konsekvenser. Vi har anvendt enkelte "high-lights", hvor vi synes, det har været illustrativt. Såvel validitet som reliabilitet afhænger derudover af såvel interviewguide som den anvendte analysemodel. Vi har diskuteret designet i diverse faglige fora, og mener på denne baggrund, at vi har opnået høj grad af validitet og reliabilitet, men bias vil altid være en uundgåelig del af alle undersøgelser.

En af os er uddannet sygeplejerske, og har således en faglig intern indsigt i sygehusverdenen. For at undgå bias ved interviewene af de udvalgte sygeplejersker, delte vi opgaverne således, at hovedudspørgeren, når det drejede sig om interview af sygeplejersker, ikke var sygeplejersken. Sygeplejersken var til gengæld hovedudspørgeren hos lægerne, og ved fysioterapeuterne og ergoterapeuterne fordelte vi os tilfældigt. Om den opdeling har resulteret i bias er svært at vurdere, men vi har tilstræbt at undgå det.

## Litteratur

Andersen, Ib (1997) *Den skinbarlige virkelighed – om valg af samfundsvidenskabelige metoder*. København: Samfundslitteratur.

Baker, Therese L. (1994) *Doing Social Research*. New York: McGraw – Hill, Inc.

Boolsen, Merete W. (1991) *Forskningsværktøj – en indføring i sociologisk metode og statistik*. Næstved: Kontekst.

Flyvbjerg, Bent (1991) *Rationalitet og magt - Det konkrete videnskab, Bind 1*. Århus: Akademisk Forlag.

Frederiksberg Hospital (1997) Medicinsk Center på Frederiksberg Hospital. 2. delrapport, 19. september.

Hamel, Jacques et al (1993) *Case Study Methods. Qualitative Research Methods Series 32*. London: Sage Publications, Inc.

Jørgensen, Per Schultz (1995) Generalisering – i kvalitativ forskning, pp 315-28. I: Lunde, Inga Marie og Pia Ramhøj (red.) *Humanistisk Forskning inden for Sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forlag.

Kirk, Jerome & Marc L. Miller (1986) *Reliability and Validity in Qualitative Research*. London: Sage Publications Inc.

Kvale, Steinar (1997) *Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.

Launsø, Laila & Olaf Rieper (1995) *Forskning om og med mennesker*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Yin, Robert (1989) *Case Study Research – Design and Methods*. London: Sage Publications, Inc.