

**Fra trojkamodel til entydig ledelse.
En analyse af debatten om
ledelsesmodeller i sygehussektoren
med fokus på Århus Amt**

Sidsel Vinge

Nr. 3 - 2000

FLOS centrets serie af arbejdsrapporter 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 arbejdsrapporter kan udgives empiriske analyser, teoretisk-empiriske rapporter eller rent teoretiske rapporter. I serien publiceres fx

- rapporter, 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

Baggrunden

Arbejdsrapporten er baseret på et speciale fra cand.merc. linjen i strategi, organisation og ledelse (Handelshøjskolen i København) med titlen ”En analyse af debatten omkring ledelsesmodeller i sygehussektoren / cases: Nordjyllands og Århus Amter”, juli 1999.

Udgangspunktet for specialet var et ønske om at forstå de meget forskellige holdninger til forskellige modeller for sygehusledelse der er opstået, siden man indførte den delte trojkaledelsesstruktur: Nogle amter vælger at beholde de delte ledelser i form af trojkastrukturen, mens størstedelen nu ønsker éntydighed og dermed at ændre sygehusledelsesstrukturen. Udgangspunktet for specialet var en undren over, hvordan så forskellige tolkninger af den samme ledelsesstruktur er opstået i løbet af så relativt få år. Hvad ligger der bag de forskellige holdninger til sygehusledelse? Hvordan bliver der argumenteret der for og imod trojkastrukturen og éntydig ledelse?

Et så bredt og åbent spørgsmål inviterer til underspørgsmål i mange retninger: Har man gjort vidt forskellige erfaringer med trojkamodellen i forskellige amter? Eller har man tolket ensartede resultater og erfaringer meget forskelligt? Har man i udgangspunktet set fundamentalt forskelligt på trojkamodellen fra amt til amt? Har faggrupperne og politikerne forholdt sig forskelligt og ageret forskelligt fra amt til amt?

For at få styr på de mange faktorer, der kunne spørges til, opstillede jeg ni arbejdsteser (se s. 2) med mulige forklaringer på, hvorfor trojkamodellen nogle steder er kommet under pres og andre steder ikke).

Måden at komme nærmere på et meningsfyldt svar på problemformuleringens brede spørgsmål var at analysere argumentationen i en del af den skrevne debat og ved at interviewe sygehusledere og amtsygehusdirektører i to udvalgte amter præget af forskellige officielle holdninger til sygehusledelse, og dermed også til trojkamodellen. Det gav et empirisk udgangspunkt for at konstruere to hovedfortællinger om sygehusledelse fra hhv. Århus og Nordjyllands amt.

Spørger man til komplekse social fænomener, får man gerne komplekse svar – dette tilfælde er ingen undtagelse. Fortællingerne giver således ikke noget endeligt eller absolut svar på, hvorfor trojkamodellen bliver opfattet så forskelligt, og hvorfor den kun nogle steder er kommet under pres og er blevet skiftet ud. Men de to hovedfortællinger giver hver for sig et bredere billede af, hvordan sygehusledelse italesættes af centrale aktører i de to amter, og en indsigt i to forskellige verdensbilleder, der i sig selv rummer et spektrum af konkrete bud på forklaringer.

Men de to fortællinger fra amterne er ikke hele historien i specialet. En anden vigtig spiller i debatten er det centrale niveau, der med Sundhedsministeriet i spidsen har markeret sig i debatten om sygehusledelse, fx gennem diverse ministerielle betænkninger. En analyse af to centrale betænkninger på sygehusledelsesområdet var baggrunden for den datagenerering og analyse, der blev foretaget i de to amter. Det drejer sig om Produktivitetsudvalgs betænkning (”Sygehusenes økonomi og organisering”, 1984), Sundhedsministeriets Sygehuskommissions betænkning (”Udfordringer i sygehusvæsenet”, 1997)

Men det er ikke nok at ville *forstå* fundamentet og logikken i forskellige argumenter og fortællinger om sygehusledelse i de to amter og ministerielle betænkninger – specialet indeholder også en kritisk dimension, idet jeg her foretager en kritisk analyse af argumentationen, hvor begreber som saglighed og gennemsigtighed er i højsædet.

Forgrunden

Som beskrivelsen her antyder, er det oprindelige speciale en omfattende sag, og forud for den redigering og omskrivning, der ligger bag denne udgave, er gået mange overvejelser, som det kan være relevant at få klarhed over inden læsningen.

Specialet rummer mange hoved- og underfortællinger, og det ville være umuligt at inkludere dem alle i et papir. Én central fortælling måtte derfor vælges ud, og det er blevet fortællingen om, hvordan sygehusledelse og ændringsdebatten italesættes i Århus Amt blandt udvalgte sygehusledere og amtssygehusdirektøren. Netop denne fortælling er interessant fordi den illustrerer det atypiske – hvilket i dette tilfælde er et amt, der kategorisk holder fast i trojka modellen, mens den dominerende tendens på landsplan, er at man bevæger sig væk fra trojka modellen og delt ledelse som princip og i stedet satser på éntydighed og mere forskellighed i de ledelsesmodeller. Det interessante ved Århus Amt er, hvordan man her har opbygget en konsistent fortælling om sygehusledelse, der udgør et meningsfuldt alternativ til den dominerende trend. Århus Amt er et eksempel på, hvordan en saglig modfortælling kan bygges op – og derfor er det værd at fortælle mere indgående om undtagelsen end om reglen.

Valget af Århus Amt som hovedfortælling i dette papir har betydet noget for både redigeringen af teori og empiri.

Redigering af teori

Sigtet med dette papir er i første omgang at formidle de empiriske analyser af ledelsesrationaler – ikke det teoretiske framework i specialet, som disse analyser er foretaget på baggrund af. Selve gennemgangen af teori i form af diskursanalyse og Karl Weicks teori om meningsdannelse, er således begrænset til på meget koncentreret vis kun at formidle de mest centrale hovedtanker, som karakteriserer de to tilgange.

Denne meget begrænsede formidling af det teoretiske fundament får dette papir til at fremstå som en ren empirisk analyse. Dette er dog ikke tilfældet, idet det er baseret på resultater fra en større teoretisk funderet analyse.

Redigering af Analyser

På trods af den kraftige nedprioritering i dette papir af formidling af teoretiske aspekter, er det alligevel de empiriske analyser, der er beskåret mest. Tekstanalyserne er blevet begrænset til en mindre analyse af Sygehuskommissionens betænkning, og analyserne af hhv. Produktivitetsudvalgets betænkning samt et notat fra Amtsrådsforeningen er helt udeladt. Interviewanalyserne er som sagt begrænset til alene at omfatte Århus Amt.

Disse valg er foretaget, bl.a. fordi Sygehuskommissionen er karakteriseret ved mange af de synspunkter på sygehusledelse, som man i Århus Amt forholder sig kritiske overfor. Hertil kommer, at der er et sammenfald i rationaler, holdninger og argumentationsform i Sygehuskommissionens betænkning og Nordjyllands Amt. Således gør det mindst skade i forhold til mit ønske om at analysere forskellige holdninger til sygehusledelse at udelade analysen af Nordjyllands Amt.

Introduktion: Scenen sættes og spørgsmålene stilles

Billedet af sygehusledelse i dag er et langt mere broget billede, end det var for bare ganske få år siden. Man er gået fra enshed over hele feltet i kraft af trojkaledelserne¹ til en situation, hvor de forskellige amter bedømmer og ser vidt forskelligt på den ledelsesmodel, som blev indført for kun 5-10 år siden, og flere amter afskaffer nu modellen og dens grundlæggende idé om delt ledelse.

Det er ikke umiddelbart klart, hvad der har forårsaget denne spredning: Hvorfor fastholder nogle amter modellen, mens andre mener, at tidens krav, udviklingen generelt eller andet har gjort trojkaledelse passé og uegnet, og at der nu bør ændres mere eller mindre radikalt på ledelsesstrukturen? Hvorfor ønsker man i nogle amter ens sygehusledelser på amtsplan, mens andre ønsker forskellighed? Og hvorfor vil nogle have delt ledelse, mens andre ønsker ansvar og kompetence samlet i én person?

Ledelse af de danske sygehuse er ledelse af en sektor, hvori der forvaltes ca. 35 milliarder skattekroner årligt² og beskæftiges ca. 100.000 medarbejdere³. Ikke mindst er det ledelse af en del af den offentlige sektor, der udgør et vigtigt element i velfærdsstaten, og som mange af os kommer i berøring med: I 1993 var der ca. 1 mio. indlæggelser og 4 mio. ambulante besøg⁴. Det er derfor vigtigt både for de ansatte på sygehusene, for patienterne og for et demokratisk samfund med et skattefinansieret sygehusvæsen, at få svar på disse spørgsmål; at få klarlagt de argumenter, begrundelser og rationaler, der former holdningerne til, hvordan vort sygehusvæsen skal ledes.

Jeg har derfor foretaget en kritisk analyse af debatten om sygehusledelse, der både inkluderer de røster i debatten, der er kritiske over for trojkamodellen, samt de, som udtrykker et mere positivt syn på trojkamodellen for at få skabt mere klarhed over, hvorfor man i dag ser så vidt forskelligt på de ledelsesmodeller, man indførte for relativt få år siden.

Ud fra en analyse af hvilke rationaler, der præger de forskellige holdninger til sygehusledelse, vil jeg søge at besvare, hvorfor trojkamodellen er kommet under pres.

Specialet er således *ikke* en evaluering af de forskellige konkrete ledelsesmodeller. Forskningsobjektet er debatten og rationalerne, som kommer til udtryk omkring forskellige ledelsesmodeller - ikke ledelsesstrukturene i sig selv. Det bør desuden også bemærkes, at hovedfokus er sygehusledelse, ikke afdelingsledelse eller centerledelse.

¹ Bentsen, 1995:7.: ”Trojkamodellen er i 1994 den ledelsesform, der eksisterer på alle Danmarks somatiske og psykiatriske sygehuse.”

² Bentsen m.fl. (red.), 1999:318: Ca. 70% af de offentlige sundhedsudgifter får til sygehusene, og i 1995 beløb de samlede udgifter til hele det danske sundhedsvæsen sig til 50.994 millioner kroner.

³ Bentsen m.fl. (red.), 1999:318.

⁴ Vallgård & Krasnik, 1995:42-43.

Arbejdsteser: Svarmuligheder udtænkes

På baggrund af de argumenter og fortolkninger omkring sygehusledelser, som analysen af det skriftlige materiale fandt frem til, blev der opstillet en række teser, der skulle tjene som en vejledende ramme for interviewanalysen. Teserne udgjorde således mulige forklaringer på, hvorfor trojkamodellen kunne tænkes at være kommet under pres. Rammen var vejledende i den forstand, at den var ment som en støtte i arbejdet med en bred problemformulering. Teserne angav retninger, hvori der *kunne* ledes efter svar – men de udgør ikke en endelig udtømmende liste over de undersøgte forhold. De forklaringsmuligheder, som teserne peger på, skal ikke forstås som gensidigt udelukkende (enten/eller), men som komplementerende forklaringslementer, der både/og kan indgå i en samlet forklaringsramme.

Teserne lød som følger: Efter at man i 80'erne og begyndelsen af 90'erne indførte trojkaledelser i alle amter, er man nu igen begyndt at ændre på ledelsen af og på sygehusene. Der kan være flere årsager til dette:

Indbyggede problemer i trojkamodellen

- 1 Trojkamodellen er uegnet som ledelsesmodel, fordi konsensuskravet bevirker at,
 - ↳ *problemer ikke bliver taget op*, hvis det er usikkert om der kan skabes enighed om en løsning,
 - ↳ beslutninger er præget af *ikke økonomiske optimale 'handler'* mellem parterne i ledelsen ud fra et 'noget for noget princip',
 - ↳ uenighed i trojkaledelse fører til *handlingslammelse i organisationen* eller til, at uløselige *problemer bliver sendt videre i ledelsessystemet* (i tilfældet med sygehusledelser, kan et uløseligt problem sendes videre til forvaltningen (amtets direktør for sygehusene), som udgør niveauet over sygehusledelserne i den amtslige sygehusledelsesstruktur).
- 2 *Beslutningsprocessen* i trojkamodellen har vist sig at være *ineffektiv*, fordi man skal nå til enighed hver gang.
- 3 Grundet den faste tredeling af ledergruppen med chefsygeplejerske, cheflæge og direktør, *cementerer trojkamodellen den tredelte søjlekultur*, der har domineret sygehussektoren.

Politik og interessegrupper

- 4 Nogle læger vil gerne tilbage til lægelig ledelse, specielt på afdelingsniveau, men flere ønsker også lægelige sygehusdirektører.
- 5 Lokalpolitik: Valget af ledelsesmodel er præget af amtspolitik, idet nogle politiske partier er positive overfor kollektiv ledelse, mens andre generelt går ind for éntydighed.
- 6 Centralt placerede aktørers personlige holdninger til ledelse. Hypotesen er, at der ikke er noget generelt mønster i forskellige amter, men at ændringer af ledelsesstrukturerne er et spørgsmål om, hvilke indflydelsesrige personer i feltet der har mulighed for at præge den politiske dagsorden.
- 7 Andre personalegrupper ønsker at blive repræsenteret i ledelserne, fx ledende laboranter, jordemødre, ergo- og fysioterapeuter og andre personalegrupper, der med trojkastrukturen er udelukket fra sygehusledelsen, selvom de dog i nogle tilfælde deltager i afdelingsledelsen.

- 8 Regeringens sygehuskommission er i januar 1997 kommet med en rapport, hvori man anbefaler en mere éntydig placering af ansvaret i forbindelse med sygehusledelse. Denne rapport kan være årsag til, at trojkamodellen i nogle amter er kommet under pres.

Institutionel teori⁵

- 9 I afhandlingen ”Sygehusledelse i et institutionelt perspektiv – en analyse af trojkaledelsesmodellens opståen, spredning og funktion”, peger Zeuthen Bentsen på, at implementeringen af trojkamodellen i høj grad drejede sig om eksternt at signalere vilje til ændring, om at legitimere sig udadtil og i mindre grad om en ændring drevet frem af sygehusorganisationernes eget oplevede behov for netop denne ledelsesmodel. Modellen blev implementeret på sygehusene som resultat af et såkaldt institutionelt pres, og det kan have medført *dekobling mellem formel struktur og reelle organisatoriske processer* forstået således, at implementeringen har været overfladisk i den forstand, at trojkamodellen i højere grad er implementeret som formel struktur, men ikke nødvendigvis er slået igennem i organisationens produktionskerne i form af ændrede processer. På baggrund af denne afhandling er der grund til at tvivle på, hvorvidt den nye ledelsesstruktur har haft den organisatoriske gennemslagskraft og medført de reelle ændringer i ledelsen af sygehusene, som man havde håbet på. Tesen er, at trojkamodellen – på grund af dekobling mellem modellen som struktur og modellen som processer – kun er blevet delvist implementeret, og at den derfor er kommet under pres, fordi den også kun delvist løser de problemer og indfrier de forventninger, man fra lands- og amtspolitisk side havde (og har) til ledelse på sygehusene.

⁵ Denne tese er udledt af Bentsen (1995)

Datagrundlag : Rollerne fordeles

Valg af empirisk fokus

Som led i den research, der mundede ud i problemformuleringen, skrev jeg til alle landets amter og udbad mig materiale af enhver art om sygehusledelse. Det resulterede i en stor og broget mængde tekster: evalueringsrapporter, ledelsesregulativer, interne notater, beslutningsprotokoller, mv. Denne indledende research viste, at Århus Amt skiller sig ud fra mængden mht. sygehusledelse, ved klart at markere, at man i dette amt på trods af Sygehuskommissionens anbefalinger ikke er indstillet på at åbne for en ændringsdiskussion af den trojkaledelsesstruktur og delte afdelingsledelse, man har i amtet. Århus Amt har en meget bevidst strategi om *ikke* at ville lave om på ledelsesstrukturen på sygehusene og dermed på trojka modellen. Man har tilmed sat årstal på: ingen ændringer før år 2010.

Interviewundersøgelse

Der blev foretaget fem kvalitative interview med sygehusledere og amtssygehusdirektøren i Århus Amt i perioden marts-maj 1999. Ved udvælgelsen af respondenterne blev der lagt vægt på en så bred repræsentation som muligt af forskellige holdninger, forskellige sygehuse, forskellige stillingsbetegnelser; altså så stor bredde som muligt. De konkrete personer blev udvalgt således, at amtssygehusdirektøren i sin egenskab af øverste leder for sygehusvæsenet i et amt var selvskreven, mens udvælgelsen af de øvrige respondenter blev foretaget med assistance fra forvaltningsmedarbejdere, der tog sig tid til at svare på alle mine spørgsmål om hvilke sygehusledere, der havde hvilken baggrund, hvor lang tid de havde været sygehusledere, hvilke eventuelt markante holdninger, de havde, osv. På baggrund af denne information blev følgende respondenter udvalgt:

ÅRHUS AMT

- Amtssygehusdirektør Arne Rolighed
- Cheflæge Børge Jensen, Skejby Sygehus
- Cheflæge Anna Thomassen, Amtssygehuset (på orlov fra en stilling som administrerende overlæge i en delt afdelingsledelse på Randers Centralsygehus)
- Chesygeplejerske Kirsten Høymark, Odder Sygehus
- Sygehusdirektør Lisbeth Jessen, Odder Sygehus⁶ (tidligere ansat i forvaltningen og sekretær for den fælles sygehusledelsesforsamling i Århus Amt)

⁶ Det skal nævnes, at når jeg i Århus Amt interviewer to sygehusledere fra Odder Sygehus, så skyldes det, at jeg havde begrænset tid i Århus, og det lykkedes mig at løbe ind i en arbejdskonflikt blandt sygeplejerskerne, der medførte, at det ikke var muligt at skaffe interview med repræsentanter fra Kommunehospitalet – det største i amtet – hvilket ellers var min plan.

Essensen af det teoretiske fundament: Om hvorfor og hvordan der skal fortælles

I det følgende vil jeg give et resumerende indblik i det videnskabsteoretiske udgangspunkt for specialet samt de anvendte teorier. Der er ikke tale om nogen fyldestgørende gennemgang eller diskussion af det teoretiske fundament, da sigtet med dette papir primært er at formidle fortællingen om sygehusledelse i Århus Amt. Denne præsentation af essensen af det teoretiske fundament skal kun give et indblik i min motivation for overhovedet at beskæftige mig med italesættelse og fortællinger om ledelse.

Videnskabsteoretisk fundament

De tanker om sprogets rolle i forhold til det sociale, som jeg præsenterer her, er stærkt inspireret af Ole Fogh Kirkebys univers⁷.

Sproget og det sociale

- Sproget er ikke en neutral ydre størrelse, et praktisk redskab, vi frit kan gøre brug af til at udtrykke meninger og tanker dannet uafhængigt af sproget. Ved de måder vi vælger at italesætte forskellige fænomener og begivenheder, åbner og lukker vi forskellige muligheds- og handlingsrum.
- Erfaring er styret af det, vi er socialiseret til at forvente at sanse og af sproget i og med, at al erfaring er sprogligt formidlet og således kun kommer til os gennem sproget.
- Vi er altid i en given kontekst, når vi erfarer og erkender, og denne kontekst styrer i dens egenskab af situation, vor erfaring og erkendelse. Samtidig gælder det, at en situation ikke er éntydig, den er et resultat af en kamp mellem aktører om, hvad der skal erfares og erkendes.⁸

Disse forhold trækker tæppet væk under ethvert forsøg på at bedrive objektiv eller neutral samfundsvidenskab. Vi står tilbage med en verden uden endelig sandhed om det sociale. I stedet står en sprogligt formidlet og skabt verden, som vi er inkorporerede og situerede i, men som samtidig er beriget af myriader af muligheder for fortolkninger og italesætte af virkeligheden.

Fortællingen

Som konsekvens af de grundlæggende ideer, jeg her har givet et kort indblik i, kommer fortællingen til at stå centralt. Selve begrebet fortælling kan defineres som,

”...en tekst, der skaber en meningsfuld helhed ud af en rækkefølge af begivenheder. Fortællingen er bygget op omkring en handling, der ordner begivenhedernes følge i dele, der udgør en tidsmæssigt ordnet struktur. De enkelte begivenheder henter deres betydning ud fra deres plads i handlingen. Når vi taler om en helhed, mener vi, at det er meningsfyldt at spørge, hvilken pointe, moral eller større mening fortællingen har. Historien forklarer begivenhederne ved at placere dem i et sammenhængende og meningsfuldt handlingsforløb.”⁹

Fortællingen udgør en figur for mening, hvor meningen skabes ved at kæde begivenheder sammen og fortolke dem ind i en større sammenhæng.

⁷ Se fx Ole Fogh Kirkeby 1994 og 1997.

⁸ Kirkeby (1994:XXIII).

⁹ Koch (1996).

Fortælling og videnskab er ikke to ord, som man uvilkårligt forbinder med hinanden. Fortælling bærer konnotationer til fantasi, fiktion, eventyr og måske endda også til usandhed og løgn. Videnskab kædes hellere sammen med ord som redegørelse, data, fakta, rationel og måske endda også sandhed. Men denne opdeling i fakta og fiktion er ikke troværdig indenfor samfundsvidenskaberne, for den antyder muligheden af *én* endelig objektiv sandhed om det sociale, der ses som værende mere sand end fortællingens sandhed.

Udgangspunktet i dette papir er, at der ikke er anden tilforladelig måde at beskrive og forholde sig til den sociale verden på, end fortællingen – begivenheder kædes sammen, der laves veje gennem myriader af situationer, som tegner et sammenhængende billede, der udgør en fortælling. Det er den sociale virkeligheds form, som man må forholde sig til og indskrive sig i.

Aktørers fortolkning og forståelse af et fænomen som ledelse er således ikke at forstå som individers *fortolkninger* af en *reelt eksisterende* virkelighed, men de *er* i stedet en del af denne virkelighed. Fortolkning og fortælling står således ikke i noget modsætningsforhold til en mere sand, virkelig eller videnskabelig forståelse af verden. Mening opstår kun i kraft af fortolkninger og fortællinger.

Dette grundlæggende set socialkonstruktivistiske udgangspunkt rummer en fare for at ende i en umulig, uendelig og ligegyldiggørende relativisme: For hvis den endelige og eneste sandhed om det sociale forkastes, hvordan kan vi så hævde, at noget overhovedet er mere sandt end andet? Hvordan kan vi hævde at vor fortælling er mere gyldig eller rigtigere end andre konkurrerende fortællinger? Dette problem om sandheds- og gyldighedskriterier er ikke nyt. Min egen løsning er pragmatisk: Ud over at skrive en troværdig fortælling er mit eget gyldighedskriterium gennemsigtighed. Jeg søger at fremstille argumenter og konklusioner så gennemsigtigt som muligt – at lægge min fortællings empiriske byggeklodser klart og sagligt frem og give læseren så megen indsigt i konstruktionen af min fortælling om sygehusledelse, som det er muligt på et begrænset antal sider. Derved håber jeg at give læseren de bedst mulige forudsætninger for, at forholde sig kritisk til konstruktionen af min fortælling om sygehusledelse i Århus Amt.

To teoretiske forståelsesrammer

I specialet kombinerer jeg indsigter og værktøjer fra to teoretiske forståelsesrammer. Den ene er Diskursteorien, som bidrager både på et meget konkret niveau med et sæt af værktøjer til analyse af tekster og som samtidig kommer med et bud på sprogets og italesættelsens helt centrale rolle i skabelsen og dermed også forståelsen af det sociale. Den anden teoretiske ramme er Karl Weicks teori om meningsdannelse, som sætter fokus på det retrospektive og meningskohærensens betydning for vor virkelighedsforståelse.

Diskursteori

Diskursteori er et bredt og broget felt. Som jeg vælger at læse og anvende diskursanalyse, bliver dens formål,

”at arbejde med det, der faktisk er blevet sagt eller skrevet, for at undersøge, hvilke mønstre der er i udsagnene – og hvilke sociale konsekvenser forskellige diskursive fremstillinger af virkeligheden får.... Det er netop selvfølgelighederne, man er ude efter at afdække: Man er interesseret i, hvordan nogle udsagn helt ’naturligt’ bliver accepteret som sande og andre ikke.”¹⁰

”Diskursanalysen går...hele tiden ud på at dekonstruere de strukturer, der udgør vores ’naturlige’ omverden; man forsøger netop hele tiden at vise, at den givne indretning af verden er

¹⁰ Jørgensen & Phillips (1999:31).

et resultat af politiske processer med sociale konsekvenser.”¹¹

Diskursanalysen søger at drage konsekvensen af de to grundvilkår for menneskelig eksistens, som meningens selvfølgelige nødvendighed og kontingensen udgør: På den ene side er vi afhængige af mening i form af en eller anden form for social orden. Det er ikke muligt at tænke meningen væk. Meningen udgør det, vi kalder vor viden om verden, den kan tillægges værdi af sandhed. Men på den anden side er meningen kontingent (tilfældig) i og med, at vi aldrig kan fastlægge absolut sand mening: vi er *ikke* afhængige af nogen *bestemt* social orden – alting kunne altid have været anderledes.

Det diskursanalytiske approach anvendes på to måder i specialet: På den ene side anvendes tekstanalytiske værktøjer og begreber til at analysere argumentation og fremstillingsform i de centrale tekster i debatten. På den anden side indgår diskursteoriens normative sigte i form af den kritiske indstilling overfor selvfølgelig viden som et fundament for specialets kritiske forholden sig til debattens røster.

Karl Weicks teori om meningsdannelse

Weicks teoretiske univers handler om, hvordan vi kan forstå de konkrete processer i den sociale konstruktion af mening og dermed også af viden:

”..individuals attempt to create order and make retrospective sense of the situations in which they find themselves. Individuals are seen as engaged in ongoing processes through which they attempt to make their situations rationally accountable to themselves and others. Individuals are not seen as living *in*, and acting out their lives in relations *to* a wider reality, so much as creating and sustaining images of a wider reality, in part to rationalize what they are doing. They realize their reality, by 'reading into' their situation patterns of significant meaning”¹²

Hovedtankerne i dette univers er for det første, at vi er mindre rationelle, end vi til daglig selv går og tror og giver udtryk for at være. En anden centrale pointe ved Weick kan ses som en praktisk eksemplificering af hermeneutikkens begreb om forforståelse: Vi møder aldrig verden ren, men ”læser” den ud fra kognitive strukturer (=allerede socialt dannet mening og viden), som vi skaber i vore bestræbelser på at forklare og retfærdiggøre handlinger ud fra gældende sociale normer i de forskellige sammenhænge, vi indgår i.

Fokus for Weick er i højere grad meningsdannelses*processen* end selve resultatet; den dannede mening i form af kognitive meningsstrukturer:

”The sensemaking metaphor encourages an analytical focus upon the processes through which individuals create and use symbols; it focuses attention upon the study of the symbolic processes through which reality is created and sustained.”¹³

En helt central pointe i dette perspektiv er, at vi *efter*, at vi har truffet en beslutning eller foretaget en handling (specielt hvis den er synlig, irreversibel og der var klare alternativer) eller måske blot defineret noget som en begivenhed, skaber motiverne, årsagerne til denne handling eller hændelse. Vi efterrationaliserer for at få vore handlinger til at give mening ud fra mere almene og socialt accepterede rationaler eller i en større fortælling. Vi indskriver handlinger i sammenhænge, så der dannes fortælling og struktur, og så vore handlinger kan fremstå som logiske, rationelle og selvfølgelige for os selv og ikke mindst for andre. Dernæst går vi så at sige tilbage til verden og søger eksempler, der kan bekræfte denne fortælling. Man kan sige, at Weicks teori i denne forbindelse udgør en konkretisering og eksemplificering af det videnskabsteoretiske fundament om forholdet mellem

¹¹ Jørgensen & Phillips (1999:61).

¹² Weick (1993:6) (Weick henter selv citatet fra Morgan, Frost, and Pandy, ”Organizational symbolism”, 1983)

¹³ Weick (1993:16) (Igen citerer Weick Morgan, Frost, and Pandy, ”Organizational symbolism”, 1983)

sproget og det sociale.

Opsummering på hvorfor og hvordan, der skal fortælles

Det teoretiske fundament danner samlet et analytisk og normativt udgangspunkt, der kan begrunde hvorfor og hvordan, der i det følgende vil blive fortalt om sygehusledelse:

- Der skal fortælles, fordi det er vigtigt at skabe mere indsigt i, hvilken argumentation, og dermed hvilke drivkræfter, der ligger til grund for beslutninger om, hvordan den store og centrale del af vor fælles velfærdsstat, som sygehusene udgør, skal ledes.
- Der skal fortælles ud fra en accept af, at den endegyldige objektivt sande fortælling er en utopi. Det betyder at vi på kritisk normativ vis må forholde os til debattens argumenter og til begrebet saglighed.
- Der skal fortælles kritisk, sagligt, gennemsigtigt, og på åbenlyst normativ vis – i og med at objektiviteten er en utopi.

Analysedel: Fortællinger om sygehusledelse

Sygehuskommissionens betænkning (1997): Analyse af en fortælling

Som led i en aftale af 29. november 1995 mellem regeringen og Det Konservative Folkeparti blev det aftalt at nedsætte en sygehuskommission:

”Der nedsættes en sygehuskommission, der skal undersøge om organiseringen af det danske sygehusvæsen kan tilrettelægges på en mere hensigtsmæssig måde.”¹⁴

Sundhedsministeren nedsatte på denne baggrund den 15. januar 1996 Sygehuskommissionen med et meget bredt kommissorium, der bl.a. omfattede: beskrivelse og vurdering af den overordnede organisation af det danske sygehusvæsen, analyse af de faktorer (demografi, teknologi, sundhedsfaglige og uddannelsesmæssige forhold, sygehuses kapitalapparat og udnyttelsen heraf m.m.), der vil påvirke sygehusvæsenets langsigtede udvikling, samt beskrivelse og vurdering af forskellige modeller for den fremtidige tilrettelæggelse af sygehusvæsenet. Rapporten er således meget bred og handler ikke specifikt om ledelse af sygehuse, og der er da også kun givet meget begrænset plads i rapporten til at belyse ledelsestemaet¹⁵.

Selvom betænkningen ikke går i dybden og analyserer ledelse, er betænkningen og dens anbefalinger mht. ledelse alligevel medtaget i specialets analyser som et centralt element i ledelsesdebatten, fordi betænkningen har haft stor betydning og optaget megen plads i den debat, der siden er ført i feltet omkring ændring af ledelsesmodellerne på sygehuse. Betænkningens hovedkonklusioner omkring ledelse er anbefalingen af en ændring af den eksisterende trojka-model, så den bliver ”entydig”, i betydningen ledet af én person, samt at der eksperimenteres mere med flere forskellige ledelsesmodeller (pluralisme). Betænkningen og dens anbefalinger indgår på forskellig vis i den argumentation, der mange steder bliver ført for at ændre trojka-modellen og i stedet indføre éntydig ledelse. Derfor bliver det interessant at analysere den argumentation, der ligger bag betænkningens konklusioner og anbefalinger.

Éntydighed

Begrebet *entydighed* diskuteres og defineres ikke i betænkningen. Alligevel er det et centralt element i Sygehuskommissionens anbefalinger, og derfor analyseres her, hvordan man gennem betænkningens argumentation kommer frem til at anbefale éntydighed, og hvordan dette bud om éntydighed skal tolkes i praksis set i forhold til debatten om ledelsesformer på sygehuse.

Betænkningen tager ikke udgangspunkt i nogen form for undersøgelse af hvordan ledelse på forskellige sygehuse fungerer i praksis; fx i hvilke problemer, hvilke aktører ser og hvorfor, samt hvilke løsninger man på den baggrund vil anbefale og hvorfor. Omtalen af trojka-modellen begrænser sig næsten til at referere baggrunden for at indføre den, hvilket var ”et ønske om at skabe en mere ligeværdig dialog mellem det ressourceudløsende kliniske niveau og sygehusledelsen som repræsentant for de bevillende myndigheder”¹⁶. På intet tidspunkt diskuteres det, om man mener dette ser ud til at være lykkedes i det omfang, man ønskede.

¹⁴ Sygehuskommissionen, afsnit 1.1 (Ved kildehenvisning til sygehuskommissionens rapport henviser jeg ikke til sidetal men til afsnit, da jeg har rapporten i en Internetudgave, og sidetal afhænger derfor af PCens software)

¹⁵ Blot for at give en idé om vægtingen af ledelse i rapporten: ud af de 110 sider som rapporten fylder (i min version), har jeg samlet samtlige afsnit jeg kunne finde om sygehus- og afdelingsledelse, og de fylder ca. 4 sider.

¹⁶ Sygehuskommissionen, afsnit 7.6 Ledelse og Organisation.

Om afdelingsniveauet står følgende:

”På afdelingsniveauet er placeringen af det endelige ledelsesansvar et kontroversielt spørgsmål, som endnu ikke har fundet sin endelige løsning alle steder. Ofte foreskriver ledelsesregelsættet, at afdelingsledelsen i tilfælde af indbyrdes uenighed forelægger sagen for sygehusledelsen. Faren ved denne konstruktion er, at afdelingsledelsen snarere fejrer det pågældende problem til side end bringer sagen frem til afgørelse.”¹⁷

Umiddelbart herefter og på denne baggrund drager kommissionen sin konklusion:

”Kommissionen skal derfor anbefale, at der på alle ledelsesniveauer sker en éntydig placering af ledelsesansvaret. Dette indebærer, at den udbredte trojkamodel og afdelingsledelsesmodel skal ændres.”¹⁸

Det er ikke formuleret præcist, hvad der konkret ligger i begrebet éntydig i denne sammenhæng. Der kunne jo også argumenteres for, at der i trojkamodellen ligger en éntydig placering af ledelsesansvaret hos ledergruppen som helhed. Men i og med at kommissionen direkte påpeger, at trojkaledelse og delt afdelingsledelse skal ændres, må kommissionens éntydighedsbegreb tolkes som ensbetydende med, at ledelsesansvaret skal ligge hos én person, og ikke som i trojkaen være delt mellem medlemmerne af en ledergruppe.

Det er ikke umiddelbart indlysende, hvordan kommissionen kommer frem til, at der på alle niveauer skal være éntydighed. Hvorfor ansvarsplaceringen på afdelingsniveau er et ”kontroversielt spørgsmål” er heller ikke klart, men det antydes i citatet, at ”nogen” oplever det som et problem, som dog ikke på nogen måde bliver dokumenteret, uddybet eller på anden vis diskuteret.

Et problem kræver en løsning. Og ved at definere den nuværende model som indeholdende uafklarede kontroversielle spørgsmål om ansvarsfordeling, bliver der rent sprogligt åbnet et mulighedsrum for at fremkomme med en form for løsning, der kan afklare usikkerheden og placere ansvaret hos én person.

Argumentationen i citatet ovenfor om afdelingsniveauet omhandler ikke et nyt opstået eller oplevet problem, men ”faren ved denne konstruktion”. Dette er en ”fare”, som altid har eksisteret og da det står hen i det uvisse om denne ”fare” rent faktisk også udgør et reelt problem i praksis, må det siges at være et spinkelt grundlag at ville ændre trojkamodellen på – ikke bare på afdelingsniveau, men også på sygehusniveau. Hvad angår trojkaledelse på sygehusniveau, nævner Sygehuskommissionen ikke et eneste problem i forhold til den nuværende model – men anbefaler alligevel at ændre den.

¹⁷ Sygehuskommissionen, afsnit 7.6 Ledelse og Organisation.

¹⁸ Sygehuskommissionen, afsnit 7.6 Ledelse og Organisation.

Pluralisme

Et andet gennemgående træk i betænkningen er, at man opfordrer til

”at eksperimenterer med forskellige løsningsmodeller, hvor der bl.a. bliver taget hensyn til de betydelige forskelle i sygehusenes størrelse og deraf følgende forskelle i ledelsesbehov.”¹⁹

Dette fordi:

”Der er i stigende omfang sat spørgsmålstejn ved, om det i betragtning af sygehusenes meget forskellige størrelse er hensigtsmæssigt, at ledelsen på de fleste sygehuse i hovedtræk er opbygget efter den samme model. Forskelle i størrelse og funktioner kan tværtimod tale for, at varetagelsen af ledelsesfunktionerne må tilrettelægges på forskellig vis.”²⁰

Hvorfor, hvem og på hvilken baggrund, der ”i stigende omfang sætter spørgsmålstejn ved at ledelsen i hovedtræk er opbygget efter samme model”, siger betænkningen intet om. Hvorfor og hvordan ”forskelle i størrelse og funktion” taler for forskellige ledelsesmodeller, bliver der heller ikke redegjort for. Der er ingen form for refleksion over mulige fordele ved at have en ledelsesstruktur på sygehusene inden for et amt, som er opbygget efter den samme model. Ikke desto mindre er konklusionen, at:

”Kommissionen skal sammenfattende understrege betydningen af, at der udvikles alternative ledelsesmodeller, da forskelle mht. sygehusenes størrelse og struktur ikke gør det hensigtsmæssigt, at alle gennemfører samme ledelsesstruktur.”²¹

Argumentation bag anbefalingerne af pluralisme er så tynd, at anbefalingerne kommer til at virke som postulerende og uden basis i hverken teori eller empiri eller blot kritisk refleksion og saglig argumentation.

Afdelingsledelsernes decentralisering

I betænkningen bliver der argumenteret for (helt i tråd med argumentationen i den tidligere regeringsbetænkning fra 1984 om Sygehusenes Økonomi og Organisering), at den økonomistyring, man ønskede at få placeret mere decentralt ved indførelsen af afdelingsledelser, er helt afhængig af de informationssystemer afdelingsledelserne har til rådighed:

”Effektive informationssystemer med relevante budget- og aktivitetsoplysninger er en afgørende forudsætning for en reel decentralisering. Denne betingelse er efter kommissionens opfattelse ikke opfyldt i tilstrækkeligt omfang i dag.”²²

”Utilstrækkelige økonomi- og informationssystemer er i den forbindelse blevet anført som et væsentligt problem, der mange steder har blokeret for en reel decentralisering af budgetansvaret og den deraf følgende ledelseskompetence.”²³

Det er således Sygehuskommissionens opfattelse, at afdelingsledelserne generelt mangler helt uundværlige værktøjer til at kunne foretage en reel økonomisk styring, og at fundamentet for en reel decentralisering dermed generelt ikke er til stede i sygehusvæsenet. Det problem, man i betænkningen mener at have identificeret på afdelingsniveau, har altså ikke direkte noget at gøre med ledelsesstrukturen, men handler i stedet om, hvorvidt afdelingsledelserne – delte *såvel som* éntydige – overhovedet har informationssystemer til rådighed i et sådant omfang, at det giver mening at tale om *reel* decentralisering af budgetansvar og ledelseskompetence.

Under disse betingelser kunne man mene, at man gennem argumentationen i Sygehuskommissionen *ikke* har gjort sig i stand til at (be)dømme nogen konkret ledelsesmodel, men i stedet har peget på det faktum, at *ingen*

¹⁹ Sygehuskommissionen, afsnit 2.7 Ledelse og organisation på sygehusniveau

²⁰ Sygehuskommissionen, afsnit 3.3.2. Ledelse på sygehusniveau.

²¹ Sygehuskommissionen, afsnit 7.6 Ledelse og organisation

²² Sygehuskommissionen, afsnit 2.7 Ledelse og organisation på sygehusniveau

²³ Sygehuskommissionen, afsnit 3.3.2. Ledelse på sygehusniveau

ledelsesmodel kan fungere optimalt under de nuværende forhold.

En sammenfatning af Sygehuskommissionens fortællinger om ledelse

- Ledelse er et meget *lille delemne*, som ikke analyseres, og der henvises ikke til nogen form for dokumentation, kilder eller undersøgelser. Tværtimod efterlyses mere dokumentation og undersøgelser flere gange i løbet af rapporten.
- Der nævnes *ingen konkrete problemer i forhold til trojkamodellen* og mangel på éntydighed, eller andre problemer med modellen. Men det hævdes, at der ligger en *indbygget fare* i den måde *den delte afdelingsledelse* er konstrueret på. Denne fare er et resultat af, at uenigheder skal forelægges sygehusledelsen, og argumentet er, at der er fare for, at ”afdelingsledelsen snarere fejer det pågældende problem til side end bringer sagen frem til afgørelse”²⁴, altså forelæggelse for sygehusledelsen. Ingen steder bliver der dog sagt noget om, hvorvidt dette også menes at være et reelt problem i forhold til, hvordan trojkamodellen har fungeret i praksis på sygehusene.
- Det påpeges flere steder, at succesfuld *afdelingsledelse* er helt afhængig af tilstrækkelige og *effektive informationsystemer*, som kommissionens vurderer, at man i dag i vid udstrækning mangler. Der identificeres hermed et problem i forhold til de eksisterende informationssystemer på sygehusene.
- Det påpeges, at *der mangler samlede evalueringer og dokumentation generelt, mht. ledelsesstrukturer indenfor sygehusfeltet*.

Dette er essensen af den argumentation, som får Sygehuskommissionen til at ende med at anbefale ændring af trojkamodellen og den delte afdelingsledelse, for at komme af med den grundlæggende idé om delt tværfaglig ledelse og i stedet anbefale en ny ledelsesstruktur med en éntydig (= én person) placering af ledelsesansvaret.

Éntydighed (i ledelsen) og *pluralisme* (i ledelsesmodellerne) er de afgørende nøgleord i Sygehuskommissionens fortælling om ledelse. Derfor vil jeg i de følgende afsnit se nærmere på disse to begreber og forholdet mellem dem.

Perspektiver på éntydighedsbegrebet

”Éntydighed” bliver efter udgivelsen af betænkningen et helt centralt begreb i ledelsesdebatten. Men det er ikke opfundet i Sygehuskommissionens betænkning. Allerede i Produktivitetsudvalgets betænkning fra 1984 blev éntydighed kædet sammen med den såkaldte enhedsmodel:

”Ved valget mellem enhedsledelsesmodellen og trojkamodellen må de fordele, som knytter sig til den helt *éntydige* ansvarsplacering hos direktøren tillægges betydelig vægt”²⁵ [min kursivering].

Éntydighed er ikke et nøgleord i Produktivitetsudvalgets betænkning, men begrebet bliver introduceret i den vurdering, som her anbefaler enhedsledelse frem for trojkaledelse.

Éntydighedsbegrebet kan betragtes ud fra søjleopdelingen i sygehussektoren. Éntydighed kommer som beskrevet ovenfor fra en kontekst, hvor det er koblet sammen med enhedsledelse; en ledelsesmodel, som giver lægerne større indflydelse på afdelingsniveau og direktøren større indflydelse på sygehusniveau. I Produktivitetsudvalgets betænkning var der uenighed mellem søjlerne, hvor sygeplejerskerne i udvalget ikke var

²⁴ Sygehuskommissionen, afsnit 7.6 Ledelse og Organisation

²⁵ Produktivitetsudvalgets betænkning, ”Sygehusenes organisation og økonomi”, 1984

enige i det øvrige udvalgs vurdering og kom med en mindretalsudtalelse, som gik imod enhedsledelse.

At sygeplejerskerne ofte er imod éntydighed, mens læger og sygehusdirektører ofte er for, fremgår bl.a. af følgende citater fra Dansk Sygeplejeråd:

”Ledelsesstrukturen i sygehusvæsenet er til konstant debat. Der har været fremført mange argumenter fra lægernes organisationer såvel som fra administrativ side for en éntydig ledelse både på sygehus- og afdelingsniveau.”.....”DSR var enig i, at en styrkelse af ledelse var nødvendig, men uenig i, at dette indebar et behov for at etablere enhedsledelse på sygehus- eller afdelingsniveau”...”DSR har fastholdt, at sygeplejerskerne skal have en ligeværdig placering på de forskellige ledelsesniveauer”²⁶

”Det er vigtigt at disse tre delsystemer [administrationen, lægerne og sygeplejerskerne] kommer til at fungere som ligeværdige parter, også når det gælder ledelse”²⁷

Debattens fokusering på begrebet éntydighed i ledelsen, skal således ikke udelukkende tolkes som en debat om mere eller mindre hensigtsmæssige ledelsesstrukturer, løsrevet fra debattens kontekst. Fokuseringen på éntydighed kan bedre forstås, hvis den også ses i en større sammenhæng med en kamp om indflydelse mellem søjlerne i sektoren.

Perspektiver på pluralismebegrebet

Der bliver som sagt ikke *argumenteret* for pluralisme i Sygehuskommissionen, men man *konstaterer*, at sygehuse er forskellige. Det bliver derefter opfattet som en naturlig selvfølge, at forskellig sygehusstørrelse kræver forskellig ledelsesstruktur. Det er en meget generel betragtning, som kræver præcisering og konkretisering, da det er uklart, hvad der menes. Er der tale om, at større organisationer har brug for flere led i hierarkiet, eller om at intet led får et uoverskueligt kontrolspænd? Er der tale om forskellige modeller bygget op over samme grundlæggende princip(per) for ledelse – fx at fælles ledelsesansvar ikke indgår på noget niveau? Eller ønsker man helt at lade feltet selvorganisere uden nogen som helst form for ensartet struktur på amtsniveau? Dette er relevante og centrale spørgsmål, men i Sygehuskommissionens betænkning desværre også helt uberørte. Der mangler en principiel diskussion af, hvor ledelsesstrukturer bør komme fra. Fra oven eller fra neden eller fra søjlerne. Fra ideologier eller teorier. Fra personlige præferencer hos dominerende magtkoalitioner eller fra de erfaringer, som forskellige aktører måtte have gjort sig i praksis. Samt hvilke fordele og ulemper hver af disse kilder rummer.

Det kan i bedste fald betragtes som uovervejende at anbefale, at der åbnes for ”pluralisme” i ledelsesstrukturerne og opfordre til, at der eksperimenteres med ændring af ledelsesorganisationerne på sygehusene på baggrund af den relativt banale konstatering af, at sygehusorganisationer har forskellige størrelser. Betænkningen er blottet for overvejelser om, hvilke konsekvenser pluralisme som princip vil have for gennemsigtigheden og overskueligheden i et ledelsessystem som helhed (både på amts og på landsplan), og dermed også for styringsmulighederne fra politisk side, samt konsekvenserne for den magtkamp, der mange steder stadig eksisterer mellem søjlerne.

Paradokset i sammenstillingen af éntydighed og pluralisme

Der ligger en konflikt indbygget i forsøget på at kombinere de to anbefalinger i betænkningen – éntydighed og pluralisme – idet kombinationen af dem leder til et paradoks: et sygehusfelt, hvor der kun anbefales én ledelsesform, nemlig éntydig ledelse, er ikke særlig pluralistisk – og omvendt: hvis pluralisme er det bærende

²⁶ ”Baggrundsmateriale til konference om Strategi for ledelse af sygeplejen på sygehuse”, november 1996, Dansk Sygeplejeråd.

²⁷ Sygeplejersken, 1983, nr.31, citeret i Eva Zeuthen Bentsen., 1995:30.

princip, så kan ikke *alle* modeller være éntydige (i betydningen én person).

De to begreber bliver brugt i fællesskab til rent sprogligt at udgrænse trojkaledelsesmodellen som mulighed i teksten, og derfor støder de ikke direkte sammen i teksten, men paradokset eksisterer stadig.

Som jeg tolker Sygehuskommissionen, er der tale om en rangordning af de to nøgleord: pluralisme er implicit underordnet éntydighed. Pluralisme bliver anbefalet i praksis, men inden for rammerne af éntydighed som overordnet princip. Et sådant system som Sygehuskommissionen anbefaler er således kun pluralistisk i et begrænset omfang.

Dette skal ikke læses som et indirekte argument for, at man bør beholde trojkaledelse alle steder. Målet med at påpege det paradoksale i, at kommissionens to anbefalinger er principielt modstridende, er at fremhæve de modsigelser og selvfølgeligheder, der ligger i betænkningen, når argumentationen bliver gået efter i sømmene. Målet er at pege på de spørgsmål, som ikke bliver stillet.

Min konklusion omkring Sygehuskommissionens betænkning på baggrund af specialets diskursteoretiske tekstanalyse er, at betænkningens argumentation og rationalitet mht. ledelse *i praksis* i højere grad handler om at udgrænse trojkamodellen som mulighed end at formidle et oplevet, dokumenteret eller teoretisk argumenteret behov for en ændring af ledelsesstrukturen på de danske sygehuse, der kan danne udgangspunkt for at anbefale, hvilke retninger eventuelle ændringer af ledelsessystemet bør tage. Jeg mener ikke, at Sygehuskommissionen i sin betænkning har formidlet den opgave, der blev stillet i kommissoriet, nemlig at ”undersøge om organiseringen af det danske sygehusvæsen kan tilrettelægges på en mere hensigtsmæssig måde” [min kursivering]. Snarere end den ønskede undersøgelse, har Sygehuskommissionen skabt et dokument, hvori tonen bedst kan karakteriseres som postulerende, og som ikke inde

holder saglig, nuanceret argumentation eller dokumentation for de fremførte påstande og anbefalinger om sygehusledelse.

Sygehusledelse i Århus Amt: Fortællingen om en modfortælling

Der er otte somatiske sygehuse i Århus Amt. De tre sygehuse tættest på Århus – Århus Kommnehospital, Skejby Sygehus og Århus Amtssygehus – samarbejder i et netværk uden selvstændig ledelse, under navnet Århus Universitetshospital. Derudover er der Samsø Sygehus, samt Odder, Silkeborg, Randers og Grenå Centralsygehuse. Ansvar for sygehusene ligger i amtet formelt hos den samlede direktion, men i praksis er det Amtssygehusdirektør Arne Rolighed, der har været overordnet leder af sygehusvæsenet side 1989²⁸.

Sidst i 80'erne gennemførte man meget store ændringer i amtets sygehusstruktur. Man nedlagde seks sygehuse, lavede en omfattende specialeplanlægning, hvor man flyttede rundt på specialer og afdelinger, og man rationaliserede køkkener, vaskerier og rengøring. Der blev nedlagt 6-800 senge og fyret ca. 1000 medarbejdere. Årsagen var, at økonomien i amtets sygehussektor var ved at løbe af sporet, og amtsrådet stillede i stigende grad krav om, at der skulle styr på udgifterne til sygehusvæsenet²⁹.

I 1990 blev der indført trojkaledelser på alle amtets sygehuse. I februar 1993 foretog sygehusforvaltningen en evaluering af ledelsesstrukturen og på baggrund af denne, lavede man mindre justeringer i ledelsesregulativet: ”Idégrundlag og ledelsesstruktur i Århus Amts sygehusvæsen”.

Der er i dag trojkaledelser på alle sygehusene i Århus Amt, og der er todelte afdelingsledelser på de afdelinger, hvor der er en betydelig plejesektor – undtagen dér, hvor man af volumenmæssige årsager ikke skønner, at det er hensigtsmæssigt³⁰.

Amtssygehusdirektøren har ved flere lejligheder meldt offentligt ud, at der ikke skal laves om på trojkaledelsesstrukturen i Århus Amt før tidligst år 2010.

Det følgende er ikke kun en analyse af konkrete rationaler, som jeg mener præger sygehus-ledelsestænkningen i Århus Amt. For at kunne forstå analysen – og ikke mindst kunne forholde sig kritisk til den – er der også brug for en bredere indføring i og analyse af den kontekst, disse rationaler er opstået og eksisterer i, hvilket jeg derfor lægger vægt på at formidle. Eksempler på dette er de første afsnit i nedenstående analyse om implementering af trojkaledelse i Århus Amt, og trojkaledelse i praksis, der ikke direkte kan henføres til en analyse af rationaler, men som er centrale som baggrund for at *forstå* en analyse af rationaler.

Implementering af Trojkamodellen

Historien om, hvorfor trojkamodellen blev valgt i Århus Amt er fortalt af Amtssygehusdirektøren således:

”Det [trojkamodellen] var jeg ikke lige den, der var varmest tilhænger af dengang, men

²⁸ På Århus Amts hjemmeside (www.aaa.dk/ahh/AHH_02.htm) kan man læse følgende om forholdet mellem det politiske niveau, direktionen og driftsområderne (hvoraf de somatiske sygehuse udgør 1 af 7 områder): ”Direktionen har den administrative ledelse med ansvar over for amtsborgmester og amtsråd. Direktionen er bindeleddet mellem driftsområderne og den politiske ledelse. Direktionen består af amtsdirektøren og 4 direktører, der erstatter og supplerer hinanden, men i det daglige er der tale om en vis arbejdsdeling.” Her kan man videre læse, at direktør Arne Rolighed har sygehusene som sit område.

²⁹ Oplysningerne stammer fra interview med Arne Rolighed.

³⁰ På Odder sygehus forklarede man mig, at der skal en vis volumen, altså antal senge, til før budgettet bliver stort nok, til at det giver mening at indføre en decideret afdelingsledelse med selvstændigt budgetansvar. I stedet arbejder man bl.a. med større områdeledelser – men stadig ledet efter et konsensusprincip. Denne struktur på afdelingsniveau er ikke problemfri, da ledergrupperne i nogen tilfælde bliver meget store (et eksempel var en gruppe på 12 ledere), og det gør konsensusledelse til en svær kunst at bedrive.

magtforholdene i Danmark var også på det tidspunkt – og sådan er det vel også tildels i dag – at man havde amterne på den ene side, og så havde man Foreningen af Speciallæger på den anden side og Dansk Sygeplejeråd på en tredje. Og det papir du har der, pjecen der [”Idégrundlag og Ledelsesregulativ for Århus Amt”] det har jeg lavet i en pendulfart. Vi havde selv lavet et udkast til, hvordan vi syntes idégrundlaget skulle være, hvordan vi syntes funktionsbeskrivelserne skulle være for hver af figurerne. Men for at få det gjort færdigt, så har jeg kørt i pendulfart mellem DSR i Lindegade og så Jan Søltoft, der var formand for speciallægerne på Viborg Sygehus. Så jeg har været et par gange af sted for at finde nogle formuleringer, som alle kunne leve med. Og det blev så til sidst accepteret som det grundlag, vi lagde op.

Jeg nævner denne lille anekdote for at fortælle, hvordan magtkonstellationen var. Vi kunne ikke bare komme og sige, ’sådan vil vi gerne have ledelsesorganisationen tilrettelagt’. Vi har set fra andre amter, at det var klogest at få det her diskuteret færdigt, at få en enighed, inden vi gik ud.” (AR)³¹

Trojkamodellen var således i udgangssituationen ikke amtssygehusdirektørens idé, og han var ikke tilhænger af den på det tidspunkt, den blev indført. Men opfattelsen var, at tingene blev bestemt i et felt, der hovedsageligt lå udenfor de enkelte sygehuse og amtsgården, og hvor DSR, FAS og Amtsrådsforeningen var de store spillere.

Selve implementeringen af den nye ledelsesstruktur i sygehussektoren er et emne, der bliver omtalt ret ens under interviewene i de to amter. Nedenstående udtalelse eksemplificerer det billede, der generelt tegner sig:

”Det [trojkaledelse] oplevede jeg som noget, der kom fra den sidste betænkning [Produktivitetsudvalgets], at der skulle være tre i en sygehusledelse. Det var absolut noget, der kom ovenfra. Og det var absolut pinefuldt, det tror jeg, man må sige, det var det. Det var ikke nemt, det kan jeg godt sige dig.” (AT)

Interviewene giver det indtryk, at man generelt oplevede omstillingsprocessen kombineret med de nye krav om økonomistyring og mere decideret virksomhedsledelse som hårde og voldsomme omvæltninger i en sektor, som ikke var vant til store organisatoriske ændringer. Det var den erhvervsøkonomiske diskurs med alle dens implicite rationaler og logikker, der kom ind i sektoren og udfordrede den klinisk/professionelle diskurs, som hidtil havde hersket i sygehusvæsenet.

I Århus Amt var denne periode omkring implementeringen af sygehusledelsestrukturen og økonomistyring måske mere ”pinefuld” end andre steder, idet man ud over at skulle tackle indførelsen af trojkamodellen, yderligere havde et amtsråd, som i de år lagde ud med en kraftig sanering af sygehusstrukturen og bagefter kom med meget kontante krav om nedskæringer³² og økonomistyring på sygehusene.

For det århusianske sygehusvæsen var det en periode præget af udefra kommende omvæltninger i en grad, som aldrig var set før. Men den voldsomhed og konsekvens, som reformerne blev gennemført med, kan også have været medvirkende til, at reformer og ændringer ikke er trukket i langdrag i amtet. Måske netop på grund af denne voldsomhed og konsekvens, blev de store omvæltninger, nedskæringer og ændringsprocesser i Århus Amt i interviewene i omtalt som afsluttede hændelser og ikke som en integreret del af en ny virkelighed, hvor ændringer i ledelses- og sygehusstruktur er et grundvilkår:

”Her er man på en måde kommet igennem en sur tid. Der er skåret så meget i det århusianske sygehusvæsen, at det er overstået. Man har lukket rigtig mange sygehuse, man har været inde og rationalisere rigtig meget, og det har været hårdt. Men nu er det ligesom overstået.” (AT)

De store strategiske emner som fx sygehusstrukturen i amtet (læs: sygehuslukninger), ledelsesstrukturen på

³¹ Citater er markeret med interviewpersonens initialer. For en liste over interviewpersonerne, se ”Interviewundersøgelse”, side 4. For en forklaring af layoutet i citater (kursivering, mm.) se Bilag 1: Layout i citater.

³² Amtssygehusdirektøren udtaler, at man fik nedbragt budgettet med ca. 200 mio. i årene efter trojkamodellens implementering.

sygehusene, nedskæringer og økonomistyring har således ikke fået lov til at forblive åbne emner og løbende debatter, der indgår som grundvilkår i den virkelighed, man bedriver sygehusledelse i.

Personer, positioner og indflydelse

Hvem betyder noget i den her fortælling om meningsdannelse og rationaler? Hvilke positioner og personer er centrale? Dette er spørgsmål, der udspringer af den gruppe af teser, der omhandler politik og interessegrupper. Følgende afsnit beskæftige sig med disse spørgsmål, og udlægger de svar, som analysen af interviewmaterialet gav.

Kulturen i Århus Amt

En god indgang til at forstå et emne som ”personer, positioner og indflydelse”, er at tage fat i et par citater, der omhandler kulturen i Århus Amt, som den oplevers indefra af respondenterne.

”I Århus Amt går vi ikke og siger, at vi har en særlig kultur – det har vi selvfølgelig, fordi alle har hver deres kultur – men vi har en kultur, hvor vi faktisk drøfter meget i fælles sammenhænge de ting, vi går og gør. Det er ikke sådan, at forvaltningen bare bokser det ene efter det andet igennem. Så der er en meget åben dialog mellem forvaltningen og sygehusene. Og vi har et princip om, at tingene drøftes i det fælles sygehusledelsesregi eller i chefsygeplejerskegruppen eller i lederforum for økonomi eller i nogen af de andre ledelsesgrupper, vi har. Vi er alle sammen med. Det er måske nok tidsrøvende, men det betyder også, at vi faktisk føler, at vi har indflydelse på de overordnede beslutninger, der træffes i amtet. Og det skaber også, tror jeg, en gensidig tillid og tiltro til, at vi har indflydelse på tingene, og det tror jeg så også skaber ro om ledelsesstrukturen på en eller anden måde....Der er en meget åben dialog sygehusene imellem – og selvfølgelig kan man godt føle, at ’nu var der nogen, der fik tilranet sig flere penge, end vi gjorde’ og ’det er altid det sygehus, der får tilranet sig flest penge’. Det spil kører selvfølgelig. Men når det er sagt, så er der en meget åben dialog – med forvaltningen og sygehusene imellem, sådan at man siger tingene til hinanden.” (LJ)

”Der er en imødekommenhed og et ønske om, at der skal ikke puttes noget, der er ikke nogen, der skal trykkes. Og den idé lægger Arne Rolighed jo også for dagen. Der er ikke nogen, der skal trynes. Selvfølgelig skal der ledes, og vi skal have et system, der fungerer nogenlunde fornuftigt, og vi skal passe vores arbejde, vi skal passe patienterne osv., vi skal have en god produktion, og det har vi også. Vi har et rationelt sygehusvæsen, men der er ikke nogen, der skal trynes. Den holdning er der, synes jeg, i amtet, og den kommer jo ovenfra. Det tror jeg. Hvis man har noget på hjertet, så må man gerne komme frem med det...Og man kan godt brokke sig indadtil, men når man kommer ud, så tror jeg, man praler. Men det er også meget bedre at kunne brokke sig indadtil, og prale udadtil, end omvendt. Jeg har indtrykket af, at nogen, når man møder dem, så brokker de sig i det uendelige udadtil, men synes ikke de kan komme igennem med noget kritik indadtil. Det kan vi altså godt.” (AT)

De træk ved kulturen, der kan identificeres ud fra interviewanalysen, handler om en tradition for åbenhed i dialogen, medinddragelse og indflydelse: ”Der er ikke nogen, der skal trynes”, og der er ”en gensidig tillid og tiltro til, at vi har indflydelse på tingene”, som det fremhæves i citaterne. Umiddelbart kunne det ligne en påstand om, at alt er lyserødt, og at problemer ikke eksisterer i Århus Amt mht. sygehusledelse. Sådan forholder det sig imidlertid ikke, hvilket der også gøres opmærksom på i citatet. Men intern kritik er en legitim del af denne dialogkultur. Helt centralt for legitim kritik er dog, at den skal ligge inden for en værdimæssig ramme, hvor stræben efter enighed gennem dialog sættes meget højt – uden at kritikken dermed bliver illegitim.

Når jeg spurgte til en begrundelse for denne vægtning af enighed, blev jeg mestendels mødt med pragmatiske argumenter. Fx at det er klogest at skabe enighed omkring beslutninger internt i amtet mellem sygehusene, for ellers skal beslutningerne tackles gennem en proces efter en eventuel implementering af en beslutning, der er modstand imod, som én af interviewpersonerne udtrykte det. Der er en opfattelse af, at den mest effektive og

mindst energikrævende måde at træffe beslutninger (og lede) på er ved at sikre sig bred opbakning om beslutningerne, inden de bliver taget. Som LJ også er inde på i citatet ovenfor, så skaber sygehusledelsernes oplevelse af medindflydelse ro – hvilket jeg tolker som ro, fx i form af større accept af og dermed mindre modstand mod beslutninger. Og ligesom enighed, er ro, som det senere vil fremgå, en tilstand man sætter meget højt og taler meget om i sygehusvæsenet i Århus Amt.

Så skal man svare på *hvem*, der betyder noget, så er det vigtigt, at betragte dette spørgsmål i en kontekst af den her beskrevne kultur, som sætter medinddragelse, dialog og enighed meget højt ud fra et princip om, at 'ingen skal trynes', og at der skal være bred opbakning om beslutningerne.

Amtssygehusdirektørens rolle

Klart er det imidlertid, at lige gyldig hvor dialog- og enighedsorienteret kulturen i Århus Amt er, så vil der altid være personer og positioner, som har mere indflydelse end andre. Ser man på den samlede ledelsesstruktur i sygehusvæsenet i Århus Amt, så er der tre hierarkiske niveauer: afdelingsledelserne, sygehusledelserne og direktionen. Men inden for direktionen har hver direktør et ansvarsområde, og det er amtssygehusdirektøren, der i praksis står i spidsen for sygehusvæsenet. Der tegner sig et billede af den samlede ledelsesstruktur i praksis som bestående af mange delte afdelingsledelser, otte tredelte sygehusledelser, men kun *én* sygehusdirektør. Derfor er det vigtigt at finde ud af, hvor på spektret mellem administrativ kransekagefigur og den mest centrale og magtfulde position i Århus Amts sygehusvæsen, amtssygehusdirektøren befinder sig.

Følgende citat illustrerer en holdning, jeg mener er generel blandt respondenterne, mht. amtssygehusdirektørens rolle:

”Jamen jeg tror da, at for at fastholde den ledelsesform, som vi har i dag, så tror jeg, det er meget vigtigt, at man er enig med amtssygehusdirektøren om, at det her er en ledelsesform, som man vil fastholde. Jeg tror, at hvis amtssygehusdirektøren begynder at ville diskutere nye ledelsesformer, ja så er vi jo nok nødt til at gå med på den diskussion. Der er han en meget central person, det er han. Men han er jo også den, der overordnet er nærmest til at sidde og vurdere, hvordan ledelserne på de enkelte sygehuse fungerer. Der er han jo den overordnede, der sidder tættest på og virkelig kan se det.” (BJ)

Min tolkning er, at amtssygehusdirektøren gennem de sidste 11 år, Arne Rolighed, har den klart mest centrale og toneangivende position i det århusianske sygehusvæsen. Men denne centralitet skal som nævnt ses i kontekst af den dialog- og konsensuskultur, som blev præsenteret tidligere. Så derfor er den centrale position ikke ensbetydende med, at Rolighed bruger eller *kan* bruge sin position til egenhændigt (eller i selskab med en større eller mindre del af sygehusledelserne) at bestemme dagsorden og retning for sygehusvæsenet i Århus Amt (et forhold, der bliver yderligere uddybet i det senere afsnit om ”Trappen: en samlet fortælling, ikke nogen århushistorie”). Jeg mener, at på trods af den store magtkoncentration i Roligheds stol, så ville det slet ikke være muligt for amtssygehusdirektøren at overleve i den position, *hvis* han gik imod den dialog- og konsensuskultur, som han selv har været med til at cementere i sygehusvæsenet. I interviewene i Århus Amt skinner en klar tilfredshed med den kultur, man har i amtet, igennem, og min vurdering er, at magten i Roligheds stol i praksis er svagere end konsensus- og dialogkulturen i sygehusvæsenet i Århus Amt.

Givet amtssygehusdirektørens centrale position, skal vi i det følgende se lidt nærmere på hans argumenter for bibeholde af trojkaledelse. Som nævnt i starten af denne analyse, var Rolighed ikke tilhænger af modellen, da den blev indført. Hans tidligere beskrivelse af modellens tilblivelse i Århus Amt viser også med al tydelighed, at der var tale om et kompromis mellem store magtfulde faglige organisationer, og at han og den øvrige forvaltning

i amtet havde meget lidt at sige. Men siden har han skiftet mening:

”Der er to hovedgrunde til, at jeg er kommet til at kunne lide trojka. Det er faktisk lykkedes at gennemføre en udgiftspolitisk styring, en økonomistyring. 200 millioner bragte vi vores budget ned med, fra vi indførte ledelsesorganisationen og så til en 2-3 år frem. Omfattende sygehusnedlæggelser, køkken og vaskerinedlæggelser. Vi nedlagde 6-800 senge. Vi fyrede 1000 i personalet. Så det er faktisk lykkedes med den ledelsesorganisation at gennemføre nogle omfattende strukturreformer, omfattende planer over en forholdsvis kort periode. Det er min vurdering: Hvis ikke vi havde haft den her ledelsesorganisation af den her karakter, ville vi ikke have kunnet lave de radikale ændringer, som vi lavede på det her tidspunkt. Det er den ene grund – det fungerer!

Den anden grund det er, at hvis der er en læge eller en sygeplejerske ude i dagspressen, der skriver om kvaliteten, at ’nu er sygeplejen for dårlig i en afdeling’, eller ’nu er behandlingen for dårlig, jeg skal have nogle flere penge’, så synes jeg, det er rart at have både sygeplejerske og læge med i ledelsesorganisationen, for det er det første sted, jeg vil spørge til: ’Hvad er det hun siger, hende sygeplejersken? Er det rigtigt, at sygeplejefagligheden ikke er i orden?’. Så siger de ’Jamen det er det’. Så siger jeg, ’Jamen kan jeg så ikke lige få et notat’. Eller også siger de ’Nej, det er ikke helt rigtigt, jeg skal nok tage ansvar for det.’ Hvis oversygeplejersken bakker op om, at ’det er altså for ringe det her’, så går hun til chefsygeplejersken, og hvis chefsygeplejersken også synes det er for ringe, så kommer de ud til mig, og så beder jeg igen om en redegørelse, så vi kan få rettet op på det. Ligesådan på lægeområdet. Det betyder, at når jeg har fagligheden inde i ledelsesorganisationen, så må jeg gå ud fra, at når jeg ikke hører noget, at så er det i orden! Ellers må de komme op i systemet. Det betyder i virkeligheden, at vi har fagligheden til at dække over, at kvaliteten i plejen og i lægegerningen er i orden. Det ville vi som embedsmænd, der betjener politikerne og amtsrådet, jo ikke kunne klare selv. Vi bliver nødt til

at have tillid til de folk, der kommer og siger det. Så derfor synes jeg, det er fantastisk for et væsen som sundhedsvæsenet, at vi har fagligheden integreret i vores ledelsesorganisation.”(AR)

Citatets første argument er et pragmatisk skøn, der handler om, at givet den magt de faglige organisationer havde, ville det nok have været om ikke utopisk så i hvert fald mindre vellykket at gennemføre de omfattende nedskæringer og strukturændringer, hvis ikke man havde haft begge organisationer repræsenteret i ledelsen. Som følgende citatet illustrerer, så er det med til at legitimere beslutninger blandt de to store personalegrupper, at både læger og sygeplejersker sidder i ledelserne:

”Men vi synes jo så, at den struktur vi har indført, den fungerer jo også, og vel stadig sikrer i højere grad, at alle synspunkter *er* inddraget og afvejet. Og det skaber måske også større accept af de beslutninger, der er truffet ude i huset, fordi man ved, at det er en enig sygehusledelse, der står bag dem, og dermed at de faglige synspunkter er repræsenteret.” (LJ)

Det andet argument i Roligheds udtalelse handler om, hvordan den faglige repræsentation i ledelsen er hans garanti som Djøf^{er} for, at den faglige kvalitet i sygehusvæsenet er i orden³³. Argumentet har som det forrige rod i praksis – i konkrete eksempler og oplevelser.

Overordnet set er det værd at bide mærke i *måden*, hvorpå Rolighed argumenterer for sin tilfredshed med trojkamodellen: Der fortælles på konkret vis om hændelser og oplevede forhold i praksis. Denne måde at argumentere på er typisk både for Rolighed og for de øvrige respondenter i Århus Amt.

”If it ain’t broke – don’t fix it!”

Respondenterne i Århus Amt giver i interviewene ikke udtryk for nogen forestilling om, at den nuværende trojkamodellen er ideel, og mange peger faktisk på, at det er den givetvis ikke. Men argumentationen er, at så længe den fungerer i praksis, er der ingen grund til at begynde at reparere på den. Dette fordi man vurderer de *sikre* omkostninger ved at begynde en ændringsproces som større end de *mulige* fordele, man vil kunne opnå ved en ændring. Denne lille cost-benefit analyse skal ses i sammenhæng med det fokus, der er i Århus Amt på ro (et emne, der behandles mere indgående senere) hvilket kan forklare, at man i Århus Amt betragter den generelle uro, en ændring af ledelsesmodellen ville skabe, som en stor omkostning.

Følgende citater illustrerer hvordan ordsproget, ”if it ain’t broke – don’t fix it!” præger argumentationen blandt respondenter i Århus:

”Vi har den struktur vi har nu, det fungerer rimelig godt, og hvorfor søren skulle vi så begynde at lave om på det. Jeg kan ikke se formålet med at lave om på den. Hvis der er noget, der fungerer godt, så fortsæt da med det. Hvis der er noget, der fungerer rigtig skidt, så skal man prøve noget andet”.

³³ Hvorvidt en fx cheflæge, som i flere år ikke har haft noget med forskning eller klinikken at gøre, er i stand til at vurdere den faglige kvalitet inden for et helt andet speciale, er jeg som Djøf^{er} ikke i stand til at udtale mig om. Der var flere læger, som under interviewene i begge amter gav udtryk for, at de grundet den kraftige specialisering og den hurtige udvikling inden for eget felt har meget lidt føling med det rent faglige i lægegerningen. Det betyder selvfølgelig ikke, at man ikke har de nødvendige forudsætninger for at kunne stille ’de rigtige spørgsmål’ så at sige, og indhente den nødvendige dokumentation og rådgivning, som kan sætte én i stand til at være ansvarlig for kvaliteten i den lægefaglige behandling. Som sagt er mit kendskab dog for dårligt til, at jeg kan vurdere, hvorvidt den faglige repræsentation i ledelsen reelt er i stand til at garantere for den faglige kvalitet. Men ingen af respondenterne nævnte problemer i forhold til denne rolle.

[senere i interviewet] ”Vi er blevet enige om, at vi har den ledelsesstruktur vi har i dag frem til år 2010. Det er godt nok et langt spænd at sætte det i, men det giver altså en ro. Vi har den sygehusstruktur og den ledelsesstruktur vi har nu frem til år 2010. Hvis man begynder at gå ind og diskutere ændringer i ledelsesstruktur, i organisation osv., så bliver der brugt en frygtelig masse kræfter på det, som så ikke kan bruges til det egentlige; at drive sygehusene så godt som overhovedet muligt. Vi har set det i Odense, vi har set det i Aalborg, vi har set det på Rigshospitalet, hvad der er blevet brugt af – set med mine øjne – negative kræfter på at diskutere struktur. Så det er jeg taknemmelig for at vi er blevet enige om i Århus Amt, at det bruger vi ikke tid og kræfter på.” (BJ)

”Vi har faktisk igen her for nylig slået fast, at den ledelsesstruktur, vi har her i Århus Amt, den holder i de næste mange år. Jeg tror endda vi siger frem til 2010. Den vil vi ikke pille ved. Det kan godt være, at der er nogen, der kan kritisere elementer af den, men nu har vi gennemført den, og nu holder vi fast ved den, for det skaber ro.” [Senere i interviewet] ”...der holder vi så fast i, at vi har lagt ledelsesorganisationen [fast] og nu vil vi altså have ro, fordi det koster enorme ressourcer at lave om i det. Nu vil vi have ro på den front, og det har vi så de mange næste år, og så koncentrerer vi os om nogle andre ting. Og det er vi enige om...Vi kan sagtens finde argumenter for og imod, om det her nu er den rigtige model, men den beslutning har vi altså truffet nu, at vi vil ikke snakke mere om det, og så har vi ro på den front. (LJ)

”Vi siger, ’jamen, sådan er vores struktur i Århus Amt’. Og sådan er den i hvert fald frem mod år 2010. Det kan godt være, at den skal ændres undervejs, hvis det viser sig, at den ikke fungerer. Men så længe den er velfungerende, og det mener vi faktisk, at den er, både på afdelingsledelsesniveau og på sygehusledelsesniveau. Det er en velfungerende model.” [Senere i interviewet] ”Og der har vi så valgt i Århus Amt at sige, så længe det fungerer godt, så skal vi ikke røre ved det på den her side af år 2010...Vi skal tilpasse, hvis der er behov for det, men vi skal ikke ud og bruge en masse ressourcer på strukturændringer.” (KH)

Som citaterne illustrerer, er der en bevidsthed om, at strukturændringer – eller blot en debat om sådanne – ikke er organisatorisk set omkostningsfri sager: det kræver ressourcer i organisationen, det skaber ”uro”, det ”bruger kræfter”, som det blev formuleret i citaterne. Argumentationen går på, at en konstatering af at trojkamodellen ikke er ideel, ikke i sig selv er nok til, at man vil åbne ballet og starte en ændringsdebat om ledelsesstrukturen. Tingene skal være ”helt forfærdelige”, som én udtrykker det, før det overhovedet kan betale sig at ofre den ro, man har opnået omkring sygehusledelse i Århus Amt, og åbne for debatten om en ændring af ledelsesstrukturen.

Som disse citater antyder, har man således et pragmatisk og alt andet end ’religiøst’ forhold til trojkamodellen i Århus Amt. Trojkamodellen bliver anset som fornuftig, fordi man har fået den til at fungere i det daglige. Men man ser den ikke nødvendigvis som ideel.

Denne pragmatisme kan ses i sammenhæng med et rationale (som behandles senere) om, at det primært er enkeltpersoner og kemien imellem disse, der er afgørende for ledelse i praksis – ikke modeller eller formelle strukturer. Med dette rationale som udgangspunkt, siger det næsten sig selv, at man i Århus Amt ikke har den store tillid til, at strukturreformer kan løse ret meget – men man kigger rundt i landet og fortæller anekdoter om dét, man mener er skønne spildte kræfter i andre amter, hvor man synes at lave om i det uendelige.

Konsekvenserne af pragmatismen som rationale er, at ændringspres med rod i teoretisk, hypotetisk eller politiske/ideologisk argumentation vil have meget svært ved at komme til orde i Århus Amt. De gældende rationaler stiller implicit krav om empiriske oplevede problemer i praksis og en løsning, hvis duelighed også kan forklares ud fra en kritisk eksamination af forhold omkring sygehusledelse i praksis. Praksisorientering bliver således et vigtigt gyldighedskriterium for et ændringsargument i Århus Amt.

Kritikken af trojkamodellen

De vigtigste kritikpunkter, som bliver rejst mod trojkaledelse i ændringsdebatten³⁴ er følgende:

- Fordi trojkamodellen forudsætter konsensus, før der kan træffes en beslutning, er den *ikke en beslutningseffektiv ledelsesmodel*.
- ”Uenighedsklausulen” i forbindelse med trojkamodellen – det princip, at uløselige uenigheder i en delt ledelse på sygehus- eller afdelingsniveau kan bringes frem til afgørelse på næste ledelsesniveau i hierarkiet – kan skabe en situation, hvor man i for høj grad *sender problemer videre i systemet* i stedet for at løse dem på det niveau, hvor man mener, de hører hjemme.
- Kravet om konsensus kan betyde, at der enten indgås *’handler’* ud fra et ’noget for noget princip’ eller at *problemer ikke bliver taget op i ledelsen*, hvis man på forhånd ved, at der muligvis ikke kan skabes konsensus om dem.

I interviewene blev århusianerne konfronteret med disse kritikpunkter for at få et indblik i den argumentation, man i Århus Amt møder debattens kritik af trojkamodellen med, hvilket er rammen om de følgende tre afsnit.

Trojkamodellen og beslutningseffektivitet

Angående trojkamodellens beslutningseffektivitet er der blandt respondenterne i Århus Amt enighed om, at trojkamodellen på trods af kravet om konsensus ikke er beslutningsineffektiv, sådan som kritikken ellers hævder – faktisk tværtimod. Århusianernes afvisning af kritikken bunder i en forståelse af beslutningseffektivitet, som ikke blot et spørgsmål om beslutningstid, men også om beslutningskvalitet. Og her forstås kvalitet i sammenhæng med den vægt, der lægges på ro og konsensus. Så en kvalitetsbeslutning skal forstås som en beslutning, der er bred opbakning omkring. Følgende citat illustrerer hvordan disse holdninger blandt andet kommer til udtryk:

...”hvis det er væsentlige beslutninger, så er det væsentligt at få synspunkter vendt og drejet, for ellers kan det godt være, at du får en hurtig beslutningsproces, men så risikerer du bare, at det er de forkerte beslutninger, der bliver truffet. Så beslutningseffektivitet, det skal jo også gå på kvalitet. Det kan jo ikke nytte noget, at du ikke har kvaliteten med, som et aspekt af det. Det kan godt være, det tager lidt længere tid, men så tror jeg også, det er en lidt højere kvalitet dine beslutninger har. Og det mener jeg må indgå i et effektivitetsbegreb. At det ikke bare er mængden af beslutninger og hastigheden, hvormed de bliver truffet. (LJ)

I Århus Amt argumenterer man generelt for, at den eksisterende trojkamodell sikrer effektive beslutninger – forstået som kvalitetsbeslutninger på kortest mulige tid. For inddrager man ikke alle de tre søjlers synspunkter i beslutningen, ved at lade dem være repræsenteret på lige fod i ledelsen, så går det ud over beslutningskvaliteten.

(Mis)brug af uenighedsklausul

Denne kritik bliver rejst i debatten som en potentiel fare indbygget i trojkamodellen allerede tilbage i Produktivitetsudvalgets betænkning (1984), men er siden blevet gentaget. Det er imidlertid interessant at finde ud af, i hvilket omfang klausulen bliver anvendt, og problemer sendt videre op i hierarkiet:

”Hvis vi ikke kan blive enige, så kan direktøren blive nødt til at indstille til direktionen, at to mener dét og én mener dét, og så lade direktørerne derinde træffe den endelige beslutning. Men dét sker ikke.

³⁴ Med debatten mener jeg både Sygehuskommissionen, ændringsdebatten i NJA, som analyseres senere, og diverse artikler og indlæg i tidsskrifter, fagblade, aviser etc., hvor debatten kommer til udtryk – samt ikke mindst, mit eget interviewmateriale.

Men i praksis fungerer det, og I går ikke i amtet?

Nej. Fordi når man har den struktur, så hver gang vi skulle ind i amtet og de skulle træffe beslutninger, så ville vi lide et nederlag herude. Så hvis der er nogle sager, hvor man er meget uenige, jamen så bliver man ved med at få dem belyst indtil vi finder ud af, at 'så gør vi sådan'. Og det er jo ikke altid at vi alle tre er lige lykkelige for de beslutninger, der bliver taget. Men jeg tror heller ikke, at jeg kan sige, at jeg en eneste gang har været decideret ulykkelig over de beslutninger, der bliver truffet." (KH)

Interviewene – både i Århus Amt og i NJA – vidner om, at (mis)brug af uenighedsklausulen ikke er noget reelt problem i praksis. (Den samme konklusion kom man også frem til i en DSI-evaluering af trojka modellen: "Ledelse på sygehuse" (Alban m.fl., 1990)).

Men som det nævnes i citatet, så bliver det betragtet som et nederlag at skulle sende en sag videre i systemet, og med rette: Amtssygehusdirektøren har nemlig meldt klart ud, at hvis "trafikgangen", som han formulerer det, ud til Amtsgåden pga. problemer, som sygehusledelserne ikke selv er i stand til at løse, bliver for stor, så tolker han det som at ledelsen ikke fungerer, og så risikerer den at blive skiftet ud. Det er, som sagt, ikke sket, at en ledelse er blevet skiftet ud, fordi den har misbrugt uenighedsklausulen. Men ledelser *er* blevet skiftet ud pga. samarbejdsvanskeligheder, og gentagne uløselige uenigheder bliver generelt tilskrevet samarbejdsproblemer mellem personer i ledelsen og ikke ledelsesstrukturen som sådan. (Dette emne vil blive behandlet nærmere i afsnittet "Problemer skyldes personer – ikke ledelsesmodel").

Men det faktum, at man ikke sender problemer videre, betyder jo ikke automatisk, at ledelserne fungerer godt, forstået sådan at eksisterende problemer bliver altid taget op og sat på dagsordenen i ledelsen. Denne problematik ser næste afsnit nærmere på.

Berøringsangst over for kendte uenigheder

I en samtale om fordele og ulemper ved trojka ledelse versus éntydig ledelse kom en nuværende cheflæge og tidligere administrerende overlæge i en delt afdelingsledelse med følgende erfaringer og overvejelser:

"Et af de argumenter der er mod at være flere i ledelser, som jeg også har læst, det er, at man er bange for, at man har nogen områder, hvor ingen tager beslutninger. At der er nogle helle-områder. Hvis nu det fx er en afdelingsledelse, så har overlægen sine medoverlæger, og de er ligesom urørlige, selvom de opfører sig dårligt, så bliver der ikke taget ledelsesmæssigt hånd om det, og på den måde kan oversygeplejersken også have nogle områder, som er helle, selvom det ser frygteligt ud, og så bliver der ikke rørt ved det. Og i værste fald kan der ligge noget imellem, som ingen tager sig af. Og det er da rigtigt. Selvfølgelig kan det da være sådan. Men så synes jeg da også, at jeg kan se, at et sted, hvor der kun er en leder, der er da også sådan nogle områder, som han ikke tager sig af, fordi han ikke kan lide at tage sig af det og synes, at det er ikke til at have med at gøre. Så jeg kan ikke se, at områderne er større af, at man er flere – tværtimod, for så går man dog og pirker til hinanden og siger, 'skal de virkelig have lov til det der?'. Der bliver alligevel pirket til det, mens hvis man sad alene, så kunne man helt have held til at lukke øjnene for det. Det kan man ikke, når der sidder en ved siden af og siger, 'Det er da for galt!' " (AT)

Argumentationen her går på, at problemet med at vende det døve øre og det blinde øje til problemerne ikke kan henføres til konsensus som grundlæggende princip for ledelsesstrukturen. Problemer med døve øren og blinde øjne kan altid forekomme i enhver ledelsesstruktur. Men er man flere i ledelsen, er der flere øren og øjne, der skal lukkes samtidigt, og derfor argumenteres der for, at det faktisk forholder sig modsat: nemlig at der *er færre* chancer for at problemer ikke bliver taget op, hvis man har en delt ledelse med flere ligeværdige medlemmer, end hvis man har en éntydig ledelse.

En anden argumentation blandt respondenterne i Århus, og som ligeledes tilbageviser påstanden om, at delt

ledelse skulle skabe 'berøringsangst' overfor problemer, som er behæftet med stor uenighed internt i ledelsen, går på, at uenighed i en konkret sag ofte ikke eksisterer isoleret i ledelsen, men afspejler holdninger og dermed uenighed i organisationen. Så igen bliver der argumenteret for, at kritikken ikke kan henføres specifikt til trojkamodellen. Når beslutninger træffes, vil der uanset ledelsesmodel kunne være modstand eller uenighed, som man enten før eller siden må tackle. Der argumenteres for, at faren for såkaldt "berøringsangst" ikke er hverken større eller mindre ved trojkamodellen – en eventuel modstand skal tackles lige meget hvad. Faren for berøringsangst ifølge denne argumentation bliver således hverken større eller mindre ved delt ledelse – for problematikken handler slet ikke om ledelsesstruktur, men om hvorvidt man er en god eller en dårlig leder til at begynde med:

"Man kunne sige, at hvis man har den fornemmelse, at der er problemstillinger i sygehusledelsen, så vil de jo nok ikke bare være personlige kæpheste, men dække over nogle reelle problemstillinger, som også afspejler sig i huset. Og det vil sige, at selvom man ikke sad tre i en sygehusledelse og vidste, at det der med at gå ind på det område, det er svært, og det er farligt, det bøvl gider jeg ikke have, så man ligesom på forhånd lader være, det vil jo sådan set også gælde, selvom man sad som ene sygehusdirektør. Fordi så handler det bare om, at man ved godt, når man kommer ud i huset, så vil den konflikt være der, og det vil være en konflikt, du er nødt til at forholde dig til og tackle. Vi er jo meget procesorienterede i det offentlige. Vi bokser jo normalt ikke bare en beslutning igennem på tværs af medarbejdere og holdninger i systemet. Altså hvis du ikke har opbakning i systemet, så er det svært at trumfe det igennem, hvis du ikke får tacklet det via en proces i huset. Og så kan man så sige, at den proces er man så bare nødt til at forholde sig til på et tidligere tidspunkt, allerede i sygehusledelsen. Men jeg tror, at hvis du har et problem i en fælles sygehusledelse, så er det fordi, du også har det i huset. Og dermed er du også nødt til at forholde dig til det, også selvom du sad som ene person i en ledelse. Og så er det i virkeligheden en konflikt om en proces, du skal have tacklet i huset og ikke bare i sygehusledelsen. Så hvis man er bange for at tage den op som person, så vil man også være det i forhold til hele huset. Det er det samme problem."

Så du mener ikke det er et problem, der kan henføres til/ tre i en sygehusledelse – det tror jeg ikke." (LJ)

De to citater illustrerer to forskellige vinkler på problemstillingen, men der er tale om den samme grundlæggende tankegang: En pragmatisk erkendelse af, at ledelsesproblemer eksisterer, også det her omtalte, *men* problemer skyldes dårlige ledere og ikke trojkastrukturen. Set ud fra dette rationale bliver den logiske løsning på ledelsesproblemer derfor at udskifte personer i ledelsen – ikke ledelsesstruktur.

Et er implementering af struktur, noget andet er ændring af processer

Som det er fremgået af denne fortælling om sygehusledelse i Århus Amt, bliver trojkastrukturen betragtet som velfungerende, og der er bred enighed blandt sygehuslederne i amtet om at beholde modellen. Men det er ikke ensbetydende med, at man nødvendigvis mener, at modellen er ideel. Som tidligere beskrevet, har man et meget pragmatisk forhold til trojkamodellen: så længe den fungerer, så godt som man mener den gør i praksis, er der ingen grund til at begynde at bruge kræfter på at lave om på noget. Men selvom man er pragmatisk i Århus, og ikke mener trojkamodellen er den ideelle sygehusledelsesmodel, så har jeg i min research ikke fundet noget andet amt, hvor man mente trojkamodellen var så velfungerende. Denne markante forskel på, hvordan trojkaledelserne opleves at fungere i det daglige, må have en årsag.

Som nævnt i mine indledende teser, så peger nyinstitutionel teori på, at et organisatorisk formelement – i dette tilfælde en ledelsesstruktur – kan institutionaliseres. Dvs. at formelementet i et felt bliver rationaliseret og tillagt en betydning, som gør det til en slags eneste rigtige og selvfølgelig løsning i det pågældende felt. Men organisationernes produktionskerner er ikke nødvendigvis overbeviste om det givne formelements velsignelser.

Derfor kan der ske en såkaldt dekobling mellem struktur og processer. Dekobling kan opstå, når en struktur fx implementeres hovedsageligt af eksterne legitimeringsårsager (og fordi der i praksis ofte ikke er noget reelt valg på grund af forskellige andre former for institutionelt pres), mens den organisatoriske dagligdag i vid udstrækning fortsætter som før, og processerne i organisationen ikke bliver ændret i overensstemmelse med strukturen og de principper, som ligger bag denne. Bentsen (1995) har i sin afhandling peget på, hvordan netop implementeringen af trojkamodellen i samtlige danske amter over en kort årrække, foregik i et sådant institutionaliseret felt, hvor trojkamodellen blev den institutionaliserede løsning på ledelsesproblematikken på sygehusene. Graden af dekobling i praksis undersøges ikke tilbundsgående i afhandlingen, da dette ikke er dens hovedfokus. Men Bentsens analyse tyder på en høj grad af dekobling. Ifølge det institutionelle argument ligger der en latent fare for, at en struktur implementeret under så stærke institutionelle pres vil føre til en formel implementering af strukturen, men ikke nødvendigvis nogen nævneværdig ændring af processerne i den organisatoriske dagligdag.

I udgangssituationen stod man i Århus Amt altså med en nyimplementeret ledelsesstruktur baseret på nogle samarbejdsprincipper søjlerne imellem, som var alt andet end populære og gængse i sygehusfeltet. Tilmed havde man ført de gamle processer og rutiner med ind i den nye struktur i og med, at man havde konverteret de eksisterende ledere til trojkaledelsesmedlemmer. Den situation kan man dårligt kalde *reel* trojkaledelse, forstået som at arbejdsprocesserne i organisationerne også fungerer i overensstemmelse med den nye *struktur* og dens principper. Men man stoppede ikke ved strukturimplementeringen i Århus Amt. Man foretog også det, man kunne kalde en *procesimplementering* af trojkamodellen i praksis. Med betegnelsen procesimplementering hentydes til, at man fra amtets side har været meget bevidst om at få trojkaledelserne til at fungere efter hensigten: I praksis som ledelsesprocesser og ikke alene som en formel struktur bestående af en ændring af titler og oprettelse af en cheflægestilling. Man har fra amtets side krævet et *velfungerende* trojkasamarbejde, og hvis ikke det har kunnet lykkes i de eksisterende ledelser – fx med ekstern bistand fra konsulenter, psykologer og/eller samarbejdskurser – så er de dårligt fungerende ledelser blevet skiftet helt eller delvist ud. Følgende citater illustrerer denne procesimplementering i praksis, og hvordan man på sygehusene ser positivt på forvaltningens måde at tage hånd om problemerne på:

”Man har sandelig også været inde og løse nogle problemer. Og der har været en rimelig stor udskiftning på mange af posterne. Der tog man hånd om problemerne. Og man har vel så fået nogle sygehusledelser, som fungerer...Hvis der var problemer i sygehusledelsen, så tog man i hvert fald hånd om dem, og fik løst dem. Men hvis man ikke gør det, så er det klart, at så sidder man med nogle trojkaledelser [der ikke fungerer], og det er så ikke bare fordi, det er en trojkaledelse, for de havde måske heller ikke fungeret, selvom sygehusdirektøren havde fået lov til at sidde der alene. Fordi det er en helt anden virkelighed, du sidder med, når du kommer op i slutningen af 80’erne og starten af 90’erne. Men altså i Århus Amt, der gjorde man i hvert fald noget ved problemerne. Man føler så, at nu har man i hvert fald nogle trojkaledelser, der fungerer. Men hvis man ikke havde gjort det, så er det klart, at så havde man siddet med nogle ledelser, der ikke havde kunnet løfte opgaven.” (LJ)

”Vi har lagt to ting ud: Hvis der er knas – der er knas i ægteskaber, der er knas i sygehusledelser, der er knas i afdelingsledelser – der har vi operationaliseret det ved, at direktøren har en forpligtigelse til, hvis der er knas, at så bliver det sat på dagsordenen på et sygehusledelsesmøde. Og det kan bare være i form af, at de får begyndt at snakke om det, og siger: ’Der er problemer, som vi må se at få løst’. Det kan være ved inddragelse af mig, det kan være med inddragelse af en psykolog. Men bare det, at han [sygehusdirektøren] tager ansvaret for, at det bliver debatteret, det er det ene. Det andet det er, at når det går ud over huset, når det går ud over beslutningseffektiviteten, så har han en forpligtigelse til at komme til mig med problemet. Der har været eksempler, hvor direktøren har svigtet på det område, og der røg han. Hvor det har fået lov til at køre i for lang tid, uden at de tager et ansvar selv. Det har vi opdaget,

og så har vi taget ud og snakket med dem om, at de fik kigget på deres interne samarbejdsproblemer i ledelsen, og det har de så fået nogle måneder til, og der skete ingenting, der var ingen initiativ til at få gjort noget ved det, og så gjorde vi sagen færdig ved, at vi fandt en anden plads til ham [sygehusdirektøren]....Vi har vel skiftet 1/3 af vores sygehusledelser ud på den ene eller den anden måde i den tiårs periode.” (AR)

Denne måde at tackle problemerne på er helt i overensstemmelse med et rationale, som vil blive behandlet i dybden i et senere afsnit. Nemlig en stærk overbevisning om, at ledelsesproblemer skyldes personer, ikke strukturer. Som amtssygehusdirektøren er inde på i det sidste citat, har direktøren i trojkaledelserne i Århus Amt det, man kunne kalde et særligt ’samarbejdsansvar’. Man har således defineret selve samarbejdet i ledelsen som en decideret ledelsesopgave, der er placeret hos én person inde i trojkaen.

Denne fokusering på samarbejde og på at problemer skal løses løbende, har sikkert flere årsager. To bud kan være for det første den dialogorienterede konsensuskultur, der allerede eksisterede i amtet, og for det andet den forpligtigelse, der implicit ligger i at have meldt så klart ud, at man ikke vil ændre på ledelsesstrukturen de næste mange år. Sidstnævnte betyder, at man i Århus Amt i højere grad er direkte motiveret til aktivt at arbejde for at sikre, at den eksisterende ledelsesmodel fungerer, end man er i et amt, hvor man ikke har lukket for debatten og måske direkte eller indirekte ønsker en ændring. I et sådant amt er der ikke den samme motivation til at gå aktivt ind i at løse samarbejdsproblemer i sygehusledelserne – specielt ikke, hvis man mener problemerne skyldes strukturen som sådan og ikke (eller i mindre grad) personerne i ledelserne.

Således bærer både den dom, som amterne fælder over trojkamodellen i debatten og Århus Amts udsagn om at holdt fast i modellen frem til 2010, præg af at være selvopfyldende profetier, idet udsagnene – både ja og nej til trojkamodellen – indgår som input i meningsdannelsesprocessen, som skaber den virkelighed, sygehusledelse udfolder sig i.

Amtet og lokalpolitik

Sygehusledelsernes kontakter til hinanden og amtet

Sygehusledelsernes kontakt med amtet, specielt amtssygehusdirektøren, kan ses som endnu et udtryk for den dialogkultur og den vægtning af samarbejde og konsensus, som er blevet beskrevet, idet der i interviewene bliver givet udtryk for en god og tæt kontakt både gennem de formelle organer, så som de faglige rådgivningsudvalg (cheflægerrådet, chefsygeplejerskerådet og direktørrådet) samt den samlede sygehusledelsesforsamling, og gennem de formelle møder, som hver sygehusledelse har med amtet. Men i relation til amtet nævner respondenter også ofte en mere uformel kontakt som fx den, der kommer til udtryk i det følgende:

”...vi har en meget tæt kontakt med Arne. Han har også meget travlt. Men dels har vi nogle helt formelle møder, men dels har vi også en del akutte møder med ham, når vi siger, ’Arne, vi har et problem, kan vi ikke lige komme ud’, ’Jo, kom ud i morgen tidlig’, og så kommer vi ud på hans kontor klokken kvart over syv om morgenen. Det har jeg været med til adskillige gange, og så får vi lige løst nogle problemer.” (AT)

Med hensyn til den indbyrdes kontakt sygehusledelserne imellem, så står det klart, at rådgivningsstrukturen med den fælles sygehusledelsesforsamling og de faglige råd (samt andre mere eller mindre permanente udvalg som sygehusledelserne indgår i) spiller en helt central rolle i Århus Amt. Jeg spurgte til, hvorvidt man drøftede ledelse i nogle af disse forsamlinger, bl.a. for at danne mig et billede af, om nogle faggrupper var mere glade for strukturen end andre, men fik alle steder det svar, at man drøftede ledelsesmæssige problemstillinger, men *ikke* ledelsesstruktur. Det emne *har* man haft oppe i den fælles sygehusledelsesforsamling, og der er blevet lagt låg

på den debat – indtil videre. Jeg mener bl.a. grundet dialogkulturen, at de forskellige tværgående sygehusledelsesudvalg og den amtslige rådgivningsstruktur udgør et centralt element i trojka modellen i Århus Amt. Trojka skal ikke opfattes isoleret set som en bestemt ledelsesstruktur på sygehusene, men også som en bestemt form for samarbejds- og rådgivningsstruktur, de tre sygehusledere indgår i på amtsligt niveau.

Generelt fandt respondenterne ikke anledning til at diskutere eller problematisere rådgivningsstrukturen, og det eneste mulige problemområde, som blev nævnt i de fem interview, er illustreret i nedenstående citat. Men som det fremgår, er der ikke tale om et problem indbygget i strukturens rammer – der er nærmere tale om refleksioner over, at det kan være vanskeligt at udfylde rammerne i praksis, ud fra de intentioner, der ligger i strukturen:

”I og med at vi har forskellige mødefora, kan vi også drøfte sådan nogle problemstillinger, som går på: ’Er det nu den rigtige dagsorden, er det nu de rigtige punkter, der er på?’ . For tingene kan godt skride. Dels mødes vi [direktørene] uformelt, men det har sådan lidt mere privat karakter, hvor vi bruger hinanden som netværk, men så har vi også formelle møder, som hedder lederforum for økonomi, hvor det normalt er sygehusdirektørene, der er repræsenteret sammen med Arne Rolighed og så forvaltningens medarbejdere, og der er så økonomipunkter på. Og der har så været nogle gange, hvor der er ting på, som måske ikke snævert set er økonomi, men begynder at nærme sig noget faglighed i de andre søjler, og hvor man må sige, ’den burde måske have været oppe på et fælles sygehusledelsesmøde’. Så kan vi godt finde på at sige i direktørkredsen: ’Nå, nu skal vi lige passe på, at vi ikke sidder her, direktørene, og handler de sager af og glemmer resten af den fælles sygehusledelse.’ Omvendt har det været eksempler på, at fx cheflægerne har sagt: ’Hvorfor har I behandlet den sag derovre? Den har vi også en mening om, og den skulle have været oppe i den fælles sygehuskreds’. Vi er sådan opmærksomme på, at hvis vi mener det, der står heri [refererer til ledelsesregulativet, ”Idégrundlag og ledelsesstruktur for Århus Amt”], så skal vi også respektere det i den måde, vi træffer beslutninger på i Århus Amt.” (LJ)

Interviewene i Århus Amt rummer begrænsede udtalelser om rådgivningsstrukturen, så for at få uddybet forskellige forhold omkring rådgivningsstrukturen, lavede jeg en undtagelse i forhold speciallets datagenereringsmetoden og skrev til en af respondenterne efter endt interviewrunde og bad om en uddybende vurderinger og forklaringer af rådgivningsstrukturen³⁵. LJ skriver tilbage:

”De fælles sygehusledelsesmøder var omkring midten af 90’erne ved at udarte sig til ”meddelelsemøder”, hvor beslutninger blev ”juppet” igennem med deraf følgende frustrationer. Strukturen er derfor blevet strammet op, suppleret og løbende tilpasset...Vigtigst er det nok, at der er etableret følgende ledelsesgrupper, hvor der sidder en repræsentant for hver sygehusledelse: informatikstyregruppen, medicinerledelsesgruppen, lederforum for økonomi (normalt sygehusdirektørene), og kirurgistyregruppen. Hertil kommer cheflægerrådet og chefsygeplejerskerådet, der dels behandler emner af eget initiativ og fungerer som gensidigt inspirationsforum, dels behandler sager for forvaltningen. Ledelsesgrupperne er sammenlignet med den fælles sygehusledelseskreds en mere overskuelig gruppe. Her behandles tunge og væsentlige sager, hvor den enkelte sygehusledelsesrepræsentant må sikre sig, at han/hun kan tegne hele sygehusledelsen. Til gengæld er en del af tyngden taget ud af det fælles sygehusledelsesmøde, som afholdes hver anden måned. Her behandles ofte emner af tværgående karakter - ofte med gæster, der giver en orientering. Det er vigtigt at være opmærksom på, at på nær økonomilederforum, cheflægerrådet og

³⁵ LJ blev valgt, fordi hun både er nuværende sygehusdirektør og tidligere har været sekretær for det fælles lederforum, og derfor haft mulighed for at følge og betragte arbejdsformen i rådgivningsstrukturen fra to forskellige positioner. Som LJ i sit svar til mig gør opmærksom på, så ville det have været bedre rent metodisk, hvis jeg havde skrevet til flere af interviewpersonerne, og ikke bare til hende. Af tidsmæssige årsager valgte jeg dog ikke at henvende mig til flere. Jeg må derfor tage forbehold over for graden af repræsentativitet i LJs svar. Dog skal det siges, at LJs to sider lange svar ikke på nogen måde vidner om rationaler eller holdninger, som bryder med resten af analysen af datamaterialet fra Århus Amt – med andre ord, ligger hendes svar helt inden for og vidner om de ledelsesrationaler, som findes i Århus Amt. Derfor er der grund til at antage, at hendes svar ikke står i skærende kontrast til resten af interviewpersonernes vurdering af rådgivningsstrukturen.

chefsygeplejerskerådet er ledergrupper og ad hoc arbejdsgrupper normalt tværfaglige. Tilbage til det fælles sygehusledelsesmøde: det er mit indtryk, at de fleste er glade for det fælles SHL-møde, selv om der måske sjældent træffes større beslutninger. Kredsen finder det er vigtigt for kulturen/stemningen, at vi mødes med passende mellemrum og har mulighed for de brede drøftelser og gensidig inspiration. Det er uden tvivl vigtigt for den fornemmelse af fælles fodslag, som vi har.

Mere generelt om rådgivningsstrukturen i Århus Amt vil jeg sige, at vi bruger nok forholdsvis megen ledelsestid "uden for eget sygehus". Strukturen er ikke blevet sådan som følge af en egentlig beslutning, men mere fordi Arne Rolighed og vel også sygehusledelserne har kunnet se, at det er en væsentlig del af "kittet", der får tingene til at hænge så godt sammen i Århus Amt...Det er vigtigt for sammenholdet - ikke sådan at forstå, at vi ikke kriges indbyrdes eller

kan finde på at båse hinanden eller sygehuset, men der er en god stemning og respekt for hinanden både på det personlig plan og som repræsentanter for det pågældende sygehus.” (LJ i brev).

Samlet tegner interviewene og LJs brev et billede af en rådgivningsstruktur, der bliver brugt tid og energi på at få til at fungere. Ikke kun på grund af den rådgivning (og til tider også beslutningstagning), som er disse foras formelle formål, men i høj grad også på grund af ”sammenholdet”, ”kittet”, ”kulturen” og ”stemningen” – hvilket alt sammen er mere indirekte, men dermed ikke mindre vigtige resultater af arbejdet med og i rådgivningsstrukturen. Men det har ikke været problemfrit at få strukturen til at fungere tilfredsstillende i Århus Amt – hverken at få de store møder til at forløbe fornuftigt eller at få arbejds- og sagsdelingen mellem diverse råd og udvalg defineret i praksis. Det har krævet, at man arbejder aktivt med strukturen og dens konkrete udfoldelse i praksis.

Rådgivningsstrukturen bliver ikke betragtet udelukkende som en del af en ledelses-, indflydelses- og beslutningsstruktur, men også som et vigtigt element i opretholdelsen af kulturen. Dette kan ikke undre, når det ses i forhold til det billede, analysen indtil videre har tegnet af kulturen i Århus Amt, og den vægt, der lægges på enighed og fælles fodslag. Respondenter i Århus Amt brugte megen tid på at tale om vigtigheden af at have et godt samarbejde, om hvordan man generelt har det med hinanden i sygehusvæsenet i Århus Amt, hvordan man omgås hinanden, om ”kulturen”, om ”sammenholdet” og ”kittet”. Dette er emner, man anser for vigtige og gerne fortæller om.

Lokalpolitiske aspekter

En af speciallets teser peger på, at presset på trojkaledelsesmodellen bl.a. kan komme fra det politiske niveau i amtet: enten i form af et pres i retning af ændring af ledelsesstrukturen – evt. som respons på et pres politikerne eventuelt måtte føle fra presse, offentlighed og Sygehuskommissionen – eller i form af partipolitiske præferencer mht. principperne bag ledelsesstrukturen, idet man kunne forestille sig, at ideen om delt ledelse faldt i bedre overensstemmelse med nogle politiske ideologier end med andre.

Det billede, der tegner sig i Århus Amt, er for det første, at partipolitik intet har med amtspolitikernes holdning til sygehusledelse at gøre:

”Den partipolitiske vinkel, der måske kunne være på det, den tror jeg ikke, man genfinder ret mange steder – man genfinder den i hvert fald ikke i Århus Amt. Det er ikke sådan, at du kan sige, at det parti står for, at man skal have én person i ledelsen. Det kan du ikke finde.” (LJ)

For det andet fremhæver respondenterne, at de oplever en politisk opbakning omkring bibeholdelsen af den nuværende ledelsesstruktur, og at politikerne generelt er tilfredse med sygehusvæsenet i amtet:

”Sådan som jeg hører politikerne, dem vi har siddende nu, så er der opbakning til, at vi skal ikke lave strukturændringer. Vi skal tilpasse, hvis der er behov for det, men vi skal ikke ud og bruge en masse ressourcer på strukturændringer.” (KH)

”Der er også en god dialog i forhold til det politiske. Der er heller ikke ret mange af amtsrådsmedlemmerne, der har noget ønske om at lave om på vores ledelsesstruktur. De synes også, vi har en fornuftig ledelsesstruktur. Så der er også politisk opbakning til den ledelsesstruktur, vi har. (LJ)

”Jeg tror også, vi i Århus Amt har nogle politikere, som faktisk er stolte af sundhedsvæsenet. Som faktisk har tiltro til det. Hvor man andre steder fra hører om politikere, der har en ret stor mistro til lægerne. Og det har de ikke her. Vi har alle sammen indtryk af, at vores politikere de vil gerne et godt sygehusvæsen. Og hvis de kunne bruge flere penge på det, så ville de også gerne det. Altså at de også trækker på den samme hammel som os. De har også grænser for, hvad de kan. Men hvis de kunne bryde grænserne og forøge budgettet, så ville de gøre det. Og

det ikke bare sådan, at de ser snævert på patientbehandling. De ser også på uddannelse, og har også afsat midler til det, hvad man ikke har ret mange andre steder.” (AT)

Og for det tredje og sidste, beretter respondenterne i positive vendinger om det politiske niveau i amtet, og der fortælles anekdoter som fx denne:

”De [sygehusudvalget] har været meget lydhøre for, når der var problemer. Og så har de gjort noget. Ikke så meget som man gerne ville have, men de har gjort noget. Og de har *gjort* noget for, at vi fik det her apparatur, og de har *gjort* noget for at tingene blev bedre, og det betyder meget, at man kan se, at de gør noget.

Det betyder utroligt meget at fx her for nylig, da havde vi en vældig overbelægning på vores medicinske afdeling. Så kommer amtsborgmesteren og siger: ’Jeg kunne godt tænke mig at se de der afdelinger, hvor der er så mange. Kan det virkelig passe? Er det rigtigt, at I har det så slemt? Det er jo vigtigt at personalet har det godt.’ Og bare det at han kommer i sine cowboybukser her en almindelig aften og går igennem afdelingen, det betyder, at man kan se, jamen han har hørt, han har opdaget, at vi har det skidt, men han kan jo ikke gøre noget ved det lige her og nu. Men det er på hans lystavle. Han er interesseret. Det synes jeg. Samtidigt har de selvfølgelig forlangt at budgettet skulle overholdes, så vi har jo også været igennem sparerunder og sådan noget. Men man har altså overholdt budgetterne. Men man kan godt hente mere ude i amtet. Det er ikke sådan, at det er håbløst. Jeg har indtrykket af, at i nogle amter, der er håbløshed.” (AT)

Udover at give et billede af, hvordan en sygehusleder opfatter forholdet til det politiske niveau, er denne lille anekdote om amtsborgmesterens besøg et godt eksempel på, hvordan meningsdannelsesprocessen fungerer i praksis: ’AT’ fortolker på basis af et virkelighedsbillede, der handler om, at man i Århus Amt alle er i samme båd, trækker på samme hammel, holder sammen osv. Det er en virkelighed, hvor man grundlæggende er positivt stemt over for amtet, dets intentioner og handlinger. Der er tillid parterne imellem. Når amtsborgmesteren så kommer ud for med egne øjne at bese overbelægningsproblemerne – ’Kan det virkelig passe?’ – så bliver denne handling tolket ud fra det eksisterende positive billede som en positiv handling, der igen er med til at forstærke det positive image af sammenholdet i Århus Amt.

Eksemplet viser, hvordan en handling, der kunne tolkes på vidt forskellige måder, i dette tilfælde tolkes så den bekræfter en allerede eksisterende meningsstruktur. Handling, der fortælles om, kunne akkurat lige så godt tolkes stik modsat, hvis udgangspunktet havde været et forhold mellem sygehusleder og amt præget af mistillid og konflikt, hvor besøget fra amtsborgmesteren i stedet var blevet tolket som en kontrol – ’kan det *virkelig* passe?’ – som et udtryk for hans tvivl om rigtigheden eller alvorligheden af de overbelægningsproblemer, sygehuset påstår eksisterer. Men dette er ikke tilfældet, og hans besøg er således med til at forstærke det positive image af politikerne, og det i så høj grad, at man finder hændelsen og dens tilskrevne mening så betydningsfuld, at man vælger at fortælle den videre som anekdote.

Amtet som den centrale enhed

En måde at fortælle om sig selv på, er at fortælle om ”de andre”, om alt det man selv er forskellig fra. I et interview hvor man bliver bedt om at fortælle, forklare og uddybe alverdens aspekter ved sygehusledelse og det at være sygehusleder, er det derfor meget naturligt, at man også gør dette ved at trække grænser i forhold til det, man er forskellig fra. I denne forbindelse er et interessant generelt træk ved sprogbrugen i interviewene, at når respondenterne bruger ord som ”os” / ”vi”, så taler man om sygehusvæsenet i Århus Amt som helhed – eller om sygehuslederne i amtet som helhed. Hermed ikke sagt, at man ikke benævner forskelle inden for amtet, men der er tale om en generel tendens, (og det kan i øvrigt nævnes, at dette står i modsætning til den retorik, som blev anvendt af respondenterne i det andet analyserede amt, Nordjylland). Man kunne lige så godt forestille sig, at aktørerne trak grænser for identifikation langs helt andre linjer: mellem søjler, mellem den enkelte ledelse og amtet, mellem alle sygehusledelserne og amtet, mellem Universitetshospitalet og centralsygehusene osv. Selvfølgelig eksisterer der i Århus Amt forskelle langs organisatoriske skel inde i amtet, men disse benævnes slet ikke i samme grad som forskellene mellem Århus Amt og andre amter. Denne retorik er med til at vise, at et afgørende skel for identifikation, hvem ”vi” er, trækkes ved amtets grænse³⁶. Forskellen mellem ”os” og ”de andre” bruger respondenterne ofte til at lave sammenligninger, der tjener til at vise, at man i Århus Amt synes, man har det bedre end andre steder.

Fortolkning af Sygehuskommissionens betænkning i Århus Amt

Éntydighed a la Århus

I Århus Amt har man, som i de fleste andre amter, svaret punkt for punkt på Sygehuskommissionens mange anbefalinger. Og i amtets ”Bemærkninger til sygehuskommissionens anbefalinger”³⁷ står der om Sygehuskommissionens anbefaling af éntydig ledelse følgende:

”Århus Amt har på sygehusledelsesniveau en éntydig placering af ledelsesansvaret, idet sygehusdirektøren har det endelige ansvar over for direktionen.^[38] På afdelingsniveau er det op til den enkelte sygehusledelse at vurdere om sygehuset har en hensigtsmæssig ledelsesstruktur. Der er ingen planer om at ændre på disse principper.”

Responserne på betænkningens anbefaling af éntydighed er således, at man i Århus Amt allerede *har* en éntydig ledelsesstruktur. Dette harmonerer ikke helt, hverken med Sygehuskommissionens indirekte definition af éntydighed som værende lig én person eller med den daglig ledelsespraksis i Århus, som det vil fremgå af det følgende:

Angående det første forhold – Sygehuskommissionens opfattelse af éntydighed – så står der ordret, at:

³⁶ Det antydes også i interviewene, at man sygehusene imellem konkurrerer, og at man kan føle at ét sygehus får for meget og andre for lidt, når det handler om fordelingen af ressourcer. Men dette giver ikke anledning hos respondenterne til at give udtryk for dybere forskelle, der kan vidne om andre identifikationsmønstre, der er lige så meningsgivende og centrale som amtet som enhed.

³⁷ Århus Amt, Planlægningsafdelingen, 15 april 1997

³⁸ Samme formulering findes i ledelsesregulativet, ”Idégrundlag og ledelsesstruktur i Århus Amts sygehusvæsen”, april 1994

”Kommissionen skal...anbefale, at der på alle ledelsesniveauer sker en éntydig placering af ledelsesansvaret. Dette indebærer, at den udbredte trojkamodel og afdelingsledelsesmodel skal ændres.”³⁹

Sygehuskommissionen mener således *ikke*, man kan kalde trojkamodellen for éntydig, sådan som man vælger at fortolke det i Århus Amt.

Og angående det andet forhold – den daglige ledelsespraksis – så passer udtalelsen heller ikke helt med den opfattelse, der findes hos flere respondenter, hvor det ser ud til, at man i praksis tolker trojkamodellen som indebærende et *fælles* ledelsesansvar og således ikke ser direktøren som værende éntydig eller eneansvarlig over for direktionen:

”Der er ingen tvivl om, hvor ansvaret for at budgettet overholdes ligger – det ligger hos sygehusledelsen. Og i ledelsen er vi fælles om det ansvar.” (LJ)

Men når man i Århus Amt – hvor man har trojkaledelser og hvor man opfatter sig som værende fælles om ledelsesansvaret i trojkaen – reagerer på betænkningen ved at svare, at man allerede *har* éntydig ledelse, så ser jeg umiddelbart to mulige forklaringer: enten at man ikke har tolket Sygehuskommissionens bud om éntydighed, som jeg gør her, eller også at man vælger en udvej, hvor man undgår åben konfrontation med den dominerende (dis)kurs inden for sygehusledelse. For at få klarhed over dette spurgte jeg amtssygehusdirektøren direkte, hvad han troede Sygehuskommissionen mente med begrebet éntydighed:

”Jeg tror, at de på afdelingsniveau eller sygehusniveau tænkte på én kasket – én person.” (AR)

Der kan således ikke være tvivl om, at man i Århus godt er klar over, at man ikke har den form for éntydighed, som Sygehuskommissionen anbefaler. I lyset heraf kan den officielle respons på sygehuskommissionens anbefaling ses som en måde for en mindre dominerende modfortælling indenfor sygehusledelsesdebatten, (nemlig den, der fortælles i Århus Amt, og som handler om nøgleord så som trojka, fælles ledelse, delt ansvar, tre faste ledelsesmedlemmer) at undgå direkte sammenstød med den langt mere dominerende fortælling om sygehusledelse på landsplan, (nemlig den, hvis nøgleord er éntydighed og pluralisme, og som fx sygehuskommissionen er en del af). Århus Amts officielle tackling af éntydighedsbuddet fra Sygehuskommissionen kan tolkes som, at man har valgt den pragmatiske og mest afvæbnende udvej, da man undgår direkte at modsige og bringe sig på koalitionskurs med den dominerende diskurs. I stedet søger man at definere en sideløbende, parallel eksistens i forhold til den dominerende ledelsesfortælling inden for sygehusområdet.

Holdningerne til Éntydighed a la Sygehuskommissionen

Når man i Århus Amt vælger ikke at følge anbefalingen om éntydighed i Sygehuskommissionen, så får man meningsmæssigt brug for at indskrive Sygehuskommissionens anbefaling af éntydighed i en meningssammenhæng, en fortælling, som gør det logisk og forståeligt ud fra aktørernes egne fortolkninger, at de *ikke* følger Sygehuskommissionens anbefalinger.

Og Sygehuskommissionens anbefaling indskrives da også i fortællinger, der handler om usaglige eller utroværdige motiver, så som søjlekonflikter, frustrationsreaktioner og ’ledelsesmode’, som følgende citater illustrerer:

”Hvorfor tror du den rapport [Sygehuskommissionen] anbefaler, som den gør?”

Jamen sådan er samfundet da så dynamisk. Når man har haft noget i et vist stykke tid, så må man da hellere lave det om. Og det gælder da i særdeleshed inden for det, der hedder ledelse.

³⁹ Sygehuskommissionen, afsnit 7.6 Ledelse og Organisation.

Det bliver da lavet om og om og om igen, uden at jeg synes, at folk får sat sig ned og tænkt sig godt om.” (BJ)

”Hvor kommer det bud og den tanke om éntydighed fra?”

Det kommer fra lægerne. Det er i hvert fald min klare opfattelse, at lægerne, overlægerne specielt, synes, at de har mistet megen indflydelse, og de synes at lægefaget betyder så ufatteligt meget i sygehusvæsenet, at det er lægerne, der står for kerneydelsen, og derfor er det også lægerne, der skal bestemme, og det skal være ved éntydig lægelig ledelse. Det er der slet ikke spor tvivl om. Det er i hvert fald det FAS arbejder på. Det har egentlig også været sådan i gamle dage. Da var det overlægen, der bestemte. (AT – og givet holdningerne i citatet, er det måske værd at bemærke, at AT selv er cheflæge)

”Jeg tror, at der er fagpolitisk megen grund til at man vælger at udtrykke éntydig ledelse og placeret hos én person. For det kan man blive enige om i DJØFkredse, fordi de ser, at direktøren, han måtte selvfølgelig være uddannet enten cand.polit. eller cand.oecon., men man ser det også i lægefaglige kredse, for de lægefaglige kredse vil sige, det er meget fint, men den person, der skal lede, er en læge. Det er det, der skal være baggrunden for det. Så det kan man godt blive enige om. Og så kører man den vej ud, men glemmer ligesom at kigge på, at de steder hvor man har velfungerende tredelt ledelse, der ønsker man ikke at forlade det.” (BJ, der er cheflæge)

”Hvorfor anbefaler Sygehuskommissionen éntydighed forstået som én person?”

Ja det stillede jeg fandeme også spørgsmål ved. Og jeg er glad for at du i samme rapport kan læse, at de vil sætte nogen penge af til at forske i og undersøge, hvad det er for en ledelsesfigur eller ledelsesfilosofi, der er den rigtige. For du er jo på et religiøst marked her. Derfor vil jeg karakterisere sygehuskommissionens anbefalinger på det punkt som værende religiøse så lang tid, der ikke er nogen viden og nogen forskning, der dokumenterer, at det skulle være bedre, måske især bedre i sundhedssektoren, at have én i toppen frem for at have tre. Jeg har ikke set eksempler i empirien, der systematisk giver det billede. Så når du spørger efter hvorfor, så siger jeg, at det tror jeg ingen gang, de selv ved. De har en tro på – fordi det er sagt så mange gange – at det må nok virke. Handelshøjskolen og de statslige forskningsanstalter har formentligt også svigtet på det her felt. Det er jo et af de steder, der er helt udokumenteret. Og derfor kan vi jo i 80’erne sige ’tre i en ledelse’ og om 5 år, der kan vi så sige ’nu skal der være én’, for igen om 5 år at vende tilbage til tre eller fem”.

[Andetsteds i samme interview:] ”Når debatten kommer i sygehuskommissionen, så tror jeg, det er en frustrationsreaktion: 3 års bombardement i pressen – det har i hvert fald kørt fra der først i 90’erne og så frem til 97 – hvor vi dagligt har været udsat for et utroligt bombardement af kritiske indlæg med rod i enkeltpatient-behandlingen eller nogle folks oplevelser eller også en generel kritik af vores væsen. Og så kaster man jo den kritik, der er blevet nært sagt et kollektivt fænomen, der er blevet omsat i, at sådan ser det fandeme ud, den gør at folk ryger ud og siger: ’Der må være en ansvarlig hånd, en handlingsreaktion’. Og den første handlingsreaktion det var nedsættelse af sygehuskommissionen. Når man nedsætter sådan en sygehuskommission til at tage vare på og til at løse alle de problemer, der er væltet op om det danske sygehusvæsen, så er der næsten i den kommission også en forpligtigelse til at prøve at gøre noget andet; komme med nogle forslag. Og derfor kommer sådan en gammel krikke jo af stalden igen, at det må være ledelsen, der er noget galt med. Det kan jeg godt følge dem i, at der er *også* noget galt med ledelsen. Men jeg er ikke sikker på, at det nødvendigvis betyder, at man skal lave om i ledelsesorganisationen.” (AR)

Fortolkningerne af baggrunden for at anbefale éntydighed taler her et tydeligt sprog: der er ingen af respondenterne i Århus Amt, der ser megen saglighed i Sygehuskommissionens anbefaling af éntydighed. Det skyldes nok ikke *alene* det faktum, at man har en ledelsesmodel i Århus Amt, der ikke er éntydig ifølge betænkningen, og at århusianerne derfor har *behov* for at afvise Sygehuskommissionen og dens anbefalinger, for dermed at beskytte deres ledelsesmodel mod kritik. Som det fremgik af analysen tidligere, så har man i Århus Amt et meget pragmatisk og ureligiøst forhold til trojkamodellen (se afsnittet om pragmatisme). Man giver udtryk for, at man *ikke* holder fast i trojkamodellen, fordi man tror, det er den ideelle eller bedste ledelsesmodel, men fordi man ikke vil åbne for en uroskabende og energikrævende ændringsproces af ledelsesmodellen, så

længe der er enighed om, at ledelsesmodellen fungerer tilfredsstillende. Det ville således på ingen måde bryde med de eksisterende rationaler blandt respondenterne i Århus Amt at acceptere saglige argumenter⁴⁰ for éntydighed – hvis man var blevet præsenteret for sådanne. Når man i Århus Amt alligevel er så direkte afvisende og ublu i sin kritik af Sygehuskommissionen, så skal årsagen nok nærmere findes i Sygehuskommissionen og dens postulerende retorik og usammenhængende argumentation (se tidligere analyse af Sygehuskommissionens betænkning, s. 9ff.), end i det faktum, at man i Århus Amt har en trojka-model, som man ønsker at beholde.

Holdningerne til pluralisme a la Sygehuskommissionen

I analysen af Sygehuskommissionen blev det påpeget, at betænkningen ikke gør rede for, hvorfor og hvordan kommissionen mener forskelle i størrelse og funktion sygehusene imellem er et argument for, at sygehusene bør have forskellige ledelsesmodeller. Desuden indeholdt Sygehuskommissionen heller ingen form for refleksioner over, hvilke fordele og ulemper der kan være ved at have en ensartet ledelsesstruktur på alle sygehusene i et amt. Netop disse to indvendinger mod Sygehuskommissionens argumentation peger flere af respondenterne i Århus Amt på:

”Jeg vil sige, når man ser på sygehusledelsesniveauet, så kan jeg ikke se, at forskellige størrelser og forskellige funktioner – om man er universitetssygehus eller man er centralsygehus – at det skulle give behov for forskellighed i ledelsesorganisationerne..... Men når man ser på sygehusledelsesniveau, så er det stort set de samme problemstillinger vi har. Fx alt hvad vi får inde fra amtet – vi får det samme, de samme spørgsmål, vi skal aflevere de samme ting derind til. Vores virkelighed, jamen, det er nøjagtig de samme problemstillinger vi har. I vores virkelige liv med hensyn til driften, har vi måske kun fem problemstillinger, som vi skal løse her i huset om dagen, hvor Kommunehospitalet [det største sygehus i Århus Amt] måske har 50. Men stort set har vi – vi skal have de der tre facetter på hver gang vi skal løse de der problemer eller beslutte noget.” (KH)

”Man kan sige, vi har ensartede sygehusledelser på alle sygehusene. Men der kan man jo sige, det er på landsplan, der jo er den pluralisme. Jeg opfatter det på den måde, at Århus Amt er en enhed, og der gør vi så tingene sådan, som det passer til Århus Amt, ved så at gøre det ens på de enkelte sygehuse...Men det mener jeg måske også, der kan være fordele og ulemper ved det – men det er en fordel i relation til, at man så ikke er i tvivl om, hvordan vi strukturerer samarbejdet i de forskellige lederfora, og hvordan en beslutning skal træffes. Man skal ikke holde styr på, ’der er de to, og der er der ingen chefsygeplejerske, og der er det en direktør’. Det giver også noget rod, når du skal lave nogle indflydelses- og samarbejdsstrukturer i amtet. Og det giver en ligeværdighed sygehusene imellem. Og det er så også vigtigt i Århus Amt, at sygehusene føler sig ligeværdige. Selvfølgelig kører spillet med de store og de små. Så er vi altså heller ikke mere ligeværdige. Men i en eller anden forstand – når vi møder op her, sygehusledelsen fra Odder og skal snakke med Kommunehospitalet, jamen så er vi på ledelsesplan to ligeværdige sygehuse, der møder hinanden. Og det tror jeg da også hænger sammen med, at man har en ensartet ledelsesstruktur. Men på landsplan er der så plads til den pluralisme. Og der er altså ikke tegn i sol og måne til, at vi kunne finde på at sige, jamen der er altså et af sygehusene, der kører med en anden struktur. Hvis man gjorde det, så ville man jo også straks åbne op – hvis vi nu sagde, ’på Odder er der ingen grund til at have en direktør’ [LJ er selv direktør på Odder Sygehus] – så har du jo åbnet op, kan man sige, for ballet. For hvorfor skulle det så være anderledes for de andre sygehuse? Så det er så måske prisen for at sige, at vi vil have ro på den front, fordi vi vil altså koncentrere os om nogle andre ting end den ledelsesstruktur.” (LJ)

Respondenterne tager således fat i de samme to huller i betænkningens argumentation, som gør det relativt nemt at argumentere imod betænkningens anbefaling af pluralisme i ledelsesstrukturer, og indskrive den i en

⁴⁰ Ved saglighed forstår jeg argumenter, som har rod i faktisk oplevede, undersøgte forhold. Ikke rene postulater og hypotetiske argumenter. Et teoretisk eller ideologisk argument, er også et sagligt argument – så længe det præsenteres som hhv. teoretisk eller ideologisk, og ikke som selvfølgelig, naturligt eller objektivt.

forklarende fortælling, der afskriver pluralismeprincippet som enten uargumenteret og/eller ensidigt.

Det skal dog understreges, at respondenterne, som det også kommer til udtryk i det sidste citat, taler positivt om pluralisme på landsplan. Det pragmatiske forhold til trojkamodellen gør, at man ser positivt på, at der i forskellige amter eksperimenteres med forskellige ledelsesstrukturer. Det man dog forholder sig meget undrende og kritiske overfor, er den frekvens, hvormed man nogle steder skifter ledelsesstruktur, og det grundlag man gør det på.

Problemer skyldes personer – ikke ledelsesmodel

Datamaterialet fra Århus Amt rummer et utal af udtalelser, som alle er udtryk for det samme rationale:

Problemer i en ledelse skyldes enkeltpersoner, og det man ofte kalder 'kemi' mellem personer – og *ikke* ledelsesstrukturer. Dette er uden tvivl det mest gennemtrængende enkeltrationale, interviewmaterialet rummer. Jeg skal spare læseren for alle de mange udtalelser, og her nøjes med en enkelt illustration:

”Jeg tror slet ikke at den ene ledelsesform er væsentligt bedre eller anderledes end den anden. Altså, hvordan ledelse er, og hvor god den er, det er ikke formen der bestemmer det, det er de enkelte personer, der sidder i en ledelse, der egentlig bestemmer. Og så kan man være tre og man kan være to og man kan være én. Det er personerne der afgør det.” [Senere i samme interview:] ”Men der er jo også masser af eksempler på, at tredelte ledelser ikke har fungeret. Men det er ikke fordi, det er tredelt ledelser, det er fordi, det ikke har været den rigtige sammensætning af de personer, der har siddet i den tredelte ledelse.” (BJ)

Dette rationale kan i sig selv siges at være et effektivt middel i tilbagevisningen af enhver form fra udefra kommende pres på trojkamodellen. Når man italesætter trojkamodellen i Århus, foregår det hele tiden inden for en større forståelsesramme, der flytter fokus væk fra ledelsesmodeller og strukturer i det hele taget, og dermed også fra trojkamodellen som struktur. Ved at lade selve ledelsesstrukturen glide i baggrunden og tildele den ringe eller ingen betydning for ledelse i praksis, beskyttes modellen også mod ændringspres. For en parameter uden reel betydning for ledelse i praksis giver det jo ingen mening at ændre på, hvis det, man ønsker at forbedre, er ledelse i praksis.

Søjleaspekter og ledelse

I forlængelse af den helt grundlæggende overbevisning om, at problemer skyldes personer og ikke ledelsesstrukturen, sættes dette samme rationale også i spil, hvad angår en anden struktur, nemlig søjlestrukturen eller søjlekulturen. Når respondenterne bliver spurgt om søjlerelaterede

aspekter i forhold til de sygehusledelser, der er blevet skiftet ud i, svarer de, at det er 'kemi' og ikke søjlekulturen, der har været problemet.

Jeg har ikke i analysen af interviewene i deres helhed fundet argumentationer eller holdninger, som kunne vidne om negativ søjletænkning – forstået som konflikter eller spændinger mellem søjlerne. Dog skal jeg pointere, at jeg ikke har lavet nogen dybtgående analyse af de reelle arbejdsprocesser, og det vil derfor være overfortolkning på basis af datamaterialet at slutte, at der i sygehusledelserne i Århus Amt ikke bliver tænkt og handlet ud fra en søjletankegang nogen steder. Konklusionen på baggrund af det tilgængelige materiale må begrænse sig til at konstatere, at man ikke tilskriver søjlekonflikter eller søjleaspekter nogen rolle i forbindelse med måden, man tænker ledelse på. Dog kan man mene, at selve trojkastrukturen er en afspejling af søjlestrukturen.

Den eneste måde, hvorpå søjleaspekter bliver inddraget i argumentationen, er, som påpeget tidligere under analysen (jvf. "Holdningerne til Éntydighed a la Sygehuskommissionen" s. 32), når nogle respondenter vil forklare ændringspresset i retning af éntydighed som værende et resultat af søjlernes kamp om, hvem der skal bestemme i sygehusvæsenet.

Men der er et andet aspekt ved søjler og ledelse i Århus Amt, som fortjener opmærksomhed. Det er selvfølgeligheden, hvormed man omtaler sammensætningen af trojkaledelsen: én fra hver af de tre søjler. Eller rettere, det, som fortjener opmærksomhed, er netop, at man *ikke* omtaler sammensætningen af ledelsen som noget, der kræver forklaring. Den virkelighed, man ser, opdeles ofte i lægelige, sygeplejefaglige og økonomisk/administrative facetter⁴¹. Der tales om de tre vinkler med stor selvfølgelighed. Der er heller ingen tvivl om, at de tre personalegrupper tilsammen udgør en stor del af personalet i sygehusvæsenet – men det er ikke hele personalet, så langt fra. For at give en fornemmelse af fordelingen af personale på forskellige faggrupper, er her udregnet, hvor stor en del hhv. læger, sygeplejersker og sygeplejeelever samt administrativt personale udgjorde af det samlede antal ansatte i sygehusvæsenet i 1987⁴²: Læger: 10,6 % , sygeplejersker: 26,5 %, administration: 3,3 % og resten (sygehjælpere, andre sundhedsuddannede, lægesekretærer, rengøring, portører og øvrige): 59,6 %.

Man kunne argumentere for, at tallene her er irrelevante, idet begrundelsen for sammensætningen af trojkaledelserne *ikke* er noget princip om arbejdspladsdemokrati, idet ideen i trojka modellen jo netop er, at ingen af de tre ledelsesmedlemmer skal repræsentere deres respektive faggrupper – mens den (arbejdsplads)demokratiske model jo netop er baseret på et princip om repræsentation. På den anden side kunne man også argumentere for, at begrundelsen for, at trojka modellen ser ud som den gør, heller ikke skal findes i nogen form for objektivt billede af 'sygehusvæsenets iboende væsen', men snarere i professionernes kamp om indflydelse. Denne tolkning af implementering af trojka ledelse, eksisterer også blandt respondenterne (jvf. "Implementering af Trojka modellen", s.15). Datamaterialet vidner om, at sygehusvæsenet i Århus Amt stadig i dag, med den største selvfølgelighed, bliver opfattet som bestående af netop disse tre facetter, som om disse facetter spejlede iboende, naturlige og selvfølgelige egenskaber ved sektoren – og ikke er udtryk for vinkler indbygget i den valgte ledelsesstruktur. Trojka modellen tager udgangspunkt i, *hvem* der skal lede og ikke i *hvad*, der skal ledes.

⁴¹ Som når fx KH i et tidligere anvendt citat siger: "...vi skal have de der tre facetter på hver gang, vi skal løse de der problemer eller beslutte noget"

⁴² Tallene, på baggrund af hvilke jeg har udregnet procenterne, kommer fra Vallgård, 1992:297, tabel 8.5. Det kan i øvrigt nævnes, at hos Bentsen m.fl. (red.) , 1999:318, fremkommer tal, som viser, at det samlede antal ansatte er steget, men andelen af hhv. læger og sygeplejersker har næsten ikke ændret sig (læger: fra 10,6% i 87 til 11% i 99, sygeplejersker fra 26,5% i 87 til 27% i 99). For administratorer eller andre grupper har jeg ingen tal fra 1999.

Denne kritik lider dog af den svaghed, at den er teoretisk, og den valgte datagenereringsmetode rummer ikke mulighed for at koble denne kritik til konkrete sager og processer i praksis, der *muligvis* ville kunne belyse, hvori problemer med denne tredelte 'facettankegang' konkret består.

Med til dette billede af søjleaspekter hører imidlertid også lidt af et paradoks: datamaterialet vidner om, at man i Århus Amt har et meget lavt konfliktniveau i forholdene mellem søjlerne, og at man har fået samarbejdet mellem søjlerne til at fungere sjældent godt – *på trods af*, at man har bibeholdt søjlestrukturen helt ind i ledelsen. Og således vil det være en forhastet slutning at påstå, at man ved at lade ledelsesstrukturen afspejle søjlestrukturen, nødvendigvis cementerer og bibeholder søjletænkning eller søjlekonflikter.

Trappen: en samlende fortælling, ikke nogen århushistorie

Her udlægger en af respondenterne de tanker om sygehusledelse i Århus Amt, som respondenterne refererer til som "trappen":

"Arne Rolighed lægger meget vægt på, at vi ikke skal have alt for meget uro om alt for mange ting på én gang. Hans har en strategi, som han siger: Nu er ledelsesstrukturen på plads, og vi vil ikke bruge krudt på at diskutere det, fordi nu er den sådan. Det kan godt være, at den kan kritiseres osv., men den er ikke til diskussion. Det samme siger han om sygehusstrukturen, ikke. Han siger: 'Vores sygehusstruktur i Århus, den er på plads. Vi kan godt nok etablere netværkssamarbejde osv., men der findes fire centralsygehuse, og der findes et universitetshospital, og det behøver vi ikke at diskutere, for det er ikke til diskussion'. Så siger han – hvad var så det næste han tog frem – det var så servicemål. Altså han har lavet sådan nogen trappetrin, han har taget et tema ad gangen, og så koncentrerer vi os om det. Nu er det dét, det gælder om. Og det sidste han har været med, det er de der ventetidsgarantier, servicemål: alle skal til inden for to måneder, kræftpatienter indenfor 14 dage, alle skal have besked indenfor en uge, osv. Og det skal bare opfyldes 95 % det hele. Og der, hvor det ikke kan lade sig gøre, der putter vi flere penge i. Det er så det, det har gået på de sidste år. Så har vi kritiseret fra lægeside, jamen det er alt for trælst bare at blive målt på, hvor mange man behandler, det drejer sig kun om at få flest muligt igennem systemet. Der er ingen, der spørger efter, om det nu er godt nok, det vi gør, altså om kvaliteten er i orden. Og så siger han 'o.k', og så tager vi det næste tema, og det er så kvaliteten, den faglige kvalitet, nu skal den i fokus, nu er det den, der er i højsædet, nu er det den vi skal koncentrere os om, og det gør vi så. Det kan godt være, at der er nogen der går og møfler om, at ledelsen skulle laves om, men der er ikke stor uro om det. Det er ikke det, der er temaet.

[Senere i interviewet] Hvis det virkelig var helt forfærdeligt [trojkaledelse], så var han [Rolighed] jo virkelig nødt til at gøre noget ved det. Det siger han, det er det ikke. Det er ikke helt forfærdeligt. Det kan godt være, at der er noget, der kan blive bedre, men det arbejder vi så stille og roligt med. Men det er ikke helt forfærdeligt, det er ikke den diskussion, vi har her i amtet, vi har et andet tema. Og nu er det så kvaliteten, og det går alle ind for, og det er man også nødt til at gå ind for, når man selv har bedt om det. Selvom man så nu synes, at det er meget svært. Men det har man jo selv bedt om. Og det næste han så har på, det er de bløde værdier. Det er om man opfører sig ordentligt, hvordan man informerer, altså virkelig de bløde værdier,

og det er man ved at tage hul på så småt, det er det næste tema. Og det er det, han siger, det er det, han godt kan lide, at vi skal ikke diskutere alting altid i evighed. Vi tager én ting ad gangen. *Det lyder næsten som om, at grundskelettet i de temaer man tager op og fokuserer på ude i sygehusledelserne kommer fra amtet?*

Nej, jeg ved ikke rigtig, hvordan det kommer, for det er ikke altid, at det er ham, der har bestemt det fra starten. Det kommer ligeså meget nedefra. Altså det der med kvalitet, det kommer ikke derfra. Det er nedefra, at kravet er kommet, og så bliver det gjort til et tema. Og så har man også sagt, 'jamen det der er simpelthen for dårligt, som patienterne bliver smidt ud og behandlet', og så siger han 'o.k., så tager vi de bløde værdier næste gang'. At han faktisk sætter det på dagsordenen, det som man nedefra har gjort opmærksom på, at det er for dårligt. Først var der ventelister, det var for dårligt, ikke. Så er der kvalitet, den er for dårlig, og så kommer de bløde værdier, og hvad det nu er, så tager vi det på dagsordenen. Jeg oplever det som hans respons." (AT)

Respondenterne fortalte generelt gerne og med tilfredshed om denne trappe-filosofi, dens indhold, måden den fungerer på og de principper for strategisk ledelse, som læses ind i den. I publikationen "Århus Amts Virksomhedsmodel" findes følgende figur og tekst:

| | | | | | | | | | |
|---------------|----|----|---------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|--|------|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | Bløde værdier..... | | | |
| | | | | | | Kvalitetspolitik..... | | | |
| | | | | | Servicepolitik | | | | |
| | | | | Økonomistyring | | | | | |
| | | | Ledelsesorganisation..... | | | | | | |
| Struktur..... | | | | | | | | | |
| 1988 | 91 | 94 | 96 | 99 | 2002 | | | 2010 | |

Ovenfor er vist de hovedstrategiske emner, der er arbejdet med fra 1988 og frem til i dag. Der er to hovedpointer i oversigten: For det første viser tegningen, at der kun igangsættes et nye hovedtema hvert 3. år, idet tidligere igangsatte hovedemner forudsættes videreført. For det andet forudsættes struktur, ledelsesorganisation og økonomistyring at være på plads, for at kunne give handle- og råde-rum for mindre bastante strategiske emner som servicepolitik, kvalitetspolitik og bløde værdier"⁴³

Som beskrevet i forbindelse med implementeringen af trojkaledelse i Århus Amt så var de tre første trin på trappen – struktur, ledelsesorganisation og økonomistyring – oplevet som mere eller mindre udefrakommende ordrer i form af forskellige former for pres, som sygehusvæsenet var udsat for. Disse ændringer – som mere eller mindre fandt sted over hele landet i de år – blev generelt opfattet som "pinefulde" omvæltninger i Århus Amt (jvf. s.15). Fra at have været enerådige siden tidernes morgen var sygehusene og de ansatte nærmest blevet sat under administration, og ændringerne i hjertet af organisationerne blev dikteret udefra og ovenfra.

Organisering og ledelse af og i sygehusvæsenet var nu ikke længere en sag kun for de ansatte i væsnet. Betragtet som fortælling evner trappen at skrive denne periode med store uvelkomne omvæltninger ind i en kontinuitet, hvor de store omvæltninger er afsluttet, "på plads", som man skriver det i teksten til figuren. Men selv om de er afsluttede, indgår de alligevel i en kontinuitet, i og med at de danner fundamentet for den videre udviklings nye trappetrin i form af nye temaer.

Efter de tre første trin sker der en drejning i temaernes karakter. Fra indholdsmæssigt at være mere eller mindre tvungne påbud afstedkommet af pres udefra bevæger indholdet sig i retning af mere initiativ indefra. Servicemål var, som 'AT' beskrev det i citatet, i høj grad et spørgsmål om nedbringelse af ventetider. Dette var ganske vist ikke et selvstændigt initiativ indefra, men nærmere (endnu) et påbud udefra. Dog begynder man med servicemål som tema en bevægelse tilbage mod områder, hvor sygehusene som professionelle behandlings- og

⁴³ "Århus Amts Virksomhedsmodel: Samarbejde og dialog om udvikling, kvalitet og effektivitet" af Direktionen, s.22.

plejeorganisationer er mere på hjemmebane. Det er tættere på en klinisk professionel rationalitet at beskæftige sig med et tema, der omhandler bedre service og nedbringelse af ventetider, end det er at implementere et økonomistyringssystem, der har rødder i en ren erhvervsøkonomisk rationalitet.

Som 'AT' beskriver det i citatet, er det næste trin på trappen – kvalitet – udsprunget af en faglig irritation over den ensidige kvantitative fokusering i forbindelse med servicepolitikken ventetidsnedbringelse. Trappens fortælling er nu helt tilbage på fagpersonernes hjemmebane. Næste trin – de bløde værdier⁴⁴ – kommer heller ikke udefra, men må nærmere ses som en imødekommende reaktion på samfundets generelt stigende krav om bedre service og god behandling overalt i det offentlige. Hovedsagen er imidlertid, at man har formået at indskrive temaet som et eget initiativ i en fortælling, hvor sygehusvæsenet i højere og højere grad tager kontrol med og magter at styre og forholde sig proaktivt til udviklingen. Så ud over at knytte omvæltninger og meget forskellige strategiske tiltag og emner sammen i én fortælling, der giver mening og retning, så er det også en fortælling om et sygehusvæsen, der gik fra at være meget autonomt til på det nærmeste at blive sat under administration. Men som siden gradvist har kæmpet sig tilbage til roret, og nu i højere grad igen selv styrer udviklingen.

En anden styrke ved fortællingen er, at den ikke rummer nogen form for søjleaspekter. Fortællingen handler om det *samlede* sygehusvæsen i Århus Amt og dets strategiske fortid, nutid og retning – ikke om hvordan forskellige søjler, faggrupper eller andre delgrupper af det samlede sygehusvæsen i amtet, har handlet, har været uenige, eller om hvordan nogen har tabt, mens andre har vundet magt.

Den samme pragmatisme, som slår igennem i argumentationen omkring trojkamodellen, giver sig også til kende mht. fortolkningen af trappen. Figuren fortæller om retning, ro og rationel handlen, hvilket umiddelbart kunne virke som en forsimpning af den komplekse og til tider ganske sikkert også kaotiske udvikling, aktørerne har oplevet i sygehusvæsenet. Men den fortolkning af trappen respondenterne fortæller om, rummer ikke nogen illusioner om store rationelle langsigtede planer. Ingen lider under den illusion, at virkeligheden faktisk har set ud sådan som trappen indikere 'i virkeligheden', altså at man i 1988 med sygehuslukningerne eller i 1990 med trojkaledelserne eller med økonomistyringen havde en samlet rationel plan, en retningsgivende trappe, en fremtidsvision, som man styrede efter. Ændringerne kom udefra – trappen, dens rationalitet og retning er først kommet til langt senere. Trappen fortolkes således ikke som et virkelighedsfjernt forsøg på at skrive en fortid, hvor man nærmere var foran pilsken end bagved, ind i en fortælling om, hvordan man hele tiden har haft plan og retning.

⁴⁴ Beskrives som: "En værdig dialog med patienten, en god kommunikation eller information, medinddragelse i beslutningerne, "den vanskelige samtale", kontinuitet og sammenhæng i behandlingsforløbet." (Århus Amts Virksomhedsmodel, s.23)

Respondenterne taler om trappen som ”Arnes”. Men som det fremgik af ATs indledende præsentation, så menes der ikke dermed, at det er amtssygehusdirektøren, der har styret trin eller retning i fortællingen. Heller ikke amtssygehusdirektøren selv giver udtryk for en sådan fortolkning. Trinene er opstået som konsekvens af pres mange forskellige steder fra – trappens funktion er at skabe en meningsfyldt fortolkning af sammenhængen mellem dem.

Amtssygehusdirektørens bidrag til trappen har været at bringe en af sine kæpheste indirekte i fokus, nemlig ro. Det lyder måske som konservativ forstening og manglende vilje til forandring, men det skal snarere tolkes som konstruktiv fokusering på ét projekt ad gangen:

”Der må ikke ske omvæltninger mere end hvert 4. år, er det ikke sådan han [Rolighed] plejer at udtrykke det. Og jeg kan godt lide den filosofi. For det er også med til at give ro. Og ro det er altså væsentligt for at drive sådan nogle meget travle organisationer, som sygehuse er. Altså uro, det kræver energi. Og det vil sige, at så er der noget energi, der ikke bliver anvendt på patienterne, som jo er vores vigtigste opgave.” (BJ)

Her ses pragmatismen igen. Der er praktiske og menneskelige grænser for, hvor mange tværgående temaer, man kan have kørende hvor tit i en kompleks organisation, hvis man vil sikre sig, at temaerne slår igennem i den organisatoriske praksis, og ikke vil risikere, at projekter løber ud i sandet. For økonomistyring, servicemål og kvalitetsmåling eller ej, så skal patienterne stadig behandles og plejes.

Om trappen er en konsekvens af fokuseringen på ro og ’én ting ad gangen filosofien’ eller omvendt, er det svært at sige noget om. De to forhold skaber, forstærker og genskaber hinanden. Men kombinationen af de to betyder noget for, hvordan virkeligheden bliver defineret. En stadig strøm af organisatoriske omvæltninger og nyskabelser bliver ikke fortolket som et grundvilkår i den virkelighed, som sygehuse og deres ledelser skal agere i. Derimod bliver virkeligheden tilskrevet en langt mere tæmmet natur, hvor organisationer – *hvis de* formår at arbejde godt sammen og alle trække på samme hammel – kan styre udviklingen. Det er et tæmmet virkelighedsbillede, man finder i Århus Amt, i og med at man har luet ud i arten og antallet af debatterne ved kun at ville fokusere på ét centralt tema ad gangen.

Trappens lukning af debatter – som fx lukningen af debatten omkring ledelsesstrukturen, der kom til udtryk i udtalelserne i analyserne – kunne være et middel til at udelukke uønskede synspunkter og debatter som (nogle) sygehusledere mente var vigtige. Men dette er på baggrund af datamaterialet fra Århus Amt ikke tilfældet, idet ingen giver udtryk for at ønske at diskutere eller problematisere temaer, der gennem trappefortællingen anses for lukkede. Hermed ikke sagt, at der ikke eksisterer utilfredse sygehusledere i Århus Amt, men der er ikke tale om, at man giver udtryk for, at trappen som dagsordensætter er en art censureringsredskab, der undertrykker vigtige debatter. Den mest nærliggende forklaring på dette er kulturen og dens tradition for at inddrage alle parter, for at få skabt bred enighed bag beslutningerne, kombineret med en accept af, at intern kritik er legitim.

Rationaler med betydning for Sygehusledelse i Århus Amt

Den samlede beretning om sygehusledelse i Århus Amt er kommet omkring mange aspekter og i det følgende opsamles de vigtigste rationaler med betydning for sygehusledelse.

Sygehusvæsenets natur

Sygehussektorens kontekst kan aktivt styres af aktørerne, hvis disse magter at samarbejde godt. Meget dynamik og omvæltning er *ikke* et givet grundvilkår i konteksten per se, som sygehusorganisationerne er tvunget til at ændre sig i takt med. Der er tale om et syn på (sygehus)organisationernes forhold til konteksten, hvor organisationerne som aktørerne tillægges stor autonomi i forhold til kontekstens strukturer.

Den organisatoriske virkelighed er kompleks. Og derfor bliver ro både en meget vigtig og mulig faktor at stræbe efter at skabe. Det medfører en ”én ting ad gangen!” mentalitet, der præger måden, som man overordnet ser på sygehusledelse i amtet.

Social Skabt Virkelighed

Kulturen lægger vægt på dialog, medindflydelse og enighed. Det ses som meget vigtigt, at sikre at alle trækker på samme hammel. Hvis ikke der bliver skabt bred enighed og opbakning om beslutningerne, så falder enigheden og dermed arbejdsroen i amtet fra hinanden.

Det er lykkedes at opbygge en stærk identitet omkring amtet som enhed, mere end om det enkelte sygehus, søjlerne eller andre mulige grupperinger.

Aktører er vigtigere end strukturer

Ledelse i praksis er betinget af personer – ikke af formelle strukturer i form af ledelsesmodeller. Enkeltindivider og deres samarbejde bliver de centrale omdrejningspunkter. Ledelsesstrukturer har meget begrænset indflydelse på ledelse i praksis, og kan således heller ikke bruges til at løse ledelsesproblemer.

Pragmatisme

De gyldigheds- og sandhedskriterier, der bliver ræsonneret på baggrund af, er praksisorienterede i den betydning, at der stilles krav om at argumenter og kritik kun er legitime, hvis de tager udgangspunkt i en saglig argumentation, der forholder sig til praksis. Trojkamodellen tolkes og italesættes således ud fra en pragmatisk betragtning om, at den ikke nødvendigvis er nogen ideel model. Men da den for indeværende fungerer tilfredsstillende, og da de sikre ledelsesmæssige og organisatoriske omkostninger (i form af uro og konflikter og udsættelse af andre ledelsestemaer) ved at åbne for en ændringsdebat, bliver vurderet som større end de kun hypotetiske vindinger (som aktørerne i øvrigt ikke kan få øje på), så holder man fast i den nuværende ledelsesstruktur og beskæftiger sig med andre temaer, som man i praksis oplever et større behov for at arbejde med.

En kritik af ledelsestænkningen i Århus Amt

Ud fra et diskursteoretisk fundament lagde specialet vægt på at foretage en kritisk analyse af ledelsesdebatten – i ministerielle betænkninger og i to amter. Kritikken udgik fra en grundlæggende overbevisning om, at intet er selvfølgeligt, at virkeligheden bliver formet gennem sproget og skabt gennem vores italesættelser og udvælgelse af fænomener. Med dette udgangspunkt, stilles der krav til de aktører, som leder vort sygehusvæsen om, at enhver påstand i en normativ debat om ledelsesmodellen i sygehusvæsenet bør være underbygget af en saglig argumentation, der på gennemsigtig vis gør rede for sin opbygning og lader det stå klart, om der er tale om et empirisk, teoretisk eller ideologisk/politisk fundament. Der stilles også krav om, at aktørerne i debatten er i stand til at forholde sig kritisk til selvfølgelig viden og spørge kritisk til denne videns fundament. Det er alt i alt et krav om saglighed. Her gengives den del af kritikken, som forholdt sig specifikt til Århus Amt.

I Århus Amt var der ingen decideret debat at kritisere. I stedet måtte laves en kritik af den argumentation interviewmaterialet indeholdt. Spørgsmålet bliver således: Er afvisningen af debattens kritik af trojkamodellen og den fortælling, man har sat i stedet, saglig?

Jeg har *ikke* fundet det troværdigt at kritisere rationaler og fortællinger om sygehusledelse i Århus Amt, på basis af:

- at hovedfortællingen om ledelse, *"trappemodellen"* er en *dårlig fortælling* i den forstand, at den ikke forholder sig troværdigt til en kompleks virkelighed. Selvom det umiddelbart kunne se ud som om trappen oversimplificerer eller giver et falsk billede af en "masterplan" bag et kaos af tilfældige begivenheder, så mener jeg ikke, det er tilfældet, for jeg fandt ingen ledere i amtet, som tolkede fortællingen på den måde. Man er godt klar over, at tingene ikke hænger sådan sammen. Fortællingen tegner ikke noget forskønnet sort-hvidt billede, men samler derimod lederne i sygehusvæsenet om at arbejde med fælles temaer, som der også fra politisk side er opbakning til at sygehusvæsenet skal fokusere på.

- at man vil *holde fast i trojkamodellen i et helt urealistisk langt tidsspænd (frem til 2010)*, og at fastholdelsen bærer præg af stædighed for stædighedens skyld, eller at man (læs: Amtssygehusdirektøren) ikke vil tabe ansigt nu, hvor han er kommet med så klar en udmelding: "Ingen ændringer inden år 2010!". Men den kritik holder heller ikke, for i Århus Amt tror man hverken, at trojkamodellen er ideel, eller at den nødvendigvis holder frem til 2010. Der skal muligvis laves om før – men det tager man med sindighed. Man er pragmatiske, og ser ikke så sort/hvidt på tingene. Netop fordi man ikke har noget 'religiøst' forhold til trojkaledelse, men i stedet ser pragmatisk på tingene, så er opfattelsen, at det er en ganske god idé, at der bliver eksperimenteret med ledelsesmodeller rundt omkring. Man ryster ikke på hovedet af, at der er dynamik i feltet, og at der eksperimenteres, og at ikke alle holder fast i trojkamodellen, som man gør i Århus Amt – men nærmere over den frekvens, hvormed der bliver lavet om i nogle amter, samt det grundlag (læs: mangel på dokumentation og refleksion) ændringerne sker.

- at man *ved at fastholde trojkamodellen er med til at fastfryse et søjleopdelt sygehusvæsen*. Trojkamodellen tolkes som udsprunget af en konflikt om fordelingen af magt og indflydelse søjlerne imellem, og modellen bærer, om ikke konflikten, så i hvert fald søjleopdelingen i sig. Men fra denne konstatering af udgangspunktet for trojkamodellen, og til at kritisere Århus Amt for, at man ikke går væk fra denne model, er der langt. For skal man se realistisk på sagen, så skal alternativomkostningerne med ind i overvejelserne: Hvis man går i gang med at ændre ledelsesmodellen, vælger man at kanalisere en ukontrollabel mængde af ledelsesenergi ind i en

ændringsproces – hvilket nødvendigvis må begrænse den tid og energi, der er til at beskæftige sig med andre ledelsestemaer (fx de andre temaer fra ”trappen”, så som servicepolitikken, kvalitetsforbedringer og ’de bløde værdier’). En hurtig cost-benefit analyse siger århusianerne, at en ændringsdebat og proces helt sikkert vil koste ledelsestid og energi, men hvad er det, de står til at vinde? Hvilken anden model har de i udsigt, som kan løse hvilke konkrete problemer? Hvor lang tid og hvor mange kræfter vil det tage at genetablere det fodslag og den arbejdsro, de har fået skabt omkring ledelsen af sygehusvæsenet i Århus Amt? At trojka modellen ikke er ideel, er jeg enig med både århusianerne og Sygehuskommissionen i. Men man kan *ikke* mene, at Århus Amt alene af den grund burde åbne ballet omkring ledelsesstruktur og en ændring af den. For der er ingen tegn i sol og måne på, at det er en god og sund investering af ledelsesenergi. Ud fra en ren magtbetragtning kan det måske være en god investering for enkeltgrupper i ledelsessystemet. Men for patienternes sygehusvæsen er der ikke saglige argumenter for at starte en ændring, der vil kræve ledelsestid og energi – specielt ikke fordi den aktuelle ændringsdebat ikke fremviser nogen form for saglige argumenter eller overbevisende løsningsmodeller, men som en cheflæge i Århus Amt mente, nærmere var ’religiøs’.

Hertil kommer det paradoks, at der i Århus Amt, på trods af at man har bibeholdt den faste søjleopdeling af ledelserne, ikke kommer mere eller mindre åbenlyse søjlekonflikter til udtryk. Man kan dog rynke et kritisk diskursanalytisk øjenbryn over for den selvfølgelighed, hvormed man opdeler sygehusfeltet i økonomiske, lægefaglige og sygeplejefaglige facetter i Århus Amt. Det er i højere grad udtryk for traditionelle socialt skabte opdelinger af den organisatoriske virkelighed, og det er diskutabelt, om det giver mening, at ville skille de tre facetter ad – altså tage for givet, at sygehusvæsenet består af en lægefaglighed facet, som i sig selv er fri for økonomi, eller en lægefaglighed facet fri for sygeplejefaglighed. På lige præcis dette område finder jeg generelt ikke den pragmatiske og kritiske vinkel, som ellers præger ledelsestænkningen i Århus Amt. Men det hævdede diskursteoretiske kritiske øjenbryn må ses i sammenhæng med praksis. Jeg kan med baggrund i mit datamateriale og mine analyser ikke knytte det teoretiske rynkede øjenbryn sammen med reelle problemer i praksis. Men jeg kan komme med en formodning om, at man med dette sygehusverdensbillede i tre adskilte og klart definerede facetter ikke ligefrem fordrer nogen radikal og konstruktiv nytænkning af sygehusledelse. Men det er en formodning. Ligesom den formodning, der lå i tesen, om at trojkaledelse ved at bringe søjleskel helt ind i ledelsen cementerer og vedligeholder søjlekonflikter og søjletænkning, kan vise sig ikke at holde stik i praksis, så kan denne formodning af en kritik også vise sig at være et fejlskud.

Inden for rammerne af dette projekt og det datagrundlag, det bygger på, har jeg ikke fundet anledning til nogen substantiel kritik at en pragmatisk, ambitiøs, åben, demokratisk og stærk kultur blandt sygehusledere, samlet om en troværdig fortælling. Det ville ikke være en troværdig kritik.

Opsamling

De oprindelige spørgsmål i arbejdsteserne handlede om, hvorfor trojkamodellen var kommet under pres. Da denne fortælling kun handler om Århus Amt, må spørgsmålet vendes om, og i stedet lyde: hvorfor er trojkamodellen *ikke* kommet under pres i Århus, på trods af debatten på landsplan – i betænkninger og i andre amter – er domineret af fortællinger, der forholder sig kritiske overfor trojkaledelse, og i stedet centrerer sig omkring begreberne éntydighed og pluralisme?

Angående den gruppe af teser, som omhandlede *indbyggede problemer i trojkamodellen*, så er ændringspresset på trojkamodellen ikke baseret på en saglig argumentation for eller dokumentation af indbyggede problemer i modellen, så som fx beslutningsineffektivitet, (mis)brug af uenighedsklausulen eller videresenden af uløselige problemer op i systemet, eller at beslutninger på grund af konsensuskravet resulterer i en 'noget-for-noget' mentalitet og ikke-optimale 'handler', eller at trojkamodellen pr. definition er konfliktsky (forstået således, at den er årsag til, at nogle problemer ikke sættes på dagsordenen i en trojkaledelse).

I Århus Amt afvises kritikken af indbyggede problemer i trojkamodellen. Ser man på de måder, kritikken af trojkamodellen tilbagevises på i Århus Amt, så kan ræsonnementerne karakteriseres som en kritisk spørgen til kritikens logik og fundament i praksis, for derved at drive en kile ind mellem kritikken og trojkamodellen, ved enten at:

- 1) afvise kritikken og argumentationen for ændring som forkert i forhold til praksis, (fx kritikken om misbrug af uenighedsklausul).
- 2) acceptere kritikken som relevant, men tilbagevise dens sammenhæng med trojkamodellen, (fx kritikken om berøringsangst overfor problemer behæftet med stor uenighed).
- 3) acceptere kritikken som relevant, men tilbagevise dens sammenhæng med trojkamodellen. Og derudover yderligere vende den rejste kritik tilbage mod de konkurrerende mere éntydige/pluralistiske modeller, som meget af kritikken af trojkamodellen tager udgangspunkt i eller knyttes sammen med (fx kritikken om berøringsangst og beslutningseffektivitet).

Teknikkerne er mine analytiske udledninger, og skal ikke forstås som bevidste strategier, respondenterne anvender. Teknikkerne har rødder i den praksisorientering, som generelt kendetegner argumentationsformen i Århus Amt. De tjener til at tage brodden af kritikken og dermed også af presset på trojkamodellen som ledelsesmodel. Bibeholdelsen af trojkamodellen kan give mening for aktørerne i Århus Amt på en troværdig og sammenhængende vis set i forhold til det verdensbillede, som rationaler og fortællinger om ledelse i Århus Amt udgør. Man sidder ikke den kritik, debatten har rejst, mere eller mindre overhøring. I stedet forholder man sig til den på en sådan måde, at den ikke længere udgør et – for respondenterne i Århus Amt – troværdigt pres på trojkastrukturen som ledelsesmodel.

En af tesoerne handlede om, at trojkamodellen med sin faste tredeling af ledelsen, kunne have været med til at cementere *konflikten mellem de tre søjler i sektoren*. Denne tese finder analysen ikke noget belæg for. Den lidt paradoksale situation er opstået, at i Århus Amt, hvor man har en trojkamodell, der bringer søjleopdelingen helt ind i sygehusledelsen, netop ikke har den åbenlyse søjlekonflikt og fokusering på faggruppers indflydelse og forskelligrettede interesser, som ses andre steder, hvor mere éntydige modeller vælges – ofte med den begrundelse, at man vil komme søjlekulturen til livs.

Det ændringspres, som kommer til orde i debatten, kan generelt ikke begrundes i nogen form for empiriske

problemer i praksis, som af argumentationens eller dokumentationens vej kan henføres specifikt til trojkamodellen.

Ændringspresset tolkes ikke som kommende fra *andre personalegrupper* (end de i trojkamodellen repræsenterede), som har ønsket mere indflydelse på ledelsesniveau. Derimod tolkes ændringspresset blandt flere respondenter i Århus Amt, som opstået blandt læger (FAS) eller i det man benævner DJØF-kredse.

Angående lokalpolitik, peger analysen på, at der ikke eksisterer partipolitiske præferencer i forhold til valg af sygehusledelsesmodel. Men lokalpolitik spiller alligevel en rolle, da den politiske opbakning er vigtig for at skabe et godt og tillidsfuldt forhold politikere og sygehusledere imellem.

Hvis amtssygehusdirektøren går ind for en ledelsesmodel, betyder det også noget for måden, modellen bliver implementeret på, og for den *kobling* – eller mangel på samme – der kan opstå *mellem trojkamodellen som struktur og som proces*: I Århus Amt blev trojkamodellen implementeret ikke blot som struktur, men grundet specielt amtssygehusdirektørens overbevisning om trojkamodellens funktionsduelighed tillige som proces, forstået således, at der blev krævet et velfungerende samarbejde – og de ikke få problemer, som opstod med dårligt fungerende samarbejde i delte ledelser, blev der taget hånd om på forskellig vis (fx enten ved at hente ekstern hjælp med henblik på at forbedre samarbejdet eller ved at udskifte lederne).

Sygehuskommissionens betænkning har været brugt som direkte udløsende årsag i forhold til ændringsprocesser i andre amter. I Århus Amt afskriver man Sygehuskommissionens behandling af ledelsesaspektet som overfladisk og uargumenteret.

Årsagerne til at trojkamodellen ikke er kommet under pres i Århus Amt, skal hovedsageligt findes i de rationaler og fortællinger, som er opstået i amtet. Amtssygehusdirektøren i Århus Amt har været en central figur i forhold til at skabe en konstruktiv dialogkultur samlet om amtet og ikke om søjlerne, samlet om en fortælling, som ikke indeholder tabere og vindere, som ikke er sort/hvid, hvor ledelsesmodeller i højere grad end andre steder bliver vurderet kritisk i forhold til praksis, hvor der i højere grad bliver sat spørgsmålstejn ved selvfølgeligheder og uargumenterede eller udokumenterede påstande samt hvor intet pr. definition automatisk er ubetinget godt eller dårligt – der er kun forhold, der fungerer mere eller mindre godt i praksis. De her skitserede forhold, har amtssygehusdirektøren i Århus Amt været med til at skabe, men er også selv underlagt dem i dag. Det betyder, mener jeg, at hans indflydelse i dag ikke på nogen måde formelt er begrænset, men hans reelle muligheder for at retningsangive udviklingen i Århus Amt er begrænset af stærke kulturelle værdier og rationaler, herunder specielt dialog, enighed og ro, som jeg mener er mere væsentlige for meningsdannelseprocessen i dag, end (en hvilken som helst) amtssygehusdirektør i Århus Amts personlige holdninger til sygehusledelse.

...og moralen er...

Her er mit bud på nogle af de centrale pointer, jeg mener, denne empiriske fortælling kan bidrage med.

Formelle strukturer og reelle processer, intentioner og praksis er ikke det samme:

- I spørgsmålet om implementering af strukturer er det helt afgørende, at man forstår, at det kan være en langsigtet affære, der kræver kontinuerlig opmærksomhed og aktiv indgriben og involvering fra den øverste ledelse.
- Man skal være meget varsom med at tilskrive en årsag/virkningslogik til forholdet mellem på den ene side de problemer, som man i praksis oplever i forbindelse med ledelse, og den givne formelle ledelsesstruktur. Som atypisk case, kan fortællingen om Århus illustrere, hvordan man her faktisk inden for rammerne af en trojkastruktur har arbejdet med og løst mange af de problemer, som andre steder er blevet tilskrevet trojkastrukturen og derfor har ført til en ændring af hele ledelsesstrukturen. Forholdet mellem formel ledelsesstruktur og reelle processer og problemer i forhold til organisatorisk praksis er *hverken* et spørgsmål om årsag/virkning eller om total dekobling. Der er i stedet tale om en gensidig konstituering og påvirkning et sted i den gråzone, der ligger midt imellem de to ekstremer. Måske kan nogle problemer bringes tættere på en løsning ved at ændre på ledelsesstrukturen, men det er *ikke* nødvendigvis, fordi der eksisterer noget årsag/virkningsforhold mellem struktur og processer. Derfor er der en selvstændig pointe i at forsøge at lege djævlens advokat og forholde sig kritisk til sammenkoblinger af problemer og løsninger. De måder, man i Århus Amt afviser kritikken af trojkastrukturen, bærer præg af denne tankegang. Der skal spørges kritisk til præsenterede sandheder og selvfølgeligheder. Ved at anlægge en pragmatisk og kritisk holdning til "modeord", ved at spørge til hvad de *egentlig* betyder i forhold til praksis, og ved at spørge kritisk til argumentationen bag, får man den mest troværdige fortælling at bedrive sygehusledelse ud fra i det daglige.
- Megen tid kan spildes på usaglighed og konflikter – megen styrke kan vindes ved at arbejde aktivt for at skabe et sagligt grundlag for bred enighed. Forholdet mellem magt og saglighed kan betragtes som:
"Jo større magt, desto mindre saglighed. Et af magtens privilegier, og en del af dens rationalitet, er, at definere virkeligheden. Jo større magt, desto større frihed i denne retning og dermed desto mindre behov for at beskæftige sig med, hvordan virkeligheden, "i virkeligheden" hænger sammen. De rationelle argumenter og den dokumentation, som ikke produceres, kan være lige så interessante som de, der bliver det, fordi fraværet af rationelle argumenter og dokumentation netop kan være udtryk for frihed til at definere virkeligheden frem for at undersøge, hvordan den er indrettet."
Bent Flyvbjerg i "Rationalitet og Magt", 1991
Omvendt formuleret er moralen fra citatet fra Flyvbjerg: jo *mindre* magt, jo *mere* saglighed. Lægges der fra de centrale aktører med de mest magtfulde poster i amtet vægt på *ikke* at lede med magt, men med bred opbakning og enighed, så tvinges man ind i en dialog med feltets andre aktører, hvor der *kan* være basis for megen saglighed og kritisk refleksion, hvis man som leder ser sin mission som at *overbevise* frem for at *overhøre* andre.

Bilag 1. Layout i citater

I citaterne forekommer *mine spørgsmål i kursiv* og interviewpersonens svar som almindelig tekst. Afbrydelser er markeret med en skråstreg (/):

”Der er en passus med, at ved uenighed, der skal direktøren tage beslutning /
eller i hvert fald er han ansvarlig for, at der bliver truffet en beslutning
Ja, det er jo det samme, ikke.” (BJ)

Klip i det oprindelige interview er markeret med prikker (...). Indirekte citering, som forekommer ofte i talesprog, er markeret med apostroffer ('xxxxx') :

”Og det skaber også, tror jeg, en gensidig tillid og tiltro til at vi har indflydelse på tingene, og det tror jeg så også skaber ro om ledelsesstrukturen på en eller anden måde....Der er en meget åben dialog sygehusene imellem – og selvfølgelig kan man godt føle, at 'nu var der nogen, der fik tilranet sig flere penge end vi gjorde' - og 'det er altid det sygehus, der får tilranet sig flest penge'.” (LJ)

Mine opklarende eller uddybende kommentarer inde i citater er markeret med firkantede parenteser:

”Det [indførslen af trojkaledelse] oplevede jeg som noget der kom fra den sidste betænkning [”Sygehusenes organisation og Økonomi”, 1984], at der skulle være tre i en sygehusledelse.
(AT)

Litteraturoversigt

Oversigt over skriftligt materiale fra Århus Amt

”Idegrundlag og ledelsesstruktur for Århus Amts sygehusvæsen” sep. 90

”Evaluering af ledelsesstrukturen for Århus Amts sygehusvæsen” af Sygehusforvaltningen. feb. 93

”Idegrundlag og ledelsesstruktur for Århus Amts sygehusvæsen” april 94

”Bemærkninger til sygehuskommissionens anbefalinger”, Århus Amt2/4 97

Artikler i Medicus af: (brugt som baggrundsmateriale – ikke brugt aktivt i analysen) nov. 98

- Amtssygehusdirektør Arne Rolighed
- Chefølge, Århus Amtssygehus, Poul Diederich
- Chefølge, Grenå Centralsygehus, Christian Møller-Nielsen
- Adm. overløge, Silkeborg Centralsygehus, Ole Skat Nielsen
- Adm. overløge, Århus Amtssygehus, Svein Åge Rodt

”Århus Amts virksomhedsmodel” (udkast til høring), Direktionen jan. 99

Generel litteratur omsygehusfeltet

Alban, Anita, Janne Knudsen & Inga Thomsen (1990) *Ledelse på sygehuse*. København: Dansk Sygehus Institut.

Bentsen, Eva Zeuten, Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdóttir & Kerstin Sahlin-Andersson (red.) (1999) *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Bentsen, Eva Zeuthen (1995) Sygehusledelse i et institutionelt perspektiv. Ph.d. afhandling, Handelshøjskolen i København.

Christensen, Gert Lykkesfeldt & Ingrid Christensen (1993) *Afdelingsledelse på kliniske og tværgående kliniske sygehusafdelinger*. København: Dansk Sygehus Institut.

Dansk Sygeplejeråd (1996) Baggrundsmateriale til konference om Strategi for ledelse af sygeplejen på sygehuse.

Eriksen, Henrik & Helle Ulriksen (1991) *Tre kulturer i hospitalssektoren*. København: Nyt Nordisk Forlag

Schultz, Majken & Steen Hildebrandt (red.) (1997) *Fokus på sygehusledelse*. København: Munksgaard.

Vallgård, Signild & Allan Krasnik (1995) *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik*. København: Munksgaard.

Vallgård, Signild (1992) *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark*. København: Jurist- og Økonomiforbundet.

Vinge, Sidsel (1999) En analyse af debatten omkring ledelsesmodeller i sygehussektoren. Speciale. København: Handelshøjskolen i København.

Vrangbæk, Karsten (1999) New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser. I Bentsen, Eva et al. *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Metode og Teori

- Alvesson, Mats & Kaj Sköldberg (1994) *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.
- Dehlholm-Lambertsen, Birgitte & Maunsbach, Margareta (1998) *Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning*. Århus: Forskningsenheden for Almen Medicin.
- Gilje, Nils & Harald Grimen (1993) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger – innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo Universitetsforlaget AS.
- Jørgensen, Marianne Winther & Louise Phillips (1999) *Diskursanalyse*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Kirkeby, Ole Fogh (1994) *Verden, ord og tanke*. København: Handelshøjskolens.
- Kirkeby, Ole Fogh (1997) *Ledelsesfilosofi* (ikke udgivet version. Der er senere udgivet en version af bogen på Samfundslitteratur, København, 1997).
- Koch, Lene (1996) Tekstanalyse. I Vallgård, Signild og Lene Koch (red.) *Samfundsmedicinske forskningsmetoder*. København: Munksgaard.
- Kvale, Steiner (1979) Det kvalitative forskningsinterview. I Brock, T. (red.) *Kvalitative Metoder i Dansk Samfundsforskning*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne
- Kvale, Steiner & Jette Fog (1995) *Artikler om Interviews*. Århus: Center for Kvalitativ Metodeudvikling. Biologisk Institut, Århus Universitet.
- Schmidt, Lone & Lie, Dyhr (1996) Det kvalitative forskningsinterview. I Vallgård, Signild & Lene Koch (red.) *Samfundsmedicinske forskningsmetoder*. København: Munksgaard.
- Weick, Karl (1995) *Sensemaking in organizations*. London: Sage Publications.
- Weick, Karl (1993) Sensemaking in organizations: Small structures with large consequences. I Murnighan, J.K. (ed.) *Social psychology in organizations: Advances in theory and research*. Tryksted: Prentice Hall.

Betænkninger og rapporter (Ikke fra amterne)

- Amtsrådsforeningen (1996) Synspunkter på det amtskommunale sygehusvæsen.
- Produktivitetsudvalget (under Indenrigsministeriet) (1984) Sygehusenes Organisation og Økonomi.
- Sygehuskommissionen (under Sundhedsministeriet) (1997) Udfordringer i sygehusvæsenet”, 1997. Kan læses på Internettet www.sum.dk/publika/udf_syg/