

Mellem forandring og rutine

Morten Knudsen & Sidsel Vinge

Nr. 5 - 2002

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

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

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

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

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

- **Sundhedsplanlægning i interorganisatorisk perspektiv (AAU)**
v/lektor Janne Seemann og kandidatstipendiat Rasmus Antoft.
- **New Public Management, sygehusorganisation og ledelse (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 og ph.d. stipendiater: Signe Svenningen, Christina Holm-Petersen og Sidsel Vinge.
- **Forandringsprocesser og -strategier (HHK)**
v/professor Finn Borum og ph.d. stipendiat John Damm Scheuer.
- **Lægelig ledelse – et studie af klinikchefers ledelsesproces (HHK). Projektet er afsluttet 1. maj 2001**
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 (DSI)**
v/projektleder Jens Albæk.
- **Organisations- og medarbejderudvikling på sygehusene (DSI). Projektet er afsluttet 1.1.2002**
v/cand.scient.adm. Pia Kürstein.
- **Ansvarlighed i offentlige organisationer (HHK)**
v/adjunkt Anne Reff Petersen

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

Finn Borum
Professor, centerleder

Mellem forandring og rutine

Morten Knudsen & Sidsel Vinge

Artiklen er skrevet som svar på en prisopgave stillet af Dansk Selskab for Sygehusledelse. Opgaven lød som følger: "Hvilke udfordringer vil fremtiden rumme for sygehusvæsenet eller et integreret sundhedsvæsen, og hvilke krav bør man stille til fremtidens ledere?" Artiklen vandt 3. præmie.

Indledning

I denne artikel vil vi først se på, hvorledes ønskerne om forandring og reformering af specielt sygehusvæsenet er blevet besvaret de senere år. Det er vores tese, at disse svar er blevet givet inden for rammerne af en speciel organisationsforståelse med fokus på formelle (ledelses)strukturer. Dernæst vil vi skifte fokus og beskrive den konkrete strukturering af det lægelige arbejde. Beskrivelsen viser tydelige begrænsninger i effekten af de formelle organisationsforandringer (centerdannelser, trojkaledelser, entydige ledelser, funktionsbærende enheder osv.). Afslutningsvis vil vi overveje, hvilken dagsorden den skitserede beskrivelse sætter for diskussionen af ledelse i det aktuelle sygehusvæsen. Vi ønsker at bidrage til en diskussion af og refleksion over sygehusorganisering, hvor begreber, synsvinkler og fænomener, der ikke har stået i forgrunden tidligere, sættes i tale.

Vi har valgt at fokusere på sygehusvæsenet frem for også at tage fat på de udfordringer, der ligger i et integreret sundhedsvæsen. Ikke fordi det ikke er relevant, men fordi det her som andre steder er nødvendigt at prioritere. Og eftersom en væsentlig del af sundhedsvæsenets ressourcer går til sygehusene, kan det også begrunde vort valg.

Om hvad vi *bør*, og hvad vi *gør*

Opgaveformuleringen handler om hvilke krav, der *bør* stilles til ledere af væsenet i fremtiden. Men inden vi overhovedet kommer så langt, lad os da først se lidt på, hvilke krav der *bliver* stillet på forskellig vis:

Sundhedsvæsenet er for tiden under pres fra flere sider, og intet tyder på, at dette pres vil aftage i den nærmeste fremtid. Sundhedsvæsenet er således i stigende grad blevet et politisk tema, et potentielt profileringsområde for opmærksomhedssøgende politikere. Sundhedspolitik – og specielt situationen i sygehussektoren – er blevet et vigtigt tema i den hjemlige debat, og der er ingen tvivl om, at et velfungerende sygehusvæsen står meget højt på enhver regerings ønskeliste.

Stadigt mere velorganiserede patientgrupper øger også pressionen. De enkelte patienter får – jævnfør talen om skiftet fra borgere til brugere til kunder – en stadigt større medicinsk viden samt en bevidsthed om, at det er dem, systemet er til for. Denne forandring understøttes yderligere af, at sygdomsbilledet som sådan forandres i retning af flere kronikere og 'livsstilssygdomsramte', idet mange af disse patienter lever permanent med en lidelse, de ofte med tiden sætter sig endog meget grundigt ind i.

Også personalet stiller større krav. Begreber som nedslidthed og psykisk arbejdsmiljø samt kravet om bedring af disse forhold kommer til at fylde mere og mere. Det er samtidig krav, der i lyset af rekrutteringsproblemer må tages alvorligt. Lytter man som sygehusledelse ikke til sådanne signaler fra medarbejderne, risikerer man let øgede rekrutteringsproblemer. Hertil kommer udviklingen i medicinsk teknologi og nye behandlingsformer, som følges op af krav om øgede ressourcer.

Som et led i styringen af sygehusene stilles der i højere og højere grad krav om at dokumentere aktivitet og kvalitet – ligesom denne dokumenterede aktivitet og kvalitet i stigende grad vil blive kædet sammen med økonomistyringen, altså bevillingerne. Et eksempel herpå er DRG-systemet¹.

Sygehusene skal således både være økonomisk effektive virksomheder og på samme tid virksomheder med de menneskelige hensyn i centrum. Sygehusene skal i højere og højere grad forhandle sig til tilførsel af økonomiske midler, og som led i denne forhandling, som sagt være i stand til at dokumentere behov og resultater. Men samtidig skal sygehusene kunne samarbejde på tværs eksempelvis i forbindelse med specialeplanlægning, funktionsbærende enheder og ikke mindst samarbejdet omkring det enkelte patientforløb; således har samordning i sundhedsvæsenet da også været et evigt tilbagevendende problem i årtier².

Ovenstående mange og ofte modsatrettede krav lægger op til endnu en modsætning, som vi senere vender tilbage til, nemlig modsætningen mellem på den ene side at forandre, tilpasse, ændre, og på den anden side samtidig at sikre den arbejdsro og de rutiner, uden hvilke et så komplekst system som sygehusvæsenet ikke kan fungere.

Samlet står sygehusvæsenet i en situation, hvor der skal produceres mere, hvor personalet skal have ordentlige arbejdsvilkår, hvor der skal være tid til den enkelte patient, og hvor effektiviteten og produktiviteten samtidig skal øges. Sygehusene er som offentlige institutioner underlagt politiske beslutninger, men de skal samtidig formå at værne sig mod politiske hovsa-løsninger. De skal kunne ændre sig og samtidig give arbejdsro. Og de skal lytte til patienter og samtidig værne sig mod pression.

Hovedparten af de skitserede krav er ikke nye, men de bliver formodentlig forstærket i fremtiden. Og det rejser selvfølgelig spørgsmålet om, hvordan de kan tackles. Over for så modsat rettede krav er der ikke én patentløsning. Hurtige svar som privatisering eller ”pengene følger patienten” virker ikke troværdige eller på højde med situationens kompleksitet.

Alt i alt skorter det således ikke på allerede eksisterende krav til ledere i sygehusvæsenet. I stedet for at fremkomme med en ny liste af krav – de *rigtige* krav, de *vigtigste* krav – vil vi derfor vende

¹ DRG – Diagnose Relaterede Grupper – er et system af diagnoser, der anvendes til at systematisere beskrivelsen af de mange forskellige sygdomstilfælde der karakteriserer sygehusenes patienter. Patienter i samme gruppe forventes at påføre sygehusene nogenlunde samme økonomiske belastning. Muligheden for at skelne mellem patienternes tyngde er afgørende, når der skal foretages sammenligninger mellem sygehusenes produktivitet, effektivitet mv.

I 1998 blev det således besluttet at betalingen af behandlingen af mellemamtslige fritvalgspatienter på basisniveau skulle ske på grundlag af DRG-takster fra år 2000. På basisniveau blev cirka 6 pct. af det samlede antal somatiske heldøgnspatienter og 7 pct. af de somatiske ambulante patienter behandlet uden for eget amt i 1999. Andelen har været svagt stigende siden fritvalgsordningens start.

Ud over at udgøre grundlaget for takster til afregning af fritvalgspatienter på basisniveau anvendes DRG i lokale ledelses- og informationssystemer og til forsøg med aktivitetsbestemt finansiering. (Kilde: ”Status for udvikling af DRG-metoden 2000-2001” Sundhedsanalyser 2001:5, Sundhedsministeriet).

² En problematik, der er blevet grundigt historisk gennemgået af Lektor Janne Seemann, bl.a. i arbejdsrapporten ”Samordningsbestrebelse i det danske sundhedsvæsen”, AAU 1999.

opgaven lidt på hovedet. Vi mener, at både ledere i sygehusvæsenet, og de personer og institutioner uden for væsenet, som stiller krav *en masse* til dette væsen og dets ledere, kan have mere brug for en analyse, som rummer et bud på, hvordan situationen og den udvikling, vi er inde i, kan fortolkes på en ny måde. Et sådant bud på en diagnose rummer selvfølgelig også et forsøg på at foregribe en fremtid – og diskutere hvilke dilemmaer, muligheder og faldgruber denne rummer. Når vi vælger denne strategi frem for at svare direkte på den stillede formulering, er det fordi, vi ikke nødvendigvis er enige i, at den bedste endsige mest effektive måde at søge at udøve styring eller skabe forandring i sygehusfeltet er gennem opstilling af krav.

Men inden vi springer ind i selve analysen, vil vi i det følgende afsnit give en kort og bred indføring i sygehusfeltet, der skal danne baggrund for en forståelse af problemstillingens natur og kompleksitet.

Et kort historisk overblik

Siden kommunalreformen i 1970 har amterne haft ansvaret for drift, udbygning og planlægning af sygehusvæsenet, og staten yder bloktilskud hertil. Tidligere havde hvert sygehus sin egen bestyrelse, men med reformen blev amterne bestyrelser for sygehusene³. Dette betød dog ikke, at debatten om udviklingen og styringen af sygehusvæsenet blev flyttet med fra stats- til amtsniveau. Som historikeren med speciale i dansk sygehushistorie Signild Vallgård beskriver det, skete der faktisk det modsatte:

”Den noget paradoksale situation opstod, at Folketinget, efter at have lagt hovedansvaret for sundhedsvæsenet over på amterne, debatterede væsenets udvikling mere indgående end nogensinde tidligere. Der blev nedsat en række kommissioner og udvalg om overordnede spørgsmål og afgrænsede områder.”⁴

Amterne er således efter 1970 fuldt ansvarlige ejere af sygehusene, og det er i det enkelte amt, at beslutninger om fordelingen af økonomiske midler inden for amtets sygehusvæsen, udbygning af væsenet eller nedlæggelse af sygehuse tages.

Vigtige hovedtræk ved udviklingen i det samlede sygehusvæsen kan kort opsummeres som værende:

- Øget lægelig specialisering, flere specialer og afdelinger samt større og færre sygehuse⁵
- Liggetiden falder flere hundrede procent⁶
- Flere ansatte⁷
- Lønudgifternes andel af driftsudgifterne stiger⁸
- Udgifterne stiger generelt⁹

³ Vallgård, s.84f.

⁴ Vallgård, s.216

⁵ Vallgård, kap.2

⁶ Vallgård, afsnit 2.2

⁷ Fra 1960-87 sker der en samlet stigning i hele perioden på ca.170% (Vallgård, s.94) samt (Zeuthen Bentsen, Borum m.fl. (red), s.318)

⁸ I 1950 udgør lønudgifter 54% af driften og i 84 er det stedet til 76% (Vallgård, s.75)

⁹ Vallgård, s.72

Der er således overordnet set tale om en sektor i voldsom vækst og om en struktur, der ændrer sig i retning af større og større organisatoriske enheder, hvor patienterne på kortere og kortere tid behandles mere og mere.

Traditionelt set har man fra politisk side betragtet udviklingen i sygehusvæsenet som et resultat af en medicinsk teknologisk udvikling, som hverken kunne eller skulle styres – men som skulle betales! Denne holdning gav lægestanden stor indflydelse på sygehusvæsenet, dets udformning og udvikling¹⁰. Men med den voldsomme vækst i sektoren begynder politikernes passivitet at aftage. Et første skridt var de såkaldte Perspektivredegørelser fra hhv. 1970 og 73:

”I ’Perspektivredegørelse 1’, fra 1970, der blev udarbejdet som prognose for den offentlige sektor til makroøkonomisk planlægning, fandt man anledning til at konstatere, at det var læger, der definerede behovene. Dette kan ses som et af de første – om end indirekte – spørgsmålstejn, der blev sat ved, om det altid var lægerne, der var de bedst egnede til at bedømme befolkningens behov for sygehusydelser. Tvivlen herom blev stærkere i de følgende år”¹¹

En udløber af denne tvivl blev det såkaldte Produktivitetsudvalg, som den nye indenrigsminister¹² i Firkloverregeringen nedsatte i 1983 uden om de to store faglige organisationer (Dansk Sygeplejeråd og Foreningen af Speciallæger), men dog med en moderat deltagelse af læger og sygeplejersker. Udvalget skulle undersøge mulighederne for produktivetsforbedringer i sygehussektoren, resultatet blev en betænkning med en klar styrings- og virksomhedsoptik¹³. Betænkningen argumenterer for, at der er sket et produktivetsfald i sektoren, og som ’løsning’ anbefales det at indføre en decideret ledelse (som en forudsætning for økonomistyring) på sygehusene – altså ikke blot en administration, som kendetegnede det hidtidige system. Med dette skift i retorik – fra administration til ledelse – var der lagt op til et skift fra at være en reaktiv administrativ støttefunktion for den produktionskerne, som de professionelle udgjorde, til en proaktiv ledelse, der i langt højere grad styrede og satte den organisatoriske, økonomiske og ledelsesmæssige dagsorden for de professionelle.

På mange måder markerer Produktivitetsudvalgets betænkning indgangen til en ny æra i sygehusvæsenets historie, hvor stadigt større og mere omfattende styringsambitioner vokser frem i det politiske og administrative system uden for sygehusene, og hvor der skabes et nyt rum til italesættelse af sygehusvæsenet. Det kommer i højere grad til at handle om at *stille krav* til væsenet, *forandre* og *styre* det, end om at lade specialister udbygge velfærdsstaten in casu sygehusvæsenet.

I lang tid har kravene udefra - fra politisk hold - grundlæggende set været de samme: Bedre ressourceudnyttelse, mere patientorientering, bedre service og højere kvalitet¹⁴. At intentionerne er

¹⁰ Et citat fra Vallgård tydeliggør denne opfattelse: ”Tilslutningen til den førte politik var generelt stor blandt lægerne, der jo stort set havde fået monopol på at udforme politikken, hvilket må ses som en accept fra politikernes side. Først mod slutningen af 1960erne, bl.a. i forbindelse med vedtagelse af den nye sygehuslov, begyndte der at komme indvendinger. Til en begyndelse mest fra embedsmænd, der bl.a. i perspektivplanerne satte spørgsmålstejn ved væksten i sygehusvæsenet og den høje prioritering af sygehuse i det hele taget. Men indtil da herskede enigheden, og lægerne, især i Sundhedsstyrelsen, kunne næsten alene og uimodsagt formulere sygehuspolitikken.” s.277

¹¹ Vallgård, s.187

¹² På daværende tidspunkt var sundhedsministeriet ikke oprettet, og sygehusene hørte under indenrigsministeriet.

¹³ Produktivitetsudvalget (under Indenrigsministeriet): ”Sygehusenes Organisation og Økonomi”, 1984

¹⁴ Se fx Produktivitetsudvalgets betænkning (1984), Sygehuskommissionen (1997), ”Sundhedssektoren: status og Fremtidsperspektiver” (1999), ”Grovskitsen” og de årlige ”Statusrapporter for sygehusplan H:S 2000”.

gode, er der givetvis ingen grund til at betvivle, men til gengæld er det ofte meget mere uklart og diffust, hvad der helt konkret menes med disse generelle og overordnede intentioner.

Intentionerne har været søgt omsat gennem en lang række reformer i praksis. Af eksempler kan nævnes indførelsen af trojkaledelser, opbygningen af de amtslige sundhedsforvaltninger, indførelse af ramme- og siden kontraktstyring, bedre økonomistyring, forsøg med indførelse af elektive enheder, funktionsbærende enheder og centerdannelser. For indeværende arbejdes der med akkreditering¹⁵ i Hovedstaden Sygehusfællesskab (herefter: H:S), ligesom også Frederiksborg Amt vil indføre akkreditering. Der er etableret uddannelses- og udviklingsafdelinger på mange sygehuse, der har igangsat diverse projekter fx om værdistyring eller 'det gode patientforløb', 'den gode medicinske afdeling' etc.

Man finder således i sektoren en lang række koncepter, modeller og værktøjer, der bl.a. har hentet inspiration fra den såkaldte New Public Management-bølge, der rummer et forsøg på markedsgørelse, styrkelse af ledelsen og på at drive offentlig *virksomhed*, frem for *institution*.

Reformernes væsen

Som ovenstående indikerer, har der været, og er der stadig tale om mange forskellige typer af reformer med forskelligt sigte. Vi mener dog, at man kan pege på nogle grundlæggende træk ved reformerne, der igen kan tolkes som udtryk for forandringsagenternes grundlæggende organisationsforståelse. Når vi mener, det er vigtigt at lave en analyse af den organisationsforståelse (og dermed også forandringsforståelse), der ligger indbygget i reformerne, er det, fordi denne type analyse kan være med til at vise reformernes blinde pletter. Denne metodiske antagelse – som vi ikke her kan argumentere udtømmende for – er beskrevet af Finn Borum¹⁶, der med en af organisationsteoriens fædre, Leavitt, argumenterer for at "den måde, hvorpå man griber ændringer af organisationer an, afslører i en slags skarp karikatur grundlæggende antagelser og fordomme om organisationers vigtigste dimensioner". (s.11)

Ved at se på nogle af de overordnede træk i reformerne af sygehusvæsenet indtil nu vil vi komme med et idealtypisk bud på den organisations- og forandringsforståelse, de implicit rummer. Dernæst vil vi argumentere for en alternativ organisationsforståelse: en forståelse, som sætter nogle andre rammer for, hvordan man kan tænke og skabe forandring i sygehusvæsenet.

Som eksempel på den herskende organisationsforståelse vil vi tage to af de senere års mere omdiskuterede reformer, nemlig indførelsen af trojkaledelser og de store restruktureringer, der i de seneste år har fundet sted i forbindelse med blandt andet dannelsen af centre.

Trojka tur-retur

¹⁵ "Akkreditering er en bestemt metode at vurdere hospitalskvalitet på. De grundlæggende spørgsmål i akkreditering er: - findes der retningslinier? - kendes de? - følges de? - dokumenteres de? Vurderingen foretages af det amerikanske firma Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, som akkrediterer alle hospitaler i H:S i februar 2002 ud fra 365 standarder." [Kilde: Amager Hospitals Uddannelsesafdelings hjemmeside].

Således minder dette systems kvalitetsopfattelse (kvalitet er lig med på dokumenteret vis at følge beskrevne regler, procedurer og standarder, og således bliver selve kvalitetsstempelen til et spørgsmål om ensbed: at kunne levere den samme 'vare' hver gang) samt implementeringsform (en art eksamen, hvor eksterne akkreditorer kontrollerer hvorvidt det kan dokumenteres, at systemet følges i praksis) i høj grad om det system flere sikkert kender som ISO9000 certificering.

¹⁶ Borum (1995)

Som tidligere nævnt indvarslede Produktivitetsudvalgets betænkning om ”Sygehusenes Organisation og Økonomi” fra 1984 en ny æra i sygehusvæsenet. Betænkningen anbefalede dannelsen af deciderede sygehusledelser. I de følgende år blev der indført 3-delte såkaldte trojkaledelser i alle landets amter, bestående af én person fra hver af de tre traditionelle søjler: en direktør (før: administrator), en chefsygeplejerske (før: forstanderinde) og en cheflæge (der eksisterede ikke nogen stilling, som kan siges at have været forløberen til cheflægestillingen). Generelt lagde retningslinjerne for de nye sygehusledelser op til ”en stærk og enig sygehusledelse, der skal opfattes som en helhed og arbejde for fælles mål”¹⁷.

Efter indførslen af trojkaledelse fulgte en periode, der relativt set var mere rolig, og hvor der i debatten ikke fremkom forslag af betydning om at ændre fundamentalt på den nye ledelsesstruktur. Der blev i denne periode ikke foretaget nogen form for samlet evaluering eller status over trojkaledelse ud over Institut for Sundhedsvæsen (DSI), der lavede to mindre evalueringer¹⁸ af sygehus- og afdelingsledelse i hhv. 1990 og 1994. Zeuthen Bentsen ender sin ph.d.-afhandling om trojkamodellens spredning og funktion med at konkludere følgende:

”Modellen leder ikke i sig selv til afgørende ændringer på sygehusene, den defineres ind i eksisterende organisatoriske sammenhænge, hvor økonomi og ressourceindblik er placeret uden for produktionen, og de tidligere administratorers og de nuværende sygehusledelsers opgaver befinder sig i det snævre spillerum mellem at få politikernes budgetter og lægernes ressourceforbrug til at stemme overens.”¹⁹

I januar 1997 fremkom en sygehuskommission nedsat under Sundhedsministeriet med en betænkning: ”Udfordringer i Sygehusvæsenet”. I denne betænkning anbefales det, at man ændrer på den eksisterende trojkamodell og i stedet gør ”entydighed” (forstået som én øverstansvarlig person) til det centrale princip for ledelserne på alle niveauer²⁰. Derudover anbefales en større forskellighed i ledelsesstrukturer fra sygehus til sygehus og fra amt til amt. Billedet af sygehusledelse i dag er et langt mere broget billede, end det var for bare ganske få år siden. Man er gået fra ensartethed over hele feltet i kraft af trojkaledelserne til en situation, hvor forskellige amter ser vidt forskelligt på den ledelsesmodel, der indførtes for relativt få år siden, og mange amter har nu afskaffet modellen og dens grundlæggende idé om delt ledelse med deltagelse af de tre søjler i sygehussektoren til fordel for en såkaldt entydighedsmodel²¹.

Det interessante i denne sammenhæng er ikke, om den ene ledelsesmodel er mere hensigtsmæssig end den anden. Det interessante er *måden*, der bedrives reform på. Forandringen består groft sagt i, at nye ledelsesstillinger slås op og besættes, for derefter enten at nedlægges eller omdefineres. At disse ledere kan have haft og til stadighed har en stor betydning for det enkelte sygehus, vil vi ikke betvivle. Vores pointe er ene og alene at fremhæve den optik, som anvendes i denne form for

¹⁷ Informationerne stammer fra DSIs evaluering: ”Sygehusledelse”, (Alban, m.fl.).

¹⁸ Alban m.fl.: ”Ledelse på sygehuse” og Lykkesfeldt & Christensen: ”Afdelingsledelse”

¹⁹ Zeuthen Bentsen, s.171

²⁰ Diskussionen om entydighed blev der åbnet for allerede i 1987 med betænkning nr. 1123 ”Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder” fra et udvalg nedsat af Indenrigsministeren. Problemet som entydigheden skulle være svar på, var den fælles lægelige ledelse, som betænkningen hævdede vanskeliggjorde prioriteringer. Bl.a. hedder det, at ”Inden for overlægegruppen er der et særligt behov for at tydeliggøre ledelsesforholdene.”(97). Det anbefales derfor at oprette en entydig afdelingsledelse, hvori der kun skulle indgå én overlæge, som skulle være chef for afdelingens læger. Entydigheden var således møntet på entydighed internt blandt læger og ikke som siden hen på forholdet mellem læger og sygeplejersker.

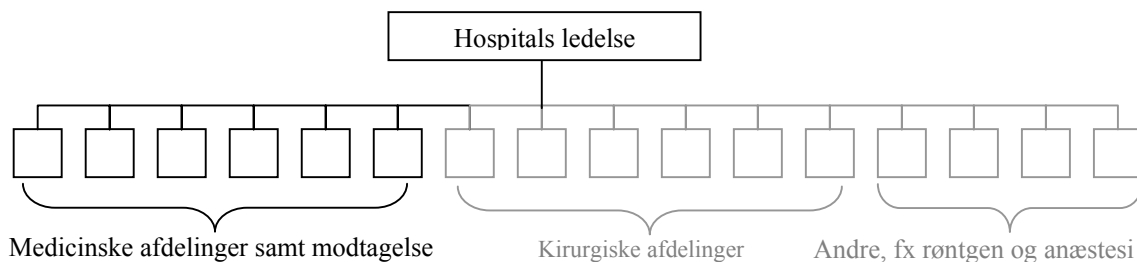
²¹ Vinge

reform: *forandring bliver lig med nye ledere*. Mangefacetterede og komplekse problemer behandles i udvalg og kommissioner. Problemer kræver handling, kræver løsning, og et konkret svar skal udtænkes: Løsningen bliver redesign af ledelsesstrukturer. Men denne løsning er udtænkt uden for de lokale kontekster og på et generelt plan.

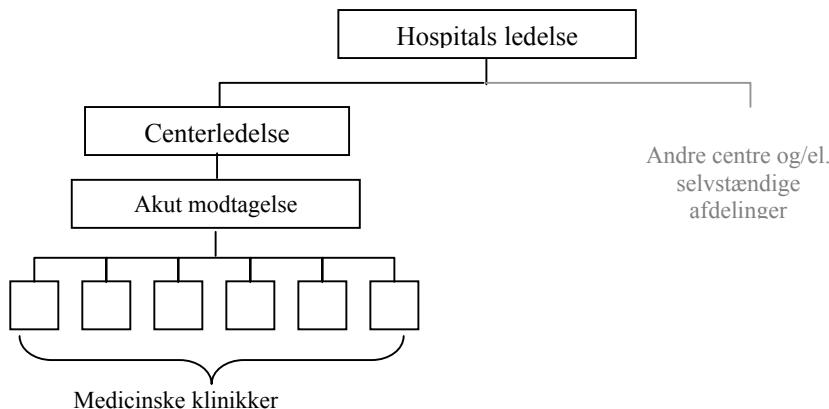
Strukturforandring

Lad os nu vende blikket mod den organisationsforståelse, der implicit ligger i de mange former for centerdannelse. Set i diagramform kan vi begribe strukturreformerne på følgende måde. Eksemplet i det følgende er dannelsen af medicinske centre²².

Et diagram over den *gamle* struktur kunne se således ud:



Hvad vi fik i stedet var en *ny* struktur, der så således ud:



Ikke blot i sygehussektoren, men også i en lang række andre virksomheder, vil denne grundfigur være kendt, og dens mest almindelige navn er divisionalisering. Grundtanken handler om at skabe en mere styrbar organisation – set ovenfra, og således bliver problemet ofte formuleret som relateret til et for stort 'kontrolspænd' ('span of control'): topledelsen kan ikke *styre* organisationen, fordi den skal styre for mange enheder. Derfor skal der mellemledere og divisionalisering til. Organisationen begribes i denne form for optik som et klassisk bureaukrati – en rationel maskine bestående af enheder med klart definerede funktioner og hierarkiske relationer imellem dem. I den organisationsforståelse bliver 'forandring' lig med indsættelsen af en ny 'kasse' i organisationsdiagrammet: Centerledelsen.

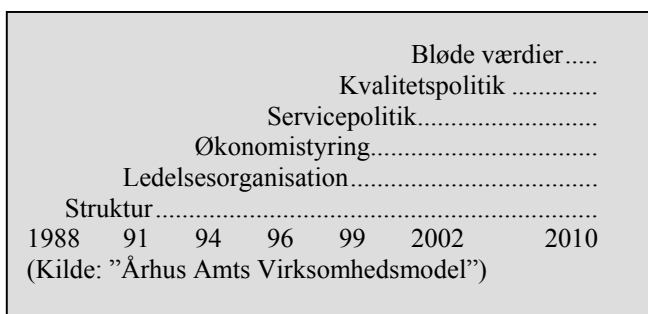
Fælles for de to eksempler på ledelsesreformer og strukturforandring, som her kort er blevet præsenteret, er, at der er tale om såkaldte 'udefra-ind' og 'oppefra-ned' reformer: Der tænkes og

²² Som de er foregået blandt andet i H:S, men som kan genfindes i lignende form fra Ålborg til København

tales i betænkninger, bekendtgørelser og notater fra råd og udvalg, kommissioner og forskellige andre betydningsfulde spillere i det større institutionelle felt omkring sygehusene. Der drøftes. Der laves høringer. Der besluttes. Der implementeres. Det kaldes forandring.

Forskellige agenter har forskellige interesser, men samlet kan man sige, at der gennem ledelses- og strukturreformer ønskes skabt et system, der – ud over at anvende den herskende kliniske logik - også medtænker en økonomisk logik og et patient/kunde perspektiv. Men ud over disse intentioner ligger der også bag disse reformer og deres implementering som sagt en særlig forestilling om sygehuset som organisation og om denne organisations foranderlighed: Forandring handler ofte om design – om at beskrive opgaver, funktioner, ledelsesansvar etc., og om at beslutte, hvordan forholdet mellem disse bør designes. Organisering og forandring i sygehusvæsenet bliver, set med denne logik, til et spørgsmål om at udtænke en rationel plan, designe et diagram og derefter implementere det.

Et eksempel på, hvordan denne form for designet forandring sætter sig igennem i den praktiske sygehusplanlægning, finder man eksempelvis i Århus Amts Sygehusvæsen, hvor en såkaldt trappemodel over reformerne ser således ud:



Et lignende forløb finder man i H:S, hvor det første, direktionen lavede efter dannelsen af H:S i 1995, var en plan, der hovedsageligt handlede om restrukturering: flytninger, sammenlægninger, nye principper for organisering (centerdannelser) etc. Derefter kom H:S's 10 servicemål, så kom akkreditering (kvalitet), som man er midt i, og da Lone de Neergaard, der er sundhedsfaglig direktør i direktionen, for nylig skulle afrunde en fortælling om H:S på et internt seminar på Handelshøjskolen i København, blev præcis den samme formulering som i Århusmodellen brugt: næste punkt på dagsordenen for direktionen efter akkreditering bliver de såkaldte 'bløde værdier'²³.

Som de tidligere nævnte eksempler på reformer fra ledelsesområdet og strukturområdet også indikerer, så er Århus og H:S ikke unikke eksempler. Der er foretaget lignende reformer og ofte i en meget lignende rækkefølge i så godt som alle danske amter.

Reformernes syn på forandring er i høj grad set ud fra en organisations- og ledelsesretorik, hvor det (ledelses)strukturbegreb, der reformeres ud fra, handler om formel struktur. Vores pointe er ikke, at dette sprog og struktursyn som sådan er *forkert*. Vores påstand er derimod, at der findes

²³ Det bør tilføjes, at selvom De Neergård ikke specifikt talte om økonomistyring, ligesom modellen i Århus gør, så har økonomistyring også været en vigtig brik i H:S – specielt på det økonomisk set næsten konstant kriseramte Rigshospital.

andre beskrivelser af systemet, der er lige så sande, og som – og det er det centrale – tvinger os til at tænke organisering, forandring og krav på en anden måde.

Reformer uden Re-Formation

Ud fra ovenstående eksempler kan man med rette hævde, at der *er* foretaget mange og grundlæggende reformer af sygehusvæsenet i løbet af de sidste to årtier. Således vil man ud fra en organisationsforståelse, der ser organisationen som værende lig strukturdiagrammet (lig afdelinger og enheder, over- og underordninger i et hierarki) med rette kunne hævde, at der *er* sket store forandringer i sygehusvæsenet. Men der opstår et paradoks, hvis man også retter blikket mod organiseringen af pleje- og behandlingsarbejdet, for så kan man med lige så stor ret hævde, at der er sket forbavsende lidt.

Dette er selvfølgelig noget af en påstand, som kræver både argumentation og uddybning, og vi vil derfor i det følgende kort skitsere, hvorledes det lægelige arbejde er struktureret²⁴. Det er samtidig en skitsering, som giver et svar på, hvorfor så lidt ændres i organiseringen af det egentlige arbejde – de mange reformer og gode intentioner til trods.

Kendte – men ikke *erkendte* - strukturer

I en almindelig dagligdags forståelse har vi alle en idé om, at læger på hospitaler behandler patienter. Men hvilke arbejdsfunktioner, der indgår i dette arbejde, og hvordan det er struktureret, standardiseret og systematiseret, har ikke i nær samme grad været i reformatorenes søgelys. Dette har ganske sikkert flere årsager, som vi vil vende tilbage til, når vi har kastet et blik på organiseringen af det lægelige arbejde.

Ser man først på de figurer, lægerne selv benytter ved organiseringen af deres arbejde, optræder der ingen organisationsdiagrammer. Et enkeltstående artefakt, som meget præcist indfanger dette arbejdes struktur, er afdelingens arbejdsskema. Ser vi fx på en (fiktiv) mellemstor medicinsk afdeling, vil vi så godt som alle steder finde noget meget lig det arbejdsskema, som nedenstående er en fiktiv og kun delvis gengivelse af:

²⁴ En lignende beskrivelse kunne laves for det sygeplejefaglige arbejde, men de organisatoriske træk, som vi sætter fokus på, er mest markante inden for lægernes arbejdsorganisation, derfor fokuseringen på det.

<i>Da to</i>	<i>For-vagt</i>	<i>Aften / Nat</i>	<i>Mellem-vagt</i>	<i>A/N</i>	<i>Bag-vagt</i>	<i>Skades-vagt</i>	<i>AMA-dag</i>	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>Amb</i>	<i>Dag Hosp</i>	<i>Skopi</i>	<i>Adm</i>	<i>Fri</i>
1	EG	GM	TK	JR	NW	SF	IR	LJ	KM	JN	-	HN	IA	RB <i>etc.</i>	OK <i>etc.</i>
2	SF	EG	MK	JC	LJ	GM	IR	RB, TK	KM	ME	-	HN	IA	JN <i>etc.</i>	DH <i>etc.</i>
3	IF	SV	IR	TK	DH	TP	JC	RB, SF	EG	ME	OK	LØ	-	IA <i>etc.</i>	GM <i>etc.</i>
..	SF	EG	JC	MK	RB	IF	LÅ	DH, GM	NW	PL	OK	LØ	-	JgN <i>etc.</i>	HN <i>etc.</i>
..	..	IF	JR	TP	LJ	TK	EM	DH, GM	EG	WB	OK	-	-	Etc.	EG <i>etc.</i>

Sådan et skema kan snildt fylde et helt A3-ark for en måned. Det er et mylder af kombinationer, af datoer og positioner udfyldt af initialer. Det er koder, som betyder helt bestemte ting i forhold til arbejdsområder og -indhold, og der er en bestemt logik i det. Det er inden for rammerne af denne artikel ikke muligt at forklare, hvad alle forkortelserne betyder; hvad vagtarbejde består i (de første 5 kolonner fra venstre), og hvad man laver i almindelig dagtjeneste, etc. Men det er heller ikke nødvendigt for at forstå den grundlæggende pointe i *strukturen* i det lægelige arbejde. Uden at sige noget om, hvad en reservelæge laver på en forvagt og en overlæge i et ambulatorium, så viser skemaet alligevel helt overordnede træk ved strukturen i hospitalsarbejde: Lægeligt arbejde er organiseret i arbejdspositioner og funktioner, der passes for en arbejdsdag eller en vagt ad gangen. Man tildeles en plads i systemet – en maskine på fabrikken, ville *Scientific Management's* fader Frederick Taylor sige – som man har ansvaret for at passe i henhold til de forskrifter og forventninger, der hører til denne generelle type arbejde for et prædefineret tidsrum ad gangen. Alt afhængigt af vagtlag, stillingskategori mv. indgår forskellige klasser af læger kun visse steder, og noget arbejde betragtes som mere attraktivt end andet. Der er således mange logikker på spil i skemaet.

Men vagtskemaet og dets positions- og funktionslogik står imidlertid langt fra alene for denne strukturforståelse, som i høj grad handler om den enkeltes (omskiftelige) plads i et system af generaliserede positioner. Der eksisterer et større og langt mere omfattende netværk af relaterede klassifikationssystemer, der er tæt sammenvævet med arbejdsskemaets positioner og opsplitning af arbejdet i typer af funktioner. Nogle af de mest betydningsfulde af disse til dels parallelle systemer er skitseret her i oversigten:

KLASSIFIKATIONSSYSTEMER FOR LÆGELIG ORGANISERING

Uddannelsen til speciallæge

- **Turnus** (3*6 måneder)
- **Introduktions**-stillinger (12 måneder hver)
- **Kursusstillinger** (specialisering i sygehusspecialer)
- **Blokstillinger** (specialisering som almen medicinere)

Stillingskategorier

- **Uklassificerede** stillinger (der ikke giver point til videreuddannelse)
- **Klassificerede** stillinger (der giver point)
 - ↳ Reservelæge (oftest turnus eller intro stillinger)
 - ↳ 1. reservelæge (oftest kursister)
- Stillinger efter **endtlig speciallægeuddannelse**:
 - ↳ Afdelingslæge
 - ↳ Overlæge

Typen af arbejdsde: positioner og/el. funktioner

- **Lægeligt arbejde**
 - ↳ Vagtarbejde
 - Forvagt (Mellemvagt?)
 - Bagvagt
 - ↳ Ikke vagt arbejde/ dagfunktioner
 - Stuegang
 - Ambulatorium
 - Daghospital
 - Div. undersøgelser (fx div. skopier, hjerteundersøgelser)
- **Ikke lægeligt arbejde**
 - ↳ Blodprøver, venflon, lede efter journaler
 - ↳ Administration
 - ↳ Introduktionsdage, temadage, etc.

Standardiserede daglige kollegiale møder

- Morgenkonferencen
- Middagskonferencen
- Vagtskiftekonferencen
- (Nye variationer over et gammelt tema: tavlemøder, visitationskonferencer, stuegangs el. afsnitkonferencer)

Medicinens indbyggede arbejdsmetoder og kategorier

- **Journaloptag** – undersøgelser, prøver, evt. diagnose, ordinationer, plan
- **Gennemgang** - på baggrund af journal, observationer, og prøvesvar
- **Stuegang** – som gennemgang, blot ofte mindre omfattende
- **Tilsyn** – fra 'fremmede' specialer
- **Udførelse og vurdering af prøver/undersøgelser** – røntgen, diverse scanninger, skopier, ekko'er, etc.

Alle disse klassifikationssystemer har hver især en indre logik, men hvad der er vigtigere, er, at de samlet udgør et tætvevet, koordineret og dermed særdeles stærkt og stabilt *netværk*, når de læses på tværs – som i nedenstående figur. Stillingstyper, vagtlag, arbejdsområder osv. hænger indbyrdes sammen:

KLASSIFIKATIONERNES NETVÆRSKARAKTER					
Stillingstyper	Titler	Uddannelsesforløb	Vagtbekæmpelse	Vagtlag	Arbejdsområder
Turnus	Reservelæge	Speciallægeuddannelse	Vagtbærende stillinger	Forvakter	Journaloptag
Introduktionsstilling				<i>Evt. mellemvagter</i>	
Blokstilling til alm. medicin					
Kursusstilling	1. reservelæge			Bagvagtslag	Gennemgang
Fast stilling	Afdelingslæge	Speciallæge	<i>Muligvis vagtbærende</i>	<i>Muligvis bagvagter</i>	
	Overlæge				

Til de forskellige niveauer, lag og funktioner hører bestemte generaliserede roller i forhold til konferencerne:

- Morgenkonferencen er primært afgående forvags afrapportering til de stuegangsgående læger og gennemgangslægerne, (men er også er en vagtskiftekonference).
- Middagskonferencen er i højere grad de stuegangsgåendes møde, men også der hvor bagvagten fra vagtholdet kan forsøge at skaffe hjælp fra 'dagarbejderne' – fx til at gå tilsyn eller til journalskrivning.
- Vagtskiftekonferencen om eftermiddagen er kun for vagtholdet, men her er det hele vagtholdet på tværs – i varierende grad fra hospital til hospital – der mødes. Modellen er, at forvakter afrapporterer til bagvagten/bagvagterne, men også i lige så høj grad til deres afløser, aften/nattevagten.

Der må tages visse forbehold for ovenstående figurers brede generaliseringer. Der foregår selvfølgelig mere og andet på konferencerne, end det her angivne. Og ligeledes kan det også forekomme, at en bagvagt laver en journal – og at en mellemvagt laver gennemgang, eller at overlæger går i vagt. Figurens formål er at vise, hvordan mange og forskelligartede klassifikationssystemer griber gensidigt ind i hinanden og således understøtter hinandens kategoriseringer. At der kan findes undtagelser og lokale variationer, ændrer ikke ved den generelle strukturering af det lægelige arbejde, der finder sted inden for netværkets kategorier. Pointen med dette - og det, der har været grunden til vores noget omstændelige opridsning af systemer, der er *kendt*, men netop ikke *erkendt* af de fleste - er sammenhængen i klassifikationerne, den sammenhæng som skaber arbejdets karakter af rubricering. Det er netop *sammenhængen* mellem systemets mange elementer, der giver det en så stor stabilitet, idet de enkelte elementer således er med til gensidigt at konstituere de andre.

Arbejdsskemaet og skitseringen af det bagvedliggende netværk – som eksisterer på enhver afdeling, stor eller lille, H:S eller ej – er de fænomener, som kan give os et andet billede af struktur på sygehuse. Et billede som ikke er indeholdt i den optik, mange hidtidige reformer har været designet indenfor (jf. tidligere).

En læge er en brik i et større system af funktioner, der tilsammen udgør et overordnet system. Systemet er i det store hele uafhængigt af brikkerne²⁵ – måske kommer der en kolonne i arbejdsskemaet, der hedder 'skopi', efter at en ny speciallæge, der kan lave en bestemt type skopier, er kommet til afdelingen – det hører til de lokale variationer. Men grundlæggende set er skemaets struktur ens alle steder.

Men hvorom alt er: Lægers arbejde som deltagere i en organisation (en formulering, der hører organisationstænkningen og ikke lægernes univers til) er at udfylde de positioner/tidskombinationer, som månedens skema angiver, med de enkeltes initialer. Dette er arbejdet. Dette er den struktur, igennem hvilken arbejdet møder lægen.

Måske lyder dette ikke så radikalt – måske lyder det ligefrem banalt. Vores pointe er, som før antydet, at det er kendt – men ikke erkendt. Vi skal forstå, hvordan 'arbejdet' så at sige 'møder' lægen, for at vi kan forstå et fænomen som restrukturering gennem medicinske centre (eller kvalitetsprojekter, eller værdibaseret ledelse, eller alt det andet...).

Lad os summere op på denne forståelse af strukturen:

☐ Læger arbejder i vagt og i faste arbejdstider, hvor man ved, hvornår man skal på arbejde, og ikke mindst hvornår man skal gå hjem (med de forbehold der nu er for sygdom og andet uforudset). Men de arbejder ikke som mange andre akademikere 'til arbejdet er gjort'. Arbejdet er i stedet organiseret som en 'butik', en funktion, en position, der skal passes – nærmest ligesom en maskine på en fabrik.

☐ De læger, der laver en stor del af arbejdet specielt i forhold til journalskrivning på de indlagte, men også på stuegangene, er de yngre læger, som ofte er relativt kort tid på hvert sted (oftest 6-12 md.), og som samler point og tager moduler i et standardiseret uddannelsesforløb. Disse yngre læger ser i langt højere grad sig selv og deres arbejde som led i en speciallægeuddannelse – og i langt mindre grad som et led i en offentlig serviceorganisation. Det kan næppe undre, når man tænker på i hvor høj grad, deres arbejdsliv minder om trækfugles, der bare er landet et sted for en kortere bemærkning, inden de flyver videre mod målet.

☐ Til stillingskategorierne er knyttet forskellige vagtlag, og 'målet' eller endestationen i karrieren er den vagtfri overlægestilling. De enkelte positioner bliver ud fra både arbejdstid, arbejdsforhold og –indhold, omtalt som "det spændende arbejde" (fx stuegang, de 'spændende' undersøgelser, ambulatorium) overfor "slavearbejde" (epikriseskrivning²⁶, 'oprydning' i form af diverse småting, der skal samles op på efter en stuegang, tage blodprøver fx vinyler og A-punkturer²⁷, lægge venflons²⁸, skifte katetre, ledsage på overflytninger fra ét hospital til et andet) – heraf fx også udtrykket "at være vagtslave" (= et udtryk som specielt yngre læger bruger om en reservelæge, som har mange vagter og meget lidt almindeligt dagarbejde).

²⁵ Sproget i praksis er præget af dette: man spørger efter 'kard forvagtten, har du set hende?', eller 'har du konfereret med din bagvagt?', 'hvor er gas. med.'en? De burde komme til vagtskiftet!'. Der er meget sjældent navne. Flere af de yngre læger omtaler i en interviewundersøgelse hospitalsarbejde som "upersonligt", og bruger udtrykket "en brik" om sig selv. En vagtlæggende reservelæge sagde om dette arbejde: "Jeg laver ikke systemet. Jeg flytter bare brikker!".

²⁶ En epikrise er et udskrivelsesbrev, som en hospitalslæge skriver til patientens egen læge om diagnose, behandling og medicinering.

²⁷ To former for blodprøver, som det oftest er læger, der tager (bl.a. grundet den risiko der er forbundet med at stikke i en arterie frem for en vene, som er der, blodprøver normalt tages).

²⁸ Den nål der lægges til et drop, oftest i hånden.

□ Arbejdet er fundamentalt set højt standardiseret. Fra afdeling til afdeling, fra hospital til hospital kan medicinskemaet være forskelligt, ligesom ordinationsskemaer, samtykkeskemaer osv. også har lokale variationer. Men grundkategorierne er de samme. En ung læge, som rejser fra Holbæk til Hjørring sygehus, vil kende arbejdet, når hun skal i en *forvagt* og bliver bedt om at *optage journal* på en patient, som kommer ind med en ”Obs DVT”²⁹ eller en ”COLD i eksacerbation”³⁰. I kraft af sin rent faglige medicinske viden ved hun, hvad hun skal gøre i forhold til diagnose og behandling. Men der er mere viden på spil her: I kraft af sin generaliserede *organisatoriske* viden ved hun også, hvad forvagtsarbejde er, at der kan rekvireres gamle journaler, som hun kan være heldig, at andre vil/kan finde for hende i et eller andet arkiv et sted, at der er en sygeplejerske, som har målt værdier, og som måske kan have vigtig information, og at hun har en bagvagt, hun kan kontakte, hvis hun fx er i tvivl om noget og mange andre ting.

Disse fænomener leder os på sporet af et helt andet blik på sygehusorganisering og lægeligt arbejde. Det første, man skal lægge mærke til, er, at de nævnte kategoriseringer er meget stabile: De er ikke designet endeligt og entydigt, men i stedet er de emergeret og vokset sammen, i varierende grad formaliserede, og i høj grad standardiserede og udbredte. Men vigtigere er: Det er strukturer, som centerdannelser (kvalitetspolitikker, økonomistyring, ledelsesreformer og værdibaseret ledelse) ikke rækker ved (om end der er tilløb til små justeringer). Arbejdets organisering er stort set defineret, klassificeret og struktureret: Center eller ej! Trojkaledelse eller entydig ledelse! Servicemål eller ej... Patientforløb eller ej... Kvalitetsprojekter eller ej...

For det andet rummer denne analyse en karakteristik af ’arbejdets karakter’, som har stor relevans, når det fra sygehusvæsenets side bliver fremhævet, at organisations- og ledelsesteori fra det, man betegner som ’erhvervslivet generelt’, ikke bare automatisk kan overføres på denne sektor. Det hævdes ofte, at teorier ikke kan flyttes fra én kontekst til en anden, men ofte uden at der argumenteres for, hvori de afgørende forskelle består, som problematiserer flytningen.

Et af de forhold, der problematiserer en uformidlet overførsel af organisations- og ledelsesteorier fra andre typer organisationer til sygehusvæsenet, er det faktum, at en stor del af de lægelige medarbejdere (alle turnuslæger, introduktionslæger og kursister) normalt skiftes ud løbende med 6-12 måneders frekvens. Der er således konstant nye folk, der kommer og går som led i deres uddannelse til speciallæger.

En anden forskel er, at arbejdet – i modsætning til meget andet akademisk arbejde - ikke er organiseret i projekter eller funktionelle områder, som varetages for kortere eller længere perioder, men i stedet i langt højere grad er at sammenligne med arbejdsorganiseringen på en fabrik. Man ”stempler ind” hver dag til morgenkonferencen, får tildelt en ’maskine’ for en dag (forvagt, stuegang på Y22, ambulatoriet, daghospitalet, administration osv.), og er der sygdom, må man måske passe halvanden maskine eller lukke en maskine ned for en hel eller en halv dag. Man ’stempler ud’, når klokken ringer.

Disse forhold er for det første strukturer, som man ikke umiddelbart får øje på, hvis man reducerer organisationens struktur til et spørgsmål om hierarki, diagrammer, afdelinger og ledelsesstruktur. For det andet er det forhold, som vi mener på afgørende vis ændrer forudsætningerne for at bedrive organisationsudvikling og forandring. Det er ikke *umuligt* at anvende ledelses- og

²⁹ En indlæggelsesdiagnose, der betyder observation for en blodprop.

³⁰ En anden indlæggelsesdiagnose, som betyder forværring i en kronisk lungesygdom, ofte det man kalder ’rygerlunger’ (forkortelse af: chronic obstructive lung disease).

organisationsteori fra andre områder i sygehusvæsenet – men det er afgørende, at *betydningen* af den samlede strukturering af arbejdet og karrieren medtænkes i langt højere grad, når man forsøger sig med generelle værktøjer og teorier om organisation og ledelse.

Når vi påstår at disse kategoriseringer – i hvert fald hvis man har været lidt inden for murene – er *kendte*, men ikke *erkendte*, så hentyder vi til, at de diskuteres i forbløffende lav grad, når der tales om, skrives om og bedrives forsøg på forandring, styring og ledelse i form af fx kontraktstyring, patientforløb, tværfagligt samarbejde, strukturændringer, ledelsesreformer, udviklingsprojekter etc. Men disse standardiseringers selvfølgelighed og generelle accept er helt afgørende for at forstå, hvorfor én læge på afdelingen kan have rygende travlt som forvagt, samtidig med at der ligger 4 patienter og venter i timevis på at få skrevet journal, og mens hendes kollega i blokstilling fra det samme vagtlag, der har haft dagtjeneste, har gået en halv stuegang og er smuttet hjem kl. 13.30 - og en af overlægerne er taget på tidlig weekend lige efter middagskonferencen efter at have klaret dem, der var sat på til ambulatoriet om formiddagen, og hendes bagvagt har givet sin personsøger til en kollega, der går stuegang et andet sted, fordi bagvagten skulle til et møde om noget tredje på et helt femte sted i byen!

Eksemplet her er selvfølgelig overdrevet, men ikke desto mindre er det vores påstand, at de fleste hospitalslæger vil kunne nikke genkendende til de enkelte dele af historien: ikke dermed sagt, at det er sådan, det foregår alle steder – langt fra – men stort set alle kender til denne slags fænomener³¹. Og vi mener, at så længe man tænker forandring og styring i sygehusvæsenet ad de linjer, man hidtil har gjort, så støder man ikke ind i den struktur, hverdagsarbejdet har og *reflekterer* således heller ikke dybere over den i forhold til forsøg på at reformere.

Vores pointe er, at langt de fleste former for forandring har været rettet mod den overordnede organisationsstruktur samt været formuleret i et organisationssprog, der trækker på en forestilling om overordnet planlægning, samtidig med at kernen i organiseringen af det egentlige arbejde i det store hele har bestået uberørt gennem hele perioden.

Fremtiden og for(an)dringen

Lad os kort resumere vores hidtidige påstande: Indtil videre har de væsentligste reformer indenfor de sidste 20 år været orienteret mod sygehusenes overordnede organisations- og ledelsesstruktur. Samtidig har den konkrete organisering af det daglige arbejde været relativt konstant, understøttet af et system af roller og funktioner, der er ganske komplekst og netop derfor meget stabilt. Det er vanskeligt at ændre noget, idet de forskellige elementer og klassifikationssystemer i netværket hænger gensidigt sammen. Hver enkelt brik bliver givet af sin position i hele sammenhængen, på samme måde som de enkelte dele i en barokhave netop holdes på plads i kraft af hele havens geometri

Fokus på den konkrete organisering

Til trods for vanskelighederne ved at ændre netværket af konkrete funktioner, positioner og arbejdsplanlægningsskemaer er det alligevel vores fornemmelse, at der kommer stigende fokus på dette område – bl.a. fordi det bliver stadig tydeligere, at reformerne af den formelle struktur ikke automatisk medfører nævneværdige ændringer i den daglige praksis. Som aktuelle eksempler på,

³¹ Belægget for denne påstand kommer fra vores eget igangværende forskningsarbejde med læger, der grundet anonymitetskravet ikke kan specificeres yderligere.

at reformiveren i stigende grad peger mod den konkrete organisering, kan nævnes indførelsen, oppefra, af fællesvagt. Også speciallægekommisionen sætter fokus på, hvordan arbejdet tilrettelægges i afdelingerne ud fra et uddannelsesmæssigt perspektiv. Et tredje eksempel er de aktuelle diskussioner om den 'personlige læge' – i H:S er det en del af kravene i akkreditering, der på enkelte afdelinger har afstedkommet forsøg på fundamentalt nye måder at organisere arbejdet på, som gør op med arbejdsskemaets 'position-og-funktion-for-en-dag' princip. Da sådanne forsøg stadig er i deres vorden, og de fleste først ser dagens organisatoriske lys i løbet af foråret, kan vi her ikke sige noget evaluerende om dem. Men vi kan konstatere en tendens til, at reformerne så småt er begyndt at skifte karakter.

Inden ledelserne og udviklingsafdelingerne i sygehusvæsenet kaster sig over strukturerne i organiseringen af arbejdet, mener vi imidlertid, at det er vigtigt, at man får sat disse strukturer på dagsorden og får en reflekterende debat i gang – både om de ulemper, men også om de fordele, dette system rummer. Ellers risikerer man populært sagt, at smide barnet ud med badevandet!

At det nuværende system med dets rubricering og standardisering *også* rummer fordele, er vi ikke i tvivl om. Et så komplekst system som et sygehus, hvor fejl kan have fatale følger, kan ikke leve uden fast indarbejdede rutiner og standarder – med mindre der skal bruges en masse tid på konstant at genopfinde ansvarsfordelinger samt kommunikations- og koordinationsveje med de risici, der ligger i det. Den ekstreme grad af standardisering på tværs af de enkelte organisationer, er det, der giver dem (relativ) gennemsigthed og overskuelighed. (Enhver med bare lidt erfaring fra en hospitalsafdeling ved godt, at det ikke forløber totalt forudsigeligt og maskinagtigt – men hvordan ville det ikke se ud uden disse standardiseringer!). Dertil kommer, at de standardiserede arbejdsorganiseringer gør det muligt for lægerne, til trods for deres hyppige jobskift relativt hurtigt at kunne udfylde en funktion på det nye sygehus, de måtte komme til.

Nye læger kan på deres første dag tage ganske meget for givet: Den medicinske *bagvagt* ved ikke hvor hendes *journaler* til *gennemgangene* af de nyindlagte ligger, men hun ved, at de ligger et sted. Hun ved, at hun kan kaldes ud til akutte *tilsyn*, og hun ved, hvad sådan en størrelse indebærer i store træk. Hun ved, at hun kan *rekvirere* visse *prøver* og *undersøgelser* – måske ikke hvordan, eller hvem der gør det – men hun ved at det eksisterer, og at man kan spørge sig frem blandt kollegaer, plejepersonale og sekretærer. Hun ved, at der er en *forvagt* eller flere, og at de laver journaloptag. Hun ved, at der er *konferencer*, hvor komplicerede cases kan bringes op. Hun ved, at der et sted må være en sekretær, som skriver hendes bånd ud etc. etc..

Når sundhedsfagligt personale så ofte taler om de store kultur-forskelle mellem forskellige afdelinger kunne tesen lyde, at det netop sker på baggrund af, at der er så meget, der er ens! Skifter man job fra én privat virksomhed til en anden, regner man med, at der er forskelle og studser således ikke specielt over, at omgangstonen og arbejdsorganiseringen og arbejds kategoriseringen kan være radikalt anderledes.

Et helt andet aspekt, som også berører fordelene ved det nuværende system, handler om magtbalance. Forandringer i arbejdsorganiseringen kan påvirke de delikate magtbalancer, der er indbygget i systemet – balancer der bl.a. handler om, hvilke typer af arbejde, der er anset og eftertragtet, og hvilke typer der er 'slave' arbejde, rutinearbejde – det kedelige arbejde. Ikke blot magtbalancer faggrupperne imellem, som er det, der har været mest fokus på, men også magtbalancer imellem forskellige typer af læger – både mht. fagligt speciale og mht. det interne hierarki yngre og ældre læger imellem. Konflikter er ikke nødvendigvis i sig selv dårlige – de er

måske i nogle tilfælde ligefrem en forudsætning for forandring - men de kan bestemt også være hæmmende for en udvikling, og alt andet lige så kan den slags konflikter meget let være yderst ressourcekrævende. Man skal ikke være blind for, at systemet på mange måder kan ses som et udtryk for en skrøbelig våbenhvile, og begynder man at forandre – selv i det små – kan det meget vel rokke ved balancen, og man får hurtigt åbnet Pandoras æske.

Men samtidig med, at der er fordele ved den nuværende arbejdsorganisering, er presset for forandring dog formodentlig så massivt, at det er både håbløst og uambitiøst at advokere for laissez-faire, lige som der selvfølgelig også ér meget, der kan gøres bedre. Dertil kommer, at de modsatrettede krav, vi indledningsvis var inde på, kalder på en eller anden form for bevægelse. Der findes som sagt næppe ét svar på de mange krav, men uden processer og bevægelser, der kan give plads til kravenes formulering og møde i plastiske former, risikerer organisationerne at stivne i destruktive skyttegravskrige og en demoraliserende fatalisme.

Dilemmaet er altså: Der er fordele ved dagligdagens konkrete strukturer (standardisering, relativ gennemskuelig, våbenhvile etc.), men der er samtidig behov for handling og forandring. Spørgsmålet, vi rejser, lyder således: Hvordan kan ledelserne medvirke i forandringsprocesser uden at undergrave dagligdagens stabiliserende rutiner, standarder og klassifikationer – stabilisatorer, uden hvilke sygehusene ikke kan fungere? Altså: Hvordan kan der ledes, så man på en gang fremmer forbedringer og fastholder fordelene ved de eksisterende strukturer?

Ledelse gennem selvledelse?

Ledelsen i sygehusvæsenet foregår ikke i et tomrum. Vi vil derfor i det kommende først komme med nogle stikord til markante udviklingstendenser i offentlig ledelse generelt, og dernæst vil vi kort overveje, hvordan og om disse tendenser også kan spores i udviklingen i ledelsen i sygehusvæsenet.

Knytter man an til nyere forvaltningsanalyser, har en central tendens siden 80'erne været, hvad der er blevet kaldt ”omstilling til omstilling”³². Det handler om skabelsen af selvorganiserende organisationer, af omstillingsparate enheder, der ikke dikteres færdige mål, men selv skal opstille mål, selv skal finde midler – fordi det ikke er muligt med direkte centrale ordrer at skabe hurtig forandring og omstilling. Det har handlet om, hvordan man får enheder i et hierarki til selv at tage ansvar for egen udvikling og omstilling.

Det har med andre ord handlet om at transformere vanebaserede, ufleksible, pligttopfyldende, professionaliserede og standardiserede institutioner til organisationer, der kan handle og forandre sig selv. En sådan transformation er søgt opnået gennem decentralisering, forøgelse af organisationernes autonomi og refleksive kapacitet. Øget (selv)refleksiv kapacitet er et centralt element i dannelsen af selv-omstillelige enheder, og således ser man da også i 90'erne en eksplosiv vækst i, hvad man kunne kalde refleksive mekanismer: der evalueres, bench-markes, udarbejdes virksomhedsplaner, tilfredshedsundersøgelser, udviklingsprojekter, årsrapporter, kontrakter med

³² Andersen, Niels Åkerstrøm (1995): Selvkabt forvaltning - forvaltningspolitikken og centralforvaltningens udvikling i Danmark fra 1900-1994. Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København.

Andersen, Niels Åkerstrøm og Born, Asmund (2001): Kærlighed og omstilling. Italesættelsen af den offentligt ansatte. Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København.

Bentzon, Karl Henrik (1988): Fra vækst til omstilling – moderniseringen af den offentlige sektor, Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København.

Thygesen, Niels Thyge: Målstyret ledelse, Handelshøjskolen i København, Ph.D-serie 2.2002.

opstilling af diverse mål osv. som aldrig før. Netop refleksionen og organisationsdannelsen er det stabile element i de hastigt skiftende management-moder som værdistyring, kontraktstyring, dialogstyring osv.

Den anden side af udviklingen af decentrale, omstillingsparate enheder er udbredelsen af såkaldte 'forestillede rum'³³. At institutioner søges selvstændiggjort som organisationer er ikke ensbetydende med, at al ledelse forsvinder. I stedet antager den nye former. Der ledes ikke længere alene gennem regler, love, og/eller direktiver – men derimod også gennem opstilling af 'forestillede rum', altså gennem udarbejdelse af de meningsmæssige rammer, som de underordnede enheder opererer og reflekterer sig selv indenfor. Det har også betydet, at ledelse i højere grad er kommet til at handle om, hvordan ledelsen superviserer, vejleder og støtter udvikling end om, hvordan den giver ordrer. Når idealet er selv-omstilling, må ledelserne begrænse sig selv. Det har ikke betydet, at de ikke har skullet lede, tværtimod: Aldrig før er der blevet talt så meget om ledelse. Men det betyder, at de skal begrænse sig selv til at facilitere medarbejderne i deres omstillinger, supervisere og opstille de forestillede rum, inden for hvilke afdelinger og medarbejdere kan orientere sig. Visioner og værdier florerer over det ganske land. Omvendt er forudsætningen for, at denne form for styring fungerer, en relativt høj grad af autonomi. Det kræver autonomi og selvrefleksion for at en afdeling produktivt kan afkode et fremmed fremtidsbillede.³⁴

Det er vores opfattelse, at man også i sygehusvæsenet finder tendenser, der peger i retning af, at væsenet skal "omstilles til omstilling gennem selvorganisering og opstilling af forestillede rum" – for nu at sige det så kort som muligt. Lad os tage Sundhedsministerens tidligere amt, Frederiksborg, som eksempel. Her har man i 90'erne talt om decentralisering samtidig med, at det amtslige sygehusvæsen i stigende grad behandles som en enhed. Der har politisk været arbejdet med oprettelse af stadig mere selvstændige enheder. Et af tidligere Amtsborgmester i Frederiksborg Amt og nuværende indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussens kodeord har været "større frihedsgrader", hvad der bl.a. har udmøntet sig i oprettelsen af Hørsholm Sygehus, der med egen direktion og en selvstændig bestyrelse, hvis medlemmer tæller politikere, repræsentanter for personalet samt eksterne fra erhvervslivet, er blevet løsrevet fra den almindelige politiske beslutningsstruktur i amtet. Også et begreb som "resultatenheder" er blevet lanceret og indførelsen af kontraktstyring kædes - i hvert fald i retorikken - sammen med øget selvstændighed til afdelingerne, som når først kontrakten er underskrevet, selv må finde ud af, hvordan de vil opfylde den.

Frederiksborg amt har i lighed med andre amter også arbejdet med nye typer af koblinger mellem væsenets dele. I forsøget på både at skabe helhed og decentrale autonome enheder, har man søgt at gøre ledelsen mere abstrakt. Eksempelvis er man begyndt at tale om visioner og værdier³⁵. Det er værdier og visioner, som afdelingerne og medarbejderne forventes at trække på som orienteringsramme i deres selv-refleksion.

Scylla og Charybdis - mellem omstilling og standardisering

³³ Arbejdsgruppen "Offentlig Ledelse år 2001" : De forestillede rum : krav til offentlig ledelse op til år 2001.

³⁴ Andersen, Niels Åkerstrøm: *Selvskab forvaltning* Nyt fra samfundsvidenskaberne 1995, p. 219.

³⁵ Se fx præsentationen af den nye ledelses- og samarbejdsstruktur i "Nyt om sundhedsvæsenet 98.08", Frederiksborg amt.

Vi spurgte tidligere, hvordan der kan ledes, så man på en gang fremmer forbedringer og fastholder fordelene ved de eksisterende strukturer. Vi har skitseret et par hovedlinier i, hvordan dette spørgsmål er blevet besvaret i den øvrige offentlige sektor. Vi har også søgt at sandsynliggøre, at den samme tendens er ved at vinde frem i sundhedsvæsenet. Og som sagt kan det ses som et muligt svar på spørgsmålet om, hvordan en ændring af de strukturer og skematikker, som styrer den konkrete arbejdsindsats, kan initieres – samtidig med at det anskueliggøres, hvorfor lederne ikke kan sætte dem igennem ved hjælp af regler og direktiver.

Det aktualiserer selvfølgelig spørgsmålet: Er decentraliserings- og selvorganiseringsstrategien et godt bud på, hvordan man leder reformer inden for sygehusvæsenet? Ikke uden videre! Vi mener den skitserede – og mest sandsynlige – udvikling er problematisk af flere grunde.

For det første vil skabelsen af omstillingsparate, selvorganiserende enheder rumme en klar fare for at miste de fordele, som standardiseringerne rummer, hvad der kan betyde mindre gennemskuelighed i systemet som helhed, hvad der igen vil være et problem specielt for de yngre læger i deres hyppige jobskift (og dermed i øvrigt for organisationen som helhed, idet der vil gå længere tid, inden en ny læge er oppe på fuld kraft, billedligt talt). Med omstillingen til omstilling risikerer man således at miste nogle af de fordele, som det formelle, standardiserede system uægteligt rummer i forhold til at generalisere adfærdsforventninger – som tidligere skitseret.

For det andet er en af betingelserne for, at man kan have decentralisering og styring på samme tid, at de reflektive mekanismer og de hermed forbundne sprog og meningsuniverser, som de selvorganiserende enheder søges koblet med, lader sig koble med de sprog og meningsuniverser, der i forvejen findes. Hvis sådanne forestillede rum skal have en reel effekt, må de blive til en del af enhedernes selvrefleksion, altså en del af det meningsunivers, som afdelinger, afsnit, og medarbejdere rent faktisk trækker på, når de forsøger at forstå og beskrive sig selv.

Det er vores klare oplevelse, at for mange af de projekter, som ledelserne (ofte i samarbejde med de relativt nyetablerede uddannelses- og udviklingsafdelinger og lignende stabsfunktioner) har lanceret, og som netop har sigtet mod at få organisatoriske enheder og personale til at reflektere sig selv, har været holdt i et sprog, der har ligget for fjernt fra sprogene og meningshorisonterne i den sundhedsfaglige verden. (Værdier, visioner – ofte lyder det snarere som noget man leger, end som begreber, man kan forstå sig selv og sin egen aktivitet med; det forbliver et luft-boble-sprog). Lad os afslutningsvis uddybe denne sproglige dekobling.

Lederne i sygehusvæsenet – både dem med klinikerbaggrund og dem uden – har været både hurtige og gode til at lære sig et managementsprog, med tilhørende værktøjer og teknikker, som er både universelt og generelt, og som frem for alt er det sprog, der bruges til at signalere professionel og kompetent ledelse med. Med de bedste intentioner bruges der mange ressourcer på alt muligt lige fra at holde tværfaglige temadage om visioner og værdier til tværfaglige journal audits. Men ledelse er ikke nogen objektiv videnskab, og udfordringen består ikke i at slå op i den ledelsesmæssige pendant til et medicinsk kompendium og ordinere den rigtige dosis managementsprog og værktøjer – jf. tidligere studier, der giver belæg for evidens. Ledelse og organisering er videnskaber, men ikke på en måde, der – som eksemplet antyder – er parallel til medicinsk videnskab.

Fælles for det sundhedsfaglige personale er, at begrebet 'faglighed' står meget centralt i både individers og (fag)gruppers egen selvforståelse. Til denne faglighed hører et sprog og en stor

mængde akkumulativ viden. Når klinikere går fra at arbejde i klinikken til at være ledere, mangler de en faglighed og et sprog, der kan legitimere og videnskabeliggøre deres virke. Ingen tvivl om at der er meget inspiration at hente i både organisations- og ledelseslitteraturen. Men faren består i en dekobling, hvor ledelsen lærer at tale og handle ud fra det nye sprog, mens resten af afdelingen, dem der skulle ledes, i så vidt omfang som muligt kobler fra, eller slet ikke knytter an til ledelse og forandring gennem dette sprog – netop fordi sproget er så langt fra deres hverdagsoplevelse af virket i organisationen. Med gennemgangen af eksemplerne i første del af denne artikel har vi villet vise, at denne dekobling eller manglende tilknytning *ikke* kun skyldes, at læger kun kan tale og tænke om lægefaglighed. Til konferencer, over frokosten eller på kontoret tales der tit og ofte om organisation og ledelse. Det gøres bare i langt højere grad med de begreber og klassifikationer, vi har trukket frem og argumenteret for er kendte, men ikke erkendte.

Hvis vi som ledere, forskere, politikere, samfundsborgere har reelle forventninger om, at der skal ske forandringer i og af praksis og ikke bare produceres legitimerende rapporter, planer og skemaer, så mener vi, at den overordnede udfordring for lederne på sygehusene – både på hospitalsniveau, men specielt på center- og på afdelingsniveau, bliver at få vendt bevægelsen om, så at sige: Udgangspunktet for ledelse og forandring skal *ikke* være en italesættelse og begribelse af verden, der kommer *fra* managementsproget og begriber væsenet derfra. Resultatet bliver en splittelse, hvor ledelserne har lært at tale et sprog udadtil, og hvor ledelse og forandring kommer til at handle om de elementer, begreber og værktøjer, denne litteratur rummer, men hvor hverdagen for de ansatte rummer et helt andet sprog, en helt anden meningshorisont, inden for hvilken verden kommer til syne.

Et lille konkret eksempel kan illustrere denne sproglige bevægelse: Hvilken forskel gør det mon, at en yngre læge, der er i turnus eller i en introstilling, til en tværfaglig temadag om visioner og værdier, af konsulenten bliver spurgt om han kan ”committe” til en ny ”værdi” om at være ”helhedsorienteret”? Han ser op på konsulenten og siger selvfølgelig ”ja!”. For hvem vil ikke gerne være ”helhedsorienteret”, og det med at man siger at man ”committer”, det er åbenbart måden man gør det på her, tænker han for sig selv, men synes i virkeligheden det virker lidt komisk.

Fra den unge læges ”commitment” til værdien ”helhedsorientering”, er der for ham ingen direkte meningsmæssig kobling til hans hverdag: Værdien giver ingen grund til at bryde med, endsize reflektere over alle de strukturer hans arbejde er indlejret i og kommer til syne igennem. Og når han møder på arbejde morgenen efter, er han stadig begrebet som en position, der skal passes: han er forvagt, og hans jobs primære tjans er at skrive indlæggelses- el. primærjournaler på de nyindlagte patienter – patienter som han for langt størstedelens vedkommende ofte slet ikke ser igen. For sådan er arbejdsdelingen lavet, sådan er arbejdet organiseret. Og vælter det ind med patienter, gør han ganske sikkert sit bedste, og prøver han at holde skansen, for man vil jo gerne vise, at man er kompetent, at man kan holde hovedet koldt, og at man er gjort af det rette stof (’Tarzan-syndromet’, kaldes det i lægejargon). Og selvom han bliver kaldt op på afdelingen for at lægge et venflon midt i sin vagt, og samtidig har 3 patienter, der ligger og venter på at få skrevet journal, så går han derop – også selvom både han og overlægen, der går stuegang på afdelingen, godt ved, at det er den stuegangsgående læge, der er ansvarlig for alt lægeligt arbejde i dagtiden. For den unge læge ved godt, at overlægen ikke mener, at overlægen selv skal lægge venflons – på trods af at det er ham, der til stuegangen har ordineret intravenøs medicin. Og hvis sygeplejerskerne ikke kan lægge de venflons, så må de selv finde ud af at løse det ved at kalde forvagten.

Eksemplet her lyder måske lidt teknisk for de fleste, der sidder uden for væsenet og tænker tanker om kvalitetspolitikker, servicemål og restrukturering – alt sammen som generaliserede managementteknikker. Og det er det også. Men det er ikke, fordi det er specielt lægefagligt teknisk. Det er sådan som hverdagens *organisatoriske* praksis meget vel kan vende for en ung læge. En ung læge, som i øvrigt var lidt irriteret over, at han skulle bruge en hel dag på en temadag, hvor han i stedet meget hellere ville have haft en uddannelsesdag, så han kunne være gået med den overlæge, som laver skopier, og have lært noget af det, som han selv synes, han kunne bruge til noget ifølge hans egen forståelse af hans faglige udvikling.

Udfordringen for lederne bliver således, at hvis både vi – der stiller krav til væsenet – og de selv opfatter et begreb som fx 'helhedsorientering', som andet og mere end et ord, vi kan få alt hospitalspersonale til at sige, at de 'committer' til, så må lederne til at erkende alt det kendte fra hverdagen på nye og anderledes måder. Det kræver, at de evner at se den verden, de kender ud og ind med helt andre organisatoriske og ledelsesmæssige øjne. Men det vigtigste er, at det bliver i en bevægelse, der starter og altid knytter an til den meningshorisont, der er medarbejdernes. Og en del af denne meningshorisont sættes således også af, at en stor del af medarbejderne er trækfugle, der ikke nødvendigvis ser sygehuset ud fra et perspektiv, der hedder 'læge og medarbejder i en større helhed', men snarere har et perspektiv, der hedder 'optimering af et uddannelses- og forskningsforløb'. Dette ved enhver kliniker, der er blevet leder udmærket godt. Men følges den tidligere skitserede omstillingsstrategi, hvor der søges koordineret gennem "forestillede rum" med dertil knyttet sprog, så har denne praktiske viden vanskeligt ved at blive omsat i organisatorisk tænkning.

Noget tyder derfor på, at selv-organiseringstrategien ikke er oplagt som hovedstrategi. For til sidst kort at opsummere så er situationen altså: 1) der er brug for at stille spørgsmålstejn ved dagligdagens basale organisering af arbejdet, og 2) den selvorganiseringsstrategi, der allerede kan spores i væsenet, passer - som omstillingsstrategi på niveauet for de enkelte organisationer og i sidste ende på niveauet for de enkelte medarbejdere - dårligt til den måde, arbejdet i sundhedsvæsenet er organiseret på.

Hvad der konkret skal gøres i den situation, ville det ikke være klogt at komme med et dekontekstualiseret og generaliseret bud på. Vi mener som sagt, at det handler om at se det kendte med nye øjne, medtænke det på en ganske anden pragmatisk og praksis-nær måde, når der skal igangsættes projekter om snart det ene snart det andet. Det gælder om at få skabt et organisations- og ledelsessprog, som ikke er endnu en ny (ofte engelskklingende) fagterminologi, men om at få en refleksion i gang, som tager udgangspunkt i medarbejdernes sprog og hverdag, og i langt mindre grad om at kunne producere planer og kunne signalere ændringer på papir.

Men med til dette krav må i lige så høj grad høre et krav til de omgivelser, som ellers ofte forbeholder sig retten til at stille krav: Vi kan ikke blive ved med at stille krav om, at lederne i væsenet konstant skal producere legitimerende forandringer og konstant skal implementere tiltag, der kommer ovenfra: fra regeringskommissioner, fra sygehusforvaltningschefer eller fra direktioner. På den måde får vi aldrig skabt andet end et system, der drives frem – modvilligt og med pisken! Hvis ikke omgivelserne – i form af forvaltere og politikere – er indstillede på også at stoppe op og stille spørgsmålstejn ved deres egen hidtidige strategi, hvor lederne i sygehusvæsenet – lige siden de blev 'opfundet' som ledelser og ikke bare administratorer – er

blevet opdraget af disse kravstillende omgivelser til at makke ret og rette ind til højre og implementere, hvad der kom ovenfra, så hjælper det intet blot at stille flere krav!

Hvis bevægelsen i ledelse af sygehusvæsenet virkelig skal vendes om, så den også kommer indefra og ikke kun udefra – så kræver det først og fremmest, at de styringsambitiøse omgivelser forstår at reflektere over deres egen tendens til at se sygehusvæsenet som et styringsproblem – frem for som et *udviklingspotentiale* - og at omgivelserne således også bliver i stand til at stille spørgsmålstegn ved denne iver efter at lede gennem at stille krav!

Referencer:

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

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

Borum, Finn (1995): *Strategier for organisationsændringer*. København: Handelshøjskolens forlag.

Direktionen i Århus Amt (1999): *Århus Amts Virksomhedsmodel: Samarbejde og dialog om udvikling, kvalitet og effektivitet*, s.22.

Produktivitetsudvalget (under Indenrigsministeriet) (1984): *Sygehusenes Organisation og Økonomi*.

Speciallægekommisionen (under Sundhedsministeriet) (2000): *Fremtidens speciallæge*, betænkning nr.1384.

Sygehuskommissionen (under Sundhedsministeriet) (1997): *Udfordringer i sygehusvæsenet*, betænkning nr.1328.

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

Vinge, Sidsel (2000): *Fra trojka-model til entydig ledelse*. Forskningscenter for Ledelse og Organisering i Sygehusvæsenet, arbejdspapir nr. 3.

Generel baggrunds litteratur:

Amtsrådsforeningen (1996): *Synspunkter på det amtskommunale sygehusvæsen*.

Andersen, Niels Åkerstrøm (1995): *Selvskabt forvaltning*. København: Nyt fra samfundsvidenskaberne 1995.

Andersen, Niels Åkerstrøm & Born, Asmund (2000): *Kærlighed og omstilling*. København: Samfundslitteratur.

Arbejdsgruppen ”Offentlig Ledelse år 2001” (1992): *De forestillede rum : krav til offentlig ledelse op til år 2001*. Forlag: Foreningen Offentlig Ledelse.

Bentsen, Eva Zeuthen (1995): *Sygehusledelse i et institutionelt perspektiv*, Handelshøjskolen i København, ph.d.-serie 7.97.

Bentzon, Karl Henrik (1988): *Fra vækst til omstilling – moderniseringen af den offentlige sektor*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

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

Eriksen, Henrik & Ulriksen, Helle (1991): *Tre kulturer i hospitalssektoren*, København: Handelshøjskolens forlag.

Lykkesfeldt Christensen, Gert & Christensen, Ingrid (1994): *Fokus på afdelingsledelse*. DSI rapport 94.01.

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

Sundhedsministeriet (1990): *Sundhedssektoren – Status og Fremtidsperspektiver*.

Thygesen, Niels Thyge (2002): *Målstyret ledelse*. Handelshøjskolen i København, Ph.D-serie 2.

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

Vrangbæk, Karsten (1999), Styringsrationaler i sygehussektoren, i Bentsen, Eva Z., Finn Borum, Gudbjörg Erlingsdóttir & Kerstin Sahlin-Andersson (red.) *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehusvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Oversigt over FLOS publikationer

Forskningsrapporter

- Nr. 1 – 1999 Centerstrukturen på Rigshospitalet. En analyse af organisatoriske og ledelsesmæssige aspekter
Finn Borum & Eva Zeuthen Bentsen
- Nr. 2 – 2001 Lægelig ledelse om at gøre en forskel
Eva Zeuthen Bentsen

Arbejdsrapporter:

- Nr. 1 - 1999 Politikdannelse og organisering i det danske sygehusfelt - en succes med dårligt omdømme?
Peter Kragh Jespersen & Hanne Sognstrup
- Nr. 2 – 2000 Medicinsk centerdannelse i H:S - forandring eller status quo?
Gitte Lindermann & Camilla Palmhøj Nielsen
- Nr. 3 – 2000 Fra trojkamodell til entydig ledelse. En analyse af debatten om ledelsesmodeller i sygehussektoren med fokus på Århus Amt
Sidsel Vinge
- Nr. 4 – 2000 Legitimitet som eksistensvilkår – når topledelsen tilskriver rationaler til strukturer
Eva Zeuthen Bentsen & Finn Borum
- Nr. 5 - 2002 Mellem forandring og rutine
Morten Knudsen & Sidsel Vinge

Working Papers:

- No. 1 – 1999 Ascribing Rationales to Concepts: Opening and Closing Windows of Opportunities at a University Hospital
Finn Borum
- No. 2 – 2000 Professional Societies as Change Agents: The Danish Medical Societies' Creation of the 'Function-Bearing' Unit
Finn Borum

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