

IMPLEMENTERING AF PSYKIATRIPLANEN 2013-2016 I PSYKIATRIEN, REGION MIDTJYLLAND

UDFORDRINGER FRA VISION OG STRATEGIER TIL IMPLEMENTERING



Sejlene hejses i fællesskab. 236 tovender med hver sin gavn og navn.
Fra Skoleskibet Danmark. Togt 77, 1991.

"Vi er gået fra at være et hospital til en fabrik"
"Hvis man vil slagte grise så er det noget andet – men vi skal hjælpe mennesker"
(Udtalelser, fra interview med klinikere)

Masterprojekt, 2014
Jan Rosenbjerg Albertsen
Master of Business Administration (MBA)
Vejleder Mogens Ove Madsen
Aalborg Universitet

Forord

Denne afhandling er lavet i forbindelse med afslutningen af uddannelsen *Master of Business Administration* (MBA), fra Aalborg Universitet.

Det har været et særdeles lærerigt forløb, hvor et stort flertal af medstuderende har repræsenteret private virksomheder, mens jeg selv har rødder i det offentlige, i en sygehusverden. Jeg er blevet givet et spændende indblik i forskelle og ligheder mellem det private marked og det offentlige.

Tak til medstuderende for, at blive inddraget i Jeres virksomheders ”hemmeligheder”.

Ligeledes skal lyde en tak til Regionspsykiatrien Vest, som har givet mig muligheden for erhvervelse af denne uddannelse.

Min familie skylder jeg dog den største tak. Ufatteligt hvad I har skullet bære og stå model til de sidste to år. I har været den største årsag til, at denne uddannelse overhovedet kunne gennemføres.

Abstract

This thesis has been written in relation to the graduation of the Master of Business Administration (MBA) degree from Aalborg University.

This thesis is based on the organization Psykiatrien i Region Midtjylland (Central Denmark Region). Psykiatrien i Region Midtjylland is part of the regional health care offers for the citizens. There are 10 treatment facilities which are geographically distributed around the region, although Psykiatrien i Region Midtjylland operates as one assembled hospital.

As an organization Psykiatrien i Region Midtjylland faces, along with the psychiatry in the rest of Denmark, a new reality.

In recent years, there has been a large growth in the number of people with mental illnesses who are given treatment. This tendency has gone from hospitalization to more ambulant treatment. From prolonged hospitalizations to shorter, intensive courses with continuous observations in ambulant settings

Mental illnesses account for 25 % of the total burden of disease in Denmark, succeeded by cancer and circulatory diseases, which account for 17 % and 15,2 % respectively. Mental health problems such as depression, anxiety and behavioral disorders are the cause of 50 % of all long-term notifications of absence due to illness, and 48 % of all persons on early retirement. When young

people under the age of 30 are administered to early retirement, it is attributed to mental illnesses 4 out of 5 times. The excessive mortality of the mentally ill is high, and life expectancy for these people today is 15-20 years than compared to the rest of the population

Due to all these factors, the Psychiatry as an organization is confronted with a large number of challenges.

In order to accede to the increasing demand and the new reality, Psykiatrien i Region Midtjylland has produced a Psychiatry program containing strategies for the development of Psykiatrien i Region Midtjylland in the time period 2013-2016. The headline for this psychiatry program says, *“Better treatment and longer life for more people with mental illnesses”*.

A well-structured and thoroughly detailed Psychiatry program, on basis of focus areas that need prioritizing, in proportion to the challenges that the organization is facing as of now, as well as the years ahead. The main focus of this thesis is the examination of the extent to which the Psychiatry program 2013-2016 is known, experienced and employed in Psykiatrien i Region Midtjylland. The study will include an analysis of the organization based on the terms strategy, leadership and culture.

The method used in this study is designed as a combination between questionnaires and interviews. The departmental management has filled out questionnaires on their experiences with the Psychiatry program across all departments of the organization. Several interviews have been conducted in different branches of the organization, across the senior management, the departmental management, the sector management, as well as the operational level through practitioners. Thus, an impact has been made in the organization, both horizontally and vertically.

The study concludes that the strategies of the Psychiatry program fail in reaching out to the operational units, and thereby the clinics that treat the patients. It was concluded that the present psychiatry is situated in a revolution, which has brought great influence on culture.

It was also concluded the majority of leaders want more focus on a collective way to implement the strategies.

In fine, it is concluded that Balanced Scorecard can be the tool to ensure the collective implementation of the strategies, making them clearly visible to the organization, as a whole.

Indholdsfortegnelse

Forord	2
Abstract	2
1. Indledning.....	2
1.1. Klima forandring i Psykiatrien i Danmark	2
1.2. Psykiatriplanen 2013-2016. Psykiatriens vej i Region Midtjylland mod bedre psykiatri	5
2. Problemformulering	6
2.1. Afgrænsning	7
2.2. Tre fokusområder i psykiatriplanen 2013-2016	10
3. Metode.....	11
3.1. Teoretisk forklaringsramme	11
3.2. Empiri	13
3.2.1. Kvantitativ undersøgelse – spørgeskemaundersøgelse blandt afdelingsledelsen	14
3.2.2. Kvalitativ undersøgelse – interviews vertikalt i organisationen.....	15
4. Teori	15
4.1. Organisationskultur og forandringer	16
4.2. Strategi og ledelse.....	21
4.3. Balanced Scorecard (BSC)	23
5. Virksomhedsgrundlag.....	26
5.1. Værdier, Vision, Mission, Strategier	27
6. Analyse og delkonklusioner	29
6.1. Kulturens og forandringsgradens betydning på psykiatriplanen	29
6.1.1. Delkonklusion Kulturens og forandringsgradens betydning på psykiatriplanen.....	33
6.2. Strategi og ledelsesstrukturens betydning for implementering af Psykiatriplanen.....	34
6.2.1. Delkonklusion Strategi og ledelsesstrukturens betydning for implementering af Psykiatriplanen	42
6.3. BSC som et konkret værktøj til implementering af Psykiatriplanens indsatser	43
6.3.1. Delkonklusion BSC - et konkret værktøj til implementering af Psykiatriplanens indsatser ...	55
7. Konklusion	56
8. Diskussion	57
9. Perspektivering	58
10. Litteraturliste	60
11. Bilag	60

Udfordringen - fra vision og strategier til implementering. En metode til implementering af Psykiatriplanen 2013-2016 i Psykiatrien, Region Midtjylland.

Denne afhandlings væsentligste hovedfokus, vil være en undersøgelse af, i hvilken grad Psykiatriplanen 2013-2016 er kendt, oplevet og anvendes i Psykiatrien i Region Midtjylland. Undersøgelsen vil omfatte en analyse i virksomheden ud fra begreberne strategi, ledelse og kultur.

Afhandlingen vil kvalificere en mulig implementering af Psykiatriplanen ved hjælp af Balanced Scorecard som konkret værktøj.

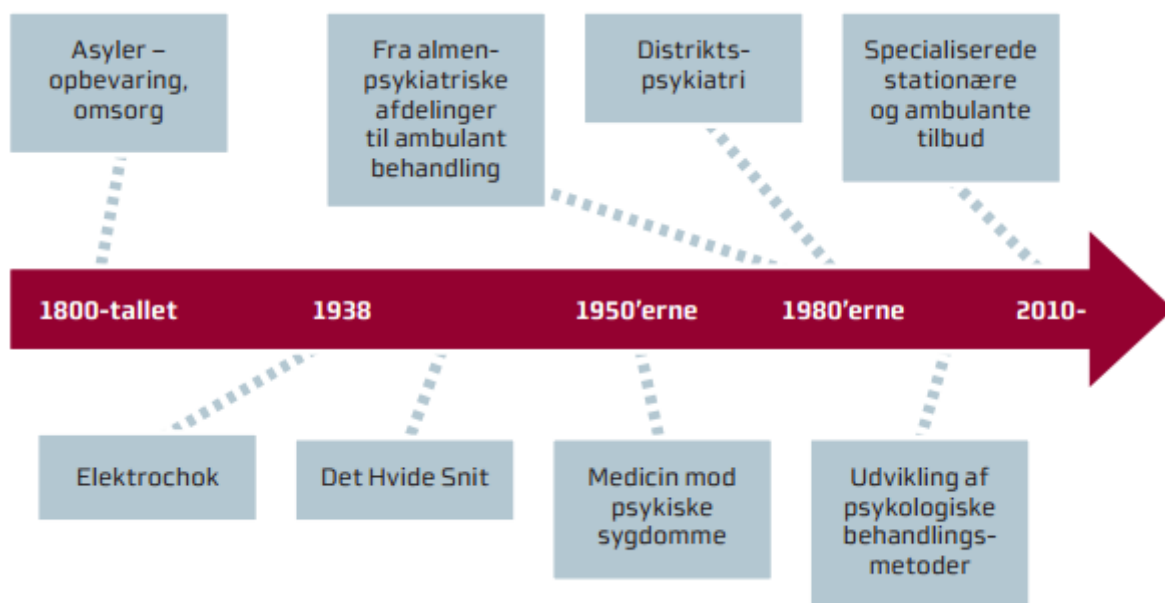
1. Indledning

For at give læseren et indblik i domænet som denne afhandling baseres på, beskrives kort ”Psykiatrien” og udviklingen denne virksomhed har været igennem de sidste år

1.1. Klima forandring i Psykiatrien i Danmark

En klimaforandring er i gang i Psykiatrien. Organisationer er under forandring og har været det i en periode. Nye vinde blæser og en anden temperatur er at opleve. Klimaforandringer har konsekvenser for mennesker, for organisationen, for kunderne – for patienterne. Personligt har jeg oplevet denne forandring på tættest hold og fra forskellige vinkler. Først som sygeplejerske, som kliniker i døgnafdelinger. Herefter som administrativ medarbejder som konsulent i både en behandlingsafdeling og efterfølgende i administrationen med virke som IT/EPJ koordinator. Nuværende som stabsleder i Regionspsykiatrien Vest (Se bilag 4 for en kort beskrivelse af virksomheden Psykiatrien i Region Midtjylland). Jeg er meget optaget af, hvad denne forandring betyder for mennesker og organisationen som helhed og er meget interesseret i, at sikre denne forandrings implementering på bedst mulige måde.

Psykiatrien har i den grad bevæget sig fra lægekunstens ”fader” Hippokrates via psykiatriens fader Johann Christian Reil, der definerede ordet psykiatri som studie af sjælen, til nutidens New Public Management. Væk fra åreladninger og insulinkure. Væk fra samtaleterapi og kognitiv terapi. En bevægelse fra rammestyring mod mere markedsstyring. Behandlingstilbud, med effektiv medicinering med monitorering af ”virkning”.



Figur 1 Udviklingen af behandlingstilbud og organisering af psykiatrien (Kilde Psykiatriplanen 2013-2016)

”En af os” kampagnen for at synliggøre psykiatri, som et seriøst speciale og for at fjerne stigmatisering, tavshed, tvivl og tabu af psykiatriske patienter¹

Forandringen handler også om fokus på økonomiplaner, håndtering af budgetter, opnåelse af resultater og benchmarking samt indførelse af ”pakkebegrebet”² for ensartet behandling. En udfordring i en tidligere ”faglige diskurs organisation”. Psykiatrien er på en rejse, fra klassisk strategi proces, hvor organisationen opleves, at være statisk, til en organisation der hele tiden er i bevægelse og hvor der er brug for generiske strategier. Det er nyt, at vilkår omfatter en oplevet til stadighed mere snæver ramme for, hvordan der skal arbejdes med både produkter og kvalitet, at det ikke er klinikerne der vurderer dette alene, men har andre til at mene, hvad der er godt for patienten – og som stiller krav.

Psykiatrien er i en stadig ”implementeringsproces” en omlægningsproces, hvor man er voldsomt udfordret på måder at tænke og arbejde på. Hvor klinikerne tidligere havde kompetence til, at bestemme hvilke type behandling en patient skulle have, til et mere regelstyret besluthedsgrundlag, på baggrund af retningslinjer og politikker. Styringsmæssigt er der indført delvist aktivitetsstyring når det handler om de ambulante kontakter. Delvist aktivitetsstyrret, da der afregnes økonomi udelukkende ud fra antal ambulante kontakter med patienterne. Ikke i forhold til hvor svær en

¹ Se mere om ”En af os” kampagnen: <http://www.en-af-os.dk/>

² Se mere på Danske Regioner: <http://www.regioner.dk/psykiatri/pakkefor%C3%B8b+i+psykiatrien>

diagnose patienten har, hvor lang tid det tager at behandle, ikke i forhold til hvor store udgifter der er til forskellige diagnoser, ikke i forhold til hvor lang tid behandlerne bruger på hver patient, men alene på antallet af ydelser. Denne problemstilling er akkurat i disse dage til voldsom diskussion i diverse medier. Se f.eks: ”*Jo flere jo bedre: Hækkerup i samråd om psykisk syge*”³

Der monitoreres på rigtig mange parametre ift., kvalitet i arbejdet. (Man måler i hvilken grad der er dokumenteret forskellige områder som ”kontaktkort udleveret”, ”behandlingsplan lavet”, epikrise sendt til tiden, skizofreni databaser opdateret, og knap 100 andre indikatorer.)⁴

Klinikerne oplever ikke altid, at disse målparametre er lig med kvalitet og ser monitoreringerne ofte som et onde og yderligere noget der skal gøres for at tilfredsstille beslutningstagere og politikere.

Indenfor patient sikkerheds arbejdet, er der de sidste år også sket store ændringer. Klinikere indberetter utilsigtede hændelser, med baggrund i lærings potentiale, med det formål, at forbedre patientsikkerheden.⁵

Baggrunden for mange af disse ændringer er alvorlige. Der har i de seneste år været en stor vækst i antallet af mennesker med psykiske lidelser, som kommer i behandling.

Psykiske lidelser tegner sig for i alt hele 25 % af den totale sygdomsbyrde i Danmark efterfulgt af kræft og kredsløbssygdomme, som hver står for henholdsvis 17 % og 15,2 %. Psykiske lidelser som depression, angst og adfærdsforstyrrelser er årsag til 50 % af alle langtidssygemeldinger og 48 % af alle førtidspensioner. Når unge under 30 år tildes en førtidspension, skyldes det i 4 ud af 5 tilfælde psykiske lidelser. Udviklingen er gået fra stationær behandling, til mere ambulant behandling. Fra længerevarende indlæggelser til kortere intensive forløb, med opfølgning i ambulant regi. (Mental sundhed, 2012, Sundhedsstyrelsen.)

Overdødeligheden⁶ blandt psykisk syge er høj. 2002-2006 var den forventede levetid blandt kvinder og mænd, der har været indlagt for en psykisk lidelse, henholdsvis 17,1 år og 21,9 år kortere, end for den øvrige befolkning. Overdødeligheden er større i Danmark end i eksempelvis Finland og Sverige (Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri, 2013)

³ Dr.dk. Hækkerup kaldt i samråd: <http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2014/11/21/124150.htm>

⁴ DDKM. <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarde-for-sygehuse.aspx>

⁵ DPSD. <http://www.dpsd.dk/Om%20DPSD/Formaal.aspx>

⁶ Overdødelighed: Dødelighedsprocent, der er større end den gennemsnitlige. Mange forskellige faktorer har indflydelse på dødeligheden, eksempelvis livsstil, alder, køn og erhverv. (Gyldendahls encyklopædi)

Fokus i psykiatrien er nu, at sikre en ens kvalitet og effektivisering. Dette fokus er at finde i Psykiatriplanen, hvor virksomhedens visioner, strategier og handleplaner er beskrevet. Virksomhedens ledestjerne med fokus for retningen de næste år frem i tiden.

1.2.Psykiatriplanen 2013-2016. Psykiatriens vej i Region Midtjylland mod bedre psykiatri

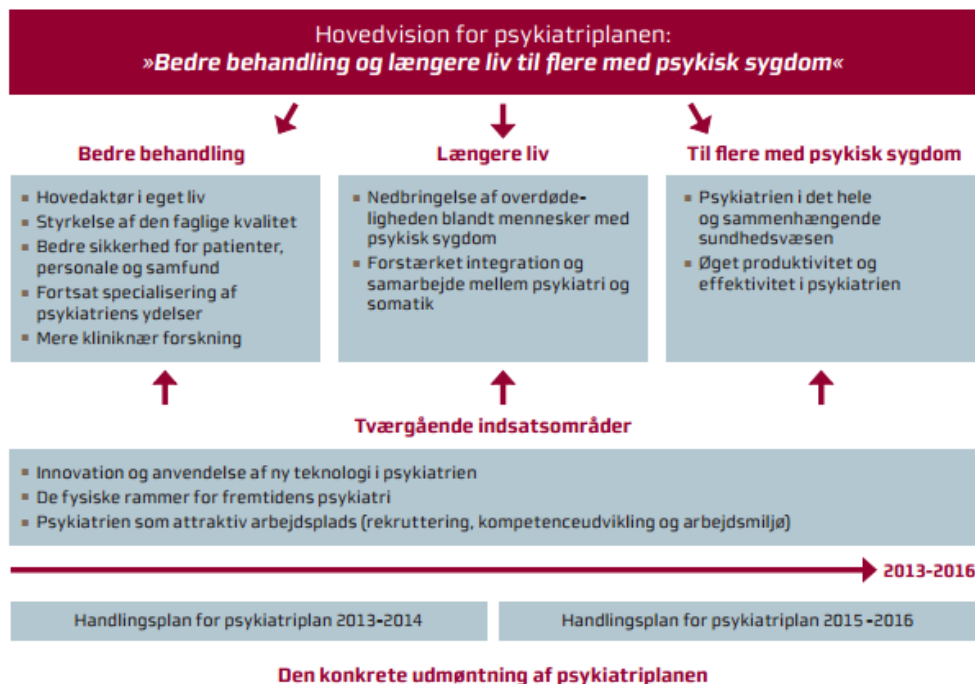
I 2008 fuldførtes første Psykiatriplan i Regions Midtjylland. Målet var, at tilbyde psykisk syge borgere i hele regionen behandling og støtte på højt internationalt niveau. Psykiatriplanen omfattede mere end 150 anbefalinger, som skulle gennemføres de følgende år. (Psykiatriplanen 2008 for Region Midtjylland)

Planen blev i 2011 opdateret med henblik på at tage højde for bl.a. Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning. Psykiatriplanen igangsatte inddelingen af psykiatrien i specialfunktioner, og udstak retningen for en lang række initiativer, der skal sikre borgere med psykisk sygdom behandling, støtte og omsorg på et højt internationalt niveau. Mange regionale tiltag er iværksat, og det er ambitionen, at de gode takter fra psykiatriplan 2008/11 skulle fortsætte.

I 2013 entrerede en ny psykiatriplan i virksomheden Psykiatri, Psykiatriplan 2013-16. Denne bygger videre på den gamle plan fra 2008 og 2011 og har hovedvisionen *”Bedre behandling og længere liv til flere med psykisk sygdom”*. Det overordnede formål med Psykiatriplanen 2013-2016 er, at fortsætte og iværksætte initiativer, der styrker kvalitet, organisering, produktivitet, effektivitet og samarbejdsrelationerne med kommunerne og praksissektoren og relationen mellem psykiatri og somatik. (Psykiatriplanen 2013-2016, Region Midtjylland)

Planen er på hele 99 sider og indeholder 12 konkrete indsatsområder. Et rigtig flot og tydeligt indhold, også når der helt objektivt sammenlignes med Psykiatriplaner i andre Regioner. Der er klart beskrevet, hvor psykiatrien er på vej hen. Ligeså hvilke udfordringer der er fremadrettet for virksomheden. Under hvert fokusområde er der beskrevet 3-4 strategier og under hvert strategi er der beskrevet 3-5 handleplaner.

Efterfølgende skitseres planens områder med overskrifter for at vise sammenhængen i områderne i den nye plan. Hver bullet i de grå kasser indikerer et indsatsområde:



Figur 2 Indsatserne i Psykiatriplan en 2013-2016, (Psykiatriplanen 2013-2016, Region Midtjylland)

Som klimaforandringen er beskrevet og det overordnede formål med planen antyder, så sker der en ændring på områderne nuværende omkring styrkelse af kvalitet, organisering(specialisering) samt effektivisering. De tre fokusområder i planen bliver derfor tydelige og interessante til indhold i en problemformulering

2. Problemformulering

Efter gennemgang af psykiatriens historiske udvikling, klimaforandringen, Psykiatriplanen 2013-16 og de udvalgte tre fokusområder, leder dette frem til følgende problemformulering(er):

Hvordan er indsigten i Psykiatriplan 2013-2016 i Psykiatriens organisation i Region Midtjylland, med fokus på områderne kvalitet, specialisering og effektivisering?

- *Hvordan er kendskabet fra det øverste administrative niveau, til det operationelle niveau, med hovedfokus på Regionspsykiatrien Vest.*
- *Hvordan opleves den konkrete udmøntning og er planen anvendelig som styringsredskab ved implementering?*
- *Kan Balanced Scorecard som metode anvendes som ledelses – og styringsredskab, så fokus på Psykiatriplanen 2013-2016 bliver nærværende i hele organisationen?*

2.1. Afgrænsning

Psykiatriplanen fokuserer på områder, psykiatrien som virksomhed, vil prioritere i den kommende periode – frem mod 2016. Alle indsatser er interessante på hvert sit område. Indholdet er stort og komplekst og indeholder rigtig mange spændende tilgange. Projektet vil inddrage hele Psykiatriplanen, som en generel tilgang, men særligt fokusere på oplevelsen af og forståelsen i organisationen på 3 af områderne i denne, med baggrund i blandt andet svar fra interview på, hvad der nuværende opleves at fylde meget i organisationen. To af de udtalelser der kom under forskellige interview med klinikere, gjorde udslaget for fokus i denne afhandling:

”Vi er gået fra at være et hospital til en fabrik”⁷

”Hvis man vil slagte grise så er det noget andet – men vi skal hjælpe mennesker”⁸

Områder som produktivitet, specialisering og kvalitet fylder rigtig meget i hele organisationen. Ikke kun for klinikerne eksemplificeret med ovenstående citater, men rigtig meget på de forskellige ledelsesniveauer i hele virksomheden.

For at få et indblik i, hvad der sker i organisationen, så udtalelser som disse kan sættes i perspektiv, beskrives efterfølgende kort nogle af de tiltag, der de sidste få år er igangsat i psykiatrien.

Januar 2013 blev indført ni ”pakkeforløb”. Pakkeforløbene er et led i en større plan for psykiatrien, der jf. økonomiaftalen i 2013, samt fortsættelsen i 2014, skal give bedre kvalitet i psykiatrien og øge middellevetiden for psykisk syge. Pakkeforløb skal være med til at give bedre diagnostik og helbredstjek.

”Pakkeforløbene er et led i en større plan for psykiatrien, der skal give bedre kvalitet i psykiatrien og øge middellevetiden for psykisk syge. Pakkeforløb, bedre diagnostik og helbredstjek skal løfte indsatsen. Pakkeforløbene indeholder enkle men effektive midler. Diagnostikken skal forbedres, og behandlingsforløbene skal tilrettelægges på samme kvalificerede måde landet over. Resultatet skal helt enkelt være flere gode leveår til mennesker med psykiske lidelser” (Carl Holst, Danske Regioner, 2012)

Pakkeforløbene omhandler områderne som angst og social fobi, bipolar affektiv sindslidelse, depressiv enkeltepisode, periodisk depression, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser,

⁷ Udtalelse, interview kliniker, plejepersonale.

⁸ Udtalelse, interview kliniker, læge.

reaktion på svær belastning og tilpasningsreaktion og en udredningspakke. (2 yderligere pakker er nu ved at blive implementeret også). En arbejdsgruppe organisatorisk tilhørende sundhedsstyrelsen, har lavet en overordnet ramme for pakkerne og deres indhold, som så lokalt i regionerne skal implementeres.

Regeringen og Danske Regioner har i økonomiaftalen om regionernes økonomi for 2014, indgået en aftale om udrednings- og behandlingsret for psykiatriske patienter. Dette foregår i to tempi:

- Den 1. september 2014 indføres en udredningsret på to måneder og en differentieret behandlingsret (en måned ved alvorlig sygdom og to måneder ved mindre alvorlig sygdom).
- Den 1. september 2015 træder den fulde udrednings- og behandlingsret i kraft i psykiatrien, hvor udredningsretten skærpes til en måned, mens behandlingsretten fortsat er den samme.

Baggrunden for indførelsen, er et ønske om et fokus på en hurtig udredning som værende afgørende for, at den rigtige behandling kan sættes i gang så hurtigt som muligt. Fokus er, at ligestille psykiatrisk behandling og tilgang til udredning og behandling, med det somatiske væsen.⁹

”Uanset om man lider af en svær depression eller har ondt i ryggen, så skal man have ens rettigheder i sundhedsvæsenet. Det er en hjørnesteen i arbejdet med at ligestille psykiatrien med det øvrige sundhedssystem, at vi nu indfører en udrednings- og behandlingsret for psykiatriske patienter i takt med, at vi opbygger den nødvendige kapacitet,” (Astrid Krag, 2013, Dagens Medicin)

I Region Midtjylland har koordineringen af implementeringen ligget centralt i administrationen i psykiatrien, men beslutningerne om, hvordan implementeringen konkret skal udføres, er valgt at det er de enkelte afdelingers afdelingsledelser der er ansvarlige. Som det skal forstås, så handler pakkeløbene om ensartet udredning, produktivitet og kvalitet. Forskellen i udførelsen i de forskellige afdelinger og klinikker er stor. Hvornår der skal udredes via psykolog, hvornår man som patient skal tilses af læge, hvilken faggruppe skal tage hvilke områder i pakkerne. Alt dette er lagt ud til de enkelte afdelinger i regionen, at implementere. Hvordan bliver kvaliteten som ønsket ens, hvis det er vidt forskelligt hvordan det implementeres? Hvordan hænger strategierne sammen på området, hvis det gøres forskelligt, og målet er, at det skal være ens?

⁹ Læs mere om formål: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2013/Juni/udrednings-og-behandlingsret-til-psykiatriske-patienter.aspx>

I forhold til Psykiatriplanen og de forskellige strategier, kunne det være interessant at se på, hvordan økonomien er tildelt de forskellige afdelinger, der skal løse opgaven omkring udredning og behandling. Betyder økonomi og styringen af denne noget for medarbejdere?

I økonomiaftalen mellem Regeringen og Danske Regioner er der områder, hvorpå incitamentsstrukturen i sundhedsvæsenet ændres. I aftalegrundlaget beskrives:

”Herudover indeholder aftalen betydelige skridt i retning af en bedre incitamentsstruktur i sundhedsvæsenet. Det betyder bl.a., at aktivitetspresset på sygehusene dæmpes for at understøtte fokus på kvalitet og sammenhængende løsninger.”¹⁰

Regionsrådet har besluttet, at psykiatrien, ligesom somatikken - skal levere en produktivitetsforbedring på 2,75 %. Det skal ske i forhold til to områder, nemlig driftsudgifterne pr. behandlet patient, samt antal behandlede patienter pr. ansat.¹¹ Derudover kommer eventuelt øgede produktivetskrav, som psykiatrien selv sætter.

Hvordan hænger et øget aktivitetskrav sammen med økonomiaftalens beskrivelse omkring aktivitetspresset på sygehusene der skal dæmpes? Hvordan er indsigten for sammenhængen mellem aktivitet og økonomi i virksomheden? Hvordan er kendskabet til denne del af en psykiatriplanen og hvad oplever ledelserne og klinikkerne på dette område.

Budgetterne i Psykiatrien er historisk opbygget, ud fra de daværende amternes budgetter til behandlingspsykiatrien. Efterfølgende er budgetterne hvert år blevet tilrettet via en modelberegning baseret på faktiske ydelser (ambulante besøg) i de enkelte afdelinger. Dermed korrigeres for nuværende aktivitet, men budgetterne er stadig bundet op på historiske tal. Der er ikke ændret i fordelingen til de enkelte behandlingsafdelinger, på trods af ændring i organisationen krav til aktivitet og ydelser jf. ny psykiatriplan. Der er ikke endnu sammenhæng mellem økonomi og kvalitet.

¹⁰ Læs mere i aftale om Regionernes økonomi for 2015.

http://www.regioner.dk/~media/Mediebibliotek_2011/%C3%98KONOMI/%C3%98konomiaftaler/aftale%20%20om%20regionernes%20%C3%B8konomi%20for%202015.ashx

¹¹ Læs mere i Aftale om Budget for 2015 for Region Midtjylland.

http://www.regionmidtjylland.dk/politik/udvalg/forretningsudvalget/visdagsorden?file=16-09-2014/Aaben_tillaegsdagsorden/Bilag/Punkt_34_Bilag_5_.pdf

På baggrund af beskrevne områder vil denne afhandling give en status på oplevelsen af Psykiatriplanen generelt i virksomheden, men med fokus på 3 områder, nemlig *Styrkelse af den faglige kvalitet, fortsat specialisering af psykiatriens ydelser samt øget produktivitet og effektivitet i psykiatrien*. Afhandlingen vil eksemplificere, hvordan disse 3 områder i psykiatriplanen opleves forskellige steder i organisationen, analysere koblingen af planens strategier til de udførende led, samt kvalificere mulig værktøj, til håndtering af en implementering. Det er vigtigt at pointere, at det bevidste fravalg af de resterende andre indsatsområder ikke er fordi områderne ikke er vigtige. Det lader sig dog ikke gøre i denne masterafhandling, at fokusere på alle 12 områder i dybden. Interviews og subjektive oplevelser har bestyrket disse fokusområder.

2.2. Tre fokusområder i psykiatriplanen 2013-2016

Fra oplevede problemstillinger i virksomheden berøres problemstillingerne til disse fokusområder ganske kort. For en uddybende beskrivelse henvises til (bilag 5, tre fokusområder i psykiatriplanen), hvor alle tre fokusområder belyses nærmere.

Der ønskes en styrkelse af den faglige kvalitet som specifikke handlinger i organisationen. Meget få vil vel være uenige i, at kvalitet er vigtig. Hvordan oplever ledelse og medarbejdere disse strategier i dagligdagen og hvordan sammenkobles de konkret med begrebet kvalitet. Er klinikerne, administration og ledelse enige i, at tilgange som beskrevet i Psykiatriplanen er det samme som god kvalitet, eller har de andre holdninger og meninger omkring, hvad kvalitet i psykiatrien i virkeligheden er? Arbejder Psykiatrien som virksomhed i samme retning og forstås tiltagene som igangsættes med strategier og handleplaner som reelt kvalitet, eller opleves det modsat og direkte som dårlig behandling? Er psykiatriens kultur ”gearet” til, at tage imod denne tilgang til kvalitet og hvordan er der arbejdet bevidst med en forståelse af strategien i de udførende led? Forståelse for *kultur og strategi* bliver synlig og bliver derfor områder til efterfølgende teorifremstilling og analyse arbejde.

Specialisering af ydelser omhandler begreber som ligeledes bruges i somatikken. Med øget fokus på specialisering og mindre vægt på værdier som tidligere har været en del af fagkulturen - geografisk nærhed, behandleralliance m.m. ift. samme behandler i hele behandlingsforløbet. Er der en accept af, at den øgede specialisering giver bedre behandling til patienterne? Er organisationen gearet til netop denne omvæltning rent organisatorisk? Behøver alle led fra øverste ledelse til de enkelte klinikere, at kende visioner, strategier og mål? Har det en betydning? Forståelse og indblik i teorier om

strategi, kultur og ledelse bliver synlig og bliver derfor også områder til efterfølgende teorifremstilling og analyse arbejde.

Produktivitetsforbedringer og effektivitet i psykiatrien, har i de sidste år været voldsom i fokus, således at flere patienter kan behandles og ventelisterne nedbringes. Der bliver målt og vejjet, men er det det rigtige der måles og vejes på? Oplever lederne der er en sammenhæng mellem aktivitet og økonomi? Opleves fordelingen mellem de forskellige afdelingers økonomi af afdelingsledelserne som fair og gennemsigtig? I Psykiatriplanens figur omkring indsatsområder, (se figur 2 side 6 i Psykiatriplanen), er der i bunden af figuren en beskrivelse af, at handlingsplaner skal implementeres i forskellige perioder for at udmønte planen. Prioriteringen af disse er dog ikke at finde nogen steder i organisationen. Et ønske er derfor at undersøge netop oplevelserne af det konkrete i implementeringen. Hvordan styres alle strategier på tværs i regionens behandlingsafdelinger. *Model til konkret implementering* bliver derfor et væsentlig område til efterfølgende teori- og analyse arbejde.

3. Metode

I dette afsnit redegøres for de metodiske valg, for overvejelser og begrundelser for valg af teorier og empiri. Da jeg personligt har været en del af en lokal afdeling i Psykiatrien, støder jeg dagligt på mange holdninger og meninger om de nuværende nye vinde. Jeg har via denne personlige tilknytning opnået en subjektiv opfattelse af, at mængden af negative vibrationer omkring nye tiltag der er sat i gang vokser overalt i organisationen. Ligeledes at det ikke alle steder der er en oplevelse og forståelse mellem virksomhedens strategier og de udførende handlinger. Jeg har i min tilgang til afhandlingen ønsket, at finde en metode, der kan anvendes til at belyse organisationens oplevelser bredt. Fra toppen af virksomheden, til det udførende led i klinikken. At finde en metode til at belyse horisontalt og vertikalt i organisationen og samtidig bruge nogle af de tillærte teorier der er givet via uddannelsen til at være med til, at forklare og forstå hvad der sker. Til at finde et redskab der kan bruges til at arbejde med de forandringer der nuværende foregår.

3.1. Teoretisk forklaringsramme

De teoretiske referencer er valgt som en overordnet forklaringsramme. Teorierne skal ses som supplementer til at få forståelse for de områder der er i projektet analyseres. Teorierne er på ingen måde uddybende, men danner bidrag til at belyse baggrunde og forklare årsag og sammenhænge.

På MBA uddannelsen har mængden af præsenterede teorier været voldsomt. Denne afhandling kan derfor på ingen måde synliggøre og retfærdiggøre de mange presentationers mulige anvendelser, men kun give et indblik og et bud, alene ud fra en subjektiv vurdering. En mængde eventuelle mulige teorier er bevidst fravalgt og dermed ville resultatet af denne afhandling teoretisk, kunne se helt anderledes ud, med andre overordnede teoretiske forklaringsrammer.

Ud fra beskrivelsen af Psykiatriplanen og de tre indsatsområder der er fokuseret på, fremkommer der når dette samtidig sammenstilles med det empiriske data, nogle tydelige områder til teorivalg. Disse omhandler teoretiske emner som *organisationskultur og forandringer, strategi og ledelse samt redskab til implementering af strategi*.

Gennemgående nævnes begrebet kultur generelt meget i det empiriske materiale. Kulturteori vil i denne afhandling derfor være et væsentligt område. Hvad er kultur, hvordan opleves kultur og hvad har den af betydning for implementering af alle de nye tiltag som psykiatrien står midt i. Til definition af kultur, anvendes Edgar H. Schein, som i sin om organisationskultur beskriver kulturbegrebet og for mig, har gjort det nærværende at forstå begreberne. Til at gøre kulturen synlig anvendes modellen *"The culture web"*, der netop muliggør, at gøre kulturen observerbar, via en gennemgang af seks konkrete fokusområder. Til belysning af selve graden af forandring og påvirkningen på organisationen anvendes to typer af modeller. Først gennemgås figuren *"Type of change"* der giver en vægtning og teoretisk forståelse af selve forandringsgraden. Efterfølgende anvendes PESTEL analyse (Political, economic, social, technological, enviremental and legal), som giver et indblik i de makroudfordringer organisation befinder sig i.

Det empiriske materiale anviser, at strategi og ledelse opleves og anvendes på forskellig måde i organisationen. At det opleves og anvendes meget forskelligt giver anledning til, at belyse begrebet strategi og se på begreberne organisation og forandring i virksomheden. To forskellige syn på strategi beskrives, nemlig en klassisk tilgang og en mere emergent forståelse for begrebet.

I forhold til ledelse og forståelsen for selve begrebet ledelse tages udgangspunkt i *"ledelsestrekanten"* af Henrik Bendixen mfl., hvor fire perspektiver af ledelse beskrives. Ledelse på et hospital har flere dimensioner, hvilket netop denne model synliggør.

Et af de områder i forhold til teori, hvor min interesse klart er blevet vækket mest, er teoretiske bud på værktøj til den konkrete implementering af strategier i en virksomhed. Ud af flere teorier, har jeg valgt, at fokusere på Balanced Scorecard (BSC), som giver et umiddelbart overskueligt og brugbart

bud på dette. Denne afhandlings beskrivelse af begreberne BSC og strategikort er inspireret af arbejdet foretaget primært af Amerikanerne Professor Robert Kaplan og Direktør David Norton. I mange udgivelser har deres fokus og beskrivelser for teorierne bag flyttet sig i takt med tiden og udviklingen. Det er et meget stort værk der ligger til grund for netop teorier om BSC. Det ligger udenfor denne afhandling, at beskrive dennes historiske udvikling og ændring gennem tiden, dette vil kun kort blive beskrevet i afsnittet om BSC. Beskrivelser og inspiration i denne afhandling er derudover også hentet i litteratur udgivet af Professor Per Nikolaj Bukh, der har mange års erfaring med implementering af modellen i både private og offentlige virksomheder.

Der findes mange forskellige beskrivelser og forskelle i litteraturen omkring selve begreberne Balanced Scorecard og strategikort og begreberne blandes ofte sammen. Ofte omtales BSC og strategikort i flæng. I følge Professor Per Nikolaj Bukh, er det mest korrekt, at adskille disse og se dem som 2 forskellige elementer. Scorecard som rapporteringen af virksomhedens strategiske mål. Strategikortet som visualiserende de Kristiske Succes Faktorer og relationerne mellem dem med fokus på årsag-virknings forhold. Strategien er udgangspunktet for målene og dermed bliver Strategikortet det centrale omdrejningspunkt for virksomhedens arbejde med BSC.(Bukh, 2013,p.22)

Strategikortet er altså ofte beskrevet som den konkrete liste af succesfaktorer og mål, (Bukh, 2013 p.29) eller det grafiske kort der beskriver årsag-virknings forbindelser mellem målsætningerne (Norton mfl., 2009, p.120)mens Balance Scorecard er rapporteringen af virksomhedens strategiske mål udtrykt ved KPI(Key Performance Indicators)(Bukh, 2013, p.22).

Denne afhandling, vil på trods af forskelle mellem de to begreber, bruge begreberne i flæng, men oftest alene anvende begrebet Balanced Scorecard forkortet som BSC. Jeg er naturligvis bevidst om de teoretiske forskelle i begreberne, men formålet med afhandlingen er ikke, at beskrive detaljerne i teorierne, men at beskrive, analysere og anvende teorierne konkret, i en oplevet problemstilling.

3.2. Empiri

Datamaterialets indhold består af henholdsvis interviews samt spørgeskemaundersøgelse. Der er dermed tale om et kombinationsdesign, der bevidst er valgt ud fra problemstillingen der omhandler en undersøgelse i en stor geografisk adskilt organisation. Derudover favner problemstillingen sig om holdninger fra den øverste ledelse i psykiatrien, til afdelingsledelserne, enhedslederne samt

klinikerne. Både de transskriberede interviews og spørgeskemaundersøgelsens resultater, er at finde i sin fulde form i bilag 2. Interviewguide til de udførte interviews er at finde i bilag1.

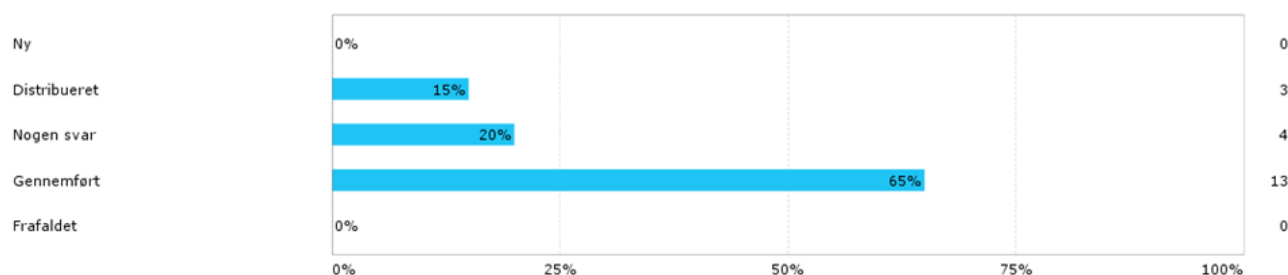
3.2.1. Kvantitativ undersøgelse – spørgeskemaundersøgelse blandt afdelingsledelsen

For at få den geografiske breddes repræsentation dækket, har alle afdelingsledere i hele psykiatrien i Region Midtjylland, fået et spørgeskema tilsendt.

Der er sendt spørgeskemaer ud til samtlige 18 afdelingsledere i Psykiatrien. Disse består af ledende oversygeplejersker og ledende overlæger.

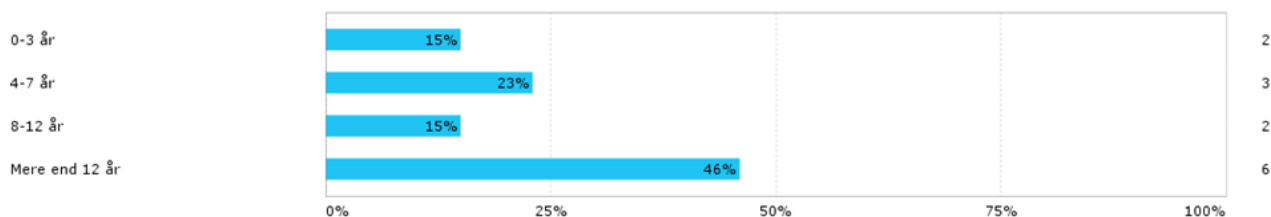
Spørgeskemaet og analysen af svarene er lavet i programmet SurveyXact. Dette er et af markedets mest udbredte system til at gennemføre alle former for spørgeskemaundersøgelser. Til analyse indeholder systemet et brugervenligt editor der genererer rapporter med ét klik.¹² Inden spørgeskemaet blev sendt ud, blev dette testet på 4 tilfældige kolleger og herefter tilrettet, hvor der var oplevelser af fejl og uklarheder på selve forståelsen af spørgsmålene. Spørgsmålene er designet ud fra et ønske om, at få afdelingsledelsernes umiddelbare oplevelse af kendskab selve Psykiatriplanen, oplevelsen af fælles anvendelighed og ikke mindst et ønske om at undersøge om der er et oplevet behov for fælles redskab til implementering. Fokus på Psykiatriplanen som generelt oplevelse, men med hovedfokus på de tidligere nævnte 3 indsatsområder i planen, (kvalitet, effektivitet og specialisering) da disse områder nuværende fylder meget i virksomheden. Afdelingsledelsen i Regionspsykiatrien Vest rundsendte inden undersøgelsen en mail til alle afdelingsledelser, hvor de beskrev, at en spørgeundersøgelse var på vej, og opfordrede til at svare på denne. Dette for at motivere så mange som muligt, til at svare. Der er sendt reminder to gange med opfordring til dem der ikke havde svaret.

13 personer har gennemført hele spørgeskemaet (Svarprocent på 65), 4 har afgivet nogle svar men ikke fuldført, mens det er distribueret til 3 der ikke har svaret.



¹² Beskrivelse af SurveyXact, findes i sin fulde form på <http://www.surveyxact.dk/>

Af de 13 afdelingsledelser der har svaret fordeler ledelseserfaringen sig som følgende:



3.2.2. Kvalitativ undersøgelse – interviews vertikalt i organisationen

For at få udvalgte holdninger dækket fra den øverste ledelse, afdelingsledelse, enhedsledelserne samt klinikkerne, er der foretaget semistrukturerede interviews i de forskellige led i organisationen. Formålet har ikke været, at få meninger og synspunkter frem, som nødvendigvis er repræsentative for hele psykiatrien. Det har derimod alene været et ønske om, at undersøge de forskellige holdninger i forskellige positioner i virksomheden. I de forskellige organisatoriske led i virksomheden. Psykiatriplanen gælder for alle, så derfor dette nedslag bredt organisationen. For at dette tidsmæssigt har kunnet lade sig gøre, har det været et bevidst valg, at interviews ikke er foretaget på forskellige afdelinger i psykiatrien. Disse er alene foretaget i egen afdeling i Regionspsykiatrien Vest, når det drejer sig om interview med afdelingsledelse, enhedsledere og klinikere. Svarene på spørgeskemaerne til afdelingsledelserne er brugt til at verificere og kvalificere de spørgsmål der er stillet i interviewene. De er ligeledes brugt som en pejling på de områder der er nævnte problemstillinger.

Der er foretaget interview med Psykiatri og Socialledelsen repræsenteret ved Direktøren. Afdelingsledelsen bestående af oversygeplejerske og ledende overlæge. Enhedsledere bestående af ledere fra ambulatorie/døgnafsnit. Deltagere til interview med klinikere blev valgt ud fra, hvilke klinikere der praktisk havde mulighed for at deltage. Her er repræsentanter af faggrupperne, social og sundhedsassistent, sygeplejerske og læge.

4. Teori

I det følgende beskrives de teorier der sammen med spørgeskemaerne og interviews, bruges i den senere analyse. Formålet med medtagelse af teoriafsnittet er, at synliggøre de teorier som der er fundet relevant at anvende i afhandlingen. Teorierne har sit udspring i de tre beskrevne fokusområder af Psykiatriplanen (Se evt. afsnit 2.2 tre fokusområder i psykiatriplanen), hvor der under hvert af de tre fokusområder er uddraget områder til teori- og analyse arbejde.

4.1. Organisationskultur og forandringer

Edgar H. Schein definerer i sin teori om organisationskultur kulturbegrebet således:

”Et mønster af fælles grundlæggende antagelser, som gruppen lærte sig, medens den løste sine problemer med ekstern tilpasning og intern integration, og som har fungeret godt nok til at blive betragtet som gyldige og derfor læres videre til nye gruppemedlemmer som den korrekte måde at opfatte, tænke og føle på i relation til disse problemer” (Schein, 1994, p.20)

Schein fremstiller kulturen som en fælles referenceramme, der betoner kulturbegrebet som en strukturlovmæssighed, der manifesterer sig som en funktionel og nyttebaseret egenskab. Med ”ekstern tilpasning” henviser Scheins kulturdefinition til den måde, hvorpå en given kultur reagerer på eksterne påvirkninger – eller ”det reaktionsmønster, som et system nødvendigvis må være i stand til at udvise i relation til sine omskiftelige omgivelser” (Schein, 1994, p.56). Ifølge Schein findes der tre kulturniveauer som karakteriseres som henholdsvis artefakter, synlige værdier og grundlæggende antagelser. Niveauerne er ideologisk set indbyrdes forbundne og påvirker hinanden gensidigt, hvorfor de som udgangspunkt skal ses som både udtrykkende og konstituerende for hinanden. Artefakter fremhæves som organisationskulturens synlige univers, såsom eksempelvis en virksomheds arkitektur, sprog, teknologi, produkter eller kunst (Schein, 1994, pp.24-25). De synlige værdier kan eksempelvis udtrykkes i en virksomheds værdigrundlag samt visioner for beslutning, adfærd og strategisk handling. Værdierne fungerer på et bevidst plan, og bliver som udgangspunkt udtryk for den måde, hvorpå de forstår og handler ud fra gruppens grundlæggende antagelser. (Schein, 1994, p.27). Grundlæggende antagelser er ”Kernen i en gruppes kultur, dens mønster af fælles, ”taget-for-givet” grundlæggende antagelser” (Schein, 1994, p.33). Grundlæggende antagelser er særligt karakteriseret ved, at de ofte bliver så ”selvfølgelige” for herskende opfattelser inden for kulturen, at de bliver ubevidste for organisationsmedlemmerne selv, og ”det er i forbindelse med denne psykologiske proces, at kultur har sin egentlige magt” (Schein, 1994, p.30). Skal man forstå en given kultur, pointerer Schein vigtigheden af, at skelne mellem de udtrykte værdier, der stemmer overens med de grundlæggende antagelser, og dem der i stedet fremstår substansløse. Dette er en differentiering, der nødvendigvis kun kan foretages ved at forholde dem til de grundlæggende antagelser. Uanset, om der viser sig overensstemmelse mellem værdier og antagelser, eller ej, vil udfaldet af en sådan sammenligning være væsentlig for at kunne opnå en reel forståelse af kulturen. (Schein, 1994, p.28). Kulturbegrebet udspringer af et opgør med en rationel, mekanisk organisationsopfattelse, hvor mennesker antages, at være målorienterede og

kalkulerende individer, der opfører sig i overensstemmelse med den foreskrevne formelle struktur. Kulturbegrebet retter opmærksomheden imod de grundlæggende antagelser, som mennesket tager for givet i deres fælles arbejdsliv.

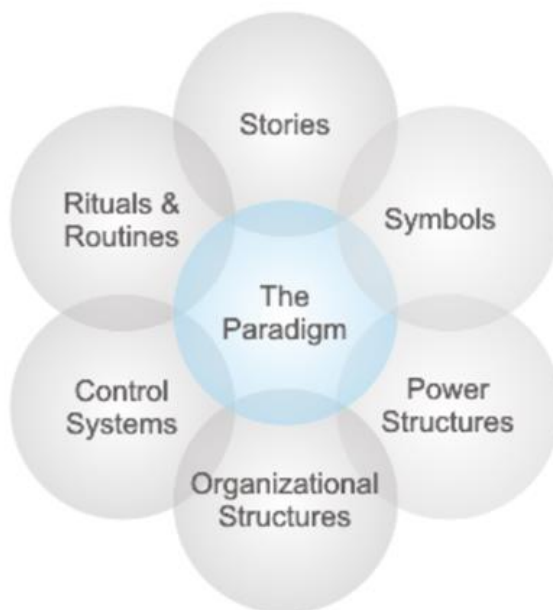
Organisationskultur studerer altså den mangfoldighed af meninger og betydninger, som medlemmer af en organisation skaber for sig selv og hindanden. Den beskriver de tankemåder, som præger den enkelte organisation og som giver organisationens dens særpræg. Kulturbegrebet tilstræber at forstå, hvordan organisationers særpræg skabes, udvikles og vedligeholdes af de mennesker der befolker organisationen. (Schultz, 2006, pp. 11-12). Kultur kan ”inddeles” ud fra de forskellige organisationsteoretiske perspektiver. Disse kan være mange, men centralt fremhæves ifølge Schultz (2006, p.19) ofte tre perspektiver:

Perspektiv	Organisationsforståelse	Organisationskultur
Rationalisme	Organisationen er et middel til effektiv målopfyldelse	Kultur er et redskab til opnåelse af givne mål
Funktionalisme	Organisationen er et kollektiv, der søger overlevelse gennem varetagelse af nødvendige funktioner	Kultur er et mønster af fælles værdier og basale antagelser, der varetager funktioner vedrørende ekstern tilpasning og intern integration
Symbolisme	Organisationen er et menneskeligt system, der udtrykker komplekse mønstre af symbolske handlinger	Kultur er et mønster at socialt skabte symboler og meningsdannelse

Figur 3 Kulturforståelse ud fra organisationsteoretiske perspektiver. (Frit efter Schultz 2006)

Johnson m.fl. beskriver vigtigheden i, at have fokus på kulturen og sammenhængen mellem denne og strategi. Dette med flere argumenter. For det første beskrives fordele ved at kulturen er firmaets ”lim” som binder medarbejderne sammen om noget taget for givet. Dermed også forventninger til hvordan arbejdet skal tilrettelægges og hvordan firmaet skal agere alene ud fra noget man ”plejer at gøre”. En anden grund til at have fokus på kulturen, er at det kan være medvirkende i negativ retning, til at man bliver ”fanget” i sin egen kultur, og ikke kan se sig udover dette, og dermed risikere, at overse udvikling. (Johnson m.fl, 2007, pp.96-97)

Fokus på kultur er vigtig, alene fordi den er så svær at observere. Modellen ”The culture web” forsøger netop at gøre kulturen observerbar, via en gennemgang af seks områder, (historier, ritualer og rutiner, kontrolsystemer, organisationsstruktur, magtstruktur og symboler) tilsammen synliggør paradigmet i virksomheden. (Johnson m.fl, 2007, pp.96-97) I afhandlingens analyse afsnit, vil denne model blive anvendt til, netop at gøre kulturen observerbar, hvor disse seks områder vil blive brugt til at vise psykiatriens nuværende paradigme.



Figur 4 The Culture Web. (Johnson m.fl. 2012, p.99)

I starten af denne afhandling beskrives klimaforandringen. Psykiatrien er i en proces, hvor organisationen ændrer fokus og selvforståelse. Fra ét perspektiv – et paradigme, til et andet. Somatikken har i flere år arbejdet instrumentelt og med målparametre og monitoreringer af ydelser og aktiviteter grundet DRG¹³ m.m. Dette er for mange i psykiatrien fortsat meget nyt. I begrebet ”at forandre”, ligger netop, at man bevæger sig et sted, til et andet. At gøre noget på en anden måde. I dette afsnit beskrives efterfølgende to teoretiske tilgange til organisationsforandring for at illustrere, hvor stor graden af forandring nuværende kan opfattes i psykiatriens.

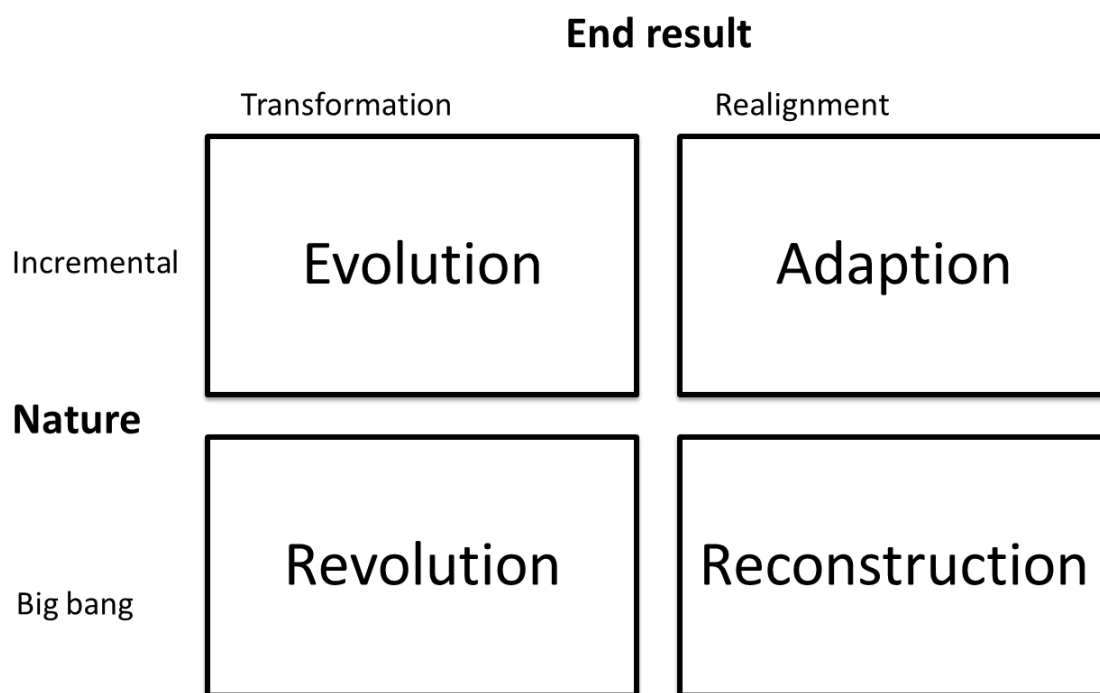
Her bruges to typer af modeller, der begge giver en vægtning og teoretisk forståelsen af forandringsgraden.

¹³ DRG er bla et redskab til, at analysere omkostninger og aktivitet på landets sygehuse. Se mere om DRG systemet på Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses hjemmeside <http://www.sum.dk/Sundhed/DRG-systemet.aspx>

Først gennemgås figuren *"Type of change"* som er beskrevet af Balogun mfl. i Exploring Strategy Change. Efterfølgende laves en *PESTEL* (Political, economic, social, technological, environmental and legal) analyse, som giver et indblik i de makroudfordringer organisation befinder sig i.

Der findes forskellige teoretiske syn på forandring af en organisation. Den mere traditionelle, ser forandring som en planlagt punktform forandring, og en anden ser forandringer i en organisation som kontinuerlige hvor en organisation transformerer sig løbende for at tilpasse sig behovene. (Balugon mfl., 2008, p.3) Den traditionelle første forståelse af organisationer lægger op til, at en virksomhed er en fast og stabil enhed, der udgøres af strukturer, regler og rammer. Der er formelle og uformelle kommunikationsveje, som undersøges på forskellig vis og som man kan søge at koble sig ind på for ad den vej, komme tættere på virksomhedens kultur, normer, værdier og ageren. I den første forståelse ændrer en virksomhed sig med mellemrum, nemlig når der i omverdenen eller internt i virksomheden sker ændringer, som ledelsen i virksomheden vurderer, er hensigtsmæssigt at følge op på. I sådanne tilfælde sættes en forandringsprojekt i gang, der løsner op for den vante måde at gøre tingene på. Dernæst tilpasser virksomheden sig de nye krav og forventninger. Efter ændringerne er implementeret og gjort til en del af den vante praksis, fortsætter den daglige ageren, indtil nye behov for forandringer opstår og et nyt forandringsprojekt sættes i gang, (Larsen mfl., 2013, p.26). Denne tilgang til forandringer i organisationer er også kendt som Lewin's modellen *"Unfreeze, Change, Refreeze"*, som har baggrund i den modernistiske tilgang til forandring (Hatch, 1997, p. 354). En anden måde at se forandring på i organisationer, stiller spørgsmål ved, hvor meget af en organisation der egentligt er bestandigt, fast og konstant. Denne tilgang til organisationer ligger op til, at organisationer er betydeligt mere dynamiske og foranderlige, end den traditionelle forestilling advokerer. Inden for denne tænkning er virksomheden hele tiden i en forandring og under konstruktion. I forhold til strategi, vil denne forståelse betyde, at uanset, om en strategi har som intention at holde fast i en nuværende situation eller ej, så vil der hele tiden ske en lang række små og store forandringer i organisationens omgivelser, i dens relationer og i sidste ende organisationen selv, som medfører, at organisationen hele tiden er i bevægelse og under transformation. (Larsen mf., 2013, p.28)

For at anskuelse af graden af forandringen og hvor mange områder det påvirker organisationen bruges figuren *"Type of change"* som er beskrevet af Balogun mfl. i Exploring Strategy Change.



Figur 5 Types of change, Frit efter (Balugun mfl. 2008, p. 21)

I modellen er der to dimensioner ”End result” og ”Nature”. End result refererer til hvor gennemgribende konsekvenser ændringer har for organisationen, mens nature dimensionen beskriver noget om hastigheden og måden ændringer implementeres på. (Balugon mfl., 2008, pp. 21-22) Ved at bruge netop en model som denne, anvendes bevidst, det traditionelle modernistiske syn på forandring af en organisation. ”End result” kan involvere en transformation eller en realignment. Finder der en transformation sted, vil det ikke kunne håndteres indenfor det eksisterende paradigme i organisationen og vil resultere i et skift af strategi, strukturer, systemer, processer og kulturer. Finder der en realignment afsted, er det ikke selve paradigmet i organisationen der ændrer sig. I praksis vil det være svært at skelne mellem en realignment eller en transformation, men jo mere gennemgribende ændringerne berører antagelser og holdninger i virksomheden, desto mere vil ændringerne opfattes som transformation frem for justeringer. Ser man på dimensionen ”nature” i modellen indeholder dette niveau en incremental – en trinvis dimension og en ”big bang” dimension. Dette beskriver hvor mange og hvor hurtigt man implementerer ændringer i organisationen. Er det få ændringer over mange år, eller foretages der massive ændringer over få år. Niveauerne adaptation og reconstuction i modellen refererer begge til non-paradigmatiske forandringer, hvor adaption er ganske få ændringer, men reconstruction indeholder mange forandringer. Forskellen på de to niveauer er altså antallet af forandringer, hvor

reconstruction kan føre til mere fundamental transformation, hvis der er mange forandringer. Ved Evolution og revolution vil der begge steder være et paradigmeskifte, hvor revolution vil foregå mere voldsomt end en evolution. (Balugon mfl., 2008, pp.22-23)

4.2. Strategi og ledelse

Begrebet strategi, forstås og beskrives på rigtig mange måder. Johnson mfl. beskriver strategi som *“Strategy is the long term direction of an organization”*. Anthony og Govindarajan definerer strategi som *“a strategy describes the general direction in which an organization plans to move to attain its goals”*. (Anthony, 2007, p.56) Dette er en lineær proces, hvor man tenderer hen mod noget. (Johnson mfl, 2012, p.13). Et andet strategisyn, som bla. Mintzbergs syn på strategi er den emergente strategi, hvor strategien skabes ad hoc. Ofte ved gode ideer og muligheder der viser sig i praktikken. Denne skabes ofte i og af bunden af en organisation. Denne er en direkte modsætning til den rationelle klassiske strategiforståelse, men nogle gange vil man se begge typer af strategier på forskellige niveauer i virksomheden (Johnson mfl, 2012, p.14).

Psykiatrien er underlagt Regions Midtjyllands ledelse- og styringsgrundlag. I denne beskrives blandt andet, at ledelse skal baseres på værdier og tillid, mens faste administrative procedurer og regler skal begrænses mest muligt. Udgangspunktet er, at beslutninger skal træffes så decentralt som muligt, altså der hvor de ansatte møder og er i dialog med borgere og samarbejdspartnere (Ledelse- og styringsgrundlag RM, 2013, p.4) Lige så mangfoldige opgaverne er på et sygehus, lige så mangfoldigt er forståelsen for, hvad selve begrebet ledelse er, og hvad opgaverne går ud på. Da ledelse som begreb udføres i en hospitalsverden, hvor faglig ledelse er en del af ledelsen, beskrives denne efterfølgende ganske kort. Ledelse på et hospital har flere dimensioner. På den ene side har ledelsen en lang række generelle ledelsesopgaver, såsom styring af ressourcer og produktivitet og dermed personaleledelse og det overordnede strategiske ansvar. På den anden side er der også i en videns intensiv virksomhed en forventning om, at lederen er leder af faget med ansvar for kvaliteten af det faglige arbejde og for fagets udvikling. (Bendix mfl., 2012, p.55) Områder for ledere i et hospitalsmiljø, kan eksemplificeres med efterfølgende figur – *“Ledelsestrekanten”*:



Figur 6. Ledelsestrekanter (Bendixen mfl., 2012)

Meget tyder på, at der i disse år sker en tilnærmelse, eller visse steder en sammensmeltning mellem de faglige og generelle ledelsesopgaver. Som andre offentlige institutioner præges hospitalerne i dag i stigende grad af markedslignende styringsformer og ledelsestiltag inspireret af private virksomheder. Tænkningen af og forståelse af, hvad det vil sige at lede et hospital, eller en hospitalsafdeling, på mange måder bliver sammenlignet med ledelse af en privat virksomhed. Forskellen på at lede en privat og offentlig virksomhed er mindsket. (Bendix mfl., 2012, p.73) Erfaringer fra videns tunge offentlige organisationer viser dog, at det er svært at undvære den fagprofessionelle viden i ledelsen. Strategisk ledelse er at formulere og formidle en vision for virksomheden eller den enhed man leder, samt at lægge en strategi, der bevæger en virksomhed i retning af at realisere visionen. (Bendix mfl, 2012, p-97-100)

En visionær strategi, der ikke er knyttet til fremragende operationelle processer og styringsprocesser, kan ikke implementeres. (Norton mfl., 2009, p.14) En tydeligt formuleret vision, oversat til specifikke og entydige prioriteter, er central ingrediens, når man vil mobilisere en gruppe til at udrette store ting. Derimod kan manglen på et sådan fundament begrænse en gruppe dygtige medarbejderes potentiale og undergrave et ellers fremragende selskabs resultater (Kaplan, 2011, p. 47).

En vision er afgørende, men ikke nok i sig selv. Der er også brug for en specifik køreplan. En vision må ledes af et antal af topprioriteter, et overkommeligt antal der gør, at hvis de fastholdes, vil gøre

det muligt, at opfylde målsætningen. Nøgleprioriteter skal fortælle hvilke opgaver der skal løses til punkt og prikke for at realisere visionen. Ifølge Kaplan kræver udvikling af nøgleprioriteter store overvejelser. Det er let at opstille 15-20 prioriteter, men ifølge ham, er det det samme, som *ikke* at have nogle prioriteter. Det kan være svært, men der bør findes 3-5 prioriteter, hvorefter andre ligeledes er prioriteret som mindre vigtige. (Kaplan, 2011, p. 34.)

4.3. Balanced Scorecard (BSC)

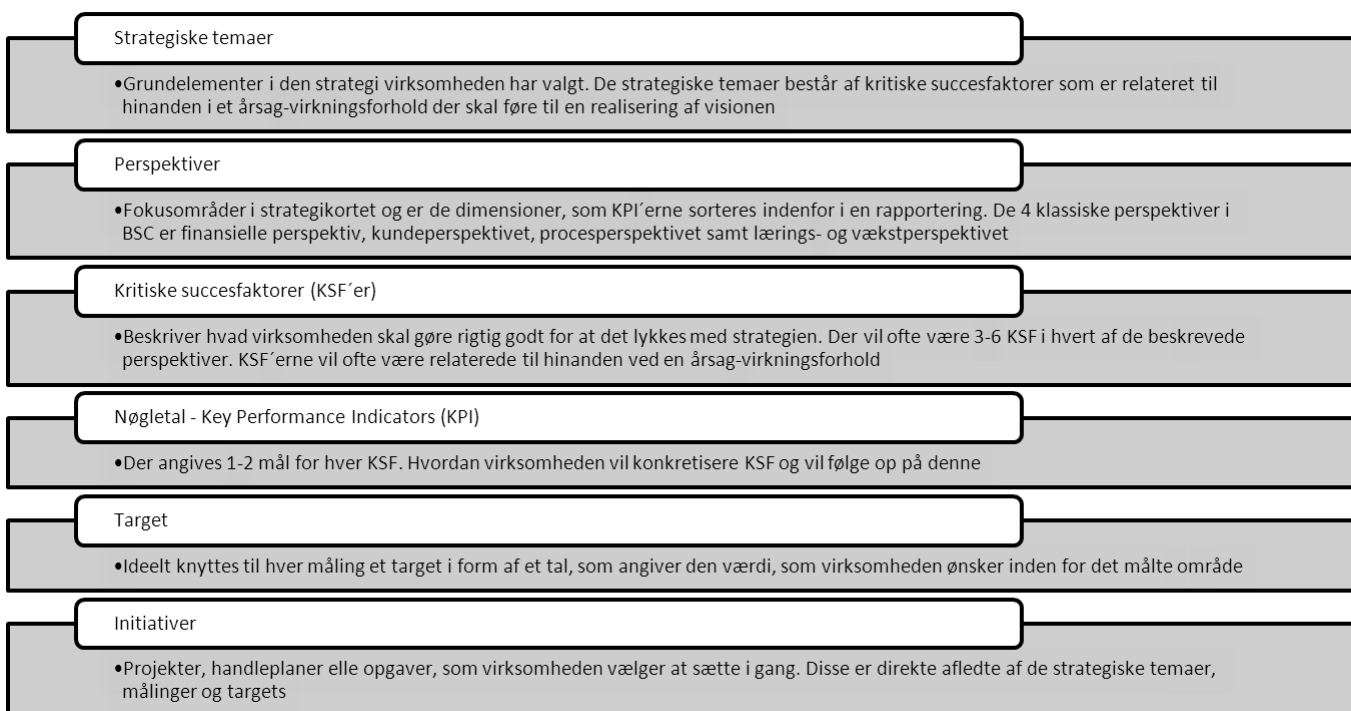
Ved Balanced Scorecard (BSC) bliver organisationer ifølge Norton, i stand til at koble strategi og drift sammen. Værktøjer kan hjælpe med, at kommunikere strategien både visuelt og kvantitativt. Det kan være med til at kaskadere strategien til de forskellige funktionsenheder, og det kan være med til at identificere og rationalisere initiativer til eksekvering af strategien. Endelig er det med BSC muligt, at koble de strategiske prioriteringer sammen med procesforbedringer og beslutninger som ressourcekapacitet og operationelle budgetter. (Norton mfl., 2009, p.315)

I nogle virksomheder bruges strategikort for i praksis at understøtte den strategiske ledelse. Metoden skal understøtte, at de strategiske udfordringer håndteres på en helhedsorienteret og sammenhængende måde. (Bendix mfl., 2012, p.97-100)

BSC har undergået en forvandling fra begyndelsen af 90'erne, fra at være et supplement til den traditionelle økonomistyring, til slut i 90'erne at blive præsenteret som et strategisk ledelsessystem. Nuværende er konceptet så meget videreudviklet, at metoderne bag konceptet er blevet fuldt integreret i økonomistyringsmodel og udgør nu en fleksibel ledelsesmodel, der kan anvendes i alle typer virksomheder (Bukh mfl., 2013 pp 9-10) Strategikortlægningen har til formål at gøre strategien operationel (Christensen og Bukh, 2013).

Overordnet set er der i strategiplanlægningen brug for at oversætte mission, vision og strategier til konkrete planer, budgetter og mål for de enkelte afdelinger. Reelt så det giver mening for den enkelte medarbejder. Dog ikke så det nødvendigvis skal omfatte mål for den enkelte medarbejder, men det er nødvendigt, at medarbejderens daglige aktiviteter og prioriteter er i overensstemmelse med strategien for virksomheden. (Bukh mfl., 2013 p.18)

For overskuelighedens skyld, er efterfølgende lavet en oversigt, der viser de forskellige grundbegreber i BSC, fra strategiske temaer i strategien, til initiativer der skal udføres, for at nå disse strategier.



Figur 7 Sammenfatning af grundbegreberne i BSC - frit efter (Bukh mfl., 2013 pp. 72-73)

Ved udarbejdelsen af BSC vil man tilstræbe, at knytte en indikator eller nøgletal (KPI) til hver kritisk succes faktor (KSF). Dette for det første et spørgsmål om at kunne følge op, men i lige grad en måde at præcisere den mere generelt formulerede KSF på. Princippet for, hvordan man fastlægger målinger (KPI'er), er ikke i sig selv knyttet til BSC som metode, men findes i litteraturen omkring marketing, service management osv. Det er en vigtig fase i selve strategiplanlægningen, at fastlægge de enkelte KPI'er. Hvordan adfærdspåvirkningen i organisationen vil være i forhold til de forskellige KPI'er og den incitament struktur de enkelte KPI'er giver anledning til, er ikke anderledes end hvis det var beskrevet i kvalitetsledelsessystemer, resultatkontrakter, budgetter eller bonusmodeller, men et område der skal tænkes ind i planlægningen. (Bukh mfl, 2013, pp. 83-84) Så vidt muligt bør også anvendes et target i form af ønsket niveau for den hvert KPI. (Bukh, 2013, p.71-73)

Hvis man har erfaring med resultatmålinger og ledelsesrapporteringer, er det relativt let at arbejde med KPI'er og targets. Det er grundlæggende et spørgsmål om ledelse og faglig indsigt, at kunne vælge de rigtige indsatser (Bukh mfl., 2013 p.87)

Som en tjekliste til at se om KPI'erne er gode og har de rigtige kvalitetskrav, kan bruges kriteriet, at målene skal være SMARTe. Akronymet beskriver **S**pecific, **M**easurable, **A**ttainable, **R**esult-oriented, **T**ime-bound, som betyder, at mål skal opfylde disse kriterier.

I praksis kan det være svært at opfylde alle kriterier på én gang, men en tjekliste kan anvendes når KPI'erne defineres. Nogle gange kan man vælge at bruge flere KPI'er til for hver KSF, for at sikre mening. Enten fordi den ene af KPI'erne har karakter af slutmål (lag-mål) og den anden har mere karakter af en indsatsmål (lead-mål). Eller fordi ulemperne ved den ene KPI kan overvejes af fordele ved den anden. Et lige så vigtigt arbejde med implementeringen, er at afklare, om strategien har den klarhed og de kvaliteter der gør, at den både kan og bør implementeres. (Bukh mfl, 2012 pp.99-100)

BSC fokuserer på fire perspektiver, der hver beskriver forskellige perspektiver i virksomheden.

- *Det finansielle perspektiv.* Beskriver resultater af strategien ved hjælp af velkendte metrikker som afkast, økonomisk værditilvækst, driftoverskud, omsætning pr ”kunde” og omkostning pr. produceret enhed. Resultatmålepunkterne på dette område, signalerer, hvorvidt strategien formår at levere håndgribelige resultater.
- *Kunde perspektivet.* Beskriver målepunkter for kunderesultater, så som kundetilfredshed. Beskriver hvordan virksomheden vil differentiere sig, set med kundens øjne.
- *Proces perspektiv.* Identificerer de få kritiske forretningsprocesser, der vil tilfredsstille kunde- og finansmålsætningerne. Strategikortet bør indeholde områder til forbedring af processer
- *Lærings –og vækst perspektiv.* Beskriver de opgaver(menneskelig kapital), systemer (informationskapital) og det klima (organisationskapital) der understøtter værdiskabelsesprocesserne. Tilsammen beskriver de, hvordan organisationen har tænkt sig, at implementere sin strategi. (Norton mfl., 2009, p.121-123)

Det er vigtigt, at nedbryde strategien til operationelle mål, som giver mening for de enkelte medarbejdere, så de kan rette fokus mod det der er vigtigt og relevant. Meningsskabelsen, at den enkelte medarbejder forstår og føler, at direktionens mål er relevante, er med til at bestemme medarbejderens commitment til målet, altså hvor stor en indsats den enkelte medarbejder er parat til at yde for at opnå et bestemt mål. De mest krævende mål kan kun nå hvis medarbejderne er committede. (Bukh mfl. 2013, p.97).

Den proces hvor man tager udgangspunkt i et samlet strategikort og bagefter udarbejder et strategikort for underordnede organisatoriske enheder eller støttefunktioner kaldes kaskadering. Her er tale om en proces, hvor strategikortene bringes ud i organisationen ved at konkretisere dels hvordan de underordnede enheder direkte bidrager til det overordnede strategikort, dels hvilke

særlige målsætninger de underordnede enheder arbejder ud fra. Når der er etableret et BSC på forretningsenheds- eller koncern niveau, kan det danne grundlag for at udvikle kort på afdelingsniveau. Typisk vil dette gøres på den måde, at man fastlægger målsætninger og strategi for hver enkelt afdeling inden for rammerne af KSF, mål og targets der er fastlagt i det overordnede styringsniveau.

På denne måde kan man skabe sammenhæng mellem præstationsmålings- og ledelsessystemer vertikalt og horisontalt. Man tilsigter at skabe konsistens og synergi på tværs af organisationen. KSF og KPI i den enkelte afdeling, eller afsnit behøver ikke være identiske med tilsvarende mål i det overordnede, det skal blot være relaterede dertil. (Bukh mfl. 2013, pp182-185)

Kaskadering af strategikort kan gøres på forskellig vis og litteraturen beskriver flere metoder. Bukh mfl. beskriver en generel anvendelig måde. Her tages udgangspunkt i, at man kan arve nogle KSF'er, KPI'er, targets og indsatser fra det overliggende strategikort, mens man tilsidesætter andre og tilføjer nye. (Bukh mfl, 2013, p.193).

Man tilsigter at skabe konsistens og synergi på tværs af organisationen. KSF og KPI i den enkelte afdeling, eller afsnit behøver ikke være identiske med tilsvarende mål i det overordnede, det skal blot være relaterede dertil. (Bukh mfl. 2013, pp182-185)

Strategi, ledelsesprincipper og økonomistyring hæger sammen. (Bukh mfl,2013, p.64) Ifølge Bukh mfl, så er en af årsagerne til, at BSC har vundet så stor udbredelse herhjemme og i udlandet, at de metoder og teknikker dom omfattes heraf, netop har til formål at forankre økonomistyringen i strategi – eller omvendt gøre økonomistyringen strategisk. (Bukh mfl, 2013, p.18)

5. Virksomhedsgrundlag

Selve ledelsesgrundlaget er beskrevet, for at give læseren et indblik i grundlaget for virksomhedens styring og for at forstå de strukturer en strategi skal spredes i. Grundlaget bygger helt overordnet på Regionens Midtjyllands ledelse- og styringsgrundlag. Der udarbejdes lokale virksomhedsgrundlag, som danner grundlag for opgaveløsningen i de enkelte enheder.(Ledelses- og styringsgrundlag, Region Midtjylland)

Psykatri og Social tilstræber en overskuelig ledelsesstruktur, hvor beslutningskompetencen i videst mulig grad delegeres til de enkelte enheder, og hvor der er et tæt samspil mellem de respektive

ledelseslag. Ledelsessystemet i Psykiatrien består af tre ledelsesniveauer; Psykiatri- og Socialledelsen (PSL), afdelingsledere (AL) og funktionsledere (FL).

PSL er sammensat af fire personer bestående af en direktør, en cheflæge, en chefsygeplejerske og en socialchef. PSL varetager den overordnede ledelsesopgave for behandlingspsykiatrien og de regionale sociale tilbud. PSL refererer til direktionen.

AL i behandlingspsykiatrien består af alle afdelingsledelser – for både kliniske og ikke kliniske afdelinger - og refererer til Psykiatri- og Socialledelsen. En afdelingsledelse i en klinisk afdeling består overvejende af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske. AL forestår den overordnede ledelse i et samarbejde og er forpligtet til i videst muligt omfang at opnå enighed om beslutninger om afdelingens funktion. AL har ansvar for at lede afdelingen inden for den ramme, der er givet af Region Midtjylland, PSL og i overensstemmelse med de overordnede værdier, mål og strategier. AL har det overordnede faglige, økonomiske, aktivitetsmæssige og personalemæssige ansvar for afdelingen. AL indgår i den tværorganisatoriske og overordnede ledelse og udvikling af Psykiatri og Social som en del af afdelingsledelseskredsen og er dermed ansvarlig for at bidrage til fælles strategier for hele Psykiatri og Social. FL i behandlingspsykiatrien refererer til afdelingsledelsen. FL på de kliniske afdelinger tilpasses de lokale forhold i det pågældende afsnit/afdeling, men består typisk af en afdelingssygeplejerske og en overlæge. (Ledelsesgrundlag Psykiatri og Social, 2014)

Psykiatri og socialledelsen afholder 11 gange årligt afdelingsmøder sammen med afdelingslederne. (Koncept for AL møder, 2013)

Psykiatri og socialledelsen holder derudover to årlige dialogmøder mellem PSL og de enkelte AL. Dialogmaterialet indeholder information vedrørende økonomi, aktivitet, sygefravær, kvalitet med videre. Det er op til de lokale behandlingsenheder, hvordan den videre formidling er organiseret. I Regionspsykiatrien Vest afholdes to gange årligt lokale dialogmøder mellem AL og FL, ligeledes vedrørende økonomi, aktivitet, sygefravær og kvalitet. Fra funktionslederne og ned i resten af organisationen findes ikke noget fælles redskab.

5.1. Værdier, Vision, Mission, Strategier

Psykiatriens lokale virksomhedsgrundlag er nærmere konkretiseret i psykiatriens egen retningslinje ”Virksomhedsgrundlag for Psykiatri og Social” Her er beskrevet mission, værdier og vision:

Mission: Psykiatri og Social skal bidrage til at fremme sundhed, trivsel og generel velfærd hos borgere i Region Midtjylland med svær psykisk sygdom og med betydeligt nedsat fysisk, psykisk eller social funktionsevne.

Værdier: Psykiatri og Social vil være kendt for, at opgaverne løses i lyset af Region Midtjyllands tre grundlæggende værdier: Dialog - Dygtighed – Dristighed. (Virksomhedsgrundlag for Psykiatri og Social, 2014)

Vision: I Psykiatrien arbejdes der som led i Psykiatriplanen med følgende hovedvision: ”*Bedre behandling og længere liv til flere med psykisk sygdom*” (Virksomhedsgrundlag for Psykiatri og Social, 2014)

Strategier: For at realisere mission og vision skal Psykiatri i de kommende år have særlig opmærksomhed på følgende strategier:

Bedre behandling:

- Hovedaktør i eget liv
- Styrkelse af den faglige kvalitet
- Bedre sikkerhed for patienter, personale og samfund
- Fortsat specialisering af psykiatriens ydelser
- Mere kliniknær forskning

Længere liv:

- Nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom
- Forstærket integration og samarbejde mellem psykiatri og somatik

Til flere med psykisk sygdom:

- Psykiatrien i det hele sundhedsvæsen
- Øget produktivitet og effektivitet i psykiatrien

I 2014 vil der som led i arbejdet med Psykiatriplanen være særlig fokus på ’akkreditering’, ’udrednings- og behandlingsret’, ’effektivisering af patientforløb med henblik på levering af ekstra ydelser’ og på ’sikkerhed’.

I Psykiatriplanen udmøntes hovedvisionen og er derfor et særdeles vigtigt dokument for organisationen psykiatrien.

6. Analyse og delkonklusioner

Dette afsnit, vil med baggrund i empiri og teori analysere på tidligere beskrevet udvalgte områder, for at afdække Psykiatriplanens oplevelse generelt i organisationen.

Da empirien udspringer fra henholdsvis et spørgeskema samt interview, vil analysen være med input fra begge dele. Analysen vil ligeledes blive koblet på teori, som bekræftet i teoriafsnittet. Analysen vil belyse graden af forandringen i Psykiatrien for at synliggøre, udviklingen virksomheden befinder sig i. Derefter analyseres kulturens betydning i organisationen. Strategi og ledelsesforståelsens betydning for virksomheden og selve indholdet af strategiplanerne. Endeligt vil strategikort blive analyseret med fokus på 3 konkrete indsatser fra planen, for at synliggøre, om strategikort er anvendelig som konkret redskab til implementering i Psykiatrien. Under hvert analyse område, uddrages delkonklusioner, som senere vil blive anvendt til den samlede konklusion.

6.1. Kulturens og forandringsgradens betydning på psykiatriplanen

I dette afsnit analyseres begrebet kultur og dennes indflydelse på organisationen og psykiatriens tilgang til specialet og fagligheden. Slutteligt vil afsnittet afsluttes med en delkonklusion i forhold til betydning for Psykiatriplanen.

Psykiatrien en ung organisation. Tilgangen til faget har været præget af den enkeltes klinikers erfaringer og ikke så meget på forskning og ensartethed. Den mere individuelle faglige tilgang fra behandler og en vurdering af den enkelte patient i opfattelsen af, at alle patienter er forskellige:

”Når vi snakker menneskelig psyke og 5 mia. hjerneceller og der også er 5 mia. hjerneceller hos behandleren, så er der altså nogle ting der skal være sammenkørt for at det passer sammen. Det der har været psykiatriens helt store kendetegn har været, at vi har været i stand til at variere individuelt, fordi alle vores patienter er så forskellige.”¹⁴

Kulturen har været bærende i organisationen og opleves som værende af stor betydning

¹⁴ Udtalelse, interview, kliniker - læge

”Der hvor det gør ondt er jo i kulturen, det er jo i sjælene - de der medarbejdere, der skal erkende, at det vi gjorde i går, det synes vi i dag var dårligt, og det var faktisk godt i går, det var faktisk meget bedre end i sidste uge. Men det glemmer man hele tiden, og derfor gør det så skide ondt, hver gang man skal lave de der forandringer, som kommer udefra og som ikke kommer af ens egen gode ide til ændringen. Udfordringerne i at skulle implementere noget på tværs, når vi har flere matrikler, det er jo helt klart kulturforskellene.”¹⁵

I teoriafsnittet er vigtigheden i, at have fokus på kulturen og sammenhængen mellem denne og strategi beskrevet. Det beskrives, at kulturen er firmaets ”lim” som binder medarbejderne sammen om noget taget for givet. Ved taget for givet dermed også forventninger til hvordan arbejdet skal tilrettelægges og hvordan psykiatrien bør/skal agere alene ud fra noget man ”plejer at gøre”. De tre kulturniveauer som karakteriseres som henholdsvis *artefakter*, *synlige værdier* og *grundlæggende antagelser* er beskrevet i teoriafsnittet, som indbyrdes forbundne og som påvirkende hinanden. Artefakterne som det synlige univers. Værdier som udtrykt i psykiatriens værdigrundlag. Værdierne fungerer på et bevidst plan, og bliver som udgangspunkt udtryk for den måde, hvorpå de forstår og handler ud fra medarbejdernes grundlæggende antagelser. Grundlæggende antagelser er som tidligere skrevet kernen i en gruppes kultur, dens mønster af fælles, ”taget-for-givet”. Grundlæggende antagelser har altså en særligt karakteriseret ved, at de ofte bliver så ”selvfølgelige” indenfor kulturen, at de bliver ubevidste for organisationsmedlemmerne selv. Det er i teoriafsnittet beskrevet, at magt skabes i kulturen i forbindelse med denne psykologiske proces af ”selvfølgelighed”. Kultur drejer sig derfor også om magt, hvilket er væsentlig at fokusere på i en organisation, hvor faglighed og viden skaber magt.

Det virker som om der er stor forskel på hvad den øverste ledelse og de operationelles udførende led oplever i forhold til strategier og hvilken vej Psykiatrien er på vej hen – og skal i retning af. Dette kan jo ifølge Johnson have fatal betydning for udviklingen. Den øverste ledelse ser ikke det betyder noget, at den enkelte medarbejder kender til strategierne, ligesom afdelingsledelsen ej heller ser dette som en nødvendighed.

”Det gør måske heller ikke så meget, at det brede personale ikke hver morgen tænker ”Psykiatriplan – Yes”, fordi det er jo sådan set os som ledelse og afdelingsledelse, som jo er dem, der skal tage udgangspunkt og sige, at nu er det det her, vi skal

¹⁵ Udtalelse, interview, afdelingsledelsen

beskæftige os med, og så tænker jeg, at det er vel der, styrken skal ligge. Fordi, i det daglige arbejde tror jeg, at den enkelte medarbejder tænker, jeg skal tage mig af den her patient, og det er nok en udmærket arbejdsfordeling”¹⁶

”Er det en del af implementeringen, det at vide, at det står i psykiatriplanen?”¹⁷

”Jeg oplever, at det foregår på DJØF plan og der arbejdes temmelig intensivt med dette.”¹⁸

Som beskrevet tidligere i afhandlingen, så har psykiatriens oplevelse af kulturen og tilgangen til speciale været anderledes end f.eks. somatikens. Sættes psykiatriens områder ind i figuren ”The culture web” (Johnson m.fl, 2007, pp.96), som beskrevet i teoriafsnittet, ligner den kulturelle baggrund og måske nuværende aktuelle situation, paradigmet symbolismen, hvor kulturen er et mønster af socialt skabte symboler og meningsdannelse og hvor organisationen er et menneskeligt system, der udtrykker komplekse mønstre af symbolske handlinger.



Figur 8 The Culture Web, med Schulz's kultur organisationsforståelse som paradigme i centrum. Psykiatrisk paradigme. (Egen fortolkning af Culture Web og Schults organisationsforståelse)

¹⁶ Udtalelse, interview, Psykiatri - og Socialledelsen

¹⁷ Udtalelse, interview, afdelingsledelsen Regionspsykiatrien Vest

¹⁸ Udtalelse, interview, klinker – læge

Oplevelser som mange peger på nuværende, kunne tyde på at psykiatrien er på vej mod, eller befinder sig i et andet paradigme end symbolisme og at dette paradigme er historisk med alle de områder der er i opbrud, som vist i figuren. Noget kunne tyde på at man nærmere befinder sig i rationalisme, hvor organisationen bliver et mål til effektiv målopfyldelse (Se figur 3, p.17). For at få et indblik i, hvor stor forandringen er og på hvor mange områder forandringen påvirker organisationen bruges figuren ”Type of change” af Balogun som beskrevet i teoriafsnittet (Se figur 5. p.20). Dette beskriver hvor mange og hvor hurtigt man implementerer ændringer i organisationen. Er det få ændringer over mange år, eller foretages der massive ændringer over få år. Det vurderes, at der nuværende finder en revolution afsted i forhold til mængden af ændringer og med den hastighed de implementeres på.

I hele organisationen opleves massive ændringer. Et eksempel fra afdelingsledelsen:

Og så er der rigtig mange ting på én gang, som også er en stor udfordring. Hver gang man tror... Det bliver så tit sagt, at vi har meget fokus på, vi er meget opmærksomme på, det er vel lige præcis det vi fokuserer på i øjeblikket, men der er altså ingen af os, der er fluer – vi har kun to øjne i hovedet, og vi kan kun fokusere ét sted. Og så skifter man hele tiden, og i virkeligheden har vi ikke fokus på noget som helst, ikke rigtigt, sådan hvis vi skal være grove.¹⁹

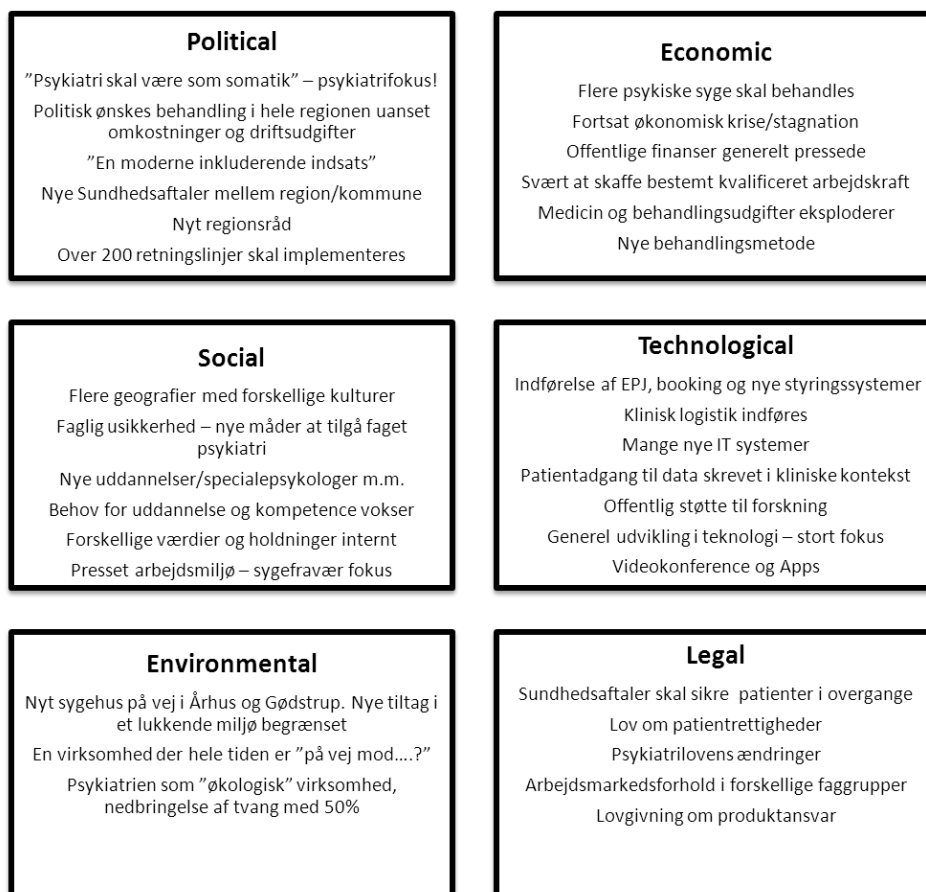
Set i relation til tidligere beskrevne kulturparadigmeskifte og med den store mængde af ændringer og med den hastighed disse vælter ind over psykiatrien, giver det igen anledning til, at opfatte psykiatrien, som værende i midt en revolution.

”Lige i øjeblikket rammes vi af så mange forandringstiltag, at det er umuligt. Vi er ikke SAS – og vi er ikke i konkurrence med Ryanair.”²⁰

En måde at synliggøre på hvor mange områder der nuværende skabes forandringer på, er at laves en PESTEL (Political, economic, social, technological, enviremental and legal)analyse, som giver et overblik over de makroudfordringer organisation står i.

¹⁹ Udtalelse, interview, afdelingsledelsen

²⁰ Udtalelse, interview, kliniker - læge



Figur 9. PESTEL Framework af makromæssige udfordringer for psykiatrien. Frit efter (Johnson mfl. 2012, p.22)

Stort set alle områder der er nævnt, er nye for psykiatrien, hvilket afspejler en stor mængde af områder der skal arbejdes med og hvor der er brug for, at strukturere og prioritere i implementeringen. Alene ved gennemgang af ovenstående PESTEL, virker mængden voldsomt.

6.1.1. Delkonklusion Kulturens og forandringsgradens betydning på psykiatriplanen

Nuværende peger fokus omkring arbejdet med produktivitet, specialisering, indførelse af behandlingspakker m.m. for at fokusere på ensartethed på, at et paradigmeskifte er i gang. Fra symbolismen som illustreret og beskrevet i figuren tidligere, til rationalismen.

Det vigtigt, at ledelse på alle niveauer er mere fokuseret på, hvad dette paradigmeskifte har af betydning for alle medarbejderne, og ikke fastholder visioner og strategier alene på det ledelsesmæssige plan. Det skal og bør være et fokusområde i de operationelle led også. Synligheden af de grundlæggende antagelsers og et arbejde for at ændre disse, har en stor betydning for, hvad selve udførelsen af psykiatri er, hvordan det opleves og hvordan og hvilken retning der ønskes i organisationen. Grundlæggende antagelse er så selvfølgelig og besidder i den forbindelse en stor grad af iboende magt. Det er derfor vigtigt, at visioner og strategier og en ændring der foregår på

det strategiske niveau, ikke alene drøftes og italesættes i dele af organisationen hvor der er ledere, eller ”på DJØF plan”, som en af klinikerne udtrykker det, men i den grad også bør være et stykke arbejde der foregår i de operationelle led – ved klinikerne.

Mængden af de makromæssige udfordringer der skal implementeres i virksomheden er som beskrevet enorme, ligesom graden af forandring teoretisk, kan beskrives svarende til en revolution. Orden revolution alene lyder i sig selv voldsomt og indikerer graden af oplevelsen for nogle. Ikke alt lader sig gøre at gøre på en gang og der er brug for, at der skabes et overblik i organisationen på alle de mange områder der skal arbejdes med. Psykiatriplanens udførende del – hvor strategiernes handlingsplaner er beskrevne er simpelthen ikke konkrete nok til anvendelse ned i organisationen. Om det har været meningen er ikke tydeligt, men der er alt for mange og de er ikke prioriteret, hvilket i hele organisationen kommer til at virke massivt udfordrende og som en umulig opgave.

Ved at gøre kulturen observerbar bliver det synligt, at de enkelte afdelinger opleves – og oplever sig selv, som forskellige, og dermed også har en forskellig tilgang til disse områder.

Analysens illustrerer i hvor stor en grad forandringen finder sted. Med forskellig kultur – og forskellige historier i organisationen, er der forskellige erfaringer på forskellige områder. Dermed også forskellige ressourcer og fokusområder. Det er oplevelsen via interview og spørgeskemaundersøgelsen, at man er meget bevidst om disse forskelligheder. Derimod er det ikke særlig tydeligt, at disse forskelligheder bruges konstruktivt og positivt i implementeringen af Psykiatriplanen i hele organisationen til at skabe en fælles forståelse – en fælles historie og oplevelse af Psykiatrien som ”vores” virksomhed. Der bør findes et fælles redskab, et redskab til at skabe fælles kultur i det nye paradigme og den fælles historie midt i en revolution.

6.2. Strategi og ledelsesstrukturens betydning for implementering af Psykiatriplanen

I dette afsnit analyseres først hvordan forskellige led i organisationen oplever begreberne strategi og ledelse. Dette med udgangspunkt i udtalelser fra interviews og inddragelse af resultater fra spørgeskemaundersøgelsen. Slutteligt vil en delkonklusion i forhold til oplevelsen af strategi og ledelse med fokusområderne kvalitet, specialisering og effektivisering i Psykiatriplanen være beskrevet.

I teoriafsnittet beskriver strategi, bla. som *“Strategi is the long term direction of an organization”*. I denne forståelsesramme er strategi noget psykiatrien skal hen imod. Der er altså nogle der skal flytte sig fra et sted til et andet. Denne klassiske forståelse af strategi, ses i måden psykiatrien har

grebet strategi an på. Strategier er i denne optik udviklet via en rationel og analytisk proces og ofte dannet af topledelsen. Dette er en lineær proces, hvor man tenderer hen mod noget. Strategi i denne forståelse, må også betyde, at man går fra et perspektiv til et andet. I denne forandringsproces som Psykiatrien er i gang med, giver det mening, at se på udfordringerne ved denne strategiske ændring.

For at lave strategiske ændringer skal der også være nogle mennesker der arbejder med dette.

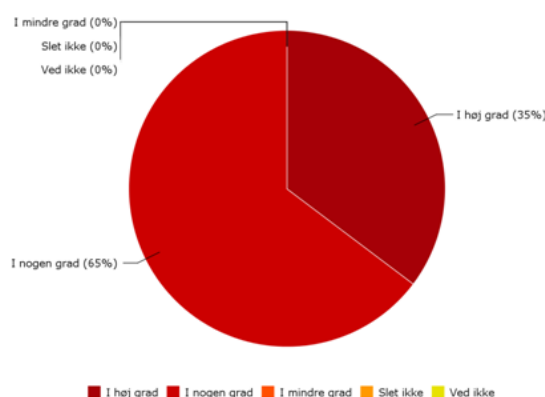
”Ledelsestrekanten” som beskrives i teoriafsnittet, (se figur 6, p. 22) indeholder fire former for ledelse. Strategisk, administrativ, personalemæssig og faglig ledelse. Som det ligeledes beskrives i teoriafsnittet, tyder meget på, at der i disse år sker en tilnærmelse, eller visse steder en sammensmeltning mellem de faglige og generelle ledelsesopgaver. Som andre offentlige institutioner præges psykiatrien i dag i stigende grad af markedslignende styringsformer og ledelsestiltag inspireret af private virksomheder. Tænkningen af og forståelse af, hvad det vil sige at lede et sygehus som psykiatrien, bliver på mange måder sammenlignet med ledelse af en privat virksomhed. Forskellen på at lede en privat og offentlig virksomhed bliver måske mindsket. Erfaringer fra offentlige organisationer viser dog, som det også er beskrevet i teoriafsnittet, at det er svært at undvære den fagprofessionelle viden i en ledelse. Strategisk ledelse hvor der formuleres og formidles en vision for virksomheden samt, hvor der lægges en strategi, der f.eks. bevæger psykiatrien i retning af at realisere visionen skal gerne hænge sammen med de andre ledelsesområder. Men hvad nu hvis dele af ledelsen kun er interesseret i enkelte dele af ledelsesspektret, enkelte dele af den beskrevne ledelsestrekant. Hvis f.eks. lægerne kun er interesseret i den faglige ledelse, og andre er interesseret i den personalemæssige og administrative, men ikke så meget i den faglige, hvordan sikrer man så, at vision og strategi implementeres. Får man så en organisation der faktisk direkte modarbejder hinanden?

Det er beskrevet under teori, at en visionær strategi, der ikke er knyttet til fremragende operationelle processer og styringsprocesser, kan ikke implementeres.

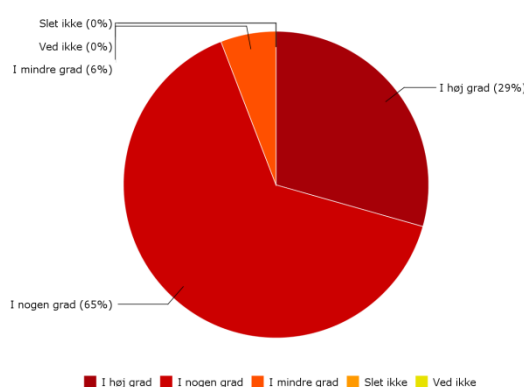
Det er også beskrevet, at en tydeligt formuleret vision, oversat til specifikke og entydige prioriteter, er central ingrediens, når man vil mobilisere en gruppe til at udrette store ting. Derimod kan manglen på et sådan fundament begrænse en gruppe dygtige medarbejderes potentiale og undergrave et ellers fremragende selskabs resultater. Fundamentet – eller mangel på dette, kan illustreres med følgende citat fra klinikken, fra interview, hvor en læge udtaler sig:

”Det er der rigtig mange der tænker – det her kan ikke lade sig gøre. Vores allermest uddannede læger har givet op – og siger – det der, det kan ikke lade sig gøre.”²¹

Hvis det er vigtigt, at strategi bør være knyttet til operationelle processer og oversat til entydige prioriteter, vil det være væsentligt at se på, hvorvidt strategierne er kendte og anvendes. Der hvor strategierne skal ud i organisationen og være operationelle. Spørgeskemaundersøgelsen leverer lidt svar. På spørgsmål om hvorvidt afdelingsledelserne kender Psykiatriplanen svarer 35 % i høj grad og 65 % i nogen grad.



Alle afdelingsledelser der har svaret oplever altså at kende Psykiatriplanen i høj grad eller i nogen grad. På spørgsmål, om de kender strategier og handlingsplaner så godt, at de anvendes i den daglige ledelse, er svaret, at 29 % i høj grad gør dette, 65 % i nogen grad, mens 6 % svarer, at det gør de i mindre grad.



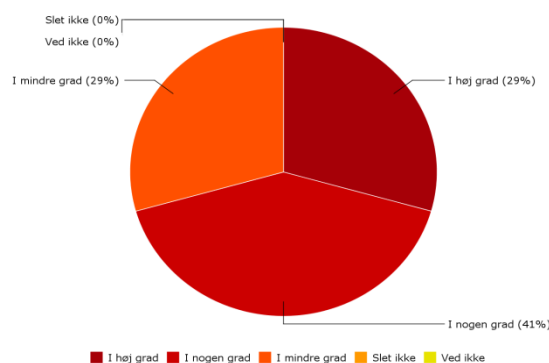
Der er altså en oplevelse på afdelingsledelsesniveau, at de fleste kender strategier så godt, at de i nogen grad eller høj grad, anvendes i den daglige ledelse. Dog mener 6 % kun dette er tilfældet i mindre grad.

²¹ Udtalelse, interview, kliniker - læge

På niveauet lidt længere nede i organisationens operationelle enheder, nemlig på funktionslederniveau, svarer afdelingsledelserne lidt anderledes. 29 % af afdelingsledelserne oplever at funktionslederne i høj grad er bekendte med Psykiatriplanen, 41 % i nogen grad, og 29 % i mindre grad. To udtalelse fra interview med funktionsledere giver et supplement til kendskabet af Psykiatriplanen:

”Jeg aner ikke, hvad der står i den.”²²

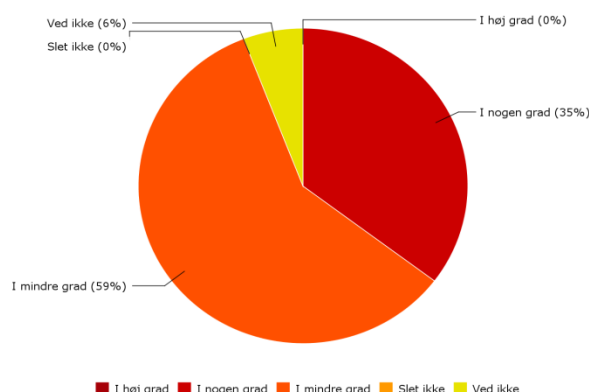
”Jamen, vi har vel haft noget af det på, på ledermøderne, hvor altså det her ”Bedre liv til flere”, var jeg lige ved at sige – det hedder det ikke. Altså at vi har de her psykisk syge, som lever kortere end andre, og det arbejder vi med, at vi skal sætte ind overfor, så hele det her KRAM-halløjsa der har været sat fokus på er affødt af det. Det at man her i Region Midt har besluttet, at man skulle se alle patienter, tænker jeg også er affødt af det og ikke kun det der med, at de lever kortere, men også mere behandling til flere, og hele den snak omkring effektivisering, og at de enkelte behandlere skal se flere, end de gør nu. Vi skal afslutte flere og vi skal afslutte før.”²³



Hvis man ser på det sidste led i organisationens operationelle led, om klinikerne kender Psykiatriplanen, er billedet et andet. Adspurgt mener afdelingsledelsen, at 35 % at klinikerne kender den i nogen grad, 59 %, at det er i mindre grad og 6 % ved det ikke. Ingen mener klinikerne kender den i høj grad.

²² Interview, udtalelse funktionsleder

²³ Interview, udtalelse funktionsleder



Dette billede svarer meget godt overens, med udtalelse fra kliniker i interview:

”Jeg oplever, at det foregår på Djøf plan og der arbejdes temmelig intensivt med dette.”²⁴

Samt ligeledes den øverste ledelses opfattelse:

”..det gør måske heller ikke så meget, at det brede personale ikke hver morgen tænker ”Psykiatriplan – Yes”, fordi det er jo sådan set os som ledelse og afdelingsledelse, som jo er dem, der skal tage udgangspunkt og sige, at nu er det det her, vi skal beskæftige os med, og så tænker jeg, at det er vel der, styrken skal ligge”²⁵

Som beskrevet under teori er en vision afgørende, men ikke nok i sig selv. Der er brug for en specifik køreplan samt en prioritering af et overkommeligt antal indsatser, der gør, at hvis de fastholdes, vil gøre det muligt, at opfylde målsætningen. I psykiatriplanen er der 12 indsatområder, med hver 3-4 strategier – altså hele 36 til 48 strategier. Hver strategi med tilhørende 3-5 handleplaner, i alt altså sammenlagt mellem 108 og 240 handleplaner. Der er i Psykiatriplanen ikke lavet prioriteringer af områder der skal sættes mere fokus på end andre. Der er ikke lavet en synlig proces for tid og der er ikke opstillet mål for, hvornår strategierne og handleplanerne er udførte. Ledelse i forhold til dette bliver derfor vanskeliggjort.

Ifølge Kaplan vil denne manglende prioritering betyde, at man kan have svært ved at implementere strategierne. Psykiatri og Socialledelsen er opmærksomme på dette:

”.... det er noget af det, vi snakker en del om for tiden, det er det der projektforstoppelse. Jeg er ikke altid sikker på, at vi er dårlige til at implementere,

²⁴ Udtalelse, interview, kliniker - læge

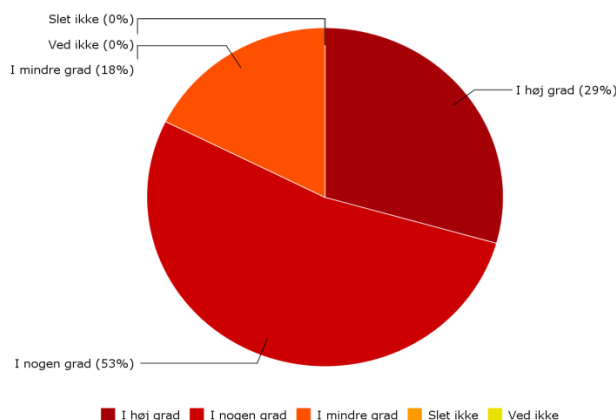
²⁵ Udtalelse, interview, Psykiatri- og Socialledelsen

men problemet er, at vi vil implementere alt for meget på alt for kort tid, og så maser vi, og så kan afdelingerne, de enkelte enheder og de enkelte afsnit have svært ved at kapere alt det, der kommer, fordi de skal jo også passe patienterne. Så bliver det nemt sådan noget med, at så tager man så det, der presser sig mest på, og så er der noget andet, der må vente.”²⁶

Omkring implementeringen af Psykiatriplanen, udtaler en kliniker:

”Når man bevæger sig ud i behandler ledet, så opleves det mere som noget uvedkommende der bliver ved med at blive presset ind. Uden egentlig hensynstagen til, om det er fornuftigt, eller giver god mening. Meget af det opleves som latent tidsspilde. På den måde opleves det oftest som en belastning. Og det syntes jeg alt andet lige er trist. Hvis man har nogle gode visioner, så burde de kunne sælges, mange af tingene virker modsat.”²⁷

Det er altså tydeligt, at klinikerne her ikke mener det er noget nærværende der giver mening og fornuft. På spørgsmål om afdelingsledelsen er bevidste om, når de anvender områder fra Psykiatriplanen i sit arbejde i Psykiatrien, svarer 18 % i mindre grad og 53 % i nogen grad. 29 % mener i høj grad.

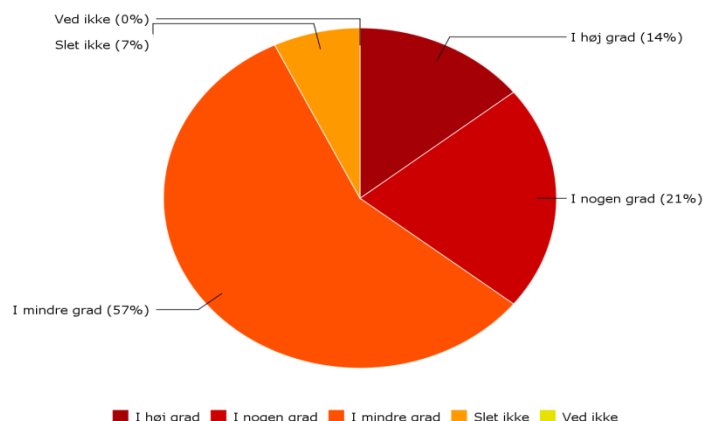


Der er forskellig opfattelse af, hvordan man på tværs i virksomheden på afdelingsledelses niveau oplever, at der er en fælles måde at implementere på og ligeledes, om man reelt ønsker dette. På

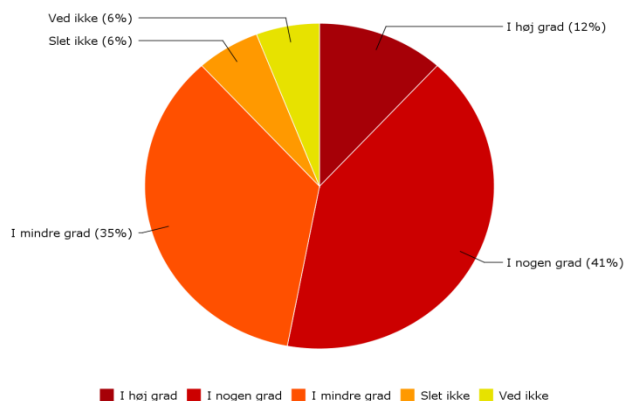
²⁶ Udtalelse, interview, Psykiatri og socialledelsen

²⁷ Udtalelse, Interview, kliniker - læge

spørgsmålet om specialisering af psykiatriens ydelser og oplevelsen af, om man har et fælles værktøj til at implementere dette, svarer afdelingsledelsen 14 % i høj grad, 21 % i nogen grad, 57 % i mindre grad og 7 % slet ikke.



64 % mener altså, ifølge afdelingsledelsen, i nogen grad eller slet ikke, at der er et fælles værktøj for implementering er strategierne. På spørgsmålet om, afdelingsledelsen kunne tænke sig, et fælles værktøj til, f.eks at implementere områder som specialisering af psykiatriens ydelser, svarer 6 % slet ikke, 35 % i mindre grad. 41 % svarer i nogen grad og 12 % svarer i høj grad. 6 % ved ikke.



Næsten 2/3 mener altså ikke, at man har et fælles værktøj og over halvdelen af afdelingsledelserne kunne dog i nogen grad eller i høj grad tænke sig, netop et fælles implementeringsværktøj. Det er konstateret, at det for flertallet, kunne være ønskeligt med et fælles redskab. Af de udtalelser der kommer i forhold til områder som kvalitet, specialisering og effektivitet, er det tydeligt, at der er forskel på de forskellige niveauer i organisationen. Dette illustreret med et par udtalelser:

”Jeg ved ikke, om det er rigtigt, at psykiatriske patienter ikke vil flytte sig. Jeg tror, at det kommer lidt an på, hvordan... Jeg kan godt se, at hvis det er noget med, at de skal

flytte sig til et behandlingsforløb med 20 besøg, og de skal køre 100 km hver vej, så kommer de aldrig frem.....Jeg tror faktisk ikke, at der er nogen, der rigtigt ved, hvordan psykiatriske patienter ville reagere i den situation.”²⁸

”Det er jo spørgsmålet om det er patienterne eller os der skal være mobile, eller hvordan vi skal møde patienterne. Det er klart at en agorafobisk angstpatient, som sidder ude i Thyborøn og skal til en højt specialiseret funktion i Aarhus, men kan ikke komme hjemmefra, og det kan de ikke og det kommer de ikke. Så på den måde bliver det jo et svigt, og da er det da en udfordring, hvis der skal køres så langt”²⁹

”Det giver ikke mening heller, at man flytter så komplicerede dårlige mennesker rundt. Det giver ingen mening. Det man gør nu, det er man sørger for, at 1/3 del af patienterne de vil udeblive fra behandlingstilbuddet – dem der bliver væk, det er dem der er allermest dårlige. Så har man designet et system, hvor man hjælper mange og kynisk forholder sig til, at der er nogle man ikke kan hjælpe og de må klare sig selv. Hvis man vil slagte grise så er det noget andet – men vi skal hjælpe mennesker”³⁰

Ambivalensen i forhold til om man ønsker, et fælles værktøj, eller en ens måde at gøre tingene på, afspejles i nedenstående citat:

*”På den ene side, så har jeg set hvor meget bøvls det giver, når vi har fulgt den dér, at der er behov for forskellighed, at der er behov for at tage højde for og hensyn til at der er forskellige vilkår. For det er medvirkende til, at vilkårene bliver ved med at være forskellige, og at de faktisk strækker sig fra hinanden, og hver gang der så kommer noget nyt, så er det dobbelt bøvl at få implementeret, fordi det skal implementeres i noget, der er meget forskelligt. Og grundvilkårene ender med at være så forskellige, at det er rigtig, rigtig svært at få det til at ligne én afdeling. På den anden side, så har jeg det sådan, at jeg helst vil have lov til, at det skal være forskelligt, men det skal bare være forskelligt på min måde, helt lige som alle de andre vil, og så bliver det træls, for alle de andre vil ikke min måde... Så der er ambivalensen, ikk?”*³¹

²⁸ Udtalelse, interview, Psykiatri- og Socialledelsen

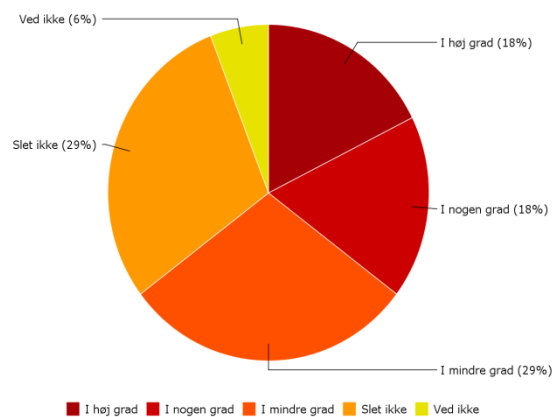
²⁹ Udtalelse, interview, afdelingsledelse

³⁰ Udtalelse, interview, kliniker - læge

³¹ Udtalelse, interview, afdelingsledelse

På baggrund af konstateringen af, at flertallet ønsker et fælles værktøj, og nogle er ambivalente omkring dette, analyseres i efterfølgende afsnit et konkret værktøj, der medtager selve implementeringen af visionen, strategierne og handleplanerne.

Afdelingsledelserne er også i spørgeskemaet blevet spurgt om, i hvilken grad de kender BSC som redskab til implementering. 36 % svarer i høj grad eller i nogen grad. 58 % svarer i mindre grad eller slet ikke. 6 % ved ikke.



6.2.1. Delkonklusion Strategi og ledelsesstrukturens betydning for implementering af Psykiatriplanen

Kvalitet, produktivitet og specialisering opleves forskelligt i de forskellige led i organisationen. Der er ikke en synlig oplevelse på de forskellige ledelsesniveauer af, at strategier bør være kendt i de operationelle led. Det er på det operationelle led ikke synligt kendt, hvad strategierne beskriver og dermed kender det operationelle niveau ikke baggrunden for den vej de skal bevæge sig i psykiatrien. Oplevelsen af værdierne fra top af organisation til det udførende led er ganske forskelligt, faktisk vist i flere udtalelser er direkte modsatrettede.

Alle afdelingsledelser oplever at kende strategierne og en del oplever også at disse anvendes i den daglige ledelse. Et flertal af afdelingsledelserne mener de er bevidste om, når de anvender områder fra Psykiatriplanen i sit arbejde i Psykiatrien.

Interviews peger dog på, at der fra denne anvendelse til en oplevet anvendelse i klinikken er en forskel. Interview med nedslag i tilfældige funktionsledere, viser også, at kendskabet til

Psykiatriplanen er meget forskelligt. Nogle kender den godt nok til at kunne referere dele af denne, en anden slet ikke.

Et flertal af afdelingsledelsen, mener i nogen grad eller slet ikke, at der er et fælles værktøj for implementering af strategierne mens over halvdelen af afdelingsledelserne kunne i nogen grad eller i høj grad tænke sig, netop et fælles implementeringsværktøj. Det kan altså konkluderes, at et flertal ønsker en mere fælles tilgang til implementering. Hvis en fælles tilgang vælges er det vigtigt at være opmærksom på, at ikke alle har dette ønske og der derfor bør være en enighed om, at det er vejen man vil gå, hvis dette skal være tilfældet.

I forhold til ledelsestrekantens områder som er beskrevet, er klinikernes holdninger omkring effektivisering, kvalitet og specialisering forholdsvis stort set udelukkende til den faglige del og de vinkler der er på dette. Det er et synligt problem, at strategiske områder der er særdeles væsentlige i en forandring så stor som psykiatrien befinder sig i, ikke opleves i hele organisationen, ej er synlige.

Der bør sættes mere fokus på vision og strategiens betydning og oplevelse i hele organisationen, særligt når det gælder det operationelle led i virksomheden. Det bør afklares i AL/PSL gruppen hvorvidt et fælles værktøj skal være en mulighed der skal arbejdes videre med.

6.3. BSC som et konkret værktøj til implementering af Psykiatriplanens indsatser

Det er konstateret, at over halvdelen af afdelingsledelserne gerne ser et fælles værktøj. Via interviews er det ligeledes synliggjort, at der er stor forskel på opfattelsen af, hvor virksomheden er og skal på vej hen. I dette afsnit vil Psykiatriplanen blive sat i direkte ramme med BSC. Først vil områderne i Psykiatriplanen som tidligere er beskrevet som fokusområder i denne afhandling, nemlig kvalitet, specialisering og øget produktivitet og effektivisering blive indsat i BSC modellen. Enkelte af Psykiatriplanens indsatsområder og tilhørende strategier indsættes i en BSC ramme for at synliggøre anvendeligheden. Slutteligt vil BSC blive beskrevet med en kort sammenkobling til økonomistyringen, med fokus på området produktivitet og effektivisering. Afsnittet vil blive afsluttet med delkonklusion omkring anvendeligheden af BSC som konkret værktøj til implementering af Psykiatriplanen.

I Psykiatriplanens figur med overblikket over indsatsområder, er der nederst indsat en pil, der indikerer en tidslinje fra 2013-2016. Ved denne er indsat teksten *"Konkrete udmøntning af Psykiatriplanen"* (se figur 2, p. 6). Dette indikerer, at der efterfølgende skal laves en beskrivelse af

alle handleplaner, samt en prioritering af disse. Altså en prioritering og tidsplan for implementering. Måske er dette arbejde i gang, det er dog ikke synligt i organisationen.

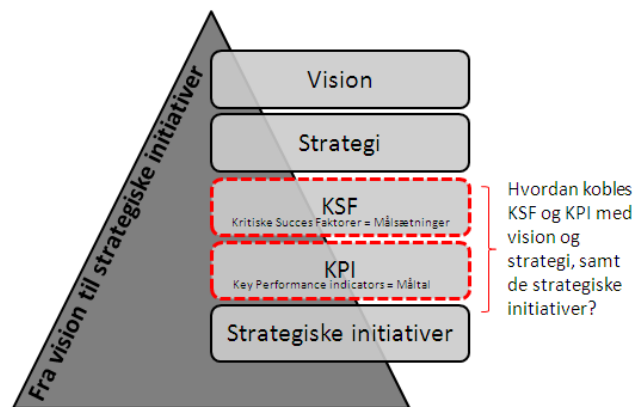
Psykiatriplanen er som sådan derfor ikke umiddelbart videreudviklet til implementering, så de enkelte afdelinger kan holde fokus på prioriterede indsatser generelt og det som de enkelte afsnit arbejder med i sammenhæng med dette. Der er ikke lavet oversigt over konkrete strategier og handleplaner i ønsket prioriteret rækkefølge. De enkelte afdelinger har ikke nogen synlige prioriterede områder.

Bukh mfl. beskriver som det ses i teoriafsnittet, at aktiviteter skal prioriteres. Hvilke aktiviteter skal prioriteres, hvad skal der gøres mindre af, hvad skal der gøres mere af og hvad skal man være bedre til for at skabe sammenhæng? Den øverste ledelse er bevidste om udfordringerne med at skabe sammenhænge mellem det konkrete og en plan:

Det hvor det kan være svært, det er at få det kommunikeret til at få skabt en sammenhæng mellem, at her har vi en eller anden plan, og det har altså noget at gøre med, hvad der sker hernede i det konkrete punkt. Det er simpelthen vanskeligt. Både at få skabt den samme fælles historie om, hvad pokker er det, den her plan omhandler, hvad skal der egentlig ske, og hvorfor gør vi det, hvorfor er det pludselig interessant, at bedre behandling ikke handler om at have lange forløb men om at have mange forløb, bare som et eksempel.”³²

Hvis Psykiatriplanen blev lagt ind i en BSC ramme, kan det groft skitseres, at der mangles nogle trin i vejen fra vision til de strategiske initiativer i den udførende fase. Dette illustreret ved følgende figur:

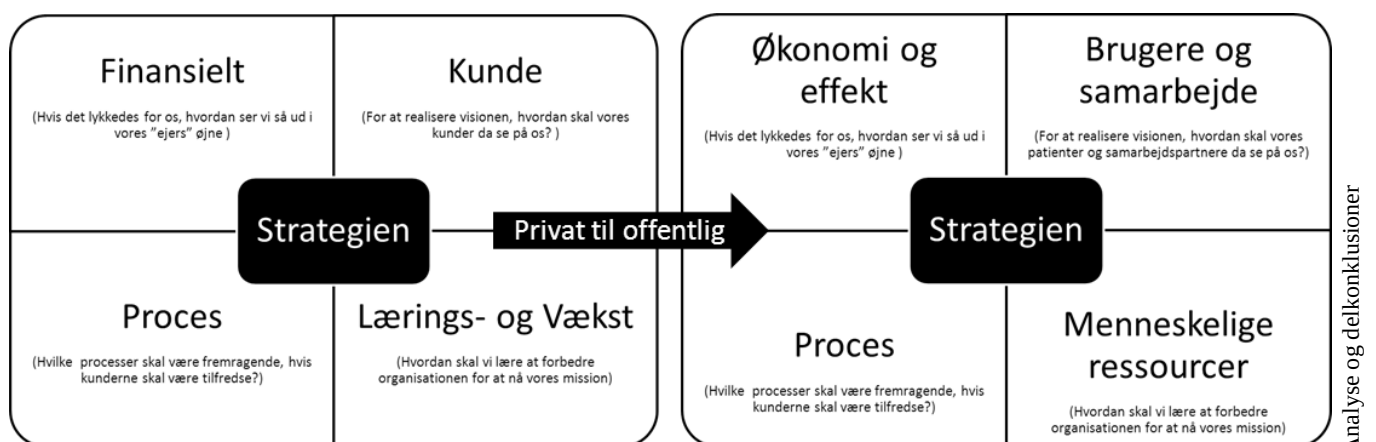
³² Udtalelse, interview, Psykiatri- og Socialledelsen



Figur 10. Trin der mangler synliggørelse i implementeringen af Psykiatriplanen i BSC optik (Egen figur og tolkning)

Ved udarbejdelsen af BSC tilstræbes som beskrevet mere udførlig i teori afsnittet, at knytte en indikator eller nøgletal (KPI) til hver kritisk succes faktor (KSF). Dette for det første et spørgsmål om at kunne følge op, men i lige grad en måde at præcisere den mere generelt formulerede KSF på. Så vidt muligt bør også anvendes et target i form af ønsket niveau for den hvert KPI. BSC fokuserer på fire perspektiver, der hver beskriver forskellige perspektiver i virksomheden. *Det finansielle perspektiv. Kunde perspektivet. Proces perspektiv. Lærings –og vækst perspektiv.* Tilsammen beskriver de, hvordan organisationen har tænkt sig, at implementere sin strategi.

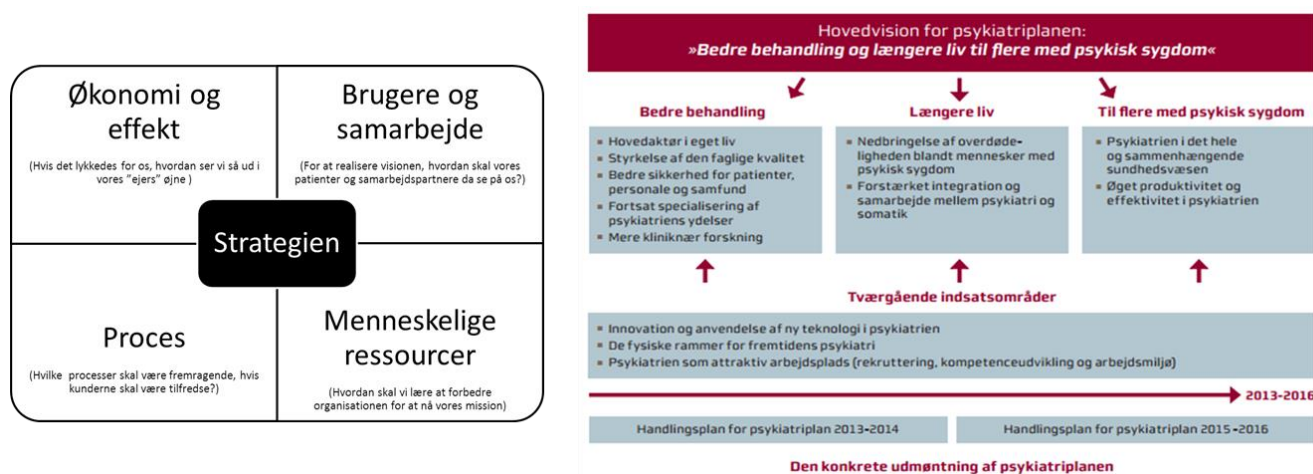
I en offentlig virksomhed kan det måske være svær, at relatere sig til begrebet ”kunde” perspektivet, (om end det måske helt subjektivt vurderet, kunne være en sund tankegang engang imellem, at se sådan på patienter, pårørende og samarbejdspartnere). Ligeledes kan det finansielle perspektiv være vanskeligt at se i en offentlig virksomhed. For at gøre begreberne anvendelige og forståelige i anvendelse i en offentlig virksomhed, som Psykiatrien kunne de centrale begreber omdøbes.



Figur 11. De fire perspektiver - omskrevet til offentlig virksomhedsforståelse (Egen fri oversættelse fra Kaplan og Norton)

Kaplan og Norton beskriver ligesom Bukh mfl. 3 perspektiver i stedet for 4, men uanset antal af perspektiver, så ville næste skridt i modellen være, at opsætte og fordele strategierne i de forskellige perspektiver. Perspektiverne er i Psykiatriplanen som tidligere beskrevet opdelt i overskrifter som bedre behandling, længere liv, til flere med psykisk sygdom, samt en ekstra overskrift end det der findes i visionen, nemlig tværgående indsatsområder. Under disse overskrifter findes psykiatriens fokusområder, de perspektiver der skal være i fokus.

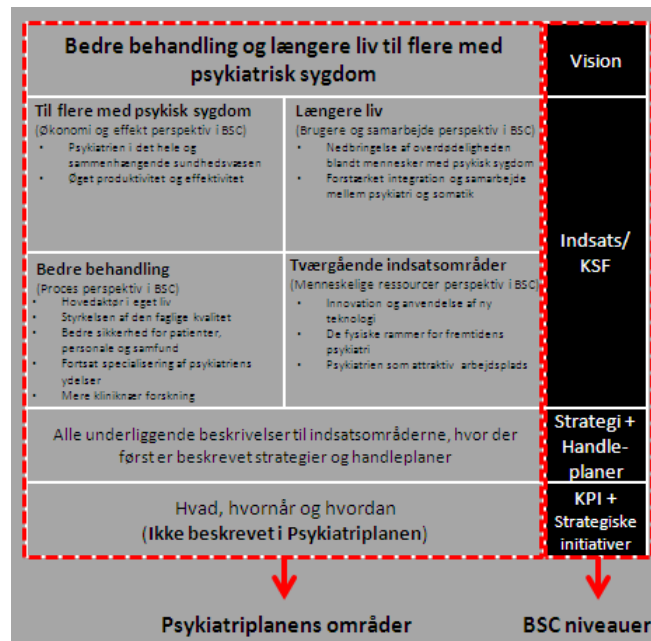
I stedet for 4 perspektiver, som er beskrevet i BSC, er der i Psykiatriplanen, altså i stedet 4 overskrifter med tilhørende 12 perspektiver:



Figur 12. Sammenligning af perspektiver i BSC og Psykiatriplanens opdeling af perspektiver

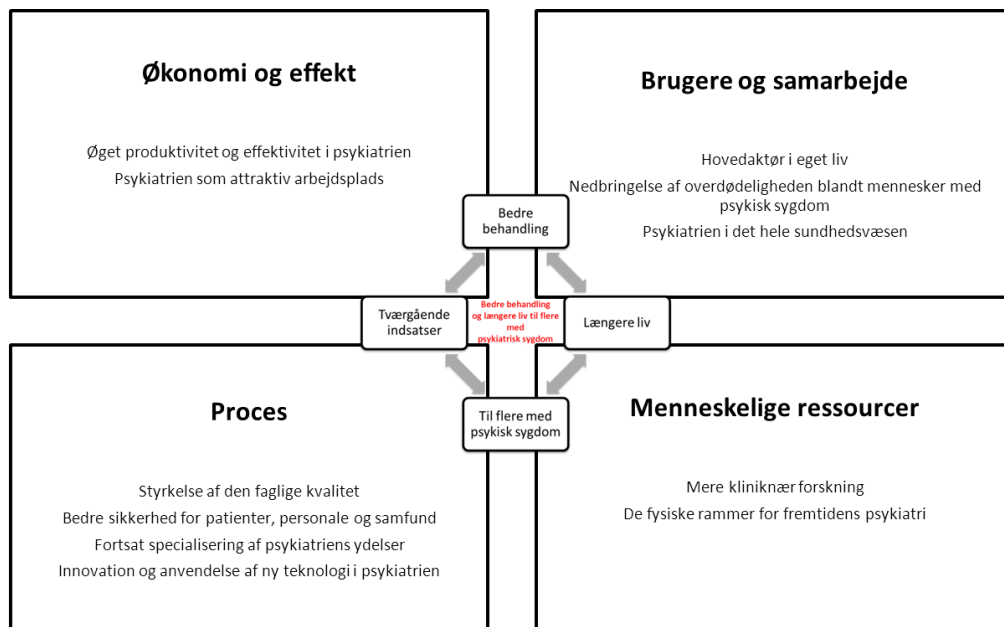
Psykiatriplanens 4 overskrifter kan oversættes til de 4 perspektiver i BSC optik og de 12 indsatsområder, kan sammenlignes med det, der i BSC perspektiv kaldes kritiske succesfaktorer (KSF).

Psykiatriplanens områder set i sammenhæng med BSC niveauer er illustreret i følgende figur:



Figur 13. Psykiatriplanens indsatser i forhold teoretiske niveauer i BSC (Egen model)

Figuren illustrerer i venstre side, Psykiatriplanens områder, og i højre side, hvordan disse kan oversættes til BSC optik. I efterfølgende illustreres, at psykiatriplanens opdeling og indsatsområder fint kan opdeles og visualiseres i BSC optik.



Figur 14. Psykiatriplanens indsatser indsat i BSC model. Egen fortolkning efter (Bukh mfl, 2013, p.209)

Hvis Psykiatriplanen skulle sættes ind helt overordnet i en BSC ramme, ville det kræve, at man ud fra de forskellige strategier og handleplaner til hvert indsatsområde, lavede nogle KPI'er til hvert

område. Det bliver hurtigt synligt, som også PSL, afdelingsledelsen og klinikerne er opmærksomme på, at 36 - 48 strategier er rigtig mange på en gang.

Efterfølgende et eksempel på, hvordan Psykiatriplanens indsatsområder, *kunne* sættes ind i BSC modellen, illustreret ved 3 konkrete områder, som i denne afhandling har været i fokus.

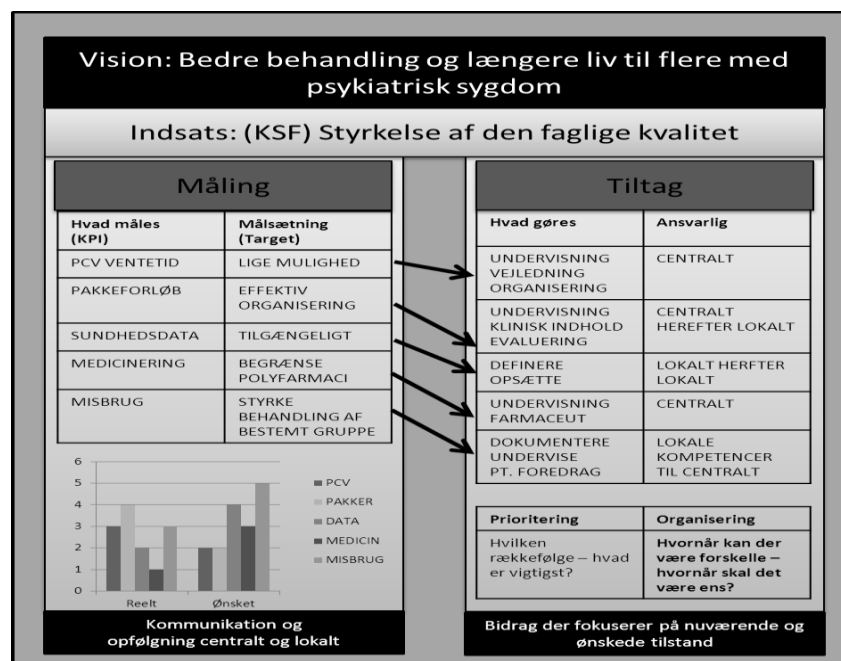
Indsatsområderne, eller i BSC terminologi KSF'erne *"Styrkelse af den faglige kvalitet"*, *"Fortsat specialisering af psykiatriens ydelser"*, *"Øget produktivitet og effektivitet i psykiatrien"*, tilknyttes nu hver især konkrete KPI'er.

Områder hvor de forskellige strategier til hvert indsatsområder indskrives i BSC under målsætning er markeret og understreges i hver strategi, så det synliggøres hvilke områder der opsættes i BSC.

Indsatsområdet *"Styrkelse af den faglige kvalitet"*, i Psykiatriplanen har følgende strategier:

- Den faglige kvalitet i sundhedsydelserne i psykiatrien skal kontinuerligt forbedres således, at patienter med psykiske sygdomme, ud fra viden om hvad der virker, får den bedste behandling, og dermed de bedste muligheder for helbredelse. Der skal i de kommende år fokuseres på følgende områder: -Der skal sikres **lige muligheder** for henvisning til psykiatrisk behandling uanset bopæl -Udredning, diagnostik og behandling skal være standardiseret, af høj kvalitet og **organiseres effektivt**
- Der skal sikres relevante og **lettilgængelige sundhedsdata** som grundlag for beslutninger og dokumentation
- Der skal til stadighed være fokus på justering af- og korrekt medicinering samt **begrænsning af polyfarmaci** (brug af mange medikamenter på samme tid, hvorved risikoen for bivirkninger øges)
- Behandlingen af patienter med **misbrug** og anden psykisk sygdom skal styrkes (Psykiatriplanen 2013-2016)

Strategiernes markerede indhold, indsættes efterfølgende i BSC som målsætninger og opstilles med målinger og tiltag til implementering:



Figur 15. Fra KSF (Styrkelse af den faglige kvalitet) fra Psykiatriplanen til KPI til strategiske initiativer (Egen model, frit efter Bukh mfl., 2013, p86)

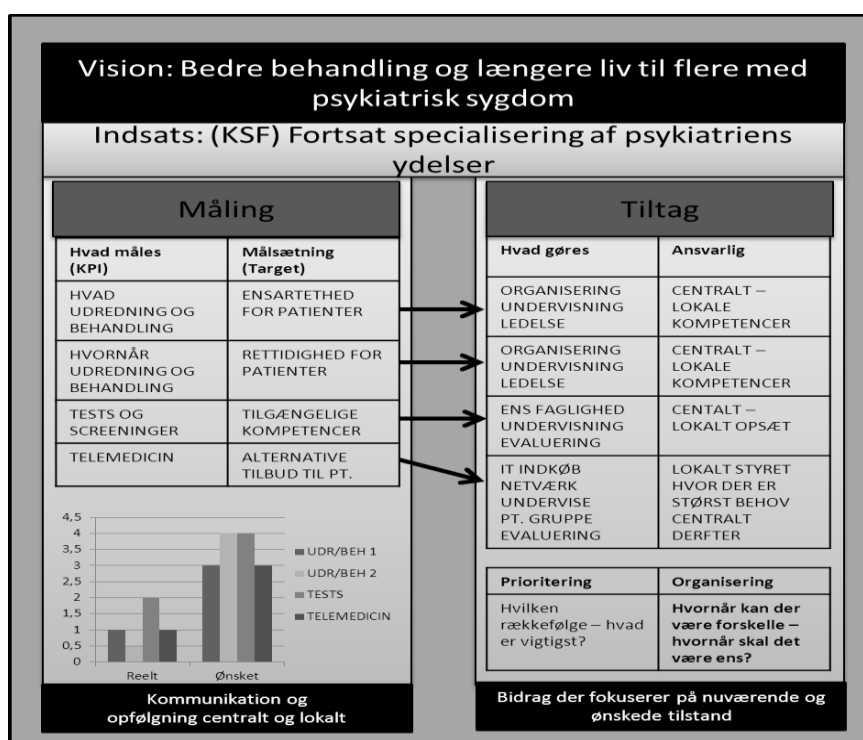
De forskellige strategier er nu indsat i målsætninger, med beskrivelser af, hvad der måles, samt hvad der skal gøres og hvem der er ansvarlig for tiltagene i en implementering. Defineringen af målene og målsætningerne og tiltag, som er valgt kan naturligvis diskuteres og det indsatte er alene et ønske om at eksemplificere muligheden for, at synliggøre processen fra strategi til mål i en overskuelig model. I praksis ville både målsætninger og tiltag skulle laves med de forskellige funktionsledere. Der ville naturligvis skulle laves en prioritering af tiltagene der er beskrevet i modellen, men de forskellige strategier og deres mål og målsætninger er altså nu gjort konkrete i en sammenligning mellem de nuværende reelle målinger, og de ønskede resultater. Det synliggøres derfor direkte i strategikortet, hvor langt man er med de forskellige indsatser.

Ovenstående handling, hvor indsatserne tilknyttes forskellige mål og målsætninger skulle i praksis laves for alle 12 indsatser, men laves efterfølgende udelukkende for de 2 andre indsatser ”Fortsat specialisering af psykiatriens ydelser” samt ”Øget produktivitet og effektivitet i psykiatrien”. Dette alene for at illustrere modellens anvendelighed.

”Fortsat specialisering af psykiatriens ydelser”, i Psykiatriplanen har følgende strategier:

- Borgere med psykiske lidelser skal tilbydes **ensartet** evidensbaseret udredning og behandling på højt fagligt niveau, uanset om de behandles på hovedfunktions- eller specialfunktionsniveau.

- Patienter i behandlingspsykiatrien skal tilbydes det rigtige behandlingstilbud første gang og **rettidigt**. Behandlingstilbuddet skal matche den enkelte patient og kompleksiteten af dennes sygdom
- Personalet i behandlingspsykiatrien skal have de **nødvendige kompetencer** for at sikre en ensartet evidensbaseret udredning og behandling på højt fagligt niveau i forhold til de forskellige diagnosegrupper og de kompleksitetsniveauer, der er defineret i Specialeplanen
- Udfordringerne omkring den geografiske afstand til behandlingsstederne skal løses med øget brug af **telemedicin**, internetpsykiatri, ambulante tilbud og mobile teams.

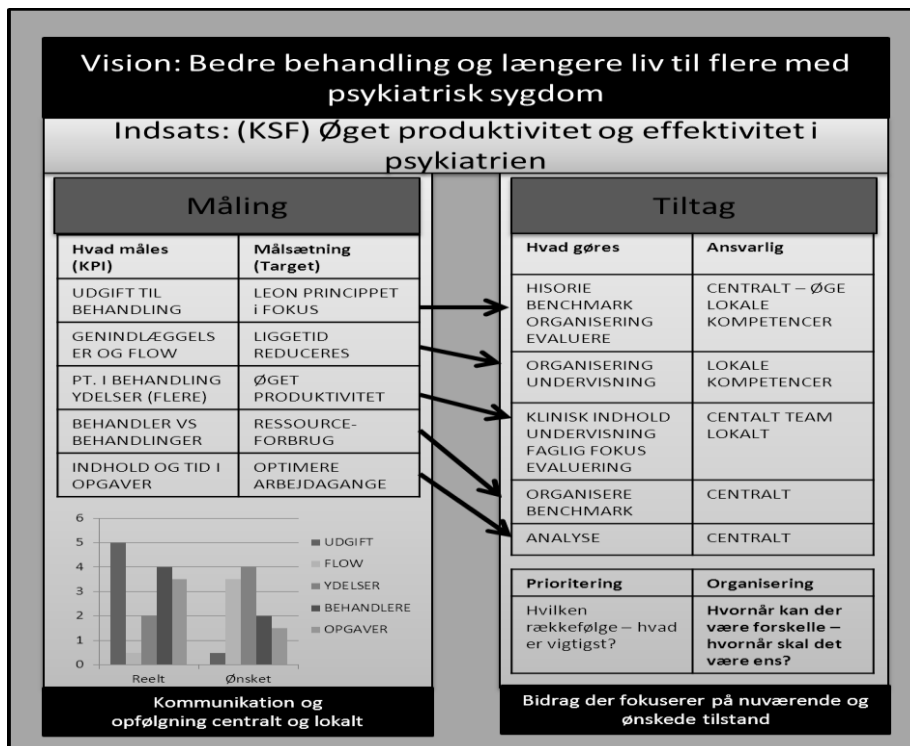


Figur 16. Fra KSF (Fortsat specialisering af psykiatriens ydelser) fra Psykiatriplanen til KPI til strategiske initiativer (Egen model, frit efter Bukh mfl., 2013, p86)

”Øget produktivitet og effektivitet i psykiatrien”, i Psykiatriplanen har følgende strategier:

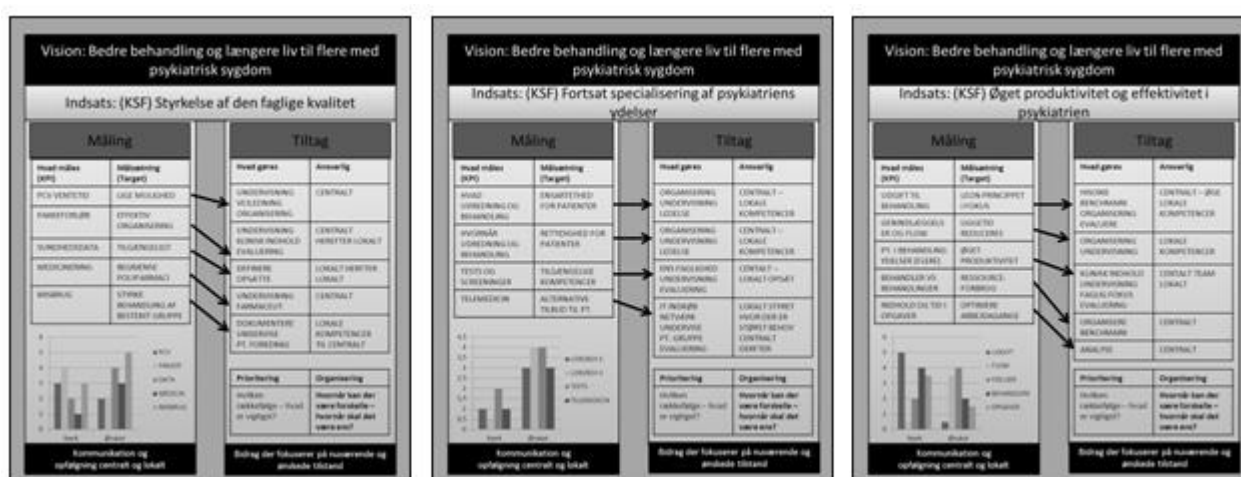
- Der skal arbejdes på at udvikle psykiatriens ydelser og organisationsformer, så udredning og behandling af flere patienter kan ske effektivt, med lavest mulige omkostninger (**LEON-princippet**). Der skal herunder fortsat være fokus på at sikre, at patienten får den korrekte behandling, således at **genindlæggelsesandelen** reduceres, hvorved der kan frigøres ressourcer til anden behandling
- Der skal ske en fortsat udbygning af den ambulante kapacitet i psykiatrien og dermed medvirke til, en **øget produktivitet** og bedre brug af ressourcer.

- Der skal arbejdes systematisk på at **optimere** kliniske og administrative **arbejdsgange** og processer for at frigøre ressourcer til øget patientudredning og behandling. (Psykiatriplanen 2013-2016)



Figur 17 Fra KSF (Øget produktivitet og effektivitet i psykiatrien) fra Psykiatriplanen til KPI til strategiske initiativer (Egen model, frit efter Bukh mfl., 2013, p86)

De tre indsatsområder vil i BSC kunne illustreres samlet som efterfølgende figur.



Figur 18. De 3 indsatsområder indsats i BSC model - Fra KSF fra Psykiatriplanen, til KPI, til strategiske initiativer (Egen model, frit efter Bukh mfl., 2013, p.86)

Øvelsen, hvor indsatser tilknyttes mål og tiltag, ville skulle laves med alle 12 indsatsområder, alle 12 KSF'er i Psykiatriplanen. Herefter ville man på overordnet organisatorisk niveau, have strategikort på alle strategiske områder. Man kan herefter vælge hvordan tilknytningen skal være til budgetter og hvor stor lokal forankring og forskelle man ønsker at inddrage i sit redskab. Hvor konkret og detaljeret de overordnede kort skulle være skal naturligvis defineres, ligesom de lokale naturligvis ligeså skulle beskrives. Da man som tidligere beskrevet ikke kan arbejde med så mange områder på en gang, er det en opgave, at få prioriteret rækkefølgen af anvendelsen af sine kort.

Den proces hvor man tager udgangspunkt i et samlet strategikort og bagefter udarbejder et strategikort for underordnede organisatoriske enheder eller støttefunktioner kaldes kaskadering og er nærmere beskrevet i teoriafsnittet. Man tilsigter at skabe konsistens og synergi på tværs af organisationen. KSF og KPI i den enkelte afdeling, eller afsnit behøver ikke være identiske med tilsvarende mål i det overordnede, det skal blot være relaterede dertil som det beskrives nærmere i teoriafsnittet.

At der ikke bare er problemer med at være forskellige i afdelingerne, men at forskellighed i stedet kan bruges positivt, fremkommer i interview med afdelingsledelsen:

”De kan nogle ting, nogle steder, som vi ikke kan endnu, og så er der noget andet som vi kan, som ikke er kommet til de andre afdelinger endnu.”³³

Hvordan man nuværende er fælles om opgaverne i de forskellige afdelinger, eller ikke er sikker på hvordan andre arbejder med at implementere og hvor man gerne skulle hen, udtaler afdelingsledelsen:

”I forhold til fælles implementering og hvordan andre gør det - fakta er, at jeg ved det ikke, og det er næsten værre. At man ikke engang ved, hvordan de andre gør. Jeg tror langt hen ad vejen har vi brug for mere ensartethed og ensretning end det vi har. For hvis vi skal have en psykiatri, som det jeg, tror vi skal have det, kan vi ikke undgå det.”³⁴

Den øverste ledelse har ligeledes en holdning til, hvor ens en tilgang man kan/bør have til tingene:

³³ Udtalelse, interview, afdelingsledelsen

³⁴ Udtalelse, interview, afdelingsledelsen

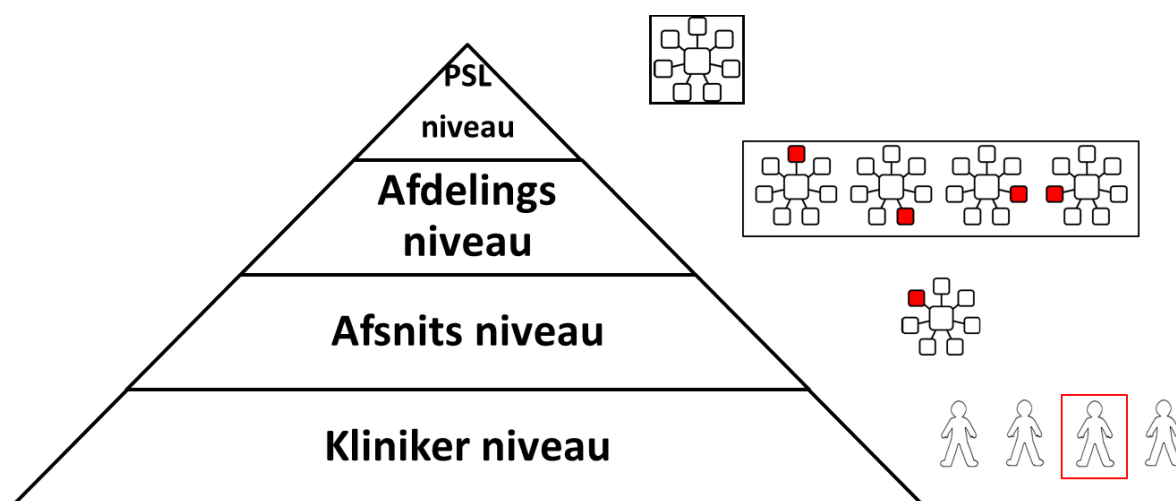
”Hvis vi skulle sige, at alting skulle være ens alle steder, så tror jeg simpelthen, at vi mister for meget at den lokale dynamik, fordi forholdene er lige lidt forskellige fra sted til sted, så jeg har ikke den der tilgang til det, at ensartethed er et mål i sig selv, men de mål vi skal nå, de er jo de samme.”³⁵

I teori om BSC er det beskrevet, at det er vigtigt, at nedbryde strategien til operationelle mål, som giver mening for de enkelte medarbejdere, så de kan rette fokus mod det der er vigtigt og relevant. De mest krævende mål kan kun nås hvis medarbejderne er committede. Efterfølgende to udtalelser fra forskellige klinikere, viser en modsat opfattelse, af begrebet commitment ved klinikerne:

”Der ville jeg jo gerne det var det reelle faglige og ikke bare de ting der kan måles på fordi det er nemt, f.eks allergi eller medicin er afstemt. Det tror jeg man har valgt, fordi det er nemt at måle på”³⁶

”Vi måler, vi vejer og vi monitorerer, vi vinger af og sætter flueben, vi scorer og screener, fordi det står alle mulige steder, at vi skal.”³⁷

Det er tidligere synliggjort i afhandlingen ud fra spørgeskemaundersøgelse og nuværende illustreret med udtalelser fra interview, at man ikke alle steder ønsker anvendelsen skal være helt ens afdelingerne imellem. Dette behøver anvendelsen af strategikort heller ikke at være, illustreret med følgende figur.



Figur 19. Kaskadering af BSC fra øverste administrative niveau, de forskellige niveauuer med mulighed for, at lave strategikort helt ned til kliniker niveau. Egen frit fortolket efter (Bukh mfl., 2013, p.193)

³⁵ Udtalelse, interview, Psykiatri- og socialledelsen

³⁶ Udtalelse, interview, kliniker - læge

³⁷ Udtalelse, interview, kliniker - plejepersonale

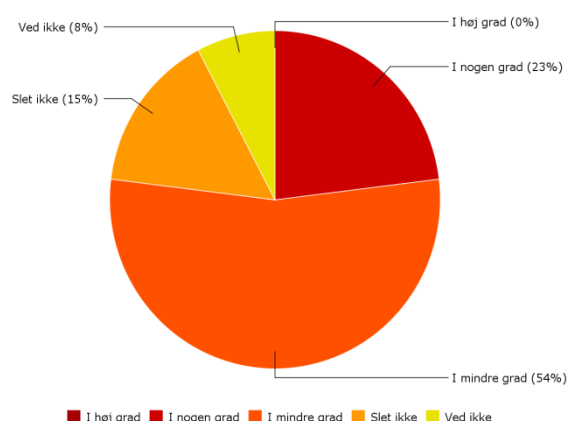
Figuren forsøger at illustrere, at det overordnede BSC på niveau med Psykiatri- og Socialledelsen, går igen hele vejen ned i organisationen. Det er de samme strategiske emner der arbejdes med, men nogle har mere fokus på nogle KSF'er og KPI'er end andre. Muligheden for at synliggøre samme strategi i hele organisationen og samtidig tillade forskelligheder, er hermed en mulighed.

Et af de områder der jf. forandringens vinde og udtalelser interviews har fyldt rigtig meget er området effektivisering, produktivitet og økonomi og ressourceforbrug.

”Vores allermest uddannede læger har givet op – og siger – det der, det kan ikke lade sig gøre! Så er der altså ikke afstemt mellem kvalitet, produktivitet og økonomi! Så har man rent faktisk et psykotisk system!”³⁸

”...det er det farlige i det her, vi er så bundet op på det forbandede økonomi, at det er den, der er styrende. Jeg synes, vores økonomi styrer for meget i det her”³⁹

Klinikerne repræsenterer med disse udtalelser en opfattelse af, at der ikke er afstemt mellem den produktivitet der skal ydes, den kvalitet der skal gives, samt de økonomiske rammer der er givet. Økonomien bliver til en begrænsende faktor og fylder meget i negativ retning. Fokus bliver ikke den gode kvalitet, de faglige rum eller kompetencer, fokus bliver en begrænsende faktor med fokus på økonomien. Afdelingsledelserne er i spørgeskemaet blevet spurgt, hvorvidt de oplever der er gennemsigtighed i budgetterne mellem afdelingerne. 15 % svarede at det oplever de slet ikke, 54 % svarede at de oplever det i mindre grad, mens 23 % oplever det i nogen grad. 8 % svarede ved ikke og ikke én eneste syntes, at der i høj grad er gennemsigtighed.



³⁸ Udtalelse, interview, klinikere - læge

³⁹ Udtalelse, interview, klinikere - plejepersonale

Knap 70% af afdelingsledelserne der har svaret i spørgeskemaet mener altså, at der slet ikke eller i mindre grad er gennemsigtighed. Både klinikerne og afdelingsledelserne oplever altså på hver deres måde, at der er nogle udfordringer omkring økonomien.

Fælles er, at der ikke er synlighed på dette område, og at der ikke er en oplevet synlig sammenhæng mellem netop økonomi, produktivitet og kvalitet.

6.3.1. Delkonklusion BSC som et konkret værktøj til implementering af Psykiatriplanens indsatser

Uanset systemvalg og tilgang til styringen af strategien, så er der nogle ledelsesmæssige udfordringer i samspillet mellem at få et overblik, tage nogle beslutninger og handle på disse. Ikke mindst når det handler om, at få et overblik og følge de konsekvenser, som beslutningerne medfører. At synliggøre disse, evaluere og tilpasse disse løbende. Have overblik på forskellige niveauer i organisationen, der kan sammenlignes og anvendes til direkte implementering af vision og strategi, så det giver mening i hele organisationen.

Det er tydeligt, at der på forskellige niveauer i Psykiatrien er nogle udfordringer i gennemsigtigheden i de strategier der er lagt, hvilke beslutninger der tages på baggrund af dette og hvordan handlingerne bag disse beslutninger bliver udført og oplevet i organisation. Der er et stort skel imellem ønsket formål og oplevet formål. Mellem ønsket mål og oplevet mål.

Forståelsen for formålet er i klinikken groft sagt ikke eksisterende. Ledelserne savner gennemsigtighed og flertallet af afdelingsledelserne ønsker et redskab til, at synliggøre strategi og formål. Strategi og vision foregår på ledelsesniveauet, men ikke på det operationelle led i organisationen. Udtalelser synliggør, at der ikke er forståelse og accept i det operationelle led. Der bør være mere kliniknær implementering af strategier for at tilnærme adfærdsmæssige forhold, system og organisationsdesign.

Det er illustreret, at Balance Scorecard, *kan* være et muligt værktøj til implementering af Psykiatriplanen 2013-2016. Balanced Scorecard kan bruges til, at synliggøre strategier, gøre dem anvendelige på afdelings- og afsnitsniveau. Kan være med til at synliggøre de områder der er ens og tillade at arbejde konstruktivt med forskelligheder i de forskellige afdelinger og afsnit, samt at synliggøre det fælles. Hvis en BSC model skulle anvendes i psykiatrien viser undersøgelsen, er der potentielt er over en tredjedel af afdelingsledelserne der kender modellen, mens der forestår et arbejde i, klæde over halvdelen af lederne på til dette.

7. Konklusion - samlet

Som forsiden af denne afhandling forsøger at visualisere, skal alle trække i samme retning for at virksomheden kan navigere i den rigtige retning. Et paradigmeskifte er i gang. Fra symbolismen til rationalismen. Områder som kvalitet, effektivisering og specialisering opleves vidt forskelligt afhængig af, hvilke led man befinder sig i virksomheden. Der er nævnt flere eksempler på, at forskellige dele i virksomheden decideret arbejder i forskellige retninger.

Det vigtigt, at ledelse på alle niveauer er mere fokuseret på, hvad dette paradigmeskifte har af betydning for alle medarbejderne, og ikke fastholder visioner og strategier alene på det ledelsesmæssige plan. Grundlæggende antagelser om hvad psykiatri er og hvordan det skal praktiseres er så selvfølgelige og besidder i den forbindelse en så stor grad af magt, at man er nødt til at synliggøre og arbejde med dette. Det er derfor vigtigt, at visioner og strategier og en ændring der foregår på det strategiske niveau, ikke alene drøftes og italesættes i dele af organisationen hvor der er ledere, men i den grad også bør være et stykke arbejde der foregår i de operationelle led – ved klinikerne. De makromæssige udfordringer der skal implementeres i virksomheden er enorme, ligesom graden af forandring teoretisk, kan beskrives svarende til en revolution. Ikke alt lader sig gøre at gøre på en gang. Der er brug for, at der skabes et overblik i organisationen på alle de mange områder der skal arbejdes med. Psykiatriplanens udførende del – hvor strategiernes handlingsplaner er beskrevne er ikke konkrete nok til konkret anvendelse i organisationen.

Ved at gøre kulturen observerbar bliver det synligt, at de enkelte afdelinger opleves – og oplever sig selv, som forskellige, og dermed også har en forskellig tilgang til disse områder.

Analysens illustrerer i hvor stor en grad forandringen finder sted, at psykiatrien befinder sig i en revolution. Med forskellig kultur – og forskellige historier i organisationen, er der forskellige erfaringer på forskellige områder. Dermed også forskellige ressourcer og fokusområder. Det er oplevelsen via interview og spørgeskemaundersøgelsen, at man er meget bevidst om disse forskelligheder. Derimod er det ikke særlig tydeligt, at disse forskelligheder bruges konstruktivt og positivt i implementeringen af Psykiatriplanen i hele organisationen til at skabe en fælles forståelse – en fælles historie og oplevelse af Psykiatrien som ”vores” virksomhed. Der bør findes et fælles redskab, et redskab til at skabe fælles kultur i det nye paradigme og den fælles historie midt i en revolution.

Svaret på spørgsmålet i problemformuleringen ”**Hvordan er indsigten i Psykiatriplan 2013-2016 i Psykiatriens organisation i Region Midtjylland, med fokus på områderne kvalitet, specialisering og effektivisering?**”, bliver et noget forskelligartet svar afhængig af, hvor i organisationen man spørger. Planen **bliver** anvendt og det opfattes af afdelingsledelserne, at jo nærmere man kommer klinikken, jo mindre er denne kendt. Dette er understøttet via interviews vertikalt i organisationen. Når man nærmer sig funktionslederne og ikke mindst de kliniske led viser analysen, at man mister sammenhæng mellem strategi og forståelse for udførsel. Kendskab er altså til stede i nogle lag i organisationen. I det operationelle niveau, i klinikken hvor interviews også er foretaget, er der ikke oplevelse af kendskab og intet oplevet ejerskab af strategierne. Når det anskues om Psykiatriplanen er anvendelig som styringsredskab ved implementering påvises det, at dette ikke er tilfældet. Planens strategier og handleplaner når simpelthen ikke ud i alle led.

Uanset systemvalg og tilgang til styringen af strategien, så er der nogle ledelsesmæssige udfordringer i samspillet mellem at få et overblik, tage nogle beslutninger og handle på disse. Det konkluderes, at Balance Scorecard, *kan* være et muligt værktøj til implementering af Psykiatriplanen 2013-2016. At BSC som metode kan anvendes som ledelses – og styringsredskab, så fokus på Psykiatriplanen 2013-2016 bliver nærværende i hele organisationen. Konkret er dette vist med eksempler fra psykiatriplanens indsatsområder og strategier.

BSC, kan hvis det ønskes, anvendes i psykiatrien til at binde strategi og handlinger sammen.

8. Diskussion

Diskussionen er forsøgt lavet gennem hele afhandlingen. Udgangspunktet for undersøgelsen af psykiatriplanens anvendelse i virksomheden har været et spørgeskema til afdelingsledelsen samt interview på tværs af forskellige positioner i virksomheden. Spørgeskemaet er lavet på tværs af alle afdelingsledelser i hele regionen. Både afdelingsledelse, funktionsledere og klinikere der er interviewet, har dog været tilhørende alene Regionspsykiatrien Vest. Det valide og værdifulde i at lave et nedslag i én ud af 10 afdelinger kan naturligvis diskuteres. Er det mon godt nok til at synliggøre det generelle spørgsmål i problemformuleringen - **Hvordan er indsigten i Psykiatriplan 2013-2016 i Psykiatriens organisation i Region Midtjylland, med fokus på områderne kvalitet, specialisering og effektivisering?**

Det kan – og skal - naturligvis diskuteres om resultaterne og analysen ville have set anderledes ud, hvis interviews var foretaget i Horsens, Silkeborg, Risskov eller et andet sted i regionen. Hvis metoden til at indsamle viden i virksomheden var foretaget på en anden vis.

Om jeg selv har været en bias, da jeg selv er den del af psykiatrien som virksomhed? Ville resultatet af denne afhandling se helt anderledes ud, hvis nogle udefra havde undersøgt det samme?

Den ville nok ikke være helt magen til – men fakta er, at det er ikke til at vide. Den indsigt jeg har ved at være en del af virksomheden, at møde forskellige mennesker i forskellige positioner og forskellige steder rundt i hele virksomheden, vil være med til at danne den indgang og forståelse jeg netop har for at angribe en vinkel på en oplevet problemstilling. Naturligvis er der en fare for, at jeg kun ser enkelte områder når jeg bevæger mig rundt. Jeg mener faktisk modsat, at den viden jeg har på tværs i organisationen, i de forskellige geografiske enheder, fra administration til klinik faktisk har styrket min indsigt og gjort et muligt svar på problemstillingen, mere kvalificeret. At nogle interviews kun er foretaget i Regionspsykiatrien Vest, mener jeg ikke er hæmmende for udfaldet. Når jeg bevæger mig rundt i de andre afdelinger i regionen og møder andre personer svarende til de interviewede, er det samme problematikker der synliggøres igen og igen. At Psykiatrien nuværende helt aktuelt i medierne er i negativ fokus omkring måden organisationen styres på i forhold til ydelser og aktivitet, og dette er et landsdækkende fænomen, understøtter denne holdning. At skabe mening og forståelse for en strategi som er beskrevet i afhandlingen er så vigtig i hele organisationen. Det kan ikke naturligvis ikke afvises, at andre redskaber end BSC kan anvendes til at synliggøre strategi og skabe mening. Med de redskaber der er givet via MBA uddannelsen, er det dog vurderet klart det bedste bud. Skabelsen af mening er ikke kun vigtig for dele af organisationen i psykiatrien, men for hele psykiatrien i Danmark. Ikke mindst er det vigtigt, at fokus fastholdes på, at opnå oplevet mening for de ”kunder”, patienter, pårørende og samarbejdspartnere virksomheden og psykiatrien har sin berettigelse for.

9. Perspektivering

Det er synliggjort i afhandlingen, at et flertal af afdelingsledelsen, gerne ser et fælles værktøj til implementering og at strategier, mening og forståelse for disse ikke når alle led i organisationen. Det er synliggjort hvor vigtigt dette er og hvilket paradigmeskifte psykiatrien står midt i.

Der er set på forandringens vinde internt i organisationen. På hvordan effekten har haft på organisationen og forskellige typer af medarbejdere. Det er hverken afvist eller påvist, at psykiatriens klima helt er som somatikens. Det er vigtigt at ikke bare de historiske fakta, men også

de nuværende eventuelle forskelle i tilgangen og muligheder i behandlingen dokumenteres og synliggøres. Uanset, peger klimaforandringens vinde på, at flere patienter skal ses på kortere tid, med færre midler.

Denne forandring ser ikke ud til at ville ændre sig, uanset redskab til styring og forståelse af strategi. Forandringens vinde peger i retning af, at patienterne inddrages lagt mere end det nuværende er tilfældet. At vi fokuserer langt mere på ressourcer og muligheder ved de psykiske syge, ustabile og svage, frem for begrænsninger, diagnoser og problemer. At vi i langt større grad end nuværende ser på pårørende, samarbejdspartnere og patienterne selv, som nøglen til løsningen

Har vi for stor fokus på, at vi som fagpersoner ved hvad der er bedst? Tager vi fortsat for stort et ansvar? Lytter vi godt nok til patienterne? Er der uudnyttet potentiale i, at se på patienten, pårørende og frivillige som begreb, med andre øjne. Måske et større samarbejde mellem disse og psykiatrien er et nøglen, der kan være med til at løse kravene om øget produktivitet og mere kvalitet. Måske man kunne udnytte at uddanne borgerne til at håndtere psykisk førstehjælp, lige som man uddanner til almindelig førstehjælp. Uddanne områder og landsbyer til at tage vare på hinanden og hjælpe i langt større grad end det foregår nu.

Min søn på 18 har haft diabetes i 6 år. Han indkaldes til ambulatoriet 4 gange om året, syntes ikke altid han har et behov når han skal derind. Det passer ofte dårligt i forhold til hans fritidsinteresser og skole og han hader at komme derind når ikke der er et oplevet behov. Omvendt syntes han det er svært at få en tid, når der er et behov. Hvis han udfyldte ganske få spørgsmål hjemme, fik taget blodprøver jævnligt, ville det være helt sikkert, at sygehuset og han kunne se, hvornår der var et reelt behov – og ikke bare kom kontinuerligt og tager ressourcer fra andre der måske har et større behov. At se på patienten som en større ressource kunne i den grad gøres langt bedre *også i psykiatrien* og i behandlingen af rigtig mange områder indenfor specialet. Patienterne kunne udfylde mange af de anamnesticke oplysninger selv, udfylde forskellige ratings og tests derhjemme og ud fra dette selv have lavet en del af materialet til behandlingen. Ønsker vi reelt inddragelse og ansvarlighed for behandling? Der ligger uden tvivl massive muligheder til fordel for både systemet, patienterne, pårørende og samfundet som helhed.

Endnu et nyt paradigmeskifte er om muligt på vej i Danmark, patienten og pårørende som styrende for psykiatrien.

10. Litteraturliste

Bøger

- Andersen, M., mfl. (2007). *Virksomhedens økonomistyring* (3. udgave). Jurist- og Økonom forbundets Forlag
- Anthony, R., mfl. (2007). *Management Control Systems* (12. udgave). Forlaget McGraw-Hill
- Balogun, J., mfl. (2008). *Exploring Strategic Change* (3. udgave). Forlaget Prentice Hall.
- Bendix, H. mfl. (2012). *Hospitalsledelse* (1. udgave). Forlaget Gyldendal Business.
- Bukh, P., mfl. (2013) *Succes med Balanced Scorecard*. (1. oplag). Gyldendal A/S Forlag.
- Hatch, M. (1997). *Organization Theory* (1. udgave.) Oxford University Pres.
- Johnson, G., mfl. (2012) *Fundamentals of strategy* (2. udgave). Forlaget Pearson.
- Kaplan, R. (2011). *Et spørgsmål om ledelse*. (1. udgave). L&R Business Forlag.
- Kaplan, R mfl. (2004) *Strategy maps*. Harvard Business School Forlag.
- Kvale, S. (1997) *Interview*. (1. oplag) Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, M. mfl. (2013). *Strategisk ledelse som menneskeskabende processer*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Schein, E.H. (1994). *Organisationskultur og ledelse* (2. udg.). København: Forlaget Valmuen.
- Schultz, M. (2006). *Kultur i organisationer: Funktion eller symbol* (9. oplag). Handelshøjskolens Forlag.

Artikler, hjemmesider og intranetsider

- Aftale om Budget for 2015 for Region Midtjylland. Hjemmeside. Set september 2014
- Aftale om Regionernes økonomi for 2015. Hjemmeside. Set oktober 2014
- Astrid Krag, 2013, Dagens Medicin. Hjemmeside. Set november 2014
- Budgetvejledning, 2014, Region Midtjylland. E-dok. Set september 2014
- Bukh, P., mfl. (2010) *Beyond Budgeting* Controlleren. Hjemmeside. Set november 2014
- Bukh, P., mfl. (2013). *Strategikort i praksis*. Hjemmeside. Set september 2014
- Koncept for AL møder. Intranettet. 2014. Set november 2014
- Ledelses- og styringsgrundlag, Region Midtjylland. E-dok. Set september 2014
- Ledelsesgrundlag Psykiatri og Social, E-dok. Set november 2014.
- Mental sundhed, 2012, Sundhedsstyrelsen. Hjemmeside. Set november 2014
- Psykiatriplanen 2008 for Region Midtjylland. Hjemmeside. Set oktober 2014
- Psykiatriplanen 2013-2016 for Region Midtjylland. Hjemmeside. Set oktober 2014
- Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri, 2013. Hjemmeside. Set oktober 2014
- Virksomhedsgrundlag for Psykiatri og Social, 2014. E-dok. Set september 2014

11. Bilag

- Bilag 1: Interviewguide anvendt til interviews
- Bilag 2: Transskriberede interviews samt resultater af spørgeskemaundersøgelsen
- Bilag 3: Figurer, modeller og grafiske præsentationer anvendt i afhandlingen
- Bilag 4: Virksomheden Psykiatri. Beskriveles af psykiatrien i Region Midtjylland
- Bilag 5: Tre fokusområder af psykiatriplanen. Problemstillinger i hvert fokusområde